

# 3

## A NECESSIDADE DE EXPERIÊNCIAS QUE RESPEITEM AS DIFERENÇAS INDIVIDUAIS

E se pudéssemos imaginar como os genes e as influências físicas, durante a gravidez, se expressam no início da vida? E se pudéssemos identificar as forças e vulnerabilidades de cada bebê e sua forma especial de lidar com o mundo? Poderíamos então ajudar um bebê ou uma criança pequena a superar dificuldades em prestar atenção, regular o humor, aprender a falar, controlar impulsos, ler ou fazer contas? Poderíamos fortalecer as capacidades das crianças para confiança, intimidade, resiliência, perseverança e manejo? Estamos muito mais próximos desses objetivos do que se poderia imaginar. Nossa relutância, entretanto, em aceitar as diferenças únicas de crianças está nos atrasando.

Tradicionalmente temos esperado que as crianças correspondam exatamente às expectativas dos pais e da sociedade em geral. Até certo ponto, isso é absolutamente correto. As expectativas que temos de que as crianças se tornem socializadas, por exemplo, aprendam a controlar sua agressividade e sejam empáticas e gentis com os outros são muito importantes. Por outro lado, nos últimos 50 anos aprendemos que esperar que as crianças estejam à altura de nossas expectativas é uma via de duas mãos. O grau com que podemos adequar as experiências às qualidades únicas de cada criança aumenta a probabilidade de ela crescer física, intelectual e emocionalmente saudável e, portanto, capaz de satisfazer as expectativas da família e da sociedade.

Historicamente tem havido um fluxo e um refluxo entre querer ajustar as crianças às nossas expectativas e tentar adequar nossa atenção às suas necessidades. Na década de 1940, por exemplo, as crianças tinham horários fixos para comer e dormir. Acreditava-se que era necessário uma estrutura se quiséssemos que as crianças se adaptassem ao nosso ambiente. Isso funcionava para algumas que tinham capacidades de manejo muito flexíveis (baseadas em um sistema nervoso central flexível). Outras, entretanto, não se davam bem nesses ambientes. Elas se tornavam mais irritáveis, absortas, distraídas e deprimidas ou agressivas.

Nas décadas de 1950 e 1960, as diferenças individuais das crianças começaram a ser melhor entendidas. A pesquisa de temperamento de Stella Chess e Alexander

Thomas tornou-se a expressão mais visível dessa nova visão das crianças.<sup>1</sup> Ela mostrou que os pais tinham percepções diferentes de seus filhos em aspectos básicos como nível de atividade e sociabilidade. Portanto, talvez os pais devessem adaptar seu cuidado à suas percepções de seus filhos. Outros pesquisadores, como Sybil Escalona, Lois Murphy e Jean Ayres foram além das noções de temperamento e demonstraram que os bebês não eram apenas percebidos como diferentes, mas na verdade tinham diferenças físicas, como por exemplo alguns bebês sendo mais sensíveis a som e toque do que outros e, portanto, necessitando de diferentes tipos de ambientes. O trabalho de um de nós (TBB) fez esse entendimento das crianças avançar enormemente com os estudos de diferenças individuais e a escala de avaliação neonatal amplamente usada.<sup>2</sup> Ele demonstrou que bebês recém-nascidos podem ser sistematicamente avaliados e suas características únicas identificadas. Muitos aspectos de suas diferenças físicas – a forma como respondem a toque, som e imagens; a forma como organizam seus movimentos – podem ajudar os pais a conhecer seus bebês.

Essa pesquisa revelou a forma como os recém-nascidos ficam alertas para estímulos visuais e auditivos interessantes e barram (ou se habitua a) estímulos desinteressantes repetidos. A capacidade de controlar estados de consciência (sono, vigília, alerta, agitação, choro), a fim de prestar atenção, varia. Alguns se fixarão e acompanharão a face e a voz humanas no nascimento, usando comportamento facial ativo e suprimindo movimentos interferentes a fim de prestar atenção.

Temos sido capazes de determinar que bebês foram afetados por toxinas e subnutrição por seus comportamentos no nascimento. Usando seus comportamentos, podemos organizar nosso comportamento visual e tátil para evocar uma resposta ideal em cada recém-nascido. Se falarmos muito alto, ou tocarmos nele muito abruptamente, ou o pegarmos muito subitamente, um recém-nascido frágil desviará o olhar, se engasgará ou cuspirá. Eles podem defender-se. Mas se um observador usar um toque gentil, uma modalidade de cada vez, ele pode alcançar e conquistar qualquer recém-nascido. Demonstrar o comportamento do recém-nascido torna-se uma técnica para demonstrar o temperamento do bebê no nascimento para novos pais que podem ver uma resposta à sua pergunta: "Como vou aprender a cuidar do meu novo bebê?". A resposta: "Siga o comportamento de seu bebê". Um profissional que demonstra e compartilha as características de comportamento individuais dos recém-nascidos com os novos pais, está ajudando a cimentar o relacionamento deles.

Um de nós (SIG) e seus colegas demonstraram então que essas diferenças individuais eram uma parte importante do desenvolvimento normal, saudável, bem como de vários tipos de problemas emocionais, sociais e de aprendizagem durante toda a infância.<sup>3</sup> Eles desenvolveram intervenções específicas sob medida para essas diferenças individuais que podem ser usadas preventivamente, bem como para intervenção e tratamento precoces.

O entendimento de como trabalhar com diferenças individuais levou a uma mudança fundamental em nosso entendimento de como natureza e criação trabalham juntas. Não é uma corrida de cavalos entre natureza e criação, na qual se

pode dizer que inteligência ou habilidades sociais ou temperamento são X por cento criação e X por cento natureza. Antes, entendemos agora que a natureza é expressada em parte através da forma particular de a criança assimilar e compreender sensações e organizar e planejar ação. A criação, as interações que fornecemos a nossos filhos, trabalha então com a natureza, da mesma forma como uma chave funciona na fechadura. As experiências certas podem abrir a fechadura da natureza e ajudar as crianças a perceber seus potenciais.

Muitos traços de personalidade derivam não de uma única característica genética, assoladora, mas da interação complexa de múltiplos fatores. Bebês recém-nascidos não exibem traços globais inatos de temperamento, como introversão ou extroversão. Antes, temos observado que tanto bebês que se desenvolvem normalmente quanto aqueles com dificuldades demonstram uma grande variedade de traços fisiológicos como sensibilidade a som, toque, capacidade de planejar ou encadear movimentos, a capacidade de entender sons e palavras e perceber padrões no espaço físico. Um bebê consegue levar sua mão à boca facilmente quando quer mamar? Quando ele fica mais velho, ele consegue copiar formas como triângulos e losangos? Ele se afasta mesmo de um toque gentil, tapa os ouvidos quando o aspirador de pó é ligado, ou fecha os olhos na luz forte?

As crianças também diferem na forma como compreendem seus mundos. Uma poderia confundir sons, mas ser um "gênio" em perceber como as coisas se relacionam entre si espacialmente. Uma outra poderia ser simplesmente o oposto. Algumas crianças têm baixo tônus muscular, de modo que até levantar a cabeça ou virar-se para olhar em uma ou outra direção requer extraordinária energia, enquanto outras podem esmurrar o nariz do papai quando pretendem apenas tocá-lo carinhosamente.

Esses padrões fisiológicos podem ter muitas causas, incluindo hereditariedade bem como fatores no ambiente pré-natal, como uso de drogas pela mãe durante a gravidez. Embora contribuindo para o temperamento, ou personalidade, ou para tendências à doença, eles são influências intermediárias e podem expressar-se de diferentes maneiras. Muitas crianças em risco para autismo, por exemplo, freqüentemente parecem absortas e hiporeativas a sensações, mas os mesmos traços podem ser vistos em muitas crianças saudáveis.

Um aspecto otimista de nossas observações é o fato de que crianças com certos traços físicos não precisam ser limitadas por eles. A resposta do cuidador pode ter maior impacto do que anteriormente se pensava. Crianças hipersensíveis, por exemplo, podem tornar-se sociáveis e confiantes. Crianças com processamento auditivo fraco e linguagem atrasada podem tornar-se verbalmente dotadas. Os pais podem fazer mais do que simplesmente encontrar um "ajuste" com seus filhos. Com métodos especiais de cuidados, em graus variados, eles podem ajudar seus filhos a mudar a forma como seus sistemas nervosos operam e, portanto, suas personalidades. Embora haja tendências de personalidade gerais que são, em parte, determinadas por características fisiológicas, estas podem encontrar-se em qualquer parte de um *continuum* de distúrbio à saúde dependendo, parcialmente, de como os cuidadores interagem com a criança. Muitos dos mais importantes traços de perso-

nalidade, como as capacidades para relacionar-se com os outros, confiança e intimidade, empatia e pensamento criativo e lógico, são largamente determinados por como educamos a natureza de uma criança.

Há um *feedback* contínuo em tudo isso. A forma de uma criança processar sensações e organizar respostas motoras influencia as reações do cuidador auxiliar, que por sua vez desencadeia uma nova série de processamento e resposta na criança. Um bebê bem-coordenado, vigoroso poderia tentar agarrar um brinquedo da mão de seu pai, iniciando um jogo de cabo-de-guerra, enquanto os pais de um bebê flácido podem desistir quando ele mal toca numa bola ou num ursinho de pelúcia estendidos para ele. Toda criança orienta a resposta das pessoas à sua volta. Visto que o cuidador, através de inumeráveis pequenas ações, serve como líder intermediário entre a mente em desenvolvimento de um bebê e o ambiente a sua volta, o próprio comportamento do bebê, portanto, molda o mundo que ele vem a conhecer.

O livro *Infants and Mothers*<sup>4</sup> trouxe aos pais, pela primeira vez, um entendimento das diferenças individuais e do papel do bebê na modelagem de seu mundo. Ele descreve três bebês diferentes e seus temperamentos e ajuda os pais a identificarem suas individualidades.

A resposta de um pai a tipos particulares de comportamento também pode variar. Algumas mães e pais tendem a antecipar-se, enquanto outros esperam que a criança aja. Alguns falam muito, enquanto outros usam expressões faciais para transmitir significado. Alguns são animados, outros mais sérios. Alguns são mais reservados, outros mais intrometidos; alguns insistem com seus filhos energeticamente, enquanto outros são mais passivos e facilmente se tornam desencorajados. Esses padrões parentais, por sua vez, exercem sua própria influência sobre os bebês. Os padrões estabelecidos pelo cuidador podem alterar enormemente tendências para um certo tipo de comportamento. Bebês absortos podem tornar-se sociáveis por volta dos dois anos e os cautelosos podem tornar-se crianças audaciosas. Através da interação entre os traços fisiológicos do bebê e os comportamentos do cuidador, surgem as características da personalidade.

Com a educação voltada para suas diferenças individuais, muitas crianças nascidas com dificuldades, mesmo sérias, podem sair-se melhor do que o esperado. Em uma recente revisão de mais de 200 crianças diagnosticadas como tendo transtornos de espectro autista, a maioria desfrutou de melhoras significativas no funcionamento mental e emocional quando seus pais e uma equipe terapêutica foram capazes de trabalhar com as diferenças individuais e encontrar "chaves" adequadas.<sup>5</sup> Esse trabalho mostra que os traços fisiológicos em si não necessariamente limitam ou definem o potencial de uma criança. Além disso, quanto mais comprometida a dotação de uma criança, com exceção de dano massivo e incapacitante, mais poderosa e decisiva a influência da criação que ela recebe. Tão poucas crianças crescem em ambientes verdadeiramente ideais que não temos idéia de quais são realmente os parâmetros de desenvolvimento.

