

## Educação Médica Pediátrica

JOÃO GOMES-PEDRO

*Professor Catedrático Coordenador das Cadeiras de Pediatria  
da Faculdade de Medicina de Lisboa*

### Resumo

O ensino-aprendizagem de Pediatria, para o A. configura-se, numa perspectiva de futuro, num quadro de mudanças profundas.

O A. fez uma revisão histórica da trajetória da Pediatria para depois fundamentar os determinantes que julga essenciais na preparação de um ensino-aprendizagem da criança susceptível de se identificar com o que apelida de Nova Pediatria.

Como meros exemplos de novas circunstâncias a justificar novos conteúdos e novas metodologias educacionais, o A. refere a doença crónica e as alterações de comportamento, a justificarem intervenções fornecedoras de resiliência e de bem-estar para a criança e para a sua circunstância.

Por último o A. defende que para garantir o ensino-aprendizagem dos pressupostos aduzidos, será preciso promover o Pediatra Total, ao mesmo tempo médico do desenvolvimento e internista com fortes preocupações comunitárias, antropológicas e sociais.

**Palavras-chave:** Educação Médica; Pediatria; mudança; resiliência; desenvolvimento.

### Abstract

According to the A., teaching/learning of Paediatrics must be viewed, in the future, in a context of profound changes.

The A. presents a historical review of course of Paediatrics and then fundamentals essential for the preparation of teaching-learning of the child, which he calls New Paediatrics.

As examples of new circumstances which justify new contents and new educational methods, the A. mentions chronic disease and behavioural changes, justifying interventions to give resilience and well-being to the child and his circumstance.

Lasly, the A. defends that to guarantee the teaching-learning of these aspects, the whole Paediatrician must be promoted, both a developmental and an internal medicine doctor, with strong community concerns and with a solid psychological, anthropological and sociological training.

**Key-words:** Medical education; Pediatrics; change; resilience; development.

Perspectivar o ensino de Pediatria no futuro, num quadro de integração europeia e no contexto do desafio que o progresso médico implica, por um lado, e os direitos da criança obrigam, por outro, justifica que se definam os parâmetros evolutivos da Educação Médica pediátrica a par da exigência que hoje entendemos dever ser assumida por todos os Pediatras.

As bases daquilo a que tenho chamado Nova Pediatria são, no fundo, os fundamentos dessa exigência e que entendendo devem ser para nós, também, uma responsabilidade.

O tema que desenvolvo configura-se, pois, num quadro de modelo que se identifica com um ideário que persigo, enquanto universitário e, também, enquanto clínico.

O ensino-aprendizagem de Pediatria, à beira do séc. XXI configura-se, a meu ver, num quadro de mudanças profundas.

Equaciono estas mudanças em termos de ideário e numa convicção que elas terão que ter lugar dentro de uma década se, porventura, a evolução do conceito de saúde e de bem-estar para a criança e para a família for contingente com as minhas expectativas e previsões.

A Pediatria nasceu como especialidade médica quando o modelo patológico que inspirou ou profissionais até à minha geração fez crer que à imagem de uma Cardiologia ou de uma Urologia a Pediatria era «a especialidade» da assistência à criança.

Na última década, ainda no rescaldo de uma filosofia biomédica, começaram os mentores e os responsáveis do ensino da Pediatria espalhados pelo mundo a proclamar que a Pediatria não deveria mais ser entendida como uma especialidade médica mas sim como a Medicina de todo um grupo etário hoje aceite estar compreendido entre os 0 e os 18 anos, pelo menos.

As circunstâncias que a seguir mencionamos e que nos levam a defender o que apelidamos de Nova Pediatria, condicionando e exigindo toda uma nova abrangência e metodologia de ensino-aprendizagem, sustentam, porém, a formulação de que a Pediatria tem de passar a ser entendida num contexto ainda mais lato que o de uma Medicina de um grupo etário.

De facto, múltiplos são os fundamentos que fazem perspectivar a Pediatria como uma Medicina do Desenvolvimento e do Comportamento Humano indiciando que o que se faz (bem ou mal) ou o que não se faz nas ditas idades da Pediatria determina efeitos significativos e inequívocos na Medicina da idade adulta.

