

Psicologia pediátrica: Do comportamento à saúde infantil (*)

VICTOR VIANA (**)
J. PAULO ALMEIDA (**)

1. INTRODUÇÃO

A história da Psicologia nos domínios da saúde mental é relativamente recente, como de resto o é a história da própria psicologia enquanto ciência aplicada. A penetração dos psicólogos no contexto da saúde em geral (Serviços Hospitalares, Centros de Saúde, etc.) é muitíssimo mais recente e conta com um passado de apenas cerca de três décadas. Neste sentido, podemos afirmar ser tradicional a intervenção psicológica na saúde mental. Tradicional porque, apesar de tudo, mais antiga, mas especialmente por ter sido já produzido neste domínio uma vasta teorização, relativa a diagnóstico e processos terapêuticos, baseada numa prática de inquestionável valor, e traduzida em bibliografia prestigiada. Tradicional também porque se constituiu em modelo para outras práticas noutros domínios. Referimo-nos, como é óbvio, ao modelo de intervenção

clínico, a psicologia clínica, muitas vezes identificada com a psicologia da saúde.

O presente trabalho tem os seguintes objectivos:

Trazer para discussão, ou pelo menos chamar a atenção para as diferenças entre os dois processos, psicologia da saúde e psicologia clínica. Realçar a identidade da Psicologia da Saúde Infantil, apresentando algumas ideias e definições deste domínio.

Alicerçados numa exploração bibliográfica, e na nossa experiência de mais de uma década como psicólogos de um serviço de pediatria, pretendemos realçar a especificidade da intervenção dos psicólogos nos serviços de saúde para crianças, e contribuir para uma reflexão que permita implementar e desenvolver este domínio no nosso país, de modo a que os psicólogos da saúde possam desempenhar plenamente o seu papel, contribuindo para o bem estar físico, social e psicológico da criança.

Começamos por situar a psicologia pediátrica como psicologia da saúde e, se compararmos com o que se passa entre a medicina e a pediatria (Teixeira Santos et al., 1987), poderemos dizer que a psicologia pediátrica é uma psicologia geral da saúde de um grupo etário. São apresentados os domínios que mais atenção têm obtido dos psicólogos que intervêm na saúde da criança,

(*) Toda a correspondência relativamente a este artigo deve ser enviada para Victor Viana, Hospital de S. João, Departamento de Pediatria, Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200 Porto.

(**) Psicólogos da Unidade de Psicologia do Departamento de Pediatria do Hospital S. João - Porto.

relativos à prevenção primária, abordagem da criança doente e investigação. Apresentamos uma descrição da nossa intervenção no Departamento de Pediatria do H.S.J, no Porto, e finalmente debruçamo-nos sobre a legislação portuguesa, recentemente publicada, que define as funções dos psicólogos a trabalhar nos serviços de saúde, e define um programa de especialização.

2. PSICOLOGIA DA SAÚDE INFANTIL

2.1. *Alguns conceitos básicos da Psicologia da Saúde*

As doenças mais temidas nos países desenvolvidos, deixaram de ser as tradicionais, provocadas por agentes infecciosos, como a tuberculose, a cólera, o sarampo etc., e passaram a ser as doenças relacionadas com os padrões de consumo e estilo de vida, como as doenças cardíacas, cancro, obesidade, diabetes, etc. Tal facto concorreu para o desenvolvimento de um modelo ecológico da saúde. De acordo com este modelo, a doença e a saúde são entendidas como o resultado da interacção de factores fisiológicos, psicológicos e sociais. O chamado *modelo psicossomático* (Lipowski, 1977) ou *modelo bio-psicossocial* (Matarazzo, 1980; 1982), traz implícito o reconhecimento da insuficiência do modelo tradicional biomédico e, por isso, tornou possível e entrada, nos ambientes relacionados com a doença, de outros especialistas além dos médicos e enfermeiras. Biólogos, matemáticos, psicólogos, sociólogos e educadores, tem vindo desde então a desempenhar papéis, nos hospitais e centros de saúde, que antes ou não existiam ou não se encontravam adequadamente desenvolvidos.

O conceito de saúde, entendida então como um processo global, implicou uma abordagem multidisciplinar do doente e da doença. A doença é concebida como o resultado de factores *biológicos* intrínsecos ao indivíduo que podem ser hereditários ou não e em qualquer dos casos são potenciados pelo comportamento de cada cidadão. O *comportamento* diz respeito à forma como o sujeito se relaciona com o ambiente e depende da aprendizagem, da personalidade e de

outros aspectos sócio-culturais, dele decorrendo em parte a saúde ou a doença. Alguns comportamentos transformam-se ao longo do tempo em hábitos, cada um de nós dispõe de alguma liberdade para decidir sobre os hábitos a adoptar que podem ter implicações na saúde e doença, por exemplo: evitar hábitos nocivos à saúde, manter ou desenvolver hábitos saudáveis ou comportamentos de risco (comportamento alimentar, comportamentos adictivos, prática de desporto, comportamento sexual, etc.). A relação entre comportamento e doença é mediatizada por alguns factores. A forma como o sujeito reage ao *stress psicossocial* é um dos aspectos mais importantes. Está demonstrado o impacte negativo do stress, que actua como facilitador do desenvolvimento de algumas das chamadas doenças da «civilização». Doenças cardiovasculares, doenças endócrinas, alguns tipos de cancro, etc., parecem ser fortemente determinadas pelos acontecimentos marcantes da vida do sujeito e pelo padrão de resposta a situações de stress e à frustração. Está também comprovado que a exposição a baixos níveis stress com muita frequência, ou a situações de stress agudo pode provocar imuno-depressão tornando o sujeito mais susceptível de contaminação por diversos agentes patogénicos (Engel, 1977). Os mecanismos hipotéticos através dos quais o stress perturba o sistema imunológico poderão ser: 1) provocando a libertação de hormonas na corrente sanguínea, ou 2) afectando directamente as estruturas do sistema nervoso que controlam o sistema imunitário. Quer um ou outro mecanismo poderão ser desencadeados por factores psicossociais. As estratégias sistemáticas de que cada um dispõe para responder ao stress podem aumentar ou diminuir os efeitos deste, dependem de factores de personalidade, de sentimentos de auto-eficácia e da percepção do controlo. *Estratégias de coping* são as formas como o sujeito lida com as situações stressantes, são particularmente importantes na situação de doença aguda e crónica, influenciam o modo como o sujeito se vai adaptar à nova situação, no sentido de ser um indivíduo psicológica e socialmente integrado e de prevenir recaídas, a *aderência* do doente ao tratamento e às recomendações médicas é então um factor determinante do prognóstico.

