

EDUCAÇÃO MÉDICA PEDIÁTRICA

Projecto de Ensino-Aprendizagem da Pediatria * (Pré-Graduação) (O Processo, os Objectivos e a Organização)

JOÃO M. VIDEIRA AMARAL

*Departamento de Pediatria
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa*

Resumo

Neste trabalho, dividido em 4 partes, descreve-se um projecto de ensino-aprendizagem de Pediatria à luz do novo Plano Estudos da FCM/UNL aprovado em 1996. Considera-se idade pediátrica o período desde a concepção até ao fim da adolescência e é dada ênfase à inserção da criança e adolescente (saudáveis, de risco, ou com patologia), na sua família e comunidade, propondo como locais de prática clínica instituições extra-hospitalares para além do clássico ambiente hospitalar. De referir que houve a preocupação de obedecer às grandes linhas gerais da «Declaração de Edimburgo» e da «Iniciativa de Lisboa».

Na 1.ª parte faz-se referência ao processo de ensino-aprendizagem, aos objectivos educativos, e a aspectos organizativos.

Na 2.ª parte é feita a abordagem da metodologia e dos recursos.

Na 3.ª parte discrimina-se o conteúdo do programa.

Na última parte aborda-se a problemática da avaliação, discutindo-se alguns aspectos que poderão comprometer a exequibilidade do novo plano de estudos.

Palavras-Chave: Pediatria; Ensino-Aprendizagem; Criança e Adolescente; Centros Extra-Hospitalares.

Summary

This paper, comprising four parts, underlines the basic conditions with the aim at organizing an undergraduate teaching-learning programme on Pediatrics according to the recent study plan guidelines approved last 1996.

In this project the so called pediatric age is concerned with the period from conception through adolescence; emphasis is given on the infant, child and adolescent (either healthy, at high risk or as a patient) integrated in their family and community. Besides the hospital for training, other extra-hospital centres for care are proposed.

Goals and objectives of undergraduate medical education in relationship with Pediatrics as defined by the documents, the «Edinburgh Declaration» and the «Lisbon Initiative» were taken into account.

In part one the following topics are developed: Learning-Teaching process, educational objectives and organization.

Part two is related to methods and resources.

In part three the programme-content is described.

In the last part the proposal of evaluation for learning and for teaching is reported and, at last a discussion is made concerning namely some issues that might compromise the implementation of the recent studies plan and the student's educational process.

Key-Words: Pediatrics; Teaching-Learning; Infant; Child; Adolescent; Extra-Hospital Centres.

I – Introdução

Ao longo do tempo, têm sido aplicados diversos modelos pedagógicos no Departamento Universitário de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (FCM/UNL), visando um ensino-aprendizagem mais atraente para o aluno, mais rela-

cionado com as situações reais da futura vida profissional e em obediência ao princípio de que uma melhor formação médica contribuirá para uma mais eficaz assistência ⁽¹⁻³⁾.

Esta evolução que se tem processado a par dos sucessivos planos de estudos da FCM/UNL traduz, afinal, a necessidade de modificar as características do ensino-aprendizagem tradicional, com pontos considerados críticos tais como: 1) diminuta atenção dada à utilidade dos conhecimentos adquiridos; 2) centralização, pelo professor, dos conteúdos e das sequências de aprendizagem;

* Texto adaptado do Relatório Pedagógico apresentado nas Provas de Agregação.

3) pouca atenção dada à investigação; 4) ensino-aprendizagem centrado nos grandes hospitais, em detrimento de instituições de ambulatório ou extra-hospitalares, de hospitais periféricos e de centros de saúde; 5) inoportunidade da experiência clínica relacionada com os problemas da criança saudável e integrada no seu ambiente; 6) défice de conhecimentos sobre pediatria do comportamento, custos da saúde, questões éticas, promoção e protecção da saúde infantil e juvenil ⁽⁴⁻¹²⁾.

