

O adolescente e a puericultura

Adolescent and puericulture

Luiz Antonio Del Ciampo¹, Ieda Regina Lopes Del Ciampo²

RESUMO

A partir do século XIX a adolescência passa a despertar grande interesse na sociedade em virtude do processo de desenvolvimento econômico, científico e social, o que impulsiona a criação de serviços de saúde direcionados ao atendimento dos indivíduos na segunda década de vida. Este artigo apresenta um breve histórico da Puericultura, da consolidação da Hebiatria e destaca a importância dos programas de atendimento em atenção básica à saúde do adolescente. Apoiado em alguns textos clássicos sobre o tema, procurou-se traçar um paralelo com os pioneiros programas de atendimento em puericultura para as crianças no sentido de incentivar as ações de prevenção de agravos e promoção da saúde dos adolescentes em nível primário, como estratégia para garantir boas condições de vida.

Palavras-chave: Adolescente. Medicina do Adolescente. Atenção Primária à Saúde. Prevenção de Doenças.

ABSTRACT

From the nineteenth century, adolescence becomes aroused great interest in the society due to the process of economic, scientific and social development, which drives the creation of health services directed to the care of the people in the second decade of life. This article presents a brief history of Puericulture, the consolidation of Hebiatria and highlights the importance of services in an adolescent primary health care. Supported in some classic texts on the subject, it drew a parallel with the pioneer's paediatric health programs, to encouraging the actions of prevention and promotion of adolescent health at the primary level as a strategy to ensure healthy living conditions.

Key-words: Adolescent. Adolescent Medicine. Primary Health Care. Disease Prevention.

Introdução

Ao longo da história o ser humano vem passando por diferentes etapas sob o ponto de vista social, político e econômico, tendo sua vida mais ou

menos valorizada em função das características predominantes em cada época. Permeadas por crenças, tabus e mitos, as preocupações com as crianças remontam aos primórdios da Humanidade, sejam no sentido concreto dos agravos à saúde e à

1. Docente do Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
2. Docente do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos

CORRESPONDÊNCIA:
LUIZ ANTONIO DEL CIAMPO
DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO S/N — MONTE ALEGRE
14048-900 - RIBEIRÃO PRETO - SP

RECEBIDO EM 06/03/2016
APROVADO EM 22/08/2016

vida, ou envoltas em superstições, tais como as que determinavam o uso de roupas coloridas em azul para os meninos e rosa para as meninas, como forma de evitar que se transformassem em seres mitológicos.¹

Desde 1978, quando a Conferência de Alma-Ata desencadeou um movimento para implantação da prática de Cuidados Primários de Saúde, instituições, governos e organizações sociais civis têm buscado incessantemente propostas para oferecer os melhores cuidados objetivando a promoção da saúde e a prevenção de agravos, transformando e regulamentando os sistemas vigentes para responder às necessidades de todas as pessoas. Embora os cuidados com as crianças remontem há vários séculos, somente em meados do século XIX os adolescentes passaram a receber mais atenção da área médica.² Apoiado sobre alguns textos clássicos sobre o tema, este artigo tem como objetivo apresentar aspectos da história dos cuidados primários em saúde infantil, com destaque para a puericultura e sua proposição para a faixa etária da adolescência.

Histórico

A Puericultura

A puericultura (*puer* = criança, *cultus* = cuidado dispensado a alguém) pode ser entendida como uma prática de natureza médico-social, que integra ciência e arte, visando a proteção integral da criança contra todos os agravos ao seu desenvolvimento físico e mental, desde a sua concepção até alcançar a idade adulta.³⁻⁶ Esta prática surgiu na França no século XIX, mas não foi aceita imediatamente pela comunidade científica, pois em razão de uma série de descobertas e inovações no campo da medicina, ela adquiria características de um saber autônomo passando, juntamente com a escola, à vanguarda do movimento de conversão das classes populares à nova ordem burguesa, fruto do sistema capitalismo então vigente.⁷

