

O Futuro da Pediatria

JOÃO GOMES-PEDRO

Resumo

Pediatria em Portugal. Que Futuro?

O futuro da Pediatria é o futuro da Criança.

O sentimento devotado à Criança, o propósito de intervir a seu favor, a vontade de exercer uma missão servindo os seus direitos e os seus interesses, o agir prevenindo e tratando as doenças, as disfunções e os desajustes, a intenção de bem-educar e de orientar vocações, o desejo de adequar os bons genes ao bom ambiente, tudo isto tendo em conta a família a que cada criança pertence, no respeito pelos vínculos, determinantes da identidade e do destino de cada bebé, tudo isto, dizemos, representa o que nos guia quando pensamos e preparamos o futuro da Pediatria.

Reflectir no futuro da Pediatria é algo que fazemos desde há cerca de vinte e cinco anos num percurso profissional e científico que julgo reconhecer-se na mudança que sempre quisemos que tivesse expressão clínica e social.

Creio que tanto as origens da Pediatria como o seu futuro têm ou terão profundas inspirações em ciências e fenomenologias exteriores à Medicina.

A Pediatria é e será, cada vez mais, uma ciência de complementos, se quiserem, uma Ciência da explicação do Homem.

Nesta conceptualização de complementaridade prevemos que a Pediatria do Futuro seja influenciada por modelos hoje com sustentação científica inequívoca e que contém uma inspiração filosófica potencialmente influente na arte da clínica identificada com a intervenção pediátrica.

Três séculos depois de Rousseau, são outra vez as Ciências Humanas, diríamos, exteriores à Medicina, que influenciam, a meu ver, a prática Pediátrica tornando-se intrínsecas à sua práxis.

Em função da sua história, da sua identidade e, sobretudo, da sua natureza, a Pediatria definir-se-á em função de três dimensões necessariamente complementares, porém distintas, em termos metodológicos e filosóficos.

A primeira dimensão é, afinal, a continuidade do que, propriamente, inspirou os primórdios da ciência da criança; refiro-me à psicologia do desenvolvimento que explica as emoções, os sentimentos, a consciência, a memória, enfim, a dinâmica do ciclo de vida em função das várias fases evolutivas, em função dos sistemas interiores

do bebé, da criança e do jovem e em função dos seus sistemas exteriores ou seja das circunstâncias de cada criança e de cada jovem.

Nesta dimensão, a Biologia molecular, a Neurociência e a Psicologia dão as mãos para corresponder aos desafios que se colocam aos profissionais devotados ao bem estar infantil.

Esta dimensão que hoje consideramos como uma evidência pediátrica indiscutível abrange hoje uma vastíssima rede científica da qual iremos abordar duas áreas que são inovadoras no contexto pediátrico, designadamente no que respeita às circunstâncias da criança. São elas a circunstância ambiental e a circunstância familiar.

A segunda dimensão é a que consta ainda, com predominância, do currículo da Educação Médica Pediátrica.

Diz ela respeito à Pediatria assistencial, necessariamente clínica e inequivocamente ligada à ciência médica tradicional, porém actualizada nas projecções mais significativas da evidência científica resultante da investigação biomédica de ponta.

Referirnos-emos tão só a uma selecção de pontos de referência citados pelos coordenadores seniores das áreas críticas assistenciais do nosso Serviço.

A terceira dimensão que identificamos também como Pediátrica, diz respeito às valências morais, éticas e educacionais de toda a Ciência Pediátrica que inspiram a prática clínica.

Entre as muitas áreas que esta dimensão integra, segundo a nossa leitura epistemológica, reteremos a do desenvolvimento moral directamente reportada a uma prioridade pediátrica de hoje que é a prevenção da violência, a dos novos direitos da criança e a da valência educacional naturalmente circunscrita às responsabilidades actuais da Educação Médica Pediátrica.

Para nós, a Pediatria do futuro englobará todas estas dimensões, todas estas áreas, privilegiando, todavia, as que definirão a criança em função da sua natureza, dos seus direitos e do seu destino.

Neste contexto, fantasiámos e préconfigurámos a criança como fundamento decisivo para o destino do Homem, alvo prioritário de intervenção para a coerência tanto individual como social, determinante natural e paradigmático da harmonia moral na vida de relação que pressupõe um sentido de pertença, um direito à felicidade e um ideário de transcendência.

São múltiplos os pressupostos científicos deste primado de Esperança que se identifica com o Bebê enquanto projecto de vida para si próprio e para uma família que o acolhe numa teia de vínculos preferenciais e para uma sociedade que tem de se rever e agir

quando das origens do desenvolvimento, isto é, quando se define o carácter, a competência, o respeito, o altruísmo, a resiliência, enfim, o destino de uma coerência, necessariamente partilhada.

O futuro da Pediatria é o futuro da criança.

O futuro da Criança, porém, depende do futuro da Educação dos professores, dos técnicos e dos cidadãos, supostamente humanizados.

Palavra-Chave: Pediatria; Futuro; Modelos; Educação Médica; Saúde; Cultura

Summary

Paediatrics in Portugal – What future?

The future of Paediatrics is the future of Children.

Feelings towards Children, the intention of intervening in their favour, the will to fulfil a mission at the service of their rights and interests, the prevention and treatment of disease, dysfunctions and maladjustments, the intention of well educating and orientating vocations, the wish to adjust good genes to a good environment, all this bearing in mind the family to which each child belongs, respect for attachments, which determine the identity and destiny of each baby, all this, represents what guides us when we reflect upon and prepare the future of Paediatrics.

To reflect upon the future of Paediatrics has been our practice in the last twenty five years, in a scientific and professional course based on change and with a clinical and social expression.

It is my belief that both the origin and the future of Paediatrics have and will have profound connections with sciences and phenomenologies exterior to Medicine.

Paediatrics is and will remain, more and more, a science of complements or, if you wish, the Science of the explanation of Man.

According to this concept of complementarity, we predict that The Paediatrics of the future will be influenced by models which today have na undeniable scientific basis and which contain a philosophical inspiration with potential influence on clinical art identified as paediatric intervention.

Three centuries after Rousseau, it is Human Sciences again, exterior to Medicine, which influence, in my view, Paediatric practice and are part of it.

According to its history, identity and, above all, nature, Paediatrics may be defined, in methodological and philosophical terms, in three complementary, but distinct, dimensions.

The first dimension is, after all, the continuity of that which inspired the beginning of the science of the child: I mean developmental psychology, which explains emotions, feelings, conscience, memory, in short, the dynamics of life cycle according to different stages of evolution, to the inner systems of the baby, the child and the youth, and according to exterior systems, that is, to the circumstances of each child and youth.

In this dimension, molecular Biology, Neuroscience and Psychology go hand in hand to answer the challenges which professionals concerned with the well-being of children must face.

This dimension which we now consider without discussion a paediatric evidence, includes nowadays a vast scientific network, of which we shall consider two areas which are new to the paediatric context, namely concerning the circumstances of the child: environmental and family circumstances.

