

Psicologia Pediátrica

ANTÓNIO A. PIRES (*)
ANA PAULA PIRES (**)

Neste texto sobre psicologia pediátrica é feita uma abordagem geral sobre o tema. O objectivo é trazer uma primeira visão sobre um assunto que é praticamente ignorado pela grande maioria dos psicólogos portugueses. Não se procura fazer uma abordagem crítica sobre aspectos específicos. As várias rúbricas que aparecem no texto: aspectos históricos; psicologia pediátrica versus psicologia clínica infantil; formação; investigação, etc., concorrem sobretudo para definir o que é a psicologia pediátrica. As preferências temáticas dos autores também determinaram que alguns aspectos, como a relação entre os psicólogos pediátricos e outros técnicos ou o trabalho multidisciplinar, tenham sido mais desenvolvidos do que outros e que alguns não tenham sido sequer mencionados.

ASPECTOS HISTÓRICOS

Lightner Witmer estabeleceu a primeira clínica de psicologia na Universidade de Pennsylvania em 1896 e pode ser encarado como o pai da psicologia pediátrica (Walker, 1988). Witmer lidava com problemas de comportamento e de aprendizagem em crianças e trabalhava em estreita colaboração com médicos e professores. Em 1930, o psicólogo John Anderson na *Convenção da Associação Médica Americana* discu-

tiava os benefícios da colaboração entre pediatras e psicólogos infantis. Em 1965 Jerome Kagan reforçava esta ideia ao delinear os modos como psicólogos e pediatras poderiam trabalhar em conjunto, e descreve os benefícios para a criança desta união. Progressivamente, os psicólogos que trabalhavam em hospitais universitários e os pediatras começavam a aperceber-se das vantagens do trabalho em comum e nascem estreitas relações entre ambos traduzidas na sua prática clínica do dia a dia, em investigação e na formação profissional. Dos finais da década de 60 a meio de 70 houve uma evolução rápida em termos de formalizações passando pela formação da Sociedade de Psicologia Pediátrica Americana (1968-1969) até à edição do *Journal of Pediatric Psychology* com Donald Routh como editor e Gary Mesibov como editor associado. Em 1988 a Sociedade tinha cerca de 1000 Mem-bros.

PSICOLOGIA PEDIÁTRICA VERSUS PSICOLOGIA CLÍNICA INFANTIL

A definição e o papel da psicologia pediátrica tem sido alvo de considerável discussão ao longo dos anos. Em 1967 Logan Wright descreve o psicólogo pediátrico como um psicólogo que lida prioritariamente com crianças num serviço de saúde não psiquiátrico (Wright, 1967). Eugene Walker et al. (1988) sintetizam a diferença entre Psicólogos Pediátricos e Psicólogos Clínicos Infantis do seguinte modo: o psicólogo pediátrico

(*) Assistente, ISPA.

(**) Psicóloga no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

pode ser visto como um especialista dentro da medicina do comportamento que lida com os problemas do comportamento e desenvolvimento de crianças enquanto que o psicólogo clínico infantil está mais sintonizado com a saúde mental e os modelos psiquiátricos. Também diferem nos locais de trabalho, clínicas pediátricas versus centros de saúde mental e na natureza da sua intervenção, consultas e intervenções curtas versus tratamento de longa duração.

Num questionário feito por Walker et al. (1988), os psicólogos pediátricos identificavam como áreas prioritárias da sua intervenção a medicina pediátrica do comportamento, as doenças crónicas, o «seguimento» das prescrições médicas e a neuropsicologia entre outros. Em termos de áreas consideradas prioritárias a investigar apareciam as doenças crónicas, obediência às prescrições médicas, a neuropsicologia, a prevenção, aspectos parentais, intervenção precoce com crianças em risco, abuso e maus tratos de crianças, custos e benefícios das intervenções, eficácia dos tratamentos e estratégias de investigação.

Em 1990 durante o encontro da *Associação Americana de Psicologia*, Gery Mesibov recebeu uma distinção atribuída pela *Sociedade de Psicologia Pediátrica* em reconhecimento pelo trabalho efectuado pela Sociedade em prol da psicologia pediátrica. No discurso de agradecimento Mesibov salientou as três características desta profissão que eram para si mais importantes. O facto da Psicologia Pediátrica ser uma área que se define a partir de necessidades reais das populações; a sua prática envolver uma abordagem multidisciplinar; e a combinação de competência e humanismo que constantemente caracteriza os membros da Associação Pediátrica (Mesibov, 1991).

