



ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Luiz Carlos Bleggi Torres
Fernanda Marder Torres

A criação de uma vida nova é um momento mágico, que jamais se repete. Cumprindo a fantástica missão da espécie humana, o espermatozoide e o óvulo são os primeiros personagens da história humana. Eles se interpenetram e se fundem dando origem à vida e nesse momento único escrevem o primeiro capítulo do nosso destino.

Até a ocasião do nascimento, a única realidade do feto é o universo vibracional da mãe. O nascimento sem violência começa antes do parto propriamente dito. Inicia-se no instante em que a mulher sabe que está grávida. Ela precisa manter, além de hábitos saudáveis, uma atitude positiva, segura e instintiva. O papel da mãe é importante para a formação do psicológico do bebê. Os acontecimentos que ocorrem entre mãe e filho são fundamentais para a adequada estruturação da personalidade do bebê e extremamente essenciais para o seu desenvolvimento emocional, social e cognitivo saudável. A gestação não pode ser algo mágico apenas para a mãe. É extremamente necessário que o pai também participe e junto com a mãe, compartilhe sentimentos de alegria, tristeza, preocupação, medo, sonhos e angústias.

Tão logo saiba da gravidez, a mulher deve procurar um posto de saúde para fazer uma consulta com um obstetra, iniciando o acompanhamento pré-natal que durará todo o tempo de gestação até o parto. No pré-natal, o obstetra irá avaliar as condições físicas da mãe e o desenvolvimento do bebê por meio de exames clínicos, laboratoriais e(ou) ultrassonografias.

PRIMEIRA INFÂNCIA (NASCIMENTO ATÉ 3 ANOS)

Cada criança que nasce é a perpetuação do projeto divino – o bebê que nasce feliz forjará a nova imagem do mundo. É desejável que os pais permaneçam junto ao seu filho tão logo ele nasça. Essa interação é muito importante para atender às necessidades do bebê e permitir que um vínculo maior seja estabelecido. Assim, o bebê crescerá e se desenvolverá em meio a uma família e apresentará os resultados do seu crescimento e desenvolvimento baseados nos cuidados físicos que receberá (aleitamento materno até 2 anos de idade, estimulação, higiene e alimentação), associados ao desenvolvimento dos sentimentos que os pais lhe proporcionarão.

Ao nascer, o recém-nascido inicia o “reconhecimento” da mãe, por isso a importância de já nos primeiros minutos de vida haver o contato pelo colo materno. O vínculo mãe-filho é descrito como o laço emocional que une a mãe e o seu bebê, que se fortalece com o passar do tempo e persiste mesmo à distância. Este vínculo é formado pelo contato olho a olho, do toque, da voz, do cheiro e do calor materno, e tudo isso pode ser posto em prática no momento da amamentação, quando há um maior contato da mãe com seu bebê e possibilita uma vivência única, especial e prazerosa à mãe. À medida que o tempo passa, o bebê ganha confiança e tranquiliza-se ao perceber que suas necessidades são atendidas (por exemplo, ser alimentado sempre que surge fome).

O vínculo pai-filho não é menos importante, e para ele ocorrer, temos que ter a ajuda da mãe, pois o vínculo afetivo homem-mulher é a base para o início de uma família. O bom relacionamento do casal, assim como o total apoio do pai à mãe, é determinante para o fortalecimento do vínculo entre os três (pai, mãe e bebê). Nos primeiros meses de vida, a participação do pai enriquece as experiências vividas pelo bebê.

Após o nascimento, os bebês já apresentam algumas habilidades de interação com o mundo exterior, como seguir um estímulo visual colocado próximo a seu rosto, sorrir, responder a alguns ruídos e abrir e fechar os braços. Ao final do primeiro mês de vida, ele já é capaz de estender as pernas, girar a cabeça para os lados, fixar o olhar na luz e ter movimentos corporais de acordo com a voz que o estimula.

A amamentação é também um fator muito importante nesta fase. O leite materno é um “líquido vivo”, completo (possui substâncias bioativas, vitaminas, proteínas, açúcares e água) e é capaz de suprir as necessidades calóricas e nutricionais do bebê, além de trazer vários benefícios para ele, para a mãe, para a família e para toda a sociedade. Ele protege o bebê contra infecções, alergias, desnutrição, obesidade e outras doenças, contribui para reduzir os casos de internações hospitalares e a mortalidade nos primeiros 2 anos de vida, além da contribuição para

desenvolvimento emocional, cognitivo e psicomotor. Além disso, o leite materno é mais fácil de digerir, é limpo e está sempre pronto, na temperatura adequada.

Para a mãe, o aleitamento materno logo após o nascimento faz o útero voltar ao tamanho anterior mais rapidamente, reduzindo o sangramento pós-parto e evitando as anemias, ajuda a prevenir a depressão pós-parto e a perder mais rapidamente o peso que ganhou durante a gravidez e também diminui o risco de a mãe ter câncer de mama, endométrio e ovário.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil, bem como a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), recomenda-se a amamentação exclusiva por 6 meses e o aleitamento materno complementado por alimentos seguros, adequados e saudáveis até os 2 anos de idade. Para manter uma boa produção de leite, amamente com frequência, deixando o bebê esvaziar bem o peito. Quanto mais o bebê mama, mais leite a mãe irá produzir. Não dê ao seu filho chás, água, sucos ou outros leites nos primeiros 6 meses, exceto se houver recomendação médica. Se por algum motivo você não puder amamentar, não ofereça o peito de outra mãe. Procure um profissional da saúde para orientações.

O controle do desenvolvimento físico e mental deverá ser acompanhado por profissionais, médicos e psicólogos em intervalos regulares preestabelecidos – as chamadas “consultas” nos postos de saúde, onde serão avaliados, vacinados e orientados, caso haja a necessidade de quaisquer encaminhamentos a outros profissionais para avaliação.

O contato com professores de educação infantil, creches ou escolas é importante, porque ajudará as famílias a aprender como melhor estimular a criança, o que acarretará crescimento e desenvolvimento adequados à realidade de um mundo atual e o melhor momento para a interferência, se necessária, visando sanar as falhas no ambiente familiar.

O objetivo é preparar melhor a criança para que chegue à pré-escola, ao redor dos 3-4 anos, sem maiores problemas físicos ou mentais que possam retardar o seu crescimento e desenvolvimento, pois o diagnóstico precoce favorece o tratamento precoce com sucesso e, na maioria das vezes, sem sequelas.

Ao final da 1.^a infância, percebe-se se a criança de 3-4 anos de idade não adquiriu qualidades de sociabilidade para brincar muito bem em conjunto. De fato, as tentativas nesse sentido costumam ser problemáticas, em virtude das “regras de propriedade da criança” nessa fase, que são:

- 1 - O QUE EU VEJO É MEU.
- 2 - SE É TEU E EU QUERO, É MEU.
- 3 - SE É MEU, É MEU PARA SEMPRE.

Devemos saber que isso não é fruto de mesquinha. Apenas exprime o crescente senso de individualidade da criança, que nessa idade só é capaz de considerar seus próprios pontos de vista e não consegue entender que as outras pessoas sintam de outra forma. Consequentemente, o conceito de compartilhar não faz sentido nenhum para ela.