O *estilo de vida* do indivíduo depende de aspectos da personalidade, de atitudes e hábitos

adquiridos ao longo do seu desenvolvimento. Depende de valores e normas sociais típicas de uma dada cultura, traduz-se no conjunto de padrões de comportamento quotidiano, e pode ser considerado saudável ou de risco (Wankel & Sefton, 1994). Uma grande percentagem das mortes por doença e acidente provavelmente poderia ser evitada através de modificações no estilo de vida dos cidadãos. O tipo e qualidade das *ligações sociais* estabelecidas pelo indivíduo, interacções familiares e conjugais, amizades e relações com colegas, parece funcionar como moderador ou atenuador dos factores de risco (Conrada, Baum, Glass, & Friend, 1991).

Os mecanismos pelos quais o comportamento se relaciona com a saúde podem ser resumidamente descritos em três categorias. O comportamento afecta a saúde através das alterações fisiológicas provocadas por acontecimentos ou factores psicossociais. O comportamento consiste em acções que directa ou indirectamente influenciam o funcionamento biológico, tais como o tabagismo, consumo de álcool, drogas, ingestão de alimentos e medicamentos, comportamento sexual, exercício físico, etc. As respostas dos indivíduos doentes, que implicam reacções aos sintomas, decisões a propósito dos tratamentos e a experiência de estar doente (Conrada, et al., 1991), constitui outra forma de associação entre comportamento e saúde.

3. PSICOLOGIA PEDIÁTRICA

Desde a década de 70 que se tem vindo a vulgarizar, nos E.U.A., a denominação de *Psicologia Pediátrica* aplicada ao exercício da psicologia nos serviços de saúde infantil, centros de saúde materno-infantil, serviços de pediatria, hospitais pediátricos, centros de desenvolvimento, etc. (Pires & Pires, 1995; Viana & Almeida, 1991, 1987; Tuma, 1982), tal como foi proposto por Wright (1967).

Em 1987 o Executive Committee of the Society of Pediatric Psychology definiu a psicologia pediátrica como: «... *an interdisciplinary field addressing the full range of physical and mental development, health, and illness issues affecting children, adolescent, and families.*» O mesmo órgão estabeleceu os critérios dos artigos a ser publicados no *Journal of Pediatrics Psy-*

chology como relacionados com uma grande variedade de tópicos «... *exploring the relationship between psychological and physical well-being of children and adolescents including: understanding, assessment, and intervention with developmental disorders; evaluation and treatment of behavioral and emotional problems and concomitants of disease and illness; the role of psychology in pediatric medicine; the promotion of health and development; and the prevention of illness and injury among children and youth.*» (Roberts, La Greca & Harper, 1988).

Roberts, McNeal, Randall e Roberts (1996) descrevem este campo como: uma amálgama de prática aplicada e pesquisa básica relacionada com os problemas médicos e psicológicos que afectam as crianças e famílias.

Nestas definições realçamos alguns factores que nos parecem determinantes para a caracterização do psicólogo pediátrico: o contexto e objectivos. O contexto de intervenção é o dos serviços médicos de saúde infantil, a atenção recai naturalmente na criança e no ambiente sócio-afectivo envolvente. Quanto aos objectivos, nem sempre consistem em intervir na criança doente e família, pois um domínio ainda pouco explorado mas, quanto a nós, fundamental e prometedor é o da criança saudável em risco, ou seja o objectivo situa-se no domínio da prevenção, e especialmente nos níveis primário e secundário. O modelo de intervenção e perspectivas teóricas são da teoria do comportamento (Tuma, 1982), psicologia do desenvolvimento (Maddux, Roberts, Sledden, & Wright, 1986) e psicologia social (Conrada, Baum, Glass, & Friend, 1991).

As seguintes questões, formuladas por Lipowski (1977), traduzem as interrogações fundamentais da psicologia da saúde, e definem, de certo modo, os caminhos a desbravar:

- Porque é que uma pessoa (*criança*) responde a uma situação social particular e acontecimento de vida específico com um dado padrão de mudança fisiológica e psicológica?
- Que variáveis psicológicas podem ajudar a prever quando um indivíduo se tornará doente e que doença irá contrair?
- Que tipo de situações sociais serão predis-

ponentes mais prováveis de precipitar doença numa dada pessoa ou grupo?

- Que comportamentos, atitudes, ou condições sociais predis põe mais facilmente à saúde ou ao coping adaptado à doença?

Estas questões, ao definirem muito claramente o domínio e objectivos da psicologia da saúde em adultos ou crianças, estabelecem-nos concretamente dentro do que se designa de prevenção primária e secundária. As respostas implicariam diagnosticar os factores psicossociais associados à ocorrência de algumas doenças (etiologia), assim como a interacção dos mecanismos fisiológicos e psicológicos (influência recíproca dos processos somáticos e psicológicos), identificação dos factores que contribuem para que o doente lide eficazmente com a doença, de modo a ser facilitada a sua adaptação e reabilitação (reações à doença). Nesse caso poderão ser desenvolvidos e implementados métodos e procedimentos que possam contribuir para prevenir a doença, prevenir e atenuar as consequências das disfunções crónicas e morte prematura. Para Tuma (1982), este objectivo poderá ser atingido modificando comportamentos específicos, atitudes e respostas emocionais e melhorando o suporte social (e. g. através da intervenção comportamental).

