

# Psicologia pediátrica: História, actualidade e formação

ANTÓNIO PIRES (\*)

## 1. NECESSIDADE E IMPACTO DOS PSICÓLOGOS NAS UNIDADES DE SAÚDE

O progressivo aumento dos psicólogos nas unidades de saúde corresponde a uma necessidade real das populações. O trabalho destes profissionais revela um impacto no bem estar dos utentes e na utilização dos cuidados de saúde.

Uma significativa percentagem dos pacientes que recorrem a serviços de pediatria tem apenas problemas psicológicos ou uma mistura de problemas físicos e psicológicos (Duff, Rowe, & Anderson, 1973; McClelland, Staples, Weisberg, & Bergen, 1978; Wright, 1979).

São vários os estudos que revelam que a percentagem de pacientes exclusivamente com problemas físicos é pequena (Duff Rowe & Anderson, 1973, McClelland Staples, Weisberg, & Bergen, 1973).

Uma boa parte das queixas que os pais acham que justificam uma visita ao pediatra têm de facto um componente psicológico. Por exemplo, o inquérito feito por Kempe (1978, citado em Olson, Mullins, Chaney, & Gillman, 1994) evidência que 50% das famílias americanas procu-

rou algum tipo de apoio psicológico nos seus pediatras.

Podemos portanto concluir da necessidade da existência de psicólogos nas Unidades de Saúde.

Um número cada vez maior de psicólogos trabalha em Unidades de Saúde. Por exemplo, no início dos anos 80 nos EUA, cerca de 10% dos membros da A.P.A. trabalhavam em Unidades de Saúde (DeLeon, Pallak, & Hefferman, 1982; Dorken, Webb, & Zaro, 1982). Uma proporção significativa destes psicólogos trabalharia em contextos pediátricos.

O impacto do trabalho destes psicólogos nas unidades de saúde é grande e diversificado. Recordemos apenas que a actuação dos psicólogos nas Unidades de Saúde pode diminuir os custos com a saúde. O aumento dos custos com a saúde, devido à utilização crescente de recursos tecnológicos e utilização crescente de medicamentos e de cuidados, em especial com doentes idosos, leva os governos e responsáveis das instituições a fazerem uma pressão para se diminuir os custos e aumentar a eficácia. Assim, os psicólogos terão melhores possibilidades de sobrevivência se utilizarem os seus recursos em áreas de investigação como a avaliação dos resultados da sua actuação clínica, sobretudo em termos de custos humanos que são prevenidos ou minorados com a sua intervenção (Drotar, 1993).

A investigação de facto tem revelado que a

---

(\*) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

intervenção dos psicólogos pode reduzir a utilização dos cuidados médicos (Graves & Hastrup, 1981; Rosen & Wiens, 1979). Por exemplo, no estudo de Graves e Hastrup (1981) as famílias que utilizaram a consulta de psicologia revelaram uma redução significativa do número de visitas ao pediatra no ano a seguir ao envio e consulta. O impacto desta redução é ainda mais significativo se tivermos em conta que estas famílias eram as que recorriam com mais persistência às consultas de pediatria.

## 2. HISTÓRIA DA PSICOLOGIA PEDIÁTRICA

A história da psicologia pediátrica em Portugal ainda está por escrever. Vamos referir-nos à história da psicologia pediátrica nos EUA.

No fim do século passado Witmer discutia os méritos da relação entre a psicologia e a pediatria. Witmer propunha que o psicólogo pudesse aprender com o médico «as condições mórbidas e anormais que se encontram frequentemente nas crianças e adquirir algum conhecimento... no sentido de as melhorar. O médico podia aprender com o psicólogo o que é normal e como é que as condições mentais e físicas se manifestam na sala de aula e fora dela» (Witmer, 1896, citado em White, 1991).

John Anderson em 1930 reforça esta ideia ao discutir a ligação entre psicólogos e pediatras (Walker, 1988).

Em 1967 Logan Wright propõe a) o delineamento do papel do psicólogo pediátrico, b) um modelo de treino mais específico para estes profissionais, e c) a construção de um novo corpo de conhecimentos que contenha uma base empírica para tomar decisões clínicas (Wright, 1967).

É nomeada uma comissão de 3 membros incluindo Wright que vão procurar identificar os psicólogos que estão a trabalhar em Unidades de Saúde, e estudar as suas necessidades de comunicação e afiliação. Dadas as respostas positivas indicando o interesse em formar uma sociedade estes elementos estabelecem a estrutura formal para a «Society for Pediatric Psychology». Esta Sociedade vem a formar-se em 1968 (Walker, 1988).