O termo puericultura foi utilizado pela primeira vez em 1762 por Jacques Ballexserd em seu livro *Traité de Puériculture*, um compêndio que tratava da higiene e dos cuidados com gestantes, parturientes e crianças, mas que não obteve muita repercussão entre seus pares. Nessa mesma época, o médico francês Alfredo Caron observou que grande

parte das crianças hospitalizadas na cidade de Paris poderiam ter suas internações evitadas se as mães tivessem recebido orientações sobre como alimentar e cuidar de seus filhos.

Insistindo nesse tema, em 1865, Caron publicou um manual intitulado "La puériculture on la science d'élever hygieniquement et physiologiquement les enfant" no qual afirmava ser a puericultura a "arte de criar fisiologicamente e higienicamente os recém-nascidos".⁸ Ainda assim, todo esse esforço não foi suficiente para sensibilizar a classe médica sobre a importância dessa prática.

Cerca de trinta anos mais tarde, um professor de obstetrícia da Faculdade de Medicina de Paris, Adolphe Pinard, em uma reunião da Academia Francesa de Pediatria, utilizou a expressão "puericultura intra-uterina" ao ler um artigo sobre a relação entre o repouso da gestante e o peso do feto. Ele também afirmou que a puericultura era uma ciência cujo objeto é o "estudo e a concretização das causas relativas à conservação e ao melhoramento da raça humana". A exemplo do que ocorrera com Caron, suas considerações foram motivo de riso e também não receberam a devida importância.⁹

A origem e a evolução da puericultura são simultâneas ao processo histórico que transformou a sociedade ocidental aristocrática e feudal em burguesa e capitalista, no período de 1770 até meados do século XIX. O conceito moderno de infância foi desenvolvido na sociedade ocidental durante os séculos XVIII e XIX. Até então, as crianças eram vistas como adultos em miniatura e tratadas sem muita atenção, pois devido aos altos índices de mortalidade os adultos não tinham esperanças de que a sobrevivência fosse grande, o que limitava os cuidados e o afeto para com as crianças.

À medida que a mão-de-obra começou a ficar mais necessária, o valor atribuído à vida infantil passou a ser maior, coincidindo com as transformações na estrutura de produção de bens materiais que se ocupava lugar na economia.¹ Estado e sociedade começaram a se preocupar com a sobrevivência das crianças até a idade adulta, com as condições físicas e econômicas desta sobrevivência, como também com os investimentos necessários e suficientes para que esse período do desenvolvimento se tornasse útil.^{5,10} Portanto, com o progresso social impulsionado pela economia, o desenvolvimento científico e tecnológico chegou também à

medicina, que evoluiu aceleradamente. A partir de então, a puericultura se estabeleceu como área destinada a promover a prevenção e a educação para a saúde, compreendendo a criança e seu ambiente como unidade indissolúvel para sua atuação.¹⁰

Segundo Montero,¹¹ a puericultura tem como sujeito fundamental a criança sobre a qual recaem todas as nossas intenções e finalidades, intimamente associada ao ambiente com o qual interage continuamente. Abrange o indivíduo da concepção ao fim da puberdade, atuando distintamente com ações diversificadas em muitas áreas como nutrição, ecologia, sociologia, psicologia, etc, podendo ser, didaticamente subdividida, de acordo com a época de vida, em: pré-concepcional, pré-natal, perinatal e pós-natal, nas diferentes faixas etárias do recém-nascido à adolescência. Pode ser praticada individualmente, estudando e indicando as maneiras corretas de aplicação dos cuidados especiais à criança para que ela se desenvolva do melhor modo possível dentro da normalidade; ou coletivamente defendendo a criança contra agravos mesológicos, protegendo-a como um elo frágil da sociedade e assegurando-lhe todos os seus direitos. Portanto, a boa puericultura deve ser praticada com o objetivo de se evitar que a criança adoça, ou, se adoecer, que não seja hospitalizada, em se agravando sua condição de saúde, evitar o risco de morte ou, morrendo, não tenha sido em vão.³

