

**RELATO - REPORT - RELATO****Análise situacional de saúde da primeira infância**

Situational analysis of early childhood health

Análisis situacional de salud de la primera infancia

Carolina Maia Menezes , Ravane Vasconcelos Santos , Mariana Carvalho Gavazza 

Escola de Saúde Pública da Bahia (ESP-BA), Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

RESUMO

A atenção básica é a principal porta de entrada nos serviços de saúde, atuando na coordenação do cuidado e resolução dos problemas de saúde. A Estratégia de Saúde da Família trabalha com abordagem territorial e comunitária, com definição, adscrição da clientela, cadastramento e acompanhamento da população. Dessa forma, o planejamento e programação em saúde é fundamental para os processos de trabalho através da Análise Situacional de Saúde (ASIS). Este trabalho traz um relato de experiência da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva sobre o processo de construção e realização da ASIS da primeira infância em uma Unidade de Saúde da Família no município de Salvador, no ano 2019. Foi encontrada distribuição heterogênea de crianças na primeira infância de acordo com a microárea e subnotificação das condições de saúde, especialmente das deficiências. Nas oficinas com profissionais e usuários, foram elencados problemas semelhantes relacionados ao acesso e utilização dos serviços de saúde e questões sociais que afetam a primeira infância deste território. A assistência à saúde da criança na USF mostrou-se satisfatória, porém necessitando de melhorias quanto ao monitoramento das crianças. A realização da análise proporcionou maior conhecimento acerca da realidade local, com o recorte da primeira infância e pode ser utilizada como ferramenta o planejamento local em saúde e enfrentamento dos problemas priorizados, tanto para primeira infância quanto para outros ciclos de vida.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde; Desenvolvimento Infantil; Atenção Primária à Saúde.

Histórico do Artigo

Recebido	01 Junho 2020
Aprovado	27 Novembro 2020

Correspondência

Carolina Maia Menezes
 Centro de Atenção à Saúde (CAS)
 Av. Antônio Carlos Magalhães
 CEP: 40301-155, Parque Bela Vista,
 Salvador, Bahia, Brasil.
 E-mail: carolmenezes018@gmail.com

Como citar

Menezes CM, Santos RV, Gavazza MC.
 Análise situacional de saúde da
 primeira infância. Rev. Saúde Col. UEFS
 2021; 11(1): e5464



INTRODUÇÃO

A Atenção Básica é a preferencial porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela promoção, proteção, assistência e seguimento à saúde dos usuários, e pela coordenação das ações e serviços necessários para resolubilidade de problemas e fatores que colocam a saúde em risco, num determinado território de abrangência. No Brasil, a organização da Atenção Básica se deu por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), na qual uma equipe multiprofissional responsabiliza-se por determinado território de abrangência, com adscrição de clientela, cadastramento e responsabilidade epidemiológica da população residente na área. Assim, a ESF possui como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromissos e de corresponsabilidade entre os profissionais e a população por meio do acolhimento, escuta qualificada e respostas positivas para a população, organizando o processo de trabalho¹.

Dentre suas diversas atribuições, a ESF possui papel fundamental no acompanhamento do desenvolvimento infantil, norteada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança que objetiva promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, com enfoque na primeira infância e nas populações mais vulneráveis².

Estudos nacionais^{3,4,5,6,7} têm apresentado as características dos serviços e estratégias das Equipes de Saúde da Família (EqSF) com vistas a garantir a vigilância adequada do desenvolvimento das crianças acompanhadas. Estes trabalhos ilustram que, apesar dos esforços dos profissionais na manutenção de um cuidado qualificado e construção de vínculos com as famílias e crianças, questões organizacionais, políticas e de planejamento perpassam as ações, por muitas vezes de maneira negativa. Faz-se necessário estudos que levistem a discussão acerca do planejamento das ações em saúde voltadas para a primeira infância e que perpassem todas as suas etapas.

Um elemento fundamental para implantação da ESF e ferramenta importante para a organização do planejamento e do processo de trabalho em saúde é a territorialização, estratégia para alcançar o reconhecimento do território vivo, tendo em vista a implementação das ações de saúde com base territorial e familiar, a partir de uma delimitação espacial. A territorialização pode ser compreendida como o primeiro passo para a construção da Análise Situacional de Saúde (ASIS) na Atenção Básica, que corresponde à identificação, priorização e explicação dos problemas do território^{8,9,10}.

A ASIS é um processo analítico-sintético que permite caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os problemas de saúde, assim como seus determinantes, que facilitam a identificação de necessidades e prioridades em saúde. Além disso, possui o potencial de orientar os profissionais da saúde de forma crítica e reflexiva sobre a condição de saúde da população estudada, subsidiando o planejamento de ações, bem como a ampliação da resolutividade dos principais problemas de saúde¹¹.