Os pais há muito sabem e aceitam que cada um de seus filhos é diferente. Podemos agora fornecer instrumentos para confirmar essa impressão intuitiva, mas mais

importante, para sistematizá-la de modo que os pais possam usar seus *insights* para promover um desenvolvimento saudável em cada um de seus filhos, não apenas naqueles que se ajustam mais facilmente aos padrões esperados pela família.

Na prática clínica e na pesquisa, um de nós (SIG) localizou, com precisão, estilos de criação que podem apoiar ou neutralizar determinados padrões fisiológicos. As mesmas combinações de traços biológicos podem ser desenvolvidas em dotes valiosos como empatia, coragem, liderança, curiosidade, criatividade, autodisciplina, autoconfiança, perseverança e originalidade; ou, alternativamente, elas podem servir como base para o desenvolvimento de comodismo, irresponsabilidade, crueldade, hostilidade, rigidez, distanciamento, irracionalidade e timidez. Se esses padrões fisiológicos se tornarão talentos ou problemas depende, em suma, de como a natureza da criança é educada.

Uma preocupação cada vez maior para a sociedade são as crianças, adolescentes e adultos *anti-sociais* violentos, que tratam os outros mais como objetos do que como seres humanos iguais. Pobreza, abuso e privação emocional têm geralmente levado a culpa por esse padrão perigoso e inquietante. O ensaio clássico de John Bowlby *Forty-Four Juvenile Thieves*<sup>6</sup> (Quarenta e quatro ladrões juvenis) descrevia crianças negligenciadas no início da vida que se tornaram altamente *anti-sociais*. A ligação intuitivamente óbvia entre uma falta de afeto a uma criança e sua subsequente incapacidade de senti-lo em relação aos outros convenceu a muitos na época em que foi publicado, em 1944, de que as influências ambientais eram importantíssimas na contribuição para prevenção da delinquência.

A natureza, entretanto, não pode ser desconsiderada. Entre crianças severamente privadas de afeto sustentador nos primeiros anos de vida, incluindo aquelas em instituições, duas tendências foram observadas. Um grupo de crianças tornou-se retraído, deprimido ou apático. Alguns pararam de desenvolver-se fisicamente, deixaram de ganhar peso e até tornaram-se muito doentes e não sobreviveram. As crianças do outro grupo buscavam sensações, tornando-se agressivas, promíscuas e indiferentes aos outros, relacionando-se com eles apenas para satisfazer suas próprias necessidades concretas. Em outros estudos, um grau mais alto que o esperado de dificuldades sutis no funcionamento do sistema nervoso foi encontrado entre crianças e adultos *anti-sociais* (problemas na percepção, processamento de informação e funcionamento motor).

O comportamento *anti-social* não pode ser explicado nem pelo modelo de privação, que considera as causas sociais como pobreza, ruptura familiar, trauma, moralidade decadente e falta de autoridade, nem pelo modelo fisiológico, que cita diferenças inatas na função do sistema nervoso. Antes, é a interação de déficits neurológicos com estresses ambientais, que por sua vez se combinam com certos tipos de relacionamentos de pai-filho, que aumenta a probabilidade de comportamento *anti-social*.

Os padrões do cuidador envolvendo sustentação extra, prática de atividade moduladora, maiores oportunidades de envolver-se em jogo de faz-de-conta com empatia e limites gentis, mas consistentes, freqüentemente, levam a um desenvolvimento positivo. Ao contrário, limites punitivos e hostilidade ou evitação, negligência e inconsistência levam a padrões *anti-sociais* aumentados.

Há muitas formas de descrever variações no temperamento ou nos padrões fisiológicos em crianças. Um de nós (SIG) descreveu cinco tipos comuns:<sup>7</sup> a *criança ativa, agressiva*; a *criança altamente sensível*; a *criança introspectiva ou absorta*; a *criança obstinada*; e a *criança que tem dificuldades com atenção*. Cada um desses tipos de crianças requer parentagem sob medida às suas tendências e necessidades particulares para poderem desenvolver suas forças individuais.

Essa adaptação de interações ou ensino para as forças individuais de uma criança também pode ajudar as comumente consideradas autistas ou mentalmente retardadas. Inúmeras crianças diagnosticadas com transtornos autistas, com quem trabalhamos, no fim desenvolveram habilidades cognitivas, emocionais e sociais importantes.<sup>8</sup> O fato de mesmo algumas terem respondido tão bem revela um prognóstico muito mais promissor do que se pensava ser possível. O retardo é geralmente considerado resultado de um dano biológico invasivo tão severo que as crianças necessariamente serão classificadas nos percentuais mais baixos em todas as suas capacidades mentais, capacidades motoras, habilidades verbais e espaciais, etc. Um exame mais minucioso, entretanto, revela que essas crianças, também, apresentam uma série de diferenças individuais, com algumas mais fracas e algumas mais fortes em capacidades verbais *versus* espaciais ou capacidades motoras e assim por diante. Trabalhar com essas diferenças, brincar com as forças pessoais das crianças enquanto lentamente se corrige suas fraquezas, tem ajudado muitas a se saírem muito melhor do que o esperado.

A necessidade de adaptar a experiência às diferenças individuais é particularmente importante na educação precoce. Por exemplo, há uma porcentagem de crianças que têm problemas para ler e estão então em risco para falhas de aprendizagem relacionadas em matérias que requerem leitura, como história e estudos sociais e então se tornam desencorajadas, envolvendo-se em problemas de comportamento e correndo o risco de abandono da escola, etc.

Quando as crianças não respondem aos métodos de leitura de rotina, mesmo quando fornecido com mais sistematização e intensidade, é freqüentemente porque elas têm dificuldades em processar sons. Não conseguem discriminar sons sutis e, portanto, têm dificuldades em relacionar o que ouvem com as letras que vêem. Outras crianças têm problemas com a percepção das próprias letras, mas a grande maioria tem dificuldade com a discriminação do som. Para essas crianças, uma abordagem baseada na percepção do fonema, que as ajuda primeiro, a aprender como discriminar sons e então relacioná-los à percepção visual de formas e letras, parece funcionar muito bem. Em uma variedade de estudos de pesquisa, foi demonstrado que tal abordagem ajudava crianças que achavam difícil ler, a aprender e, na verdade, até a gostar de ler.<sup>9</sup> Similarmente, há crianças que têm dificuldade para dominar conceitos matemáticos, não tanto devido à incapacidade de memorização desses fatos, mas devido à dificuldade com processamento visuo-espacial, de modo que elas têm dificuldade em conceber o conceito de quantidade. Aqui, abordagens que combinam forte interesse emocional em objetos particulares, como moedas ou biscoitos, com o uso da capacidade da criança de visualizar quantidades ou distâncias (ou, no caso, quantidades de tempo) parecem fornecer as

bases para melhorar as habilidades matemáticas. Como exemplo final, crianças que têm dificuldades com planejamento e encadeamento motor, têm dificuldade para escrever quatro ou cinco frases em seqüência que estejam todas relacionadas entre si. O entendimento do problema fundamental fornece o caminho para a correção, ao invés de simplesmente treinar a criança a memorizar, por exemplo, a gramática.

A moda atual de volta ao fundamental e a horários escolares prolongados, infelizmente, está afastando a educação do reconhecimento de diferenças individuais e levando a uma abordagem "tamanho único". Simplesmente fazer mais do que não está funcionando, não será de grande ajuda, nem se pode ensinar uma criança simplesmente fazendo provas. Da mesma forma, maior responsabilidade sem inovações de ensino, provavelmente não produzirá melhores resultados, pois (como diz o velho ditado) pesar uma vaca repetidamente não a fará engordar. A avaliação pode ser uma parte muito valiosa da aprendizagem, se ela permitir que os professores saibam quão bem seus métodos estão funcionando e permitir que alunos e pais saibam o que está sendo dominado e não-dominado. Nos melhores tipos de avaliação, a criança está constantemente aprendendo e avaliando, como uma demonstração para si mesmo e para os outros de seu domínio do material.

Quando nos focalizamos em diferenças individuais na educação, nos focalizamos nos processos centrais, como processamento auditivo e linguagem, pensamento visuoespacial, planejamento e encadeamento motor (denominado de *habilidades executivas*) e modulação sensorial, bem como diferentes níveis de pensamento abstrato que as crianças precisam dominar para serem bem-sucedidas academicamente, bem como social e emocionalmente. Freqüentemente negligenciamos essas diferenças individuais ou capacidades de processamento fundamentais que sustentam toda a aprendizagem e educação enquanto enfatizamos a memorização de fatos. Para aqueles que dizem: "Bem, pelo menos eles deveriam saber quem foram Grant ou Lincoln ou Washington", a resposta tem de ser que essa é a abordagem errada. Não há "pelo menos". Se deixarmos as crianças com apenas alguns fatos isolados, elas ainda serão deficientemente educadas. Elas certamente precisam saber quem foram Washington, Lincoln e Grant, mas precisam conhecer esses nomes no contexto de conceitos de história. Para entender conceitos, elas têm de ser leitores sólidos, bons pensadores visuoespaciais e solucionadores de problemas abstratos avançados. Não há atalho para essas habilidades básicas, que estão por baixo de toda a aprendizagem. Voltar ao fundamental, portanto, deve significar uma volta aos processos básicos que sustentam toda a aprendizagem.

Para um sistema educacional ou um professor individual assegurar o domínio desses processos básicos, seis pressupostos básicos são necessários:

1. A singularidade de cada criança. As experiências de uma criança, em grande parte, determinam o que ela aprende. Para facilitar a aprendizagem e o crescimento mental adequado, as experiências devem ser adaptadas ao sistema nervoso central "individualmente diferente" da criança. As crianças são diferentes no grau de domínio das primeiras capacidades do desenvolvimento, como a capacidade de focalizar

e prestar atenção, a profundidade de sua intimidade e relacionamento, a capacidade de ser premeditado e intencional, de resolver problemas complexos, de usar idéias simbólica e criativamente e de pensar lógica e abstratamente. Os padrões familiares, culturais e da comunidade também são únicos. O entendimento desses padrões torna possível construir programas educacionais baseados nas diferenças individuais da criança e de sua família e comunidade.

2. *Famílias e educadores trabalhando juntos.* Uma abordagem de diferença individual não significa testar, rotular e então acompanhar a criança. Educadores e pais deveriam trabalhar juntos para examinar o desenvolvimento da criança, observar seu funcionamento e descrever seu perfil. O ambiente físico, o currículo e o tipo de relacionamento, que incentivarão a aprendizagem são então adaptados ao perfil de cada criança. Como resultado, habilidades sociais e cognitivas são facilitadas, e transtornos são freqüentemente prevenidos. Isso não significa separar ambientes de aprendizagem para cada criança ou grupo de crianças. As crianças aprendem juntas e acentuam o crescimento umas das outras. Os professores podem usar áreas diferentes da sala e módulos flexíveis para criar ótimas oportunidades de aprendizagem para cada uma delas. Para implementar esse tipo de abordagem, os pais precisam ser parceiros na gerência da escola, e a escola deveria estar totalmente integrada dentro da comunidade.

3. *Aprendizagem através de interações emocionais dinâmicas.* À medida que a criança inicia sua educação formal, as interações emocionais dinâmicas são fundamentais para a aprendizagem. O pensamento abstrato, que está envolvido na leitura, compreensão da história, escrita, ciências, estudos sociais e matemática sempre envolve dois elementos: (a) experiências emocionalmente significativas com outras pessoas e com o ambiente social e físico e (b) a capacidade de classificar e refletir sobre interações e expandir essas experiências.