A partir da década de 1950 a puericultura foi, gradativamente, perdendo a importância, em detrimento de uma assistência mais curativa e baseada nas subespecialidades médicas. Porém, graças aos esforços dos que nela acreditavam, na década seguinte ganhou novamente impulso, incorporando novas estratégias, então sob a influência de movimentos de medicina preventiva e comunitária, oriundos principalmente dos Estados Unidos. Atualmente, a puericultura voltou a ser motivo de preocupação em todos os países, que reconhecem a importância do amparo e da defesa da criança como o melhor meio de assegurar o futuro das nações. E, em assim sendo, assume papel fundamental o puericultor que deve ser um cuidador e cultivador de um ser dotado de todas as capacidades para crescer, evoluir e desempenhar com plenitude o seu papel na sociedade.¹²

Quem faz puericultura deve aproveitar o que as crianças lhes apresentam, procurando colocá-lo

de modo a que suas boas capacidades floresçam e seus defeitos sejam minimizados.¹⁰ A atuação nessa área cabe ao puericultor, pediatra por essência, como afirmou o Professor Eduardo Marcondes (“todo puericultor é um pediatra, mas nem todo pediatra é um puericultor”). Ele assume o papel de educador para a saúde e de advogado para o bem da criança, devendo conhecer e entender esta criança como um todo, seu crescimento, desenvolvimento, capacidades e limitações e compreendê-la como um indivíduo que possui diferenças biológicas e psicológicas que a caracterizam na sociedade.^{4,9}

Nos últimos vinte anos a puericultura tem deixado de ser uma atividade estritamente médica e passou a ser praticada preferentemente como um processo multiprofissional, em parceria com famílias e comunidades. Suas novas demandas ou morbidades, relativas a problemas de comportamentos sociais, familiares e escolares, influências da mídia, violência e injúrias físicas não intencionais, abuso de drogas, atividades sexuais desprotegidas, risco de suicídio, etc, tem tornado mais amplo seu espectro de ação e de conhecimento.¹³

Embora seja praticada por muitos, sua arte requer conhecimento, competência, dedicação e interesse em ser puericultor. Não se pode esquecer que a puericultura é a base da prática pediátrica, principalmente devido à satisfação e sensação de apoio dos pais na figura do médico. É importante lembrar que a atenção à saúde deve ser personalizada, os procedimentos adaptados às necessidades da criança e/ou da família, dependendo de fatores de risco e resiliência e da estrutura dos serviços de saúde.¹²

O Adolescente

O reconhecimento do adolescente como indivíduo merecedor de atenção no meio social remonta a meados do século XIX quando a adolescência passou a ser compreendida como um momento crítico da existência humana, despertando interesses sobretudo entre educadores e médicos. A partir de então o adolescente foi inserido no centro das discussões dos países europeus que experimentavam um processo de desenvolvimento impulsionado pela industrialização que, por sua vez, provocava grandes mudanças econômicas, políticas e culturais.¹⁴ Até então, a importância dada aos adolescentes era similar àquela dada às crianças, ou seja, desempe-

nhavam um papel secundário na sociedade enquanto não estivessem capacitados a adotar hábitos e atitudes que se exigiam dos adultos, tanto em épocas de paz, assumindo trabalho na agricultura ou manufaturados, quanto em períodos de guerra, quando passavam a integrar os exércitos e participar de batalhas.^{15,16}

A palavra adolescente, referindo-se ao ser humano em sua segunda década de vida, aparece com mais destaque a partir do início do século XX, principalmente na Alemanha e França. Porém, a história nos mostra que no ano de 1884, na Inglaterra, foi fundada a Medical Officers of School Association, um serviço de saúde dedicado aos alunos de colégios, cujo interesse médico era voltado para os estudos e cuidados do processo de amadurecimento e pelas transformações sexuais e comportamentais que eram experimentadas pelos adolescentes.¹⁷