Além da crescente conscientização de si mesma como um ser separado dos outros, aumenta o seu interesse por brincadeiras simbólicas e de faz de conta.

A partir dos 2-3 anos de idade, aumenta progressivamente a habilidade de guardar lembranças de atos e fatos, para depois recuperá-los e imitá-los. É engraçado ver uma criança de 2-3 anos “fingindo” que está cozinhando, fazendo a barba, varrendo o chão ou falando ao telefone. E vê-la dando um carinhoso beijo de boa noite no ursinho de pelúcia ou censurando rispidamente o mau comportamento das bonecas nos faz lembrar que é observando as pessoas que as cercam que as crianças aprendem sobre como lidar com suas emoções.

SEGUNDA INFÂNCIA (3 A 6 ANOS)

Aos 4 anos, em geral, a criança está completamente desenvolta, fazendo amigos, vivendo em ambientes diferentes, aprendendo milhares de novidades excitantes. É o final do pensamento mágico e início do pensamento lógico, que é acompanhado de complicações: “a escola é divertida, mas os professores logo querem que a gente fique sentado, em grupos, calados e prestando atenção. A gente em geral sabe lidar com os amigos, mas eles ainda nos irritam e magoam de vez em quando. E agora que a gente já tem idade para compreender tragédias como incêndios, guerras, assaltos e morte, não pode deixar que o medo de que elas aconteçam nos perturbem.” Para vencer esses desafios, é necessário saber regular as emoções (um dos mais importantes avanços no desenvolvimento da criança) que ela passará a controlar no seu relacionamento com os colegas. Ela aprende a comunicar-se com clareza, trocar emoções, ceder a vez de falar e brincar. Aprende a compartilhar, aceitar regras para suas brincadeiras, a ter conflitos e resolvê-los, a compreender os sentimentos, as vontades e os desejos do outro.

Nascem as amizades, que proporcionam um terreno fértil para o desenvolvimento emocional da criança pequena, o que deve ser estimulado pelos pais e professores. Com um amigo, formam-se laços fortes e duradouros, pois a criança, na segunda infância, tem certa dificuldade em administrar ao mesmo tempo mais de uma relação. Além de ensinar importantes habilidades sociais, as amizades entre crianças pequenas também estimulam a fantasia, permitindo que elas desenvolvam a criatividade, inventando personagens e dramatizando situações.

Os amigos recorrem à fantasia para ajudarem-se mutuamente a enfrentar problemas complicados, a lidar com as tensões da vida diária. Brincar de faz de conta propicia o desenvolvimento emocional da criança, ajudando-a a ter acesso a sentimentos recalçados, pois também intercala conversas sobre situações da vida real. A intimidade e a espontaneidade do faz de conta dão uma sensação de segurança e acolhimento à criança, que aprende a lidar com uma infinidade de ansiedades que aparecem na segunda infância e geram “medos” (medo da impotência, do abandono, do escuro, dos pesadelos, dos conflitos entre os pais, da morte e outros).

Sejam quais forem os medos de nossos filhos e alunos, devemos lembrar que o medo é uma emoção natural que pode gerar uma função saudável na vida dos pequeninos. O medo não deve tolher a curiosidade da criança, mas ela precisa saber que às vezes o mundo é perigoso. Nesse aspecto, o medo serve para torná-la uma pessoa cuidadosa.

Devemos fazer a criança sentir-se segura mostrando amor e afeição e ao mesmo tempo deixá-la exercitar sua independência e autonomia.

TERCEIRA INFÂNCIA (6 A 11 ANOS)

Nesta fase, a criança está começando a conviver com mais pessoas e a saber o que é influência social. Às vezes, fica cheia de exigências sobre o estilo de suas roupas, de sua mochila, o tipo do tênis e o tipo de atividades que os outros estão vendo que ela pratica. E por isso ela faz o impossível para evitar chamar atenção sobre si, especialmente para não atrair a implicância e a crítica dos colegas; isso significa que a criança está se especializando em interpretar insinuações sociais, uma técnica que lhe será útil pela vida a fora.

Nessa fase, a criança pode ser impiedosa em suas implicações e humilhações. De fato, a implicância forja muitos padrões de comportamento nessa idade. As meninas são tão implicantes quanto os meninos, embora a implicância dos meninos às vezes chegue ao enfrentamento físico. A criança logo aprende que a melhor forma de reagir é não demonstrar qualquer emoção. “Proteste, chore, vá fazer queixa ao professor ou fique irritado quando o líder da turma estiver roubando o seu boné ou xingando-o e você corre o risco de ser mais humilhado e rejeitado. Dê a outra face e tem boas chances de conservar a dignidade”. Por causa dessa dinâmica, a criança realiza uma espécie de cirurgia, cortando a emoção e extraíndo os sentimentos das relações com os colegas. Muitas crianças dominam essa técnica, mas as mais competentes são as que aprendem mais cedo a regular as emoções.

Ao mesmo tempo em que está tentando abafar as emoções, a criança nessa fase está adquirindo mais noção do poder do intelecto. Por volta dos 10 anos, o raciocínio lógico

desenvolve-se consideravelmente em muitas crianças. Na atualidade, elas gostam de reagir como se raciocinassem como um computador.

Essa arrogância para enfrentar o mundo dos adultos é típica da criança que está encarando a vida em termos de preto e branco, certo ou errado, constatando de uma hora para outra a arbitrariedade e a falta de lógica no mundo. O pré-adolescente pode começar a achar que a vida é uma grande revista em quadrinhos. Para ele, os adultos são hipócritas, e zombar deles e ridicularizá-los passa a ser sua “emoção” predileta.

Desse criticismo exacerbado emerge o senso de valores da criança. Você pode reparar que nessa idade seu aluno ou filho começa a preocupar-se muito com o que é moral e justo. Ele pode conceber mundos puros onde as pessoas sejam tratadas como iguais, onde as guerras jamais poderiam surgir, onde a tirania jamais poderia existir. Pode desprezar um mundo capaz de permitir atrocidades como o tráfico de drogas, os roubos, a fome, a injustiça... Começa a ter dúvidas, a desafiar, a pensar por si mesmo...

PUBERDADE

A adolescência é uma fase marcada por grande preocupação com questões de identidade como estas: Quem sou eu? O que estou me tornando? Quem devo ser?

Não se espante, portanto, se o seu filho ou aluno adolescente lhe parecer exageradamente preocupado consigo mesmo. Ele vai perdendo o interesse pela família, enquanto o relacionamento com os amigos passa ao primeiro plano, na medida em que é no contato com os amigos que ele vai descobrir quem ele é fora do âmbito familiar. No entanto, mesmo no âmbito da turma, o foco do adolescente costuma estar voltado para si mesmo.

O adolescente está numa viagem de descobertas e sempre mudando de rumo, tentando encontrar o caminho certo. Faz experiências com novas identidades, novas realidades, novos aspectos de sua personalidade. Essa exploração é saudável na adolescência. Mas o caminho nem sempre é fácil para o adolescente.

As mudanças hormonais podem causar inesperadas alterações de humor. As forças negativas do ambiente social podem explorar a vulnerabilidade do jovem ameaçando-o com problemas decorrentes de drogas, violência ou sexo sem segurança. Entretanto, a exploração prossegue como uma parte natural e inevitável do desenvolvimento humano. Entre as empreitadas importantes que o adolescente enfrenta nesta exploração está a da integração da razão com a emoção.

