

A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA E A PUERICULTURA NO CONTEXTO HISTÓRICO

Ieda Harumi Higarashi¹

Tatiana da Silva Melo Malaquias²

RESUMO

Revisão de literatura que teve por objetivo conhecer o histórico da inserção da puericultura no atendimento à criança no Brasil e no mundo. Foram encontrados 11 artigos, 4 livros, 2 dissertações de mestrado e 4 manuais do Ministério da Saúde. Observou-se uma evolução no atendimento à criança e da consulta de puericultura ao longo dos anos. Atualmente a assistência à saúde da criança envolve uma abordagem multidisciplinar para atender às novas demandas da atenção infantil.

Palavras-chave: Puericultura; Crescimento e Desenvolvimento; Cuidado da Criança.

ASSISTANCE FOR CHILDREN AND CHILD CARE IN HISTORICAL CONTEXT

ABSTRACT

Literature review that aimed to know the history of the introduction of child care in child care in Brazil and worldwide. They found 11 articles, four books, two dissertations and 4 manuals of the Ministry of Health. There was an increase in child care and child care consultation over the years. Currently the health care of children involves a multidisciplinary approach to meet the new demands of child care.

Keywords: Pediatric nursing; Growth and development; Child care.

¹ Doutora em Educação (UFSCAR). Docente do departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

² Mestre em Enfermagem (UEM). Docente do departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO).

INTRODUÇÃO

Os primeiros relatos a respeito da puericultura datam da idade antiga e têm sua origem na França, com referência aos cuidados com a criança e envolvendo aspectos como a disciplina, educação, vestuário e alimentação. Contudo, somente na segunda metade do século XIX é que emerge a Puericultura propriamente dita e a Pediatria. Na Enfermagem, a saúde da criança começou a ter importância nas primeiras décadas do século XX, atrelada aos conceitos dos cuidados higiênicos, em conformidade com o desenvolvimento da especialidade médica voltada às crianças (ASSIS et al, 2011).

Os avanços políticos e científicos possibilitaram a ampliação do conceito de puericultura, de modo que esta deixa de se ocupar apenas com as questões higiênicas, passando a conceber a assistência de saúde à criança de uma forma mais global, envolvendo todos os aspectos do desenvolvimento infantil (BONILHA; RIVORÊDO, 2005).

A puericultura é definida como um conjunto de técnicas empregadas para assegurar à criança um bom desenvolvimento físico e mental, desde a gestação até a puberdade, em todos os aspectos: biológicos, psicológicos e sociais. Tem como objetivos a promoção da saúde infantil e a prevenção de doenças e agravos à saúde, de modo que a criança possa atingir a idade adulta sem influências desfavoráveis trazidas da infância. Por meio da educação em saúde, favorece o cuidado efetivo da família à criança, minimizando os riscos do adoecimento (DEL CIAMPO et al, 2006; BONILHA; RIVORÊDO, 2005; BLANK, 2003).

Sendo a infância um período em que o ser humano encontra-se biologicamente vulnerável, este necessita de maior atenção à saúde nesta fase, para que as próximas etapas do ciclo vital sejam estabelecidas de maneira saudável. Por meio da puericultura, é possível acompanhar as crianças periodicamente, principalmente no primeiro ano de vida, estendendo este acompanhamento até os 10 anos de idade, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

Deste modo, é relevante conhecer o histórico da inserção da puericultura no

atendimento à criança, como mecanismo de promoção e prevenção a saúde infantil. Portanto, este estudo teve por objetivo conhecer o histórico da inserção da puericultura no atendimento à criança no Brasil e no mundo.

METODOLOGIA

Revisão de literatura, na qual foram realizadas buscas de artigos e livros sobre o tema proposto nas bases de dados: Banco de Dados de Enfermagem (BDENF) e GOOGLE ACADÊMICO e na biblioteca da Universidade Estadual do Centro-Oeste Pr. A busca foi executada de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “cuidado da criança”; “crescimento e desenvolvimento”; “saúde da criança” para as publicações no período de 2000 a 2014. Para inclusão e análise dos artigos, foram estabelecidos os seguintes critérios: artigos indexados nas bases de dados descritas previamente e publicados na íntegra na língua portuguesa. Para os livros, manuais e outros documentos não foi delimitado período de tempo de publicação. Foram selecionados os que abordavam sobre o tema pesquisado. A pergunta norteadora para o desenvolvimento do estudo foi: Como se deu o desenvolvimento da atenção à saúde da criança no decorrer da história e como foi introduzida a puericultura neste contexto?