O modelo de ensino-aprendizagem da Nova Pediatria tem que se basear no pressuposto de que a criança é símbolo e agente do desenvolvimento global humano e é, ainda, agente fundamental e determinante dos grupos que constituem a sua própria circunstância e de que são exemplos a Família, a Escola, os grupos de Amigos, etc..

A criança é, assim, princípio e destino do homem e é na história de todo o desenvolvimento infantil que se gera o significado individual que inspira a existência de cada homem.

A Nova Pediatria terá que ser a Pediatria da leitura deste significado e das acções que lhe são inerentes.

Porém, dominar esta leitura e a pragmática que lhe é inerente implica uma vivência cultural que determina, por sua vez, uma formação afim.

Quero referir-me aos domínios da Antropologia, da Psicologia, da Ecologia, da Etologia, da Sociologia, da Ética e direi até, da Filosofia que o Pediatra agente dessa Nova Pediatria terá que entender para saber gerir o que aqueles domínios inspiram e exigem.

Por outro lado, ainda, a expressão da evolução do conceito de Saúde irá implicar, cada vez mais, novas estratégias interventivas que visam o bem-estar da criança e da sua circunstância, em especial a família.

Com efeito, o conceito de salutogénese que cremos irá vingar num novo século, equacionará, fundamentalmente, dois polos que são determinantes daquele bem-estar: a vulnerabilidade e a resiliência.

Entendemos hoje resiliência como o conjunto das forças interiores de cada um e de cada grupo que, de um modo contingente, ajudam a construir o auto-sentido da coerência que determina auto-estima e confiança para equilibrar as vulnerabilidades, os riscos e o stress cada vez mais prevalentes na sociedade contemporânea.

A Nova Pediatria tem a responsabilidade de programar as intervenções favorecedoras de resiliência numa perspectiva de «ciclo de vida».

De facto a construção de resiliência na génese da família vai ser determinante do bem-estar e da auto-estima da família nas fases fundamentais que balizam o futuro de cada criança.

Só para citar essas fases fundamentais sublinharei a construção dos primeiros vínculos, a entrada nos serviços de Educação, a integração nos grupos sociais, a adolescência, o sonho e a construção de uma nova família.

Todas estas fases têm um condicionante relacional e daí o nosso entendimento que a Nova Pediatria tem que se inspirar, continuamente, na vida de comunicação ou seja, das relações.

A história da existência do homem é a história de uma existência relacional.

A evolução dos conhecimentos sobre os principais determinantes do desenvolvimento humano tem feito centrar as investigações actuais nas relações interpessoais, e destas, de uma forma muito especial, nas relações precoces da vida infantil.

Considero que uma reflexão profunda nesta matéria é essencial para a elaboração de projectos destinados a uma Nova Pediatria, a fim de ser possível fundamentar intervenções consequentes ao nível dos Cuidados Primários de Saúde e de Educação.

No mundo ocidental, foi necessária a constatação de uma viragem significativa na patologia predominante (com relevo para o acréscimo galopante das doenças do comportamento) para que a problemática das relações interpessoais assumisse o lugar cimeiro das preocupações, não só dos teóricos, mas também, hoje em dia, dos clínicos e dos educadores, nomeada e especialmente dos que lidam com a criança.

Assumamos como mero exercício pedagógico três exemplos que são preocupações vitais da Nova Pediatria: a criança maltratada ou negligenciada, o insucesso escolar e a tóxico-dependência.

Obviamente que será primordial intervir, com urgência, ajudando as vítimas destes flagelos sociais. Porém, perguntarei: será rentável intervir apenas no facto consumado, quando a família já está, porventura, destroçada ou quando a criança é já um adolescente num período que se identifica com o auge das suas dificuldades relacionais?

Quando se gera a disfunção?

Qual o eixo da inadequação?

Quando e como intervir?

Não tenho dúvidas de que a resposta a estas questões cruciais se encontra na teia das relações e das suas contingências mais precoces e este, será sem dúvida, ponto de ordem fundamental para a Nova Pediatria.

Importará assim, entre outras prioridades que uma Pediatria do futuro implica, aprendermos a exercer uma nova semiologia que viabilize, nomeadamente, uma correcta interpretação da vida relacional de cada um a fim de se tornar possível um diagnóstico criterioso das interações, diagnóstico esse que conduz, afinal a uma terapêutica correcta das disfunções do afecto e da desadaptação social.