Em 1970 a Sociedade de Psicologia Pediátrica realiza o seu primeiro simpósio dedicado à malnutrição e atraso mental.

Numa reunião da comissão executiva da Sociedade de Psicologia Pediátrica em 1974 a sociedade é definida como: um grupo de psicólogos com uma orientação profissional comum que lidam com crianças em contextos interdisciplinares como hospitais, serviços pediátricos e centros de desenvolvimento. O propósito deste grupo é trocar informação sobre procedimentos clínicos e resultados de investigação e definir os requisitos da formação do psicólogo pediátrico (White, 1991).

Nos EUA foi inicialmente a secção de Psicologia Clínica Infantil da Associação de Psicologia Americana que foi encarregue de estudar, no fim da década de 60, as necessidades de afiliação dos psicólogos que trabalham em serviços pediátricos. A sociedade de Psicologia Pediátrica constituiu-se em 1968 e em 1978 manifesta o seu desejo de ligação à secção de Psicologia Clínica apesar de já estarem constituídas a secção de Serviços da Criança, Jovem e Família e a secção de Psicologia da Saúde. Em 1980 constituiu-se como uma secção própria independente e com relações estabelecidas com aquelas duas outras secções.

Os interesses dos psicólogos pediátricos na década de 70 incluem entre outros – a necessidade do Psicólogo Pediátrico ter uma formação sobre desenvolvimento normal, de ensinar os pais em termos do seu papel de prevenção da saúde mental, os efeitos da doença física no desenvolvimento da criança, a criança hospitalizada, etc.

Em termos financeiros a comissão executiva da S.P.P. manteve muitas dificuldades até meados de 80 quando foi encontrada a estabilidade.

Com o objectivo de manter uma comunicação efectiva entre os P.P. e estes e os pediatras, foi lançado o primeiro número da «Pediatric Psychology Newsletter» em Março de 1969. Esta espécie de Boletim da Sociedade tinha como objectivo proporcionar um fórum para descrição dos programas de P.P. existentes no país, tratar problemas ou questões relevantes, revisão de livros, e identificar os membros da sociedade. A história desta publicação revela alterações na definição de objectivos que passam pelo formato da revista (com ou sem artigos científicos) e também por descontinuidade na publicação.

O «Journal of Pediatric Psychology» nasce em Dezembro de 1975. Os primeiros anos ca-

racterizam-se por dificuldades financeiras. Alguns dos números publicados tratam do abuso e negligência de crianças, infância, hiperactividade, etc. Os primeiros editores foram D. Willis, R. Schaefer, D. Routh, e G. Mesibov. Em 1976 os resumos do J.P.P. começam a aparecer no Psychological Abstracts. Em 1982, Koocher é nomeado 3.º editor com M. Roberts como editor associado. Em 1986 Roberts é nomeado editor e convidados para associados A. LaGreca e Dennis Harper e mais tarde, 1989, J. Wallender.

Em 1982 é publicado o «Handbook for the practice of pediatric psychology» por J. Tuma. Em 1988 é publicado o «Handbook of Pediatric Psychology» por D. Routh. Em 1989 o «Casebook of child and pediatric psychology» por M. Roberts e E. Walker. Em 1994 «The sourcebook of pediatric psychology» por R. Olson e colaboradores. Em 1995 o «Handbook of Pediatric Psychology» (2.ª ed.) por M. Robert.

Em 1991 a S.P.P. americana tinha 1000 membros.

Em síntese, entre o fim do século XIX e a década de 60 do século XX existem alguns casos esporádicos de profissionais que têm uma prática que se pode designar de psicologia pediátrica e outros tantos casos esporádicos de profissionais que chamam atenção para uma nova área profissional e de conhecimento que designam Psicologia Pediátrica. Há sempre alguns que estão avançados para a sua época.

Na década de 60 e 70 a existência de muitos psicólogos clínicos e as necessidades de cuidados existentes nos hospitais conjugam-se e geram a entrada dos psicólogos para as Unidades de Saúde. O número crescente de profissionais nestes contextos cria uma situação propícia à criação de uma sociedade que congregue os profissionais com uma prática comum e que sirva de veículo de troca de experiências e informação e de formação. A Sociedade de Psicologia Pediátrica Americana foi formada em 1968. Começam a nascer as reuniões científicas, as publicações científicas especializadas, e os currículos de formação académicos ao nível graduado e pós-graduado. Em 1970 a Sociedade de Psicologia Pediátrica realizou o seu primeiro simpósio dedicado à malnutrição e atraso mental. A primeira revista de Psicologia Pediátrica, o «Journal of Pediatric Psychology» nasce em Dezembro de 1975.