Nas últimas décadas o progresso científico e as mudanças operadas na sociedade repercutiram-se profundamente na prática da medicina e, conseqüentemente, na formação médica. Reportando-nos à medicina da criança e adolescente, valerá a pena citar, a par da diminuição da natalidade e da modificação do espectro da morbidade nos países industrializados, os extraordinários avanços verificados no campo das doenças infecciosas, da nutrição e da medicina perinatal, originando uma diminuição drástica da mortalidade ^(10, 13-15).

No limiar do séc. XXI verifica-se, por outro lado, a emergência de certos problemas como os relacionados com a imaturidade extrema e suas sequelas, a doença crónica, as doenças neoplásicas e imuno-alérgicas, a toxicodependência, as novas infecções (a síndrome de imunodeficiência adquirida – SIDA é o exemplo paradigmático), os acidentes, a urbanização e poluição do ambiente, os problemas psicossociais relacionados com a violência e tensão familiar; tais problemas implicam a necessidade de um apoio tecnológico dispendioso, e de uma assistência mais especializada, mas também humanizada ^(10, 14-16).

O planeamento do ensino-aprendizagem da medicina implica o conhecimento das necessidades da sociedade que vai servir e das prioridades no domínio da saúde infantil e juvenil ⁽¹⁷⁻²⁰⁾. Nesta conformidade, descreve-se um projecto de programa, conteúdos e métodos de ensino-aprendizagem da Pediatria à luz do último plano de estudos da Faculdade de Ciências Médicas na Universidade Nova de Lisboa. Foi nossa intenção obedecer ao espírito de Declaração de Edimburgo ⁽¹⁷⁾ e da Iniciativa de Lisboa ⁽¹⁸⁾ e na base das mudanças operadas na sociedade e da emergência de novos problemas médicos da idade pediátrica no nosso país ⁽²³⁻³⁹⁾.

II – O Processo de Ensino-Aprendizagem

A educação no seu sentido amplo, é um fenómeno que pode assumir diversas formas e conteúdos segundo o grupo humano implicado e o seu grau de desenvolvimento. Nas sociedades primitivas, o período de aprendizagem efectua-se durante certo tempo propiciando a convivência dos jovens com adultos qualificados e, após

uma série de provas, aqueles passam a partilhar das responsabilidades da colectividade ^(40, 41).

Nesta perspectiva, a essência da educação consiste na transmissão da cultura de um grupo de geração em geração. Mediante tal processo adquire-se a ideologia, os conhecimentos, as modificações do comportamento e as técnicas que condicionam a sobrevivência do grupo no conjunto. Ulteriormente o indivíduo, parte integrante da colectividade, assumirá determinada função. No caso da medicina, como diz Daniel Serrão, «não basta ensinar ciência, será fundamental também ensinar uma profissão» ⁽⁴²⁾.

A ciência que trata das modalidades e procedimentos de aquisição de conhecimentos por parte dos aprendizes recebe o nome de pedagogia (palavra composta de origem grega: «paid» – criança + «agogus» = dirigir); isto tendo em conta a circunstância clássica de a população-alvo em contexto educacional ser efectivamente constituída por crianças e jovens. E pedagogos são todos os que exercem tal tarefa ^(40, 41).

A pedagogia necessita do concurso de diversas ciências indispensáveis para a estratégia do processo educativo, ou seja, das chamadas ciências da educação; como fundamentais citam-se:

- a psicologia social e da aprendizagem, em cujo âmbito cabem os processos de desenvolvimento mental e de formação do carácter;
- a sociologia da educação, indispensável para compreender a sociedade onde se desenrola o processo educativo;
- a didáctica que abarca o conjunto de métodos e de técnicas que tornam efectivo o processo educativo;
- a docimologia que trata dos métodos e técnicas de avaliação educativa ⁽⁴³⁾.

A relação entre todas estas valências poderá ser sintetizada da seguinte forma: a pedagogia «sensu stricto» formula os fins da educação, as metas que devem ser alcançadas as quais deverão corresponder às necessidades do grupo social dominante; a psicologia, a sociologia, a didáctica e a docimologia limitar-se-ão a contribuir, com os meios próprios, para a concretização desses fins ⁽⁴⁴⁾.