4. *Sem chance para o fracasso.* Crianças que falham em um determinado teste ou exercício precisam ter uma oportunidade de refazer esse exercício. Isso pode ser durante ou após o horário escolar, nos fins de semana ou nas férias de verão; contudo, as crianças não podem simplesmente ser passadas ou mantidas no ensino fundamental por 20 anos. Nenhuma abordagem funcionará. Antes, a abordagem à educação da criança tem de ser alterada até que seja encontrado um caminho que permita que essa criança tenha alguns graus relativos de domínio daquela área específica. A criança, por exemplo, que está tendo problemas com matemática pode precisar de muito tempo para entender o conceito fundamental de quantidade. Mesmo que a meta para essa criança se torne simplesmente competência em adição, subtração, multiplicação e divisão antes do final do ensino médio, pelo menos essa meta valeria o esforço. Portanto, a criança refaz o exercício até entender, mas a cada vez os educadores alcançam um novo entendimento da fonte de suas dificuldades para fornecer uma abordagem ainda melhor à criança. Por exemplo, se ela não é capaz de fazer as lições em casa porque não há apoio ou está desmotivada, atividades após a escola podem ter de ser oferecidas para que ela faça o

trabalho que comumente seria feito em casa. A motivação da criança e a estrutura familiar nesse modelo de diferença individual são consideradas diferenças individuais, variáveis da equação, não considerações morais que podem justificar o fracasso da criança. Antes, a motivação da criança e a desorganização familiar podem ser vistas como desafios a serem vencidos. Outros serviços podem ser postos em ação para apoiar a família se houver caos ou dificuldades familiares extremas, ou se a criança está tendo dificuldades emocionais e sociais severas e corre o risco de abandonar a escola e apresentar comportamento delinqüente subsequente. Outros apoios e ajuda da comunidade são sugeridos no Capítulo 6.

O respeito pelas diferenças individuais não prejudica a responsabilidade individual. Paradoxalmente, nesse modelo de diferença-individual, a responsabilidade individual é muito maior do que em qualquer outro modelo. Não se permite que as crianças se escondam na passividade, na impotência, ou em comportamentos mal-adaptativos. Suas responsabilidades individuais são desafiadas através de ajuda e estrutura extra. Ninguém aqui pode ser omissos – nem a criança, nem os educadores, nem as famílias.

Nós (SIG) desenvolvemos um modelo de diferença-individual baseado no relacionamento (ou o modelo DIR), no qual as crianças são entendidas em termos de suas capacidades de desenvolvimento, suas diferenças individuais e dos relacionamentos interativos provavelmente úteis para elas (bem como aqueles que estão ocorrendo no presente e que poderiam estar prejudicando seu desenvolvimento).<sup>10</sup>

O Modelo DIR tornou-se a base para uma nova organização, o Conselho Interdisciplinar sobre Transtornos do Desenvolvimento e Aprendizagem (ICDL), com Conselhos Regionais na maioria das cidades norte-americanas. O ICDL trabalha para melhorar os serviços para crianças (e famílias) com transtornos do desenvolvimento e aprendizagem e publicou recentemente o *Clinical Practice Guidelines* para crianças e famílias com necessidades especiais, incluindo autismo e transtornos relacionados.<sup>11</sup> Esse tipo de abordagem não necessariamente recompensa o estudante talentoso mais do que o estudante mais lento. Ela recompensa a ambos por fazerem parte do processo de aprendizagem. Cada um pode alcançar um alto nível de auto-estima por terem um senso relativo de domínio em termos de onde começaram e o que realizaram. Nessa atmosfera, as crianças aceitarão uma abordagem que as ajude a aprender. Quanto mais pudermos individualizar e ajudar as crianças a trabalhar com métodos inovadores até que elas dominem determinado material, mais rápido chegaremos a um nível mais elevado de realização educacional e auto-estima para todas elas.

5. *Grupos pequenos.* Esse modelo de diferença-individual exige que as crianças sejam educadas em classes muito menores do que as que existem hoje. Classes de 25 e 30 crianças não conduzem à aprendizagem. Na maioria dos casos, apenas crianças que são capazes de aprender basicamente sem a ajuda da escola aprendem bem nessas classes maiores. Para ajudar estudantes talentosos a atingirem seu potencial total, estudantes médios a se saírem melhor do que estão se saindo agora, e crianças com dificuldades a se tornarem competentes são necessárias classes pequenas para todas elas.

6. Construindo a base a cada dia. Já falamos que cada criança tem seu próprio perfil de processamento em termos da forma como ela assimila e compreende informações e se comunica e pensa. Essas capacidades de processamento são os alicerces ou as bases para leitura, matemática, escrita e todos os tipos de pensamento acadêmico, bem como social. Atualmente, a tendência é lidar com esses alicerces informalmente, como parte dos processos aplicados a diferentes matérias. Entretanto, uma vez que esses processos são mais implícitos do que explícitos, professores e alunos freqüentemente não estão suficientemente conscientes de quais deles vêm facilmente e quais requerem trabalho e prática extra. Os alicerces fundamentais, sobre os quais estamos falando, incluem processamento auditivo (a capacidade de assimilar e decifrar o que se está ouvindo), processamento visuoespacial (a capacidade de assimilar e decifrar o que se está vendo e de negociar o mundo físico à nossa volta – isto é essencial para matemática e ciências, bem como para leitura), modulação sensorial (a capacidade de processar informação sem ser hiper-reativo ou hiporeativo em cada um dos cinco sentidos), e planejamento e encadeamento motor (a capacidade de organizar e encadear seqüência, ações e pensamentos – um componente importante do que é denominado *funções executivas*). Visto que essas capacidades básicas de processamento sustentam os fundamentos acadêmicos, um quarto a um terço de cada dia escolar (começando na educação infantil e continuando até o ensino médio) deveriam ser gastos fortalecendo essas habilidades fundamentais. Muitos professores e escolas já implementam essas habilidades informalmente. A chave é tornar a prática mais explícita e mais sistemática.

O conceito de diferenças individuais também tem implicações para nosso sistema de assistência social. Ao fornecer apoios para famílias é importante entender as formas como aqueles com quem estamos trabalhando assimilam, organizam e processam informações, bem como planejam suas ações. O entendimento das diferenças individuais pode fornecer *insights* nos talentos naturais e nas necessidades de treinamento para o trabalho. Além disso, as diferenças individuais na estrutura e apoio familiar podem fornecer informações valiosas sobre o que é necessário em um programa de apoio à família.

O conceito de diferenças individuais é mais importante quando observamos a interface entre serviço social e sistemas legais e nossas abordagens a crianças e famílias com extremas dificuldades. A fim de planejar programas de reabilitação, mesmo quando eles estão ocorrendo no contexto de confinamento devido a atividade criminosa, é imperativo que entendamos as diferenças individuais da criança e da família. O perfil de cada criança pode fornecer uma orientação sobre como ajudá-la. Por exemplo, em um programa com jovens potencialmente delinquentes, um orientador interessado trabalhava com as crianças, voltado às suas necessidades particulares em relação a um novo trabalho, a problemas com membros de suas famílias ou à polícia, à aprendizagem da leitura ou planejamento de ações. O orientador estava lá no local com as crianças, fornecendo sustentação contínua, bem como instrução em áreas de vulnerabilidade ou fraqueza, educativa e vocacional. Após dois anos nesse programa, 80% das crianças seguiram cursos bem-sucedidos na vida adulta, em termos de relacionamentos, família e carreira. Oitenta

por cento das crianças que abandonaram a escola e não tiveram acesso a esse tipo de programa, orientado às diferenças individuais, acabaram ou no sistema de justiça criminal ou no sistema de saúde mental.<sup>12</sup>

O modelo de diferenças individuais também é importante em nosso sistema de saúde mental. Em nossas abordagens de transtornos mentais e saúde mental, demos, até certo ponto, um passo à frente de nossos dados. Temos aplicado rótulos a padrões de problemas e a síndromes diagnosticadas, quando a evidência de que muitos desses comportamentos perturbados realmente se enquadram em síndromes verdadeiras não é ainda convincente. Por tratarmos vários tipos de comportamentos como uma síndrome, e não como padrões de comportamento, tendemos a desenvolver intervenções ou tratamentos, visando à síndrome em vez de visarmos aos elementos subjacentes que podem ser responsáveis por cada tipo. Um bom exemplo é uma criança que se mostra incapaz de prestar atenção. Se nos focalizarmos nas diferenças individuais, podemos descobrir, por exemplo, que essa criança tem problemas com planejamento e o encadeamento motor. Exercícios especiais para melhorar o encadeamento e o planejamento de ações podem ser muito úteis. Por outro lado, uma criança pode também ser hiper-reativa a coisas como som e ruído e pode ficar facilmente sobrecarregada quando frustrada ou ansiosa, e aquela reação pode intensificar uma tendência a reagir mais a outros ruídos e sons, bem como a realizar atividade impulsiva. Reduzir o ruído e as sensações táteis no ambiente, trabalhar o autoconsolo e a auto-regulação e antecipar circunstâncias em que sobrecarga e excitação são prováveis pode ajudar essa criança a organizar, planejar e modular seu comportamento. Por outro lado, se essas diferenças de processamento subjacentes forem ignoradas, e apenas os sintomas superficiais e a “síndrome” forem trabalhados (p.ex., a criança, devido ao seu comportamento, é diagnosticada como tendo transtorno do déficit de atenção), podemos tentar uma medicação orientada à síndrome, como Ritalina. Em uma determinada criança, o resultado pode ser o oposto do esperado devido à sua hiper-reatividade ao ambiente e sua tendência, quando sobrecarregada, de entrar em padrões exagerados de hipersensibilidade e ação impulsiva. Nessas crianças, observamos que às vezes certas medicações tendem a produzir mais agitação e mais impulsividade e, algumas vezes, pensamento grandioso. (Crianças que tendem a ser hiporreativas a som e toque, por outro lado, temos observado clinicamente, quase sempre se beneficiam dessas medicações.) Aqui, temos um exemplo muito bom de como a focalização nas diferenças individuais pode ajudar-nos a planejar mais efetivamente para a criança individual e a importância, se formos tentar um tratamento biológico, de sabermos o que procurar para ver se ele está produzindo efeitos colaterais ou sendo verdadeiramente útil.

Padrões semelhantes podem ser observados em crianças que estão se sentindo tristes e aborrecidas consigo mesmas. Isso pode ser visto como uma síndrome, depressão da infância, ou pode ser examinado no contexto das diferenças individuais da criança. Temos observado que algumas crianças, por exemplo, que desde bebês foram muito sensíveis a variações sutis em seus ambientes, em vez de tornarem-se ativas ou impulsivas tendem facilmente a ficar suscetíveis. Algumas delas

tendem a ter capacidades de processamento visuoespacial mais fracas e capacidades de processamento auditivo mais fortes e são freqüentemente muito sensíveis a variações, mesmo leves, no toque ou no som. Entendendo isso, podemos fornecer-lhes conforto e sustentação extra e também formas de verbalizar e entender suas reações a seus ambientes. Quando somos capazes de trabalhar com as crianças dessa forma, a tendência delas a ficarem tristes e mal-humoradas muda à medida que elas desenvolvem flexibilidade baseada no entendimento de suas diferenças individuais.

Durante a infância a abordagem de diferenças individuais tem vantagens, mesmo quando tratamentos biológicos estão sendo considerados, junto com tratamentos psicossociais. A orientação de diferenças individuais tenta identificar o perfil único de cada criança em sua sutileza e infinitas variações e tenta menos agrupar as crianças em síndromes rotuladas, particularmente quando, conforme indicado anteriormente, as bases para as síndromes não estão tão totalmente estabelecidas como se poderia pensar.

Em resumo, a abordagem de diferenças individuais ao entendimento do funcionamento humano tem o potencial de mudar significativamente nossa forma de pensar sobre crianças e famílias em nossos ambientes educacionais, bem como em nossos sistemas de assistência social e saúde mental.

## DISCUSSÃO

SIG: Nossos padrões de criação de filhos, abordagens educacionais e sistemas de assistência social, saúde física e saúde mental atuais apenas raramente reconhecem ou lidam com diferenças individuais. Além disso, por uma variedade de razões que não são ainda inteiramente claras, talvez devido a ambientes caóticos ou exposição precoce a substâncias que prejudicam o sistema nervoso, cada vez mais crianças parecem demonstrar extrema evidência dessas diferenças individuais.