A história da Psicologia Pediátrica nos EUA é

paralela à da psicologia da Saúde. A secção de psicologia da saúde e a secção de psicologia pediátrica foram reconhecidas no mesmo ano de 1978. A revista mais identificada com a psicologia pediátrica, o «Journal of Pediatric Psychology» é publicado pela primeira vez em 1976. Das revistas mais identificadas com a psicologia da saúde, o «Journal of Behavioral Medicine» inicia a sua publicação em 1978 e o «Health Psychology» em 1982 (Belar & Deardorff, 1995).

Em Portugal, se o fim da década de 70 e primeira metade de 80 constituiu o início da formação de um elevado número de psicólogos e de uma transformação radical na sua formação, e se a década de 80, sobretudo a segunda metade da década de 80, constituiu a fase de acesso dos psicólogos às Unidades de Saúde, era de esperar que a década de 90 correspondesse a uma fase de associação profissional, de reuniões científicas e de formação mais especializada no ensino superior.

### 3. PSICOLOGIA PEDIÁTRICA HOJE

A Psicologia Pediátrica pode ser vista como uma área específica da Psicologia da Saúde. Aplicada à criança e adolescente.

A Psicologia da Saúde corresponde à aplicação de conhecimentos e métodos de todos os campos da psicologia para a promoção e manutenção da saúde mental e física do indivíduo e prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de perturbação mental e física nas quais a influência psicológica pode contribuir ou ser usada para aliviar ou ultrapassar o sofrimento ou disfunção (Millon, 1982).

A Psicologia Clínica da Saúde inclui um campo de actuação (a Saúde), foca uma prática aplicada, (Clínica) de uma disciplina específica (a Psicologia) (Belar, & Deardorff, 1995). Da mesma forma podíamos dizer que a Psicologia Pediátrica inclui um campo de actuação (a Saúde Infantil), foca uma prática aplicada, (Clínica) de uma disciplina específica (a Psicologia).

O PP não trabalha exclusivamente com problemas psicológicos decorrentes de doenças físicas como a Psicologia da Saúde dos anos 80 acentuava. Já não faz sentido opor Psicologia Clínica dirigida a quadros psicopatológicos e centrada na doença mental, a uma Psicologia da

Saúde dirigida ao sofrimento associado ou concomitante às doenças físicas (Ribeiro & Leal, 1996). Da mesma forma já não faz sentido opor Psicologia Clínica Infantil e Psicologia Clínica Pediátrica.

A Psicologia Pediátrica sendo uma psicologia aplicada aos contextos de saúde tem características próprias que decorrem das características do próprio serviço de saúde e dos utentes que o procuram. O inventário das tarefas que cabem a um psicólogo que trabalhe numa unidade de saúde nos anos 90 dá facilmente conta disto. O PP trabalha com tudo o que possa aparecer nos serviços de saúde.

Fazem parte do âmbito do trabalho do Psicólogo Pediátrico:

- perturbações do desenvolvimento associadas a fases específicas, ou simplesmente situações reactivas, como as perturbações alimentares, sono, separação/individuação, dificuldades de socialização à entrada para o infan-tário ou escola, etc.;
- problemas neonatais (incluindo a prematuridade, malformações congénitas, morte neonatal, etc.);
- situações de não progressão ponderal; anorexia; suicídio, maus tratos;
- doença crónica (asma, artrite reumatoide, insuficiência renal, diabetes, lúpus, fibrose quística, epilepsia, HIV pediátrico, etc.);
- situações traumáticas (queimaduras, traumatismos cranianos e vertebro-medulares);
- o desenvolver e implementar campanhas de prevenção e promoção para a saúde de todo o tipo como as de acidentes de viação, consumo de tabaco, etc.

Na maioria destas situações o psicólogo pediátrico pode ter que lidar tanto com a criança como com os pais ou os técnicos de saúde.

Uma outra área de actuação diz respeito ao trabalho com os outros técnicos lidando com situações de dificuldades de comunicação, esgotamento, conflitos de papel, sentimentos face aos pais das crianças, etc.

#### 4. MODELOS DE CONSULTA/ MODELOS DE COLABORAÇÃO INTERDISCIPLINAR

A consulta é um dos contextos em que se

efectua a colaboração interdisciplinar. Grande parte das vezes o psicólogo intervém por solicitação dos médicos. Mas, cada vez mais intervém por solicitação de outros técnicos como as enfermeiras ou fisioterapeutas. Nem sempre intervém por solicitação de outros técnicos.

