

A puericultura no SUS: o cuidado da criança na perspectiva da atenção integral à saúde

Childcare in the SUS: childcare from the perspective of comprehensive health care

Antonio Luiz Goncalves Albernaz¹, Maria Cristina Ventura Couto²

DOI: 10.1590/0103-11042022E519

RESUMO O termo puericultura é atribuído ao pediatra, mas tem sido utilizado pela Estratégia Saúde da Família. Uma breve história da infância e da evolução do seu cuidado até a criação do Sistema Único de Saúde auxilia na compreensão de que, a rigor, puericultura sempre significou cuidado da criança. Este ensaio teve por objetivo compreender a história da puericultura e contribuir para atualizar o seu significado e sua importância para o cuidado da primeira infância no âmbito da Atenção Básica à saúde, com base em revisão narrativa sobre cuidado da criança e puericultura na literatura científica e em documentos do Ministério da Saúde. A puericultura tem se atualizado com a evolução das ações para o cuidado da criança. Começou de forma individualizada, pela caridade e filantropia, e, na atualidade, ampliou-se, operando em rede, coordenada pela Atenção Básica. O termo puericultura é resgatado como cuidado da criança e inserido na rede por meio de políticas públicas. O cuidado deve ser oferecido na perspectiva da atenção integral à saúde, onde a criança estiver, atendendo às suas necessidades, incluindo as de crianças com deficiências permanentes. Esses debates precisam estar inseridos na formação do pediatra e podem contribuir para o enfrentamento da fragmentação do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE Cuidado da criança. Política pública. Assistência integral à saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *The term childcare is attributed to pediatricians but has been used by the Family Health Strategy. This article makes a brief history of childhood and the evolution of its care until the creation of the Unified Health System (SUS). The premise is that childcare has always meant child care. This essay aimed to understand the history of childcare and contribute to update its meaning and importance for early childhood care in the context of Primary Health Care, based on the narrative review on child care and childcare in the scientific literature and documents from the Ministry of Health. Childcare has been updated with the evolution of actions for child care. It started individually, through charity and philanthropy, and today it has expanded, operating in a network, coordinated by Primary Care. The term childcare is rescued as child care and inserted in the network through public policies. Care should be offered from the perspective of comprehensive health care, wherever the child is, meeting their needs, including those of children with permanent disabilities. These debates need to be included in the training of pediatricians and can contribute to coping with the fragmentation of care.*

KEYWORDS *Child care. Public policy. Comprehensive health care. Unified Health System.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Fernandes Figueira (IFF) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. antonio.albernaz@fiocruz.br

²Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Psiquiatria (Ipub), Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Na história recente das civilizações ocidentais, os cuidados especificamente voltados para a infância não encontravam valor social diferenciado. O conceito de infância, até a forma como o concebemos hoje, consolidou-se apenas na virada do século XIX para o XX, quando as crianças passaram a ser reconhecidas em suas necessidades específicas¹.

Jean-Jacques Rousseau foi um dos precursores na interpretação da infância como possuidora de um valor em si, rivalizando com a ideia de pequeno adulto, ao afirmar que a criança deveria ser respeitada em suas características próprias². O seu livro 'Emílio ou, da Educação' (1762) é considerado um marco na concepção da criança moderna ocidental, que passou a ter um lugar central na família moderna e se tornou objeto de preocupação e de cuidados específicos¹.

No entanto, somente no início do século XX, as questões mais específicas do cuidado para o desenvolvimento infantil se tornaram objeto de estudos. O uso de escalas para acompanhar o crescimento, por exemplo, permitiu uma abordagem baseada na visão comparativa das transformações da criança, observando padrões de acordo com as faixas etárias³.

O conjunto de ações incluídas na puericultura sempre acompanhou as influências de cada período que atravessou, de acordo com as demandas de saúde de cada época⁴. O termo puericultura surgiu em 1762, no tratado do suíço Jaques Ballexser. Em 1865, o médico francês Alfred Caron o reafirmou em seu estudo 'La puériculture ou la science d'élever hygieniquement et physiologiquement les enfants'. Neste, trata da puericultura como um conjunto de ações voltadas para a manutenção da saúde e prevenção de doenças e o acompanhamento do desenvolvimento da criança. Caron encerrou o período considerado como pré-científico da puericultura e colocou o médico como detentor do saber sobre o corpo da criança⁵.

No Brasil, a pediatria foi constituída formalmente como especialidade em 1882, quando

Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo Filho propôs o primeiro curso de especialização e criou a Clínica de Moléstias de Crianças na Escola de Medicina do Rio de Janeiro. Os médicos brasileiros passaram a fazer a sua formação no Brasil, com complementação na Europa⁶⁻⁸.

O século XX presenciou intensas mudanças políticas, econômicas e sociais. A Revolução Industrial provocou um forte movimento de urbanização da população, a ampliação do acesso à saúde, a redução do analfabetismo e das taxas de natalidade e o aumento da expectativa de vida, com uma conseqüente queda na mortalidade infantil. A assistência à saúde estava centrada em hospitais filantrópicos e instituições governamentais que passaram a substituir, progressivamente, as ações de caridade⁹.