A Psicologia Pediátrica desenvolveu-se a partir de necessidades reais. Os psicólogos começaram progressivamente a trabalhar em vários serviços e a constatar que havia necessidades humanas que não eram satisfeitas. A abordagem da psicologia clínica infantil enfatizando um tratamento individual, centrado prioritariamente em problemas do foro psiquiátrico, e exercido sobretudo em consultórios particulares não ia ao encontro das dificuldades de crianças sem problemas psiquiátricos mas com dificuldades provenientes de uma situação de doença física

crónica, dificuldades de desenvolvimento, ou da própria situação de hospitalização. A partir da década de 70 desenvolveu-se uma vasta área de intervenção que vai desde a implementação de estratégias para adaptar as crianças hospitalizadas aos tratamentos médicos, passando pelas dificuldades em ganhar peso apresentadas por alguns bebés, ou os efeitos da doença ou deficiência sobre as famílias, até à prevenção de acidentes, etc.

O segundo aspecto diz respeito à natureza multidisciplinar da abordagem da Psicologia Pediátrica. O psicólogo pediátrico está envolvido em situações cuja resolução exige na maioria dos casos uma intervenção e colaboração de técnicos de diferentes especialidades. Isto significa que pedem com frequência a colaboração de técnicos de outras disciplinas e que conhecem o que os outros fazem porque trocam impressões com profissionais com diferentes «backgrounds» mas também porque eles próprios se envolvem em todas as fases do tratamento. O Psicólogo Pediátrico trabalha num contexto multidisciplinar em que a especialização dificulta muitas vezes a colaboração e integração (Mesibov, 1991). Embora se façam constantemente progressos nesta área, muitos dos esforços multidisciplinares ainda ficam aquém das necessidades das famílias.

O terceiro aspecto refere a competência, confiança na obtenção de resultados positivos, ânimo, segurança ou convicção de que se está a fazer o melhor pelos doentes, e humanismo ou sensibilidade manifestada no interesse, consideração e também preocupação pelas dificuldades e sofrimento humano.

FORMAÇÃO

Que característica deve ter a formação em psicologia pediátrica? Quanto a este aspecto as opiniões não são unânimes mas existe grande coincidência (La Greca et al., 1988, Walker, 1988). Para estes autores a formação deve incluir, após a formação inicial em psicologia, um ano de internato num serviço de pediatria. Um dos principais papéis do psicólogo pediátrico inclui a consulta, avaliação e intervenções curtas. Sendo assim, o ano de formação inicial devia ser seguido de um ou dois anos de estudo e forma-

ção em áreas envolvendo aspectos necessários à consulta, nomeadamente técnicas de entrevista, desenvolver a capacidade para tomar decisões rápidas e intervenções imediatas e fazer encaminhamentos para outros técnicos ou serviços. Os cursos ministrados deviam incluir entre outros aspectos estratégias de avaliação e intervenção, psicologia do desenvolvimento, psicologia clínica infantil, investigação em psicologia, princípios de medicina do comportamento, bases biológicas da doença e saúde, neuropsicologia, e saúde infantil (Walker, 1988). No estudo de La Greca et al. (1988) os inquiridos privilegiavam como ideal uma formação que combinasse programas de clínica infantil e psicologia do desenvolvimento com igual peso, seguido de um internato em psicologia pediátrica. Os temas mais privilegiados eram o desenvolvimento da criança, normal e patológico e avaliação e intervenção sobre a criança. Eram também muito mencionados a avaliação comportamental, terapia, informação sobre doenças das crianças, «handicaps» e infância.

PSICOLOGIA PEDIÁTRICA EM PORTUGAL

Em 1987 Viana e Almeida referiam que «com a entrada de psicólogos para os serviços de pediatria, muito recentemente no nosso país, cada vez mais faz sentido reflectir sobre as suas funções nestes serviços e sistematizar alguns aspectos julgados característicos desta actividade» (Viana & Almeida, 1987). Passados sete anos sobre esta afirmação a sua pertinência continua actual e duvidamos que tenha sido feito algum progresso significativo em termos de sistematização e transmissão da informação sobre o trabalho dos psicólogos pediátricos.