Desse modo, foram encontrados 11 artigos, 4 livros, 2 dissertações de mestrado e 4 manuais do Ministério da Saúde que fizeram parte do *corpus* desta revisão, apresentados na sequência.

A CRIANÇA NO CONTEXTO HISTÓRICO E A PUERICULTURA

A criança, na antiguidade, era abandonada e desprezada pelos adultos. Os gregos e romanos praticavam o infanticídio com frequência, pois o pai tinha o direito de vida e morte sobre os filhos. Os filhos nascidos com má-formação, as meninas ou os indesejados eram assassinados diariamente (FILHO, 2012; OTENIO et al, 2008).

Na Grécia antiga, o filósofo Platão sugeria aos pais não terem filhos além do que poderiam sustentar e que os entregassem a famílias mais abastadas. Por sua vez, Aristóteles defendia o controle de natalidade e o aborto, como forma de conter o aumento populacional. Embora a lei romana estabelecesse que as crianças livres não poderiam se tornar escravas, apenas servas, estas eram torturadas, tinham os braços e pernas quebrados, ou tinham seus olhos furados para que mendigassem nas ruas. A criança, aos sete anos, já era considerada adulta e os meninos com esta idade já iniciavam a carreira militar (FILHO, 2012; OTENIO et al, 2008; MARCÍLIO, 2006).

Durante o Império Romano, algumas medidas foram tomadas em defesa das crianças. O imperador Antonino (137-161) declarou que os pais que vendiam crianças livres estavam praticando um ato ilícito e vergonhoso. No ano 294, Diocleciano estabeleceu que os pais não poderiam doar ou vender seus filhos e nem doá-los à servidão para saldar suas dívidas com os credores. Porém, o pai continuava como soberano na decisão da sorte dos filhos (FILHO, 2012; MARCÍLIO, 2006).

Ainda segundo Filho (2012) e Marcílio (2006), o infanticídio começa a ter fim apenas no reinado de Constantino, no ano de 331, o primeiro imperador cristão, quando os romanos e a igreja católica passam a dar um sentido sagrado à vida. Em meados do século V a compaixão e respeito pelas crianças começaram a ter lugar de destaque na sociedade. Os cristãos viam os pequenos abandonados com olhar de piedade e isso contribuía para que a prática da adoção ocorresse com maior frequência.

Na Idade Média, a infância continuava desconhecida. Quando as crianças tinham condições de viver sem os cuidados maternos, ela era inserida no meio das pessoas mais velhas e não se distinguia mais destas. Estavam sempre misturadas com os adultos, seja no trabalho, passeio ou jogos. Na sociedade medieval, não se acreditava que as crianças tinham personalidade própria. Eram consideradas miniaturas de adultos, portanto já poderiam participar da vida em sociedade. Os mosteiros serviam de refúgio para muitas dessas crianças, que continuavam sendo abandonadas pelos pais. Nesse ambiente, os pequenos encontravam alimentação,

vestuário e meios de sobrevivência para si e suas famílias. Os monges assumiam o papel de pais de criação das crianças (MARCÍLIO, 2006; BONILHA, RIVORÊDO, 2005; ARIÈS, 1981).

No século XVII, generalizou-se na Europa católica o sistema da “Roda de Expostos”, que tinha como finalidade dar assistência às crianças desamparadas. Os recém-nascidos eram deixados em locais como igrejas ou órgãos públicos, para serem cuidados por pessoas da sociedade que faziam caridade. A roda dos expostos era uma caixa de madeira com uma gaveta ou um cilindro giratório, com abertura dupla para o interior e exterior da igreja ou instituição pública que acolhia a criança. Na maioria das vezes, a mãe colocava o bebê à noite, com um bilhete contendo informações como o nome do recém-nascido, girava a roda para dentro, tocava uma sineta e partia. Esse sistema perdurou até o final do século XIX (FILHO, 2012; MARCÍLIO, 2006).