O jovem está sempre tendo que tomar decisões em que o seu lado humano e altamente sensível é confrontado com sua tendência para o raciocínio lógico e empírico. Obviamente, nós,

pais e professores, gostaríamos de que nossos jovens adolescentes usassem isso em situações em que o coração ouve um apelo e a cabeça, outro. Isso os levaria ao equilíbrio, que será atingido plenamente apenas com a maturidade.

O adolescente fatalmente deverá tomar decisões desse tipo em questões envolvendo sexualidade e autoaceitação. “Uma garota sente atração sexual por um garoto por quem ela não tem muito respeito (ele é uma gracinha – pena que, quando abre a boca, estraga tudo)”. Um garoto percebe que está emitindo as opiniões do pai que ele tanto criticava (“Que incrível. Estou falando igual ao meu pai.”). De repente, o adolescente percebe que o mundo não é tão preto e branco. É feito de muitos tons de cinza e, quer ele goste, quer não, todas essas tonalidades estão contidas nele próprio.

Como professores e orientadores, precisamos ter em mente que se é difícil para o adolescente encontrar o seu caminho, também é difícil ser pai ou mãe de adolescente, porque este precisa conhecer-se basicamente sem a ajuda dos pais.

Pais e professores, até a adolescência, fazem o papel de administradores da vida dos jovens, organizando quem os leva aos lugares e quem os busca, marcando consultas médicas, planejando passeios, procurando a melhor maneira de não os sobrecarregar com deveres e estudos, poupando-os de sofrer.

Os pais mantêm-se informados sobre a vida escolar, e o professor costuma ser a primeira pessoa a quem os filhos recorrem para as grandes questões. Repentinamente, tudo muda. Sem aviso prévio e sem consenso, somos demitidos do cargo de administradores. Precisamos, então, correr e preparar nova estratégia.

Se quisermos ser uma pessoa importante para nossos filhos e alunos na adolescência e pela vida afora, precisamos batalhar para ser contratados novamente, mas desta vez como consultores.

Essa pode ser uma transição extremamente delicada. Um adolescente não contrata um consultor que o faça sentir-se incompetente ou ameace usurpar-lhe o negócio. Um adolescente quer um consultor quem possa confiar, que compreenda sua missão e dê conselhos que o ajudem a atingir seus objetivos. E nessa altura da vida, o principal objetivo do adolescente deve ser: tornar-se independente.

Então, como poderíamos exercer o cargo de consultor continuando como preparadores e, ao mesmo tempo, dar aos adolescentes a autonomia que um adulto completamente desenvolvido exige?

1º: Aceite que a adolescência é a época em que os filhos separam-se dos pais, buscam privacidade e respeito ao seu direito à inquietação e ao descontentamento.

Dê espaço para que o adolescente sinta emoções profundas, evitando perguntas óbvias como: “o que há com você?”. Ele pode estar irritado, nervoso ou triste, e esse tipo de pergunta apenas mostra ao jovem que você não aprova esses sentimentos. Tente não agir como se entendesse tudo imediatamente. Por estar começando a viver, o adolescente costuma achar que suas experiências são únicas. Ouça-o com calma e de cabeça aberta. Por ser a adolescência uma fase de individualização, o jovem pode escolher um estilo de roupa, penteado, música, arte, comportamentos e gírias. Saiba que você não precisa aprovar as escolhas do seu aluno/filho, basta aceitá-las.

2º: Mostre respeito pelo adolescente.

Não fique sempre corrigindo-o, apontando suas falhas, complicando, dando lições de moral, humilhando-o perante os outros. Ele invariavelmente se afastará de você. Procure transmitir seus valores de forma breve, sem ser moralista, pois ninguém gosta de receber sermão; não rotule.

3º: Proporcione uma comunidade a seu filho/aluno.

Há um ditado popular que diz: “Para educar uma criança é preciso uma aldeia inteira”. Em nenhuma época da vida isso é mais verdadeiro do que na adolescência. Por isso é importante aos professores e orientadores que conheçam os pais dos adolescentes, as pessoas que convivem com ele, inclusive os amigos e pais dos amigos.

4º: Estimule o adolescente a decidir sozinho e continue sendo seu preparador emocional.

Permita que o jovem faça o que ele está preparado para fazer. Essa é a época de ele tomar decisões sobre coisas importantes. É um excelente momento para praticar a afirmação “A escolha é sua”. Manifeste confiança nos critérios dos jovens e não fique especulando. Estimular a independência também significa permitir que o jovem tenha decisões insensatas de vez em quando. Lembre-se de que o adolescente pode aprender com os erros tanto quanto com os acertos. Melhor se o jovem puder recorrer a um adulto que se interesse por ele e o aprove, alguém que lhe ensine a lidar com as emoções negativas que o fracasso desperta e a pensar em maneiras de fazer as coisas mais bem feitas no futuro.

5º: O jovem com preparo emocional é mais bem-sucedido.

É este o jovem que será mais inteligente emocionalmente, compreendendo e aceitando seus sentimentos. Terá mais experiência em solucionar problemas sozinho ou em conjunto. Consequentemente, é o que se sairá melhor nos estudos e no relacionamento com a turma ou

grupo. Com esses fatores de proteção, esse adolescente apresentará maior imunidade aos riscos que todos os pais e professores temem quando seus filhos entram na adolescência – drogas, delinquência, violência e comportamento sexual de risco.

A Organização Mundial de Saúde classifica cronologicamente a adolescência como a faixa etária compreendida entre 10 e 20 anos de idade. Desde o nascimento até os 9-10 anos de idade, o menino e a menina permanecem fisicamente muito semelhantes, diferenciando-se apenas pelas roupas, pelo corte de cabelo e por algumas atividades que exercem.

Principalmente após os 9 anos de idade que as crianças investem a maior parte de sua energia na aprendizagem, nos jogos e em brincadeiras. A sexualidade, durante esse período, emerge de forma mais sutil. O desenvolvimento dos órgãos sexuais, por sua vez, acompanha o dos outros órgãos do corpo, proporcionando harmonia ao crescimento. O corpo, até esse momento, é para a criança algo familiar, do qual tem certo domínio e conhecimento.

A criança chega, no entanto, a uma fase em que têm início algumas expectativas e curiosidades em relação a si mesmo e ao outro (trata-se da pré-adolescência). Ela já detém alguns conhecimentos a respeito da vida e do ser humano e começa a interessar-se um pouco mais pelo mundo adulto.

Sabe que seu mundo (o infantil) está sujeito a sofrer transformações. Embora tenha a percepção dessa transição criança-adulto, tal processo é ainda nebuloso e desconhecido para ela.

Começa, então, a observar mais a si mesma e aos companheiros. A palavra sexo e tudo a que ela possa estar ligada chama-lhe a atenção de imediato. Portanto, seu próprio sexo e seu corpo passam a ter importância crucial, transformando-se em alvo de observação a cada mudança que possa acontecer – é a adolescência.

As principais características do desenvolvimento corporal nessa faixa etária são o estirão puberal (crescimento acelerado), o ganho ponderal (aumento do peso) e a maturação sexual, que possibilitarão a ovulação/espermatogênese e a fecundação. O desenvolvimento psicossocial pode ser didaticamente resumido na busca de identidade pessoal e sexual, na separação dos pais e papéis infantis, na consolidação da personalidade e na busca de independência econômica e participação social.