Ainda está por fazer um inquérito à semelhança dos efectuados por La Greca (1988 e 1989) ou Walker (1988) que identifique a prática dos psicólogos pediátricos portugueses e as suas necessidades em termos de formação e interesses de investigação. Por enquanto, não estão sequer identificados os profissionais que possam ser considerados, ou que se considerem psicólogos pediátricos. Nos últimos anos não sabemos se tem aumentado o número de psicólogos a trabalhar em serviços de pediatria mas sabemos que se tem sedimentado e consolidado o trabalho

daqueles que já se encontram nesses serviços há seis, oito, ou mais anos.

Tanto quanto nos é dado a perceber a situação portuguesa revela uma enorme disparidade. Enquanto alguns serviços possuem psicólogos pediátricos contratados ou do quadro a trabalhar há mais de seis anos outros serviços não têm psicólogos e limitam-se a recorrer a psicólogos em início de formação por períodos de um ano sem um enquadramento e acompanhamento adequado, feito por outros psicólogos com maior experiência, correndo o risco de desvirtuar o papel que deveriam desempenhar e adiando indefinidamente a decisão de contratar psicólogos. A importância dos psicólogos nos serviços de saúde só se revela se ele fizer aquilo para que foi especificamente preparado. A sua importância anula-se se ele pretender copiar a especificidade de outros técnicos, se não tiver modelos adequados ou se os outros técnicos restringirem de tal maneira a sua acção que ele tenha uma função meramente auxiliar. Se o psicólogo tiver liberdade de actuação, o serviço rapidamente compreende e confirma a necessidade que antes apenas intuía. «Se não existimos, não sentem a nossa falta, se existimos, não podem passar sem nós». Esta frase de uma psicóloga de um serviço de pediatria de reabilitação representa bem a atitude dos outros técnicos em relação ao psicólogo e ao seu trabalho.

Qual é o trabalho dos psicólogos portugueses nos serviços de pediatria? Viana e Almeida (1987) fazem uma síntese da sua actuação num serviço de pediatria que pode muito bem corresponder a uma descrição geral do papel do psicólogo pediátrico. A discussão com o pediatra de situações problemáticas, procurando soluções que poderão ser aplicadas por ele próprio; atendimento e seguimento de crianças (e/ou famílias) com perturbações de comportamento numa perspectiva de intervenção breve; colaboração com as equipas das subespecialidades pediátricas, contribuindo para o planeamento de terapêuticas médicas que tomem em conta os factores psicológicos; apoio a pais a cujos filhos foi diagnosticada uma doença grave e, ou crónica, procurando ajudá-los a ultrapassar a crise emocional desencadeada e a adaptar-se à nova situação; acompanhamento de crianças com doença crónica, visando facilitar a sua adaptação psicossocial, condicionada pela nova situação; acções

de prevenção voltadas para os técnicos de saúde, transmitindo as noções de desenvolvimento normal e de adaptação psicossocial, sensibilizando para a importância da relação e comunicação com o doente e os pais e implementando, se necessário, modificação de atitudes; acções de prevenção junto dos pais, colaborando em acções pedagógicas que incidem nos cuidados primários de saúde, e intervindo em situações de risco para a ligação pais/recém nascido; e ainda acções de prevenção junto das próprias crianças, seguindo as situações de risco para o desenvolvimento cognitivo e emocional.

INVESTIGAÇÃO EM PSICOLOGIA PEDIÁTRICA

A revisão de literatura é uma componente essencial e indispensável da investigação que deve ser efectuada com base em publicações específicas e actualizadas. Contudo, as escolas de psicologia portuguesas têm até agora preterido o *Journal of Pediatric Psychology* em benefício da aquisição de outras publicações científicas de investigação básica.

A investigação em psicologia é uma investigação aplicada, os seus autores procuram informações que tenham uma utilidade imediata (Roberts, 1992). Numa revisão de literatura sobre os artigos publicados no *Journal of Pediatric Psychology* entre 1988 e 1992, Roberts encontra 54% dos textos sobre investigação aplicada (cujos resultados podem ser imediatamente úteis), 33% sobre investigação básica (informação que não tem utilização imediata na prática), 10% dos textos eram sobre aspectos da prática profissional (descrição de programas, casos, aspectos éticos, e formação), 2% eram revisão de literatura. Sem pretender dar uma informação representativa do que Roberts encontrou vejamos alguns exemplos de investigação em psicologia pediátrica mencionados pelo autor. Muito dos artigos publicados tratam da eficácia dos tratamentos e das consultas efectuadas pelos psicólogos pediátricos de acordo com o ponto de vista dos outros técnicos que encaminham as crianças para os psicólogos (Olson et al., 1988), ou do ponto de vista dos pais de crianças com necessidades educativas especiais (Krahn et al., 1990). Muitos dos artigos versam sobre envios, tratamento, e consultas, por exemplo sobre crianças

