

Consulta de Psicologia Pediátrica do Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha – Casuística de 1993/95

TERESA NETO (*)

1. INTRODUÇÃO

Em 1987 a Consulta de Desenvolvimento do Serviço de Pediatria do C.H.C.R. passou a efectuar uma intervenção interdisciplinar e interinstitucional, tendo alargado o seu âmbito aos concelhos de Óbidos, Bombarral, Peniche e Alcobaca, Nazaré, parte dos concelhos de Rio Maior e Cadaval. Foi neste contexto que surgiu o alargamento da constituição da equipa da Consulta de Desenvolvimento criando, nomeadamente, a Consulta de Psicologia Pediátrica, em 1989, com a contratação de uma psicóloga em regime de prestação de serviços em tempo parcial.

Em 25 de Maio de 1995, o trabalho desenvolvido pela equipa da Consulta de Desenvolvimento e pela ex-Equipa de Educação Especial de Caldas da Rainha mereceu a atribuição, ao Ser-

viço de Pediatria deste Hospital, pela Comissão Nacional de Saúde Infantil, de equipamento para o Centro Distrital de Desenvolvimento da Criança, no qual, portanto, passou a integrar-se a Consulta de Psicologia Pediátrica.

Conforme refere o Relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil (1993), os Centros Distritais de Desenvolvimento da Criança têm como funções clínicas:

- examinar crianças e jovens com doenças que não possam ser totalmente avaliadas nos Centros de Saúde e coordenar o seu tratamento;
- prestar aconselhamento e apoio profissional necessários aos pais, professores, equipa de cuidados de saúde primários e a todos os que estão envolvidos nos cuidados a prestar às referidas crianças e jovens;
- colaborar na formação contínua dos profissionais extra-hospitalares;
- cooperar com os profissionais de educação especial.

Como funções operacionais, são identificadas as seguintes:

(*) Psicóloga do Centro Distrital de Desenvolvimento da Criança do Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha, Largo do Hospital Termal, 2500 Caldas da Rainha, Portugal.

- monitorizar a eficiência dos serviços distritais para crianças deficientes;
- apresentar dados e fazer propostas para o progresso dos serviços;
- manter a qualidade do trabalho produzido pelas instituições;
- actuar como fonte de informação no distrito, sobre as particularidades da deficiência nas crianças e nos jovens;
- organizar cursos e seminários destinados à formação em serviço dos profissionais de saúde.

É neste contexto de propósitos inter-institucionais e transdisciplinares que se insere a Consulta de Psicologia Pediátrica. Este trabalho tem por objectivo analisar a evolução dos serviços prestados na referida consulta (número de consultas, percentagem de altas, número de consultas por criança, tempo de espera, tipos de intervenção, etc.) na sua relação com outros serviços e instituições. Pretende-se ainda caracterizar a população referenciada à consulta e propôr estratégias de intervenção, quer ao nível da própria consulta, quer ao nível mais alargado de intervenção interinstitucional e transdisciplinar.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foram analisados os ficheiros clínicos de todas as crianças e adolescentes seguidos na consulta de Psicologia Pediátrica do C.H.C.R., entre 93.1.1 e 95.12.31.

Avaliaram-se os seguintes parâmetros:

- 1 - Relativamente à primeira consulta: número de consultas, origem da referência, tempo de espera, motivo do pedido de consulta, expectativas da consulta, idade, sexo e diagnóstico.
- 2 - Relativamente à globalidade das consultas: número total de consultas, relação entre o número de consultas e o número de casos, faltas, altas, tipo de intervenção, relação entre o número de reuniões com professores e educadores e o número de casos analisados, pedidos de outras intervenções.

Para realizar o diagnóstico utilizaram-se as escalas «Griffiths Mental Development Scales» e a «Wechsler Intelligence Scale for Children»

(WISC) e ainda os critérios de diagnóstico do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (D.S.M.-IV) da Associação Psiquiátrica Americana.