Na década de 1910, os discípulos de Moncorvo de Figueiredo, considerados os primeiros especialistas em pediatria no Brasil, ensinavam em cursos como professores livres-docentes. Até o final da década de 1930, houve uma transição da assistência das casas de misericórdia para as instituições de saúde criadas pelo Estado. A pediatria se institucionalizou fundamentada em um modelo filantrópico, implantado pioneiramente na Policlínica Geral do Rio de Janeiro⁶.

As epidemias e as condições insalubres de vida e trabalho nas cidades obrigaram a intensificação das intervenções do Estado⁸. A evolução na qualidade da oferta do cuidado em saúde, com base nas técnicas da epidemiologia e na análise das mudanças de padrões demográficos, imbricados com os avanços sociais e o processo de industrialização, influenciou a vida de todas as classes sociais⁵⁻¹⁰. As políticas públicas voltadas para as crianças e a assistência materno-infantil tiveram uma importante influência dos pediatras⁷.

O objetivo deste ensaio é provocar uma necessária reflexão na atualização do termo puericultura, com base na compreensão do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto proposta de sistema de saúde universal, fundamentado

no ideário da Reforma Sanitária. Busca-se problematizar as propostas de inserção da pediatria na Rede de Atenção à Saúde (RAS), como especialidade, na perspectiva da atenção integral à saúde. Na esteira desses importantes debates integrados, reflete-se sobre a necessidade de uma cuidadosa e aprofundada revisão curricular da formação do pediatra.

Metodologia

A partir das imprecisões na definição do termo puericultura e suas consequências na prática clínica, optou-se, como metodologia, por realizar uma revisão narrativa de artigos, livros, textos e publicações de material técnico, com ênfase no Ministério da Saúde (MS). A busca foi realizada na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), com as seguintes palavras-chave: puericultura, cuidado da criança, políticas públicas, atenção integral saúde e sistema único de saúde. A seleção inicial foi baseada na leitura dos resumos, enfocando os trabalhos de autores que se dedicam ao tema da infância e que se destacam no campo da história – Ariès e Sanglard –, e no campo da pediatria – Bonilha e Rivoredo –, assim como nas publicações do MS. Foram selecionados textos complementares que se mostraram pertinentes a partir das referências bibliográficas dos trabalhos inicialmente selecionados¹¹. As perguntas da pesquisa foram: a) o que significa puericultura; b) quais profissionais da saúde podem fazer puericultura; c) quais as ações compreendidas na prática da puericultura.

A revisão narrativa é uma modalidade de revisão não sistemática e não replicável em sua metodologia, com o objetivo de aumentar a compreensão de um tema considerado amplo, proporcionando uma análise crítica de cunho pessoal dos autores, com base fundamentalmente nas suas experiências práticas¹². Não pretende, portanto, encontrar respostas ou propor soluções, mas objetiva ser capaz de contribuir para melhor delimitar o problema e provocar reflexões que contribuam para o debate^{13,14}.

Resultados

A puericultura e a pediatria como especialidade no Brasil

Pode-se afirmar que quase a totalidade da história da pediatria no Brasil, como especialidade institucionalizada, foi registrada a partir das vivências de dois médicos: Moncorvo Filho, com a sua obra ‘Histórico da Proteção à Infância no Brasil’, publicada em 1926, e José Martinho da Rocha, com sua obra ‘Introdução à História da Puericultura e da Pediatria no Brasil’, publicada em 1947. Ambos influenciaram praticamente todas as obras que se seguiram¹⁵.

Outras influências importantes foram Orlando Orlandi e sua obra ‘Teoria e prática do amor à criança; introdução à pediatria social no Brasil’ (1985), e Carlos R. S. Rivoredo, com a obra ‘Cuidar e tratar de criança; breve história de uma prática’ (1995). Ambos fundamentaram suas práticas nas ciências médicas e em dados epidemiológicos, com ênfase na mortalidade infantil¹⁵.

A história da puericultura e da pediatria se desenvolveram baseadas em duas ideias predominantes: uma acreditava que a pediatria salvaria as crianças de uma sociedade inculta e incapaz, e a outra mostrava uma pediatria que se estabelecia e se autoafirmava da mesma forma que as outras especialidades da medicina⁴. A imagem do pediatra era de um profissional com formação construída de maneira isolada, legitimada pelas influências das escolas estrangeiras e reforçada pela ideia de que poucos médicos se dedicavam ao cuidado da criança¹⁵.

A puericultura e a pediatria na primeira metade do século XX

A filantropia foi o modelo assistencial predominante no Brasil na primeira metade do século XX e ocupava o espaço que o Estado não reconhecia como de sua responsabilidade.

O modelo liberal – Estado Mínimo – predominava como pensamento político-ideológico no período da Primeira República. É importante pontuar que o Rio de Janeiro tinha a importância de capital federal¹⁶.