com internamentos prolongados em hospitais pediátricos de reabilitação (Singer e Drotar, 1989). A grande maioria dos estudos procura determinar factores de risco para a criança e a sua família, ou factores de «coping» (modos de o sujeito lidar com uma situação) ou variáveis adaptativas que mitiguem o desenvolvimento de condições psicopatológicas. Por exemplo Kazak e Meadows (1989) estudaram a rede social das crianças com doenças crónicas ou handicaps físicos e suas famílias. Wallander et al. (1989) estudaram os factores de risco e de protecção no desenvolvimento psicossocial associado a condições de deficiência ou doença crónica. Mullins et al. (1991) estudou os factores de risco e de resistência que contribuem para o ajustamento psicológico das mães de crianças com fibrose quística.

O «readings» publicado em 1993 por Roberts e colaboradores (Roberts et al., 1993) com o título «Readings in Pediatric Psychology» inclui textos sobre psicologia pediátrica tanto originais como a recolha de textos chave publicados depois de 1960. Está organizado em cinco áreas que nos proporcionam uma ideia sobre aquilo que constitui simultaneamente a área de actuação e de investigação da psicologia pediátrica.

A primeira área define a psicologia pediátrica e procura traçar o seu desenvolvimento inicial com o contributo de um texto original de Roberts (1993) e dois textos publicados na década de 60 e 70.

A segunda área trata prioritariamente de problemas de adaptação, para a própria criança e pais, a situações de doença crónica. A situação de cancro é a mais representada. Vejamos alguns exemplos dos assuntos publicados nesta secção. Drotar (1981) considera no seu texto que a investigação centrada em factores de personalidade comparando crianças com doenças crónicas com grupos de crianças saudáveis não é especialmente útil. Em vez disso, o autor sugere que se faça investigação sobre os factores que contribuem para lidar eficazmente com a doença e a adaptação em três dos contextos da criança: a família, a escola e o grupo de pares.

Spineta et al. (1981) apresenta um modo de avaliação, através de entrevista semiestruturada, da adaptação da família à morte de uma criança com cancro. Aspectos importantes para este ajustamento da família são a existência de fontes

de apoio interpessoal, ter uma filosofia de vida consistente e a habilidade para falar abertamente com a criança. Rando (1983), por seu lado, sublinha a existência de uma quantidade óptima de luto antecipatório e a ocorrência ou não de mortes anteriores. No seu estudo verifica que em algumas famílias poderá haver uma intensificação da perda e do luto ao longo do tempo.

O texto de Deaton (1985) sublinha a ideia de que a competência e cooperação dos pais pode aumentar a eficácia dos tratamentos com doenças crónicas. Por outro lado, mostra como a não adesão pode ser em alguns casos adaptativa.

A terceira parte representa os estudos efectuados sobre o ponto de vista da criança. Inclui um texto sobre a concepção que ela tem da doença e hospitalização, e dois textos relacionados com a segurança e prevenção.

A quarta parte trata sobretudo a dor mas também a reacção e adaptação da criança ao hospital e aos procedimentos médicos. O texto de Melamed et al. (1976), por exemplo, trata do «timing» e preparação associado à idade das crianças como factores determinantes da sua adaptação à hospitalização. No estudo de Routh e Ernst (1984) é avaliada a possibilidade da dor abdominal crónica funcional na criança ser um precursor da somatização no adulto e parte de um síndrome psicopatológico envolvendo alcoolismo, psicopatia e doenças psicossomáticas.