The second dimension is contained, in a predominant manner, in Paediatric Medical Education.

It concerns clinical Paediatrics, necessarily clinical and based on traditional medical science, but constantly renewed due to scientific evidence resulting from biomedical research.

We shall only mention a selection of points of reference pointed out by the senior doctors of the critical clinical areas of our Department.

The third dimension, also identified as Paediatric, concerns moral, ethical and educational aspects of Paediatric Science which inspires clinical practice.

Among the many areas contained in this dimension, according to our epistemological view, we shall retain the one of moral development related to a paediatric priority of today, that is, prevention of violence, the one of the new rights of the child the area of education concerning actual responsibilities of Paediatric Medical Education.

For us, Paediatrics of the future will include all these dimensions, all these areas, favouring, however, those which define the child according to his nature, his rights and his destiny.

In this context, we consider the child to be the decisive fundament for the destiny of Man, a priority for intervention in view of individual as well as social coherence, natural determinant of moral harmony in relationships, based on a sense of belonging, a right for happiness and a transcendental ideal.

There are multiple scientific basis for this message of hope identified with the baby, as a project of life for himself, for a family which receives him in a web of preferential attachments and for a society which has to see itself and act according to the origins of development, that is, when character, competence, respect, altruism, resilience and the destiny of a shared coherence are defined.

The future of Paediatrics is the future of children.

The future of the Child, however, depends on the future of Education of teachers, professionals and citizens, supposedly humanised.

Key-Words: Pediatrics; Future; Models; Medical Education; Health; Culture

O futuro da Pediatria é o futuro da Criança.

O sentimento devotado à Criança, o propósito de intervir a seu favor, a vontade de exercer uma missão servindo os seus direitos e os seus interesses, o agir prevenindo e tratando as doenças, as disfunções e os desajustes, a intenção de bem-educar e de orientar vocações, o desejo de adequar os bons genes ao bom ambiente, tudo isto tendo em conta a família a que cada criança pertence, no respeito pelos vínculos, determinantes da identidade e do destino de cada bebé, tudo isto, dizia, representa o que nos guia quando pensamos e preparamos o futuro da Pediatria.

Reflectir no futuro da Pediatria é algo que fazemos desde há cerca de vinte e cinco anos num percurso profissional e científico que julgo reconhecer-se na mudança que sempre quisemos que tivesse expressão clínica e social.

Creio que tanto as origens da Pediatria como o seu futuro têm ou terão profundas inspirações em ciências e fenomenologias exteriores à Medicina.

A “invenção da criança” tal como a define Philippe

Ariés⁽¹⁾ em termos de sentimento, preocupação e influência só terá tido lugar a partir do sec. XVII.

Terá sido, de facto, a proposta de uma psicologia infantil estreitamente ligada à educação feito por Jean-Jacques Rousseau em 1762 com a sua célebre obra «Emile» que marca, inequivocamente, a primeira preocupação científica pela criança, preocupação essa de natureza preferencialmente educacional.

A Pediatria, na sua filosofia plena nasce, indelevelmente, das ciências humanas que, hoje e sempre representam, afinal, a sua natureza e o seu propósito.

A interpelação de Rousseau em função do interesse pela criança é feita primariamente aos pedagogos para que devessem, acima de tudo, ter em conta “o que as crianças são capazes de aprender dado que eles procuram sempre o homem na criança sem pensar no que ela é antes de ser homem”.

A fundamentação científica do desenvolvimento infantil está toda aqui representada.

Porém Rousseau, foi ainda mais longe.

Ele sustentou, pela primeira vez, a concepção de que a pessoa, durante os primeiros anos da sua vida, possui as suas próprias realidades e valores os quais evoluem e se transformam no decurso das etapas sucessivas do seu ciclo de vida devendo corresponder a cada uma dessas etapas uma intervenção educacional específica.

O conceito dinâmico de ciclo de vida que é hoje uma sustentação pediátrica de base, estava, assim, já delineado, em pleno sec. XVIII.

A influência de Rousseau em Binet e Piaget, marcou o século seguinte da história da infância e é nesta perspectiva que Dominique Ottavi⁽²⁾, investigador educacional escreve hoje, insuspeitadamente: “em 1870 a ciência da criança aparece como uma inovação no campo do saber”.

A Pediatria, enquanto área científica, não tem, pois, à data deste escrito, mais de um século de existência.

Em 1881 James Sully, em Inglaterra, escreve um artigo “*Babies and Science*” em que fundamenta a necessidade que a ciência tem da criança para provar as suas próprias hipóteses designadamente as que cruzam a teoria evolucionista com a epistemologia genética sustentando a base científica do desenvolvimento enquanto paradigma do que veio a ser a essência pediátrica.

Nos finais do sec. XVIII, o racionalismo do Iluminismo começou a ser gradualmente substituído pelo irracionalismo do Romantismo, fenómeno transicional também patente na ciência médica.

O “magnetismo” e a “homeopatia” são disto exemplos ilustrativos.

O fisiologista Wilhelm Preyer interessado pela motricidade infantil e o médico Henri Wallon devotado à globalidade da criança terão feito a ponte com a Medicina fazendo nascer a Pediatria como mera especialidade exercida

por poucos no despontar do sec. XX, poucos esses porventura possuidores de uma técnica mais apurada designadamente nas áreas cirúrgicas tal como aconteceu entre nós, com Assiz Vaz no Porto e, mais tarde, em Lisboa, com Jaime Salazar de Sousa, primeiro pediatra da nossa Escola.

Na sua primeira lição intitulada – “Doenças das Crianças” – proferida em 1911, Jaime Salazar de Sousa fez uma extraordinária predição quando se refere às “*épocas críticas da criança sob o ponto de vista patológico*”.

A este propósito, refere-se o Mestre à primeira – a do nascimento – deste modo: “*a primeira época crítica do ser que há de desenvolver está na fecundação do óvulo e consecutivo desenvolvimento embrionário*”

Curioso será assinalar que os primeiros mentores da criança em pleno sec. XIX iniciaram a sua devoção e a sua preocupação primária com a infância no seu trabalho em orfanatos.

Assiz Vaz nomeado cirurgião da Roda conseguiu, entretanto, a sua extinção em 1864.

Na Europa, Frederic Theodor Bay, em Estocolmo, depois de ser médico do Orfanato Nacional, foi depois consagrado como Professor de Pediatria, assumindo a primeira cátedra mundial de Pediatria, em 1846.

Interessante será, também, assinalar que um século e meio depois, seja outra vez um pediatra chamado a intervir, integrado num Conselho Técnico Científico, na construção de propostas destinadas a melhorar o panorama das instituições de acolhimento de que a Casa Pia é testemunho especial, na nossa era.

O pendor médico da preocupação pela criança esteve muito radicado, desde cedo, na Puericultura sendo particularmente curiosa uma relíquia que fomos encontrar nos fundos da nossa biblioteca, assinada pelo Abade Sebastian Kneipp, intitulada «*Alguns conselhos sobre os deveres dos paes para consigo mesmos*». Na tradução portuguesa feita por Delfim Neves a dedicatória era, tão só, dirigida «*Às Maes*».