Em 1904 o psicólogo Stanley Hall publicou um livro intitulado "Adolescência: sua psicologia e sua relação com a fisiologia, sociologia, sexo, crime, religião e educação", que confere destaque ao estudo e conhecimento sobre adolescentes. Após a I Guerra Mundial, nos Estados Unidos, começaram a surgir serviços organizados de atendimento à saúde para estudantes universitários e também, pelo pioneirismo de Stanley Hall, o estudo científico da adolescência passa a ganhar destaque nos meios médicos.¹⁸

Segundo Philippe Aries,¹⁹ o século XX foi o chamado "século da adolescência", quando se evidenciou o desenvolvimento da saúde pública e a investigação científica sobre a biologia da puberdade, impulsionados pelo crescimento demográfico, pelas mudanças sociais e pelo interesse conjunto de áreas como biologia, sociologia, psicologia e antropologia, ampliando sobremaneira o conhecimento sobre o adolescente. E foi em meados do século XX que passou a ganhar destaque o conceito de que a atenção integral à saúde dos adolescentes deve ser uma prática singular, distinta e específica, oferecida por profissionais com formação adequada e voltada para esse grupo etário.

Surge, então, a Hebiatria, que pode ser entendida como uma especialidade desenvolvida por equipe multiprofissional, que incorpora ações junto com familiares e comunidade com o objetivo de compreender o adolescente de modo integral, de acordo com suas características e necessidades,

considerando o seu estágio de desenvolvimento físico e emocional, bem como seus problemas e suas doenças.²⁰

A Hebiatria ganhou maior impulso a partir de 1938 quando a Academia Americana de Pediatria incluiu o termo adolescência em seus programas, culminando com a criação da Society of Adolescent Medicine em 1968 e, em 1980, do Journal of Adolescent Health Care, que contribuiu para ampliar a divulgação da prática médica e de pesquisas sobre adolescência.¹⁷

O hebiatra, em sua grande maioria com formação em pediatria, deve ter em mente que o adolescente apresenta demandas múltiplas e específicas, relacionadas com a saúde física e emocional, assumindo comportamentos de risco, buscando socializar-se e identificar-se com os adultos, em um mundo de ambiguidades que podem levá-lo a revoltar-se contra a sociedade e se marginalizar.²⁰ Portanto, ao assumir a posição de profissional que vai trabalhar com adolescentes, o hebiatra médico deve estar preparado para lidar com questões complexas na essência, mas que em sua grande maioria serão resolvidas em nível ambulatorial. Desse modo, o ato médico não deve ser direcionado somente ao adolescente, mas também projetado para a família e o meio em que ele vive.²¹

A Puericultura do Adolescente

Um Programa de Atenção Básica em Hebiatria deve ter papel ativo na busca dos adolescentes no meio da comunidade, oferecendo atendimento periódico, semestral como rotina e eventual quando a situação exigir, com a finalidade de trabalhar questões relacionadas à prevenção de agravos e promoção de saúde, ou seja, atendendo os indivíduos sadios antes que os problemas os acometam. Nesse momento ganha relevância o conceito de "orientação antecipatória", que deve ser trabalhado quando do atendimento ao adolescente no sentido de orientá-lo a cuidar de sua própria saúde, reconhecendo comportamentos de risco e sinais/sintomas que, mesmo sem aparente importância, podem denotar o início de alguma doença. Com a orientação antecipatória o hebiatra pode auxiliar seus pacientes a melhor compreenderem as modificações físicas, emocionais e sociais pelas quais estão passando e a importância de se envolverem de maneira ativa nos cuidados com sua própria saúde.²²