TBB: Precisamos examinar mais de perto essas diferenças, tanto em termos de interações pai-filho como também em termos do resto do mundo social. A mesma contribuição da criança atravessa todas as linhas – com pais, professores, grupo de crianças, pessoal da creche, etc. Cada uma dessas pessoas tem uma chance de aprender sobre uma criança e de prestar atenção às necessidades particulares dela.

### Reconhecendo as diferenças cedo

SIG: Em nosso modelo *Touchpoints*, cada criança, como parte de um programa de educação, desde a infância, é avaliada periodicamente em termos de diferenças individuais e necessidades do desenvolvimento. Essa avaliação requer cooperação entre departamentos de saúde e educação e sugere um novo conceito do que significa educação. Partindo do princípio de que toda criança deveria ser educada a partir dos cinco anos de idade, retrocedemos até a pré-escola no programa "Head Start" e agora no "Early Head Start", através de subvenções

do governo para números limitados de crianças. O passo seguinte é adotar o conceito de que essas avaliações precisam começar no nascimento, talvez através de cobertura de seguro obrigatória (como parte do cuidado do bebê com especialistas adequadamente treinados em desenvolvimento em um consultório pediátrico). Gostaríamos de ver o reconhecimento de que para fazer um trabalho decente temos de entender cada bebê e criança. A resistência é previsível. Alguns considerarão isso uma intromissão na família ou na autoridade parental. Mas isso precisa ser visto como uma extensão do cuidado de saúde.

TBB: Sim, apoio e não intromissão. Precisamos entender cada família suficientemente bem a fim de podermos ajudar a criança a desenvolver-se. Temos de dar às famílias um objetivo que seja positivo. Se entrarmos, olharmos para elas de cima, anunciarmos o que está errado e prescrevermos as coisas de que elas necessitam, isso será sentido como uma intromissão. Se, em vez disso, adotarmos uma abordagem transacional e dissermos: "Queremos entender como vocês estão, como podemos apoiá-los e nos unir a vocês para ajudar seu filho a ser forte e saudável e a aprender bem", acho que teríamos menos resistência. Ainda teríamos o remoto direito de nos intrometer, mas acho que teríamos uma melhor chance de atingir a maioria dos pais – certamente aqueles que estão mais vulneráveis e desesperançados. Teremos uma melhor chance de conquistá-los, se tivermos tal abordagem.

Eu estabeleceria um modelo positivo de alcance no qual a criança é seu foco e sua linguagem, e no qual você vê pai e filho periodicamente por razões de saúde e psicológicas para ver como eles estão indo, não para mudar, ou modelar, ou qualquer coisa parecida. Esse é o foco de nosso programa *Touchpoints*. Também estamos tentando mudar a forma de treinar pediatras, enfermeiros, funcionários de creches e professores. Precisamos de um modelo transacional elevado, sensato, que eu acho que é absolutamente antitético a todo o treinamento que estamos dando. Precisamos nos perguntar: "Tudo bem, com que freqüência precisamos ver uma família e verificar se eles vão fazer isto por conta própria, ou precisam da ajuda que podemos dar a eles". Em uma curva de efetividade, a utilidade das visitas diminui? Nessas visitas, os profissionais poderiam encontrar-se com a família e avaliar os níveis de desenvolvimento, bem como as necessidades individuais. Poderíamos conseguir uma determinação muito boa sobre o quanto as pessoas necessitaram e o quanto elas não necessitaram. Nem todo mundo precisa de todo esse alcance, mas um modelo nos ajudaria a identificar as diferenças.

Atualmente, nosso modelo baseia-se no conceito de que você amontoa todo mundo, e os estranhos se tornam óbvios, e então você os trata a um nível sintomático. Isso não vai funcionar e não tem funcionado. As diferenças podem ser identificadas cedo. Então não temos que colocar todos os nossos recursos neles. Trabalhamos com eles desde o início. Stanley, os programas que você criou fazem a mesma coisa. Podemos aprender muito, tanto com a corrente normativa quanto com as correntes de crianças excepcionais. Mas não vai ser encaixando todo mundo num "tamanho único"; tem de ser um trabalho individualizado desde

o início. Isso significa que podemos treinar profissionais – assistentes sociais e médicos – para perceberem do que as famílias precisam. Também devemos treiná-los para estabelecer um relacionamento com cada família, baseado na cooperação, com todos trabalhando para o melhor resultado da criança.

SIG: Digamos que não estivéssemos fazendo nada. Como estabeleceríamos o sistema? Como você treinaria e quem seria treinado?

TBB: Bem, eu treinaria todo mundo. Há diferentes níveis de treinamento. Treinamos os treinadores e eles treinam aqueles que vão fornecer o cuidado. Eles oferecem treinamento em nível de comunidade. Há também treinamento em nível de especialista. Os especialistas, como fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, necessitam apenas suplementar o que já estão fazendo, uma mudança para uma abordagem orientada à família e ao relacionamento.

Em nosso programa, enfermeiros, pediatras, assistentes de médicos, médicos de família, etc. recebem treinamento universal. Eles têm se reunido e conversado sobre relacionamentos – como iniciá-los, como usá-los e como procurá-los em cada ponto vulnerável. Eles recebem um curso rápido em desenvolvimento infantil que podem utilizar em seu trabalho com os pais.

No centro de nosso programa estão essas ocasiões que chamamos de *Touchpoints*. Esses são os momentos vulneráveis, como as regressões normais no desenvolvimento de uma criança, que nos dão uma oportunidade de penetrar no sistema familiar e nos unir aos pais para entender o desenvolvimento da criança.

SIG: Voltemos ao que estávamos discutindo antes – todo futuro pai sendo educado, presumivelmente na escola. Um casal decide se casar e estão pensando em ter um filho. Em nossa sociedade ideal, onde começamos com eles? Começamos todo aquele processo com os pais aprendendo o que significa ter um bebê nos anos de ensino fundamental? No momento em que esse casal está pensando em ter um bebê, eles deveriam ter uma certa quantidade de educação no desenvolvimento e criação de uma criança. Então iniciamos o *Touchpoints* no período pré-natal, com educação para o parto e o obstetra, a enfermeira e todos os auxiliares. Um sistema seria adequado, começando com discussões pré-natais.

TBB: Um outro momento-chave é a visita domiciliar em sete dias. A depressão pós-parto é esquecida com as permanências curtas no hospital. Não são apenas os bebês que necessitam de uma avaliação em sete dias, para ver se estão anêmicos ou com sintomas de abstinência de drogas ou desidratados. Você também se preocupa se a mãe está extremamente deprimida ou não. Você tenta incluir o pai também.

Eu começaria bem do início com um modelo como nosso programa *Touchpoints* para chegar até as pessoas e tentar trazê-las para dentro do sistema. Então poderíamos observar não apenas o desenvolvimento físico do bebê, mas também o desenvolvimento emocional e cognitivo, com participação na interação familiar.

O primeiro passo seria a prevenção. O segundo seria a avaliação para sabermos exatamente como está a criança. Se você tiver dois ou três pontos de avaliação ao longo do caminho, terá o que eu chamo de uma curva de recuperação.

Isso lhe dá um posição sobre as coisas que vão prosseguir direito, não importa o que faça, e também as coisas que nunca mudarão, e também aquelas que você pode ser capaz de ajudar. As questões de ajustamento entre pai e filho e de vínculo são as que estão realmente abertas à intervenção. Mas primeiro temos de trazer as famílias para dentro do sistema – um sistema preventivo. Parte dessa necessidade mínima de experiências adequadas é um sistema de cuidado-da-criança-cuidado-de-saúde que pode identificar incompatibilidade, e as crianças cujo nível de desenvolvimento e temperamento não estão sendo reconhecidos.

### Serviços preventivos

SIG: Podemos produzir um plano de jogo, um programa de alcance baseado na comunidade. Por exemplo, o que precisamos para uma criança que não está formando um relacionamento emocional com seus pais?

TBB: Quem são as pessoas que vão ter de mudar o que estão fazendo para realizar isso? Isso tudo deveria ser incluído em um sistema de creche ou escolar? Que burocracia trataria disso, ou precisamos de uma nova abordagem?

SIG: Quando a criança chega à idade escolar, há alguns serviços incluídos no sistema escolar. Deveríamos pedir às escolas para fazer mais, ou deveríamos pedir ao departamento de saúde? Que tipo de serviços precisamos para prevenir resultados calamitosos? Digamos que identificamos uma criança aos 18 meses que tem sérios problemas de linguagem receptiva, que tem baixo tônus muscular, e está em uma família caótica. O que precisamos para cuidar disso?

TBB: Todo mundo tem de aprender a falar a língua da criança e preocupar-se com seu desenvolvimento ideal. Nosso conceito de *Touchpoints* não é apenas para os provedores de creches ou provedores de saúde preventiva. É para telefonistas, motoristas de ônibus escolar e para todos na comunidade, envolvidos com a criança. Eu diria que precisamos tornar a comunidade cordial e orientada à criança, e orientada, também, para dar apoio aos pais. Então vamos em busca das coisas que já aprendemos – classes de educação para o parto, mais tarde o tipo de grupos de mães estabelecidos pela Coalisão de Recurso Familiar.<sup>13</sup> Tenho recomendado a nossos provedores do *Touchpoints* que eles tragam mães com bebês da mesma idade a cada visita, a fim de que elas se sentem na sala de espera juntas e conversem sobre o que está acontecendo. Dessa forma, elas se tornam um grupo igual que passa exatamente pelas mesmas experiências durante o desenvolvimento da criança.

SIG: Devemos recomendar que esses serviços sejam fornecidos através de hospitais, como nas classes de educação para o parto, ou sejam desviados para alguma outra coisa, por exemplo, educação?

TBB: Quando serviços de intervenção precoce são indicados, ou problemas de desenvolvimento aparecem, você tem de incluir outras disciplinas. Elas têm de estar disponíveis para você. Estas, bem como a educação pré-natal, provavelmente precisam vir sob a cobertura da saúde. Outras disciplinas precisam ser retreinadas para procurar relacionamentos, e não informação didática.

SIG: A educação ideal, que permitiria que os próprios pais reconhecessem o desenvolvimento e as necessidades individuais de seus filhos, precisa começar com a educação pré-natal e então a gravidez e continuaria através da infância e adolescência com reavaliações periódicas. A questão é: Que tipo de serviços de apoio necessitamos para fazer tudo isso? Digamos que você descubra que uma mãe está muito deprimida, achando que seu bebê e ela não vão conseguir. O pai está irritado e há muitos problemas conjugais. Uma vez que nós provocamos isso, é mais do que justo escutarmos e entendermos.

TBB: Em nosso sistema atual, uma mãe poderia conseguir algumas sessões com uma assistente social se ela realmente se esforçar para isso. Eu preferiria ter um grupo de pessoas que trabalhassem juntas, como uma clínica de saúde mental infantil. Isso envolveria um assistente social, um neonatologista, um terapeuta familiar e um psiquiatra ou especialista em desenvolvimento infantil que poderiam identificar problemas. Você precisa ter todas essas pessoas disponíveis, e elas precisam trabalhar em equipe.

SIG: Se uma mãe tivesse outros problemas psiquiátricos, ou estivesse clinicamente deprimida, ela necessitaria de um profissional da saúde mental para trabalhar com ela e seu marido. Se houvesse apenas ansiedades típicas, então fazer parte de um grupo pré-natal com outras mães e pais poderia ser suficiente. Isso ficaria a cargo do sistema de saúde. E aqui entramos em uma outra questão: o que seria obrigatório? O que deveria ser coberto pelos planos de saúde? Se houvesse diretrizes federais que dissessem que os seguros de saúde tinham de cobrir esses serviços, eles os cobririam. Se não fosse obrigatório, eles não cobririam.