Nesse sentido, a literatura nacional traz algumas experiências de planejamento que ilustram a eficácia e possibilidades que a ASIS oferece. Um estudo⁹ apresentou a Análise Situacional enquanto uma etapa essencial na elaboração do Plano Estadual de Saúde da Bahia (2008-2011); Roggero, Ziglio e Miranda¹² apontaram a estratégia como um recurso utilizado no município de São Paulo para representar quantitativamente os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável para os anos de 2012 e 2015. Vasconcelos e Garcia¹³ conseguiram identificar através da realização de uma análise situacional, as principais demandas do município de Águas Claras (MG), no período de 2008 a 2013, comparando-as com o planejamento municipal e as ações em saúde que estavam sendo executadas. A ASIS também foi apresentada como um recurso que possibilitou a participação da população na elaboração do plano de saúde do município de Várzea Paulista (SP)¹⁴.

Assim, a ASIS é reconhecida enquanto uma estratégia potente para o campo da saúde, possibilitando a identificação das relações entre os problemas de saúde e as respostas sociais para eles, e promovendo a superação de abordagens reducionistas que fragmentam o cuidado^{15,16}. Constitui-se ainda como a ferramenta importante tanto para o planejamento de ações e estratégias em saúde de uma determinada população, quanto para a administração e gerenciamento dos serviços em saúde¹⁷.

Trabalhos mostraram a utilização de diversas ferramentas de planejamento em ações de saúde como oficinas e elaboração de árvore para levantamentos de problemas, além de apresentarem a importância das oficinas para o reconhecimento da realidade local e aproximação com os usuários, que foi um dos objetivos pretendidos com tais experiências^{18,19}. Mesmo com a baixa adesão, os autores pontuam que realizar o planejamento permitiu a negociação entre os diversos participantes interessados no desenvolvimento de ações de promoção de saúde e ressaltam a efetividade do planejamento em saúde como instrumento norteador de práticas de promoção à saúde e melhoria da qualidade de vida. Nessa perspectiva, a ESF gera informações por meio de Sistemas de Informação em Saúde (SIS), os quais servem de elementos para a construção da análise da situação sanitária e embasam as estratégias de planejamento local.

Considerando a escassez de estudos relacionados à utilização da Análise Situacional em Saúde nos processos de planejamento com ênfase ao contexto infantil, e para melhor direcionar a vigilância em saúde e a produção de cuidado à especificidade deste ciclo de vida, torna-se relevante a vivência das autoras na ESF que oportunizou a realização da ASIS da primeira infância para o planejamento e organização das ações a serem desenvolvidas. Esta, foi uma experiência inovadora que teve como objetivo descrever o processo de planejamento e realização da análise situacional de saúde da primeira infância do território de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Salvador, Bahia.

METODOLOGIA

Este relato de experiência é resultante de um compilado de atividades realizadas no período de abril a agosto de 2019, que engloba o planejamento, levantamento de dados secundários e realização de oficinas da ASIS da primeira infância com usuárias e profissionais. Tem como cenário o território de abrangência de uma USF localizada no Distrito Sanitário Boca do Rio, do município de Salvador, Bahia, e como atores principais, a EqSF e crianças de 0 a 6 anos e suas famílias cadastradas na USF, além da equipe de residência multiprofissional composta por uma terapeuta ocupacional, uma fonoaudióloga e uma assistente social, conduzidas pela preceptora e enfermeira da EqSF. Optou-se por estudar esta USF devido à imersão das pesquisadoras durante o segundo ano de residência do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase na Primeira Infância no Contexto do Zika Vírus (REDICA), vinculado à Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) e à Escola de Saúde Pública da Bahia (ESP-BA).

O planejamento para realização da ASIS iniciou-se nas reuniões de preceptoría entre residentes e preceptora com a identificação da escassez de atividades de planejamento em saúde da criança no território e a partir de então foram selecionadas estratégias e métodos para se identificar os dados necessários para realização da análise, quais foram: coleta de dados secundários nos SIS e dos registros dos diários de campo das residentes, bem como realização de territorialização e de oficinas com profissionais da EqSF e usuários para levantamento e priorização dos problemas, no tocante à primeira infância no território.

Para levantamento dos dados secundários, foram utilizados como fonte o processo de territorialização que consistiu em visitas das residentes à área de abrangência guiadas pelos Agentes Comunitário de Saúde (ACS) com olhar mais direcionado aos fatores ambientais que pudessem interferir na saúde das crianças. A territorialização corresponde à identificação, priorização e explicação dos problemas⁹. Entende-se por problema de saúde qualquer acontecimento considerado fora dos padrões de normalidade para quem está analisando uma determinada situação, considerando então a representação social de necessidades de saúde, a partir das condições de vida e concepções de saúde³.

Outra fonte de dados secundários foram os diários de campo das residentes nos quais foram registrados os aspectos positivos e negativos da assistência à saúde da criança pela EqSF. Os diários compilaram as impressões e observações quanto à atenção à saúde da criança dentro da USF, sobretudo durante as interconsultas das residentes com a enfermeira e no território durante as visitas domiciliares.

Para o levantamento dos dados epidemiológicos e sócio-demográficos das crianças de 0 a 6 anos de idade cadastradas na área de abrangência da USF, foi utilizada como fonte o Portal *Multitoky* Agentes de Saúde (Portal MAS), implantado

em junho de 2017. O Portal MAS é um sistema municipal de cadastramento e acompanhamento individual e familiar cujos dados são coletados e digitados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em *tablets* individuais e monitorado pela equipe da EqSF²⁰.