De acordo com os especialistas em pedagogia, diversos tipos de aquisição e/ou modificação de conhecimentos, habilitações técnicas ou aptidões e atitudes – a essência do processo educativo – constituem os chamados objectivos educativos. Ou seja, por objectivo educativo entende-se o que o aluno precisa de ser capaz de «fazer» no fim de determinado processo educativo e que não era capaz de fazer antes ^(25, 26, 40, 41).

Por consequência, todo o processo educativo dependerá mais da aprendizagem do discente do que do ensino promovido pelo docente. De facto, é desejável que o referido processo seja interactivo e bidireccional com intervenção de ambas as partes; mais importante que ensinar

será garantir que o discente aprenda. Neste contexto passou a ser corrente a expressão «ensino-aprendizagem» considerando-se um bom processo educativo, o que resulta numa aprendizagem satisfatória em relação ao cumprimento dos objectivos visados ^(43, 45, 46).

Assim na nossa proposta pedagógica de ensino-aprendizagem da Pediatria consideraremos o médico pluri-potencial (generalista), como modelo profissional a formar entendendo que deverá ser dada ênfase especial:

– aos problemas da criança e adolescentes saudáveis e doentes integrados no ambiente familiar e comunitário;

– aos problemas da criança ou grupos em circunstâncias particulares de saúde-prematuridade, deficiência, doença crónica, tensão familiar, privação do meio familiar, ambiente habitacional degradado, carências económicas, minorias étnicas, etc.;

– à necessidade de sensibilização para o combate às desigualdades em termos de saúde, dando maior atenção aos mais necessitados sem esquecer o princípio dos cuidados de saúde a todos;

– à humanização da intervenção médica;

– à colaboração com meios de saúde, nomeadamente na eliminação de obstáculos ambientais e na maximização plena do potencial de saúde de cada um ^(11, 17, 18, 47-52).

III – Objectivos Educativos

1. Generalidades

Todo e qualquer projecto de ensino-aprendizagem deverá ser dimensionado de forma selectiva, em função dos objectivos educativos, cujo conceito foi definido anteriormente; segundo Mager os objectivos constituem a base do contrato educacional entre alunos e docentes e o instrumento fundamental da avaliação da aprendizagem ⁽⁵³⁾.

No âmbito das ciências da saúde os objectivos educativos integram três componentes essenciais: 1) cognitiva, dizendo respeito ao conhecimento e ao «saber», 2) afectiva, correspondendo às atitudes, tipo de comportamento ou «saber estar», 3) sensorio-motora, abrangendo noções de «saber fazer», ou seja as aptidões ou habilidades técnicas. Assim, o processo cognitivo compreende os estádios de identificação, reconhecimento, memorização, levantamento de hipóteses, análises e síntese de dados e resolução de problemas; o processo afectivo refere-se a receptividade frente a uma solicitação, à resposta à mesma e sua interiorização; e finalmente o processo sensorio-motor, aos estádios de imitação, auto-domínio e de automatismo ^(40, 45, 53, 54).

De facto, possuir conhecimentos constitui, indubitavelmente, um requisito para o exercício da medicina, mas não é suficiente para garantir a competência do médico. Estudos rigorosos, com efeito, têm demonstrado que há baixa correlação entre as qualificações que avaliam a componente cognitiva e as que medem as aptidões e atitudes ⁽⁴⁰⁾.

Senecal, referindo-se às dificuldades relacionadas com uma definição perfeita dos objectivos, definiu três níveis de objectivos educativos: 1) institucionais (no caso que nos ocupa, corresponderão aos objectivos da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa), 2) intermédios, correspondendo aos do ensino-aprendizagem numa área específica (estarão neste caso os objectivos da disciplina de Pediatria que não poderão ignorar os institucionais da Faculdade), 3) específicos que, conforme o nome indica, se reportam às metas de capítulos particulares de determinadas áreas do programa (exemplo: enumerar três anomalias congénitas que importa detectar através da observação inicial do recém-nascido) ⁽⁵⁵⁾.