Entre 1899 e 1924, o campo do cuidado da criança se definiu pelo surgimento de instituições filantrópicas e governamentais. As mais importantes e representativas foram, em 1899, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância (Ipai), criado por Moncorvo Filho, e a Policlínica Botafogo, instituída por Luiz Torres Barbosa, ambas filantrópicas. Em 1909, foi criada a Policlínica das Crianças; e, em 1914, o Hospital São Zaccharias, ambos da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Em 1924, vinculado ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), foi fundado o Hospital Abrigo Arthur Bernardes, dirigido pelo pediatra Antonio Fernandes Figueira. Em 1946, transformou-se no Instituto Fernandes Figueira e, em 2010, no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz)¹⁶.

As práticas da puericultura e da pediatria começaram a se definir com a criação das ofertas assistenciais das Santas Casas de Misericórdia. Entre o final do século XIX até a primeira metade do século XX, o Brasil viveu importantes acontecimentos e suas consequências sociais. Os mais relevantes foram: em 1871, a Lei do Ventre Livre; em 1888, a abolição da escravidão; em 1889, a Proclamação da República. Além disso, o País vivia um importante processo de industrialização, com intenso processo de imigração e êxodo rural, o que determinou um novo perfil epidemiológico da população¹⁷.

Os debates públicos mais importantes nesse período giravam em torno dos aspectos subjetivos da então denominada delinquência juvenil e do enfrentamento da mortalidade infantil. A aproximação entre o saber médico e o saber jurídico foi a tônica da época, o que desviou o foco dos debates em saúde das questões da alma, sociais e das condições de vida, encobrindo as más condições de trabalho e de moradia¹⁷.

Antonio Fernandes Figueira e Juliano Moreira admitiam o modelo filantrópico como um mal necessário por carecer de rigor técnico científico. Outrossim, o referido modelo dificultava a implementação das políticas de aleitamento materno exclusivo até 1 ano de idade, assim como o enfrentamento da cultura das amas de leite. Figueira acreditava na institucionalização dos consultórios de lactantes e no encontro das mães com os médicos para difundir orientações embasadas em dados técnicos produzidos pela ciência¹⁶.

Figueira foi o responsável pelas enfermarias de alguns dos mais importantes hospitais da época. O seu livro ‘Elementos de semiologia infantil’ foi publicado em Paris (1902), aumentando o seu prestígio. Destaca-se, entre 1900 e 1910, a sua atuação como chefe da enfermaria pediátrica do Hospital São Sebastião (doenças infecciosas), indicado por Oswaldo Cruz, então na Diretoria-Geral de Saúde Pública (DGSP). Figueira foi vanguardista ao permitir o acompanhamento das mães durante as internações, o que somente foi regulamentado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1991. Em 1909, Juliano Moreira contratou Figueira para cuidar do Pavilhão Bourneville, enfermaria para crianças do Hospício Nacional dos Alienados, e assumiu também a Policlínica das Crianças Pobres da Santa Casa de Misericórdia. Em sua gestão na Inspeção de Higiene Infantil (IHI), até 1924, órgão assessor do DNSP, criado em 1919, Figueira instituiu políticas sociais de proteção à maternidade e à infância pobres, medidas precursoras das políticas públicas para o cuidado infantil¹⁶.

Dadas as suas contribuições para a área, Figueira tem o seu nome historicamente vinculado à institucionalização da intervenção do Estado no cuidado da criança e na esfera privada da família moderna. Entre outras ações, participou da institucionalização da obrigatoriedade de registro de nascimento e óbito, do sepultamento e da criminalização do abandono, principalmente por meio da proibição das Rodas de Expostos¹⁷.

A aproximação e a integração da puericultura e da pediatria com as políticas públicas para o cuidado da criança

Entre 1930 e 1940, as propostas voltadas para o cuidado da gravidez, puerpério, crianças e adolescentes tinham um perfil educativo e de vigilância limitado à dimensão individual e curativa. A atenção à saúde seguia o modelo hospitalocêntrico privado, mantido pelas grandes indústrias para seus trabalhadores, articulados com o poder público¹⁸.

O período político do ‘Estado Novo’ (1937-1945) foi marcado na saúde pela gestão de Gustavo Capanema e suas reformas a partir da Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, quando foram criadas as Delegacias Federais de Saúde e a proposta das Conferências Nacionais de Saúde. O primeiro programa estatal para a proteção à maternidade, à infância e à adolescência foi protagonizado pelo DNSP, do Ministério da Educação e Saúde (MES), com a criação, em 1937, da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, substituída em 1940 pelo Departamento Nacional da Criança (DNCr). No mesmo período, nasceu a especialidade do médico sanitário, que passou a ocupar os principais postos do MES e, após 1953, o próprio MS. Apesar de não ter conseguido o desejado alcance nacional, Capanema implantou uma coordenação nacional de saúde, profissionalizou e construiu um ideário de saúde pública no Brasil¹⁹.