As últimas fontes de dados foram as duas oficinas realizadas com os profissionais da EqSF e com usuárias da unidade. A proposta metodológica adotada na realização das oficinas foi o Planejamento no Sistema Único de Saúde, com adequação à realidade local, que é um método de priorização de problemas com a criação análoga de uma “árvore”, na qual as “raízes” caracterizam-se pelas causas deste; o caule pelo problema identificado em si e a “copa” pelas consequências do problema⁹.

Foram traçadas estratégias para identificação, mobilização dos usuários e profissionais e pactuações para realização das oficinas, além do treinamento para aplicação da proposta entre as residentes. Sendo assim, foram planejadas duas oficinas: uma com os profissionais e outra com os usuários. Para a oficina com os trabalhadores da USF, o critério de elegibilidade foi atuação na USF. Toda a equipe foi convidada, incluindo trabalhadores dos setores administrativos e gerente da USF.

Quanto à oficina com os usuários, os critérios de elegibilidade para participação foram: ter interesse nas condições locais de saúde na infância; ser residente da área de abrangência da USF; e ser pai, mãe ou responsável por crianças na primeira infância. Foram convidadas a participar das oficinas três cuidadoras de crianças de 0 a 2 anos e três cuidadoras de 3 a 6 anos de idade, identificadas pelos ACS e enfermeira com base nos critérios de elegibilidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A USF é integrante do Distrito Sanitário da Boca do Rio (DSBR), o qual possui 134.907 habitantes. Destes, 7.498 são menores de 5 anos. O Distrito comportava os seguintes equipamentos de saúde: quatro Unidades de Saúde da Família (USF), duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Centro de Atenção Psicossocial Adulto tipo II (CAPS a) com residência terapêutica, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), porém não dispunha de equipe do Núcleo de Apoio em Saúde da Família (NASF)²¹.

A Unidade de Saúde da Família do estudo foi inaugurada, em 2009, e foi homenageada com o nome de uma das lideranças locais, reflexo da luta e participação social da comunidade local. Contava com uma equipe formada por 1 médico, 1 enfermeira, 3 técnicos em enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde e, também, com uma equipe de saúde bucal formada por 1 odontólogo e 1 auxiliar de saúde bucal, além de outros profissionais (auxiliares administrativos, higienizadora, gerente, agente de combate a endemias). Possuía 100% de cobertura da área de abrangência, com 2.699 indivíduos cadastrados, sendo 940 imóveis e 911 famílias

cadastradas. Havia 226 crianças cadastradas entre 0 e 6 anos de idade distribuídas em seis microáreas, sendo a média de crianças nesta faixa etária por microárea de 37,6.

Territorialização, aspectos sóciodemográficos e atenção à saúde da criança pela EqSF

Nos meses de março e abril de 2019, as residentes realizaram a territorialização da comunidade com o auxílio dos ACS e da enfermeira preceptora da unidade.

Em visitas pré-agendadas juntamente aos ACS pela enfermeira, as residentes foram levadas a campo por cada um dos 6 ACS, dos quais 3 eram moradores da comunidade. Cada microárea foi apresentada pelo respectivo ACS, inicialmente de forma generalizada, sem visitas domiciliares a famílias específicas. Ao longo das caminhadas na área de abrangência, os ACS apontaram os equipamentos e instituições sociais da comunidade, tais como: 1 associação de moradores; 4 igrejas evangélicas; 1 escola pública de ensino infantil e fundamental I; 1 creche particular; 1 rádio comunitária e outros serviços como lojas, mercadinhos, barbearias e salões de beleza, dentre outros.

Evidenciaram-se também dois projetos e manifestações artísticas e culturais existentes: projeto de capoeira e atividade física desenvolvido na associação de moradores e projeto de separação de recicláveis realizado por alguns moradores. Os dados observados foram registrados e discutidos em reuniões de preceptoría a fim de identificar potenciais demandas de intervenção. A territorialidade abrange para além do território geográfico, relações, política e cultura, modos de vida e formas de produzir saúde. Dessa forma, o território pode ou não ser ativado, é dinâmico e heterogêneo, consequentemente, em constante mudança de riscos e vulnerabilidades ao sujeito¹⁰.

Quanto às condições de saúde na primeira infância, de acordo com os dados cadastrados no Portal MAS, 3 crianças apresentaram condições de saúde crônicas: 1 criança com doença falciforme e 2 com deficiência física²⁰ (o Portal não aponta outros tipos, além da deficiência física). Outra fragilidade observada foi a dificuldade dos ACS no cadastro e identificação destas condições de saúde, além dos possíveis casos sem diagnóstico. A subnotificação e a falta de estatísticas sobre pessoas com deficiência contribuem para sua invisibilidade. Segundo estimativas da UNICEF, 1 em cada 20 crianças menores de 14 anos possui algum tipo de deficiência moderada ou grave²² e crianças com deficiência geralmente têm a exclusão potencializada por fatores de gênero, sociais, culturais ou até mesmo o tipo de deficiência e grau de funcionalidade.