Segundo Filho (2012) e Marcílio (2006) a mortalidade infantil no período medieval, continuava elevada. Apenas 15% das crianças conseguiam sobreviver ao primeiro ano de vida e destas, muitas morriam antes de completar sete anos. Chegar à idade adulta era quase impossível. A alta mortalidade das crianças era compensada pela alta taxa de nascimentos. Como não havia planejamento familiar, a mulher era uma reprodutora constante, tendo em vista que as crianças também serviam de mão-de-obra barata.

Com o Renascimento, o movimento urbano, apoiado pela burguesia, teve um processo de aceleração, surgindo novas relações de trabalho. Nessa época começa a se constituir uma nova idealização de vida e tempo, influenciando os mais abastados a preservar a vida da criança e a evitar que esta adoecesse. A perpetuação da linhagem já não era o foco da atenção, e sim o indivíduo adulto no qual a criança se tornaria (MARCÍLIO, 2006; BONILHA, RIVORÊDO, 2005).

Com o despertar da consciência social para a problemática infantil, em 1762, o filósofo suíço Jean-Jacques Rousseau publicou o livro “Emílio ou da educação”, em que defendeu a educação “natural” inspirada em outros animais, exaltando o papel

materno e a relação mãe-filho. Na mesma obra, Rousseau afirmou que a criança nasce pura e é deformada pela sociedade (BONILHA, RIVORÊDO, 2005).

Bonilha e Rivorêdo (2005) referem que no final do século XVIII, o Estado começou a ter uma participação mais efetiva na proteção das crianças, buscando soluções para enfrentar a nova realidade. Neste processo, as preocupações vão além da natalidade-mortalidade, e se voltam para a sobrevivência das crianças até a idade adulta. Com isso, as obrigações e cuidados se impõem aos pais e filhos: cuidados higiênicos, amamentação, vestuário e educação física.

Entre 1860 e 1890 as pesquisas clínicas, como as de Luís Pasteur (1822-1895) contribuíram para o avanço da ciência na área da microbiologia, respondendo algumas das questões sobre as doenças contagiosas e modos de preveni-las. Conceitos como profilaxia, higienização, assepsia e prevenção eram comuns no desenvolvimento de métodos para evitar as doenças e reduzir a mortalidade infantil, formando uma sociedade constituída por adultos saudáveis (MARCÍLIO, 2006; BONILHA, RIVORÊDO, 2005).

No final do século XIX, o avanço nas ciências impulsionou o desenvolvimento de vários países europeus que passaram por uma revolução da nutrição infantil, com a implantação da fervura e esterilização do leite de animais que era oferecido à criança. A esterilização e a produção de leite artificial dominaram as pesquisas médicas da época, provocando um processo de produção e aperfeiçoamento de mamadeiras, como também a higienização das mesmas. Com esses avanços técnicos, pode-se melhorar a nutrição das crianças, principalmente as das classes operárias, pobres e abandonadas, tornando as amas-de-leite obsoletas. No final do século XIX ocorre a extinção da “Roda dos Expostos” (MARCÍLIO, 2006).

Conforme Marcílio (2006), a Medicina tornou-se cada vez mais científica e preventiva. Os hospitais deixaram de receber apenas os doentes pobres, passando a receber a classe média e, posteriormente, a elite da sociedade. Surgiram novas formas de proteção da infância desvalida, como asilos, colônias, orfanatos, colégios, creches,

etc. Do esforço dos higienistas pela proteção das crianças, surge a Puericultura (1864) e a Pediatria (1872).

O sentido etimológico da palavra puericultura significa criação (cultura) da criança (puer). O primeiro a usá-lo foi o suíço Jacques Ballexserd, em 1762, quando escreveu o primeiro “Tratado de Puericultura”, ressaltando as práticas de higiene para o cuidado da criança. Em 1865, o médico francês Alfred Caron reafirma o termo puericultura ao publicar o livro “Puericultura ou a ciência de criar os filhos de um modo higiênico e fisiológico”, que embora não tenha alcançado repercussão imediata, serviu como apoio para as práticas de cuidado à criança no final do século XIX (BONILHA, 2004; JÚNIOR, 2011).