Não existe uma forma única do psicólogo pediátrico trabalhar, organizar a sua consulta e relacionar-se com os outros técnicos. Em relação aos modelos de consulta são descritos habitualmente 3, em alguns caso 4, formas principais, mas podemos simplificá-las apenas em duas (para informação mais detalhada veja Huszti & Walker, 1991; e Olson, Mullins, Chaney, & Gillman, 1994). Na *consulta indirecta ou consultadoria* o psicólogo tem sobretudo uma acção auxiliar. Em geral não vê directamente o doente mas recebe as informações que o pediatra lhe fornece e dá o seu parecer e recomendações. No *modelo de consulta em colaboração* o psicólogo tem uma acção interventiva. Observa, avalia e intervém em aspectos específicos que facilitam e complementam o trabalho do médico (como nos casos de não aderência aos tratamentos) ou em aspectos específicos independentes dos que preocupam directamente o médico (como no caso de uma depressão que acompanhe um internamento por doença física). A intervenção pode incidir sobre a criança, os pais ou até os próprios técnicos. O psicólogo e médico trocam mais ou menos informação e têm uma acção relativamente independente ou extremamente concertada.

Podemos acrescentar um terceiro modelo de consulta não descrito habitualmente nos textos de psicologia pediátrica. Consiste na observação e avaliação de casos que não tenham sido referidos ou enviados pelos pediatras, enfermeiras ou quaisquer outros técnicos. Isto acontece quando dentro das consultas de rotina de pediatria o psicólogo selecciona casos com base em critérios definidos previamente (por exemplo, todos as consultas do primeiro mês que correspondam a casos de asfixia grave no período perinatal).

Não existem modelos piores ou melhores. Cada um tem as suas próprias vantagens assim como limitações. É fundamental que o psicólogo conheça bem as limitações e dificuldades que podem surgir com cada um destes modelos de trabalho, tanto em termos de riscos de desentendimento entre os técnicos como de avaliação inadequada ou enviesada da situação. Por outro la-

do, é importante estar aberto à utilização dos vários modelos de colaboração com o pediatra porque eles acabam por ser complementares. Algumas situações são resolvidas através de consultadoria e outras exigem uma colaboração mais estreita. Além disso, o psicólogo pediátrico trabalha na maioria das vezes em instituições com vários pediatras e cada um destes faz solicitações de tipos de colaboração diferentes. O psicólogo tem de se adaptar e progressivamente ultrapassar as formas de colaboração exclusivas que tem com alguns pediatras. Qualquer dos modelos de colaboração beneficia de um entendimento e confiança mútua nas capacidades profissionais de cada um.

É importante recordar que não existe funcionamento em equipa sem conflito. O conflito entre os membros da equipa é por vezes revelador das características dos utentes que o «desencadeiam». Outras vezes resulta da falta de hábito de envolver as partes interessadas como a criança ou jovem e os pais para se negociarem e atingirem consensos em relação à intervenção. O psicólogo clínico que se integre numa Unidade de Saúde sem formação em psicologia pediátrica pode ter preconceitos sobre a forma de trabalhar com os outros técnicos que prejudiquem a sua integração na equipa e colaboração interdisciplinar. Não é raro observar que os psicólogos clínicos têm a ideia que deviam trabalhar sobretudo sozinhos e observar sempre primeiro os doentes, antes de trocarem qualquer informação com o médico.

## 5. SOBRE A FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO PEDIÁTRICO

Independentemente da orientação teórica ser psicodinâmica, comportamental, sistémica, existencial, ou outra, a actuação do P.P. tem de ser «clínica» no sentido mais fundamental deste termo: compreender e lidar com o sujeito como uma pessoa inteira, como um todo, com a sua história pessoal, as suas relações interpessoais presentes incluindo as familiares, e as relações com os técnicos. Um dos maiores riscos do P.P. é tornar-se «técnico», tratando um sector ou uma parte da pessoa, centrando-se na doença, no problema e não na pessoa, ou tornar-se um especialista em aplicar uma técnica específica es-

quecendo todas as outras e todo o resto. Embora certos contextos de emprego requeiram do P.P. um uso preferencial de certas técnicas, este deve manejar todas as técnicas com competência sejam elas a entrevista diagnóstica, os vários testes psicométricos, o aconselhamento e a orientação psicoeducacional, a psicoterapia individual ou de grupo, e um conjunto de técnicas mais específicas como o biofeedback, técnicas para lidar com a dor crónica, etc. Por outro lado, a técnica não substitui a relação. O psicólogo deve ser suficientemente competente na técnica para se poder centrar na relação. A psicoterapia ou apoio de curta duração, 6, 12 ou 20 sessões (1 sessão semanal), a um reduzido número de utentes, longe de ser impossível levar a cabo nos contextos das unidades de saúde, é uma intervenção adequada e indispensável para reequilibrar alguns indivíduos ou famílias. A psicoterapia, consiste de resto, num dos melhores contributos para aperfeiçoar as competências do psicólogo em todas as suas áreas de actuação.