A puericultura e a pediatria, na mesma época, experimentavam um avanço político em paralelo aos avanços dos conhecimentos científicos para o cuidado da criança, tendo influenciado a criação da Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância (DPMI) e da primeira cadeira de puericultura, na Faculdade Nacional de Medicina, ocupada por Martagão Gesteira, em 1937⁷.

Ainda em 1940, inspirado no modelo do Ipai, foi criado o DNCr pelo Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro, integrado ao MES. Contou com o apoio técnico do IFF e com o apoio

financeiro dos estados e dos municípios para coordenar a implantação de políticas públicas nacionais. As suas ações se fundamentaram em diferentes eixos: Programa Alimentar, Programa Educativo, Programa de Formação de Pessoal e Programa de Imunização^{20,21}.

Em 1953, o MES foi separado. O MS assumiu o DNCr, extinguindo-o em 1969. Em 1970, criou a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI), vinculada à Secretaria de Assistência Médica. A mortalidade infantil, nesse momento, era extremamente elevada – em torno de 120,7/mil Nascidos Vivos (NV)^{18,21}.

Em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, que propôs ações com características preventivas. No entanto, pautadas em métodos centralizadores, desconsiderou as diversidades regionais do Brasil. A estratégia pretendia convergir recursos para investir em melhorias na qualidade da informação, infraestrutura e ampliação da cobertura do atendimento à mulher e à criança. Os problemas principais continuavam a ser a morbimortalidade da mulher e da criança, a última agravada pelo desmame precoce e pela desnutrição²¹.

Em 1976, a CPMI mudou de nome para Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (Dinsami) e se vinculou à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES), tornando-se central na coordenação das ações voltadas para a atenção à mulher, à criança e ao adolescente. No entanto, não houve alterações significativas nos índices de mortalidade infantil que, no fim dos anos 1970, ainda se encontravam em torno de 113/mil NV^{18,21}.

Em 1983, o MS elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) que, em 1984, desmembrou-se em dois. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (Paisc), que passou a cuidar do Crescimento e Desenvolvimento (CD), controle das diarreias e desidratação, controle das infecções respiratórias agudas, prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso, prevenção de acidentes e intoxicações e da assistência ao recém-nascido; e o Programa

de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), que passou a cuidar da assistência pré-natal, prevenção da mortalidade materna, doenças sexualmente transmissíveis, assistência ao parto e puerpério, planejamento familiar, controle de câncer ginecológico e mamário, promoção ao parto normal^{18,21}.

No entanto, mesmo após todos os esforços institucionais registrados, o MS só obteve êxito em promover a vigilância do CD integral da infância a partir da iniciativa do Paisc, em 1984²². Mesmo assim, era ainda muito subvalorizada diante da persistência dos altos índices de mortalidade infantil, dificultando a ampliação da atenção à saúde para além da intensificação do programa de imunizações, o acompanhamento do crescimento somático, o aleitamento materno, a terapia de reidratação oral e as ações voltadas para prevenção e tratamento de doenças prevalentes na infância^{18,23}.

A Constituição Cidadã de 1988: o SUS, o ECA e as políticas públicas para o cuidado da criança

No contexto internacional, na década de 1980, as nações priorizavam o tema da criança e convergiam esforços para a promoção de condições para proteção, desenvolvimento infantil e, principalmente, enfrentamento da mortalidade infantil. A Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989 da United Nations International Children's Emergency Fund (Unicef)²⁴, que contou com amplo apoio da comunidade internacional e foi chancelada no mesmo ano pela Assembleia Geral das Nações Unidas (entrando em vigor a partir de 1990), tornou-se uma das bases para propor a Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança em 1990. O Brasil foi signatário de ambos os tratados, assim como mais 159 países, o que ocorreu durante a Reunião da Cúpula Mundial em Favor da Infância. Esta celebrou o compromisso de prover meios necessários para o cumprimento de 26 metas até o ano 2000, sendo 19 diretamente ligadas à área da saúde²⁵.

Ao mesmo tempo, no Brasil das décadas de 1980 e 1990, muitas conquistas e avanços sociais aconteceram, enquanto o País vivia um processo de redemocratização. A Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas Municipais e as Leis Orgânicas nº 8.080 e nº 8.142 de 1990²⁶ significaram a criação e a formalização do SUS. As participações do Brasil nas discussões internacionais, em prol da proteção da criança, culminaram no ECA, de 13 de julho de 1990, formalizado na Lei nº 8.069²⁷. O Brasil consolidou e garantiu a ampliação dos direitos de proteção à integridade física e psicológica, lazer e bem-estar de crianças e adolescentes, amparados pela sociedade e pelo Estado¹⁸.

Esses acontecimentos foram fundamentais para promover transformações importantes na proposta de modelo de saúde no Brasil. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que começaram a atuar no Nordeste no fim da década de 1980, foram oficializados pelo MS em 1991 e tiveram a sua profissão regulamentada pela Lei nº 10.507, de 2002. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) é considerado o precursor do Programa Saúde da Família (PSF). É uma estratégia que pretende promover uma comunicação mais efetiva entre a comunidade e os serviços de saúde em seus territórios, com atribuições descritas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011²⁸.