Ainda, a puericultura é definida como o conjunto de meios próprios para assegurar o nascimento e o desenvolvimento de crianças sadias (FERREIRA, 2010). É uma subárea da pediatria responsável pelo cuidado da criança “sadia”, pela promoção da saúde e prevenção de agravos na infância de modo integral e contínuo (MOITA, QUEIROZ, 2005).

No século XIX, o progresso científico permitiu grandes avanços na área médica, como a Revolução Pasteuriana (1864), com as teorias microbianas das doenças, consolidando a imunização por meio da vacinação; a fervura e esterilização do leite, para evitar a transmissão de microorganismos causadores de diarreia, fortalecendo os alicerces da puericultura (BONILHA, RIVORÉDO, 2005).

A partir de 1880, os manuais e tratados de puericultura adquirem um caráter mais científico, servindo de orientação não só para as mães, mas para toda a sociedade. Neste contexto, foram criados serviços de atendimentos dirigidos às mães e as crianças, chamados de ambulatórios para lactentes sadios, consolidando a puericultura. O primeiro destes ambulatórios foi organizado por Pierre Budin, em 1892, no Hospital de Caridade de Paris. As ações se concentravam no estímulo ao aleitamento materno e esterilização do leite de vaca para as mães operárias, além de orientações sobre práticas higiênicas às crianças. Em pouco tempo, este modelo de atendimento se expandiu por toda a França e outros países industrializados,

produzindo impactos positivos sobre a mortalidade infantil (BONILHA, RIVORÊDO, 2005).

A SAÚDE DA CRIANÇA E A PUERICULTURA NO BRASIL

A puericultura no Brasil tem início em meados de 1890, incorporada às questões de higienização. Em 1899, o médico Carlos Artur Moncorvo Filho funda o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro, efetivando a puericultura no nosso país. O objetivo do instituto era proteger e amparar as crianças pobres e promover a educação das mães para o cuidado da criança. Foi também o fundador, em 1919, do Departamento da Criança no Brasil e organizou, em 1922, o Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, conjuntamente com o Terceiro Congresso Americano da Criança. Este contou com sessões de medicina, higiene, assistência, pedagogia, sociologia e legislação. Dentre as decisões mais importantes do evento estavam: a supressão da “roda de expostos”; a obrigatoriedade do ensino de higiene e de puericultura nas escolas; e o estabelecimento do dia da criança no dia 12 de outubro, por ser o dia do descobrimento da América, data que passou a ser unificada em todo o Continente Americano (SANTOS et al, 2012; BONILHA, 2004).

No início do século XIX, a mortalidade infantil era elevada no Brasil e estava vinculada às questões de higiene e alimentação, constituindo um grave problema de saúde pública. Os movimentos operários e as reivindicações da sociedade em prol da saúde da criança fizeram com que se implantassem ações voltadas à causa infantil como o monitoramento do trabalho de crianças e da licença gestante de um mês no final da gestação e no pós-parto. Em 1923, Carlos Chagas criou o Departamento Nacional de Saúde Pública, estabelecendo as atribuições da Inspeção de Higiene Infantil, que incluíam: profilaxia de doenças transmissíveis próprias das primeiras idades; orientação e propaganda da alimentação apropriada à primeira e à segunda infância; inspeção das escolas particulares, colégios, asilos infantis e creches (SANTOS et al, 2012).

No período de 1910 a 1930, a puericultura adquire maior representatividade na sociedade, sendo incorporada às leis, à prática pediátrica e às ações de saúde pública, passando a ser realizada nos centros de saúde. Atividades de educação em saúde passaram a ser realizadas com pré-escolares e escolares pelos puericultores (BONILHA, 2004; SANTOS et al, 2012).

Consonante com Santos et al (2012) e Bonilha (2004), durante o Estado Novo, em 1934, surgiu a necessidade de mão-obra para a indústria, fazendo com que o governo passasse a dar maior importância para as crianças. Neste processo é criada a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, ao mesmo tempo em que surge a primeira cadeira de Puericultura na Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, no Rio de Janeiro, em 1937, ocupada pelo professor Martagão Gesteira. Este foi responsável pela publicação do primeiro livro de Puericultura voltado à classe médica no Brasil, intitulado “Puericultura, Higiene Alimentar e Social da Criança”. Em 1940 foi estabelecido o Departamento Nacional da Criança, vinculado ao Ministério da Saúde e Educação, com a proposta de participação de toda a sociedade, tendo por objetivo padronizar os serviços de proteção à infância, adolescência e maternidade.