A puberdade é o componente biológico que antecede a adolescência. É o período no qual surgem a maturação fisiológica e o funcionamento dos órgãos da reprodução acompanhado do crescimento estatural, o que dura cerca de dois anos. Durante esse período, ocorre um fenômeno marcante: a **menarca**¹ na mulher e a **semenarca**² no homem.

O início dessa fase tem nítida influência sobre o desenvolvimento do organismo, ocorrendo substanciais transformações orgânicas, funcionais e psíquicas em que se afirmam os atributos de cada sexo – os **hormônios**³ passam a atuar fortemente.

A época da puberdade varia enormemente dos 8 ½ aos 15 anos em ambos os sexos, havendo tendência a ser mais tardia no homem. Essas variações estão relacionadas com o clima, o grupo étnico, o estado nutricional, a constituição física, o nível de vida e doenças crônicas.

O surgimento dos primeiros pelos no púbis ou nas axilas é admirado, contemplado. O garoto e a garota contam esses pelinhos com orgulho e prazer. Em contrapartida, sentem certa vergonha e perplexidade diante do corpo que começa a se modificar, o que culmina com a gostosa sensação de que “eu estou crescendo, transformando-me de menino ou menina, em homem ou mulher”.

É quando passam a comparar-se uns com os outros. Pequenas diferenças, como o número de pelos, o tamanho do pênis ou da mama, são minuciosamente observadas, provocando emoções constantes, intensamente vividas. Essa hipersensibilidade é característica do adolescente. Esse tipo de reação ocorre por volta dos 12 anos de idade no sexo masculino, e na mulher, em torno de 9 a 10 anos.

É a idade em que os jovens passam horas diante do espelho, observando a aparição de um cravo ou espinha. O pênis do garoto vai adquirindo tamanho, e isso é para ele uma glória.

É interessante observar como as transformações do corpo são ansiosamente esperadas, principalmente quando o garoto percebe que os amigos já “estão à sua frente” (pênis maior ou mais pelos, por exemplo), pois sente muita vontade de tornar-se “gente grande”. Tudo isso vem permeado de romantismo. Iniciam-se, então, os primeiros namoros, as primeiras paixões que marcam a entrada na adolescência (status de adulto).

A menina repara que seu mamilo vai-se tornando mais saliente e mais escuro, provocando certa dor quando a região é tocada de forma mais brusca, como num abraço muito apertado, por exemplo. A menina curva as costas, para retrair o busto, tentando proteger-se, e muitas vezes o objetivo é também o de esconder aquilo que a “denuncia” agora como mocinha capaz de seduzir e amar. Ao mesmo tempo, fica muito feliz, pois há muito tempo espera a ocasião de poder comprar seu sutiã e sentir que está começando a ser mulher. Mostra-se com orgulho às amigas. Evita contatos íntimos, assim como não se despe mais na frente de outras pessoas, mesmo dos pais.

Simultaneamente a esse desenvolvimento, vão surgindo os pelos axilares. A bacia da menina alarga-se e sua cintura torna-se mais fina; as coxas e as nádegas ficam mais roliças e torneadas. Com essas mudanças, vêm a vaidade e uma nova preocupação com o corpo. O processo atinge o ápice com a chegada da menstruação, um grande marco. “Agora eu já sou mocinha”. Sonha

muito a respeito de como será o primeiro beijo. A garota muitas vezes sente necessidade de entender o que ocorre no seu organismo.

É importante saber que seu ciclo pode não ser regular, ou seja, que não menstrue exatamente a cada 28 ou 30 dias. Deve estar consciente também de que seu útero leva um tempo de mais ou menos dois anos para amadurecer e estar pronto para uma gravidez. Há um período chamado fértil, isto é, pode ocorrer a fecundação (gravidez), se houver relações sexuais. Esse período fértil se dá na metade do ciclo, ou seja, por volta do 14.º dia após a menstruação – nas adolescentes, o período fértil nunca ocorre no 14.º dia, devido à irregularidade menstrual ocasionada pela imaturidade biológica. É necessário conhecer o funcionamento deste corpo, pois existem meninas que nada sabem a respeito da existência da menstruação. Chegam, muitas vezes, a pensar que estão doentes ao ver, pela primeira vez, as manchas de sangue na calcinha. É preciso saber antecipadamente que o escoamento do sangue menstrual tem uma duração variável de três a sete dias e é normal.

As mulheres, por trazerem culturalmente entre si uma relação mais íntima, em que se falam de assuntos pessoais, ainda conversam mais com suas filhas do que os pais com seus filhos. Por formação, o homem apresenta uma maneira mais reservada de ser, de relacionar-se e, principalmente, de manifestar seus sentimentos e revelar sua intimidade. Por isso, normalmente os pais não conversam com os garotos, mas cobram que eles sejam “machos”, que provem ser homens, fortes, espertos e conquistadores. Assim, muitas vezes o menino vivencia sua primeira poluição noturna (ejaculação) com curiosidade, medo e insegurança. Fica sem saber o que isso significa. Ainda não estabelece relação entre esse líquido pegajoso e o prazer sexual. Sente que está se tornando homem e começa a prestar uma atenção mais sensual à menina, criando muitas expectativas. Nessa fase os meninos ficam desajeitados, parecem embaraçados. Os braços e pernas se alongam, ao mesmo tempo em que os ombros tornam-se mais largos, provocando a perda da noção do espaço que ocupam e dos movimentos que realizam. O timbre vocal torna-se mais grave, passando, porém, por diversas fases de irregularidade.

O conhecimento do próprio corpo é muito sadio e favorece a vida sexual adulta. Quanto melhor e mais livre o contato com o corpo, melhor e mais livre o contato com o corpo do outro. Se transcorrer em clima repressivo, essa fase será permeada de ansiedade e sentimentos de culpa, originados de desejos sexuais.

Como a autoafirmação se dá muito por intermédio do outro – “eu sou o que os outros pensam de mim” –, surge a paixão como uma busca de identidade e amor, ou seja, *o desejo de ser*

amado. Ela emerge como um vulcão, extravasando toda a energia que até então fora reprimida. Esse período da vida é muito importante para todos nós.

Para os pais, significa “a perda” da criança. O filho, que até então vivia sob seu domínio, começa agora a ter opiniões próprias, a exigir maior autonomia e poder de decisão.

No núcleo social que é a família, nem sempre as dificuldades dos adolescentes são trazidas à tona, para que possam ser melhor compreendidas. Como consequência, vão buscar fora de casa as respostas para muitas dúvidas. Conversando com os amigos, recebem informações desviadas, com malícia, medos e fantasias. Cabe aos pais e educadores orientá-los e esclarecê-los.

ALIMENTAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E OBESIDADE INFANTIL

A boa nutrição é muito importante em todas as idades. Uma boa alimentação consiste em oferecer alimentos adequados em quantidade, em qualidade e em consistência para suprir as necessidades básicas e proporcionar o desenvolvimento e o crescimento saudáveis. Para isso, tente seguir as seguintes recomendações:

- ✓ Procure variar os alimentos, para que a criança como um pouco de tudo (proteínas, carboidratos, gorduras e vitaminas) de forma balanceada.
- ✓ Equilibre as comidas que soltam ou prendem o intestino (por exemplo, mamão e folhas soltam o intestino, banana e arroz e prendem o intestino).
- ✓ Adote horários regulares para as refeições.
- ✓ Ofereça comida sempre fresquinha e logo depois de ter sido preparada.
- ✓ Mantenha o local em que sua criança vai se alimentar sempre limpo.
- ✓ Lave as verduras, legumes e as cascas das frutas antes de cortá-las.
- ✓ Ofereça novos alimentos aos poucos, de acordo com a fase de desenvolvimento de sua criança.
- ✓ Ajude a criança a aceitar bem os alimentos. O vínculo afetivo tem ligação direta com isso. Lembre-se: a criança começa a conhecer o mundo pela boca.
- ✓ Os bons hábitos alimentares também dependem do equilíbrio emocional entre pais e crianças. Se mantiver a calma, a hora da refeição será tranquila para todos.
- ✓ Ofereça a alimentação sem rigidez de horários, respeitando sempre a vontade da criança.
- ✓ Evite açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida.

- ✓ Use o sal com moderação.
- ✓ Não brigue com seu filho para que coma tudo o que você quer ou o abrigue a comer tudo até o fim. Se perceber que não quer mais, insista uma ou duas vezes, mas não o force a comer.
- ✓ Não “presenteie” seu filho se ele comer tudo nem o puna quando não o fizer, senão ele irá aprender que suas emoções serão compensadas por meio da alimentação, o que pode prejudicar seu desenvolvimento físico, nutricional e emocional.

Essas recomendações são importantes para evitar obesidade infantil, que se transformou em um problema de saúde. Nos últimos 20 anos, o número de crianças obesas tem aumentado consideravelmente no Brasil e em todo o mundo. Estima-se que dois terços de todos os brasileiros estão com sobrepeso ou sofrem de obesidade. Isto significa que quando saímos à rua, de cada 10 pessoas que vemos, seis sofrem de sobrepeso ou estão obesos. O mais impressionante é que este número está aumentando e muito rapidamente passará de seis em 10 para sete em 10 pessoas sofrendo deste problema.

O excesso de peso pode provocar o aparecimento de várias complicações como alterações nos níveis de colesterol, intolerância a glicose, apneia de sono, problemas cardíacos e ortopédicos, além do comprometimento psicossocial como o isolamento social, depressão, ansiedade e discriminação, além do principal, a maior probabilidade de se tornar um adulto obeso.

Criança gordinha NÃO é sinônimo de criança saudável. Infelizmente, hoje em dia, ainda há este mito de que criança só é considerada saudável se for gordinha. A mãe confunde gordura com saúde e acredita que se o filho comer bastante poderá ficar mais “forte” e menos suscetível à doenças. Na verdade, a superalimentação pode levar a criança a desenvolver obesidade, doença grave e cada vez mais comum, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o principal desafio nutricional do século 21.

Nos últimos anos, numerosos estudos têm sido realizados para descobrir as verdadeiras causas da obesidade infantil. As crianças em geral ganham peso com facilidade devido a fatores como hábitos alimentares errados, inclinação genética, estilo de vida sedentário, distúrbios psicológicos e problemas na convivência familiar. Na maioria das vezes, as crianças não ingerem grande quantidade de comida e sim usam alimentos de alto valor calórico. Por exemplo, os famosos sanduíches (hambúrguer, misto-quente) que as mães adoram preparar para o lanche, as batatas fritas e os bifés passados na manteiga. Esses são os verdadeiros vilões da alimentação infantil. As crianças costumam também imitar os pais em tudo que eles fazem, assim sendo, se os pais têm hábitos alimentares errados, acabarão induzindo seus filhos a se alimentarem do mesmo jeito.

Além disso, a falta de atividade física (sedentarismo) tem sido identificada como um dos principais agravantes por trás do ganho de peso repentino em crianças. A vida sedentária, facilitada pelos avanços tecnológicos (computadores, televisão, videogames), faz com que as crianças não precisem se esforçar fisicamente para nada. Hoje em dia, ao contrário de alguns anos atrás, as crianças ficam dentro de casa com atividades que não as estimulam a praticar atividades físicas como correr, jogar bola, brincar de pique. Passam horas paradas em frente à televisão ou outro equipamento eletrônico, o que se torna um fator preocupante para o desenvolvimento da obesidade.

Por isso, é fundamental que a criança coma apenas o que consegue e conheça seus limites físicos e psíquicos. É de extrema importância também que os pais coloquem limites àquelas crianças que querem comer muito mais do que necessitam, explicando sempre os problemas que a ingestão excessiva de alimentos pode acarretar. E caso necessitem, devem sempre procurar ajuda profissional para auxiliar na orientação de seus pequenos. Todos nós desejamos que as nossas crianças tenham tudo o que é bom. Portanto, o melhor tratamento para a obesidade infantil é a prática de exercícios físicos em conjunto com uma alimentação saudável, balanceada e de qualidade.

BULLYING

É um termo da língua inglesa que se refere a todas as formas de atitudes agressivas verbais ou físicas, intencionais e repetitivas que ocorrem sem motivação evidente e são exercidas por um ou mais indivíduos, causando dor e angústia com o objetivo de intimidar ou agredir a outra pessoa sem ter a possibilidade de se defender.

Hoje, o *bullying* é um fenômeno relativamente comum nas escolas, universidades e ambientes de trabalho. A pessoa vítima de bullying poderá desenvolver sentimentos negativos e baixa autoestima, além de problemas de relacionamento, processo de aprendizagem comprometido e sintomas e doenças de fundo emocional.

A melhor forma de evitar é prevenir. Um passo importante é discutir este problema com a comunidade escolar, alertando os pais, os alunos e os profissionais sobre esta forma de violência e principalmente, diferenciando-a das brincadeiras habituais e da indisciplina.

O PAPEL DA SUSTENTABILIDADE NO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Nos dias de hoje, primeiras décadas do século 21, devemos tomar atitudes e ter ações que visem ao cuidado com o meio em que vivemos. O termo sustentabilidade para descrever a forma como devemos agir é cada vez mais utilizado e estudado. A base de toda a sustentabilidade é o

desenvolvimento humano, que deve contemplar um melhor relacionamento do ser humano com os seus semelhantes e a com a natureza.

No decorrer deste capítulo, falamos sobre as etapas do desenvolvimento humano desde o nascimento até a adolescência. Essas etapas descritas são fundamentais para desenvolver em nossas crianças uma consciência voltada para os reais problemas que estão surgindo no Brasil e no mundo. Buscar ajuda com as empresas existentes revela a preocupação da sustentabilidade social. Muitas empresas multinacionais e organizações não governamentais (ONGs) (que podem estar instaladas em sua cidade ou próxima a ela) possuem projetos voltados para auxiliar na formação de nossas crianças. São projetos que levam às escolas orientações sobre os principais problemas que podem vir a ser enfrentados pelas crianças em alguma fase de suas vidas, como, por exemplo, o bullying, a obesidade infantil, a inclusão social de crianças que apresentam algum tipo de deficiência, dentre outros. Por isso, procure se informar sobre essas empresas e seus projetos e busque fazer uma parceria para complementar a educação das crianças. Palestras, teatros, debates, material educativo, tudo isso pode ser incluído para auxiliar na formação de nossos pequenos.