Introduziram-se, também, algumas categorias não constantes no D.S.M.-IV e outras alterações que se passam a explicitar.

Introduziu-se a categoria «Atraso de Desenvolvimento Global», não constante do D.S.M.-IV. De facto, no caso de crianças de idade abaixo dos 9 anos, preferiu-se introduzir a categoria diagnóstica «*Atraso de Desenvolvimento Global*», em vez de utilizar a categoria «Deficiência Mental» ou «Funcionamento Intelectual Estado-Limite», de forma a evitar-se desvalorização da auto-imagem e desresponsabilização da intervenção educativa.

Para simplificar, nesta casuística não foram especificadas as categorias do eixo IV «*Problemas Psicossociais e Ambientais*».

Os «*Problemas Relacionais*», os «*Problemas Relacionados com Abuso e Negligência*», os «*Problemas Académicos*» e os «*Problemas Relacionados com uma Fase do Ciclo de Vida*» do D.S.M.-IV foram diferenciados dos «Problemas Psicossociais e Ambientais» por se considerar que, devido à especificidade das suas características e importância nos casos concretos desta casuística, deveriam constituir categorias independentes, possibilidade, aliás, sugerida pelo D.S.M.-IV (p. 29, 3.º parág.).

Deste modo, nos «*Problemas Psicossociais e Ambientais*» foram incluídas unicamente situações com componentes maioritariamente sociais e ambientais, como morte ou doença de familiares significativos, desagregação da família, problemas de alojamento, problemas económicos e problemas de inserção social.

Introduziu-se a categoria, não constante do D.S.M.-IV, «*Perturbações de Comportamento não patológicas*». Refere-se a situações que causam, de algum modo, mal-estar ou défice na actividade familiar, escolar ou social do sujeito, mas sem serem clinicamente significativas. O D.S.M.-IV não inclui esta categoria pois é intencionalmente uma tipologia omissa para certos casos clinicamente menos significativos. Incluiu-se, por exemplo, nesta categoria, comportamentos de oposição que não preenchem os critérios de «Perturbação de Oposição» nem apresentam incapacidade clínica significativa.

Para simplificar, não se discriminaram nesta casuística as categorias incluídas no eixo III do D.S.M.-IV, «Estado Físico Geral», sendo contabilizadas sob o nome «*Problemas do Estado Físico Geral*».

3. RESULTADOS

3.1. Movimento da Consulta de Psicologia

Como se pode observar no Quadro 1, como aspecto quantitativo mais relevante, verifica-se um aumento do número total de consultas de 1993 para 1994 devido ao aumento em 1994 da disponibilidade horária da consulta, tendo sido criado um consultório destinado maioritariamente para esta consulta.

Verifica-se uma diminuição do número total de consultas em 1995 devido a interrupção do serviço durante um período de cinco meses, por motivos pessoais da psicóloga de serviço.

Como aspecto qualitativo mais saliente, verifica-se uma diminuição da percentagem de altas (em relação ao número total de casos). Tal deve-se ao aumento da percentagem de novos casos atendidos em cada ano (maior percentagem de primeiras consultas), o que implica diminuição do número de consultas por caso.

O Quadro 2 mostra a percentagem de crianças por número de consultas, evidenciando-se a diminuição de número de consultas por caso.

Prevê-se que em anos seguintes a percentagem de altas volte a aumentar, devido a altas de casos iniciados em anos anteriores.

Relativamente às faltas (Quadro 3), comparando as percentagens de faltas à primeira consulta (média de 1993/95: 12.5 %) e às subsequentes (14.5 %), não se verificam diferenças relevantes entre estas. A média de faltas totais nos três anos é de 14,6 % (Quadro 1), semelhante à da Consulta Externa de Pediatria Geral.

3.2. Análise da Primeira Consulta

Embora sem recorrermos a quadros, não é menos importante ressaltar que a origem principal da referência é a consulta externa de Pediatria (Pediatria Geral/Desenvolvimento, média de 1993/95: 43.6%), seguindo-se, a nível de serviços do C.H.C.R., a Enfermaria de Pediatria (6.3%).