TBB: Antes de fazer isso, você tem de mudar toda a visão do sistema de saúde para uma abordagem preventiva, abrangente. A menos que se faça isso, não vamos conseguir que um plano de saúde, ou qualquer outro agente, pague por isso. Nosso cuidado de saúde hoje é feito de *band-aids* caros quando há problemas. Nós não provamos que a prevenção vai poupar um monte de dinheiro no final, que é o que motivará a mudança.

SIG: Precisaríamos definir aqui o que é necessário. É fácil falar em prevenção, e é difícil fazer prevenção.

TBB: Bem, por exemplo, logo após o nascimento, no hospital, todos que cuidam da mãe e do bebê deveriam ser treinados na minha escala NBAS e deveriam compartilhar a escala com a mãe. É questão de apenas 10-15 minutos. Nós reduzimos a expectativa do tempo necessário para a escala para difundir mais o seu uso.

SIG: Você está recomendando que isso seja feito por uma *doula* ou alguma enfermeira no hospital? Você também estaria incluindo os tipos de coisas que Marshall Klaus e John Kennell recomendam em termos do processo de nascimento, com o período de vinculação e o contato de pele?<sup>14</sup>

TBB: Eu daria escolhas para a pessoa. Algumas mães querem o bebê logo, e outras não. A mesma coisa em relação a uma *doula*. Elas podem ser um enorme apoio, mas eu não seria rígido sobre isso. O principal é dar escolhas às pessoas e realmente explicar suas opções, não apenas "Você quer isto?" ou "Você quer aquilo?" e "Se quiser, assine aqui".

SIG: Eu concordo. Essa é a exata forma de fazer isso. O conceito de diferenças individuais se estende a escolhas da família, bem como aos bebês. Se usarmos o conceito da sintonia com as necessidades e diferenças individuais na hora do nascimento, por exemplo, podemos ver que há muitas experiências que são úteis para muitas mães e bebês, como a capacidade de ter um acompanhante no parto ou alguns minutos com o bebê no colo após o nascimento. Essas coisas precisam ser exploradas com as mães no período pré-natal como parte do programa *Touchpoints* pré-natal. Então os hospitais deveriam ser flexíveis para tornar tais experiências disponíveis, adaptando as experiências às diferenças individuais.

TBB: Algumas dessas escolhas não são escolhas que todas as mulheres poderiam permitir-se, a menos que elas fossem obrigatórias e cobertas por seguro – uma *doula*, por exemplo.

SIG: Temos de identificar aquelas coisas que acreditamos que sejam especialmente úteis e que deveriam fazer parte das opções. Poderíamos também defender que a avaliação de diferenças individuais começasse no período pré-natal, observando os níveis de atividade do bebê. Uma mãe precisa saber que pode dizer muito pelos ciclos e estados do bebê no útero. Podemos eventualmente saber que se o bebê é muito inativo pré-natalmente, isso pode ser um sinal de que o bebê está em risco para certos tipos de dificuldades. Pode haver coisas que podemos fazer que ajudarão o bebê a ser um pouco mais ativo. O *feedback* da experiência uterina ainda não foi explorado. Seria um estudo maravilhoso para alguém fazer – identificar bebês que estão inativos pré-natalmente e tentar uma determinada série de exercícios físicos com a mãe e ver se eles fazem diferença. Então, quando a avaliação neonatal fosse feita no nascimento, se houvesse uma diferença entre aqueles que receberam intervenções pré-natais e aqueles que não receberam, isso abriria uma grande área.

TBB: Ainda é preciso muito coisa. Temos de ter um consultor de lactação disponível. Mencionamos a visita domiciliar dos cinco a sete dias por uma enfermeira que seja treinada na avaliação neonatal e que poderia demonstrar como ficar em sintonia com o nível de desenvolvimento e temperamento do bebê. Então mais uma vez, na terceira semana, deveria haver uma outra visita.

SIG: Eu acho que nesse ponto precisamos debater um pouco mais sobre os serviços de apoio necessários. À medida que identificamos os casos diferentes ou extremos, precisamos que aquela equipe a que nos referimos anteriormente reúna as diferentes disciplinas. A intervenção que temos agora não é adequada. Digamos que um bebê seja identificado aos seis meses com baixo tônus muscular, que o coloca em risco para problemas de linguagem, cognitivos, de desenvolvimento motor, sociais e emocionais. Se o bebê estiver em um programa de acompanhamento hospitalar para prematuros, ele talvez receba alguma fisioterapia ou terapia ocupacional relacionada ao programa. Se a criança for encaminhada para uma intervenção precoce, um programa de 0-3, em muitos locais tudo o que provavelmente acontece é uma visita domiciliar uma vez por semana ou uma vez a cada duas semanas. A pessoa pode não ter sido treinada em fisioterapia

ou terapia ocupacional, mas dá à mãe algumas idéias sobre como brincar com o bebê. Isso pode não ser muito mais do que o que a mãe pode ler em um livro. É altamente variável no momento, e as chances daquele bebê estar em um programa completo são mínimas. Um bebê com baixo tônus muscular vai precisar de mais de uma visita por semana. Será necessário um especialista que trabalhe interativamente para descobrir como atingir aquele bebê hipotônico. Atualmente, isso não existe. Não temos muitas pessoas treinadas para fazer esse tipo de trabalho. Não há consciência suficiente de que uma vez que você identifique um risco físico, existe também o risco de problemas de interação e atrasos no desenvolvimento emocional e intelectual. Se um bebê não está interagindo, ele não está aprendendo a ser premeditado e intencional e não está devolvendo vocalizações. Você precisa monitorar o desenvolvimento motor, de linguagem, social, emocional e cognitivo para ver se será necessário um trabalho adicional quando o bebê ficar um pouco mais velho. Pode ser necessário trazer um patologista de fala para trabalhar as habilidades motoras porque o bebê não consegue fazer sons, embora as interações estejam melhorando.

Também precisamos identificar se a causa do problema está em outro lugar. Talvez haja uma mãe viciada em drogas, que não trará a criança para a fisioterapia, ou a criança tem baixo tônus muscular devido à privação emocional (não por razões físicas), ou a criança pode ser fisicamente maltratada, porque o namorado da mãe está irritado.

TBB: Tudo isso pode geralmente ser reconhecido nas avaliações *Touchpoints*. Esses atrasos no desenvolvimento motor e a hipersensibilidade ou disfunção em outras áreas poderiam ser trazidas à tona se o pai tivesse um bom relacionamento com seu provedor.

Precisamos de mais e melhores profissionais para locais de intervenção precoce. A lei federal 99-457<sup>15</sup> (1978) forneceu subsídios para crianças com atraso e prejuízos. A intervenção precoce para essas crianças e seus pais era vista como um direito. Os Centros de Intervenção Precoce que estão disponíveis na maioria das cidades e podem ser contactados através de qualquer hospital infantil estão disponíveis para qualquer pai que suspeite que seu filho não está progredindo. Quanto mais cedo as crianças forem identificadas, maior a probabilidade de elas fazerem progressos. A Fundação para Paralisia Cerebral tem sido uma grande apoiadora desses centros. Ela publicou um estudo que demonstrou a sensibilidade dos pais ao progresso de seus bebês. Se os pais encaminhassem seus bebês para intervenção, eles seriam encaminhados no máximo aos quatro meses. Se isso fosse deixado a cargo de provedores (como pediatras), eles não seriam encaminhados até os 16 meses. Muito frequentemente, um médico pode dizer: "Não se preocupe. Ele vai superar isto". Os programas de intervenção precoce nos ensinaram muito sobre desenvolvimento e os benefícios da intervenção para pais e filhos.

SIG: O que é adequado agora, no tocante aos serviços, é uma aliança mais livre. Se, por acaso, o abuso pelo namorado da mãe for identificado, o serviço social pode envolver-se e pode haver alguma avaliação sobre a necessidade de adoção ou

não. Um centro de saúde mental comunitário que não tem experiência com bebês pode envolver-se e não saber o que fazer.

TBB: Um bebê que vem para avaliação de três semanas ou seis meses está realmente à mercê de quem quer que seja o cuidador primário. Em um bom exemplo – digamos, em Boston no Hospital da Criança – a família teria acesso a todos os diferentes departamentos. Contudo, gostaríamos de ter mais profissionais, pessoas que se conhecessem e soubessem como trabalhar com famílias e crianças. Dentro de seus relacionamentos, eles poderiam levantar questões sobre desenvolvimento precocemente, enquanto há plasticidade e uma melhor chance de recuperação de traumas no nascimento e durante o parto.

SIG: O Hospital da Criança é um dos melhores dos Estados Unidos. O que acontece lá se um bebê de seis meses é trazido – e o médico observa que ele tem baixo tônus muscular e está atrasado para sentar (mas não o suficiente para ser chamado de paralisia cerebral)? A mãe está bastante deprimida, mas consegue fingir uma cara boa para a visita. O pai é um alcoolista. O que provavelmente acontecerá no melhor hospital norte-americano nesse momento?

TBB: Nada, até que o bebê apresente mais problemas do que aquele. Nós nem sempre falamos com eles preventivamente, nem fazemos avaliações. Essa é uma das coisas que estamos tentando fazer – que as pessoas venham para nosso treinamento e comecem a observar estes sinais aos dois e aos quatro meses e meio. Elas aprendem sobre os sistemas motor, cognitivo e afetivo e observam cada um deles. [Ver Apêndice para orientações do programa *Touchpoints*.]

SIG: O treinamento é realmente crítico. Se você não perguntar a uma mãe sobre seu marido, não ficará sabendo que ele bebe. Se não observar cuidadosamente a interação pais-bebê, você não perceberá que o bebê não se relaciona ou é intencional. Mesmo quando uma avaliação adequada é feita, provavelmente nada acontecerá, porque não há equipe de apoio. O plano de saúde pode não pagar por serviços relacionados a problemas de desenvolvimento.

TBB: Alguns provedores podem simplesmente considerá-los genéticos e deixam ficar por isso mesmo. Um de nossos objetivos, em nosso programa *Touchpoints*, é treinar profissionais para identificar essas condições. Estamos agora treinando enfermeiras em muitas escolas de enfermagem e, em duas escolas de medicina estamos treinando jovens médicos para avaliar recém-nascidos. Esperamos que isso aumente os encaminhamentos para intervenção precoce, e não tardia, quando os déficits já estão fixados. As observações compartilhadas com os pais podem alertá-los para o comportamento de seus recém-nascidos e ajudá-los a confiar no provedor.

SIG: Mas mesmo se esses indivíduos treinados identificarem problemas, no momento as crianças provavelmente são encaminhadas a serviços nos quais precisam esperar na fila. Eles não terão consultas suficientes, e a maioria dos provedores não está suficientemente treinada para ajudar. Tem de haver treinamento tanto para aqueles que avaliam quanto para aqueles que formam uma equipe de intervenção.

TBB: Então o que precisamos não são apenas avaliações, mas serviços disponíveis que possam funcionar naquele momento e que dêem alguma esperança às pessoas. Mesmo quando há locais de intervenção precoce com pessoal multidisciplinar, os pediatras podem não ter conhecimento deles.

SIG: Os médicos se sentem mais habilitados se, ao fazerem a primeira avaliação, perceberem que têm uma boa equipe de intervenção atrás deles. Então eles têm mais probabilidade de procurar coisas mais sutis. Que porcentagem de neurologistas pediátricos, pediatras comportamentais ou pediatras gerais acredita que podemos fazer muito em relação a esses problemas? Que porcentagem diria que, mesmo se pudéssemos avaliá-los e tivéssemos uma grande equipe de intervenção, não poderíamos fazer muito em relação a eles? Muitos dirão: "Vamos esperar para ver". Por essa visão, uma criança ou está rumando para problemas do desenvolvimento como autismo, ou vai superá-los; seus genes determinarão o que acontecerá.