Durante a territorialização também foi possível observar que a maioria das casas se constituía de apartamentos em condomínios sociais ou casas de alvenaria tipo *villages* e algumas casas de madeira. Todas as casas tinham acesso à água e luz, porém nem sempre legalizadas, e a grande maioria tinha acesso à internet. Predominam na comunidade indivíduos

com ensino fundamental I e II, sendo estes os maiores níveis de escolaridade presentes, e quanto às condições de trabalho e renda, muitos eram desempregados e dependiam de atividades informais, autônomas ou aposentadorias e benefícios sociais.

Foi perceptível a heterogeneidade da população residente, com áreas com melhores condições socioeconômicas e outras mais vulneráveis e insalubres. Emergiram ainda os problemas de infraestrutura e violência interpares advindos de confrontos e rivalidades entre a própria comunidade por rixas de ordem territorial e de poder derivadas do tráfico de drogas.

A literatura considera fundamental que se busque superar tal desigualdade, uma vez que é possível existir diversos territórios que coexistem no mundo contemporâneo, dependendo do controle e apropriação do espaço, território político e econômico com dinâmicas próprias, para que se possa trabalhar de forma integral ou integrada²³. Além disso, os profissionais relataram que percebiam e lidavam com os problemas locais, no que se refere ao tráfico, uso de drogas e violência em suas diversas manifestações, de modo cauteloso, principalmente em relação a intervenção e enfrentamento de tais problemas, sobretudo no tocante à notificação ou denúncia, uma vez que poderia causar quebra irreparável da confiança dos usuários, desgaste da imagem da equipe de saúde e insegurança, em especial à alguns ACS por também pertencerem ao território em tempo integral^{23,24}.

Em relação à atenção à saúde da criança e ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (ACD), observou-se que na unidade foram realizados atendimentos de ACD, em um turno disponibilizado semanalmente pelo médico e outro pela enfermeira. As consultas eram agendadas de maneira informatizada pelo Sistema Integrado de Saúde (Sistema VIDA), sob livre demanda da área de abrangência. A assistência à saúde da criança mostrou-se satisfatória na USF, considerando-se o quantitativo de consultas para crianças menores de 2 anos²⁵.

Para o atendimento de ACD, os profissionais se baseiam no Caderno de Atenção Básica: Saúde da Criança – Crescimento e Desenvolvimento para os atendimentos. Observa-se maior demanda de crianças menores de 12 meses nos atendimentos, pois os retornos são solicitados pelos profissionais com maior frequência, além de um esvaziamento após esta faixa etária, uma vez que este grupo, em sua maioria, passa a acessar a unidade para resolução de problemas orgânicos e agudos, fato observado nos agendamentos feitos para os profissionais e nas consultas realizadas.

Outra fragilidade se refere à continuidade do cuidado, pois após a consulta, a criança saía com o atendimento programado, mas este não era agendado, sendo feito posteriormente junto à recepção da unidade, uma vez que as agendas dos profissionais eram liberadas para marcação no final de cada mês, o que poderia comprometer a adesão e continuidade do cuidado. Essa dificuldade na manutenção da assistência vai de encontro a um dos atributos essenciais da AB que é a longitudinalidade caracterizada como um

acompanhamento ao longo do tempo pela equipe de saúde, onde se estabelece uma relação terapêutica com responsabilização do binômio usuário-profissional de saúde, que tende a produzir diagnósticos mais precisos, além de reduzir os encaminhamentos desnecessários para a média e alta complexidade^{25,26}.

Observou-se uma relação positiva entre o vínculo e adesão ao pré-natal e a continuidade da assistência no ACD, evidenciada pelo seguimento fiel das consultas pré-natal- puerperal-ACD, por parte das famílias.

A importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança era endossada nas consultas, aliada a uma anamnese de enfermagem detalhada; registro na caderneta e escuta das possíveis queixas, ambos qualificados; aferição das medidas antropométricas da criança e avaliação do desenvolvimento. Esta, foi qualificada pelas residentes através da criação de um instrumento baseado na Caderneta de Saúde criança denominado de “Kit do ACD” (composto por brinquedos e recursos de baixo custo) utilizado para avaliar os marcos do desenvolvimento de acordo com as faixas-etárias.

De forma divergente ao que foi observado nesta EqSF, uma revisão da literatura brasileira²⁷ apontou as fragilidades dos serviços, principalmente, com relação ao preenchimento da Caderneta de Saúde da criança (essencial para a adequada vigilância do desenvolvimento infantil) e evidente necessidade de educação continuada para os profissionais e formulação de estratégias para que as equipes consigam realizar o acompanhamento adequado das crianças.

Vale ressaltar que o município não dispõe de rede de assistência à saúde com fluxos específicos para atendimentos com especialistas infantis. Desta forma, quando há necessidade de encaminhamento para nível de maior complexidade a EqSF perde a característica de coordenadora do cuidado, tornando-se difícil o direcionamento das famílias para outras unidades de maior complexidade, gerando morosidade na resolução das demandas e peregrinação na rede de assistência, ou seja, a família fica sem garantia de continuidade da assistência para serviços especializados.