A nível de serviços exteriores, destacam-se as Equipas de Educação Especial (média de 13.1%), seguidas por Médico de Família (média de 6.4%), Pediatria privada (média de 3.9%) e Hospital Central (média de 3.6%).

A nível dos familiares, destacam-se os Funcionários do C.H.C.R. (média de 7.3%).

QUADRO 1
Dados gerais

	1993		1994		1995		93/95	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1ªs Consultas	42	14 %	63	17 %	57	23 %	54	17.7 %
Consultas subsequentes	256	86 %	303	83 %	193	77 %	250.6	82.2 %
TOTAL	298	100 %	366	100 %	250	100 %	304.6	100 %
Nº de Casos	69		102		94		88.3	
Média de consultas/caso	4.3		3.5		2.6		3.4	
Nº de marcações	335		448		288		357	
Nº de faltas	37	11 %	82	18 %	38	13 %	52.3	14.6 %
Alta da consulta	19	28 %	18	18 %	3	3 %	13.3	15 %

QUADRO 2
Número de consultas por criança

Consultas	1993		1994		1995	
	Nº crianças	%	Nº crianças	%	Nº crianças	%
1 a 2	26	38 %	36	35 %	56	60 %
3 a 4	20	29 %	36	35 %	28	30 %
>4	23	33 %	30	29 %	10	10 %
Nº total de crianças	69	100 %	102	100 %	94	100 %

QUADRO 3
Faltas

	1993		1994		1995		Média
	Nº Faltas	%	Nº Faltas	%	Nº Faltas	%	
1ªs Consultas	1	2.3 %	15	19.2 %	11	16.1 %	12.5 %
Consultas subsequentes	36	12.3 %	67	18.1 %	27	13.1 %	14.5 %

O tempo médio de espera é de 4 meses e 11 dias. É de referir novamente que em 1994/95 houve interrupção do serviço durante cinco meses e que, até Abril de 1998, a consulta funcionou em tempo parcial.

Conforme se observa no Quadro 4, o principal motivo de envio é a problemática comportamental, com uma média de 39.3%, seguida pelas dificuldades escolares, com média de 17.3% e pela problemática de desenvolvimento, com média de 16.6%.

No que respeita às expectativas acerca do tipo

de intervenção, é a partir de 1995, por sugestão de Huszti e Walker (1991), que se obtém informação mais precisa sobre as expectativas das entidades que referem os casos, com a introdução de formulários de pedidos de consulta de psicologia, utilizados em mais de 2/3 dos casos e preenchidos na Consulta Externa de Pediatria. Anteriormente os encaminhamentos eram feitos verbalmente ou através de informação escrita que, em geral, só incluía o motivo da consulta e não explicitava a expectativa relativamente a esta.

QUADRO 4
Motivo do Pedido de Consulta

	1993		1994		1995		1993-95
	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	%
Problemas de desenvolvimento	4	8%	16	20%	21	22%	16.6%
Dificuldades escolares	7	15%	16	20%	16	17%	17.3%
Problemas de comportamento	21	44%	31	39%	34	35%	39.3%
Queixas somáticas	3	6%	5	6%	1	1%	4.3%
Perturb. da eliminação	7	15%	4	5%	8	8%	9.3%
Prob. psicossociais e ambientais	3	6%	4	5%	10	10%	7%
Prob. de linguagem	2	4%	4	5%	5	5%	4.6%
Pert. comp. alimentar	1	2%	0	0	1	1%	1%
TOTAL	48	100%	80	100%	96	100%	100%

Convém esclarecer que estes formulários são preenchidos na Consulta Externa de Pediatria também relativamente a casos cuja primeira fonte de encaminhamento não tenha sido esta consulta, uma vez que todos os casos, em regra, têm uma Consulta de Pediatria Geral antes de serem encaminhados para a Consulta de Psicologia Pediátrica.