Os conselhos têm todos um pendor religioso de acordo com a influência eclesiástica da época bem consagrada na história notável da obra de Luís de Almeida mas constituem, no que ajuízo, a expressão clínica da preocupação psicológica e pedagógica dos séculos anteriores funcionando, também, como algo de antecipatório que a Educação Médica entretanto iria encetar, nomeadamente nos Estados Unidos sob a batuta de Flexner.

A Ciência baseada na evidência na área da Pediatria teve, nos E.U.A., o seu primeiro impulso com o aparecimento da primeira grande Revista científica pediátrica – o *American Journal of Diseases of Children* – publicado o seu primeiro número em Janeiro de 1911.

Permitam que cite uma passagem do livro de Kneipp de 1897 no que se reporta a uma pedagogia ainda tão vinçada nos nossos dias:

“É dever das mães verem bem o que podem dar a seus filhos. Eis a razão porque é preciso que elas não esqueçam ou desprezem a lei que lhes impõe a natureza... Este facto significativo e importante exige que as mães amamentem por si próprias os filhos e evitem confiá-los a pessoas estranhas, se quiserem que as crianças se pareçam com elas”.

Esta pequena introdução histórica é para mim crucial para poder explicar a minha leitura de que a Pediatria nasceu fora da medicina, viveu um século - o sec. XX - no pleno do desenvolvimento científico que a Medicina incarnou e evoluiu a partir do nosso século - o XXI - em domínios que, provavelmente, estarão, de novo, outra vez marginais à própria Medicina.

Como verão, esta marginalidade é, para mim, cada vez mais, complementaridade, integrada na conceptualização que fazemos da Pediatria.

A Pediatria é e será, cada vez mais, uma ciência de complementos, se quiserem, uma Ciência da explicação do Homem.

Nesta conceptualização de complementaridade prevejo que a Pediatria do Futuro seja influenciada por modelos hoje com sustentação científica inequívoca e que contêm uma inspiração filosófica potencialmente influente na arte da clínica identificada com a intervenção pediátrica.

Três séculos depois de Rousseau, são outra vez as Ciências Humanas, diríamos, exteriores à Medicina, que influenciam, a meu ver, a prática pediátrica tornando-se intrínsecas à sua práxis.

Permitam que mencione os seis modelos que entendo inspirarem a grande transição na Pediatria a qual inspirou a minha própria transição e influenciará (se porventura for eficaz a nossa docência) decisivamente, a Pediatria do futuro.

Embora os autores destes modelos sejam todos meus contemporâneos usarei, todavia, a cronologia para a sua referenciação.

1. O modelo de Bowlby, Ainsworth e seguidores fundamenta a noção do vínculo primariamente estabelecido entre mãe e filho, vínculo esse que influencia as relações posteriores do bebé em função do sentido de pertença e de confiança básica estabelecidos.

Este modelo de vinculação marca hoje a nossa preocupação interventiva sendo disso testemunho as propostas emanadas de dois documentos que considero históricos.

O primeiro é, precisamente, a primeira formulação apresentada por 20 grandes especialistas presentes em Lisboa em 1995 e que redigiram, então, a denominada Declaração de Lisboa.

Reza assim a primeira conclusão dessa formulação: *«As famílias devem ser ajudadas a reconhecer que*

constituem a fonte primária de amor e apoio e que são também responsáveis pela criação das forças interiores de que a criança necessita para se tornar resiliente face ao stress.”

A segunda formulação que entendo também inspirada na teoria da vinculação está contida num dos documentos mais notáveis desta década. Trata-se de um relatório magnífico promovido pelo Parlamento Britânico no Reino Unido intitulado "Every Child Matters".

Reza assim: *«O vínculo entre a criança e os seus pais é a influência mais marcante na vida de uma criança. A parentalidade tem um impacto enorme no desenvolvimento educacional de cada criança, no seu comportamento e na sua saúde mental».*

Necessariamente, este modelo tem que revolucionar, de modo ainda mais consistente, a intervenção pediátrica do futuro.

2. O segundo modelo que continuará a influenciar, necessariamente a prática pediátrica é inspirado por Brazelton.

O modelo de Brazelton privilegia, entre outras competências correspondentes às necessidades irredutíveis do bebé e da criança, o seu comportamento relacional e auto-regulador, o qual pode ser avaliado através da NBAS ou CLNBAS (avaliação neuro-comportamental do recém-nascido).

Este modelo inspira toda uma estratégia preventiva alicerçada no conceito «Touchpoints» que são períodos do ciclo de vida em que é possível e desejável intervir antecipando e predizendo as desorganizações e reorganizações subsequentes do comportamento relacional do bebé e da família.

Os dois primeiros «Touchpoints» são os do período pré-natal e do recém-nascido que identificamos, assim, com as fases críticas da construção da parentalidade, dos vínculos significativos e do senso moral.

3. O terceiro modelo é o da resiliência.

Sem ter sido o seu criador, Michael Rutter terá sido o responsável pela estruturação científica deste modelo.

O conceito de resiliência identifica-se com a noção de resistência às experiências de risco em função do sistema de forças e de vulnerabilidades que cada pessoa tem desde os princípios da vida.

Em termos de intervenção pediátrica serão vitais as estratégias de promoção da resiliência particularmente quando são conhecidas algumas evidências de adversidade na criança e na família.

4. O quarto modelo que referencio nesta ordem cronológica é o de Bronfenbrenner.

Neste modelo, é valorizado o sentido de coerência de cada pessoa desde os tempos em que é bebé sendo tidos em conta, prioritariamente, os papéis da Pessoa (P), os do Processo (P) – fundamentalmente relacional – os do conceito (C) – preferencialmente cultural – e os do tempo (T) identificados com os timings do ciclo de vida de cada um.

Interessante é o facto de Levine, na mesma linha, definir comportamento como uma função da Pessoa e do Ambiente $[C=f(P,A)]$.

O tratamento multissistémico a que se refere Levine, na senda de Bronfenbrenner, definido em função da pessoa e do seu ambiente (contexto) estará, assim, estruturalmente vinculado às circunstâncias da criança, fundamentalmente, à sua família.

Parece-me também clara, na Pediatria do futuro, a influência deste modelo na intervenção pediátrica.

5. O quinto modelo que identifico com o progresso das Neurociências, é o de António Damásio.

Este modelo estrutura o nexa da construção da consciência humana e, nele, o sentimento de si, num pressuposto de sentimentos organizados a partir de emoções (em grande parte inatas) que, por sua vez, são reguladas por uma homeostase biológica, intrínseca e específica em cada criança.

A valoração das emoções e dos sentimentos terá sido um marco essencial a fundamentar a descoberta de cada bebé no contexto de cada avaliação de natureza neuro-comportamental.