TBB: Um grande grupo de pediatras nem mesmo reconhecerá atrasos sutis. Daqueles que o fazem, 1% diz que podemos fazer muita coisa em relação a isso, e 99% diz vamos esperar e ver se o problema não se resolve sozinho. Quando as coisas pioram, não sabemos o que fazer.

SIG: Esse é um ponto muito importante. Há uma necessidade educacional real aqui. Sabemos o que fazer por essas crianças em um estágio precoce.

TBB: Mas você sabe, tudo isso ainda se baseia no modelo patológico, o modelo patológico da faculdade de medicina. Eu gostaria de revirar aquele modelo completamente e dizer: "Procurem as forças das pessoas". O que a mãe de um bebê de baixo tônus traz para você que pode fundamentar como uma força? Ela está realmente desprovida de forças? Ela está tão deprimida que não pode ajudar a criança? Então você olha o bebê e vê por sua expressão e respostas que ele tem alguma motivação, embora seus músculos não expressem. Você diz: "Tudo bem, eu posso fazer alguma coisa em relação a isso porque o bebê está motivado. Agora eu tenho que traduzir aquela motivação em ação. A quem eu chamo para fazer isto?". Você está começando com um ponto de vista proativo, mais do que simplesmente com um rótulo. Se mudarmos o modelo na faculdade de medicina para um modelo mais positivo, uma abordagem de sistemas, então eu acho que estaríamos muito mais prontos para agir. Sem isso, vamos continuar com as mesmas velhas coisas, esperando até que o bebê esteja claramente prejudicado, antes de podermos fazer alguma coisa.

SIG: Tendo um sistema completo apropriado que entenda o nível de desenvolvimento da criança e as diferenças individuais e tendo um apoio disponível, se necessário, você está trabalhando para criar domínio desde o início. Está trabalhando com aquele bebê de baixo tônus e ajudando a mãe a interagir com ele e a ler os seus sinais antes que um transtorno de desenvolvimento sério seja diagnosticado.

TBB: Os locais que tentaram aplicar as idéias do *Touchpoints* a intervenções precoces estão achando que as oportunidades nos primeiros três anos são magníficas. Quando você tem uma mãe que está sofrendo pelo fato de ter um bebê

atrasado ou com algum transtorno, ela provavelmente estará defensiva. Ela escutará um profissional que diz: "Ele vai superar isto", porque ela ainda tem esperança. Mas se um cuidador identifica as forças do bebê antes de atacar a mãe com suas falhas, ela pode ouvir o está sendo dito. Nosso programa *Touchpoints* apóia o domínio do pai, reconhece que o pai é o especialista em seu filho, que todos os pais têm forças, querem fazer o melhor por seus filhos e podem acrescentar alguma coisa a cada estágio do desenvolvimento. Também salientamos que sentimentos ambivalentes são *normais*. Essa abordagem incentiva um relacionamento entre um cuidador e um pai que está sofrendo, e os pais têm mais probabilidade de permanecerem envolvidos.

SIG: Há uma forma muito diferente de pensar. Tentamos fazer com que os planos de saúde cobrissem isso e tentamos fazer com que o governo fornecesse serviços para aqueles que não têm planos de saúde ou pertencem a alguma associação.

TBB: Há um outro modelo no programa Passos Saudáveis que Margaret Mahoney, do Fundo das Nações, tem defendido.<sup>16</sup> Você tem especialistas em desenvolvimento infantil, em escritórios do HMO\*, que podem determinar em que nível de desenvolvimento os bebês estão e que os testam enquanto eles estão na sala de espera. Eles são psicólogos e fazem parte da equipe do HMO. Os pais aprendem a confiar neles como conselheiros sobre o desenvolvimento de seus filhos. Os pediatras no HMO se sentem apoiados e estão dispostos a discutir questões de desenvolvimento mais freqüentemente com os pais. Esse é um modelo muito bom.

SIG: Como você diz, os HMOs teriam de ser convencidos de que lhes pouparia dinheiro a longo prazo fornecer esse tipo de serviços. Mas olhando isso do ponto de vista do HMO, se a falha for largamente psicológica, social e emocional, o HMO pode acabar não pagando o custo. Ela pode resultar do sistema escolar, das prisões, dos serviços de saúde mental, etc. Talvez o governo pudesse dizer que haveria bônus para cada HMO que produzisse cidadãos saudáveis. Por outro lado, quando os HMOs não estivessem atentos a tais coisas, poderia haver penalidades, talvez contribuições para programas educacionais ou de educação especial. O problema é criar um incentivo. Idealmente, os diferentes sistemas – saúde, educação, serviços sociais – trabalhariam juntos, arcando juntos com as responsabilidades. Estou tentando pensar sobre como você muda as atitudes das pessoas rapidamente. Se você fosse um plano de saúde e tivesse de se preocupar com como tal criança estará se saindo na escola aos sete ou oito anos e pagar uma multa se a criança não puder aprender, eu acho que isso motivaria alguns. Se o pessoal dos planos de saúde achasse que teria de pagar o professor particular no futuro, isso poderia ser um incentivo para trabalhar com a criança agora.

TBB: Eu não acho que os planos de saúde podem pensar em tão longo prazo. No máximo um ou dois anos à frente, eu acho.

\*N. de T. É um seguro saúde em grupo, feito por empresas para seus funcionários.

### Diferenças individuais no sistema escolar

SIG: Quando as crianças ficam um pouco mais velhas, quais deveriam ser as responsabilidades do sistema educacional, para aumentar as responsabilidades médicas?

TBB: Penso que deveríamos ter nossos assessores mais altamente treinados, especializados trabalhando nos sistemas escolares (aprendemos isso no Head Start). O ensino fundamental deveria ter uma grande quantidade de pessoas treinadas observando aquelas crianças para ver quem está funcionando bem e quem não está. Então, necessitaríamos de sistemas de encaminhamento para recolher os pedaços.

SIG: Que tipo de equipe ou pessoa queremos nas escolas para levar adiante essa filosofia?

TBB: Alguém que olhe a criança como um todo. Seria um psicólogo infantil com treinamento em desenvolvimento. A pessoa poderia dizer o estágio de desenvolvimento, temperamento e diferenças individuais da criança e criar algum quadro do lar para cada criança na classe.

SIG: Aquela pessoa trabalharia através do sistema de saúde ou através do sistema educacional?

TBB: Penso que isso deveria ser feito através de ambos: primeiro através do cuidado materno do bebê no sistema de saúde e, então, assim que a criança ingressasse na escola. Se você os tiver no Head Start, então começa lá de trás. Nós comprovamos isso fazendo o que podíamos, o que não era muito. O Head Start fez uma diferença no resultado futuro das crianças.

SIG: O modelo *Touchpoints* poderia continuar até a adolescência, de modo que o pessoal da escola estaria colaborando com a saúde da pessoa.

TBB: Nós ainda não entramos no sistema escolar, mas certamente estamos vinculados às creches, e tem funcionado muito bem. O pessoal da creche pergunta para uma mãe: "Seu bebê de um ano está se levantando durante a noite?" e a mãe diz, "Sim, como você sabia?" "Porque ele está se esforçando tanto para aprender a andar durante todo o dia, que deve estar acordando à noite, e deve ser difícil alimentá-lo". A mãe diz, "Uau, ela conhece meu bebê!" e se torna envolvida na creche de uma forma que não era antes.

SIG: As escolas públicas têm de adotar uma mudança conceitual aqui. O sistema escolar público e, de certo modo, o sistema de creches realmente vêem-se como puramente educacionais. Eles têm de mudar seus objetivos, assim como o sistema de saúde precisa ampliar e considerar relacionamentos, interações e desenvolvimento socioemocional como parte do cuidado de saúde. Similarmente, a educação não pode ter uma definição estreita de inteligência. Quando você amplia a definição de inteligência, vê a importância dos primeiros relacionamentos. Os relacionamentos interativos são a base de como você aprende a pensar.

Não estamos falando de um pequenos números de crianças quando falamos sobre crianças que têm diferenças individuais especialmente desafiadoras. Embora seja estimado que entre 15 e 20% das crianças têm problemas clinicamente

identificáveis, as que vêm para a escola confiantes, capazes de intimidade, de compartilhar, de empatia e de usar idéias em brincadeiras imaginativas e em discussões reflexivas (em vez de atuar suas necessidades) são provavelmente menos da metade delas.

O alcance da educação deve ser ampliado para considerar todas essas diferenças individuais sobre as quais temos falado. As escolas não podem fechar os olhos a elas. Elas não podem dizer: "Isso é pedir demais da educação. Nosso trabalho é ensinar matemática e leitura". Para a criança entender as relações espaciais envolvidas na matemática, ela deve ser capaz de raciocinar e pensar. Para raciocinar e pensar, ela tem de ser capaz de interagir e comunicar-se com os outros.

TBB: Quando tive a chance de conversar com as pessoas na Associação Nacional de Educação (NEA), elas disseram que no momento estavam muito ocupadas por terem de lidar com problemas de serviço social e de incapacidade de aprendizagem, e que estavam trabalhando além de suas capacidades, e que isso consumia todas as suas energias. Se elas fossem substituídas por especialistas que pudessem assumir o trabalho com as crianças e as famílias que necessitam de ajuda, elas estariam prontas a fazer qualquer quantidade de trabalho diagnóstico. Elas certamente tinham o *know-how*.

SIG: O que os está impedindo de trazer aqueles especialistas para ajudá-los nesse momento? O modelo de prevenção sobre o qual você está falando reduziria o número de crianças em classes de necessidades especiais. Prestando atenção cedo às crianças com dificuldades motoras, de atenção, de linguagem, sociais, emocionais e familiares, reduziríamos os números dos que continuam a necessitar de classes especiais extensivas.

Se você seguisse o modelo preventivo, poderia replanear a educação especial nos Estados Unidos com menos custo e muito mais qualidade. No momento, o modelo de educação especial é exatamente o que você critica – um modelo patológico em que os déficits da criança estão sendo avaliados e rotulados, e os alicerces para o conhecimento não estão sendo assentados. As crianças são "remediadas" para dentro de buracos mais profundos.

TBB: Agora quando as crianças recebem ajuda, elas já foram tão machucadas que estão exaustas e não têm mais esperança.

### Tamanho da classe e diferenças individuais

SIG: Uma das questões que surgem na escola é que tamanho de classe deveríamos ter, se realmente acreditamos em diferenças individuais e em adaptar a abordagem ao sistema nervoso da criança.

TBB: Não tenho experiência como professor, mas nos primeiros anos penso que você começaria com o que dissemos anteriormente para as creches.

SIG: Se você olhar o tamanho das classes nas escolas privadas, muitas têm de 12 a 15 crianças. Isso faz uma grande, grande diferença. Em uma escola privada, muitas das classes tendem a permanecer nessa variação de 12-15. Ocasional-

mente ela subirá para 20 em uma classe popular. Isso é verdadeiro da 1ª série até o final do ensino médio. Minha idéia sobre isso é que há dois grupos de crianças. Há crianças que podem aprender por conta própria. Elas podem basicamente aprender sem escola. Dê-lhes livros, e elas ensinarão a si próprias. As crianças que realmente necessitam ter um professor para ajudá-las a aprender precisam estar em classes de menos de 15 ou 16 crianças. De outro modo, você começará a comprometer o que elas estão aprendendo. As pessoas falam sobre mais tecnologia na educação, em escola de verão para crianças e em dias escolares mais longos e, contudo, elas podem não estar enxergando o problema mais crítico, que a classe é muito grande: 25 a 30 crianças. Você não pode adaptar o trabalho a diferenças individuais com esse tamanho de classe.