Deste modo, as expectativas apresentadas neste trabalho referem-se, na sua maior parte, às expectativas referidas pelos pediatras da Consulta Externa de Pediatria do C.H.C.R.

O Quadro 5 mostra que se espera da consulta de Psicologia principalmente «avaliação e tratamento de problemas comportamentais» (26%), seguindo-se «apoio familiar» (24%), avaliação de desenvolvimento/funcionamento cognitivo (23%), «colaboração com professores e educadores» (19%).

Estes resultados sobre a expectativa acerca da intervenção psicológica, mostram já uma perspectiva que considera os problemas de saúde infantil e da adolescência numa perspectiva ecos-

sistémica, pois explicita-se «apoio familiar» em 24% das expectativas e «colaboração com professores e educadores» em 19%. Valoriza-se, pois, os contextos de vida dos sujeitos e as suas interações com aqueles (Machado & Fernandes, 1986) e não se centra a causa do problema e a sua resolução unicamente no sujeito.

Relativamente à idade, o grupo etário mais referenciado nestes anos foi o grupo 9A/10A 11M, com uma média de 24.3%, seguindo-se o grupo 5A/6A 11M, com média de 22.3% e o grupo 7A/8A 11M, com média de 21%. Verifica-se tendência, ao longo destes três anos, para referenciar grupos etários progressivamente mais baixos.

Como habitualmente, nas casuísticas dos anos anteriores, constata-se predomínio do sexo masculino.

Analisando-se o Quadro 6, verifica-se que o diagnóstico mais frequente é «Problemas Psicossociais e Ambientais», com média de 16.7%, seguido por «Perturbações de Comporta-

QUADRO 5
Expectativas da Consulta

	1995	
	Nº casos	%
Avaliação de desenvolv./ funcionamento cognitivo	36	23%
Colaboração com professores e educadores	30	19%
Avaliação e tratamento de prob. comportamentais	42	26%
Apoio familiar relativo ao desenvolv. e comp. da criança	38	24%
Avaliação do ajustamento psicológico à doença física	5	3%
Apoio psicológ. no processo de adaptação psic. à doença física	4	3%
Apoio familiar relativo a doença física da criança	4	3%
TOTAL	159	100%

mento não patológicas», com média de 15.5%. De seguida surgem os «Problemas Relacionais» com 13.7%, as «Perturbações da Eliminação» com 12.6% e os «Problemas do Estado Físico Geral» com 12.1%. O «Atraso de Desenvolvimento Global» aparece com 8.6%. Vê-se, pois, que os diagnósticos mais frequentes estão relacionados, fundamentalmente, com factores ambientais e relacionais.

3.3. Intervenção

O Quadro 7 salienta que a intervenção mais frequente é a avaliação, com média de 43.1%. Sucintamente, a avaliação abrange, como é óbvio, vários níveis, desde a entrevista clínica e a observação directa à análise de outras fontes de informação, de forma a identificar-se, não só o nível de desenvolvimento afectivo, psicomotor e cognitivo do sujeito, como também as suas interacções com os seus contextos de vida e, finalmente, as suas necessidades especiais (Machado & Fernandes, 1986). Segue-se o apoio familiar, com média de 25.8% e o apoio psicoterapêutico com média de 22.1%. A dominância da intervenção «avaliação» é naturalmente relacionável

com a pressão da procura sobre esta consulta (tempo de espera: 4 meses e 11 dias).

Quanto às reuniões, a maior frequência registou-se com educadoras e professores (48.7%) e com os técnicos da Equipa Transdisciplinar (33.6%).

Esclarece-se que a Equipa Transdisciplinar engloba a equipa da Consulta de Desenvolvimento do C.H.C.R.; outros serviços do C.H.C.R., quando necessários; equipas de coordenação dos Apoios Educativos (ex-Equipas de Educação Especial), de Caldas da Rainha e Óbidos, Bombarral, Peniche e Alcobaça; equipa de Saúde Escolar de Caldas da Rainha.