Em 1994, o PSF potencializou as ações dos ACS e reorientou as políticas públicas em saúde, a partir de uma interlocução mais sensível com as comunidades. Posteriormente, o PSF se institucionalizou como Estratégia Saúde da Família (ESF), que passou a ser a responsável pelo ordenamento das ofertas de serviços de saúde nos territórios e na rede de cada município^{18,29}.

Em 2004, o MS lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Apesar da queda importante desse indicador nos últimos dez anos, ainda se encontrava muito aquém do aceitável, principalmente na faixa da neonatologia (zero a 28 dias). O

MS reafirmou o ECA e o seu compromisso com a criança, promovendo a vigilância do desenvolvimento integral e a reorganização do cuidado na RAS, a partir da Atenção Básica (AB). Recomendou, formalmente, a observação da integralidade do cuidado, percebendo as políticas públicas e as dimensões subjetivas do desenvolvimento, enfocando a importância da continuidade do cuidado e nas influências ambientais³⁰.

Em 1984, o Paisc, apesar de ter sido idealizado como política pública para contemplar o CD na sua integralidade, tem nas suas ações uma forte ênfase nas questões biológicas para o enfrentamento da mortalidade infantil, em detrimento das questões subjetivas do desenvolvimento integral. Foi somente em 2004 que o MS se reposicionou claramente em relação à vigilância do desenvolvimento infantil. Em 2005, o Cartão da Criança, implantado desde 1984, foi substituído pela Caderneta de Saúde da Criança (CSC), tornando-se o principal instrumento para registro e acompanhamento da saúde integral da criança²³.

A Portaria Ministerial nº 4.279/2010 estabeleceu as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS³¹. O MS pretendeu integrar todas as ações presentes na RAS, em um esforço para superar a fragmentação, e estabeleceu que a AB passaria a ter o papel de coordenadora de assistência e ordenadora dos recursos de atenção à saúde na RAS. Entendeu-se que, para garantir a continuidade do cuidado, seriam necessárias a construção e a operacionalização de uma estrutura capaz de assegurar a equidade no acesso, com a atuação de equipes multiprofissionais para maior eficiência clínica, sanitária e de sustentabilidade econômica, resultando em resolutividade. Esse esforço rendeu resultados significativos; e, entre as metas pactuadas para 2015 nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio na Organização das Nações Unidas (ONU), a meta da mortalidade infantil foi antecipadamente atingida³².

Discussão

A história das políticas públicas de saúde, voltadas para o cuidado da criança, tem o seu foco na vigilância do CD desde os anos 1980, com o Paisc²⁵. A CSC, desde o início da sua implantação, é um documento obrigatório. Em suas páginas, constam informações e orientações direcionadas tanto para os profissionais da equipe de saúde quanto para as famílias, visando lidar com os aspectos subjetivos e objetivos do desenvolvimento integral³³.

A CSC fortalece o vínculo da criança e da família com os serviços de saúde, propiciando oportunidades para a Promoção da Saúde (PS) integral. Dialoga com a família e com os diversos profissionais de saúde que integram o cuidado da criança, especialmente quando a criança necessita frequentar diferentes serviços e esferas de atenção na RAS. É um importante instrumento de referência, facilitador da continuidade e integralidade do cuidado, e um dispositivo estratégico de convergência de informações acerca dos processos de trabalho, das políticas públicas e das necessidades de saúde da criança^{30,34,35}.

A CSC tem se tornado cada vez mais central e importante na medida em que é reconhecida na rede e na formação de trabalhadores da saúde. Celebra o contrato social para o cuidado continuado e integral da criança com sua família e com a equipe de saúde, e orienta a observação das políticas públicas no SUS e intersetores. Segue a estratégia de ampliar e intensificar a vigilância do CD e acompanha a criança até os 10 anos de idade^{32,34,36}.

O acompanhamento do CD da criança é o fundamento conceitual da atenção integral que melhor representa a ideia relacionada com o seu processo ativo, dinâmico e contínuo de crescimento somático biológico, imbricado com sua evolução cognitiva e com os aspectos subjetivos mentais e emocionais. Esses padrões estão representados concretamente por marcos, que foram determinados de forma comparativa e que apresentam parâmetros que devem ser sistematicamente verificados, sempre de forma individualizada²³.

A vigilância em saúde é uma estratégia fundamentada nas concepções de PS, prevenção de doenças e controle dos agravos. Identificar e atuar precocemente para evitar a doença, assim como promover autonomia para o cuidado em saúde, são diretrizes para uma atenção integral à saúde. Algumas questões, antes não consideradas, passaram a entrar na pauta como fundamentais para a vigilância do CD. Dessa forma, passou-se a valorizar as questões relacionadas com as dificuldades de aprendizado, alterações do comportamento e identificação de violência, tanto no ambiente familiar quanto nos outros ambientes acessados pela criança.