De acordo com os princípios da pedagogia, os objectivos educativos deverão ter um conjunto de características: ser lógicos, precisos, realizáveis, observáveis e mensuráveis, facilitando, assim, o controlo da aprendizagem e a avaliação final dos produtos conseguidos.

Será oportuno, e a propósito, fazer também uma menção especial ao conceito de pertinência no âmbito da estratégia e planificação educativas. Trata-se do grau de conformidade que existe entre o plano de formação, por um lado, e os problemas de saúde e necessidades das populações, por outro lado ^(56, 57). A pertinência do ensino é uma das suas qualidades essenciais. Importará que os alunos sejam capazes de aplicar os conhecimentos à resolução de problemas concretos da prática profissional. A pertinência poderá, com efeito, ser maximizada de vários modos como, por exemplo, tendo profissionais como docentes convidados; fazendo participar os alunos em projectos de acção externa das faculdades; realizando projectos de investigação por solicitação de serviços que não pertencem à faculdade; concedendo licenças sabáticas para que os docentes possam desempenhar tarefas num serviço de saúde ^(54, 58, 59).

Em circunstâncias ideais, segundo Harden, representando as necessidades identificadas por um círculo e os objectivos formulados por outro círculo, num programa educativo, estes deveriam estar perfeitamente sobrepostos ⁽⁶⁰⁾.

Na prática uma vez que não é possível satisfazer todos, haverá que seleccionar prioridades ⁽⁵⁷⁾.

Em 1989 foram definidos, no âmbito da FCM/UNL, os objectivos institucionais para a disciplina de Pediatria:

– tratar o indivíduo como um conjunto físico, mental e social, estabelecendo um diagnóstico de saúde e de doença; – compreender as relações entre o doente e sua família, tentando conhecer o seu modo de vida e os seus conflitos; – diagnosticar às doenças predominantes no país, estudando as medidas preventivas necessárias e prescrevendo a terapêutica adequada; – seguir a evolução da gestação e do trabalho de parto, sublinhando os desvios da gestação normal e preparando as condições para a realização de partos eutócicos; – seguir o crescimento e desenvolvimento do indivíduo desde o nascimento – actuar em casos de urgência médico-cirúrgica, orientando o primeiro tratamento até ao envio a centros especializados; – acompanhar a evolução das entidades nosológicas e proteger a saúde da comunidade; – conhecer bem o estado sanitário da área e trabalhar enquadrado numa equipa de saúde ⁽⁶¹⁾.

2. Objectivos Intermédios da Pré-Graduação em Pediatria

Em conformidade com os princípios gerais explanados ^(49, 62, 63) – e considerando implícita a noção de pediatria como medicina integral de um grupo etário desde a concepção até ao fim da adolescência ^(64, 65) – estabelecemos na nossa proposta de ensino-aprendizagem da Pediatria (integrando, respectivamente, as áreas de Prope-
dêutica Materno-Infantil, Patologia Materno-Infantil e Clínica Materno-Infantil) os objectivos intermédios seguintes:

Garantir que, no fim do curso, o aluno:

– **Tenha conhecimentos básicos sobre:**

- # os principais problemas da saúde da criança e adolescente em Portugal e no Mundo;
- # a organização das diferentes estruturas de saúde no nosso país e respectiva articulação;
- # os princípios e práticas da pediatria preventiva e da educação para a saúde;
- # assistência pré-natal e medidas preventivas neste período;
- # factores psicossociais actuando na família, escola e comunidade, susceptíveis de afectarem a saúde da criança;
- # as reacções da criança e família confrontados face à doença e sua compreensão;
- # crescimento e desenvolvimento da criança saudável, integrada no ambiente familiar e social;
- # genética, nutrição e imunidade;
- # diagnóstico e tratamento das doenças mais comuns na criança e adolescente, incluindo urgências e emergências.