3.1. *Prevenção Primária*

Por prevenção primária entende-se a exclusão ou modificação das causas de uma ou várias doenças de modo a impedir a sua ocorrência (Engstrom, 1984). Algumas áreas parecem prioritárias no que concerne à prevenção primária. A implementação de hábitos alimentares adequados e prevenção da obesidade (Dietz, 1994; Johnson & Birch, 1994; Brwnell, 1982) de cuidados básicos de higiene, de prática de exercício físico (McAuley, 1994; Taylor & Calfas, 1994), medidas de segurança nos transportes e face ao risco de acidentes na estrada, na rua, em casa, edifícios públicos etc. (Cristoffel, Donovan et al., 1996), a prevenção do alcoolismo, toxicod dependência e tabagismo, tem sido alvo, com maior ou menor intensidade, de campanhas realizadas pelas entidades governamentais que superentendem a Saúde ou o Ensino. Refira-se a título de exemplo que, a propósito do tabagismo

nos jovens, a indústria de tabaco nos E.U.A. factura cerca de 1.5 milhões de dólares por ano, em vendas ilegais a crianças e jovens, o logotipo da marca de cigarros Camel (o camelo joe) é associado ao tabaco, e reconhecido por cerca de 90% das crianças de 6 anos, como acontece com rato Mickey (Roberts, 1994). O objectivo das acções de educação para a saúde é implementar e desenvolver atitudes que suportem ao longo do ciclo de vida comportamentos saudáveis, ou seja, estimular que desde muito cedo se estabeleça uma predisposição para que seja adoptado um estilo de vida saudável.

Quer os comportamentos saudáveis quer o estado de saúde, relacionados entre si, parecem depender das atitudes face à saúde interiorizadas ao longo do processo de socialização (Bachanas & Roberts, 1995; Tinsley, 1992). Os pais e as suas atitudes e acções, em relação a si e aos filhos, constituem a mais importante fonte das atitudes relativas à saúde. A escola, os colegas e os amigos, assim como os meios de comunicação e especialmente a televisão (Drotar, 1994; Peterson & Lewis, 1988; Young, 1987), são fontes determinantes das atitudes infantis face à saúde, nomeadamente através da publicidade dos produtos alimentares.

No nosso país, e como acontece nos demais países desenvolvidos e em desenvolvimento, a morbidade no grupo etário dos adolescentes é atribuída esmagadoramente a factores psicossociais (Levy, 1995; Jessor, 1991), e a mortalidade por acidentes representa cerca de metade de toda a mortalidade nesta idade. Os problemas de saúde dos jovens agrupam-se maioritariamente nas seguintes categorias: conduta alimentar, insucesso e absentismo escolar, sexualidade (comportamento sexual, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez), comportamentos adictivos e comportamentos de risco (Levy, 1995). Conflitos familiares, o comportamento da família, influência e comportamento dos amigos, são indicadores predictivos dos comportamentos e hábitos de saúde neste grupo (Sussman, Dent et al. 1995).

Mesibov e Johnson (1982) estabeleceram três alvos principais a ser atingidos pelo esforço de prevenção do psicólogo pediátrico. *Educação dos pais* – este alvo seria alcançado principalmente através de duas estratégias. Sugerem a criação de grupos de pais, que receberiam informação, treino e apoio em áreas em que fossem

considerados carentes. Propõem a contribuição dos psicólogos na edição de manuais e guias de apoio aos pais em área como princípios comportamentais e sua aplicação a problemas do quotidiano, desenvolvimento infantil normal e estratégias para lidar com problemas de desenvolvimento, e manuais sobre a comunicação e relações entre pais e filhos. *Avaliação e intervenção precoce* em populações de alto-risco, incluindo famílias sócio-economicamente desfavorecidas e crianças com problemas de desenvolvimento, crianças maltratadas, etc.. Por fim o *desenvolvimento de competências sociais em crianças*. O treino de competências visaria implementar estratégias de resolução de problemas, compreensão das perspectiva dos outros, e aptidões sociais.

A intervenção psicológica nas Unidades de Neonatologia poderá ser um exemplo de um modelo que engloba as áreas referidas. Implica uma intervenção remediativa, que tem como objectivo ajudar os pais a lidar com as reacções emocionais desencadeadas pelo nascimento de uma criança inesperadamente em risco de vida. Poderá ser um ponto de partida para uma abordagem educativa, que visa desenvolver competências que facilitem a adaptação destes pais às características inesperadas do recém-nascido, e promover uma vinculação adequada e estimuladora do desenvolvimento da criança em risco.

3.2. A criança doente

A doença, especialmente se crónica e ameaçadora da vida, é provavelmente uma das maiores fontes de stress para a criança, com implicações por vezes devastadoras no seu desenvolvimento psicossocial (Perrin & Mclean, 1988; Willis, Elliot & Jay, 1982). Apesar de tudo, a doença aguda, ou com poucas implicações no dia a dia do doente pode, quando vivida num ambiente familiar eficaz e adequadamente tratada do ponto de vista físico e psicológico, constituir uma oportunidade única para o desenvolvimento de aptidões de coping, de auto-conhecimento e de competências sociais, e mesmo de desenvolvimento emocional e cognitivo (Crisp et al., 1996; Parmelee, 1986).

O tipo de intervenção realizada no internamento de crianças depende das características da criança como a personalidade, o meio social

envolvente, características familiares, idade, sexo, tipo de patologia e modo como a criança reage à doença. A idade e personalidade da criança, as características da família, são determinantes no modo como a criança conceptualiza e maneja a doença (Perrin & Guerrity, 1982; Bibace & Walsh, 1980), e se adapta à situação, de maneira a concretizar um estilo de vida adequado e realista que facilite a sua reintegração em casa, na escola, no grupo de amigos etc. No que diz respeito à doença é necessário ter em consideração se é uma situação aguda, crónica, se é incapacitante; que tipos de tratamentos são necessários, tratamentos agressivos, dolorosos, que implicam idas frequentes ao hospital e por isso interrupções das aulas, etc.; qual a qualidade de vida possível para a criança, e qual o prognóstico (Almeida & Viana, 1990).