As dificuldades de utilização da CSC e de sua valorização como instrumento de trabalho traduzem as próprias dificuldades de integração da RAS, conforme a Portaria Ministerial nº 4.279/2010²⁸. A desvalorização da AB, assim como da própria CSC, é realidade que precisa ser enfrentada. Pensar em conceder um espaço maior à CSC na formação, graduação e pós-graduação, reconhecendo a história da sua construção como instrumento importante e

fundamental para promover o cuidado continuado, colaborativo e intersetorial, pode contribuir para ressignificar o seu valor no processo de trabalho das equipes de saúde³⁷.

O *quadro 1* ressalta de forma comparada e temporal três linhas de evolução que se integram no SUS: a evolução dos cuidados voltados para a criança, o contexto nacional e o contexto internacional. Pontua fatos considerados como fundamentais para entender a evolução no tempo do conceito de infância e na condição da criança, até a responsabilização incondicional assumida pela sociedade e pelo Estado por meio do ECA. Passa pela formação e consolidação da família moderna, o cuidado baseado na ciência e o surgimento da especialidade médica da pediatria no Brasil. Trata da aproximação gradual da puericultura até a sua integração, com a ideia de políticas públicas voltadas para o cuidado da criança. Situa a atenção primária à saúde como base para os sistemas públicos e universais de saúde, atravessados pelo conceito de PS, até chegar à Constituição Cidadã de 1988 e às leis que criaram o SUS.

Quadro 1. Histórico comparativo da evolução dos cuidados da criança e conquistas sociais no contexto nacional e internacional

Período de Referência	Cuidados voltados para a Infância	Contexto Nacional	Contexto Internacional
1500 - 1600	Surgimento e consolidação da infância, reconhecida nas suas especificidades, da família moderna e da escola.	Brasil colônia. Cuidado baseado na cultura popular/indígena. Cuidados caridade/Igreja Católica. Desassistência do Estado.	O amor como valor social e o cuidado da infância independentemente da família e das condições socioeconômicas.
Formação e cuidado da criança sob a responsabilidade da instituição Família e Escola			
1700 - 1800	Cuidados baseados na sabedoria popular e caridade religiosa e na atenção médica não especializada.	Período pré-científico. Moncorvo de Figueiredo, 1846. Primeiro curso livre de puericultura e pediatria. Caridade e filantropia.	Caron, 1863 na França. Higiene da primeira infância (puericultura). Influências de Pasteur (influências da ciência).
Fim do período Pré-Científico. Início das ações em saúde com as influências da ciência			
1900 - 1920	Consolidação da especialidade pediátrica no mundo com forte influência no Brasil. Morbimortalidade materno-infantil alta.	Consolidação da filantropia. Cuidados da caridade, ambulatórios ligados a fábricas/trabalho e consultórios privados.	Especialidade pediátrica consolidada. Influências das escolas dos EUA e Europa, formavam os especialistas.

Período de Referência	Cuidados voltados para a Infância	Contexto Nacional	Contexto Internacional
1930 - 1988	Ações de saúde orientadas para políticas públicas para a alta morbimortalidade materno-infantil, coordenadas pelo Estado. Iniquidades socioeconômicas e entre as regiões do Brasil. Implantação do Cartão da Criança (1984).	Capanema, reformas no Mesp. Delegacias Federais de Saúde (iniquidades regionais) e Conferências Nacionais de Saúde. Criação do MS (1953). Reforma Sanitária e Psiquiátrica. VIII Conferência Nacional de Saúde (1986).	Declaração Universal dos Direitos Humanos (1949). Declaração de Alma-Ata: Atenção Primária à Saúde (1978). Carta de Ottawa: Promoção da Saúde e determinantes sociais (1986).
A Cobertura Universal de Saúde, Atenção Primária e a Promoção da Saúde			
Após 1988	Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (1990). A Caderneta de Saúde da Criança (2005) substituiu o Cartão da Criança - políticas públicas.	Constituição Cidadã de (1988). Sistema Único de Saúde - SUS (Leis nº 8.080 e nº 8.142). Atenção Básica, Promoção da Saúde, PSF (1992) e ESF (1998).	Disputa entre o Modelo liberal: coberturas universais e o Modelo social-democrata: sistemas universais.

Fonte: elaboração própria.

Considerações finais

O termo puericultura carrega, ao mesmo tempo, popularidade e pouca precisão. Todos imaginam uma definição, mas não existe consenso. Esta revisão propôs uma fundamentação para a compreensão e definição do termo.

Partiu-se da premissa básica de que a puericultura sempre significou o cuidado da criança. É preciso, no entanto, falar de atenção integral à saúde, que considera a inclusão do sistema de saúde como tecnologia fundamental para garantir a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção à saúde. Para tanto, cabe reafirmar a ESF na AB como coordenadora do cuidado na RAS, e inserir a puericultura como o conjunto de ações para a vigilância do CD para a atenção integral da saúde da criança e do adolescente. Para isso, devem-se considerar as mudanças que se registraram ao longo do tempo, desde quando o termo puericultura foi criado, passando pela evolução dos seus significados, sem perder a centralidade no paciente e nos processos de trabalho, hoje operacionalizados em equipes multiprofissionais (*quadro 1*).