Oficinas de Análise da Situação de Saúde com profissionais da EqSF e com usuários

Para a continuidade da análise situacional de saúde, é fundamental a identificação dos problemas de saúde através do estabelecimento de reflexão e discussão coletiva, envolvendo diversos atores. A oficina foi iniciada com apresentação da proposta e seus objetivos, seguidos de uma breve justificativa da realização de uma análise situacional de saúde da primeira infância neste território. A primeira oficina foi realizada com os profissionais da unidade para levantamento dos problemas, aconteceu em um consultório da USF. Contou com a participação dos ACS, enfermeira, odontólogo, médico e gerente. Os profissionais demonstraram interesse e engajamento apesar do esvaziamento ao longo da oficina, devido surgimento de outras demandas de trabalho prioritárias. Inicialmente foi executada a matriz para a sistematização da lista de problemas a serem priorizados, na qual a equipe elencou os seguintes problemas conforme Quadro 1.

Apesar do direcionamento da oficina ser para identificação dos problemas relacionados à saúde da população infantil, inevitavelmente, foram listadas circunstâncias que perpassam por distintos ciclos de vida. Observou-se também certa dificuldade dos participantes em descrever os problemas, no que se refere a “o que”, “quem”, “quando” e “onde” eles se apresentam. Para a priorização dos problemas acima listados, foi realizada uma votação através de placas, contendo as opções: Baixa (0), Significativa (1), Alta (2) e Muito alta (3), de acordo com a relevância, viabilidade, factibilidade e urgência. Vide Tabela 1.

Após esse momento, foi criada a “árvore de problemas”. Como os problemas 2, 3 e 4 (dificuldade de acesso a exames e serviços especializados; burocratização do sistema de saúde e acúmulo de lixo devido à falta de organização e educação da comunidade) obtiveram a mesma pontuação, após uma votação como critério de desempate, o problema eleito então foi o 2: dificuldade de acesso a exames e serviços especializados.

Quadro 1. Lista de problemas identificados pelos profissionais da unidade, Salvador, Bahia, Brasil, 2019

Número	Problema (o que, quem e onde)
1	Desarticulação da rede de saúde da criança (comunicação falha, fluxo inexistente, insuficiência da rede)
2	Dificuldades de acesso a exames e serviços especializados
3	Burocratização do sistema de saúde
4	Acúmulo de lixo (falta de organização e educação da comunidade)
5	Tráfico de drogas
6	Falta de infraestrutura de lazer para as crianças
7	Dengue
8	Ausência de NASF
9	Sobrecarga e condições de trabalho insatisfatórias

Tabela 1. Problemas priorizados pelos profissionais, Salvador, Bahia, Brasil, 2019

Problema	Relevância	Urgência	Factibilidade	Viabilidade	Total de pontos
1	3	1	2	3	9
2	3	3	3	2	11
3	3	3	2	3	11
4	3	3	3	2	11
5	3	3	0	0	6
6	3	3	0	0	6
7	2	3	3	2	10
8	3	3	0	1	7
9	3	3	0	2	8

As raízes da árvore ou causas do problema listadas pelos participantes da oficina foram: desvalorização profissional; desorganização dos fluxos de trabalho; sucateamento do SUS; falta de interesse público do Estado; falta de profissionais de referência e implementação das políticas. A copa da árvore ou consequências foram: falta de estimulação precoce e prejuízo à saúde das crianças; descontinuidade do cuidado; desgaste dos profissionais da Atenção Básica; frustração da EqSF; adoecimento e riscos para o desenvolvimento infantil. A desarticulação intersetorial, o baixo investimento do Estado nas políticas sociais e a desvalorização do profissional de saúde também foram problemas identificados por enfermeiros de EqSF em um estudo que discutiu a influência das políticas e programas na vulnerabilidade do desenvolvimento infantil²⁸ o que ilustra uma realidade que é comum a outras equipes.

De forma geral, a oficina gerou impactos positivos na equipe, que avaliou a mesma como importante para visualização dos problemas voltados à primeira infância sob outra ótica e de forma sistematizada. Percebeu-se coesão da equipe na votação da maioria dos problemas, sem grandes divergências o que impacta positivamente no processo de

trabalho e na tomada de decisões. Nota-se que o tipo de problema levantado se divide em questões mais técnicas e de gestão dos serviços, sociais e de condições de saúde. Na construção da árvore de problemas, observou-se maior facilidade no levantamento das causas, em contrapartida houve dificuldade na distinção dos efeitos relacionados a cada causa, sendo necessárias provocações por parte das mediadoras para que se elaborasse as consequências do problema.

A segunda oficina para o levantamento dos problemas foi realizada com as usuárias, na sala de reunião da USF e contou com a presença de seis cuidadoras convidadas pelos ACS. Visando contemplar as faixas etárias esperadas, cada um dos 6 ACS convidou 1 responsável por crianças nas faixas etárias de 0 a 2 anos e/ou de 3 a 6 anos de idade, minimizando as chances de superlotação do espaço e respeitando a representação mínima para cada faixa etária. Todas as 6 usuárias convidadas compareceram à oficina, genitoras das crianças com os seguintes níveis de escolaridade: ensino fundamental completo (2), ensino médio completo (2), ensino superior completo (2) e participaram ativamente do processo de levantamento e classificação dos problemas. Dessa forma foram listados os problemas no Quadro 2.