Com a redução das taxas de mortalidade infantil e neonatal e com a evolução do conceito de saúde, é altura para começarmos a investir forte no bem-estar emocional do bebé e da família.

6. O sexto e último modelo que decidi partilhar neste exercício intelectual de sustentação filosófica para a Pediatria do futuro é o de Tronick e Stern.

Neste modelo é pressuposto existir, em cada pessoa, um sistema auto-organizado baseado nos estados individuais de controlo e de coerência, sistematicamente reforçados e expandidos numa convergência que é a da comunicação diádica, mutuamente significativa.

Estes seis modelos configuram, a meu ver, as referências complementares que, explicando o Homem quando criança, explicarão, implicitamente, a Pediatria do futuro.

Em função da sua história, da sua identidade e, sobretudo, da sua natureza, a Pediatria definir-se-á em função de três dimensões necessariamente complementares, porém distintas, em termos metodológicos e filosóficos.

A primeira dimensão é, afinal, a continuidade do que, propriamente, inspirou os primórdios da ciência da criança; refiro-me à psicologia do desenvolvimento que explica as emoções, os sentimentos, a consciência, a

memória, enfim, a dinâmica do ciclo de vida em função das várias fases evolutivas, em função dos sistemas interiores do bebé, da criança e do jovem e em função dos seus sistemas exteriores ou seja das circunstâncias de cada criança e de cada jovem.

Nesta dimensão, a Biologia molecular, a Neurociência e a Psicologia dão as mãos para corresponder aos desafios que se colocam aos profissionais devotados ao bem estar infantil.

Esta dimensão que hoje consideramos como uma evidência pediátrica indiscutível abrange hoje uma vastíssima rede científica da qual irei abordar duas áreas que são inovadoras no contexto pediátrico, designadamente no que respeita às circunstâncias da criança. São elas a circunstância ambiental e a circunstância familiar.

A segunda dimensão é a que consta ainda, com predominância, do currículo da Educação Médica Pediátrica.

Diz ela respeito à Pediatria assistencial, necessariamente clínica e inequivocamente ligada à ciência médica tradicional, porém actualizada nas projecções mais significativas da evidência científica resultante da investigação biomédica de ponta.

Referir-me-ei tão só a uma selecção de pontos de referência citados pelos coordenadores seniores das áreas críticas assistenciais do meu Serviço.

A terceira dimensão que identifico também como Pediátrica, diz respeito às valências morais, éticas e educacionais de toda a Ciência Pediátrica que inspiram a prática clínica.

Entre as muitas áreas que esta dimensão integra, segundo a minha leitura epistemológica, reterei a do desenvolvimento moral directamente reportada a uma prioridade pediátrica de hoje que é a prevenção da violência, a dos novos direitos da criança e a da valência educacional naturalmente circunscrita às responsabilidades actuais da Educação Médica Pediátrica.

Para mim, a Pediatria do futuro englobará todas estas dimensões, todas estas áreas, privilegiando, todavia, as que definirão a criança em função da sua natureza, dos seus direitos e do seu destino.

Neste contexto, fantasio e préconfiguro a criança como fundamento decisivo para o destino do Homem, alvo prioritário de intervenção para a coerência tanto individual como social, determinante natural e paradigmático da harmonia moral na vida de relação que pressupõe um sentido de pertença, um direito à felicidade e um ideário de transcendência.

São múltiplos os pressupostos científicos deste primado de Esperança que se identifica com o Bebé enquanto projecto de vida para si próprio e para uma família que o acolhe numa teia de vínculos preferenciais e para uma sociedade que tem de se rever e agir quando das origens do desenvolvimento, isto é, quando se define o carácter, a

competência, o respeito, o altruísmo, a resiliência, enfim, o destino de uma coerência, necessariamente partilhada.

Definido, assim, o contexto da Pediatria, desenvolverei, com a brevidade implícita, cada uma das dimensões que só exemplarmente, são testemunho do todo que imana do propósito temático - o Futuro da Pediatria.

A primeira área integrada na primeira dimensão que me propus tratar, identifiquei-a com uma das circunstâncias da Pediatria – o Ambiente.

Estamos todos preocupados com os efeitos do ambiente na nossa saúde mas conhecemos ainda muito pouco o modo e a extensão das suas influências em termos biológicos, psicológicos e sociais.

Apesar de desconhecidos muitos dos mecanismos e das circunstâncias, temos hoje indicadores reais relativos ao seu impacto global.

Um sexto da patologia e da mortalidade infantil é hoje atribuído a factores ambientais.

Os impactos nocivos dos factores ambientais sobre a saúde das crianças resultam de interacções múltiplas entre predisposição genética, estilos de vida, cultura, localização geográfica e tipo de exposição a poluentes.

Os meios de exposição possíveis – inalação, ingestão, contacto e irradiação – actuando de forma isolada ou associada determinam consequências múltiplas, designadamente porque, cada poluente pode ter mais do que um efeito. Assim é que algumas substâncias químicas podem, por exemplo, ter, conjuntamente, efeitos cancerígenos e impactos de desregulação endócrina.

A asma e a morbilidade alérgica, contudo, serão a expressão mais «explosiva» do futuro face ao ambiente em função do que tem acontecido nas duas últimas décadas, particularmente nos denominados «países ricos» do ocidente.

Terá triplicado o número de casos de expressão alérgica nas duas últimas décadas. Diremos, ainda, que cerca de 10% das crianças das sociedades ocidentais apresentam sintomas susceptíveis de uma representação asmatiforme.

O estudo recente elaborado pelo ISAAC revela uma taxa anual de prevalência de asma de 11,5% em jovens na fase etária dos 13-14 anos.

Por outro lado, na Europa ocidental, a taxa de ocorrência de sintomas alérgicos é dez vezes superior à dos países da Europa oriental, estando assim bem expressa uma relação entre o estilo de vida ambiental no ocidente e a clínica da alergia infantil.

O futuro da intervenção pediátrica, passará, seguramente, por uma acção consistente de motivação social no sentido de influenciar as populações para um compromisso que, repercutido na criança, tem de ser uma responsabilidade de todos.

A «CASE» encarrega-se hoje do estudo das interacções entre genoma e ambiente no sentido de identificar

sub-grupos de crianças mais susceptíveis à asma e a outras expressões alérgicas.

É esta uma das tarefas da Comissão Europeia dedicada à Saúde e Ambiente com objectivos bem delineados para o período que medeia entre 2004 e 2010.

Numa expressão das novas metodologias para o estudo do impacto ambiental e das estratégias para a prevenção dos riscos inerentes, a Comissão Europeia lançou uma iniciativa designada por «SCALE».⁽³⁾

Nesta sigla cada letra tem uma representação especial.