A quinta e última parte debruça-se sobre aspectos profissionais. A relação com os médicos, com os pais, a consulta, a promoção da saúde em psicologia pediátrica e o desafio recente da SIDA. Por exemplo, Drotar (1993) no seu artigo, considera que em face do aumento de recursos tecnológicos e de pressões para diminuir os custos e aumentar a eficácia, os psicólogos terão melhores possibilidades de sobrevivência se utilizarem os seus recursos em áreas de investigação como a avaliação frequente dos resultados da actuação clínica, das consultas, e da investigação sobretudo em termos de custos humanos que são prevenidos ou minorados com a sua intervenção. Olson et al. (1989) dão conta dos casos que aparecem numa consulta de psicologia pediátrica por um período de quatro anos e meio. O tipo de doentes mais frequentes os meios efectuados, etc. Entre outros aspectos revelam um método de triagem que proporciona

tempo aos psicólogos pediátricos para lidarem com os casos mais complexos.

RELAÇÃO DO PSICÓLOGO PEDIÁTRICO COM OUTROS TÉCNICOS

Quando iniciam o seu trabalho num hospital os psicólogos pediátricos precisam de aprender a cultura do meio hospitalar incluindo os envios, as consultas, os processos, as discussões sobre os doentes com os pediatras ou enfermeiros. A participação na formação e na investigação são outros dois papéis importantes. Em qualquer destes contextos a acção do psicólogo toca-se com a intervenção de outros técnicos.

A importância da colaboração entre psicólogos e pediatras em hospitais ou outros centros de saúde centra-se numa partilha da população de doentes, meios financeiros e administrativos. As suas transacções ocorrem nos serviços clínicos, nas consultas e na investigação. Embora a psicologia pediátrica esteja a sofrer uma expansão dramática nos últimos anos, alguns dilemas e dificuldades ainda estão por resolver como a organização administrativa dos psicólogos dentro dos hospitais, a autoridade médica, e conceitos médicos de saúde e doença. O conceito de «failure-to-thrive» e o modo como tem sido abordado reflete uma entre outras alterações nas relações entre pediatras e psicólogos. Inicialmente era considerado resultante de um déficite da criança, era feito um diagnóstico médico identificando um déficite severo em termos de progressão do peso e estabelecido um tratamento nutricional. Posteriormente, reconheceu-se o papel proeminente da família e o enquadramento social desta na manutenção daquele problema. Uma vez que a manutenção da situação reflete influências predominantemente psicossociais e não orgânicas, a primeira responsabilidade do apoio psicológico deve ser levada a cabo por especialistas nestas áreas. Segundo Drotar (1993) a responsabilidade do pediatra ficou circunscrita a (a) ao reconhecimento inicial e envio para tratamento (b) avaliação do papel de eventuais influências orgânicas e (c) monitorização da saúde e crescimento no «follow-up». A hiperactividade infantil poderia constituir um exemplo semelhante. A revisão da atribuição de responsabilidades permite um tratamento mais eficaz uma

vez que limita a acção de cada profissional ao seu campo específico de competência.

A colaboração entre psicólogos e pediatras pode ser proveitosa, no entanto, a ideia de que a relação entre psicólogos e médicos por vezes resulta no benefício de ambos os técnicos e não necessariamente das crianças e famílias também tem de ser reconhecida.

Por outro lado, a transição de uma situação de ausência de colaboração para uma partilha e redefinição de papéis como a referida acima tem de ser feita progressivamente e com reconhecimento de que ambos os técnicos se poderão ver postos em causa. Este facto sublinha a importância do psicólogo investir no estabelecimento de relações privilegiadas com os outros técnicos, não só os pediatras mas também enfermeiros e assistentes sociais entre outros. Estabelecer relações de confiança, agradáveis e de apoio. Este relacionamento passa por um interesse genuíno por aquilo que fazem e pelas pessoas em si; passa por desejar ouvi-los e desejar aprender com eles. A atitude do Psicólogo para com os outros técnicos não pode ser crítica, reivindicativa ou ofendida. A sua atitude deve ser humilde. Humildade proveniente do conhecimento de que não se é superior, mas também não inferior, apenas diferente, com uma especificidade técnica própria, tal como os enfermeiros, assistentes sociais, médicos ou outros. A sua atitude deve ser de apoio, tanto mais que, quer os psicólogos, quer outros profissionais, têm de aprender a conviver com a mesma incerteza, insucesso e esperança. Incerteza, proveniente do desconhecimento de como vão evoluir física e psicologicamente muitas das situações de crianças com que lidam. Por vezes, alguns casos em relação aos quais parece ter corrido tudo bem, vêm a revelar mais tarde desorganização ou deficiências inesperadas deixando-nos preplexos, isto é, vêm a revelar-se um insucesso, constituindo uma aparente falta de realização. Seja como for, é necessário encarar as situações com esperança, isto é, com confiança na obtenção de resultados positivos, com segurança íntima ou convicção de que se está a fazer o melhor pelos doentes.