A escola possui um papel fundamental na formação da personalidade de cada criança, e este é o maior exemplo de sustentabilidade que podemos dar. Discutir assuntos ligados aos temas abordados neste capítulo, perguntar a opinião das crianças, pedir para que tragam exemplos de seu dia a dia e incluir os pais nessas discussões vão fazer com que os professores conheçam e possam ajudar seus alunos. É importante também pedir auxílio a prefeitura de seu município, bem como ao governo, para que as campanhas existentes cheguem à sua escola. Existem inúmeros projetos que podem ser levados até seus alunos, como, por exemplo, a Semana de Mobilização Saúde na Escola e as Campanhas de Vacinação, ambas realizadas pelo Ministério da Saúde, e Justiça na Escola, projeto que o Conselho Nacional de justiça realiza com orientações sobre como lidar com o bullying.

A base de toda sustentabilidade começa nas pequenas ações que vão levar ao desenvolvimento consciente e humano de nossas crianças. A importância do debate de temas atuais desde os primeiros anos de vida das crianças vai fazer com que cresçam zelando pelo meio em que vivem. A humanidade tem a habilidade de desenvolver-se de uma forma sustentável, entretanto é preciso garantir as necessidades do presente sem comprometer as habilidades das futuras gerações em encontrar suas próprias necessidades.

CONCLUSÃO

Os acontecimentos que ocorrem entre mãe e filho desde o início da gravidez são fundamentais para a adequada estruturação da personalidade do bebê e extremamente essenciais para o seu desenvolvimento emocional, social e cognitivo saudável. É muito importante iniciar o pré-natal o mais cedo possível, para se ter o controle da saúde da mãe e do bebê, visando prevenir e tratar quaisquer intercorrências que atrapalhem o bom desenvolvimento da gestação.

O aleitamento materno deve ser exclusivo até os 6 meses e deve ser mantido junto com a alimentação complementar até os 2 anos de idade. A amamentação traz benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê, e todo este processo deve ser acompanhado por profissionais de saúde preparados.

Devemos também ficar atentos ao que está acontecendo na vida de nossos filhos e de nossos alunos, aceitar e legitimar suas experiências emocionais. Quando surgir um problema, devemos escutar com empatia e sem críticas. Quando ele lhe pedir ajuda, seja seu cúmplice e seu aliado. Embora sejam simples esses passos, hoje sabemos que formam a base de uma vida emocional equilibrada entre pais e filhos, professores e alunos.

Problemas atuais que atrapalham o bom desenvolvimento da criança devem ser sanados para que não haja consequências importantes em sua vida adulta. Todo o processo de desenvolvimento humano é um conjunto de ações que devem ser tomadas concomitantemente pelos pais e educadores, visando ao desenvolvimento de uma consciência humana, social, cultural e ambiental que possa ser transmitida através de gerações.

CALENDÁRIOS DE VACINAÇÃO

O calendário de vacinação brasileiro é definido pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde (PNI/MS) e corresponde ao conjunto de vacinas consideradas de interesse prioritário à saúde pública do país. Seguem abaixo os calendários de vacinação da criança e do adolescente e as principais orientações de cada vacina.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	BCG-ID ⁽¹⁾ vacina BCG	Dose única	Formas graves da tuberculose (principalmente nas formas miliar meningea)
	Hepatite B ⁽²⁾ vacina hepatite B (recombinante)	1ª dose	hepatite B
1 mês	Hepatite B ⁽²⁾ vacina hepatite B (recombinante)	2ª dose	hepatite B
2 meses	Tetravalente (DTP + Hib) ⁽³⁾ vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis e Haemophilus influenzae b (conjugada)	1ª dose	difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por Haemophilus influenzae tipo b
	Vacina oral poliomielite (VOP) ⁽⁴⁾ vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)		Poliomielite ou paralisia infantil
	Vacina oral de rotavírus humano (VORH) ⁽⁵⁾ vacina rotavírus humano G1P1[8] (atenuada)		Diarréia por rotavírus
	Vácina pneumocócica 10 (conjugada) ⁽⁶⁾		pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo
3 meses	Vacina meningocócica C (conjugada) ⁽⁷⁾ vacina meningocócica C (conjugada)	1ª dose	Doença invasiva causada por Neisseria meningitidis do sorogrupo C
4 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib) ⁽³⁾ vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis e Haemophilus influenzae b (conjugada)	2ª dose	difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por Haemophilus influenzae tipo b
	Vacina oral poliomielite (VOP) ⁽⁴⁾ vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)		poliomielite ou paralisia infantil
	Vacina oral de rotavírus humano (VORH) ⁽⁵⁾ vacina rotavírus humano G1P1[8] (atenuada)		diarréia por rotavírus
	Vacina pneumocócica 10 (conjugada) ⁽⁶⁾ vacina pneumocócica 10 - valente (conjugada)		pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo
5 meses	Vacina meningocócica C (conjugada) ⁽⁷⁾ vacina meningocócica C (conjugada)	2ª dose	doença invasiva causada por Neisseria meningitidis do sorogrupo C
6 meses	Hepatite B ⁽²⁾ vacina hepatite B (recombinante)	3ª dose	hepatite B
	Vacina oral poliomielite (VOP) ⁽⁴⁾ vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)		poliomielite ou paralisia infantil
	Vacina tetravalente (DTP + Hib) ⁽³⁾ vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis e Haemophilus influenzae b (conjugada)		difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por Haemophilus influenzae tipo b.
	Vacina pneumocócica 10 (conjugada) ⁽⁶⁾ vacina pneumocócica 10 - valente (conjugada)		pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo.
9 meses	Vacina febre amarela ⁽⁸⁾ vacina febre amarela (atenuada)	Dose inicial	febre amarela
12 meses	Vacina triíplice viral (SCR) ⁽⁹⁾ vacina sarampo, caxumba e rubéola (atenuada)	1ª dose	sarampo, caxumba e rubéola
	Vacina pneumocócica 10 (conjugada) ⁽⁶⁾ vacina pneumocócica 10 - valente (conjugada)	Reforço	pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo.
15 meses	Vacina triíplice bacteriana (DTP) vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis	1º Reforço	difteria, tétano, coqueluche
	Vacina oral poliomielite (VOP) ⁽⁴⁾ vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)	Reforço	poliomielite ou paralisia infantil
	Vacina meningocócica C (conjugada) ⁽⁷⁾ vacina meningocócica C (conjugada)		doença invasiva causada por Neisseria meningitidis do sorogrupo C
4 anos	Vacina triíplice bacteriana (DTP) vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis	2º Reforço	difteria, tétano, coqueluche
	Vacina triíplice viral (SCR) ⁽⁹⁾ vacina sarampo, caxumba e rubéola	2ª Dose	sarampo, caxumba e rubéola
10 anos	Vacina febre amarela ⁽⁸⁾ vacina febre amarela (atenuada)	Uma dose a cada dez anos	febre amarela

(Fonte: Ministério da Saúde)

Nota: Mantida a nomenclatura do Programa Nacional de Imunização e inserida a nomenclatura segundo a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n.º 61 de 25 de agosto de 2008 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