S simboliza uma intervenção centrada na ciência ("Science") e na sua evidência;

C simboliza a criança («Children») dada a vulnerabilidade infantil aos riscos ambientais;

A simboliza a sensibilização («Awareness») que é necessária para motivar as populações, os profissionais e os políticos;

L simboliza os instrumentos jurídicos («Legal instruments») que nortearão as acções comunitárias destinadas a resolver os problemas de Saúde relacionados com o Ambiente;

E simboliza a avaliação («Evaluation») indispensável à definição de eficácia e de eficiência económica das acções em termos de redução da incidência de problemas de saúde reportados ao ambiente.

Ainda relativamente ao ambiente, dois tipos de poluição assumirão uma importância especial na Pediatria do futuro.

Um diz respeito ao fumo do tabaco e às rendições face à sociedade de consumo.

Concentremo-nos, porém, no fumo.

Para além de todos os efeitos conhecidos da nicotina, designadamente nos fumadores passivos, especialmente crianças, muitos destes efeitos com repercussão nas doenças alérgicas que já incluímos na nossa exposição, assume um significado crescente a influência do tabaco no neurocomportamento do feto, independentemente do peso à nascença.

Nos estudos recentes como o de Lew e colaboradores⁽⁴⁾, parecem inequívocos os efeitos neurotóxicos da nicotina no período pré-natal.

Deverá ser esta uma matéria obrigatória a debater com os pais durante a consulta pré-natal.

Outra das poluições porventura de natureza menos biológica é a imersão da criança nos media electrónicos.

Os teletubies para bebés que ainda não dominam a linguagem, os computadores para bebés enquanto estão ao colo dos pais e toda a panóplia de vídeos e DVDs, incluindo televisão nos quartos infantis, comprometem a vida de relação da criança e a partilha emocional.

A outra circunstância que nos propusemos tratar nesta

primeira dimensão implicada na viragem que a Pediatria do futuro representará diz respeito à circunstância familiar.

A família está em profunda mutação na sociedade horizontal, prevendo-se que a evolução tenda a acentuar-se nas próximas décadas, constituindo, assim, uma implicação reflexiva no que respeita à intervenção pediátrica, no futuro.

A natureza da constituição familiar é biológica mediada, ao longo da história, por sucessivas circunstâncias sócio-culturais.

A preocupação primeira inerente à determinação da construção da família assume-se na protecção da criança, sobretudo patente no período da sua maior dependência em função da imaturidade biológica, social e emocional do bebé.

É nesta última dimensão emocional que o turbilhão da mudança provoca mais sobressaltos.

Em termos de futuro, três grupos de factores – sócio-biológicos, sócio-económicos e sócio-culturais, contribuem e contribuirão para o fenómeno transicional da família.

Todos eles têm de ser interpretados à luz de uma evidência científica em que se integram as novas tecnologias e os novos métodos de análise.

Os determinantes sócio-biológicos e sócio-económicos têm a ver, fundamentalmente, com a transição demográfica, em função do controlo cada vez mais bem sucedido de mortalidade infantil e da descida progressiva dos indicadores de fertilidade.

O prolongamento da expectativa de vida nas sociedades modernas, determina uma menor motivação para ter filhos cedo, determina uma outra rede de oportunidades de vinculação e proporciona maiores probabilidades de convivência intergeracional.

Por outro lado, a capacidade de cada família para controlar e planear a sua fertilidade motiva, também, um maior investimento na parentalidade, na educação e noutros parâmetros psicossociais.

Por tudo isto, não sou pessimista quanto às potencialidades futuras da família; estou é preocupado com a educação em termos de preparação de competências adaptativas ...

Em termos sócio-económicos a modernização da família modelar-se-á numa transição de um modelo nuclear rudimentar para um sistema de produção cada vez mais industrializado e mecanizado onde se integram os lares dos idosos, os serviços de educação e de guarda infantil, porventura cada vez mais cobertos pela segurança social.

Nesta transição os fenómenos migratórios, tanto nacionais como internacionais, influenciarão significativamente as estruturas familiares e os padrões socio-culturais na organização das ajudas a quem trabalha, nos sistemas de

guarda e nas relações intergeracionais.

Na dimensão socio-cultural poderemos antecipar alguns padrões de evolução que marcarão muita da intervenção pediátrica do futuro.

Algumas expressões de falência estão radicadas nos seis modelos que apresentei e que inspirarão, a meu ver, as intervenções necessárias para o sucesso da Pediatria do futuro.

As famílias viverão em casas cada vez mais pequenas, em agregados cada vez mais nucleares, a nupcialidade continuará a baixar, a disfunção familiar continuará a aumentar, os parâmetros da fertilidade continuarão a descer e novos arranjos familiares continuarão a surgir sendo o «L.A.T.» («living-apart-together») a expressão cohabitacional mais emergente.

Em Portugal os pediatras convivem já e confrontar-se-ão cada vez mais com vários padrões desta evolução, sendo a disfunção familiar aquela que implica uma formação mais cuidada e criteriosa, designadamente em termos de atitude sócio-cultural, inspiradora de uma intervenção clínica.

Tudo isto implica e deverá inspirar uma preocupação pediátrica primária devotada à parentalidade e ao apoio à família, necessariamente multifactorial.

O Comité Europeu para a coesão social (CDCS) dedicou, recentemente, a esta matéria todo um Relatório contendo a fundamentação científica que sustenta esta responsabilidade (que é, sobretudo, pediátrica), para com a parentalidade e para com o apoio à família, sobretudo nos períodos sensíveis em que ela se constrói e se sedimenta.

Refiro-me, fundamentalmente, ao período pré-natal e ao nascimento.

O programa de intervenção denominado «touchpoints» criado por T. Berry Brazelton, desenvolve estratégias de intervenção para os períodos sensíveis do desenvolvimento, no pressuposto de que uma desorganização familiar que surge num dos períodos de viragem do desenvolvimento, se pode transformar numa reorganização adaptativa da relação intrafamiliar constituindo, então, um momento e oportunidade de intervir, reforçando os vínculos pais-criança e os laços profissional-família.⁽⁵⁾

A consulta pré-natal é um dos paradigmas deste modelo de intervenção onde se prepara, designadamente, o «touchpoint» seguinte que coincide, temporalmente, com o nascimento.

Logo a seguir ao nascimento, a partilha da descoberta do bebé feita entre pediatra e pais, tendo por base uma avaliação neurocomportamental do recém-nascido (NBAS e CLNBAS) é outro paradigma fundamental da intervenção pediátrica a sistematizar já um futuro próximo, constituindo um sustentáculo incontornável de apoio parental e de vinculação intra-familiar.⁽⁶⁾

A segunda dimensão que nos comprometemos a tratar

nesta antevisão da Pediatria do Futuro é a Pediatria Clínica, assistencial, em função das patologias mais prevalentes nas próximas décadas.

Esta dimensão que condicionou quase 100% da nossa aprendizagem médica, tem sido progressivamente inspirada por um modelo preventivo onde impera a motivação para a Saúde.

Conhecemos o que significa o modelo preventivo na melhoria das condições de saúde de milhões de pessoas em todo o mundo a partir de um progresso nas condições sanitárias básicas, no fornecimento de água potável, na pasteurização do leite e na vacinação.