– **Esteja habilitado a identificar precocemente:**

- # os desvios do crescimento e desenvolvimento;
 - # as situações de risco e/ou sinais de suspeita de doenças raras;
 - # critérios de gravidade;
 - # as situações clínicas com indicação para a referência adequada e oportuna a serviços especializados valorizando a abordagem multidisciplinar;
 - # a estabelecer comunicação com a criança, família e outros profissionais de saúde.
- **Possua as competências para:**
- # a colheita de dados anamnéticos;
 - # a realização do exame físico;
 - # a avaliação do crescimento, desenvolvimento e estado nutricional;
 - # a interpretação de exames complementares correntes;
 - # a prescrição de fármacos correntes;
 - # a realização de técnicas e testes simples;
 - # a compreensão de situações no limite da normalidade;
 - # a elaboração de relatório clínico informativo.

– **Esteja sensibilizado para:**

- # compreender a importância dos cuidados primários na promoção do bem-estar físico, mental e social da criança e adolescente;
- # compreender a importância do agregado familiar na saúde da criança e adolescente;
- # compreender as repercussões, no agregado familiar, da doença e suas sequelas, da deficiência e da morte da criança;
- # compreender a necessidade da continuidade dos cuidados à criança e adolescente;
- # compreender e abordar os problemas psicossociais dos adolescentes e das crianças vítimas de maus tratos e negligência;
- # aceitar os princípios gerais e a responsabilidade profissional inerentes à assistência à criança e adolescente;
- # aceitar o dever ético da formação contínua;
- # aceitar a abordagem assistencial multidisciplinar.

IV – A Organização do Ensino-Aprendizagem da Pediatria

A Pediatria sempre constituiu uma disciplina clínica fundamental do curso de Medicina existindo, no entanto, diferenças de país para país relativamente à carga horária atribuída ao ensino-aprendizagem desta área, assim como aos respectivos modelos organizativos ^(47, 49, 66).

De acordo com o último plano de estudos da FCM/UNL ⁽⁶⁷⁾ que entrará em vigor de modo progressivo, as

disciplinas de Pediatria, integradas na área ou bloco Materno-Infantil são ministradas no ciclo clínico (curso teórico e estágio prático), compreendendo, respectivamente a Propedêutica Pediátrica no 4.º ano (Pediatria I) e a Patologia Pediátrica no 5.º ano (Pediatria II).

O estágio pré-licenciatura no 6.º ano do curso – já de cariz profissionalmente, em equivalência ao actual inter-

nato geral pós-curso de Medicina, ainda em vigor – integrada, por sua vez, a Clínica Pediátrica (Pediatria III) e um período de opção.

O Quadro discrimina, em obediência ao referido plano de estudos, a carga horária e o enquadramento das componentes Materna e Infantil, por semanas.

QUADRO
ÁREA MATERNO-INFANTIL
Disciplinas de Pediatria
Distribuição Horária

	Disciplina	Curso Teórico	Estágio Prático (*)
CICLO CLÍNICO	Propedêutica Pediátrica (Pediatria I) 4.º Ano	60 horas 15 semanas	150 horas 6 semanas
	Patologia Pediátrica (Pediatria II) 5.º Ano	60 horas 15 semanas	150 horas 6 semanas
ESTÁGIO PRÉ-LICENCIATURA	Clínica Pediátrica (Pediatria III) 6.º Ano	32 horas 8 semanas	200 horas 8 semanas
	Clínica Pediátrica (Opção) 6.º Ano	20 horas 8 semanas	200 horas 8 semanas

(*) 5 horas/dia
5 dias/semana
(Excluindo período no serviço de urgência)

Adaptado de (67).

V – Discussão

Neste contexto considerámos na planificação proposta que metade da referida carga horária cabe à vertente Infantil/Pediatria excepto no período de opção (tratando-se da Pediatria) no âmbito do estágio pré-licenciatura (6.º ano).