Precisaremos, pois de enquadrar o nosso raciocínio numa outra filosofia que integre o Homem, as suas doenças e as suas inadequações no substrato mais profundo da sua essência que é, fundamentalmente, o da comunicação e o da interdependência relacional.

É a esta dimensão que se refere uma das passagens da Declaração de Edimburgo: «O homem precisa mais do que ciência por si só e é no alcance das necessidades da raça humana e do homem como um todo que os Educadores médicos terão de se concentrar, acima de tudo».

Terá que ser nesta filosofia que se deverá implementar um outro modelo de Educação Clínica, nomeadamente pediátrica.

Quer dizer, ao modelo patológico que presidiu à Educação Médica dos da minha geração, ao modelo social que se lhe seguiu e ao qual ainda se referem os textos clássicos de Educação Médica, precisaremos de contrapor um outro modelo de Educação que tenha em conta o Homem na sua plenitude de pessoa, com as suas diferenças individuais e com a sua unicidade de opções, em termos da sua comunicação e das suas relações pessoais.

A Educação Médica terá assim que garantir a criação de oportunidades para a formação que combine a Educação dos valores e das atitudes com o conhecimento científico e tecnológico.

É que é preciso ensinar a descobrir as diferenças das coisas e dos modos como se utilizam as coisas mas é preciso, sobretudo, ensinar a descobrir as diferenças entre as pessoas.

Entendemos o ensino-aprendizagem da clínica como o ensino de um todo através do qual o estudante e depois, o profissional, poderá aprender o singular a partir das diferenças face aos outros singulares e descobrir o plural feito à custa do solidário e do único de cada um dos singulares.

A realidade, porém, sabemos-la todos, não é esta.

Os nossos estudantes e internos aprendem ainda a clínica do doente e não a do homem doente. Deste modo não aprendem ainda a descobrir, fundamentalmente, o homem normal mais os seus riscos e, neste contexto, todo o espectro de condicionamentos capazes de provocar uma disfunção.

Essa disfunção terá que ser entendida como um desajuste individual num sistema de relação que inclui a família, o emprego e os grupos sociais a que cada pessoa está vinculada.

Os nossos estudantes aprendem ainda o mais raro e que, muitas das vezes, não vão voltar a encontrar e, por isso, a reconhecer. Isto acontece porque cada vez mais será o mais raro e porventura o mais difícil ou o mais grave a razão dos internamentos nos Hospitais Centrais onde se faz o ensino.

Neste contexto, os estudantes não têm a oportunidade de acompanhar o decurso de uma determinada disfunção, nomeadamente seguida no ambulatório e, deste modo, não aprendem, por exemplo, a reconhecer os efeitos de uma determinada perturbação na vida comunitária e de relação de cada doente.

Os nossos estudantes e internos não aprenderão ainda, completamente, pelo menos ao nível do que penso dever exigir-se, a comunicar, a dialogar com as pessoas e, sobretudo, a ouvi-las, serenamente, como se tivessem todo o tempo deste mundo, não aprendem a dialogar com as emoções como se tivessem uma sensibilidade nas palavras igual à do coração, não aprendem a dialogar com a morte como se estivessem tão próximos dela como da vida, não aprendem, enfim, a dialogar com as esperanças como se fora a esperança o seu modo de estar.

Esta aprendizagem só é possível ser assumida quando os estudantes, os internos e também os professores e tutores saírem da cerca do hospital. De facto, no mundo científico actual em que dispomos de drogas quase miraculosas, no mundo de uma cirurgia corrente de coração aberto, de uma conquista galopante de novos e cada vez mais eficientes transplantes, de novas e cada vez mais sofisticadas técnicas que dissecam sem dor e fornecem informações rigorosas sobre aparelhos e tecidos, pede-se aos responsáveis da Educação Médica que sensibilizem prioritariamente os estudantes para a melhor tradição hipocrática que situa o médico como o profissional da pessoa, inserido numa comunidade, dominando, simultaneamente, os conhecimentos científicos mais complexos e as técnicas de ponta, indispensáveis ao diagnóstico e à terapêutica.