O empenho do psicólogo no seu relacionamento com os outros técnicos não significa que procure ser aceite por todos os colegas pediatras se esta aceitação restringir as suas responsabilidades profissionais para com as famílias ou li-

mitar o potencial de inovação dos serviços ou dos programas de investigação.

EQUIPA MULTIDISCIPLINAR E PRIORIDADES DE ACTUAÇÃO

O trabalho do psicólogo em pediatria é um trabalho de equipa e a sua acção só é eficaz quando sustentada pelos outros técnicos. Quando a responsável de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos para Recém-Nascidos ou da Unidade de Cuidados Intermédios nos diz que estes ou aqueles pais precisam de apoio, o primeiro elo de uma equipa age fazendo funcionar um sistema. Quando nos informamos junto dos enfermeiros ou médicos sobre o estado de saúde de um bebé que nasceu no dia anterior e se encontra numa destas Unidades para Recém-Nascidos, procuramos informação específica fora da nossa área de especialidade mas necessária à nossa intervenção eficaz. O diálogo com a mãe de um bebé que tem ascite (situação que pode ser transitória), não é o mesmo que temos com a mãe de uma criança que nasceu com 750 gr (situação de prognóstico reservado) ou com os pais de um bebé que foi diagnosticado com síndrome de Down.

A abordagem multidisciplinar num serviço de pediatria é plenamente justificada pela complexidade de problemas que a situação de doença levanta. No entanto, para que a abordagem seja realmente eficaz é exigido a cada técnico da equipa não só uma clara visão da sua área de intervenção mas também a capacidade de entender a situação do ponto de vista das outras especialidades. Só desta forma a equipe poderá aproximar-se de uma visão global da situação e tomar uma decisão conjunta. Com frequência é necessário decidir se o problema prioritário se situa na área Social, da Psicologia ou da Medicina pois nem sempre é possível implementar todos os tipos de intervenção simultaneamente (por exemplo, terapia da fala, psicomotricidade, acompanhamento psicológico) e portanto é necessário fasear as intervenções das diferentes especialidades. Outras vezes ainda, não existem condições para a implementação de uma intervenção disciplinar enquanto estas não forem criadas pela intervenção de outra área disciplinar (por exemplo, por vezes é necessária a intervenção da

psicologia antes que possa ser implementado um tratamento ou uma cirurgia).

A PARTIR DA CONSULTA

O trabalho do psicólogo pediátrico inicia-se na maioria das vezes a partir da acção de outros técnicos, por exemplo, nas consultas de rotina de pediatria.

Durante a consulta de pediatria as prescrições dadas pelo médico provocam reacções inesperadas por parte das famílias e muitas vezes por parte das próprias crianças. Por exemplo, a indicação para uma cirurgia pode suscitar reacções de ansiedade ou agressividade por parte dos pais. Esta é uma das situações que leva o pediatra a pedir a intervenção imediata do psicólogo durante a consulta. O objectivo desta consulta é basicamente diminuir os comportamentos reactivos para que seja possível que os pais e o médico tomem as decisões necessárias de forma clara e ponderada prevenindo situações de afastamento prematuro da consulta, a procura incessante e dispendiosa de outros serviços como tentativa de resolução dos seus problemas ou ainda situações de isolamento e depressão.

Outro motivo de intervenção na consulta prende-se com problemas de integração socio-familiar da criança. Uma criança com uma amputação traumática que reagiu bem à protese em situação hospitalar e familiar, pode levantar problemas na sua integração escolar que se reflectem quer a nível do comportamento quer da aprendizagem. Neste caso é pedido ao psicólogo que identifique os factores intrínsecos ou extrínsecos à criança que dificultam a integração e decida se a intervenção deve passar por um acompanhamento à criança ou por orientações fornecidas à escola ou aos pais. O prolongamento da acção do psicólogo na comunidade da criança quer através de informações escritas, de visitas domiciliárias ou de integração escolar é uma das características principais do papel do psicólogo num serviço de pediatria pois só com o diálogo entre os técnicos do hospital e os técnicos que actuam na comunidade se poderá obter uma rede de apoio realmente eficiente. Por exemplo, uma criança com uma afasia que necessita de terapia da fala, de apoio pedagógico ou avaliações escolares adaptadas ao seu pro-

blema tem com frequência o apoio de técnicos (terapeuta da fala, professora do ensino especial, etc.) fora do hospital. Nestes casos é benéfico e desejável o diálogo da equipe de reabilitação do hospital com os técnicos, que fora do hospital, acompanham a criança.