As percepções das novas dimensões do cuidado precisam ser ressignificadas e

pacificadas em consensos atualizados, incluindo, principalmente, as mudanças significativas nos perfis epidemiológicos e demográficos da população infantil, assim como os reposicionamentos subjetivos a respeito do cuidado da criança inserido na RAS. Atualmente, para definir puericultura, é preciso assumir o SUS como uma tecnologia indispensável para a continuidade e a qualidade do cuidado colaborativo. Em outras palavras, deve-se ajustar o rumo para a atenção integral à saúde.

Incluir o cuidado das crianças que vivem com condições crônicas complexas e suas deficiências é inadiável, ainda que tardio. Nesses casos, o cuidado muitas vezes precisa ser inicialmente realizado com mais intensidade e densidade tecnológica pelas equipes de saúde nas esferas terciárias da RAS, inaugurando uma puericultura para além do seu significado tradicional de vigilância do CD de crianças saudáveis frequentando a esfera da AB. Essa inclusão faz parte de um dos principais aspectos a serem revistos em relação ao termo puericultura. Como cuidado da criança inserida no SUS, devem-se considerar as necessidades de cuidado para as crianças que nascem e têm a sua atenção mais concentrada no hospital terciário nos primeiros anos de

vida, observando-se as mesmas diretrizes da atenção integral à saúde.

A puericultura, em toda a sua história, sempre representou um conjunto de ações em saúde e a postura voltada para o cuidado da criança. No final do século XIX, começou a se aproximar e atuar de acordo com as práticas baseadas nos avanços da ciência. No decorrer do século XX, formalizou-se essa aproximação por meio da formação dos especialistas em pediatria no Brasil. A partir dos anos de 1930, mais especificamente na 'Era Vargas' (1930-1945), a puericultura se integrou às políticas públicas por meio de uma coordenação central exercida pelo Estado. Essa integração avançou *pari passu* ao avanço das propostas de políticas públicas e ao aumento progressivo da responsabilidade do Estado pela saúde da população. A partir dos anos de 1980, principalmente após a promulgação da Constituição Cidadã de 1988 e das leis que criaram o SUS (1990), a puericultura passou a significar, formalmente, políticas públicas voltadas para o cuidado da criança.

A operacionalização das políticas públicas passou a ser coordenada a partir da AB, por meio das equipes multiprofissionais da ESF que atuam na perspectiva da PS com base no

ECA, que reconhece a criança como sujeito de direito. A puericultura, como cuidado da criança, deve ser inclusiva, colaborativa, intersetorial e centrada na criança, proporcionando um cuidado continuado e em rede, na perspectiva da atenção integral à saúde.

Este debate precisa ser inserido na formação de todos os profissionais da saúde, ainda na graduação, e persistir na formação das pós-graduações. Dessa forma, será possível assumir institucionalmente que o cuidado da criança é multiprofissional e deve caminhar da atual fragmentação para a integralidade.