É, aliás, neste contexto que se situa a Recomendação n.º 1 aprovada por todas as Faculdades de Medicina Europeias na reunião de Dublin, em 1987: «A Educação Médica actual tem de estar tanto na Comunidade como no Hospital e deverá corresponder às necessidades de saúde, tanto do doente como do indivíduo são».

Torna-se assim indispensável integrar o ensino comunitário com o hospitalar, associando, nomeadamente, valências curriculares tanto nos centros de saúde como nos serviços hospitalares. Como diz Waterston <sup>(1)</sup>: «é preciso ensinar mais

prevenção nas enfermarias e mais doença simples na comunidade». Por outro lado, ainda, é preciso ensinar a reconhecer que muitos factores, hoje susceptíveis de determinar um desequilíbrio nos sistemas de homeostase bio-psico-social de cada indivíduo são, em grande parte, consequência do estilo de vida, do stress e dos múltiplos factores ambientais que cercam e influenciam esse mesmo indivíduo. Só para citar algumas das muitas novas circunstâncias deste virar de século, o progresso verificado nos cuidados de saúde conduzindo a uma maior esperança de vida, fez ressaltar, como conteúdos fundamentais, os problemas da doença crónica, as alterações do comportamento e toda a problemática identificada com a terceira idade e com a transferência de valores entre as gerações, problemas estes para os quais ainda não existem, entre nós, programas e estratégias adequadas de Educação Médica.

As mesmas razões ligadas ao tipo de vida que condicionam o homem de hoje, criadoras de mais stress, de mais egoísmo e de mais solidão, têm vindo a alterar profundamente tanto os indicadores de saúde materno-infantil como os indicadores sociais associados à problemática da família <sup>(2)</sup>.

Neste contexto, a baixa progressiva das taxas de natalidade, os riscos crescentes da vida perinatal e os índices progressivamente maiores de dissolução e de ruptura familiar deveriam fazer nascer mecanismos coerentes de intervenção clínica nomeadamente em termos de cuidados primários de saúde ao nível das primeiras fases da vida, de sensibilização dos pais e de construção da família, mecanismos esses que, não obstante a sua relevância, não fazem parte ainda, sistematicamente, dos nossos programas e das nossas estratégias de Educação Médica. À cadeia clássica das fases sucessivas do ensino-aprendizagem da Medicina – observação, interpretação, compreensão e conhecimento – será preciso acrescentar uma outra valência fundamental. Refiro-me à aprendizagem da capacidade de tomar decisões e de resolver problemas. De facto, só muito recentemente, a Educação Médica se tem preocupado com a fenomenologia da exemplaridade pedagógica que, nomeadamente, fornece exemplos de efeitos de transferência capazes de levar o estudante a aprender a resolver problemas através de um raciocínio associativo que, obviamente, pressupõe um conhecimento derivado dos elos anteriores da cadeia.

Esta resolução de problemas terá de partir do pressuposto essencial da centragem do ensino-aprendizagem na abordagem da comunidade em contraponto ao da prioridade tradicional do ensino médico centrado no hospital. É precisamente neste contexto que se inserem duas das recomendações principais que constam da Declaração de Edimburgo: «Integrem a Educação científica com a Educação prática utilizando a estratégia da solução de problemas numa abordagem simultaneamente clínica e comunitária que será a base da aprendizagem; alarguem o espectro de oportunidades em que se desenvolvem os progressos educacionais de modo a dirigir para a comunidade e não só para os hospitais todos os fundos e competências ligados à saúde».

O ensino-aprendizagem da Clínica tem de estar, de facto, mais ou tão centrado na comunidade que no hospital. Será sobretudo na comunidade que o estudante e os técnicos poderão adquirir os conceitos fundamentais da Prevenção e da Educação para a saúde e, por outro lado, será num modelo de

educação para uma saúde integrada que se tornará possível ao estudante adquirir, numa prática assumida, a vivência de uma descoberta do individual e do diferente. Nesta vivência estão supostas como prioritárias as circunstâncias que abrangem a família, o grupo, o lugar em que se vive e, ainda, a cultura que inspira a vida de cada um.