Quadro 2. Lista de problemas identificados pelos usuários, Salvador, Bahia, Brasil, 2019

Número	Problema (o que, quem e onde)
1	Falta de atividades recreativas no território
2	Ausência de creche
3	Falta de parque e espaços de lazer
4	Limpeza urbana precária (esgoto a céu aberto e lixo impedem as crianças de brincarem na rua)
5	Dengue
6	Ausência de “quebra-mola”
7	Escassez de mais profissionais na USF
8	Ausência de profissionais que constituiriam o NASF (fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e assistente social)
9	Falta de segurança na USF
10	Dificuldades de marcar exames
11	Deslocamento para acessar serviços de assistência social e para conseguir informações acerca destes serviços

Foi utilizada a proposta metodológica citada anteriormente, iniciada com a identificação e em sequência a priorização dos problemas de saúde da população, que envolve pontuá-los de acordo com os seguintes critérios: magnitude (atinge a todos?); tecnologia disponível (a saúde tem como resolver?); valorização (a população valoriza isso?); custo

estimado (quanto custa para resolver?). Os termos foram adaptados pela equipe de residência a fim de facilitar o entendimento da população e fornecer maior fidedignidade para aplicação do método. Tais critérios foram pontuados em baixo (0), significativo (1), alto (2) e muito alto (3) conforme Tabela 2.

Tabela 2. Problemas priorizados pelos usuários, Salvador, Bahia, Brasil, 2019

Problema	Magnitude	Tecnologia disponível	Valorização	Custo estimado	Total de pontos
1	2	1	1	2 (significativo)	6
2	3	0	3	0 (muito alto)	6
3	2	0	2	1 (alto)	5
4	2	1	1	3 (baixo)	8
5	0	1	0	2 (significativo)	3
6	0	1	1	3 (baixo)	5
7	3	0	3	0 (muito alto)	6
8	3	0	3	0 (muito alto)	6
9	3	0	3	0 (muito alto)	6
10	2	0	3	0 (muito alto)	5
11	3	0	3	2 (significativo)	8

Como os problemas 4 e 11 obtiveram pontuação igual (deslocamento para acessar serviços de assistência social e dificuldade para conseguir tais informações; limpeza urbana precária como o lixo e esgoto a céu aberto), foi realizada uma segunda votação para desempate. O problema escolhido então foi o de acesso: deslocamento para chegar aos serviços de assistência social e dificuldades para conseguir informações acerca destes serviços. Ao descrevê-lo na árvore, as usuárias estabeleceram que este possuía como suas raízes (causas do problema) os seguintes aspectos: sistema desatualizado; pouca divulgação dos programas; sistemas e informações desintegrados; divergências nas informações e poucos serviços de assistência social. Este problema tinha como consequências, na visão das usuárias (copa da árvore), os seguintes pontos: não recebimento dos benefícios sociais; diminuição da autonomia e autoestima; aumento de famílias desassistidas; retirada da mulher do mercado de trabalho; falta de equidade para recebimento dos benefícios e diminuição do poder de compra da população.

A problemática do acesso a serviços também foi uma queixa apresentada por cuidadores de crianças em outros estudos^{5,7,29}, sejam elas geográficas (organização urbana, transporte) ou funcionais (articulação de serviços, informações disponíveis, logística de funcionamento), o que agrava as iniquidades em saúde das crianças, dificulta a construção de vínculos e torna inviável a longitudinalidade do cuidado.

Como etapa adicional que emergiu durante a realização da oficina, foi realizada a sua avaliação geral, utilizando como instrumento as expressões-chave “que bom”, “que pena” e “que tal?”. As cuidadoras avaliaram a oficina como positiva: “que bom que teve o encontro para proporcionar a nossa fala e

foi esclarecedor”, que pena que “não conseguimos solucionar todos os problemas, nem temos recursos para tal” e que tal “resolver alguns dos problemas, ter mais encontros como estes, com mais pessoas, mais grupos na unidade para falar sobre crianças, pois as crianças é um assunto que interessa a todos”.

Nota-se que em ambas as oficinas os participantes elegeram todos os problemas com pouca discrepância na magnitude, custo estimado, viabilidade e urgência, sendo alguns dos problemas poucos discutidos e problematizados de forma epidemiológica e social, principalmente no que se refere ao público-alvo: a população infantil do território. Houve alguns problemas levantados em comum nas duas oficinas, como a incidência de dengue, ausência de NASF, sobrecarga devido a poucos profissionais da ESF, dificuldades no acesso à exames e falta de espaços de lazer no território, destacando-se o problema do lixo e esgoto a céu aberto, como o problema mais pontuado nas oficinas, porém não foi o problema escolhido para discussão da árvore dos problemas, por ser considerado difícil de ser resolvido.