Os factores referidos podem influenciar o desenvolvimento da criança e podem ter implicações na sua personalidade. A interacção de factores psicológicos ou psicossociais e funcionamento fisiológico encontra-se largamente demonstrada, nomeadamente no caso da criança com doença crónica (Ungerer et al., 1988; Achterberg-Lawlis, 1982; Hamburg & Inoff, 1982; Engel, 1977). A relação entre o curso da doença e os aspectos psicossociais poderá ser em parte explicada por conceitos como *locus de control*, e reactividade que se refere à intensidade com que o sistema fisiológico de um indivíduo reage ao stress psicossocial (Wilson et al., 1994; Tinsley, 1992; Delameter et al., 1988), e aderência aos tratamentos e recomendações (Glasgow & Anderson, 1995; Thompson et al., 1995; Viana, 1992; Chaney & Peterson, 1989).

3.3. Criança doente e influência da família

Como é sabido a família tem uma influência determinante na criança, e especialmente na criança doente (Patterson, 1995; Schor, 1995; Fiese & Sameroff, 1989). Silver et al. (1996) referem a importância dos factores relacionados com a estrutura familiar, como moderadores dos efeitos da doença na criança, chamam a atenção para a influência negativa da ausência de outros adultos, para além da mãe da criança.

A propósito da interacção de factores familiares com o curso da doença, Minuchin e col. propuseram um modelo da família psicossomá-

tica, que pretendia explicar o modo como o sistema familiar contribuiu para desencadear, e afectava o curso de uma determinada patologia. Características da estrutura e interacção familiar relacionadas com a coesão, a *aglutinação*, e relacionadas com a adaptabilidade, isto é a *rigidez*, e ainda a *superprotecção*, *deficiente capacidade para resolver conflitos*, e *envolvimento* da criança doente nos conflitos parentais, contribuiriam eventualmente para desencadear uma patologia como diabetes ou asma, ou outra, no caso de existir uma fragilidade biológica predisponente, ou contribuiriam para uma deficiente adaptação da criança doente (Sargent, 1983; Minuchin et al., 1975). Olson e col. desenvolveram um método de avaliação, que permite operacionalizar os conceitos coesão e adaptabilidade através dos itens de uma escala (FACES) (Olson et al., 1985). Este método possibilita a comparação estatística dos dados transmitidos por diversas famílias, e tem inspirado diversas investigações sobre a criança com doença crónica e família (Overstreet, et al., 1995; Viana, 1992; Chaney & Peterson, 1989, Gustafsson, Kjellman et al., 1987; Gustafsson, Cederblad et al., 1987).

Recentemente Wood propôs um modelo familiar que, ultrapassando algumas imperfeições da perspectiva de Minuchin (família psicossomática), nomeadamente a incapacidade em integrar aspectos do nível psicológico e fisiológico no nível sistémico e familiar, permite compreender as relações entre as variáveis familiares sistémicas, a reactividade comportamental do indivíduo doente e a doença. Este foi designado *Modelo Biocomportamental da Doença Pediátrica* (Wood, 1993). O novo modelo retém do anterior a abordagem da família como um sistema e, particularmente importante no caso do doente-criança, o pressuposto da relação entre o funcionamento do indivíduo e padrões de interacção interpessoal, acrescenta o princípio de que estes padrões interpessoais interagem com processos biocomportamentais e inclui um nível individual de funcionamento psicológico e fisiológico. Trata-se por isso de um novo paradigma, biopsicossocial, no qual o *nível biológico* corresponde ao processo fisiológico relativo à doença da criança, o *nível psicológico* corresponde à reactividade biocomportamental da criança associada esta à vulnerabilidade à doença, e o *nível social* corresponde aos padrões de interacção familiar. Neste

último patamar estão incluídos alguns conceitos com interpretação semelhante à de outros do modelo da «família psicossomática» tais como: *proximidade* que se refere à proximidade emocional entre os membros da família, com repercussões na autonomia, na privacidade e definição dos espaços familiares; *hierarquia generacional*, a capacidade dos pais se aliarem de modo a cumprir os papéis parentais, fornecendo apoio, regras e disciplina aos filhos; *responsividade*, definida como o grau ou intensidade com que as pessoas reagem emocional comportamental e fisiologicamente umas às outras. Todos estes incluídos no conceito de *aglutinação*. Os conceitos de *triangulação* e *relações parentais*, de certa forma implícitos no conceito de «triangulação» da criança, referem-se ao grau de envolvimento da criança nos conflitos e problemas conjugais. De acordo com o modelo, algumas famílias mal adaptadas tenderão a responder às melhoras com diminuição da responsividade e da triangulação da criança doente, e redução da disfunção na relação parental. Outras famílias mal adaptadas tenderão a reagir às melhoras reduzindo a intensidade da triangulação, o que deverá provocar aumento da disfunção parental. Em qualquer família, o agravamento da doença tenderá a aumentar a responsividade, a triangulação e o stress na relação parental. O impacto do curso da doença na responsividade, na triangulação e na relação parental será atenuado ou incrementado conforme a família apresenta um nível baixo ou elevado de proximidade, e conforme o nível de hierarquia é moderado ou extremo (forte ou fraco) (Wood, 1993).