Até a década de 1950, a atenção à saúde da criança manteve um caráter normativo, voltada às demandas da industrialização do país. A partir deste período, com o avanço da medicina previdenciária, a puericultura passa a perder importância, devido à expansão da medicina curativista baseada em especialidades médicas de cunho hospitalocêntrico. Por volta de 1960, movimentos a favor da medicina comunitária nos Estados Unidos favoreceram novas estratégias para prática da puericultura no Brasil. Na década de 1970, os movimentos populares em prol da saúde impulsionaram a criação de programas emergenciais direcionados à saúde materno-infantil, verticalizados, com metas decididas a nível central (SANTOS et al, 2012; FIGUEIREDO, MELLO, 2007; BONILHA, RIVORÊDO, 2005).

Na década de 1980, foi elaborado o Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança (PAISC), com o objetivo de assegurar a assistência integral à saúde da criança e reduzir a mortalidade infantil, por meio de ações básicas como: promoção do

aleitamento materno e orientação alimentar no primeiro ano de vida; controle da diarreia e doenças respiratórias; imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2011).

O Brasil passou por importantes reformulações na área da saúde a partir da década de 1980. Contribuíram para essas mudanças os movimentos de Reforma Sanitária, a redemocratização do país, entre outros, culminando com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, efetivado pela Constituição da República Federativa Brasileira. O SUS traz em seus princípios o direito à saúde a todo cidadão brasileiro, incluindo as crianças de forma integral. Com a promulgação do Estatuto da Criança e Adolescente, em 1990, as crianças têm seus direitos garantidos como cidadãos, reforçando o papel do Estado nas responsabilidades sobre a assistência à infância e adolescência (SANTOS et al, 2012).

Em 1994, o Ministério da Saúde, na tentativa de reorganizar a atenção básica, cria o Programa Saúde da Família (PSF), embasado nos princípios do SUS e valorização da família. Foram incorporadas ao PSF, estratégias direcionadas à saúde da criança, como o PAISC. Destaca-se ainda a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), adotada no Brasil em 1996, e que tinha como foco principal a redução da mortalidade infantil em menores de 5 anos por doenças imunopreveníveis e distúrbios alimentares (BRASIL, 2011).

Em 2002, o Ministério da Saúde lançou o Caderno de Atenção Básica – Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, enfocando a adoção de medidas para a infância saudável como dever o Estado. Com o objetivo de assegurar a redução da mortalidade infantil e prestar uma assistência qualificada à criança por meio de um trabalho multiprofissional, em 2004 o Ministério da Saúde lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004; BRASIL, 2002).

Atualmente, o setor do Ministério da Saúde responsável pela saúde da criança de 0 a 9 anos é a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM), tendo como atribuição principal o apoio a municípios e estados na elaboração e prática

de políticas públicas que atendem aos compromissos assumidos pelo Brasil, como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o Pacto pela Saúde, o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal. Os modelos de atenção propostos pela ATSCAM são voltados à promoção de saúde, vigilância, prevenção e assistência em “linhas de cuidado”, visando à atenção integral da saúde da criança, sendo as principais: Atenção à Saúde do Recém-Nascido; Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno; Prevenção de Violências e Promoção da Cultura da Paz e Incentivo e Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (BRASIL, 2011).

O PSF, que ainda em 1997 passa a ser denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), é o principal modelo de saúde da atenção básica brasileira, sendo responsável pelas ações que garantem o bem-estar da criança e sua família. Desta forma, a consulta de puericultura se insere neste contexto, sendo efetivada pelos diversos profissionais que atuam nas unidades básicas tradicionais e nas ESF (DEL CIAMPO et al, 2006).