Apesar deste esforço, sabemos que temos de garantir todas as nossas competências no diagnóstico e na terapêutica porque, infelizmente, os nossos Serviços de Pediatria continuam cheios de crianças doentes.

O grande desafio da Pediatria do futuro, porém, vai ser o nosso confronto com a responsabilidade de zelar por crianças que somos agora capazes de salvar mas que ficam sofrendo de patologias crônicas com os seus efeitos incontornáveis que são consequência indirecta das nossas intervenções terapêuticas.

A prematuridade é o paradigma desta evidência pediátrica. Salvamos agora bebês nascidos com 23 semanas de vida mas temos de atender a todas as variáveis desta prematuridade incluindo as que estão relacionadas com o envolvimento sensorial, emocional e afectivo no ambiente das Unidades de cuidados intensivos neonatais.

A emergência crescente da doença crônica da criança, a emergência de doenças infecciosas ainda sem vacinas tal como a SIDA e a patologia emocional/social de que são paradigma os comportamentos aditivos e a violência dominará a preocupação clínica dos pediatras num futuro que temos hoje de preparar.

No que respeita a todas as outras áreas clínicas que, por exemplo, temos hoje representadas no nosso Serviço diferenciado em Unidades o que pode garantir uma enorme diferenciação a partir de 40 anos de departamentação, citarei algumas predições de futuro fornecidas pelos meus colaboradores, coordenadores e responsáveis por sectores dessas mesmas Unidades.

Pedi a cada um deles que me fornecesse três linhas mestras da evolução clínica em cada uma das suas valências clínicas susceptíveis de configurar o que podemos chamar de Pediatria Clínica de um futuro próximo.

Abordarei, tão só, quatro exemplos começando, naturalmente, pelo paradigma infecciológico.

No que respeita às velhas doenças, três marcos merecem destaque.

A poliomielite agora eliminada da Europa e das Américas prevê-se erradicada de todo o mundo na próxima década.

De igual modo, o sarampo poderá ser erradicado do

globo dentro de duas décadas, sendo ainda necessário, neste domínio, um trabalho complexo a realizar, preferencialmente em África.

As doenças provocadas por *Haemophilus influenza* tipo B, por *Pneumococcus* e por *Meningococcus C* graças à generalização do emprego das vacinas conjugadas, tenderão a ficar mais contidas nos países que vierem a incluir a prevenção vacinal no seu programa nacional de vacinação.

Em termos de futuro, a generalização de novas vacinas como a da varicela e do VSR influenciarão, indiscutivelmente a Pediatria de uma próxima era.

Nesta área guardei para o fim duas realidades prioritárias. São elas a da resistência aos antibióticos e a da SIDA.

São, inequivocamente, duas realidades negras no futuro pediátrico.

O aumento da resistência aos antibióticos por parte de algumas bactérias de que destacarei o pneumococcus, implicarão um cuidado especial na Educação Médica pediátrica, nas suas fases fundamentais.

A segunda realidade será o aumento da SIDA pediátrica, a nível mundial.

No futuro da Pediatria, terão os profissionais de se confrontar com a incapacidade política e económica de fazer aplicar, nos países pobres, os inequívocos avanços que existem já hoje, nos países ricos em termos de prevenção, de diagnóstico e de terapêutica.

Outra vez, o continente africano, sobretudo nas regiões sub-saarianas, determinará a mudança.

Um indicador da diferença será a realização da serologia para o VIH em todas as grávidas de modo a precaver a transmissão vertical do vírus, através da profilaxia com fármacos antiretrovirais quer na mulher quer no recém-nascido.

O êxito alcançado no Uganda permite predizer outros sucessos noutros países africanos num futuro que, infelizmente, ainda não será imediato.

Entretanto, novos antirretrovirais, designadamente utilizados em novos esquemas terapêuticos permitem antever que a SIDA passe a ser a doença crônica controlável mais prevalente num futuro próximo.

Preocupação enorme da Pediatria do futuro, será a protecção dos já designados «órfãos da SIDA» filhos de pais seropositivos, porém não infectados por via vertical.

Estas crianças vulneráveis estão mais predispostas a toda a espécie de abusos, explorações e desrespeitos exigindo uma intervenção consertada das Nações Unidas e da UNICEF em todas as zonas de pobreza do mundo.

Uma intervenção internacional organizada será, também, indispensável, sob o ponto de vista educacional dirigido sobretudo aos adolescentes. Com efeito, o relatório da OWNSIDA de 2004 revela que cerca de

metade dos novos cinco milhões de infectados com SIDA são jovens entre os 15 e os 24 anos, trazendo, assim, prioridade para novas metodologias de educação sexual.

O segundo exemplo de predição da Pediatria Clínica é o da patologia metabólica onde as novas terapêuticas e as novas patologias são emergentes.

Esta área representa, a meu ver, o paradigma de uma mudança operada, sobretudo, na biologia molecular, num ritmo porventura difícil de acompanhar, a nível clínico.

Em termos de diagnóstico, a espectrometria de massa com Tandem, viabilizando um diagnóstico rápido de todo um espectro potencial de doenças metabólicas, permite antevê-la incluída nos programas de Diagnóstico precoce, nos países mais favorecidos, já na próxima década.

Por outro lado, o uso alargado da genética molecular e as novas imagiologias de que é exemplo a Ressonância magnética espectroscópica favorecerão diagnósticos de muitas disfunções metabólicas de que destacarei as doenças mitocondriais.

Entretanto, novos conceitos de que são exemplo as mediações por leucotrienos e por neurotransmissores e o conhecimento de novas doenças designadamente expressas por defeitos congénitos na síntese do colesterol e na glicosilação (entre outras) marcarão muito do futuro nesta área mítica da Pediatria.

Porém, será a terapêutica enzimática de substituição já hoje patente na solução de algumas doenças lisossomáticas (mucopolisacaridoses tipo I, II e VI, esfingolipidoses e doenças de armazenamento do glicogéneo) que marcará o rumo de uma nova era onde entrarão como testemunho de uma nova intervenção farmacológica as «orphan drugs» para o tratamento de doenças graves de que são exemplo as porfirias, a doença de Wilson, a tirosinémia tipo I e as doenças do ciclo da ureia.

O terceiro exemplo de predição, porventura outro paradigma de mudança na Pediatria clínica do futuro, é a Pneumologia pediátrica.

No diagnóstico, os estudos epidemiológicos sobre as doenças reactivas das vias aéreas, a miniaturização de técnicas endoscópicas e o progresso imagiológico para a avaliação de via aérea infantil associadamente com reprodução de imagens virtuais tridimensionais e os estudos funcionais de que destacarei a avaliação polissonográfica do sono, designadamente em bebés, marcam já a diferença.