O Ambulatório poderá ser o modelo desse ensino-aprendizagem e para isso deverão ser elaboradas estratégias de educação contínua envolvidas na prática do quotidiano.

O ensino-aprendizagem da clínica representa a aquisição de um todo, ao mesmo tempo arte e ciência, ao mesmo tempo cognição e intuição, ao mesmo tempo técnica e humanismo. A transmissão destes valores é feita por pessoas em comunicação contínua com pessoas. De facto são os técnicos, as famílias, os estudantes que, tal como alquimistas, transformam este processo de aquisição da Arte do saber em algo que faz transcender e distinguir as Faculdades e os Hospitais, sobretudo os escolares.

O ensino-aprendizagem da Clínica Pediátrica envolve todas as reflexões já expostas acrescidas da circunstância (que pensamos ser hoje prioritária) de que a criança, na dinâmica do seu desenvolvimento, dos seus sistemas, das suas relações, dos seus riscos e até das suas doenças, é hoje um modelo de exemplaridade pedagógica, nomeadamente capaz de inspirar um outro modo de entender a Medicina e as estratégias de intervenção em prol do bem-estar das pessoas.

O conceito de intervenção em Pediatria é, fundamentalmente, um conceito preventivo que assume, sobretudo, um significado especial quando equacionadas as novas morbilidades tanto para a criança como para a família.

Os profissionais de saúde infantil e familiar têm vindo a manifestar, nestas duas últimas décadas, a sua preocupação com a influência do stress e de outros factores na qualidade de vida da criança e na qualidade das suas relações mais significativas. Foi nesta medida que Prevenção como intervenção favorecedora dessa qualidade de estar consigo próprio e com os outros se tornou um dos objectivos primeiros de uma atitude clínica.

Têm reconhecido também os profissionais de saúde infantil e familiar que toda uma nova patologia se tem tornado cada vez mais prevalente nos nossos ambulatórios. Esta nova patologia identificada hoje com a chamada Pediatria do Comportamento, compreende as disfunções de vinculação na família, as alterações emocionais expressas nas síndromes de falência em ganhar peso ou crescer, a patologia da atenção ou do insucesso escolar, os comportamentos aditivos, etc..

A intervenção precoce estará assim no vértice de um triângulo em que a base será a Educação Médica necessária para a aprendizagem desta nova morbilidade.

O conceito de intervenção nasceu na senda de um novo modelo de Pediatria. Quer dizer, a ideia de intervenção identificada semanticamente com o «colocar-se entre» representa de facto uma ideia de mediação patrocinada pelo técnico, entendido no seu papel conjugado de agente de saúde e de educação, simultaneamente. Esta acção de intervenção seria então algo de situado entre um propósito e um alvo que, por hipótese, é suposto ser influenciado por uma mediação significativa. O propósito seria então representado por um objectivo de

prevenção e o alvo por uma estrutura, ou conjunto de estruturas, susceptíveis de responder coerentemente à intervenção desen-cadeada.

Estes alvos têm sido vários, de acordo com os propósitos e as metodologias dos vários investigadores – esclareça-se que o conceito de intervenção é um conceito que nasceu a partir de trabalhos de investigação – preocupados com o novo tipo de patologia emergente, na nossa era.

Nestas investigações, identifiquei dois conceitos que foram, decididamente, influentes na forma como os vários autores discutiram intenções e resultados.

O primeiro é o da motivação.

Ensinamos, por exemplo, aos alunos de medicina que o bebé responde com um sorriso, quando motivado.

A motivação é, em desenvolvimento, o paradigma da génese e integração do progresso. De facto, o progresso em desenvolvimento é uma resultante de sucedâneos em múltiplas áreas desse desenvolvimento que são determinadas por uma circunstância causal que é a motivação.

Os processos interiores, nomeadamente, neurofisiológicos, interagem constantemente com os processos exteriores ou do ambiente, e desta interação resultam desempenhos que são interpretados circunstancialmente e de modo diferente, em cada indivíduo, em termos de metas de competência, em conformidade com a motivação que cada um tem para sentir o seu próprio progresso. A interpretação do desenvolvimento de cada um resultaria, assim, da adequação que esse cada um faz entre a sua realidade e as motivações que vai tendo.

