

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E PSICOLÓGICO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE FUNDAMENTOS DA EDUCAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA
INTERVENTIVA NA SAÚDE E NA EDUCAÇÃO

PUBERDADE PRECOCE: REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS

DAYSE PEREIRA DE ABREU

FORTALEZA – CEARÁ

2004

PUBERDADE PRECOCE: REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS

DAYSE PEREIRA DE ABREU

MONOGRAFIA SUBMETIDA À COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INTERVENTIVA NA SAÚDE E NA EDUCAÇÃO COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE ESPECIALISTA PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.

FORTALEZA - 2004

Esta monografia foi submetida como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista Avaliação Psicológica Interventiva na Saúde e na Educação pela Universidade Federal do Ceará e encontra-se à disposição dos interessados na Biblioteca Central da referida Universidade.

A citação de qualquer trecho desta monografia é permitida, desde que seja feita de conformidade com as normas da ética científica.

Dayse Pereira de Abreu

MONOGRAFIA APROVADA EM: ____/____/____

ANA MARIA VIEIRA LAGE

Orientadora

AGRADECIMENTOS

À Professora Ana Lage, por todo apoio e dedicação, durante a realização deste trabalho; e em outros momentos de minha vida estudantil, profissional e pessoal;

Ao meu esposo, pelo carinho e paciente ajuda na formatação final desta monografia;

À minha tia “Maninha” e à minha prima Cris, pela grande ajuda na digitação deste trabalho;

À minha cunhada Dani, pela ajuda na revisão ortográfica.

SUMÁRIO

RESUMO

INTRODUÇÃO.....	7
1. DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	10
1.1.Primeira Infância.....	10
1.1.1. Desenvolvimento Físico.....	11
1.1.2. Desenvolvimento Cognitivo.....	12
1.1.3. Desenvolvimento Emocional.....	14
1.1.4. Desenvolvimento Social.....	16
1.1.5. Desenvolvimento da Sexualidade.....	17
1.2.Segunda Infância.....	18
1.2.1. Desenvolvimento Físico.....	18
1.2.2. Desenvolvimento Cognitivo.....	19
1.2.3. Desenvolvimento Emocional.....	22
1.2.4. Desenvolvimento Social.....	25
1.2.5. Desenvolvimento da Sexualidade.....	27
1.3.Terceira Infância.....	29
1.3.1. Desenvolvimento Físico.....	29
1.3.2. Desenvolvimento Cognitivo.....	30
1.3.3. Desenvolvimento Emocional.....	31
1.3.4. Desenvolvimento Social.....	32
1.3.5. Desenvolvimento da Sexualidade.....	32
2. PUBERDADE: UMA ETAPA NATURAL DO DESENVOLVIMENTO.....	34
2.1. Manifestações Físicas.....	34
2.2. Manifestações Emocionais.....	36
2.3. Repercussões Sociais.....	38
2.4. Evoluções Cognitivas.....	39
2.5. Desenvolvimento da Sexualidade.....	41

3. PUBERDADE PRECOCE: UMA PATOLOGIA ORGÂNICA.....	44
4. PUBERDADE PRECOCE: REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS.....	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60

RESUMO

A Puberdade Precoce é uma patologia orgânica que apresenta inúmeras repercussões psicológicas na vida da criança e de seus familiares. A patologia estudada refere-se ao desenvolvimento precoce das características fisiológicas e orgânicas da puberdade.

A precocidade desta etapa do desenvolvimento faz com que a criança vivencie sentimentos confusos, pois ela não possui ainda recursos cognitivos e emocionais para lidar com todas as mudanças que acontecem; tais como, as alterações na imagem corporal e o comprometimento nas relações sociais.

A intervenção psicológica é, pois, de suma importância. A criança portadora de Puberdade Precoce, bem como seus familiares, principalmente os pais, necessitam de apoio psicológico para enfrentar as dificuldades e repercussões que a doença impõe.