Na vertente terapêutica, a melhoria de apoios farmacológicos de que são exemplo as enzimas proteolíticas e as terapêuticas génicas determinarão melhores evoluções na Displasia bronco-pulmonar e na Fibrose quística; por outro lado, o progresso nas terapêuticas inalatórias capazes de degradar o muco espesso e de introduzir de modo eficaz os fármacos tópicos na árvore bronquica e no pulmão e, ainda, os novos antibióticos determinarão, a nosso ver, o rumo de mudança num prazo que não ultrapassará uma

década.

Ainda na área pneumológica, porventura com expressão noutros domínios pediátricos, a instalação deviadamente planeada de uma rede de assistência domiciliária com os apoios multidisciplinares e logísticos indispensáveis, marcará, inequivocamente, o futuro das famílias com crianças que padecem de doença crónica pulmonar ou têm doença crónica com atingimento respiratório na garantia de que poderão viver fora do hospital, no meio humanizado dos seus mais significativos, sem riscos acrescidos de iatrogenia ou de lacunas terapêuticas.

A área da reeducação funcional respiratória numa pediatria de equipa com extensão domiciliária será um apoio inestimável para muitos dos sobreviventes das Unidades de Cuidados intensivos.

É esta uma antevisão de um futuro que se cruza já com um planeamento que é de agora.

Guardarei para outra oportunidade a referência indispensável à nova era dos transplantes e abordarei, agora, só brevemente o quarto exemplo de antevisão que usei prever num quadro de Pediatria do futuro, que tem a ver, naturalmente, com o Desenvolvimento.

Não me referirei às novas técnicas de avaliação psicológica, às novas terapêuticas, designadamente o metilfenidato na «A.D.H.D.» (doença da hiperactividade e de déficit da atenção) e aos novos diagnósticos, designadamente às novas expressões patológicas do espectro autista.

Quererei, tão só, centrar-me na atitude filosófica face ao desenvolvimento infantil e que marcará, a meu ver, o futuro desta área emblemática da Pediatria.

O «Desenvolvimento» será, cada vez mais, o paradigma da coerência pediátrica.

O Pediatra definir-se-á, cada vez mais, como o especialista do desenvolvimento, capaz de entender o Bebê, a Criança e o Jovem na sua dinâmica vivencial no enquadramento do seu ciclo de vida, da sua identidade relacional e do seu destino global.

Sentido de pertença, constructo de resiliência, sentido de coerência, serão, afinal, os marcos da vida infantil e da vida familiar, que se identificarão, cada vez mais, com os objectivos pediátricos.

A avaliação diagnóstica cada vez mais centrada num diagnóstico de perfil global e o conceito dinâmico de Pontos de Viragem («touchpoints») do desenvolvimento, são, entre outros, paradigmas da mudança que se inspiram na atitude e no conceito.

Ainda neste capítulo, direi que em termos de organizações hospitalares, um sector de Neurociências pediátricas incluindo o Desenvolvimento propriamente dito, a Neurologia pediátrica, a Saúde Mental infantil e juvenil, o Neuro-metabolismo, embebidas estas valências num primado filosófico de que a inspiração Brazeltoniana é paradigma, marcará, inequivocamente, a diferença.

Perceber-se-á agora como encaro, face à pressão departamental das novas gestões hospitalares, um novo organigrama pediátrico onde incluo as relações preferenciais com a Obstetrícia, com a Genética e com a Família.

A diferença face à moda materno-infantil dos anos 60, parece-me óbvia.

A terceira e última Dimensão que identifiquei como prioridade pediátrica diz respeito às valências morais, éticas e educacionais da Pediatria.

A construção do senso moral na Pessoa começa cedo, na vida.

Quando há uma intermutualidade a que chamamos contingência, isto é, quando nos primeiros dias de vida se desenvolve essa contingência afectiva entre um bebé e um dos seus cuidadores significativos (mãe, pai ou avós) isto quer dizer que são trocadas mensagens emocionais que fazem sentido a cada um dos protagonistas dessa relação.

Quando tudo isto acontece numa atmosfera de paixão que inspira a descoberta, a esta «simpatia» inicial sucede uma empatia e é esta empatia que torna possível a interacção por parte do bebé, viabilizando, então, o dar a vez a uma conversação, o respeito pela vez do outro, enfim, os vários alicerces do senso moral.

Criado o elo que confere o sentido de pertença, está criada a segurança mútua, a coerência do fluxo interactivo, a dádiva da entrega que será, mais tarde, altruísmo.

Quando o bebé sente violadas estas regras fundamentais da sua coerência afectiva, tal como acontece experimentalmente com o still-face, ele reage face a uma incoerência o que nos faz conhecer, então, quais os elos sucessivos desta frustração que identificamos com as etapas da adversidade, da violência, num vazio crescente de emoções significativas.

A violência e a vulnerabilidade são factores coexistentes e co-responsáveis no ciclo vicioso da adversidade na criança e, de modo ainda mais significativo quando a criança é bebé, porquanto é nesta fase que se estrutura e se modela a arquitectura cerebral e, de modo especial, a coerência das suas conexões.

Conhecemos hoje a neurobiologia do medo, da ansiedade e do stress.

Conhecemos hoje os determinantes da adversidade da criança.

Sabemos que a diluição do senso moral do homem mudou, porventura, de distância.

O não sentido da violência face aos outros, longe, passou para a relação com os outros que, hoje, estão perto.

Garantir oportunidades para o desenvolvimento moral da criança é, inequivocamente, uma responsabilidade pediátrica.

É por tudo isto que defendemos residir, nas intervenções atempadas que identificamos com os primeiros «touchpoints» da vida, o segredo da prevenção da adversi-

dade, da violência e do vazio de resiliência.

É este o imperativo ético da Pediatria do futuro.

Como última questão e na lógica do enunciado, importará considerar como se programam e consolidam os imperativos para esta Pediatria do Futuro.

A resposta é só uma. Pela Educação.

A Educação Médica Pediátrica tem de ser o veículo desta consolidação numa cadeia coerente de motivação e de perpetuação formativa.

É empolgante o que, a este propósito, escreveu Maria de Lourdes Levy quando, há onze anos atrás (em 1993) ousou, também, predizer algo sobre a «Pediatria do Futuro». Escreveu Maria de Lourdes Levy: «*a Pediatria ... deverá estar preparada para se adaptar às mudanças através de uma actualização constante dos conhecimentos e das práticas (educação contínua) que possibilitem, em cada caso e em cada momento, fornecer à Criança os cuidados de que ela precisa.*»⁽⁷⁾

Existe um amplo consenso internacional no que respeita às «benchmarks» para a Educação Médica Pediátrica nos próximos vinte anos.

O Projecto «FOPE II» («Future of Pediatric Education II») representa uma «Task Force» destinada a propor vias educacionais para a Educação Pediátrica em função das necessidades tendo em vista, preferencialmente, a formação pediátrica generalista (primeiros 36 meses de formação pós-graduada).⁽⁸⁾

O Relatório final do Projecto FOPE II teve em conta cinco factores identificados como determinantes de mudança na prática pediátrica nas duas últimas décadas. Foram eles:

- 1) novos padrões de morbidade e mortalidade;
- 2) novos avanços na biologia molecular e na genética;
- 3) novas alterações sociodemográficas e educacionais na sociedade;
- 4) novos avanços tecnológicos nos sistemas de comunicação e informática;
- 5) novos paradigmas no financiamento e gestão dos serviços de Saúde Infantil.