As ações desses programas devem ser voltadas à redução da vulnerabilidade, dos riscos à saúde física e emocional, à promoção de relações de confiança e autocuidados, prevenção de lesões não-intencionais, de doenças manifestas no adulto mas com início precoce, de doenças relacionadas à prática sexual, gravidez precoce, além de abordar questões acerca de trabalho, escola, cidadania, etc. Ainda, os programas devem ter capacidade de reconhecer os diversos grupos vulneráveis existentes nessa faixa etária, em diferentes condições de risco e de desenvolvimento, portanto sujeitos a agravos distintos, que tem percepções próprias do mundo que os atrai e os estimula a reagirem de maneiras distintas.²³ Uma das principais dificuldades desse tipo de programa é integrar as ações preventivas ao atendimento médico de rotina, embora o acompanhamento sistemático também permita que o adolescente passe a conhecer melhor o serviço, os profissionais e suas rotinas, de modo a reduzir a ansiedade existente nessa relação entre paciente e serviço de saúde.²⁴

A todos deve ser destacado que o adolescente é o paciente e, desse modo, ele é o objetivo principal dos programas de atendimento, nos quais a relação médico-paciente é plenamente estabelecida segundo critérios éticos definidos pelo conceito de menor maduro.^{25,26} E, sendo o adolescente o protagonista principal dessa relação, deve desempenhar papel ativo nas ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e desenvolvimento integral, aprendendo a cuidar-se adequadamente. A família deve ser envolvida no atendimento, mas não ocupar o papel central, que sempre cabe ao adolescente.^{27,28}

Diversos programas de atenção à saúde do adolescente têm sido estruturados ao longo dos úl-

timos anos e, embora alguns resultados positivos tenham sido verificados, ainda necessitam de melhorias no sentido de atingir objetivos mais elevados. Promoção de estilo de vida saudável, com atividade física, hábitos alimentares adequados, eliminação do tabagismo, redução ou eliminação de consumo de álcool, *screening* para comportamentos e hábitos de risco, entre outros, são pontos fundamentais que devem fazer parte da rotina dos atendimentos.^{29,30} Além disso, a compreensão das demandas e necessidades de saúde dos adolescentes pode subsidiar estratégias de melhoria de ações permanentes por parte dos programas.

Conclusão

Diante das considerações acima apresentadas é desejável que os adolescentes sejam agentes de sua própria mudança, fazendo parte das ações voltadas para seu desenvolvimento integral e garantindo a efetividade do autocuidado para a promoção de sua saúde. É dever do poder público oferecer recursos, por meio do Sistema Único de Saúde, para que todos possam ter acesso aos serviços de saúde, seja nos programas de Puericultura/Hebiatria ou eventualmente nos Pronto-Atendimentos. Aos profissionais competem a boa prática das medidas de avaliação do crescimento e desenvolvimento, a prescrição de bons hábitos nutricionais e de atividades físicas, indicação de ampla cobertura vacinal e orientação quanto à eliminação ou redução dos comportamentos de risco. A integração entre as redes de apoio, constituídas pela família, serviços de saúde, escola e equipamentos sociais, favorece o desenvolvimento social, a segurança pessoal e a integração do adolescente.^{31,32,33}