O novo plano de estudos, correspondendo a um modelo mais próximo do praticado nas universidades anglo-saxónicas, constitui, em nosso entender, um avanço importante no que respeita, nomeadamente ao ensino-aprendizagem da Pediatria, pelo facto de proporcionar uma maior carga horária ao estágio prático. A maior inovação, no entanto, diz respeito à redução total de um ano de curso.

Por outro lado, com a criação duma área integrando duas disciplinas (Medicina Materno-Fetal e Pediatria) haverá condições para um ensino integrado e implementação de regime de docência multidisciplinar, o que facilita a abordagem e treino em situações e problemas

afins. Tal implica, no entanto, um esquema organizativo rigoroso e pragmático, assim como uma estreita cooperação entre aquelas e outras disciplinas, rentabilizando competências específicas de cada uma para a efectivação de objectivos educativos comuns e eliminando algumas redundâncias nos conteúdos do ensino.

Outro aspecto inovador diz respeito à inclusão do ensino-aprendizagem em serviços de urgência perinatal e pediátrica não estando, no entanto, especificado se tal período é incluído no estágio prático da manhã ou, se pelo contrário, ele é realizado no período da tarde ou da noite em periodicidade semanal.

Considerando as duas vertentes (ensino teórico e estágio prático/prática clínica) do plano de estudos, entendemos que não deverá estabelecer-se uma fronteira muito rígida entre Ensino Teórico e Ensino Prático, admitindo que as vantagens duma participação activa do aluno fará rentabilizar a aprendizagem ^(4, 7, 12). Tal será explicitado noutra capítulo, quando se especificar o conteúdo do programa.