Tem-se chamado «motivação de competência» a este processo que é um dos determinantes fundamentais do desenvolvimento e que viabiliza uma clara compreensão das influências recíprocas entre afecto e cognição.

Num bebé que imaginem estar a experimentar os seus primeiros passos, sem ajuda, a motivação de competência é gerada pela sua própria conquista de uma etapa motora. Aguentar-se sozinho, dar um passo sem cair, dar dois passos, continuar de pé, dar três passos e ficar mais próximo de alguém que do outro lado está gratificando esta sucessão de vitórias, aprender que esta conquista de etapas motoras permite chegar ao pé de uma bola, ou de esse alguém que está apadrinhando essa conquista, tudo isto é integrar áreas do desenvolvimento, motricidade, cognição e afecto, num contexto de motivação.

O segundo conceito que considero determinante prioritário da filosofia de intervenção é o do limiar de adaptação.

A vida do homem é uma vida de relação e todos os processos biológicos, psicológicos, sociais, afectivos e morais que envolvem as relações do homem são regulados por sistemas extremamente sensíveis, com limiares próprios e que, quando são ultrapassados, geram a disfunção.

O exemplo porventura mais completo de limiar de uma adaptação que envolve todas as áreas do desenvolvimento humano é o da amamentação. Em termos de limiar, o mistério começa por ser antropológico.

A investigação etológica e comportamental mais recente tem demonstrado que as interações mãe-cria e mãe-bebé, determinantes básicos de vinculação, são, eles próprios, reguladores de múltiplos sistemas fisiológicos e comportamentais, nas primeiras fases da vida.

Por exemplo, enquanto a mãe regula funções básicas da cria, tais como a sua frequência cardíaca, o comportamento do filho induz estádios maternos susceptíveis de provocar uma maior ejeção de leite.

Esta organização simbiótica terá predisposto geneticamente os sistemas biológicos dos seres vivos a funcionar, tanto a níveis endócrinos e neurais como comportamentais.

Estarão relacionados com esta organização de reciprocidade os padrões alimentares de muitos seres vivos. Assim, nas espécies animais que têm as suas crias em ninhos ou esconderijos e em que existe um contacto mãe-filho intermitente, o leite tem uma composição rica em proteínas e em gordura, podendo as mamadas ter um intervalo entre duas e quinze horas. Estas crias estão, assim, adaptadas a longas separações das suas mães, recebendo os nutrientes necessários apenas quando se juntam.

Nas espécies em que os filhos lactentes são continuamente transportados pelas mães, esse contacto quase permanente está associado a um leite pobre em proteínas e gordura, tendo as mamadas que ser, obviamente, muito frequentes. Relativamente aos outros, o leite humano é pobre naqueles nutrientes e esta será uma das exigências de proximidade e de relação nos primeiros tempos de vida, sendo essa exigência biológica um dos pressupostos dos outros elos da vinculação.

Em termos históricos, estamos aptos hoje a compreender como as rotinas das maternidades, na primeira metade deste século, e não só, separando iatrogenicamente mãe e filho, forçaram e ultrapassaram mesmo, em larga medida, o limiar de adaptação que regula a génese da família.

Reflectidos todos estes considerandos, a pergunta fundamental a desafiar não só os responsáveis pelas políticas de saúde mas também e sobretudo os responsáveis da Educação Médica será, sensivelmente, esta:

«Quem deve proporcionar os cuidados de saúde à criança e a toda a sua circunstância?» A questão inerente a esta surge automática e óbvia: «Que Educação Médica, nas suas fases fundamentais, deve ser assegurada ao profissional a quem vão ser entregues esses cuidados?»

A resposta a estas duas questões indissociáveis terá que ser hoje muito diferente da que porventura tem sido formulada nomeadamente pela CESP há cinco anos atrás.

A distinção clássica entre pediatra geral encarregado de garantir os cuidados primários em saúde infantil e o pediatra de especialidade mais vocacionado para responsabilidades hospitalares, é hoje, cada vez mais difícil e, porventura, enganatória.