3.4. *Investigação em Psicologia Pediátrica*

Do que foi dito e da análise do que existe publicado, ressalta a grande importância atribuída à investigação em psicologia pediátrica. Este parece ser um aspecto privilegiado pelos psicólogos que se têm dedicado a este campo e, para alguns dos autores citados, é um traço de identidade da psicologia da saúde face a outros ramos da psicologia. Roberts e col. comentam que muito da pesquisa em psicologia pediátrica tem pouca relevância para a saúde infantil, e que a investigação neste domínio deve ser preferencialmente aplicada e de interesse prático para os outros especialistas da saúde (Roberts, McNeal,

Randall, & Roberts, 1996). Ou seja, a investigação deve contribuir para esclarecer processos e problemas do dia a dia dos médicos e outros especialistas da saúde infantil, e dar respostas que possam ser de imediato utilizadas com eficácia. A pesquisa teórica e académica, desligada da prática dos centros de saúde infantil, é considerada inadequada e por isso desencorajada. Lemanek (1994), considerando a pesquisa em torno da doença e doente crónicos, afirma que o foco da investigação está direccionado actualmente para a identificação das variáveis que melhor predizem o funcionamento adaptado ou mal-adaptado à doença quando ela se manifesta e no futuro. Ainda para esta autora, é necessário dirigir a pesquisa para a identificação dos estádios de desenvolvimento em que as crianças, adolescentes e suas famílias, estão mais expostos ao risco de desenvolver problemas psicológicos específicos, ou estão mais resistentes ao stress.

A propósito da investigação surge o problema dos métodos e técnicas de avaliação. São raros os instrumentos desenvolvidos especificamente para populações pediátricas, ou que tomem em consideração as características das populações alvo (La Greca, 1994). Assim os esforços dos psicólogos deverão ser direccionados para a criação de instrumentos adequados aos grupos em causa, tendo em conta, no entanto, que uma especialização extrema poderá prejudicar a generalização das conclusões (Dongen-Melman et al., 1996; Drotar, 1994a). Embora sejam necessários instrumentos específicos de avaliação psicológica de diferentes grupos de doentes crónicos (crianças diabéticas, reumáticas, leucémicas, asmáticas, obesas, etc., para só citar os mais significativos em número), estes instrumentos terão que permitir a comparação dos resultados entre diversos grupos e subgrupos. Por exemplo comparar crianças asmáticas com crianças diabéticas, ou diabéticos mal controlados com diabéticos bem controlados. Comparar também os resultados dos grupos de crianças saudáveis com os resultados dos grupos de crianças doentes, sejam crianças asmáticas com crianças saudáveis, por exemplo. A avaliação no contexto pediátrico deve ser entendida como um processo e nunca como uma meta nem diagnóstico psicológico. La Greca e Lemanek (1996) consideram que, ao longo do processo de avaliação, é fundamental responder, em diferentes momentos, às

questões sobre quem vai ser avaliado, ou seja quais as características da amostra ou indivíduo (e.g., que idades e que problemas são apresentados), quais os momentos adequados e quais os instrumentos que devem ser utilizados, tendo em conta as suas características psicométricas, e se são mais adequados instrumentos genéricos ou específicos. Spieth e Harris (1996) consideram fundamental a utilização de instrumentos específicos na avaliação de factores como a qualidade de vida e estado de saúde de crianças com doença crónica, uma vez que a comparação destas com crianças saudáveis não adequada.

As áreas de pesquisa consideradas mais importantes, por psicólogos da saúde infantil, foram a doença crónica, adesão e colaboração com o tratamento, prevenção primária, crianças em risco, os papéis parentais relacionados com a doença na criança, eficácia do tratamento, neuropsicologia, e estudos de custo-benefício (Walker, 1988). Para Routh (1982) os aspectos a investigar, característicos do contexto médico, são os relacionados com o desenvolvimento e comportamento, prevenção primária e intervenção precoce, técnicas comportamentais de tratamento, acompanhamento dos pais e família, aspectos psicológicos da saúde e doença infantil, maus-tratos, acidentes, implicações psicológicas dos tratamentos médicos e internamento, doenças crónicas e que ameaçam a sobrevivência.

4. PSICOLOGIA PEDIÁTRICA NO H.S.J.

O psicólogo pediátrico distingue-se do psicólogo clínico fundamentalmente pelas características da situação em que exerce, que determinam papéis diferenciados (Drotar et al., 1982). Em qualquer serviço hospitalar de crianças podemos encontrar os seguintes contextos: internamento, urgência e consulta externa. No primeiro, o objectivo é fornecer apoio médico diferenciado a tempo inteiro, poderemos discriminar ainda os cuidados intensivos e os cuidados aos doentes crónicos e agudos. A forma como este sector é organizado depende de diversos factores, entre eles o tipo e gravidade das patologias, o que implica cuidados diferenciados. A idade dos doentes geralmente obriga a diferentes espaços e cuidados, por exemplo recém-nascidos de risco, lactentes, crianças de idade pré-escolar e escolar,

e adolescentes, estão normalmente internados em enfermarias diferentes.

A maneira como o psicólogo se insere nestes ambientes pode ir desde a organização de um serviço de psicologia, onde o psicólogo estará disponível para fornecer serviços solicitados, até à sua integração em uma ou mais equipas multidisciplinares vocacionadas para patologias específicas. Se a primeira opção traz vantagens evidentes para a autonomia do psicólogo, a segunda permitirá uma abordagem global do doente, logo uma maior compreensão da sua situação clínica e psicossocial com vantagens para o próprio. Se para a organização de um hospital ou serviço médico poderá ser preferível a existência de uma Unidade de Psicologia, a par de outras (Unidade de Endocrinologia, Unidade de Cuidados Intensivos, etc.), o modo como os psicólogos se articulam com os outros especialistas da saúde deverá ser preferencialmente através do seu envolvimento com as equipas multidisciplinares formadas. Tal tem sido a solução adoptada no Departamento de Pediatria do Hospital S. João-Porto. Neste os psicólogos estão enquadrados na Unidade de Psicologia, com uma coordenação própria, definindo metodologias, estratégias, objectivos e de necessidades globais em consonância com as definições da direcção do Departamento; ao mesmo tempo, cada um faz parte das diversas outras Unidades onde o trabalho é então desenvolvido de acordo os objectivos específicos do sector.

Nos primeiros anos da nossa actividade neste Serviço, uma grande percentagem de crianças por nós atendida, era seguida em ambulatório, e os motivos de consultas eram maioritariamente, e pela ordem decrescente: dificuldades de aprendizagem, problemas de desenvolvimento, problemas de comportamento, problemas de adaptação. Os motivos de pedido de intervenção no internamento eram das seguintes categorias: problemas de adaptação ao internamento e aceitação do tratamento, adaptação à doença, particularmente nos casos de doença crónica, e problemas de desenvolvimento e comportamento (Viana & Almeida, 1986).

Consideramos actualmente prioritária e mais eficaz, dadas as características do departamento de Pediatria, a intervenção e investigação a realizar nos seguintes casos. Humanização dos serviços, problemas de desenvolvimento, doentes

crónicos e doenças ameaçadoras da sobrevivência e respectivas famílias, crianças maltratadas, e vítimas de acidentes graves com sequelas neurológicas. Os objectivos da intervenção são: colaborar na prevenção de recaídas participando nos programas de educação para a saúde da criança doente e pais, prevenir ou reduzir situações de ruptura emocional (Roma Torres, Almeida, et al., 1995) e conseqüentemente prevenir problemas de aderência ao tratamento, acompanhar caso de dificuldades de adaptação à condição da doença e integração social do doente, prevenir problemas psicológicos e de desenvolvimento (Viana & Almeida, 1991).

Por último, realçamos a nossa participação no desenvolvimento e implementação de programas de prevenção primária, na comunidade e através da escola. Integrados em equipas compostas por diversos subespecialista da pediatria, e realizando em conjunto com os alunos, pais e professores, sessões de educação e promoção da saúde, trocando informação e experiências, e aproveitando os conteúdos programáticos dos curricula escolares, sobre temas como por exemplo: alcoolismo, alimentação, ambiente, desporto, higiene, toxicodependência, sida, tabagismo, etc.

5. PSICOLOGIA DA SAÚDE EM PORTUGAL

5.1. *Enquadramento legal*

No ano de 1994 foi publicado o diploma que defeniu as funções dos psicólogos a trabalhar na dependência do Ministério da saúde e Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, e os integrou na carreira dos Técnicos Superiores de Saúde – ramo de psicologia clínica (Decreto 241/94 de 22 de Setembro). O texto deste decreto enfermava de um erro grave que era considerar condição necessária, para a inclusão nesta carreira, possuir a licenciatura em psicologia clínica. Era um erro pelo facto de não existir, nesta data, qualquer licenciatura em psicologia clínica, este problema encontra-se parcialmente ultrapassado com a publicação da portaria 1109/95 de 9 de Setembro, que possibilita o ingresso nesta carreira aos licenciados em psicologia. No entanto, o texto do decreto acentua a designação «clínica», desvalorizando, em nossa opinião, outras

orientações e, tendencialmente, assimilando os psicólogos da saúde aos psicólogos clínicos, contribuindo por isso para a confusão em torno destes dois papéis e funções. Neste caso pode argumentar-se que não é objectivo do diploma distinguir «subespecialidades», com o que estamos de acordo, contudo consideramos prejudicial o peso exagerado atribuído ao psicólogo clínico.

Os psicólogos da saúde e clínicos tem razões para se congratularem com a publicação desta legislação, não só porque pela primeira vez se define o conteúdo profissional dos psicólogos no nosso país, mas também (no caso da psicologia da saúde) porque se definem funções de facto adequadas ao exercício da psicologia como foi caracterizada. O artigo 2.º do referido diploma atribui ao psicólogo, entre outras, as funções: estudo, avaliação e aconselhamento psicológico, elaboração e participação em programas de prevenção e promoção da saúde, bem como a responsabilidade pela formação, investigação e intervenção psicológica nos domínios específicos da saúde.

A formação nesta área, está também assegurada através da portaria 171/96 de 22 de Maio, que regulamenta o estágio de especialização na área da psicologia clínica. Este estágio corresponde aos níveis de ingresso na carreira e deve ter, no mínimo, dois anos de duração. O seus objectivos são: 1) complementar a formação académica; 2) conferir formação especializada para o exercício diferenciado na área da psicologia clínica; 3) facilitar o desenvolvimento do sentido da responsabilidade, iniciativa e aperfeiçoamento profissional, e a integração nas equipas; 4) proporcionar experiência de intervenção de acordo com os modelos seguidos nos serviços. Mais uma vez o texto da portaria refere-se sempre ao psicólogo clínico, deixando entender que este e psicólogo da saúde são a mesma coisa.

Esta portaria define ainda um programa de estudo, em que são obrigatórias as áreas relacionadas com a psicopatologia, o que se entende quando verificamos que a comissão técnica responsável pela elaboração deste programa era composta por psicólogos oriundos da saúde mental. Apesar de tudo esta comissão teve a abertura suficiente para definir os conteúdos de forma mais global do que pormenorizada, permitindo aos serviços alguma liberdade de decisão

na forma como estes estágios poderão decorrer e especificação dos temas de formação. Mesmo assim, ainda dentro do pressuposto da abertura e sensibilidade da comissão responsável, encontram-se indicados na portaria, entre outros, temas complementares como psicologia do desenvolvimento e saúde infantil, deficiência mental e reabilitação, neuropsicologia, saúde familiar e comunitária, epidemiologia e prevenção, estes de acordo com a caracterização da psicologia da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achterberg-Lawlis, J. (1982). The psychological dimensions of arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 984-992.
- Almeida, J. P., & Viana, V. (1990). O desenvolvimento psicológico da criança com doença crónica. In I. Botelho, J. Almeida, M. Geada, & J. Justo (Eds.), *A Psicologia nos Serviços de Saúde* (pp. 75-85). Lisboa: APPORT.
- Bachanas, P., & Roberts, M. (1995). Factors affecting children's attitudes toward health care and responses to medical procedures. *Journal of Pediatric Psychology, 20*, 261-275.
- Bibace, R., & Walsh, M. (1980). Development of children's concepts of illness. *Pediatrics, 66*, 912-917.
- Brownell, K. (1982). Obesity: Understanding and treating a serious, prevalent, and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 820-840.
- Chaney, J., & Peterson, L. (1989). Family variables and disease management in juvenile rheumatoid arthritis. *Journal of Pediatric Psychology, 14*, 389-403.
- Contrada, R., Baum, A., Glass, D., & Friend, R. (1991). The social psychology of health. In R. Baron, & W. Graziano (Eds.), *Social Psychology* (pp. 614-649). Fort Worth: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Crisp, J., Ungerer, J., & Goodnow, J. (1996). The impact of experience of children's understanding of illness. *Journal of Pediatric Psychology, 21*, 57-72.
- Cristoffel, K., Donovan, M., Schofer, J., Willis, K., & Lavigne, J. (1996). Psychosocial factors in childhood pedestrian injury: A matched case-control study. *Pediatrics, 97*, 33-42.
- Delamater, A., Bubb, J., Kurtz, S., Kuntze, J., Smith, J., White, N., & Santiago, J. (1988). Physiological responses to acute psychological stress in adolescents with type I diabetes mellitus. *Journal of Pediatric Psychology, 13*, 69-86.

- Dietz, W. (1994). Critical periods in childhood for the development of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 59, 955-959.
- Drotar, D. (1994). Impact of parental health problems on children: Concepts, methods, and unanswered questions. *Journal of Pediatric Psychology*, 19, 525-536.
- Drotar, D. (1994a). Psychological research with pediatric conditions: If we specialize, can we generalize? *Journal of Pediatric Psychology*, 19, 403-414.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Fiese, B., & Sameroff, A. (1989). Family context in pediatric psychology: A transactional perspective. *Journal of Pediatric Psychology*, 14, 293-314.
- Gustafsson, P., Kjellman, N-I, Ludvigsson, J., & Cederblade, M. (1987). Asthma and family interaction. *Archives of Disease in Childhood*, 62, 258-263.
- Gustafsson, P., Cederblade, M., Ludvigsson, J., & Lundin, B. (1987). Family interactions and metabolic balance in juvenile diabetes mellitus: A prospective study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 4, 7-14.
- Hamburg, B., & Inoff, G. (1982). Relationships between behavioral factors and diabetic control in children and adolescents: A camp study. *Psychosomatic Medicine*, 44, 321-339.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Johnson, S., & Birch, L. (1994). Parents' and children adiposity and eating style. *Pediatrics*, 94, 653-661.
- Johnson, S. B. (1994). Health behavior and health status. *Journal of Pediatric Psychology*, 19, 129-141.
- La Greca, A. (1994). Assessment in pediatric psychology: Wath's a researcher to do? *Journal of Pediatric Psychology*, 19, 283-290.
- La Greca, A., & Lemanek, K. (1996). Assessment as a process in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 137-151.
- Lemanek, K. (1994). Research on pediatric chronic illness: New directions and recurrent confounds. *Journal of Pediatric Psychology*, 19, 143-148.
- Levy, M. L. (1995). Adolescência e Adolescentes. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 26, 255-258.
- Lipowsky, Z. (1977). Psychosomatic medicine in the seventies: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 134, 233-244.
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. frontiers for a new health psychologist. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.
- McAuley, E. (1994). Physical activity and psychosocial outcomes. In C. Bouchard, R. Shephard, & T. Stephans (Eds.), *Fisical Activity Fitness, and Health: International Proceedings and Consensus Statment* (pp. 551-568). Human Kinetics Publishers.
- Mesibov, G., & Johnson, M. (1982). Intervention techniques in pediatric psychology. In J. Tuma (Ed.), *Hanbook for the Practice of Pediatric Psychology* (pp. 110-164). New York: Wiley & Sons.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B., Liebman, D., Milman, L., & Todd, T. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1031-1038.
- Olson, D., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). Faces III: Family adaptability and cohesion evaluation scales. In D. Olson, H. McCubbin, H. Barnes, A. Larsen, M. Muxen, & M. Wilson (Eds.), *Family Inventories: Inventories Used in a National Survey of Families Across the Family Life Cycle* (pp. 18-42). St. Paul: Family Social Science, University of Minnesota.
- Parmelee, A. (1986). Children's illness: Their beneficial effects on behavioral development. *Child Development*, 57, 1-10.
- Patterson, J. (1995). Promoting resilience in families experiencing stress. *Pediatric Clinics of North America*, 42, 47-63.
- Perrin, E., & Guerrity, P. (1981). Ther's a demon in your belly: Children's understanding of illness. *Pediatrics*, 67, 841-849.
- Perrin, E., & Maclean, W. (1988). Children with chronic illness. The prevention of disfunction. *Pediatric Clinics of North America*, 35, 1325-1337.
- Peterson, L., & Lewis, K. (1988). Preventive intervention to improve children's discrimination of the persuasive tactics in televised advertising. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 163-170.
- Pires, A., & Pires, A. P. (1995). Psicologia Pediátrica. *Análise Psicológica*, 13 (1-2), 123-130.
- Roberts, M. (1994). Prevention/promotion in America: Still spitting on the sidewalk. *Journal of Pediatric Psychology*, 19, 267-281.
- Roberts, M., La Greca, A., & Harper, D. (1988). Journal of Pediatric Psychology: Another stage of development. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 1-5.
- Roberts, M., McNeal, R., Randall, C., & Roberts, J. (1996). A necessary reenphasis on integrating explicative research with pragmatics of pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 107-114.
- Roma Torres, A., Almeida, J. P., Viana, V., Barbosa, M. C., Correia, M., Vilas-boas, A., Norton, L., & Lima Reis, I. (1995). Reuniões de grupo de pais de crianças leucémicas: Repercussões sistêmicas na família e na unidade de tratamento. *Arquivos de Medicina*, 9, 283-286.

- Routh, D. (1982). Pediatric psychology as an area of scientific research. In J. Tuma (Ed.), *Handbook for the Practice of Pediatric Psychology* (pp. 290-320). New York: Wiley & Sons.
- Sargent, J. (1983). The sick child and the family. *Journal of Pediatrics*, 102, 982-987.
- Schor, E. (1995). The influence of families on child health: Child behaviors and outcomes. *Pediatric Clinics of North America*, 42, 89-102.
- Silver, E., Stein, K., & Dadds, M. (1996). Moderating effects of family structure on the relationship between physical and mental health in urban children with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 43-56.
- Spith, L., & Harris, C. (1996). Assessment of health-related quality of life in children and adolescents: An integrative review. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 175-193.
- Sussman, S., Dent, C., Stacy, A., Burton, D., & Flay, B. (1995). Psychosocial predictors of health risk factors in adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 91-108.
- Taylor, W., & Calfas, K. (1994). Effects of physical activity on psychological variables in adolescents. *Pediatric Exercise Science*, 6, 406-423.
- Teixeira Santos, N., Viana, V., Almeida, J. P., & Guerra, A. (1987). Atitudes dos estudantes de medicina face à pediatria. In *Actas do IV Congresso Nacional de Educação Médica* (pp. 299-306). Lisboa: Faculdade de Medicina.
- Tinsley, B. (1992). Multiple influences on the acquisition and socialization of children's health attitudes and behavior: An integrative review. *Child Development*, 63, 1043-1069.
- Tuma, J. (1982). Pediatric Psychology: Conceptualization and definition. In J. Tuma (Ed.), *Handbook for the Practice of Pediatric Psychology* (pp. 1-27). New York: Wiley & Sons.
- Ungerer, J., Horgan, B., Chaitow, J., & Champion, D. (1988). Psychosocial functioning in children and young adults with juvenile arthritis. *Pediatrics*, 81, 195-203.
- Van Dongen-Melman, J., De Groot, A., Hahlen, K., & Verhulst, F. (1996). Potential pitfalls of using illness-specific measures. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 103-106.
- Viana, V. (1992). Adaptação psicossocial da criança com artrite crónica juvenil. *Arquivos de Reumatologia*, 14, 315-323.
- Viana, V., & Almeida, J. P. (1986). *Psicologia pediátrica: O psicólogo num serviço de pediatria*. Trabalho apresentado no Encontro de Psicologia Clínica e da Saúde. Coimbra.
- Viana, V., & Almeida, J. P. (1987). Psicologia pediátrica: Intervenção psicológica em pediatria. *Jornal de Psicologia*, 6, 10-13.
- Viana, V., & Almeida, J. P. (1991). Psicologia pediátrica no Hospital S. João: Análise retrospectiva. In I. Botelho, J. Almeida, M. Geada, & J. Justo (Eds.), *A Psicologia nos Serviços de Saúde* (pp. 69-73). Lisboa: APPORT.
- Walker, E. (1988). The future of pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 465-478.
- Wankel, L., & Sefton, J. (1994). Physical activity and other lifestyle behaviors. In C. Bouchard, R. Shephard, & T. Stephens (Eds.), *Fisical Activity Fitness, and Health: International Proceedings and Consensus Statment* (pp. 530-550). Human Kinetics Publishers.
- Willis, D., Elliot, C., & Jay, S. (1982). Psychological effects of physical illness and its concomitants. In J. Tuma (Ed.), *Handbook for the Practice of Pediatric Psychology* (pp. 28-66). New York: Wiley & Sons.
- Wilson, D., Williams, Z., Arheart, C., Bryant, E., Alpert, B. (1994). Race and sex differences in Health locus of control beliefs and cardiovascular reactivity. *Journal of Pediatric Psychology*, 19, 769-778.
- Wood, B. (1993). Beyond the «psychosomatic family»: A biobehavioral family model of pediatric illness. *Family Process*, 32, 261-278.
- Wright, L. (1967). The pediatric psychologist: A role model. *American Psychologist*, 22, 323-325.
- Young, B. (1987). *Sugar, children and television advertising. Research Report N.º 15*. Health Education Authority: University of Salford.

RESUMO

Os autores começam por caracterizar de forma sucinta a psicologia da saúde, realçando o papel do comportamento na saúde e na doença. Em seguida, são apresentados aspectos característicos da intervenção psicológica no âmbito da saúde da criança, denominada desde há alguns anos como psicologia pediátrica. Esta é definida e caracterizada como uma prática psicológica nos serviços médicos de crianças, cujos objectivos são contribuir para a promoção da saúde e prevenção da doença na criança, colaborar no tratamento, recuperação e apoio à criança doente, apoio à família, e participar na investigação aplicada dos factores psicossociais associados à saúde e à doença.

É descrita a orientação predominante e objectivos da intervenção psicológica realizada pelos autores, no serviço pediátrico em que estão integrados desde há alguns anos.

Finalmente é apresentada uma referência crítica e breve à legislação, recentemente publicada no nosso país, que enquadra os psicólogos que trabalham na saúde na carreira dos técnicos superiores de saúde, regulamentando o papel e funções, e a formação destes.

Palavras-Chave: Comportamento e saúde, promoção da saúde e prevenção, psicologia pediátrica, psicologia da saúde infantil.

ABSTRACT

The authors characterize the pediatric psychology which is defined as a psychology applied to children's medical context, and conceptualized as a health psychology and different from the clinic psychology.

Some aspects of the psychological intervention in this context are described such as prevention and promotion of children's health, intervention in children's illness and family, and research directions in the field.

Some relevant aspects of the psychological intervention in a portuguese pediatric service are described. Recent portuguese legislation about health psychologist's role definition and training is analysed.

Key words: Behavior and health, health promotion and prevention, pediatric psychology, infant health psychology.