Orientações importantes para a vacinação da criança:

(1) vacina BCG: Administrar o mais precoce possível, preferencialmente após o nascimento. Nos prematuros com menos de 36 semanas administrar a vacina após completar 1 (um) mês de vida e atingir 2 Kg. Administrar uma dose em crianças menores de cinco anos de idade (4 anos 11 meses e 29 dias) sem cicatriz vacinal. Contatos intradomiciliares de portadores de hanseníase menores de 1 (um) ano de idade, comprovadamente vacinados, não necessitam da administração de outra dose de BCG. Contatos de portadores de hanseníase com mais de 1 (um) ano de idade, sem cicatriz, administrar uma dose. Contatos comprovadamente vacinados com a primeira dose administrar outra dose de BCG. Manter o intervalo mínimo de seis meses entre as doses da vacina. Contatos com duas doses não administrar nenhuma dose adicional. Na incerteza da existência de cicatriz vacinal ao exame dos contatos intradomiciliares de portadores de hanseníase, aplicar uma dose, independentemente da idade. Para criança HIV positiva a vacina deve ser administrada ao nascimento ou o mais precocemente possível. Para as crianças que chegam aos serviços ainda não vacinadas, a vacina está contraindicada na existência de sinais e sintomas de imunodeficiência, não se indica a revacinação de rotina. Para os portadores de HIV (positivo) a vacina está contraindicada em qualquer situação.

(2) vacina hepatite B (recombinante): Administrar preferencialmente nas primeiras 12 horas de nascimento, ou na primeira visita ao serviço de saúde. Nos prematuros, menores de 36 semanas de gestação ou em recém-nascidos termo de baixo peso (menor de 2 Kg), seguir esquema de quatro doses: 0, 1, 2 e 6 meses de vida. Na prevenção da transmissão vertical em recém-nascidos (RN) de mães portadoras da hepatite B administrar a vacina e a imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG), disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), nas primeiras 12 horas ou no máximo até sete dias após o nascimento. A vacina e a HBIG administrar em locais anatômicos diferentes. A amamentação não traz riscos adicionais ao RN que tenha recebido a primeira dose da vacina e a imunoglobulina.

(3) vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis e *Haemophilus influenzae b* (conjugada): Administrar aos 2, 4 e 6 meses de idade. Intervalo entre as doses de 60 dias e, mínimo de 30 dias. A vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis – DTP são indicados dois reforços. O primeiro reforço administrar aos 15 meses de idade e o segundo reforço aos 4 (quatro) anos. Importante: a idade máxima para administrar esta vacina é aos 6 anos

11 meses e 29 dias. Diante de um caso suspeito de difteria, avaliar a situação vacinal dos comunicantes. Para os não vacinados menores de 1 ano iniciar esquema com DTP + Hib; não vacinados na faixa etária entre 1 a 6 anos, iniciar esquema com DTP. Para os comunicantes menores de 1 ano com vacinação incompleta, deve-se completar o esquema com DTP + Hib; crianças na faixa etária de 1 a 6 anos com vacinação incompleta, completar esquema com DTP. Crianças comunicantes que tomaram a última dose há mais de cinco anos e que tenham 7 anos ou mais devem antecipar o reforço com dT.

(4) vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada): Administrar três doses (2, 4 e 6 meses). Manter o intervalo entre as doses de 60 dias e, mínimo de 30 dias. Administrar o reforço aos 15 meses de idade. Considerar para o reforço o intervalo mínimo de 6 meses após a última dose.

(5) vacina oral rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada): Administrar duas doses seguindo rigorosamente os limites de faixa etária: primeira dose: 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias. segunda dose: 3 meses e 7 dias a 5 meses e 15 dias. O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 30 dias. Nenhuma criança poderá receber a segunda dose sem ter recebido a primeira. Se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a vacinação não repetir a dose.

(6) vacina pneumocócica 10 (conjugada): No primeiro semestre de vida, administrar 3 (três) doses, aos 2, 4 e 6 meses de idade. O intervalo entre as doses é de 60 dias e, mínimo de 30 dias. Fazer um reforço, preferencialmente, entre 12 e 15 meses de idade, considerando o intervalo mínimo de seis meses após a 3ª dose. Crianças de 7-11 meses de idade: o esquema de vacinação consiste em duas doses com intervalo de pelo menos 1 (um) mês entre as doses. O reforço é recomendado preferencialmente entre 12 e 15 meses, com intervalo de pelo menos 2 meses.

(7) vacina meningocócica C (conjugada): Administrar duas doses aos 3 e 5 meses de idade, com intervalo entre as doses de 60 dias, e mínimo de 30 dias. O reforço é recomendado preferencialmente entre 12 e 15 meses de idade.

(8) vacina febre amarela (atenuada): Administrar aos 9 (nove) meses de idade. Durante surtos, antecipar a idade para 6 (seis) meses. Indicada aos residentes ou viajantes para as seguintes áreas com recomendação da vacina: estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Distrito Federal e Minas Gerais e alguns municípios dos estados do Piauí, Bahia, São Paulo,

Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Para informações sobre os municípios desses estados, buscar as Unidades de Saúde locais. No momento da vacinação considerar a situação epidemiológica da doença. Para os viajantes que se deslocarem para os países em situação epidemiológica de risco, buscar informações sobre administração da vacina nas embaixadas dos respectivos países a que se destinam ou na Secretaria de Vigilância em Saúde do Estado. Administrar a vacina 10 (dez) dias antes da data da viagem. Administrar reforço, a cada dez anos após a data da última dose.

(9) vacina sarampo, caxumba e rubéola: Administrar duas doses. A primeira dose aos 12 meses de idade e a segunda dose deve ser administrada aos 4 (quatro) anos de idade. Em situação de circulação viral, antecipar a administração de vacina para os 6 (seis) meses de idade, porém deve ser mantido o esquema vacinal de duas doses e a idade preconizada no calendário. Considerar o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO ADOLESCENTE

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
11 a 19 anos	Hepatite B ⁽¹⁾ vacina hepatite B (recombinante)	1ª dose	Hepatite B
	Hepatite B ⁽¹⁾ vacina hepatite B (recombinante)	2ª dose	Hepatite B
	Hepatite B ⁽¹⁾ vacina hepatite B (recombinante)	3ª dose	Hepatite B
	Dupla tipo adulto (dT) ⁽²⁾ vacina adsorvida difteria e tétano - adulto	Uma dose a cada 10 anos	Difteria e tétano
	Febre amarela ⁽³⁾ febre amarela (atenuada)	Uma dose a cada 10 anos	Febre amarela
	Tríplice viral (SCR) ⁽⁴⁾ vacina sarampo, caxumba e rubéola	Duas doses	Sarampo, Caxumba e Rubéola

(Fonte: Ministério da Saúde)

Nota: Mantida a nomenclatura do Programa Nacional de Imunização e inserida a nomenclatura segundo a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n.º 61 de 25 de agosto de 2008 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

Orientações importantes para a vacinação do adolescente

(1) vacina hepatite B (recombinante): Administrar em adolescentes não vacinados ou sem comprovante de vacinação anterior, seguindo o esquema de três doses (0, 1 e 6) com

intervalo de um mês entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e a terceira dose. Aqueles com esquema incompleto, completar o esquema. A vacina é indicada para gestantes não vacinadas e que apresentem sorologia negativa para o vírus da hepatite B a após o primeiro trimestre de gestação.