BIBLIOGRAFIA

1. Martins Silva JM: Melhor formação médica para melhor assistência médica. *Boletim da Sociedade Portuguesa de Educação Médica* 1993; 3: 1-3.
2. Burgio GR: Pediatric education for general practitioners at undergraduate and postgraduate levels, in Canosa CA, Vaughan III VC, Lue H-C (eds) «Changing needs in pediatric education», New York: Raven Press, 1990: 1-18.
3. Esperança-Pina JA: Ensino da Medicina em Portugal. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa 1989.
4. Towle A: Changing undergraduate medical education. *Educação Médica* 1994; 5: 5-84.
5. Towle A: The future of undergraduate medical education. *Educação Médica* 1993; 4: 80-2.
6. Martenson D: Improvement is needed, difficult but possible! Experience from a traditional school. *Educação Médica* 1994; 5: 81-3.
7. Barrows HS: Cognitive apprenticeship (Problem-based learning) Illinois; Department of Medical Education – Southern Illinois University School of Medicine, 1991.
8. Rosado Pinto PR: Aprendizagem por análise e resolução de problemas – Fundamentos pedagógicos e estratégias de formação. *Educação Médica* 1993; 4: 10-17.
9. Lowry S: Make change happen. *Br Med J* 1993; 306: 320-2.
10. Ballabriga A: Critical analysis of the present health teaching system: Deficiencies and possible solutions in «Changing needs in Pediatric education»/20th Nestle Workshop. Vevey, Nestec Ltd., 1990: 12-3.
11. Tosteson SC: New pathways in general medical education. *N Engl J Med* 1990; 322: 234-8.
12. Tosteson DC: Learning in Medicine. *N Engl J Med* 1993; 301: 690-3.
13. Hallman N: Pediatric education in twenty-first century. *Int. Child Health* 1993; VI: 23-25.
14. Baum JD: Pediatric education for general practitioners: an intussusception in student teaching. In Canosa CA, Vaughan III VC, Lue H-C (eds) «Changing needs in pediatric education» New York: Raven Press, 1990: 41-50.
15. Van den Berghe G.: Pediatric training in European Community: Confederation of European Specialists in Pediatrics (CESP). Brussels. CESP (ed.), 1990.
16. Nadler HL, Evans WJ: The future of pediatrics. *Am J Dis Child* 1987; 141: 21-27.
17. Teixeira-Santos N: Relatório de índole pedagógica sobre o ensino da Clínica Pediátrica e Puericultura. Porto, 1979.
18. OMS/UNICEF: Les soins de santé primaires. Rapport conjoint du Directeur Général de l'OMS et du Directeur du Fond des Nations Unies pour l'enfance. Genève, OMS (ed.), 1987.
19. Caldas – Almeida JM: Relatório Pedagógico. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 1989.
20. Gomes-Pedro JC: Relatório Pedagógico. Faculdade Medicina da Universidade Clássica de Lisboa, Lisboa, 1988.
21. The Edinburgh Declaration. *Med Educ* 1988; 22: 481-2.
22. The Lisbon Initiative. *Annals of Community – Oriented Education*, 1989; 2: 114-5.
23. Gonçalves Ferreira FA: Política de Saúde e Serviço Nacional de Saúde em Portugal (volume n.º 1). Lisboa, Biblioteca CPC – Ciência-Progresso-Cultura, 1975.
24. Instituto Nacional de Estatística (INE). Estatísticas Demográficas. Portugal, 1994. *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa* 1981; CXVL: 7-18.
25. Direcção Geral da Saúde: Estatísticas de Mortalidade Infantil, perinatal e materna. 1989/1993. Lisboa, edição da Direcção geral da Saúde/ISSN 0873-0849, 1995.
26. Carvalho MCA: Saúde Infantil em Portugal; evolução de alguns indicadores. *Saúde Infantil* 1988; X: 5-12.
27. Coelho M. e colaboradores: Urgências Pediátricas e casuística do Hospital D. Estefânia. Lisboa, Edições ASA, 1997.
28. Carvalho MCA: 1994 – Mortalidade Infantil em Portugal. *Progressos em Saúde Infantil* 1995; (18): 4 (Direcção Geral da Saúde).
29. Carvalho MCA: 1994 – Mortalidade de 1-4 anos em Portugal. *Progressos em Saúde Infantil* 1995; (19): 4 (Direcção Geral da Saúde).
30. Instituto Nacional de Estatística. DSMIA, 1994.
31. Coelho M, Estrada J, Vale MC, Gama L: Hospital Dona Estefânia e mortalidade; casuística de seis anos (1989-1994). *Anuário do Hospital Dona Estefânia* 1995; (3): 41.
32. Santos F, Nogueira G, Barros D, Torre L, Monteiro A, Santos T, Blanco J: A primeira consulta de Pediatria Médica – casuística de 1993 do Hospital Dona Estefânia – Lisboa. Comunicação apresentada no âmbito da Reunião do Anuário do Hospital Dona Estefânia – Março de 1994.
33. Silva LR, Mendonça T, Coelho M, Rodrigues O: Casuística do Serviço Universitário de Pediatria (sala 1). Comunicação apresentada no âmbito da Reunião do Anuário do Hospital Dona Estefânia – Março de 1995.
34. Rosado L, Bessa A: Dados não publicados da Consulta de Imunodeficiências do Hospital Dona Estefânia – Lisboa, 1995. Comunicação pessoal.
35. Neto MT, Ventosa L, Loureiro V, Leal F, Henriques M, Amaral JMV.: Transmissão vertical do vírus da hepatite B; importância do rastreio na grávida. *Rev Port Pediatr* 1992; 23: 79-84.
36. Ferreira IA, Fonseca MJ, Amaral JMV: O recém-nascido de mãe toxicod dependente. *O Médico* 1990; 122: 36-40.
37. Amaral JMV, Neto MT, Tavares MN, Aparício O, Coutinho JA: Cuidados perinatais em Lisboa. *Anuário do Hospital Dona Estefânia* 1994; (2): 25.
38. Palmilha JM e colaboradores. Os filhos dos toxicod dependentes; novo grupo de risco bio-psico-social. Porto: Bial (ed.), 1992.
39. Amaral JMV, Serrelha M: O recém-nascido ex-inviável. *O Médico* 1991; 124: 49-56.
40. Brines J, Colomer J: Metodologia de la docencia en Pediatría y Puericultura. Cátedra de Pediatría y Puericultura de la Facultad de Medicina de Valencia. Valencia, 1980.
41. Abbagnano N, Visalbergui A: Historia de la Pedagogia. Ciudad de Mexico, Ed Fondo de Cultura Económica, 1964.
42. Serrão D: A educação médica no presente e no futuro. *Educação Médica* 1993; 4: 202-4.
43. Trindade Ar: Introdução à comunicação educacional. Lisboa, Ed Universidade Aberta, 1990.
44. Comber LC, Keeves J: Science Education in Nineten Countries. IEA Stockholm, Malmqvist, 1973.
45. Guilbert JJ: Guide pedagogique pour les personnels de santé. Genève. Organization Mondiale de la Santé. 1981 (35): 874-5.
46. General Medical Council (UK) – Tomorrow's doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education, London, 1993.
47. Gomes-Pedro J: Educação médica pediátrica. *Acta Pediatr Port*, 1995; 26: 333-8.
48. Watertson T: Medical education in child health, in Macfarlane JA (ed.) «Progress in Child Health». Edinburgh: Churchill Livingstone, 1987.
49. Alpert JJ, Primary care: the future for pediatric education. *Pediatrics* 1990, 86: 657-9.
50. Brazelton TB: Working with families – opportunities for early intervention. *Pediatr Clin North Am* 1995; 42: 1-9.
51. Patterson JM, Promoting resilience in families experiencing stress. *Pediatr Clin North Am* 1995; 42: 47-63.
52. Tanner JL: Training for family-oriented paediatric care. *Pediatr Clin North Am* 1995; 42: 193-202.
53. Mager R: Comment definir objectifs. Paris, Gautier Villars (ed.) 1971.
54. Abrantes AV: Relatório Pedagógico. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa, 1988.
55. Senecal J: La-définition des objectifs de l'enseignement em Pediatre. *Arch Fr Pédiatr* 1977; 34: 5-8.
56. Noack H: Functions of health professions. World Health Organization/Regional Office for Europe. (ICP/HMD 017) 6 September 1978.
57. Carmona-Mota HC, Torrado A: Ensino pré-graduado de Pediatria, sistema de avaliação. Lisboa, Edição da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1979.
58. Kovner A: Reflections on health management education. *J Health Admin Educ* 1986; 4: 359-71.