A compreensão do utente como um todo, «ligar-se» a ele como pessoa e a competência no conjunto de técnicas acima referidas permitem ao psicólogo ser diferente e completar a equipa de saúde em que se insere. São estas características que colocam o psicólogo com uma formação de base em «clínica», de acordo com o actual quadro de formação, numa posição privilegiada para trabalhar nas unidades de saúde pediátricas. Mas esta formação não é suficiente e deve ser complementada com uma formação pós-graduada em psicologia pediátrica. A formação de base noutras subespecialidades da psicologia como a psicologia do desenvolvimento e a psicologia da educação não têm um carácter eminentemente clínico e o seu campo de actuação nas unidades de saúde tem sido muito específico. As subespecialidades médicas como a pediatria do comportamento ou pediatria do desenvolvimento não têm uma perspectiva psicológica que possa constituir-se numa diferença e complementaridade na equipa de saúde. Pela sua formação, o psicólogo também está numa posição privilegiada para compreender o funcionamento da equipa.

Isto exige que os psicólogos tenham uma formação sólida em termos de relações interpessoais, investigação, desenvolvimento, avaliação de programas e avaliação comportamental. Que

atualizem e prossigam a sua formação de base com formações específicas em psicoterapia, e em técnicas específicas relacionadas com as novas tecnologias e com áreas de subespecialização.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Belar, C., & Deardorff, W. (1995). *Clinical health psychology in medical settings: Practitioner's guidebook*. American Psychological Association.
- DeLeon, P., Pallak, M., & Hefferman, J. A. (1982). Hospital health care delivery. *American Psychologist*, 37, 1340-1341.
- Dorken, H., Webb, J., & Zaro, J. (1982). Hospital practice of psychology resurveyed: 1980. *Professional Psychologist*, 13, 814-829.
- 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.
- Duff, R., Rowe, D., & Anderson, F. (1973). Patient care and student learning in a pediatric clinic. *Pediatrics*, 50, 839-846.
- Graves R., & Hastrup, J. (1981). Psychological intervention and medical utilization in children and adolescents of low-income families. *Professional Psychology*, 12, 426-443.
- Husztai, H., & Walker, E. (1991). Critical issues in consultation and liaison. Pediatrics. In J. Sweet, S. Tovian, R. Rozensky (Eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings* (pp. 165-185). New York: Plenum Press.
- McClelland, C., Staples, W., Weisberg, E., & Bergen, M. (1978). The practitioner's role in behavioral pediatrics. *Journal of Pediatrics*, 82, 325-331.
- Millon, T. (1982). On the nature of clinical health Psychology. In T. Millon, C. Green, & R. Meagher (Eds.), *Handbook of clinical Health Psychology*. New York: Plenum Press.
- Olson, R., Mullins, L., Chaney, J., & Gillman, J. (1994). The role of the pediatric psychologist in a consultation liaison service. In R. Olson, L. Mullins, J. Gillman, & J. Chaney C. (Eds), *The sourcebook of pediatric psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Ribeiro, J. P., & Leal, I. (1996). Psicologia Clínica da Saúde. *Análise Psicológica*, 14 (4), 589-599
- Rosen, J., & Wiens, A. (1979). Changes in medical problems and use of medical services following psychological intervention. *American Psychologist*, 34, 420-431.
- Walker, C. E., (1988) The future of pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 13 (4), 465-478.
- White, S. (1991). A developmental history of the Society of Pediatric Psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 16 (4), 395-410.
- Wright, L. (1967) The pediatric psychology. A role model. *American psychologist*, 22, 323-325.
- Wright, L. (1979). A comprehensive program for mental health and behavioral medicine in a large children's hospital. *Professional Psychologist*, 10, 458-466.

#### RESUMO

O autor começa por justificar a necessidade dos psicólogos nas unidades de saúde. Depois resume a história da psicologia pediátrica nos Estados Unidos, para de seguida definir a Psicologia Pediátrica actual, o seu campo de actuação e formas de intervenção, incluindo algumas considerações sobre a formação.

*Palavras-chave:* Psicologia pediátrica.

#### ABSTRACT

Pediatric psychology is defined including areas of application, forms of intervention and training of pediatric psychologists.

*Key words:* Pediatric psychology.