A determinação de prioridades pode ser um processo autoritário ou participativo, que resulta de um debate e negociação, considerando as visões e perspectiva dos diversos atores envolvidos nos problemas e das oportunidades de ação, através de utilização de critérios objetivos de decisão ou com base em preferências subjetivas⁹.

Há uma tendência de usuários e lideranças comunitárias identificarem fatores condicionantes e determinantes em saúde como falta de saneamento básico, falta de creche e acesso à informação para serviços intersetoriais. Já, os profissionais de saúde tendem a identificar doenças e agravos, principalmente relacionados a infraestrutura e organização do serviço e trabalho⁹.

Assim como neste trabalho, outros estudos observaram que a realização do planejamento permitiu a negociação entre os diversos participantes interessados no desenvolvimento de ações de promoção de saúde e ressaltaram a efetividade do planejamento em saúde como instrumento norteador de práticas de promoção à saúde e melhoria da qualidade de vida^{7,8}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A imersão das residentes no campo e as discussões com a equipe fizeram emergir a problemática da fragilidade no monitoramento e planejamento das ações voltadas para a primeira infância no território da USF. Sendo assim, tornou-se imperativa a execução de um método que trouxesse à equipe o embasamento necessário para o monitoramento e, sobretudo, para o planejamento de tais ações. A análise situacional de saúde da primeira infância foi o método utilizado e que evidenciou os principais problemas para a saúde das crianças do ponto de vista dos profissionais e usuários, sendo estes: a dificuldade de acesso a exames e serviços especializados e o deslocamento para acessar os serviços de assistência social, aliado a dificuldades para conseguir informações acerca destes serviços.

Nota-se, por conseguinte, um padrão de concordância entre representantes da comunidade e profissionais da USF quanto aos problemas identificados nas oficinas como relevantes e prioritários, principalmente os relacionados ao acesso e utilização dos serviços de saúde, além de questões sociais que afetam a primeira infância deste território. Observou-se ainda interesse e engajamento dos participantes das oficinas sobre a temática trabalhada, fato que está diretamente relacionado ao histórico de luta e organização popular da comunidade, sendo possível notar que o sentimento de pertencimento dos usuários e profissionais quanto aos dispositivos públicos existentes neste território impacta positivamente no processo de trabalho da EqSF e na relação desta com a sua população.

Considerando que a realização da Análise da Situação de Saúde proporcionou a ampliação de conhecimento acerca da realidade local da primeira infância enfrentada diariamente pelos usuários e trabalhadores e, diante dos resultados, sugere-se a implementação da ASIS como instrumento rotineiro de planejamento da USF, Distrito Sanitário e Secretaria Municipal da Saúde a fim de facilitar a identificação das fragilidades e delinear estratégias para seu enfrentamento.

REFERÊNCIAS

1. Giovanella L, Mendonça MH. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. 1100p.
2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: saúde da criança [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 11 abr 2019]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/13/PAB-Saude-da-Crian-a-Provis-rio.pdf>
3. Santos GS, Pieszak GM, Gomes GC, Biazus CB, Silva SO. Contribuições da Primeira Infância Melhor para o crescimento e desenvolvimento infantil na percepção das famílias. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* 2019; 11(1):67-73.
4. Yakuwa MS, Neill S, Mello DF. Estratégias de enfermeiros para a vigilância à saúde da criança. *Rev. Lat-Am. Enfermagem* 2018; 26:e3007.
5. Da Silva, RMM, Viera CS. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. *Rev. Bras. Enfermagem* 2014; 67(5):794-802.
6. Pedraza DF, Santos IS. Avaliação da vigilância do crescimento nas consultas de puericultura na Estratégia Saúde da Família em dois municípios do estado da Paraíba, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2017; 26(4):847-855.
7. Mesquita Filho M, Luz BR, Araújo CS. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Ciênc. saúde coletiva* 2014; 19(7): 2033-2046.
8. Ribeiro AM, Albuquerque IM, Cavalcante AP, Aguiar NT, Santos FD, Cunha CG. Territorialização em saúde na perspectiva de gerentes da estratégia saúde da família. *Diversitates* 2016; 8(1):5-9.
9. Teixeira CF. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA; 2010.
10. Monken M, Peiter PC, Barcellos CC, Rojas LI, Navarro M, Gondim G et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Miranda AC, Barcellos CC, Moreira, JC; Monken M, organizadores. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008; 23-41.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Asis - Análise de Situação de Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. [acesso em 20 out 2019]. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvms/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf
12. Roggero MA, Ziglio L, Miranda M. Vulnerabilidade socioambiental, análise de situação de saúde e indicadores: implicações na qualidade de vida no município de São Paulo. *Confins* 2018; 36, acesso em 24 de julho de 2020, 36:1-17. Disponível em: <https://journals.openedition.org/confins/13774>
13. Vasconcelos JPR, Garcia RAV. Análise da situação de saúde de Águas Lindas de Goiás: o desafio do planejamento. *Rev. G&S* 2016; 07(3):1173-90.
14. Tofani LFN, Carpintéro MCC. 3a Conferência Municipal de Saúde de Várzea Paulista: a participação da sociedade no processo de priorização e compromisso político. *Saúde soc.* 2012; 21(Suppl 1): 244-252.
15. Teixeira CF. Epidemiologia e planejamento em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 1999; 4(2): 287-303.