Entretanto, o profissional de psicologia precisa conhecer as características de cada faixa etária da infância, além de todas as informações sobre a doença em questão e suas peculiaridades. Assim, compreenderá as vivências e dificuldades da criança e fará intervenções de forma assertiva, minimizando o sofrimento psíquico da mesma.

INTRODUÇÃO

A inserção da Psicologia na área da saúde é hoje um tema bastante difundido. A percepção da importância do apoio psicológico às pessoas acometidas de patologias orgânicas, hospitalizadas ou não, tem feito a Psicologia da Saúde ganhar campo e credibilidade.

O suporte psicológico à pacientes portadores de doenças orgânicas é importante, independentemente da patologia, pois sabe-se que a pessoa doente, desequilibra-se emocionalmente. O processo do adoecer é permeado por sentimentos de medo, angústia e dúvidas. Muitas vezes o paciente desenvolve mecanismos de defesa, prejudiciais à sua recuperação.

Entretanto, cada patologia possui suas características peculiares. De uma forma geral, toda pessoa doente tem sua imagem corporal alterada. Contudo, em algumas patologias, as modificações são mais fortes. Algumas patologias trazem consigo tabus e preconceitos; outras deixam o paciente mais dependente. Enfim, é necessário conhecer peculiaridades da doença, para saber os focos a serem trabalhados no suporte psicológico ao paciente, bem como sua família.

Quando a pessoa doente é uma criança, também existem características especiais. Se, para o adulto, o adoecer é um momento de medos, angústias e dúvidas, para criança esses sentimentos são exacerbados. A criança está em processo de desenvolvimento que será, de alguma forma, “quebrado” ou retardado com o adoecer. O mundo de doença, hospitalização e realização de exames é totalmente desconhecido para quem adoecer. Dependendo da faixa etária em que a criança se encontra, os recursos cognitivos e emocionais podem ser inadequados para enfrentar a situação.

A Puberdade Precoce é uma patologia orgânica, que pode trazer repercussões psicológicas bastante significativas. É uma doença que faz a criança desenvolver as características físicas e fisiológicas da puberdade, numa idade precoce. Essa patologia pode apresentar-se em crianças de zero a oito anos de idade. As repercussões psicológicas podem diferir, dependendo da faixa etária da criança.

Alguns pontos merecem destaque no que diz respeito aos aspectos psicológicos envolvidos na Puberdade Precoce: a alteração na imagem corporal; a discrepância entre o desenvolvimento físico (que será precoce), cognitivo e emocional; as repercussões nas relações sociais da criança e a curiosidade e atração que essas crianças podem despertar nos indivíduos.

Compreende-se, portanto, que esse tema é bastante complexo e merecedor de estudo. Percebendo-se a escassez de material referente aos aspectos psicológicos da patologia em questão e considerando-se que essa patologia tem sido relativamente freqüente nos consultórios médicos, surge, assim, o interesse pelo desenvolvimento de um trabalho dessa natureza.

Apesar de a Puberdade Precoce ser uma patologia que pode acometer tanto meninas como meninos, nesse estudo será focalizada a população feminina. Essa escolha se deu pelo fato de a incidência desta doença ser maior no sexo feminino. Segundo Job e Calorbe (1980) a frequência é quatro vezes maior nas meninas do que nos meninos.

A contribuição desse trabalho consiste em pontuar algumas questões psicossociais importantes no que diz respeito à patologia da Puberdade Precoce, a fim de que, profissionais e estudantes de psicologia que se identifiquem com o tema, sintam-se motivados a se aprofundarem nesse conhecimento e, talvez, a se especializarem no atendimento a essas crianças e seus familiares, oferecendo apoio e orientação psicológica.

O presente trabalho, que consiste num estudo de revisão bibliográfica, foi estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo abordou-se o desenvolvimento infantil, falando-se sobre as características referentes ao desenvolvimento físico, cognitivo, emocional, social e sexual, em cada faixa etária. Como a patologia tema deste trabalho acomete crianças em diferentes faixas etárias, percebe-se a importância em se relatar as diversas características do desenvolvimento infantil nas diferentes faixas de idade.