Referências

1. Figueroa E. La pediatría y la puericultura desde las sociedades primitivas hasta nuestros días. *Rev Fac Med (Caracas)*. 1995; 18: 117-30.
2. Coates V, Bezno GW, Francoso LA. *Medicina do Adolescente*. 2ª ed. São Paulo: Editora Sarvier; 2003.
3. Gesteira RM. *A Nova Puericultura*. São Paulo: Fundo Editorial BYK - Prociex; 1975.
4. Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. *Pediatria Básica*. 9ª ed. São Paulo: Editora Sarvier; 2005.
5. Crespin J. *Puericultura. Ciência, Arte e Amor*. São Paulo: Editora Roca; 2007.
6. Bonilha LRCM, Rivorêdo CRFS. Puericultura: duas concepções distintas. *J Pediatr. (Rio J.)*. 2005; 81: 7-13.
7. Loyola A. A cultura pueril da puericultura. *Novos Estudos Cebrap* 1983; 2: 40-6.
8. Lelong MA. *A Puericultura*. São Paulo: Difusão Européia do Livro; 1960.
9. Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CAN. *Puericultura. Princípios e Práticas. Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente*. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2010.
10. Boltanski L. *Puericultura y moral de clase*. Barcelona: Editorial Laia; 1974.
11. Montero JP. *Puericultura*. Barcelona: Editorial Barcelona; 1966.
12. Blank D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *J Pediatr. (Rio J.)*. 2003; 79(supl.1): S13-S22.
13. Santos RCK, Resegue R, Puccini RF. Puericultura e a atenção à saúde da criança: aspectos históricos e desafios. *Journal of Human Growth and Development*. 2012; 22: 160-5.
14. Grossman E. *La adolescencia cruzando los siglos. Adolesc Latinoam*. 1998; 1: 68-74.
15. Rojas DS. Adolescência, cultura y salud. In: Maddaleno M et al. *La salud del adolescente e del jovem*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1995, p. 15-26.
16. Coutinho LG. A adolescência na contemporaneidade: ideal cultural ou sintoma social. *Pulsional Rev Psicanál*. 2005; 181: 16-23.
17. Silber TJ. *Medicina de la Adolescencia - una nueva subspecialidad de la pediatría y la medicina interna en la América del Norte. Adolesc Latinoam*. 1997; 1: 11-15.
18. Schoen-Ferreira TH, Aznar-Farias M, Silveiras EFM. *Adolescência através dos séculos. Psicol Teor Pesqui*. 2010; 26: 227-34.
19. Ariés P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1981.
20. Crespin J, Reato LFN. *Hebiatria - Medicina da Adolescência*. São Paulo: Editora Roca; 2007.
21. Sawyer SM. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*. 2012; 379: 1630-40.
22. Gallagher JR. The origins, development and goals of adolescent medicine. *J Adolesc Health Care*. 1982; 3: 57-63.
23. Nudelman G, Shiloh S. Mapping health behaviors: Constructing and validating a common-sense taxonomy of health behaviors. *Soc Sci Med*. 2015; 146: 1-10.
24. Ozer EM, Park J, Paul T, Brindis CD, Irwin CE. *America's Adolescents: Are They Healthy?* San Francisco: University of California, San Francisco, National Adolescent Health Information Center, 2003. p. 9-13.
25. Loch JA. Ability to make health decisions and its role in the pediatric context. *Rev AMRIGS*. 2012; 56: 352-5.
26. Velho MTAC, Quintana AM, Rossi AG. Adolescência, autonomia e pesquisa em seres humanos. *Rev. Bioét*. 2014; 22: 76-84.
27. Chaisson N, Shore WB. Adolescent health care maintenance in a teen-friendly clinic. *Prim Care*. 2014; 41: 451-64.
28. Povlsen L, Borup I. Health promotion: a developing focus area over the years. *Scand J Public Health*. 2015;43(16 Suppl):46-50.
29. Chen M, Lai L, Chen H, Gaete J. Development and validation of the short-form adolescent health promotion scale. *BMC Public Health*. 2014; 14: 1106-14.
30. Thomas K, Bendtsen P, Krevers B. Towards implementing coordinated healthy lifestyle promotion in primary care: a mixed method. *Int J Integr Care*. 2015; 15: 1-14.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS. Tecendo redes para garantir direitos*. Brasília, 2014. p. 13-21.
32. Ali A, Katz DL. Disease prevention and health promotion. How integrative medicine fits. *Am J Prev Med*. 2015; 49: S230-S240.
33. Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernández A. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS ONE*. 2014; 9: e89554.