59. Ross A: Implications for management in integrated systems. *J Health Admin Educ* 1987; 5: 453-62.
60. Harden RM: Ten questions to ask when planning a course of curriculum. *Med Educ* 1986; 20: 356-65.
61. Cordeiro-Ferreira N: Projecto de currículo de ensino de Pediatria pré e pós-graduado. In «Educação Pediátrica» – Secção de Educação Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Lisboa, Matriz – Publicidade e Edições, Lda. (ed.) 1989: 11-3.
62. Zoethout HE: Paediatric education for all physicians providing primary paediatric care. *Int Child Health* 1994; V: 41-5.
63. Association for Paediatric Education in Europe(APEE): Full report of the APEE task force on paediatric education for all physicians providing primary paediatric care. *Int Child Health* 1994; V: 47-54.
64. Sampaio F. Rosa FC, Ferreira GC, Coutinho JA, Fontoura M, Antunes NL: O problema da assistência à criança pelos clínicos gerais. *Rev Port Pediatr* 1990; 2: 495-97.
65. Sampaio F. Rosa FC, Ferreira GC, Coutinho JA, Fontoura M, Antunes NL: O problema das especialidades pediátricas. *Rev Port Pediatr* 1990; 21: 498-9.
66. Saldanha C, Sargento L, Janeiro JP: Currículo médico na Europa. *Boletim da Sociedade Portuguesa de Educação Médica*. 1995; 5: 3-25.
67. Organização e conteúdo do plano de estudos dos Cursos de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. *Diário da República II Série* (n.º 215); 17-09-1997.

Correspondência: João M. Videira Amaral

Rua do Lobito, Lote 74

2775 Parede

Fax: 01-458 18 72

Endereço electrónico: jmvamaral@mail.telepac.pt