No segundo capítulo falou-se das características da puberdade como etapa natural do desenvolvimento. O conhecimento das peculiaridades vivenciadas pela pessoa que está entrando na puberdade é de suma importância para, posteriormente, fazermos a relação com as repercussões do

desenvolvimento dessas características numa faixa etária que elas não deveriam estar acontecendo.

No terceiro capítulo procurou-se definir e caracterizar a patologia da Puberdade Precoce. Falou-se da faixa etária em que a doença pode aparecer, dos tipos de puberdade precoce e das características específicas de cada uma, da etiologia dessa patologia e do tratamento a que as crianças necessitam submeter-se. Essas informações também fazem-se imprescindíveis para se compreender o contexto e as vivências da criança e sua família.

No quarto e último capítulo foi realizada uma exposição à cerca das repercussões psicológicas referentes à Puberdade Precoce. Além disso, foram apresentadas reflexões sobre as intervenções psicológicas necessárias à criança e sua família, para que o sofrimento advindo da doença possa ser minimizado e o equilíbrio da criança, bem como de sua família, restabelecido para, assim, enfrentarem, de forma satisfatória, a doença e suas conseqüências.

CAP 1 - DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O Conhecimento do desenvolvimento infantil é de extrema importância para embasar qualquer estudo referente a criança. Mussen et al (1988, p. 5), a respeito da definição de desenvolvimento, diz o seguinte:

“Pode-se definir desenvolvimento como mudanças nas estruturas físicas e neurológicas, comportamentos e traços de um pessoa, que emergem de maneira ordenada e são razoavelmente duradouras.”

Para se compreender um fenômeno que ocorre com uma criança é necessário ter, antes de tudo, conhecimento a respeito das mudanças que fazem parte da faixa etária em que ela se encontra. É preciso compreender as transformações físicas, habilidades cognitivas, comportamentos sociais e relações psico-afetivas referentes a cada idade.

Com este conhecimento prévio será possível ter uma compreensão global da criança e do fenômeno que ocorre com ela, seja uma doença, um distúrbio emocional ou outro fenômeno qualquer. Assim será também mais fácil fazer qualquer tipo de intervenção necessária.

Diante disso, esse capítulo será reservado para discorrer sobre o desenvolvimento infantil. Serão abordados aspectos referentes ao desenvolvimento físico, cognitivo, psico-afetivo, social e sexual, desde os primeiros anos de vida até o final da infância / início da adolescência.

1.1. Primeira Infância

Com o objetivo de tornar a exposição mais didática, o capítulo será dividido em três partes, de acordo com as principais faixas etárias do desenvolvimento infantil. Para isso serão utilizados os termos Primeira,

Segunda e Terceira infância. Por Primeira infância entende-se o período que vai desde o nascimento até mais ou menos os dois anos e meio de idade, como é referido pela maioria dos autores.

1.1.1.Desenvolvimento físico

Nessa faixa etária, principalmente no primeiro ano de vida, há uma mudança considerável no corpo da criança. Nesta época as crianças crescem muito rápido, aumentando tanto de tamanho como de peso, bem mais do que nos anos seguintes.

Durante os primeiros anos também há uma importante maturação do sistema nervoso, maturação essa que embasa todo o desenvolvimento da criança. Com esse processo a criança passará dos reflexos involuntários para as percepções e ações motoras voluntárias; ela começará a coordenar os movimentos de cabeça, braços e pernas. Em seguida, a criança passará a sentar, engatinhar, levantar, andar; capacidades estas que também estão relacionadas com o processo de maturação do sistema nervoso.

Após o nascimento inicia-se também um processo de evolução em relação a percepção dos objetos, principalmente visual e auditiva. Em relação a percepção auditiva, a criança vai cada vez mais ampliando seu campo auditivo, passa a se interessar pela voz humana e pelo chamado de seu nome. Quanto a percepção visual, a criança começa a seguir os objetos com os olhos e a observá-los cada vez com mais atenção. Além disso começa também a discernir as diversas partes de seu corpo.