16. Dávila F, Gómez W, Hernández T. Situación de salud, una herramienta para la gerencia em los pos grados. *Rev Cubana Salud Pública* 2009; 35(1): 1-10.
17. Senna MH, Andrade SR. Indicadores e informação no planejamento local em saúde: visão dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*, 2015; 24(4): 950-8.
18. Nunes Filho HR, Damasceno JA, Almeida NS, Pereira UM, Musse JO. Desenvolvimento de ações de promoção da saúde na USF Sobradinho I: relato de experiência da operacionalização de um planejamento e programação local em saúde. *Rev. Saúde Col. UEFS* 2017; 7(2): 13-20.
19. Silva AL, Sanabria AP, Silva EM, Musse JO, Souza AM, Rodrigues et al. Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS): uma proposta para desenvolvimento de ações na atenção primária à saúde. *Rev. Saúde Col. UEFS* 2017; 7(2): 8-12.
20. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Portal MAS [Homepage]. Condições de saúde. Salvador; 2019. [acesso em 4 abr 2019]. Disponível em: <http://www.portalprofissional.saude.salvador.ba.gov.br/>
21. Secretaria Municipal da Saúde de Salvador. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão. Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021. Salvador: Secretaria Municipal da Saúde de Salvador; 2018.
22. United Nations Children's Fund (UNICEF). Situação mundial da infância 2013: Criança com deficiência [Internet]. New York; 2013. [acesso em 7 fev 2020]. Disponível em: <http://www.childinfo.org>
23. Haesbaert RO. Mito da Desterritorialização: do "Fim dos Territórios" à multi territorialidade. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil; 2004.
24. Silva SA, Fracolli LI. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.* 2016; 69(1):47-53
25. Diniz GM, Damasceno SS, Coutinho SD, Toso BG, Collet N. Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2016; 37(4):e57067.
26. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
27. Caminha MC, Silva SL, Lima MC, Azevedo PC, Figueira MS, Batista Filho M. Vigilância do desenvolvimento infantil: análise da situação brasileira. *Rev. paul. pediatr.* 2017; 35(1):102-109.
28. Silva DI, Ramallo ML, Mazza VA. Vulnerabilidade no desenvolvimento infantil: influência das políticas públicas e programas de saúde. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* 2015; 25(1):11-18.
29. Kovacs MH, Feliciano KV, Sarinho SW, Veras AM. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *J. Pediatr. (Rio J.)* 2005; 81(3):251-258.

ABSTRACT

The primary health care is the main gateway in health services system, operating on coordinate care and resolution of health problems. The Family Health Strategy (ESF) works with territorial and community approach, with definition, clientele adscription, registration, and population monitoring. Therefore, planning and programming in health care are fundamental to the work processes through the Health Situational Analysis (ASIS). This article reports an experience of Multi-Professional Residency in Public Health about the construction and conduction process of early childhood ASIS at a Family Health Unit (FHU) in the city of Salvador in 2019. It was found a heterogeneous distribution of children on early childhood according to the micro-area and health conditions underreporting, especially physical and mental deficiencies. In workshops with professionals and users, similar problems were related to access and use of health services and social matters that affect early childhood in this territory were listed. Child's health care assistance in FHU proved to be satisfactory, however, needing improvement in the children monitoring. The conduction of ASIS provided greater knowledge about the local reality, with the cutout of early childhood. It can be used as a tool both to the local planning in health care and the coping of prioritized problems as early childhood and other life cycles.

Keywords: Health Planning; Child Development; Primary Health Care.

RESUMEN

La atención primaria es la principal puerta de acceso a los servicios de salud, trabajando para coordinar la atención y resolver los problemas de salud. La Estrategia Salud de la Familia trabaja con un enfoque territorial y comunitario, con definición, asignación de clientes, registro y seguimiento de la población. Así, la planificación y programación de la salud es fundamental para los procesos de trabajo a través del Análisis Situacional de Salud (ASIS). Este artículo es un relato de experiencia de la Residencia Multiprofesional en Salud Pública sobre el proceso de construcción e implementación de ASIS de la primera infancia en una Unidad de Salud de la Familia (USF) en la ciudad de Salvador, en el año 2019. Se encontró una distribución heterogénea de niños en la primera infancia. niñez según el área micro y subregistro de condiciones de salud, especialmente discapacidad. En los talleres con profesionales y usuarios se enumeraron problemas similares relacionados con el acceso y uso de los servicios de salud y los problemas sociales que afectan a la primera infancia de este territorio. La atención de la salud infantil en la USF demostró ser satisfactoria, pero es necesario mejorar el seguimiento de los niños. La realización del análisis brindó un mayor conocimiento sobre la realidad local, con el corte de la primera infancia y se puede utilizar como herramienta la planificación local en salud y el afrontamiento de los problemas priorizados tanto para la primera infancia como para otros ciclos vitales.

Palabras Clave: Planificación en Salud; Desarrollo Infantil; Atención Primaria de Salud.