Porventura ainda mais enganatório será o absolutizar, em Portugal, a herança britânica, hoje expressa como Pediatria comunitária. Este reforço foi, indiscutivelmente de uma enorme utilidade como o foram os reforços ou chamadas de atenção para a Pediatria Social, para a Pediatria do Desenvolvimento, para a Pediatria do Comportamento, nestes últimos anos. Acreditamos hoje que todas estas valências ou, se quiserem, todos estas dimensões da Pediatria são indispensáveis na formação básica e diferenciada da Pediatria. Direi mesmo que não entendo possível essa formação pediátrica poder hoje ser feita sem ser com um ensino-aprendizagem completo e actualizado dessas valências, nos pressupostos que ousei desenvolver na introdução a este escrito.

Acrescentarei ainda mais um juízo de valor na sequência deste raciocínio que é o de não ser aceitável que os cuidados básicos e diferenciados em Pediatria possam ser assumidos por um profissional que não tenha toda essa formação.

Nesta lógica entendo que deverão ser criadas condições para que os cuidados de saúde a prestar à criança e à sua circunstância passem a ser prestados, exclusivamente, por pediatras.

Estes Pediatras são pediatras totais e deverão ser reconhecidos como tal.

De facto, não creio que se justifiquem apelidações de Pediatra generalista, de Pediatra de cuidados primários ou de Pediatra comunitário. Pelas razões aduzidas o pediatra terá que ser o médico do desenvolvimento com preocupações sociais ou comunitárias e terá que ser, também, o internista, com uma sólida formação psicológica, antropológica e sociológica.

Neste contexto, não creio que os nossos internos formados quase que exclusivamente num contexto de Medicina Hospitalar ou os médicos de família com a formação pós-graduada em Pediatria actualmente programada, possam garantir, com a exigência que defendemos, uma intervenção adequada de cuidados de saúde infantil.

A formação pediátrica de base terá que ser, a meu ver, completamente reformulada.

Julgo que serão necessários cerca de dois anos e meio a três anos de treino intensivo pediátrico com uma incidência particular para os cuidados primários, para a Medicina familiar, para a Saúde escolar, para a adolescência, para as vulnerabilidades que envolvem o comportamento e as relações interpessoais.

Em suma terá que ser um treino que privilegie a resiliência e a prevenção dos riscos.

Complementar desta formação que terá de ser antecipatória, terá que existir o treino das especialidades para os pediatras de vocação hospitalar. Julgo que, de uma forma geral, dois anos suplementares garantirão esse treino se se assumir como premissa que a motivação para uma Educação contínua será objectivo primeiro das fases anteriores de Educação Médica.

Em suma, a Educação Médica Pediátrica no contexto formulado terá que ser planificada, gerida e avaliada desde os primórdios da fase pré-graduada de Educação Médica e terá que ser assumida num modelo de exemplaridade pedagógica dessa mesma Educação.

É este o desejo que sentimos e que expressei neste escrito, em partilha, mas também em jeito de desafio.

No contexto do apresentado, o futuro do ensino da Pediatria exige uma mudança radical nas três fases da Educação Médica Pediátrica.

Se puder resumir em meia dúzia de prioridades o meu pensamento, sublinharei:

### Na pré-graduação:

1. Um real ensino-aprendizagem da criança normal.
2. A humanização da intervenção pediátrica.
3. O conceito de doença como ruptura de um equilíbrio de que fazem parte resiliência, circunstância e diferenças individuais.

**No pós-graduado:**

1. O ensino-aprendizagem dos cuidados antecipatórios e dos pontos de viragem a inspirar a intervenção nos cuidados primários.
2. A prioridade da intervenção educacional como base da intervenção para o bem-estar.
3. O ensino-aprendizagem numa intervenção integrada casa/comunidade/hospital.

**Na Educação contínua:**

1. A valoração dos primeiros tempos de vida.
2. A valoração da consulta domiciliária.

3. O ensino-aprendizagem de uma intervenção personalizada.
4. A justa creditação do ensino-aprendizagem efectuado, devidamente avaliado.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Waterston T. Medical Education in child health. In: Macfarlane JA, ed. Progress in child health. Vol. 3. Edimburgh: Churchill Livingstone, 1987.
2. Gomes-Pedro J. A criança do stress e da violência. Artigo em publicação.

*Correspondência:* J. C. Gomes-Pedro  
Estrada da Luz, 128 - 10.º Esq.  
1600 LISBOA