A CONSULTA DE PUERICULTURA

A consulta de puericultura atualmente compreende o acompanhamento periódico e sistemático da criança, que consiste em avaliar o crescimento e desenvolvimento por meio de gráficos, o estado vacinal, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, incentivo ao aleitamento materno, introdução dos primeiros alimentos, higiene individual e ambiental, além de identificar precocemente agravos à saúde (CAMPOS et al, 2012). Representa, ainda, a oportunidade de se conhecer as crianças e seus familiares em seu contexto sócio-econômico e cultural, percebendo as condições adversas que comprometem a saúde, além de ser um momento que propicia a formação do vínculo com a família (MOITA, QUEIROZ, 2005).

As ações da consulta de puericultura dão prioridade à saúde ao invés da doença, com o objetivo de manter a criança saudável para garantir seu pleno

desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas oriundos da infância, além de fornecer orientações para que a família tenha segurança no manejo do cuidado infantil (DEL CIAMPO et al, 2006).

No âmbito da saúde pública brasileira, a consulta de puericultura é desenvolvida na Estratégia Saúde da Família, voltada a crianças de 0 a 10 anos. Os profissionais responsáveis pelo atendimento são os médicos e/ou enfermeiros, em parceria com outros profissionais. O planejamento das consultas é baseado no Caderno de Atenção Básica “Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento”, que foi lançado em 2002 pelo Ministério da Saúde, com a versão atualizada em 2012, podendo, no entanto, ser adaptado ao contexto, necessidades e estrutura do serviço onde esta atividade se estabelece (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês), e a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitarem de maior atenção deverão ser vistas com maior frequência (BRASIL, 2012).

Ainda conforme as diretrizes do MS (Brasil, 2012) os procedimentos e ações que deverão compor a assistência à criança e a consulta de puericultura são:

- Anamnese;
- Exame físico, enfocando os dados antropométricos, rastreamento evolutivo para displasia do quadril, ausculta cardíaca, avaliação da visão, avaliação da audição, aferição da pressão arterial, rastreamento de criptorquidia;
- Aconselhamento antecipado, de acordo com a faixa etária, destacando: posição para dormir, prevenção de infecção viral respiratória, aconselhamento para realização de atividade física, orientação para o não uso de bebida alcoólica,

adoção de hábitos alimentares saudáveis e prevenção de lesões não intencionais;

- Monitorização do crescimento e desenvolvimento;
- Monitorização da imunização;
- Suplementação com vitaminas e minerais;
- Solicitação de exames complementares em crianças assintomáticas;
- Acompanhamento da saúde bucal da criança;
- Prevenção de acidentes;
- Cuidados em situação de violência;
- Incentivo a recreação infantil.

As anotações, procedimentos e encaminhamentos realizados na consulta de puericultura deverão constar no prontuário da criança e na Caderneta de Saúde da Criança, que foi implantada em 2005 pelo Ministério da Saúde em substituição ao Cartão da Criança. Nela, estão contidas informações e registros essenciais à saúde infantil, como o cartão de imunização, histórico obstétrico e neonatal, monitorização do crescimento e desenvolvimento, suplementação alimentar e vitamínica, saúde bucal, auditiva e visual, intercorrências clínicas e outros dados importantes sobre a saúde da criança (BRASIL, 2005).

As mães devem ser orientadas sobre a consulta de puericultura desde o pré-natal, permitindo um vínculo com a família e iniciando orientações preventivas, enfatizando a amamentação e os primeiros cuidados com o recém-nascido. Neste momento é muito importante a mãe receber esclarecimentos não apenas sobre o período de gestação, mas também sobre o puerpério e os cuidados com a criança, facilitando a adesão materna à consulta de puericultura.

Para a efetividade das ações desenvolvidas durante as consultas de pré-natal, não são necessários recursos tecnológicos sofisticados, mas sim o acolhimento e a assistência humanizada, com a garantia de acesso a todos os níveis do Sistema de

Saúde, esclarecendo os objetivos e a importância do seguimento do acompanhamento da criança após o nascimento (PICCINI et, 2007). Vale destacar a visita domiciliar à puérpera e ao recém-nascido na primeira semana de vida, como um instrumento essencial para o estímulo à consulta de puericultura e à vinculação ao serviço de saúde, refletindo no planejamento das ações a serem aplicadas a esta família em sua singularidade (DEL CIAMPO et al, 2006).