Na pré-escola, para crianças de dois anos, eu diria que você poderia ter quatro crianças por atendente. Para crianças de três anos, poderíamos aumentar para cinco crianças e no ano seguinte, até seis crianças por adulto. Poderíamos ter uma classe de 12 crianças com dois adultos. Aos seis anos, poderíamos ter sete crianças por adulto ou até 14 crianças com dois adultos.

Na primeira série, eu manteria o tamanho da classe em 15 ou menos e faria o mesmo para o resto dos anos escolares, até o ensino médio – mais ou menos alguns. Algumas classes poderiam ter 18, algumas poderiam ter 13. Durante as séries fundamentais, eu preferiria dois adultos por classe. Nesse nível, um dos adultos poderia ser um auxiliar. Essa segunda pessoa não precisa ser um professor com treinamento completo. Da 6ª série até o ensino médio, você poderia ter até um adulto para 15 crianças. Você poderia fazer aquela transição de um adulto gradualmente na 5ª ou 6ª série, também.

A maioria das crianças precisa de consideravelmente mais trabalho personalizado para ser verdadeiramente educada. Se estamos falando sobre ajudar mentes a se desenvolver e somos sérios em relação à educação, temos de fazer mudanças. Você não pode cultivar o fator humano. A aprendizagem ocorre através de relacionamentos e interações. Tentar trazer tecnologia ou mais horas de exercício para substituir a aprendizagem interativa de solução de problemas simplesmente não funciona muito bem. O que faz as mentes crescerem é a interação humana. Se você tentar substituir o fato humano por tecnologia, acabaremos desumanizando nossa população. E eles não serão bem-educados.

TBB: Alguns desses números podem não ser realísticos. Para crianças de 2 anos, eu acho que você poderia ir até 6 a 8, e para crianças de 3 anos, 8 a 10. Com as de 4 anos, eu acho que você poderia ter 10 crianças por adulto e, na pré-escola, 12 a 14. Então eu manteria em 12 a 6 no resto da escola fundamental e não ultrapassaria 16 até o final do ensino médio. Mas estamos pedindo algo bastante dispendioso.

SIG: Basicamente, acho que estamos no mesmo comprimento de onda. A idéia é ter classes de tamanho menor durante toda a vida escolar. Você está tentando ser mais realista em termos do que é possível custear, e eu estou tentando ser muito idealista. Nos anos pré-escolares, por exemplo, estou tentando pensar no que é ideal para que essas crianças não fiquem emocionalmente famintas e te-

nham contato adulto suficiente. Se houvesse um adulto para quatro ou cinco crianças, no chão ajudando-as a brincar, entrando e saindo quando necessário, elas teriam uma sensação de segurança, exatamente como as crianças brincando em casa. Estou tentando pensar no que torna uma experiência ideal para as crianças. Você tem algumas crianças da vizinhança brincando em casa, e a mãe entra e sai. Todas as quatro crianças têm acesso a um adulto. Se você tiver 10 crianças, não haverá aquele mesmo acesso ao adulto. Eles dependerão mais da interação criança-com-criança, que é boa até certo ponto, mas deixa lacunas.

TBB: Você está pensando mais nas crianças com necessidades especiais?

SIG: Talvez, no exercício da minha profissão, eu veja mais crianças com incapacidades agudas, mas vejo muitas com dificuldades leves e também na variação normal. Nossas diferenças têm mais a ver com a realidade do que é consolidável. Se você tivesse uma escolha para estabelecer, um programa de creche ou de educação infantil e o dinheiro não fosse problema, e eles quisessem saber quantas crianças seriam ideal para cada atendente, acho que você diria uma para quatro, em vez de uma para oito, para crianças de dois anos.

TBB: Sim, eu diria uma para quatro.

SIG: A questão é, a fim de adaptar experiências ao sistema nervoso e a diferenças individuais da criança, um adulto precisa de tempo para cada criança. Depois da segurança e proteção física e relacionamentos com bastante calor e afeto, nossas duas primeiras necessidades, as crianças necessitam de atenção diferencial.

TBB: Uma das coisas mais trágicas que aconteceu em nosso sistema educacional foi que os pais se tornaram marginalizados. Eles não se sentem mais necessários na educação de seus filhos. A dedicação dos pais à aprendizagem e ao entendimento das necessidades de seus filhos são fundamentais para o sucesso de uma criança na escola. As famílias asiáticas são um bom exemplo disso.

É natural que professores e pais entrem em competição por uma criança com a qual eles se preocupam. Eu chamo isso de *defender sua posição*. Isso ocorre sempre que dois adultos se preocupam profundamente com a mesma criança. Acontece entre pais e entre pais e atendentes. Isso fatalmente ocorre na escola. Mas hoje, especialmente, os pais precisam sentir-se necessários e incluídos na educação de seus filhos. Eles estão tão desgastados por dois empregos que precisamos ainda mais incluí-los nos processos de desenvolvimento, como a educação escolar. Talvez Associações de Pais e Mestres não sejam mais a resposta, precisamos criar urgentemente formas novas de atrair os pais.

#### Educação em casa e diferenças individuais

TBB: Em termos de atenção individualizada, muitas pessoas falam de educação em casa. Tenho recebido centenas de cartas de pessoas falando das vantagens da educação em casa, devido ao que temos hoje no que diz respeito a escolas. Quando me perguntam se eu acho a educação em casa boa para as crianças, saliento algumas desvantagens, incluindo menores chances de socialização. As crianças aprendem tanto umas com as outras que eu me preocuparia com o

isolamento social delas nessa questão. As cartas que recebo falam de afastar uma criança de situações negativas nas escolas e da diferença que isso faz em termos de auto-imagem. Muitos pais enfrentam vários problemas para manter seus filhos em atividades sociais e esportivas. Esses pais defendem suas filosofias e se esforçam para mantê-las.

SIG: Tivemos algumas crianças com necessidades especiais, cujos pais escolheram educá-las em casa com meu apoio; e algumas dessas crianças se saíram notavelmente bem quando seus pais, muito ponderados, assumiram o controle. Alguns contrataram professores particulares para seus filhos durante o dia (outros eram os próprios educadores), eles participavam de grupos de jogos durante as tardes e também estavam envolvidos em atividades, como dança, música ou ginástica.

TBB: Isso pode ser feito. Contudo, pode ser uma prisão. Precisamos continuar trabalhando nas escolas, pois nem todos os pais têm os meios para fazer tudo isso, eles mesmos. Alguns que tentam a educação em casa são provavelmente pais desiludidos que se sentem barrados por nosso sistema atual.

SIG: Os que conhecemos eram pais que foram forçados a isso porque a escola não estava funcionando e eles não estavam encontrando opções decentes. Um dos casos era o de um menininho com paralisia cerebral severa e problemas de linguagem, cognitivos e sociais. Quando eu o vi pela primeira vez, ele tinha quatro anos, mas não tinha capacidade de linguagem ou de planejamento motor e tinha poucas ilhas cognitivas. Ele estava fazendo muito pouco progresso. Ele se relacionava um pouco mais e era um pouco mais intencional, mas o melhor que podia fazer era estender a mão para alguma coisa, ou iniciar um gesto motor. Fazia fisioterapia e terapia de fala, e seus pais estavam tentando fazer o que eu chamo de tempo "no chão" em casa. Mas o programa escolar do qual ele participava não estava funcionando. Ele ficava absorto por horas a fio durante o dia escolar. Seu pais estavam justificadamente preocupados. Eles não tinham conseguido que a escola adaptasse um programa às suas diferenças individuais. Eles diziam: "Uma vez que isso evidentemente não está funcionando, que tal se nós tentássemos um programa em casa, que então podemos realmente individualizar para ele?". Concordei que valeria a pena tentar. Eles não apenas organizaram um programa para casa, mas processaram o sistema educacional e usaram o dinheiro para pagar os professores particulares de que necessitavam em casa. Formaram um programa no qual as quatro ou cinco horas que a criança estava perdendo na escola eram agora dedicadas a interações de aprendizagem individual. Estas tinham três níveis. Um envolvia acompanhar a liderança da criança e envolvê-la em comunicação recíproca. O segundo envolvia algumas situações estruturadas de aprendizagem de solução de problemas que motivavam nova aprendizagem e domínio. O terceiro envolvia atividades motoras, sensoriais e visuoespaciais. Essa criança está agora muito relacionada e intencional, usando palavras e construindo frases curtas, e pode-se ter um diálogo com ela. Essas crianças claramente podem sair-se melhor do que o esperado se tivermos persistência. Mas é preciso um programa adequado. Se deixarmos que elas fiquem

absortas em grandes grupos ou em programas que ignoram as diferenças individuais, nada acontecerá ou seus problemas apenas ficarão piores.

## RECOMENDAÇÕES

- No nascimento: Durante a permanência no hospital, o recém-nascido deveria ser examinado na presença dos pais, com a Escala de Avaliação Comportamental Neonatal. As diferenças individuais e o nível de desenvolvimento deveriam ser explicados, e os planos, estabelecidos se a intervenção precoce parecesse necessária.
- Visita domiciliar: Recomendamos que toda família seja visitada em casa por um enfermeiro especialista em desenvolvimento, para observar a existência de depressão pós-parto, os relacionamentos pai-filho, e a capacidade do pai de adaptar o cuidado às diferenças individuais do bebê. [Ver programa *Touchpoints* nos Apêndices.]
- Cuidado do bebê: Nos primeiros exames, deveria ser dada atenção à formação de relacionamentos, bem como à avaliação de quaisquer atrasos motores ou neurológicos que requeiram ajuda.
- Abordagem preventiva: As primeiras avaliações, durante as quais as forças da criança são salientadas para os pais, deveriam ser usadas para identificar dificuldades ou atrasos antes que eles levem a padrões de falha. As recomendações para intervenção deveriam vir *depois* que o profissional formou um relacionamento de trabalho com o pai.
- Serviços de apoio: Todo pediatra ou enfermeiro que cuida de bebês deveria ser apoiado por uma equipe, envolvendo todas as disciplinas relevantes que dizem respeito a desenvolvimento. Esses serviços deveriam basear-se no entendimento de diferenças individuais, tanto na criança como na família.
- Seguro: Triagem, primeira avaliação e intervenção deveriam ser pagas pelos planos de saúde.
- Educação: A educação deve desenvolver a aprendizagem em torno de um novo entendimento de diferenças individuais na forma como as crianças aprendem e interagem com os outros e com o mundo. Isso inclui as formas como elas assimilam, compreendem, julgam a informação e de como respondem a ela.

O tamanho da classe na educação infantil, no ensino fundamental e no médio deveria tornar possível às crianças a aprendizagem de acordo com seus níveis e estilos individuais e, aos professores, o reconhecimento de forças e atrasos. Isso significaria não mais de 4 a 6 crianças por adulto no terceiro ano (dois anos de idade), 5 a 7 no quarto ano, 6 a 8 no quinto ano e 10 a 12 na pré-escola. No ensino fundamental, o tamanho da classe não deveria exceder 12 a 15 crianças, e nas classes do ensino médio deveria permanecer com 12 a 16 crianças.

As abordagens orientadas ao domínio deveriam substituir as abordagens orientadas à falha no currículo. Os testes deveriam ser usados para identificar que crianças precisam aprender e para mudar os métodos de ensino para essa

criança, não para culpá-la. Programas após a escola, programas de verão e professores particulares deveriam ajudar as crianças a dominar o currículo em uma progressão lógica criteriosa. Uma criança deveria continuar refazendo um teste até ser capaz de tirar um B, ou de trabalhar melhor naquele determinado exercício, com a condição de que ela receba ajuda para dominar o teste e ir adiante. Algumas crianças avançam mais lentamente, outras, mais rapidamente.