Os objectivos das reuniões da Equipa Transdisciplinar são a análise de situações problemáticas que, de alguma maneira, possam comprometer o desenvolvimento e o sucesso escolar e social das crianças referenciadas. Pretende-se também planear e avaliar intervenções, nomeadamente de âmbito médico, psicológico, pedagógico, familiar e social.

As reuniões mais restritas, apenas com agentes educativos, para colaboração na análise de situações problemáticas e no planeamento e ava-

QUADRO 6
Diagnóstico da primeira consulta

	1993		1994		1995		1993/95 média
	Nº Casos	%	Nº Casos	%	Nº Casos	%	%
Deficiência Mental	3	4.7%	0	0	2	2%	2.2%
Atraso de Desenvolvimento Global	2	3.1 %	10	10.6%	12	12.1%	8.6%
Funcionamento Intelectual Estado Limite	0	0	1	1%	2	2%	1%
Perturbações da Aprendizagem	1	1.5 %	0	0	0	0	0.5%
Perturbações de Comunicação	1	1.5%	4	4.2%	4	4%	3.2%
Perturbações Globais do Desenvolvimento	0	0	0	0	2	2%	0.6%
Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Déficit de Atenção	0	0	0	0	1	1%	0.3%
Perturbação da Alimentação e do Comportamento Alimentar da 1ª Infância ou do Início da 2ª Infância	1	1.5 %	0	0	0	0	0.5%
Perturbações da Eliminação	7	11.1 %	10	10.6%	16	16.1%	12.6%
Perturbações Somatoformes	2	3.1 %	3	3.1%	0	0	2%
Perturbações do Comportamento Alimentar	0	0	0	0	1	1%	0.3%
Perturbações do Sono	1	1.5%	1	1%	0	0	0.8%
Problemas Relacionais	9	14.2 %	15	15.9%	11	11.1%	13.7%
Problemas Relacionados com Abuso e Negligência	0	0	4	4.2%	1	1 %	1.7%
Problema Académico	0	0	5	5.3%	0	0	1.7%
Problemas Relacionados com uma Fase do Ciclo de Vida	4	6.3 %	5	5.3%	3	3%	4.8%
Problemas Psicossociais e Ambientais	16	25.3%	13	13.8%	11	11.1%	16.7%
Perturbações de Comportamento não patológicas	12	19%	8	8.5%	19	19.1%	15.5%
Problemas do Estado Físico Geral	4	6.3 %	15	15.9%	14	14.1%	12.1%
TOTAL	63	100 %	94	100%	99	100%	100%

QUADRO 7
Tipos de Intervenção

	1993		1994		1995		1993/95
	Nº tipos de intervenção	%	Nº tipos de intervenção	%	Nº tipos de intervenção	%	%
Avaliação	116	27.2 %	223	48.3%	166	53.8%	43.1%
Apoio psic.	140	32.8%	72	15.6%	55	18%	22.1%
Apoio fam.	132	30.9%	123	26.6%	62	20.1%	25.8%
Reuniões	30	7%	31	6.7%	12	3.8%	5.8%
Controle	8	1.8%	12	2.6%	13	4.2%	2.8%
Total	426	100%	461	100%	308	100%	100%

liação de programas educativos e comportamentais, sempre numa perspectiva de parceria, (Carita, 1996), apresentam uma média de 1,2 reuniões por caso analisado. O que é manifestamente insuficiente para uma colaboração adequada e obtenção de resultados eficazes. Esta é, pois, uma estratégia a valorizar e a dar prioridade de futuro.

Em relação aos encaminhamentos pela Consulta de Psicologia Pediátrica para outros serviços, note-se que apenas alguns casos (4.1%) foram encaminhados para o Serviço Social e Terapia da Fala do C.H.C.R., Serviços de Psicologia e Orientação (S.P.O.) e Formação Profissional do Centro de Educação Especial das Caldas da Rainha.