Colaboradores

Albernaz ALG (0000-0001-9628-018X)* contribuiu para concepção, aquisição, análise e interpretação dos dados; elaboração do trabalho e seu conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a ser publicada. Couto MCV (0000-0003-0926-8823)* contribuiu para análise e interpretação de dados; revisão crítica do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Ariès P. História social da criança e da família. [S. l.]: Livros técnicos e científicos editora; 1981.
2. Costa JC. A paideia: a arte de Educar para a Vida toda diante dos desafios de uma Pedagogia da Infância. Filosofia e Educação. 2018 [acesso em 2022 jan 10]; 10(1):121-135. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rfe/article/view/8652001>.
3. Rappaport CR, Fiori WR, Davis C. Teorias do Desenvolvimento: conceitos fundamentais. São Paulo: EPU; 1981.
4. Rivorêdo CRSF. Pediatria: medicina para crianças? Saúde e Sociedade. 1998; 7(2):33-46.
5. Bonilha LR, Rivorêdo CR. Puericultura: duas concepções distintas. J Pediatria. 2005; 81:7-13.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Sanglard G, Ferreira LO. Médicos e filantropos: a institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro da Primeira República. *Varia História*. 2010; 26:437-459.
7. Freire MML, Leony VS. A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1899-1930). *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos*. 2011 [acesso em 2022 jan 10]; 18:199-225. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/pMzXR6Xv9xBJgG9gyc4ZrZv/?lang=pt>.
8. Santos RCK, Resegue R, Puccini RF. Puericultura e a atenção à saúde da criança: aspectos históricos e desafios. *Rev bras crescimento desenvolv hum*. 2012; 160-5.
9. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. Saúde Colet*. 2018 [acesso em 2022 jan 10]; 23(6):1903-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/abstract/?lang=pt>.
10. Moreira MEL, Goldani MZ. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. *Ciênc. Saúde Colet*. 2010 [acesso em 2022 jan 10]; 15:321-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sxMsJk4kqp5j5vv3JKYXccf/abstract/?lang=pt>.
11. Martinelli SS, Cavalli SB. Alimentação saudável e sustentável: uma revisão narrativa sobre desafios e perspectivas. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019; 24(11):4251-4262.
12. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e sociedade*. 2011; 5(11):121-36.
13. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2007 [acesso em 2022 set 16]; 20(2):v-vi. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/revisao-sistemática-x-revisao-narrativa/>.
14. Cordeiro AM, Oliveira GM, Rentería JM, et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Rev Col Bras Cir*. 2007; 34:428-431.
15. Pereira JS. História da pediatria no Brasil de final do século XIX a meados do século XX. [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006. [acesso em 2022 jan 10]. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/VCSA-6X6KSN>.
16. Sanglard G, Ferreira LO. Pobreza e filantropia: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro (1900-1920). *Estud Hist (Rio J)*. 2014 [acesso em 2022 jan 10]; 27(53):71-91. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eh/a/pGxhfrq8GCrNr4GFrnNKXKt/?lang=pt>.
17. Sanglard G. Entre o Hospital Geral e a Casa dos Expostos: assistência à infância e transformação dos espaços da Misericórdia carioca (Rio de Janeiro, 1870-1920). *Rev Port Hist*. 2016 [acesso em 2022 jan 10]; 47:337-58. Disponível em: <https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/40695/1/Entre%20o%20Hospital%20Geral%20e%20a%20Casa%20dos%20Expostos.pdf?ln=pt-pt>.
18. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev bras enferm*. 2014 [acesso em 2022 jan 10]; 67:1000-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rBsdPF8xx9Sjm6vwX7JLYz/?lang=pt>.
19. Hochman G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar em revista*. 2005; (25):127-41.
20. Pereira AR. A criança no Estado Novo: uma leitura na longa duração. *Revista Brasileira de História*. 1999; 19:165-98.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília, DF: MS; 2011. [acesso em 2022 abr 6]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf.

22. Brasil. Ministério da Saúde, Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da criança: ações básicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1984. [acesso em 2022 abr 6]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_crianca.pdf.
23. Caminha MFC, Silva SL, Lima MC, et al. Vigilância do desenvolvimento infantil: análise da situação brasileira. *Revista Paul Pediatr.* 2017 [acesso em 2022 abr 6]; 35:102-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/H7KLTVXShS9qRy3WpGwKfGL/>.
24. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Convenção sobre os Direitos da Criança 1989. [S.l.]: ONU; 1989. [acesso em 2020 ago 24]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>.
25. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2022 abr 6]. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/494643/>.
26. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Brasília, DF: CONASS; 2003. [acesso em 2020 jul 21]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf.
27. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente: disposições constitucionais pertinentes: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. 6. ed. Brasília, DF: Senado Federal; 2005. [acesso em 2022 abr 5]. Disponível em: https://www.faneesp.edu.br/site/documentos/estatuto_crianca_adolescente.pdf.
28. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 2022 abr 6]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
29. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1997. [acesso em 2022 abr 5]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. [acesso em 2022 abr 6]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf.
31. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização para da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 30 Dez 2010. [acesso em 2022 abr 6]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf.
32. Almeida AC, Mendes LC, Sad IR, et al. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil–Revisão sistemática de literatura. *Rev Paul Pediatr.* 2016 [acesso em 2022 abr 5]; 34(1):122-31. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/kT3hnH3L8xRfKDVVBQ6dnjC/?format=pdf&lang=pt>.
33. Pacheco LF. Articulação entre atenção psicossocial e atenção básica para o cuidado integral de bebês: a importância do acompanhamento do desenvolvimento psíquico. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2020.
34. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad. Saúde Pública.* 2009 [acesso em 2022 abr 15]; 25(3):583-95. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7ZzD5HknBqfJrJtHBD3tcrk/?lang=pt>.
35. Ratis CAS, Batista Filho M. Aspectos estruturais e processuais da vigilância do crescimento de meno-

res de cinco anos em serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco. *Rev Bras Epidemiol*. 2004 [acesso em 2022 abr 5]; 7 (1):44-53. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Rsp9GB5BBC3hxbB-vZ8zxwTk/abstract/?lang=pt>.

36. Peixoto MVM, coordenador. Relatório integrado das pesquisas: Utilização da caderneta de saúde na vigilância do crescimento e do desenvolvimento de crianças brasileiras na primeira infância & Compreensão do discurso profissional sobre a prática da vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança na estratégia de saúde da família. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.

37. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface*. 2016 [acesso em 2022 abr 5]; 20(59):905-916. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sXhwQWKsZGzrQqT4tDryCXC/abstract/?lang=pt>.

Recebido em 15/04/2022

Aprovado em 03/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve