

Normalidade em Pediatria Controvérsia e Desafio

JOÃO GOMES-PEDRO

*Serviço de Pediatria – Hospital de Santa Maria
Faculdade de Medicina de Lisboa – Universidade de Lisboa*

Resumo

O A. ao reflectir sobre a normalidade na criança, interroga-se e interroga sobre os limiares e os limites que fazem do conceito uma desafiante controvérsia, porventura fundamental para se entender desenvolvimento humano.

O A. descreve depois cinco exemplos de situações clínicas para testemunhar da dificuldade em se poder traçar a linha dos limites, na clínica do quotidiano.

Se ser ou não ser normal é uma interrogação que deriva dum modelo em que o patológico tem sido a preocupação central da intervenção médica, num outro polo, ser, por exemplo, mais resiliente que vulnerável será a grande questão num outro modelo em que saúde se identifica com bem-estar, com auto-estima e com sentido de competência.

Palavras-chave: Normal; Criança; Controvérsia; Desenvolvimento; Resiliência.

Abstract

On reflecting upon normality in the child, the A. questions thresholds and limits which make this concept a challenging controversy, fundamental for the understanding of human development.

The A. then describes five examples of clinical cases which show the difficulty in establishing limits in every day practice.

To be normal or not is a question arising from a model in which pathologic aspects have been the main concerns of medical intervention. Conversely, to be more resilient than vulnerable is the main question, in a model in which health means well-being, self-esteem and sense of competence.

Key-words: Normal; Child; Controversy; Development; Resilience.

Reflectir sobre a criança normal ou, porventura, sobre as diferenças do normal, eventualmente identificáveis com anormalidade ou patologia, num contexto clínico, será, para alguns, um desafio essencialmente didático, porventura para nós um ponto de vista.

Para os clínicos entre os quais me situo, porém, a controvérsia sobre normalidade é uma realidade do quotidiano. Eu diria até, uma realidade desafiante, provocatória, exigente, que transforma o próprio quotidiano.

– «Oh Sr. Dr. acha que isto é normal?» – «O Sr. Dr. garante que o meu filho vai ser uma criança normal?».

Os mais elaborados acrescentam dificuldade à pergunta: – «O Sr. Dr. acha que o meu bebé é diferente dos outros ou não é mesmo normal como os outros bebés?».

É aqui que o pediatra começa, de facto, a defrontar-se com a controvérsia que é parte da sua vida e que exige dele senso, competência e decisão. Serão, aliás, estes os componentes fundamentais da clínica como arte e, por isso, do mais ou menos sucesso no manejo desta arte.

O mundo da criança é o mundo da diferença. Direi mesmo que é o do paradoxo da diferença ou das diferenças.

De um modo geral, desde sempre que a diferença mais notada entre a criança e o adulto é a do tamanho e, porventura, por esta e outra razões, apesar da evidência e da pressão dos direitos verbalizados e promulgados, as fundamentais diferenças da criança continuam por respeitar. Acrescentarei que principalmente pelos técnicos.

«Todas as crianças são diferentes» será, porventura, o lugar comum mais difundido, sobretudo na civilização ocidental. Porém, o reconhecimento das diferenças que implica o respeito por essas mesmas diferenças está por cumprir quando se nasce, quando das consultas de saúde, quando se está na creche, na escola e, sobretudo, quando se está em família.

As diferenças da criança são também, as da sua circunstância e as da sua cultura.

Os estudos transculturais têm clarificado muitas das diferenças macroculturais mas permanecem, contudo, pouco estudadas as diferenças que as microculturas determinam, viven-

ciadas pelas famílias e sobretudo pelas crianças nas suas primeiras descobertas sociais.

Num outro contexto, brotam em crescimento exponencial os estudos sobre as diferenças dos bebés sobretudo baseados, na sua maioria, em projectos de investigação sobre as competências infantis bem como sobre os efeitos de intervenções com o propósito de favorecer aquelas competências, usando as mais variadas e sofisticadas metodologias.

Em contrapartida, continua a verificar-se uma lacuna, por demais significativa, em termos de modelos teóricos susceptíveis de fundamentar as diferenças e o seu significado.

Historicamente, foram sobretudo os clínicos os que chamaram a atenção para o papel das diferenças no esclarecimento diagnóstico e terapêutico em termos de estratégias mais adequadas para a situação individual de cada criança.

Assim aconteceu com Gesell que tanto insistiu sobre a individualidade, com Binet que elaborou uma avaliação capaz de classificar os desempenhos infantis, com Wallon que propôs uma tipologia caracterológica de crianças e aconteceu sobretudo com Brazelton que revolucionou todo o modo de perceber e de agir com bebés a partir do primado das suas diferenças e das suas distintivas modalidades comportamentais.

Cito estes autores porque eles representam tentativas extremamente significativas na descoberta das diferenças e das competências infantis o que é um ponto fulcral nomeadamente no que respeita à controvérsia sobre normalidade.

Como esta controvérsia envolve não só a filosofia mas sobretudo a clínica, decidi reter quatro ou cinco exemplos clínicos que são expressões desta controvérsia e que foram desafios clínicos com que me confrontei na semana clínica que antecedeu este meu escrito.

Francisco é o primeiro destes exemplos e é o primeiro só porque o vi segunda-feira desta semana que, aleatoriamente, escolhi como receptor de problemas questionados pela família abordando a problemática da normalidade que hoje estou a tratar.

Francisco tem sete anos e o pai colocou-me de imediato o problema. É o mais pequeno da aula e os colegas já o chamam de puto lingrinhas. É pequeno e magro. Só a avó materna é que era muito baixa. – «Não vejo razões para o Francisco ser assim», disse a mãe com expressão meio preocupada meio agressiva.

Francisco estava atento a toda a comunicação mesmo quando parecia distraído com um jogo, ao fundo da sala.

– «Sr. Dr. acha que ele fica um adulto normal como o pai?» interrogou a mãe, de seguida, com o mesmo ar ansioso.

Francisco está um pouco abaixo do percentil 3 para a altura, exactamente no percentil 3 de peso, acima do percentil 3 na curva de expectativa face à altura média dos pais e a sua velocidade de crescimento tem sido adequada nos últimos anos.

Pela conversa, constatámos que o pai foi uma criança baixa até à puberdade, altura em que teve um surto de crescimento pronunciado, vindo a ser um adulto de estatura média.

Não foram necessários exames complementares e a mesma consulta serviu para dar a resposta que julgo ter sido a correcta – «O Francisco é uma criança normal mas vai ser ainda baixa mais uns anos».

Tive que acrescentar todas as explicações que os pais deveriam dar à Professora e aos amigos que insistentemente os levaram a procurar o pediatra.

O que não parecia normal afinal, era, mas o cuidado em consultar um especialista foi a atitude certa que era preciso subscrever e incentivar.

Rita é um bebé de três meses que transpira saúde em cada sorriso que brota espontâneo do meio de umas bochechas grandes e bem rosadas. Foi amamentada até há poucas semanas. Por reentrada no emprego, a mãe teve que substituir duas mamadas por biberons de leite dietético para lactentes.

Vómitos sistemáticos e um eritema difuso foram a resposta a esta tentativa de variação nutricional.

O estudo imunológico revelou rasts positivos para a β -lactoglobulina e para a caseína.

A indicação de proibição absoluta de leite de vaca foi logo seguida de um sem número de perguntas dos pais todas convergentes na questionação da normalidade da Rita – «Então a nossa Rita não é um bebé normal! não podendo assim beber leite como as outras crianças!».

Onde situar a fronteira da normalidade?

Rodrigo é um bebé agora com três meses que desde a 26.^a semana de vida tem um diagnóstico ecográfico de dilatação pielocalicial esquerda.

As ecografias que se sucederam, pré e pós-natais confirmaram aquela dilatação que, entretanto, se tem reduzido ligeiramente.

A cistografia isotópica não mostrou qualquer refluxo e nunca se registou qualquer infecção apesar das uroculturas sucessivamente requisitadas.

Perante os exames e as dúvidas, as questões dos pais e avós não se fizeram esperar. – «Oh Sr. Doutor, mas o nosso bebé tem alguma coisa que não seja normal?» – ele precisa de ser operado?» etc., etc..

Onde está a linha da normalidade? Que critérios para a predição?

Inês é um bebé de dois anos e meio que impressiona pela sua beleza. Tem umas tranças ruivas e, um ar algo perdido. Os pais trouxeram-na à consulta porque não fala. Diz mamã, papá, cão e outros monossílabos inperceptíveis.

Circula pela sala do consultório sem quase se deter nos brinquedos. Andou aos catorze meses e já come sozinha parte das refeições. Na creche consolidaram-se as suspeitas dos pais; é a única criança da sala que não fala.

– «Sr. Dr. diga-nos, por favor, a Inês é normal?»

O exame objectivo é normal. A avaliação sumária do desenvolvimento não revela assimetrias significativas e um «Griffiths» posteriormente realizado não revela níveis de risco excepto na dimensão expressiva.

Inês concentra-se pouco, vagueia o seu olhar por todo o espaço e não mantém uma interacção visual para além de alguns segundos.

Parece ouvir bem e ficou muito atenta quando cantei para ela marcando o ritmo numa espécie de pandeireta. Começou a imitar e a querer produzir os mesmos sons. Os pais são executivos muito ocupados e na creche há dezassete crianças na mesma sala.

– «Sr. Dr. a nossa filha é normal?»

Quem é capaz de traçar a linha?

O Ricardo veio à consulta na Sexta-feira e assim identifico-o com o último exemplo dos casos da semana que ilustram a questão da controvérsia feita desafio nestas jornadas.

Ricardo tem quatro anos e teve uma convulsão dois dias antes da consulta. Estava um pouco constipado e os pais não constataram qualquer subida térmica ou quaisquer outros sinais. Nunca tinha tido nada semelhante. Na família não há história de epilepsia. O electroencefalograma não mostra alterações. O exame objectivo é normal.

Toda a família presente na consulta e, também, através do telefone, explode em interrogações.

«Sr. Dr. o Ricardo tem epilepsia? Ele é normal? Vai ser normal na escola? Pode continuar na Natação?» Se como Ounsted dizia, somos todos epiléticos haverá uns mais que outros? Qual a linha do limiar?

Francisco, Rita, Rodrigo, Inês e Ricardo são cinco crianças que numa semana levaram os pais a questionar-nos sobre a sua normalidade.

Será cada vez mais esta a grande controvérsia, o grande desafio da Pediatria, em termos conjuntos e solidários de Saúde e Educação.

Precisamos de promover Saúde e Bem-estar em função do individual e precisamos de promover Educação para a diferença.

A educação para a diferença terá de ser a educação da tolerância, do respeito, da prevenção do stress e da violência.

A cultura da criança é universal mas o destino de cada criança é pessoal e é único.

A criança cresce e desenvolve-se no universo do jogo, das cantigas, das partidas e das partilhas numa vida de relação onde constantemente se escolhem os mais significativos e os companheiros preferenciais.

Enquanto isto, é suposto crescermos numa onda de progresso, numa onda de propaganda de desenvolvimento, para um mundo melhor. Contudo, esta onda passa ainda por cima de milhões de crianças que, neste mesmo mundo, têm fome, vivem nas ruas, são abandonadas e no cúmulo do absurdo só encontram refúgio no álcool e na droga. Na mesma onda estão essas e outras crianças que não têm oportunidade de ir à escola, estão as que engravidam sem conhecerem o amor, estão as que morrem de doenças facilmente evitáveis e, sobretudo, curáveis, estão as que ainda morrem por acidentes provocados pela negligência, estão, enfim, todas as que nunca tiveram oportunidade de ser e de viver como crianças por causa da pobreza, da ignorância, da guerra, da violência. São todas produtos de uma sociedade de consumo. Produtos e vítimas. A sociedade de consumo estandardiza e, diz-se, «normatiza» os produtos e, também, as pessoas.

A sociedade de consumo gere e mantém a abolição das diferenças e é neste contexto que generaliza os consumos, particularmente os nocivos.

O álcool será o paradigma desta realidade.

Nas sociedades muito consumistas como a americana, 2% das mulheres potencialmente mães são alcoólicas e, muitas mais, bebem habitualmente se bem que com menos intensidade.

Os bebés nascidos destas mães podem apresentar uma semiologia francamente patológica com um facies dismórfico – hipertelorismo, nariz largo e achatado - acompanhando alterações cardíacas, malformações oculares e múltiplas disfunções do sistema nervoso central.

Porém, consumos ligeiros na última fase da gravidez produzem na criança lesões cerebrais mínimas com potenciais riscos comportamentais à posteriori.

Nestes casos, a aparência é normal em contraste com um substracto de riscos muito grande em função de futuras expressões cognitivas, sociais e emocionais.

Quando evoquei cinco exemplos clínicos na pretensão de ilustrar a controvérsia sobre a normalidade, não inclui, intencionalmente, os inumeráveis e constantes equívocos que exprimem aquela controvérsia quando o comportamento humano e, sobretudo, o infantil, está no centro das nossas preocupações.

Aceite o álcool como hábito social na nossa sociedade consumista, as interrogações face aos comportamentos questionáveis de muitas das crianças que acompanhamos, são uma constante do nosso quotidiano. Uma vez mais se pergunta – onde traçar a linha da fronteira?

O conceito de normalidade é um conceito equívoco em toda a dinâmica do desenvolvimento humano.

A experiência do nascimento será, porventura, outro dos maiores desafios a essa noção apelidada de normalidade fisiológica.

O termo fisiológico é uma palavra médica para uma variação dita normal em termos biológicos.

O nascimento será, de facto, algo de natural mas, simultaneamente, é algo que se identifica com novos e sucessivos riscos, na evolução da história.

Alguns destes riscos em termos do nascimento fizeram destas últimas décadas um real confronto entre os tecnologistas e os promotores de um parto natural e familiar embora num envolvimento de garantias médicas. Os primeiros têm defendido que é graças aos seus instrumentos e às suas técnicas que se tem reduzido a mortalidade e a morbilidade em torno do parto.

Os segundos defendem que os riscos de uma supertecnologia tornam, cada vez mais, o parto em algo não natural e, porventura, menos normal em termos antropológicos, fazendo perigar a construção dos vínculos e fazendo gorar a grande oportunidade duma génese familiar com sentido de pertença e de confiança.

Nos Baka, nos Kung, nos Bijagós e em muitas outras etnias, assim que o bebé nasce, pai, mãe, avós e amigos saúdam-se mutuamente num ambiente de festa e de partilha, centrado no bebé rei.

Este será o modo normal de aparecer ao mundo.

Nos hospitais públicos onde é imperioso nascer porque é onde mãe e bebé correm menos riscos, nasce-se, entretanto, em série, sem diferenças e também sem festa.

Decisivo é, também, reconhecer e partilhar a evidência de como o bebé é competente mesmo antes de nascer e que, com poucas horas de vida já é capaz de distinguir uma voz e uma face de qualquer outra, sabendo assim, exactamente, quem é a sua mãe.

É isto que é e faz a diferença em intervenção perinatal.

Depois dos nossos primeiros estudos sobre a influência do contacto-precoce mãe-bebé, perguntavam-me continuamente que diferença poderá fazer haver ou não essa oportunidade de contacto.

Já nessa altura, apesar do entusiasmo que os primeiros resultados destes estudos implicavam, habituei-me a responder que obviamente, ter ou não contacto, ter ou não qualquer estratégia de intervenção precoce no período perinatal, não fará qualquer diferença nem terá qualquer influência no desenvolvimento, em situações normais.

Porém, em situações de risco, em situações em que o limiar de adaptação está em vias de ser ultrapassado, então toda e qualquer estratégia favorecedora de vínculo pode ser a pequena diferença que viabiliza as grandes diferenças no destino de cada um e das suas relações.

O conceito de intervenção para a normalidade é, a meu ver, fundamental na controvérsia que hoje tratamos.

Ainda em termos de intervenção, outro aspecto abolidor das diferenças no absurdo da normalização ou da normatização diz respeito às «receitas» que os técnicos da Saúde, da Psicologia e da Educação aprendem a dar face a questões suscitadas pelos seus clientes ou assistidos.

Assumamos o exemplo mais simples da vida do bebé – chorar!

«Sr. Dr. é normal o meu bebé chorar tanto?» – «Sr. Dr. o nosso bebé quase que não chora; acha que é normal?»

Quanto é normal um bebé chorar?

Nas civilizações ocidentais, os bebés são deixados chorar entre cinco e trinta minutos.

Entre os Kung e os Fula, o timing da resposta ao choro não ultrapassa os 6-10 segundos.

Nestas e noutras culturas, as mães transportam agarrados ao corpo os seus bebés, todo o dia, alimentam-nos sem horário e dormem juntos.

Na nossa civilização os técnicos e sobretudo os psicólogos ficam habitualmente preocupados com o calendário de interdependência da criança em termos de espaço próprio para dormir.

Entre outros, estarão preocupados, decerto, com o risco de abuso sexual. Porém, perguntarei: será este o mecanismo etiopatogénico do abuso? De novo a questão: onde traçar a linha no respeito pela cultura, pelos valores, pela diferença?

Na controvérsia da normalidade há que questionar o frequente e «normal» preceito do receitar de instruções na base de que as opções são as de cada família, depois de cada uma poder conhecer, descobrir, e se envolver.

Já o dissemos, é no mundo do comportamento humano que encontramos, porventura, a maior gama de diferenças subtis susceptíveis de questionar a normalidade.

São as diferenças nas formas de agir, de reagir, de exprimir emoções, expectativas ou desejos, enfim, tudo aquilo que faz perguntar a milhares de pais – «Acha que é normal isto que o meu filho fez?» Esta é uma das questões com que os Pediatras são hoje confrontados no seu quotidiano clínico, questões a que cada vez é mais difícil responder.

As reacções que o bebé, a criança e o adolescente têm em função dos vínculos, dos outros seus preferenciais, eu diria as

reacções no decurso da aprendizagem do fenómeno mais arriscado da vida que é o negociar afecto e medo, encanto e desencanto, proximidade e distância, em cada oportunidade em que o outro significativo aparece ou desaparece, interage ou deixa de interagir como se de magia se tratasse, em cada uma destas sucessões de momentos que fazem da vida um mistério individual partilhado, joga-se o destino e identificam-se as diferenças.

Nestas diferenças é crítica e sobretudo sensível a definição de normal.

O primeiro jogo do bebé – cucú – ou «peakaboo» para os anglo-saxónicos, será a primeira grande oportunidade para o bebé descobrir a frustração e o prazer do reencontro com alguém preferencial.

O cucú dá ao bebé a ilusão de que controla, de facto, o mundo à sua volta o que constitui a série mais significativa de emoções no princípio da vida.

Aparecer ou desaparecer a cara de outro parceiro de jogo em função das emoções que o bebé expressa, sejam elas de desencanto ou de felicidade, fornece-lhe uma sensação de mestria e de controlo que viabiliza a construção do eu, em todo o processo maturativo da personalidade, sobretudo da auto-estima.

Acontece que este processo não é sempre linear como nem sempre os jogos, nomeadamente o do cucú, se processam em função das expectativas.

Quando um bebé recusa o jogo ou quando se revela indiferente às emoções do parceiro desse jogo, é anormal esse bebé? Poderá ser apelidado ou diagnosticado como autista ou como bebé sem emoções?

Mais complexas, porém, se tornam as interpretações com a criança mais velha.

Mantenhamo-nos no jogo do cucú.

Freud, no seu estudo sobre a ansiedade, fez uma reflexão primorosa sobre o desafio dos afectos.

No jogo do cucú, o parceiro adulto ao brincar – «Não há mãe ou não há pai ou não há vovó» – desafia ou provoca mesmo os medos mais profundos do bebé que se identificam com a perda do outro amado ou desejado.

O jogo do cucú, no fundo, tem sido representado e também reproduzido, embora de outra forma, como uma variedade da «situação estranha» que Mary Ainsworth desenvolveu ⁽¹⁾. Esta elaboração laboratorial tem sido hoje utilizada tanto nas suas modalidades originais como em adaptações ensaiadas por vários investigadores, no sentido de identificar diferenças em grupos de estudo, diferenças essas que são por vezes apresentadas e partilhadas como significando maior ou menor normalidade.

Nos nossos estudos, introduzimos uma outra modalidade de «situação estranha», apelidade de «still-face».

No decorrer dum jogo interactivo, espontâneo e livre, é pedido à mãe, a certa altura, que deixe de interagir como até aí e que «pare» a sua expressão afectiva ficando como que alheia, não comunicativa, reproduzindo, dir-se-á, uma figura da depressão.

Ficámos surpreendidos com os resultados que apurámos e que provam que temos de atender a todas as variáveis que,

fundamentalmente, condicionam as diferenças e, porventura, o conceito da normalidade.

As nossas crianças pertencentes ao grupo de estudo e que tinham beneficiado duma intervenção favorecedora feita às mães no terceiro dia após o parto, comportaram-se, no «still-face», como bebês ambíguos, castigadores, mais sofridos do que seria a expectativa, em função do que se conhece como vivenciado habitualmente no decorrer da «situação estranha» tradicional⁽²⁾.

Quererá isto dizer que, ao invés do estranho ou do afastamento da mãe, o «still-face» terá provocado nos bebês, porventura «mais protegidos», uma reacção mais adversa ou mais comprometida, em termos de stress e de violência induzidos e em função de uma clara violação das expectativas?

A problemática dos vínculos é dos mistérios mais obscuros da vida, porventura o mais enigmático sobretudo quando se equacionam normalidades ou sub-normalidades.

A Antropologia e todos os demais modelos científicos culturais que estudam o comportamento humano tentam explicar o mistério, exaustivamente.

Bowlby analisou e entendeu o vínculo, na sua forma mais primitiva, como uma adaptação evolucionista, impressa geneticamente como um modo de impedir a separação entre os bebês e as suas mães ou seja, reduzindo o risco de caírem dentro das mandíbulas de eventuais predadores.

Nesta construção teórica, o medo representava a outra face da moeda do amor.

Não será, porventura, assim tão rude esta outra «cara» do amor. Os antropólogos e os neonatologistas, mais recentemente, têm-nos dado sucessivas explicações e representações das vantagens desta misteriosa adaptação do que é mais profundo e perene na existência humana.

Trata-se, diria, das outras vantagens do vínculo que determinam, no início da vida, o distintivo do claro-escuro da denominada «normalidade».

É que o vínculo, além de garantir o que foi defesa face aos caçadores-predadores, mantém a energia e o balanço hídrico mercê duma disponibilidade alimentar total, estabiliza a temperatura corporal através do contacto físico estreito e mantido, reduz o risco infeccioso através de um maior isolamento dos outros e, também, através da protecção imunológica do leite materno e, ainda, «the last but not the least», favorece os alícerces emocionais duma aprendizagem cultural que é determinante decisivo de salvaguarda do eu e da identidade cultural.

A nossa sociedade construiu mitos de normalidade em torno do maior ou menor sucesso, assim designado, que cada um alcança em função das expectativas que um determinado meio social constrói.

Por exemplo, hoje, na classe média portuguesa, um jovem ou uma jovem licenciarem-se numa Universidade oficial ou privada, mesmo sem emprego à vista representa um sucesso parental, social e individual enquanto que outro jovem «empurrado» para um curso técnico, por não ter tido média para pros-

seguir a sua opção vocacional, arrisca-se a despertar suspeitas de sub-normalidade no seu percurso de aprendizagem e de realização social, profissional e cultural.

A carga de stress que estes simples sucedâneos de pequenos nadas que afectam as opções, as expectativas e, sobretudo, as esperanças dos jovens, vamos-la conhecendo à medida que vamos estando mais despertos para a semiologia dos riscos e das vulnerabilidades na vida dos nossos adolescentes.

O que eu não vejo é ninguém interrogar-se sobre os alcanços individuais do desenvolvimento do eu, representados pela maior ou menor auto-estima, conquistada pelo sucesso de cada um nas relações interpessoais que vai fazendo e pelas maiores ou menores realizações em função da identidade pessoal e cultural de cada um e da sua família.

É este, no fundo, o diferencial do mais ou menos normal de cada pessoa, independentemente das culturas e das exigências sociais. E é isto, porventura, que a Medicina de hoje e sobretudo a Pediatria têm de descobrir e valorizar, para poderem intervir adequada e competentemente, em prol do bem-estar individual e social.

Para isto, temos de aprender a olhar com outros olhos.

Temos de abrir novas janelas para nelas mergulharmos o nosso olhar.

Temos de aprender a distinguir o todo das partes.

E temos de aprender que nas fantasias as partes aparecem por vezes noutra parte.

Temos de aprender que atrás das máscaras estão pessoas, pessoas que sentem, que se interrogam e que nos interrogam mesmo quando não falam.

Isto afinal é semiologia, porventura uma nova semiologia que é precisa para uma Nova Pediatria.

As questões a que os técnicos tentam responder, nomeadamente num contexto de Saúde, emergem do modelo ou da filosofia que inspirou a sua aprendizagem e orientou a sua actividade profissional.

Ser normal ou não ser normal é uma interrogação que deriva dum modelo em que o patológico tem sido a preocupação central da intervenção médica.

Num outro polo, ser, por exemplo, mais resiliente que vulnerável será a grande questão num outro modelo em que a salutogénese se identifica com bem-estar, com auto-estima e com sentido de competência.

Numa controvérsia sobre normalidade é aqui que entendo que se instala o desafio.

BIBLIOGRAFIA

1. Ainsworth MDS. Attachment: retrospect and prospect. In: Parkes CM, Stevenson-Hinde J. The place of attachment in human behavior. New York: Basic, 1982, 3-30.
2. Gomes-Pedro J, Patrício M, Carvalho A, Goldschmidt T, Torgal-Garcia F, Monteiro MB. Early intervention with Portuguese mothers: a 2 year follow-up. *Dev Behav Pediatr* 16: 21-28, 1995.