A maioria dos casos seguidos na Consulta de Psicologia Pediátrica, tendo sido referenciados pela Consulta Externa de Pediatria, tinham já sido encaminhados, nesta consulta, para outros apoios, nomeadamente, Serviço Social, Terapia da Fala, Apoio Educativo, entre outros. Por este motivo é diminuta a percentagem de pedidos de outras intervenções pela Consulta de Psicologia Pediátrica.

4. CONCLUSÕES

Pela análise do movimento da consulta nos três anos (1993/95), conclui-se que se realizaram, em média, 304,6 consultas por ano, das quais 17,7% foram «1.ª consulta». A média de casos seguidos anualmente foi 88,3 casos, com uma média de 3,4 consultas por caso, verifican-

do-se alta em 15%. O tempo médio de espera foi 4 meses e 11 dias.

Tal como nas casuísticas anteriores (Neto, 1990/91; Neto, 1992), constata-se que o principal motivo de envio à consulta de Psicologia é a problemática comportamental (39.3%). Na mesma linha de atitude, a «avaliação e tratamento de problemas comportamentais» é, também, a expectativa de intervenção mais frequente das entidades que referenciam a população (26%). As expectativas «colaboração com professores e educadores» (19%) e «apoio familiar relativo ao desenvolvimento e comportamento da criança» (24%), denotam a existência de certa sensibilidade ecossistémica na análise e resolução dos problemas.

A intervenção mais frequente é a avaliação (43.1%) e não tanto o apoio psicoterapêutico nem a intervenção ecossistémica. Tal é naturalmente relacionável com a pressão da procura sobre esta consulta (tempo de espera: 4 meses e 11 dias).

Analisando as categorias diagnósticas, verificamos que as mais frequentes, «Problemas Psicossociais e Ambientais» (16.7%), «Perturbações de Comportamento não patológicas» (15.5%) e «Problemas Relacionais» (13.7%), referem-se, essencialmente, a questões relacionais e ambientais (no sentido geral do termo) e não a questões biológicas.

Confirma-se que é altamente relevante uma intervenção multidisciplinar, de acordo com Azevedo *et al.* (1998) englobando a área de Serviço Social, quer do C.H.C.R., quer de outros

serviços da comunidade (Segurança Social, Instituto de Reinserção Social, Autarquia). A necessidade desta estratégia de intervenção multidisciplinar já tem sido referida nas casuísticas anteriores (Neto, 1990/91; Neto, 1992) e foi nesse sentido que se organizou, informalmente, a Equipa Transdisciplinar, referida anteriormente.

A incidência de «Perturbações de Comportamento não patológicas» e «Problemas Relacionais» evidencia, também, a necessidade de se intervir na educação e formação dos pais, quer a nível remediativo, quer a nível preventivo (Gillham, 1978; Roe, 1978; Machado & Morgado, 1992; Viana & Almeida, 1998). Como já delineado no trabalho de casuística de 1992 (Neto, 1992), seria conveniente a constituição de núcleos de apoio a Famílias em Risco, Adolescentes Grávidas (Correia & Alves, 1990) e aos Pais, de uma forma geral, desde o 1.º mês a seguir ao parto (Cordeiro, 1998), numa perspectiva de apoio aos cuidados e educação das crianças.

Desta forma, desenvolver-se-iam estratégias de prevenção de problemas relacionais e comportamentais e, cumulativamente, de problemas relacionados com abuso e negligência (Engfer, 1992) e de alguns problemas de desenvolvimento. Nesta ordem de ideias, é vantajosa uma formação, dos técnicos, em Terapia Familiar (Viana & Almeida, 1987; Pereira, 1996). Sem esquecer, obviamente, a necessidade de formação profissional dos psicólogos, no âmbito de programas de formação contínua, conforme sugerem Trindade e Teixeira (1998), em áreas como psicologia da saúde e outras ciências da saúde, psicologia da saúde infantil (e da adolescência), metodologia de investigação em saúde das crianças e adolescentes.