BIBLIOGRAFIA

- Deaton, A.V. (1985). Adaptive noncompliance in pediatric asthma. The parent as expert. *Journal of Pediatric Psychology*, 10(1), 1-14.
- Drotar, D. (1981) Psychological perspectives in chronic childhood illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 6(3), 211-228.
- Drotar, D. (1983). Transacting with physicians. *Journal of Pediatric Psychology*, 8(2), 117-127.
- Drotar, D. (1993) Psychological perspectives in chronic childhood illness. In M.C. Roberts, G.P. Koocher, D.K. Routh, & D.J. Willis (Eds), *Readings in pediatric psychology*. New York: Plenum Press.
- La Greca, A.M. (1988) Training in pediatric psychology: Survey results and recommendations. *Journal of Pediatric Psychology*, 13(1), 121-139.
- La Greca, A.M., Stone, W.L., & Swales, T. (1989) Pediatric psychology training: An analysis of graduate, internship, and postdoctoral programs. *Journal of Pediatric Psychology*, 14(1), 103-116.
- Melamed, B.G., Meyer, R., Gee, C., & Soule, L. (1976). The influence of time and type of preparation on children's adjustment to hospitalization. *Journal of Pediatric Psychology*, 1(4), 31-37.
- Mesibov, B.G. (1991). What is special about pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 16(3), 267-271.
- Olson, R.A., Holden, E.W., Friedman, A., Faust, J., Kenning, M., & Mason, P.J. (1989). Psychological Consultation in a Children's Hospital: An Evaluation of Services. *Journal of Pediatric Psychology*, 13(4), 479-492.
- Rando, T.A. (1983). An investigation of grief and adaptation in parents whose children have died from cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 8(1), 3-20.
- Roberts, M. C. (1992). Vale dictum: An editor's view of the field of pediatric psychology and its journal. *Journal of Pediatric Psychology*, 17(6), 785-805.
- Roberts, M.C. (1993). Introduction to Pediatric Psychology. An historical perspective. In M.C. Roberts, G.P. Koocher, D.K. Routh, & D.J. Willis (Eds), *Readings in pediatric psychology*. New York: Plenum Press.
- Roberts, M.C., Koocher, G.P., Routh, D.K., & Willis, D.J. (1993). *Readings in pediatric psychology*. New York: Plenum Press.

- Routh, D.K., & Ernst, A.R. (1984). Somatization disorder in relatives of children and adolescents with functional abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology, 1*(4), 427-437.
- Spinetta, J.J., Swarner, J.A., & Sheposh, J.P. (1981). Effective parental coping following the death of a child from cancer. *Journal of Pediatric Psychology, 6*(3), 251-263.
- Viana, V., & Almeida, J.P. (1987). Psicologia pediátrica, intervenção psicológica em pediatria. *Jornal de Psicologia, 6*(2), 10-13.
- Walker, C.E. (1988). The future of pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology, 13*(4), 465-478.
- Wright, L. (1967). The pediatric psychology. A role model. *American Psychologist, 22*, 323-325.

RESUMO

O texto procura sobretudo divulgar o que é a psicologia pediátrica. É feita uma abordagem da história

da psicologia pediátrica, traçada a distinção entre esta e a psicologia clínica infantil; e discutida a formação e a investigação em psicologia pediátrica. São abordados aspectos menos globais como a relação do psicólogo pediátrico com outros técnicos, a sua integração em equipas multidisciplinares, aspectos da consulta e a situação da psicologia pediátrica em Portugal.

ABSTRACT

Pediatric Psychology is almost ignored in Portugal. The purpose of this paper is mainly to define what pediatric psychology is. The following topics are included: The history of pediatric psychology, its distinction from clinical child psychology, and training and research in pediatric psychology. Some less global aspects, like the contact with other professionals, their role on multidisciplinary teams, the consultation and the status of pediatric psychology in Portugal, are also included.