O Relatório conclui atribuindo princípios fundamentais a reter no que respeita às competências e desempenhos desejáveis e exigíveis no pediatra do futuro.

Em resumo, é assumido que:

- 1) o pediatra é o profissional com mais competência para providenciar medidas de saúde a bebés, crianças e jovens, no contexto da sua família, da sua comunidade e do seu ambiente;
- 2) a formação pediátrica deve privilegiar o desenvolvimento moral e atitudes de empatia e paixão para com a criança e sua família;
- 3) a formação pediátrica deve ter em conta a evidência científica e as competências técnicas mais avançadas;

- 4) a formação pediátrica deve fazer reconhecer que, individualmente, nenhum pediatra é capaz de fazer o melhor na abordagem sistemática dos problemas de saúde actuais da criança e do jovem. Neste contexto, a comunicação entre pediatras generalistas e pediatras sub-especialistas é fundamental, devendo ser favorecida a todos os níveis;
- 5) Na coerência do que é referido para os cuidados de saúde pediátricos, é necessário garantir um adequado ambiente de aprendizagem, indispensável à formação das competências e das atitudes já designadas como prioritárias na intervenção pediátrica;
- 6) A formação pediátrica entendida como «core» na educação do pediatra generalista (primeiros 36 meses) é apenas a primeira parte da educação pediátrica sendo necessário garantir uma educação contínua indispensável para uma actualização que obriga e implica todos os profissionais.

Abordaremos sobretudo propostas referentes à pós-graduação pediátrica, tendo como pressuposto ser vital para a educação pediátrica toda a educação pré-graduada.⁽⁹⁾

Ainda a este propósito, valerá a pena mencionar as 6 competências que a ACGME («Accreditation Council for Graduate Medical Education») propõe como guias para a Educação da Pediatria no sec. XXI.

São elas: prestação de cuidados, conhecimento médico, comunicação e relacionamento interpessoal, profissionalismo, aprendizagem prática, actualização e prática de sistemas.

Sublinharei como «novidades» assumidas como prioridades o profissionalismo e o relacionamento interpessoal.

Tal como abordado na nossa curta introdução, no futuro da Pediatria voltarão a determinar o seu sucesso as outras ciências complementares de que destaco a Psicologia, a Sociologia, a Antropologia, enfim, todas as Ciências Humanas que não só explicam o Homem como o inspiram e catapultam para a transcendência.

Lembrarei, contudo, que não chegará proclamar que a Educação Médica Pediátrica terá que despertar cedo na pré-graduação.

Importará explicar como e importará sublinhar que a motivação para a Criança terá de ser antecipatória à formação curricular tradicional da Pediatria.

Permitam que esclareça, tão só, duas componentes desta intervenção educacional.

Na Faculdade de Medicina de Lisboa, proporcionamos esta motivação em função da Criança desde o 1º. Ano do curso de Medicina.

Na disciplina «Introdução à Medicina», estabelecemos as bases de uma formação médica humanizada, viabilizando o acesso dos alunos à prática de uma Medicina da Família, proporcionando estágios em Centros de Saúde,

visitas a creches, centros de tóxico-dependência, instituições de acolhimento, prisões, etc..

Organizamos seminários com poetas, com antropólogos, com experts de Ética, com filósofos, etc..

Depois, em Pediatria I, proporcionamos, em Portugal, a única oportunidade de ensino-aprendizagem clínico centrado na pessoa normal.

Ensinamos desenvolvimento normal da criança, ensinamos intervenção precoce, ensinamos adolescência, ensinamos «touchpoints», ensinamos avaliação global, ensinamos descoberta neuro-comportamental do recém-nascido, ensinamos semiologia da família, semiologia do jogo, semiologia da escola.

Creio estarmos alinhados com o que é advogado no FOPE II e nas mais actuais propostas educacionais para o ensino da Pediatria, tanto na Europa como nos Estados Unidos.

Só não entendemos o porquê da Ordem dos Médicos através do seu Colégio da Especialidade não liberalizar a oferta e a procura no Internato Complementar de Pediatria.

Estão liberalizados os sistemas hospitalares de Saúde; estão liberalizados os modelos de gestão; estão liberalizadas as instituições universitárias que se querem denominar como Faculdades de Medicina. Porque não liberalizar os menus curriculares e as opções dos jovens que querem ser Pediatras do futuro, assumidamente competentes?

O futuro da Pediatria é o futuro da criança.

O futuro da Criança, porém, depende do futuro da Educação dos professores, dos técnicos e dos cidadãos, supostamente humanizados.

Do futuro da Pediatria dependerão os nossos netos, os netos dos nossos netos, dependerá, afinal, a sociedade futura.

A Pediatria do futuro vai confrontar-se com a pobreza, com as desigualdades sociais, com a doença crónica, com os novos desafios da disfunção familiar, da violência, das incoerências políticas.

O Pediatra do Futuro vai confrontar-se com as suas crescentes responsabilidades na advocacia da criança, expressas nos mais diversos desafios morais, educacionais e políticos.

Conquistámos um Ministério que também passou a ser da Criança.

Faltará garantir a coerência na praxis.

Tal como nos seus primórdios, a Pediatria cumprir-se-á nos complementos culturais que transcendem a Medicina.

Na nossa perspectiva é este o futuro da Pediatria.

Bibliografia

1. Ariés P. L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime. *Editions du Paris*: Seuil, 1973.
2. Ottavi D. De Darwin a Piaget. *Pour une histoire de la psychologie de l'enfant*. CNRS, ed. 2001.

3. The European Environment of Health Action Plan 2004-2010. *Commission of the European Communities*, 2004.
4. Lew KL, Strand LR, LaGasse LL, Niaura R, Liv J, Lester B. *Pediatrics* 2003; 1318-22.
5. Gomes-Pedro J. Touchpoints – Uma nova dimensão Educacional. Entregue para publicação em *Acta Pediatr Port*, 2004.
6. Gomes-Pedro J. CLNBAS – A Avaliação Neuro-Comportamental do Recém-Nascido para a Aplicação Clínica. *Acta Pediatr Port* 2003; N° 34: 389-391.
7. Levy, ML. A Pediatria do Futuro. Livro das 1^{as}. *Jornadas de Pediatria*, 107-9, 1993.
8. Leslie L., Rappe P., Abelson H., Jurkins R., Sewall S.R. Final Report of the FOPE II Pediatric. *Generalists of the future workgroup. Pediatrics*, 106, 5, 2000 (1199-1233)
9. Carracio C., Englender R., Wolfsthal S., Martin C., Ferentz K. Educating the Pediatrician of the 21st century: defining and implementing a competency based system. *Pediatrics* 2004, 113; 252-8.