Sendo o segundo motivo de consulta as «Dificuldades Escolares» (17.3%), também fica evidenciada a necessidade de privilegiar a colaboração com os educadores e professores e com os Serviços de Psicologia e Orientação (Burden, 1978; Gillham, 1978; Leyden, 1978). Apesar das Dificuldades Escolares constituírem 17.3% dos motivos de consulta de 1993/95, encontramos nestas situações preponderantemente problemas relacionais, ambientais, sociais e pedagógicos, o que, mais uma vez, reforça a necessidade de intervenção sistémica.

Em suma, uma das características da prática da Psicologia Pediátrica é a abordagem multidisciplinar (Pires, 1995) das situações com que se confronta. Esta necessidade tem sido notória no percurso da Consulta de Psicologia Pediátrica do C.H.C.R., nas já referidas áreas de Serviço Social e Educação e ainda, obviamente, na área da Saúde, quer relativamente aos profissionais extra-hospitalares, quer quanto aos profissionais de saúde do próprio C.H.C.R..

Em simultâneo com a aprendizagem que faz no contexto de saúde, o psicólogo pediátrico tem de demonstrar a sua especificidade, num diálogo constante com as expectativas que existem acerca da sua intervenção, a sua própria representação do papel do psicólogo pediátrico e as necessidades concretas da população.

A análise da casuística desta consulta confirma a necessidade, em psicologia pediátrica, de uma intervenção transdisciplinar, numa perspectiva biopsicossocial (Pereira, 1996), de forma a obter-se resultados eficazes perante as situações referenciadas. Esta intervenção deve ser, contudo, adaptada às expectativas e contextos, hospitalares e institucionais, concretos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1996). *D.S.M-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Azevedo, M., Nogueira, S., Porfírio, H., Oliveira, G., & Boavida, F. (1998). Primeira consulta de desenvolvimento - Casuística. *Saúde Infantil*, 20 (1), 69-77.
- Burden, R. (1978). School's systems analysis: a project-centred approach. In Bill Gillham (Ed.), *Reconstructing educational psychology* (pp. 113-131). London: Croom Helm.
- Carita, A. (1996). O psicólogo na escola: factores condicionantes e sentido geral da intervenção. *Análise Psicológica*, 14 (1), 123-128.
- Comissão Nacional de Saúde Infantil (1993). *Relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil*.
- Correia, M. J., & Alves, M. J. (1990). Gravidez na adolescência: o nascimento de uma consulta e de um programa de intervenção. *Análise Psicológica*, 8 (4), 429-434.
- Cordeiro, O., & Sintra, T. (1998). Distúrbios mentais maternos do pós-parto. *Saúde Infantil*, 20 (1), 29-41.
- Engfer, A. (1992). Difficult temperament and child abuse. Notes on the validity of the child-effect model. *Análise Psicológica*, 10 (1), 51-61.