Deveria ser feita uma separação entre os princípios básicos de leitura, escrita e matemática e matérias que requerem mais discussão e são mais baseadas no conteúdo e nas quais as crianças podem trabalhar mais em grupos. Os princípios básicos devem ser mais individualizados, de modo que as crianças não acabem se formando no ensino fundamental incapazes de ler e de resolver exercícios básicos de matemática. Essa abordagem exigirá grupos de aprendizagem menores e muito mais ensino individual.

Além disso, os alicerces fundamentais de pensamento e solução de problemas deveriam ser um foco explícito da educação. O currículo, portanto, deveria incluir trabalho sobre processamento auditivo, processamento visuoespacial, planejamento, encadeamento motor e modulação sensorial. Esses alicerces podem ser trabalhados no contexto de matérias acadêmicas tradicionais, como matemática, ciências, leitura, português e escrita.

Além disso, testes de QI ou outros testes estruturados não deveriam ser usados como uma forma primária de classificar ou rotular crianças. Embora esses testes tenham uma longa tradição, eles podem apenas medir capacidades cognitivas selecionadas em um ponto no tempo. Além disso, eles não medem todas as capacidades críticas de processamento que se referem a funcionamento intelectual, e o desempenho neles pode ser prejudicado por déficits de processamento seletivo como problemas severos de planejamento e encadeamento motor. Por exemplo, temos observado clinicamente crianças com problemas severos de planejamento e encadeamento motor melhorarem seus desempenhos em testes de QI em 30 a 50% em um período de cinco anos, à medida que seu planejamento e encadeamento motor melhorava. Os testes tipo QI são muito menos úteis do que observar uma criança aprender com o passar do tempo através de interações de aprendizagem adaptadas a seu perfil de processamento de forças e fraquezas. De fato, rotular uma criança e tratá-la como se ela fosse igual a outras em sua categoria tende a diminuir a probabilidade de interações de aprendizagem individualizadas. Ao contrário, trabalhar com uma criança e tentar constantemente encontrar formas, cada vez melhores, de entender suas diferenças e criar interações de aprendizagem dinâmicas, individualizadas criam oportunidades permanentes de crescimento.

A educação deve empregar abordagens de aprendizagem interativa dinâmicas, que promovam mais o entendimento conceitual do que a memorização mecânica. Pais e educadores podem trabalhar juntos para adaptar experiências de aprendizagem às diferenças individuais de cada criança. Essa cooperação pode estender-se ao envolvimento dos pais na gerência da escola.

- Educação especial, crianças com necessidades especiais: Uma abordagem de diferenças individuais funcional (por exemplo, o Modelo DIR) é necessária do princípio ao fim: uma abordagem na qual se trabalhe com cada criança interativamente no contexto de seu sistema nervoso e capacidades do desenvolvimento único. Interações individualizadas devem estar disponíveis, especialmente para crianças absortas, sem objetivo ou não-perseverantes. Esses serviços nunca deveriam esperar até que uma criança esteja fracassando. Os serviços de apoio deveriam ser instituídos cedo, e os tamanhos menores das classes deveriam permitir que as crianças permanecessem em classes regulares. A educação em casa para crianças com atrasos de desenvolvimento deveria ser uma opção para pais motivados.

Estudos mais recentes apóiam uma abordagem individual funcional.<sup>17</sup> Contudo, muitos programas em escolas e outros locais para crianças com autismo baseiam-se em um modelo comportamental mais antigo. Esse modelo é pioneiro no trabalho intensivo individualizado com uma criança: um avanço importante naquela época. As abordagens comportamentais, entretanto, tentam modificar comportamentos superficiais sem trabalhar suficientemente as forças que estão por baixo das diferenças de processamento ou relacionamentos familiares individuais. Novas pesquisas e observações clínicas nos possibilitam ir além desse velho modelo e criar abordagens individualizadas intensivas, que fortalecem as capacidades de processamento subjacentes.

Além disso, a pesquisa sobre abordagens comportamentais é muito mais limitada do que é comumente reconhecido por seus proponentes. O estudo frequentemente citado para apoiar essas abordagens de Lovaas e colaboradores<sup>18</sup> foi realizado apenas com 19 crianças, não foi feito em uma população representativa de crianças com autismo (os critérios de seleção excluíam a extremidade moderada a severa do *continuum*) e não media resultados mais prejudicados no autismo (p.ex., a capacidade de abstrair o pensamento, como fazer deduções, usar imaginação, ler e responder a gestos não-verbais e indícios emocionais [reciprocidade social], elaborar soluções originais para problemas e entender os sentimentos próprios e dos outros.) Ele também não comparou sua abordagem com outras de igual intensidade, ou usou uma metodologia de experiência clínica.<sup>19</sup> Em circunstâncias selecionadas, as técnicas comportamentais podem ser uma das abordagens abrangentes usadas, mas com base na pesquisa atual e em observações na prática clínica, ela não deveria ser a abordagem primária.

Portanto, estamos enfrentando agora um desafio nacional (e internacional) importante. A fim de fornecer um cuidado adequado a crianças com transtornos do desenvolvimento e de aprendizagem, incluindo o autismo, precisamos converter programas antigos, mais limitados em uma abordagem de diferenças individuais funcional, que adapte o programa ao perfil de desenvolvimento único da criança com suas diferenças de processamento subjacentes (em vez de tentar ajustar a criança a um programa padrão). Para ajudar crianças e famílias o mais precocemente possível, também necessitamos de exames de triagem de rotina para problemas de desenvolvimento, de aprendizagem e emocionais

como parte do cuidado de saúde de bebês e crianças e da primeira educação. Para enfrentar esses desafios, será necessário um grande treinamento nacional e esforços para desenvolver um programa.

- Serviço social e sistemas legais: As abordagens de comportamentos-problema, delinquência e comportamento criminoso deveriam combinar responsabilidade e punição, com programas de reabilitação voltados a diferenças individuais. Os programas de reabilitação deveriam levar em conta as diferentes capacidades de processamento da criança e as características de seu ambiente. Eles não deveriam pressupor uma tendência hereditária global a comportamento delinquente anti-social, mas, antes, considerar essas tendências como envolvendo inclinações como ansia sensorial e impulsividade. Deveria ser feita uma tentativa de melhorar os ambientes familiares que têm dificuldades para fornecer estrutura e orientação, empatia e comportamento sustentador.
- Saúde mental: A terapia também deve adotar uma abordagem de diferenças individuais.<sup>20</sup> A tentativa de agrupar padrões individualmente diferentes rapidamente em síndromes maiores deveria ser evitada enquanto se aguarda mais dados. O perfil individual deveria ser o guia a um programa de intervenção para a criança, que deveria incluir abordagens individuais, familiares e educacionais suficientes, bem como uma consideração de intervenção biológica. Atualmente, há com frequência intervenções psicossociais insuficientes.
- Educando os pais e os futuros pais sobre diferenças individuais e desenvolvimento: Através de campanhas de educação do público, e através da educação nas escolas sobre as necessidades das crianças, os pais deveriam ser familiarizados com o conceito de diferenças individuais. Dessa forma, os pais estarão preparados para desafios como a criança que é sensível a toque e som, ou a criança que é hiporreativa, juntamente com muitas outras variações. Essas expectativas fariam grande diferença no sentido de prevenir padrões mal-adaptativos e ajudar cada criança a dominar formas adaptativas positivas de interagir e aprender.

## NOTAS

1. Chess, S. and A. Thomas, *Know Your Child* (New York: Basic Books, 1987).
2. Brazelton, T. B., *Infants and Mothers: Differences in Development* (New York: Delacorte Press, 1969, 1982). T. B. Brazelton, and J. K. Nugent, *The Neonatal Behavioral Assessment Scale*. 3rd Edition. New York: Cambridge University Press, 1996.
3. Greenspan, S. I., and J. Salmon, *The Challenging Child: Understanding, Raising, and Enjoying the Five "Difficult" Types of Children* (Cambridge, MA: Perseus Publishing, 1995); S. I. Greenspan, *Infancy and Early Childhood: The Practice of Clinical Assessment and Intervention with Emotional and Developmental Challenges* (Madison, Conn.: International Universities Press, 1992); S. I. Greenspan, *The Development of the Ego: Implications for Personality Theory, Psychopathology, and the Psychotherapeutic Process* (Madison, Conn.: International Universities Press, 1989); S. I. Greenspan and N. T. Greenspan, *First Feelings: Milestones in the Emotional Development of Your Infant and Child from Birth to Age 4* (New York: Vilking Press, 1985).

4. *Infants and Mothers*. Ibid.
5. Greenspan, S. I. and S. Wieder, "Developmental Patterns and Outcomes in Infants and Children with Disorders in Relating and Communicating: A Chart Review of 200 Cases of Children with Autistic Spectrum Diagnoses." *Journal of Developmental and Learning Disorders*, 1:87-141, 1997; Greenspan, *Infancy and Early Childhood*; Greenspan and Wieder, *The Child with Special Needs*.
6. Bowlby, J., "Forty-Four Juvenile Thieves: Their Characters and Home Life." *International Journal of Psycho-Analysis* 25:19-52, 107-127, 1944.
7. Greenspan, S. I. and Salmon. *The Challenging Child*. Ibid.
8. Greenspan, S. I. and S. Wieder. "Developmental Patterns and Outcomes"; Greenspan, *Infancy and Early Childhood*; Greenspan and Wieder, *The Child with Special Needs*. Ibid.
9. Calfee, R., Lindamood, P. & Lindamood, C. (1973). "Acoustic-Phonetic Skills and Reading-Kindergarten Through Twelfth Grade," *Journal of Educational Psychology* 64: 293-98.
10. Ver Greenspan, *Infancy and Early Childhood*; S. I. Greenspan, with Lewis, N.B., *Building Healthy Minds* (Cambridge, MA: Perseus Publishing, 1999); and Greenspan and Wieder, *The Child with Special Needs*, Ibid.
11. Ver ICDL website ([www.icdl.com](http://www.icdl.com)) for information about the *Clinical Practice Guidelines and the Council's activities*.
12. Shore, M. F. and J. L. Massimo, "Contributions of an Innovative Psychoanalytic Therapeutic Program with Adolescent Delinquents to Developmental Psychology." In S. I. Greenspan and G. H. Pollock (eds.), *The Course of Life*, 2nd ed., Vol. 4: *Adolescence* (Madison, Conn.: International Universities Press, 1990).
13. Family Resource Coalition (now Family Support America. [www.fsca.org](http://www.fsca.org). 20 N. Wacker St. Chicago, IL 60606. (312) 338-0900.
14. Klaus, M. H., J. H. Kennell, and P. H. Klaus. *Bondin: Building the Foundation of Secure Attachment and Independence* (Cambridge, MA: Perseus Publishing, 1995).
15. Healthy Steps Program, c/o Commonwealth Fund. [www.healthys-teps.org](http://www.healthys-teps.org). 1 E 75th St. New York, NY 10021.
16. Greenspan and Wieder, *The Child with Special Needs*. Ibid.
17. ICDL *Clinical Practice Guidelines*, Chapter 4, "Intervention Research," on the ICDL website [www.icdl.com](http://www.icdl.com), or from ICDL 4938 Hampden Lane, Suite 800, Bethesda, MD 20814.
18. Lovaas, O.I. (1987). "Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55:3-9; McEachin, J.J., Smith, T., & Lovaas, O.I. (1993) "Long-Term Outcome for Children With Autism Who Received Early Intensive Behavioral Interventions," *American Journal of Mental Retardation* 97: 359-72.
19. ICDL *Clinical Practice Guidelines*, Chapter 4, "Intervention Research."
20. Nugent, J. K and T. B. Brazelton, "Preventive Infant Mental Health: Use of the Brazelton Scale." In H. E. Fitzgerald and J. D. Osofsky (eds.), *Handbook of Infant Mental Health* (New York: Wiley, 1999).