(2) vacina adsorvida difteria e tétano - dT (Dupla tipo adulto): Adolescente sem vacinação anteriormente ou sem comprovação de três doses da vacina, seguir o esquema de três doses. O intervalo entre as doses é de 60 dias e no mínimo de 30 (trinta) dias. Os vacinados anteriormente com 3 (três) doses das vacinas DTP, DT ou dT, administrar reforço, a cada dez anos após a data da última dose. Em caso de gravidez e ferimentos graves antecipar a dose de reforço sendo a última dose administrada há mais de 5 (cinco) anos. A mesma deve ser administrada pelo menos 20 dias antes da data provável do parto. Diante de um caso suspeito de difteria, avaliar a situação vacinal dos comunicantes. Para os não vacinados, iniciar esquema de três doses. Nos comunicantes com esquema de vacinação incompleto, este dever completado. Nos comunicantes vacinados que receberam a última dose há mais de 5 (cinco) anos, deve-se antecipar o reforço.

(3) vacina febre amarela (atenuada): Indicada 1 (uma) dose aos residentes ou viajantes para as seguintes áreas com recomendação da vacina: estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Distrito Federal e Minas Gerais e alguns municípios dos estados do Piauí, Bahia, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Para informações sobre os municípios destes estados, buscar as Unidades de Saúde locais. No momento da vacinação considerar a situação epidemiológica da doença. Para os viajantes que se deslocarem para os países em situação epidemiológica de risco, buscar informações sobre administração da vacina nas embaixadas dos respectivos países a que se destinam ou na Secretaria de Vigilância em Saúde do Estado. Administrar a vacina 10 (dez) dias antes da data da viagem. Administrar dose de reforço, a cada dez anos após a data da última dose. Precaução: A vacina é contraindicada para gestante e mulheres que estejam amamentando. Nesses casos buscar orientação médica do risco epidemiológico e da indicação da vacina.

(4) vacina sarampo, caxumba e rubéola – SCR: considerar vacinado o adolescente que comprovar o esquema de duas doses. Em caso de apresentar comprovação de apenas uma dose, administrar a segunda dose. O intervalo entre as doses é de 30 dias.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A. *et al.* **Adolescência**. Buenos Aires: Ediciones Kargieman, 1978.
- ALVES, M. R. **Características epidemiológicas das vítimas fatais de acidentes de trânsito, menores de 14 anos de idade no período de janeiro de 1995 a dezembro de 2000, no município de Curitiba**. Tese (Mestrado) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2001.
- AUTORES DIVERSOS. **História de nossas vidas: Os menores de Quatro Pinheiros**. Curitiba: Fundação Educacional Meninos e Meninas da Rua Projeto Elior, 1999.
- BOA SAÚDE. **A obesidade infantil já atinge cerca de 10% das crianças brasileiras**. Disponível em: <<http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3961&ReturnCatID=667>> .
- BRASIL ESCOLA. **Bullying**. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/sociologia/bullying.htm>> .
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Bullying**. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/campanhas-do-judiciario/bullying>> .
- CRIANÇA SEGURA BRASIL. **Cuidados para uma criança segura**. Disponível em: <<http://www.criancasegura.org.br>> .
- FIOCRUZ. **Obesidade Infantil e na Adolescência**. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/obesidade-infantil.htm>> .
- FORJAR, J. e ARNAL, G. **Textbook of Paediatrics Churchill Livingstone**. Edinbugh, 1984.
- GRANDE DICIONÁRIO HOUAIS DA LÍNGUA PORTUGUESA. Disponível em <<http://biblioteca.uol.com.br/>> .
- KALUNA, E. **Aos pais de adolescentes**. Rio de Janeiro: Cobra Rorato, 1994.
- LOPES, F.A; JR, D.C *et al.* **Sociedade Brasileira de Pediatria: Filhos – da gravidez aos 2 anos de idade: dos pediatras da Sociedade Brasileira de Pediatria**. São Paulo: Editora Manole Ltda, 2010. 1. ed.
- LOPES, F.A; JR, D.C *et al.* **Sociedade Brasileira de Pediatria: Filhos – de 2 a 10 anos de idade: dos pediatras da Sociedade Brasileira de Pediatria**. São Paulo: Editora Manole Ltda, 2011. 1. ed.
- LOPES, F.A; JR, D.C *et al.* **Sociedade Brasileira de Pediatria: Filhos adolescentes – de 10 a 20 anos de idade: dos pediatras da Sociedade Brasileira de Pediatria**. São Paulo: Editora Manole Ltda, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Saúde. Imunizações**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21462> .
- NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. 2. ed. J.E.M.M Editores Ltda. 1986.
- OBESIDADE INFANTIL. **Obesidade Infantil**. Disponível em: <<http://www.obesidadeinfantil.org/>> .
- PERNETTA, C. **Amor e liberdade**. Porto Alegre: Grafosul, 1982.
- PORTAL BRASIL. **Campanha contra a Obesidade Infantil**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/03/05/mais-de-5-milhoes-de-estudantes-do-pais-serao-orientados-sobre-obesidade>> .
- PORTAL DO PROFESSOR. **Bullying na Escola**. Disponível em: <<http://portaldoprofessor.mec.gov.br/conteudoJornal.html?idConteudo=930>> .

SAVASIANO, H. *et al.* **Seu filho de 0 a 12 anos:** guia para observar o desenvolvimento e crescimento das crianças até 12 anos. São Paulo: I'brasa, 1982.

SCHAEFER, C. E. **Conversando com crianças.** São Paulo: Editora Harbra Ltda, 1991.

SIELSKI, F. **Filhos que usam drogas:** guias para os pais. Curitiba: Ed. Adrenalina, 1999.

SILVA FONTES, J. A. *et al.* **Perinetologia Social.** São Paulo: Fundo Editorial Byk-Procient, 1984.

SOUZA, R. P. de & MAAKAROW, M. F. **Manual de Adolescência.** Sociedade Brasileira de Pediatria – Comitê de Adolescência.

The American Journal of Clinical Nutrition 61, 1995. p. 271-273.

TORRES, L. C. B. **Saúde do Adolescente.** SENAR-PR. Manual do Professor.

TOURINHO, C. R. *et al.* **Generologia da infância e adolescência.** São Paulo: Fundo Editorial BYB – Procient, 1980.

YODER, J. **A criança autoconfiante.** São Paulo: Saraiva, 1990.

MATERIAL DISPONÍVEL NA INTERNET

- *Brincadeiras Sustentáveis*

<http://www.casinhanaarvore.com/guiaescolas/>

- *Calendário de Vacinação da Criança e do Adolescente*

< http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21462 > .

- *Cartilha sobre Bullying*

http://www.cnj.jus.br/images/programas/justica-escolas/cartilha_bullying.pdf

- *Pirâmide Alimentar Adaptada: Guia para escolha dos alimentos*

<http://www.scielo.br/pdf/rn/v12n1/v12n1a06.pdf>

- *Vídeos informativos sobre Obesidade Infantil*

<http://www.obesidadeinfantil.org/>