- Gillham, B. (1978). Directions of change. In Bill Gillham (Ed.), *Reconstructing Educational Psychology* (pp. 11-23). London: Croom Helm.
- Huszt, H., & Walker, E. (1991). Critical issues in consultation and liaison – Pediatrics. In J. Sweet, R. Rozensky, & S. Tavian (Eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings* (pp. 165-185). New York and London: Plenum Press.
- Leyden, G. (1978). The process of reconstructing: an overview. In Bill Gillham (Ed.), *Reconstructing educational psychology* (pp. 161-179). London: Croom Helm.
- Machado, M., & Fernandes, R. (1986). A consulta em psicologia educacional. *Análise Psicológica*, 5 (1), 185-192.
- Machado, M., & Morgado, R. (1992). A educação parental: delineamentos para uma intervenção. *Análise Psicológica*, 10 (1), 43-49.
- Neto, T. (1991). *Consulta de Psicologia no Centro Hospitalar das Caldas da Rainha – Casuística da Consulta de Psicologia Pediátrica, 1990/91* (não publicado).
- Neto, T. (1992). *Consulta de Psicologia no Centro Hospitalar das Caldas da Rainha – Casuística da Consulta de Psicologia Pediátrica, 1992* (não publicado).
- Pereira, M. G. (1996). O psicólogo no contexto de saúde: modelos de colaboração. *Análise Psicológica*, 14 (2-3), 357-361.
- Pires, A., & Pires, A. (1995). Psicologia pediátrica. *Análise Psicológica*, 13 (1-2), 123-130.
- Roe, M. (1978). Medical and psychological concepts of problem behaviour. In Bill Gillham (Ed.), *Reconstructing Educational Psychology* (pp. 52-66). London: Croom Helm.
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (1998). Psicologia da saúde infantil. *Análise Psicológica*, 16 (1), 155-158.
- Viana, V., & Almeida, J. P. (1987). Psicologia pediátrica: intervenção psicológica em pediatria. *Jornal de Psicologia*, 6 (2), 10-13.
- Viana, V., & Almeida, J. P. (1998). Psicologia pediátrica. Do comportamento à saúde infantil. *Análise Psicológica*, 16 (1), 29-40.

RESUMO

Este trabalho analisa a evolução dos serviços prestados na consulta de Psicologia Pediátrica do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha na sua relação com outros serviços e instituições.

Constata-se que o principal motivo de envio à consulta de Psicologia Pediátrica é a problemática comportamental (39.3%) e não tanto a problemática desenvolvimental. Na mesma linha de atitude, a avaliação e tratamento de problemas comportamentais é a

expectativa de intervenção mais frequente das fontes de encaminhamento (26%).

A intervenção mais frequente é a avaliação (43.1%). Tal é naturalmente relacionável com a pressão da procura sobre esta consulta.

Analisando as categorias diagnósticas, verificamos que as mais frequentes, «Problemas Psicossociais e Ambientais» (16.7%), «Perturbações de Comportamento não patológicas» (15.5%) e «Problemas Relacionais» (13.7%), referem-se, essencialmente, a questões relacionais e ambientais.

Nomeadamente a incidência de «Problemas Relacionais» evidencia a necessidade de se intervir em educação parental.

Sendo o segundo motivo de consulta «Dificuldades Escolares» (17.3%), também fica evidenciada a necessidade de privilegiar a colaboração com os agentes educativos.

A análise da casuística desta consulta confirma, pois, a necessidade, em psicologia pediátrica, de uma intervenção transdisciplinar, numa perspectiva biopsicossocial. Esta intervenção deve ser, contudo, adaptada às expectativas e contextos, hospitalares e institucionais, concretos.

Palavras-Chave: Psicologia pediátrica, casuística, prevenção, transdisciplinariedade.

ABSTRACT

This is an analysis of services rendered at Caldas da Rainha Hospital Center Pediatric Psychology Practice and its interaction with other services and institutes.

The majority of referrals to the practice are for behavioral problems (39.3%) as opposed to developmental problems. Additionally the treatment and diagnosis of behavioral problems is highly anticipated by referrals (26%).

Evaluation is most common (43.1%), and as such naturally correlates to the increase in demand on the practice.

Upon analysis of the diagnostic areas, we find «Psychosocial and Environmental Problems» (16.7%), «non-pathological Behavioral Disorders» (15.5%), and «Relational Problems» (13.7%) addressing essentially relational and environmental areas. Parental/Family Guidance being necessary by a high incidence of «Relational Problems».

«Difficulties in School» being a secondary motive for referral (17.3%), seeking collaboration from teaching/school personnel is also necessary.

A case work analysis of this practice confirms the necessity in Pediatric Psychology of transdisciplinary intervention must be, above all, adaptable to concrete hospital and institutional contexts and expectations.

Key words: Pediatric Psychology, case work, prevention, transdisciplinary.