O momento em que a mãe leva o filho à unidade básica de saúde para dar seguimento ao esquema vacinal na primeira semana de vida, configura também uma ótima oportunidade para o incentivo à puericultura e, dentro das possibilidades, já deixar agendada a consulta (VIDAL, 2011; BLANK, 2003).

CONCLUSÃO

O crescimento e desenvolvimento saudáveis e a redução da mortalidade infantil são alguns dos objetivos do Programa de Puericultura. Assegurar a adequada implementação deste programa nas unidades de saúde da Atenção Básica é o que vai garantir o cumprimento destas metas, além de propiciar a integralidade da assistência na promoção à saúde da criança.

Com a evolução da Atenção à Saúde da Criança, o modelo restrito a consultas rápidas dentro de um consultório já não mais atende as demandas de saúde da criança no seu contexto familiar e social. O médico pediatra, responsável pela exclusividade desta consulta durante muito tempo, não consegue cumprir sozinho as ações de saúde para garantir a integralidade do cuidado a todas as crianças. Neste sentido, há uma concepção moderna de uma puericultura interdisciplinar, em parceria com a comunidade e profissionais, não somente os da área da saúde, mas também pedagogos, militares e outros, para atender às novas demandas da atenção infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2ª ed. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos, 1981.

ASSIS, W. D.; COLLET, N.; REICHERT, A. P. S.; SÁ, L. D. Processo de trabalho da enfermeira que atua nas unidades de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 38-46, 2011.

BONILHA, L. R. C. M. **Puericultura: olhares e discursos no tempo**. 2004. 94f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2004.

BONILHA, L. R. C. M.; RIVORÊDO, C. R. S. F. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, p. 7-13, 2005.

BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria**, v. 70, supl. 1, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretarias de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Parâmetros para Programação das Ações Básicas de Saúde. **Manual de Normas para Saúde da Criança na Atenção Primária**. Módulo I: Puericultura, Secretaria da Saúde do Ceará - Fortaleza: SESA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n. 33. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, 2012.

CAMPOS, R. M. C.; RIBEIRO, C. A.; SILVA, C. V.; SAPAROLLI, E. C. L. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 566-574, 2011.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G.; DANELUZZI, J. C.; CIAMPO, I. R. L. D.; FERRAZ, I. S.; ALMEIDA, C. A. N. O programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 739-743, 2006.

FERREIRA, A.B.H. **Mini dicionário Aurélio: o dicionário da língua portuguesa com cd-rom**. Editora Positivo, 2010.

FIGUEIREDO, G. L. A; MELLO, D. F. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, 2007.

FILHO, J. M. **A criança terceirizada: os descaminhos das relações familiares no mundo contemporâneo**. 6 ed. Campinas – SP: Papyrus, 2012.

JUNIOR, D. C. A pediatria e a prioridade da primeira infância: fundamentos e perspectivas para o novo milênio. **Residência Pediátrica**, supl. 1, 2011.

MARCÍLIO, M. L. **História social da criança abandonada**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOITA, K.M.T; QUEIROZ, M.V.O. Puericultura: concepções e prática do enfermeiro no Programa Saúde da Família. **Revista Rene**, Fortaleza, v.6, n.1, p. 9-19, 2005.

OTENIO, C. C. M; OTENIO, M. H; MARIANO, E. R. Políticas públicas para a criança no Brasil: o contexto social-histórico e da saúde. **Estação Científica online**, n. 6, 2008. Disponível em: <http://portal.estacio.br/media/3304313/6-politicas-publicas-crianca-brasil-contexto-historico-social-saude.pdf>. Acesso em 04 de março de 2013.

PICCINI R. X. et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 1, p. 75-82, 2007.

SANTOS, R. C. K.; RESEGUE, R.; PUCCINI, R. F. Puericultura e a atenção à saúde da criança: aspectos históricos e desafios. **Journal of Human Growth and development**, v. 22, n. 2, p. 160-165, 2012.

VIDAL, V. U. A. **Puericultura e autonomia das mães: uma relação possível?** 2011. 115f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal Fluminense, Niterói – Rio de Janeiro, 2011.

Recebido em: 19/10/2015

Aceito em: 30/08/2020