Em relação a imagem do corpo, desde os primeiros meses de vida, a criança inicia a percepção de seu próprio corpo. Essa percepção se dá primeiro através de sensações visuais, táteis e térmicas. Em seguida, a partir das coordenações labirínticas e musculares, motoras e de postura (no momento em que a criança se põe em pé e começa a andar).

Desde cedo a criança se interessa pelas partes de seu corpo e interage com elas (brinca com suas mãos e pés). Em seguida reage a sua imagem refletida no espelho e também passa a interagir com ela (beija, lambe, bate), no

princípio acreditando ser outra pessoa, para depois identificar a si própria. Um pouco mais a diante, aprende a indicar e nomear as partes do seu corpo quando solicitada por um adulto.

Desta forma a criança está iniciando a noção de imagem de seu próprio corpo, num processo de individualização e reconhecimento de seu EU, diferenciando-se do OUTRO; processo esse tão importante para seu desenvolvimento psico-afetivo.

1.1.2. Desenvolvimento Cognitivo

As crianças, durante os dois primeiros anos de vida, não evoluem apenas em relação a maturação física e as habilidades motoras; também apresentam um grande desenvolvimento no que diz respeito a capacidade de pensar e entender o mundo ao seu redor.

Segundo Mussen et all (1988), um dos caminhos que os estudiosos seguem para estudar a aquisição do conhecimento da criança desde os primeiros meses de vida é, justamente tentar explicar as mudanças nas capacidades cognitivas. Este autor fala de quatro mudanças principais que ocorrem no primeiro ano de vida da criança. São elas: aquisição das percepções (ou representações de experiências sensoriais); capacidade de reconhecer e discriminar; capacidade para categorizar e o desenvolvimento da memória.

Desde o primeiro dia de vida, o bebê pode ver, ouvir, sentir cheiro; são sensíveis ao toque, à dor e a mudança de posição. Essas capacidades são inatas. Entretanto percebe-se que os recém-nascidos não esperam passivamente, ao contrário, eles buscam informações ativamente. As mudanças nas características físicas, vistas anteriormente, regem a atenção do bebê. Ele está sempre atento e assim vai desenvolvendo sua capacidade de representar suas experiências sensoriais a nível mental.

Essas representações de experiências que o bebê cria desde os primeiros dias de vida, a maioria dos psicólogos chamam de esquema. É a partir desses esquemas que a criança vai desenvolver a capacidade de

reconhecer e discriminar objetos e eventos. Aquele esquema já existente, ou seja a representação mental de algo, faz ele reconhecer o que é, ou não, familiar. A partir da formação de vários esquemas a criança vai discriminar entre o parecido e o diferente.

A categorização é outra capacidade importante que a criança desenvolve desde muito cedo. Categorizar significa poder criar um esquema para uma dimensão comum a várias experiências, ou seja, criar categorias. A criança vai separar os objetos similares entre si. Nesse momento a criança cria categorias para objetos concretos a partir de características físicas; porém, mais na frente, no desenvolvimento infantil, essas categorias poderão ser a nível das palavras e idéias.

Outra importante função mental desenvolvida durante a infância é a memória. O desenvolvimento da memória se dá em três aspectos: reconhecimento, recordação e funcionamento. Os bebês, desde muito cedo, são capazes de reconhecer que algo de sua experiência atual está relacionado a um esquema pré-existente; esta é a memória de reconhecimento. Mais tarde (depois dos seis meses) a criança será capaz também de recuperar um esquema mesmo sem estímulo presente naquele momento; esta é a memória de recordação. Por volta dos oito meses a criança inicia a capacidade de comparar e relacionar informações novas com conhecimento passado; esta é a memória de funcionamento.

Para Jean Piaget também, esse período de 0 a 02 anos é marcado por extraordinário desenvolvimento mental. Por muito tempo não se deu importância a esse período por falta da linguagem verbal. Mas ,na verdade, como diz o próprio Piaget (1995, p.17) *“é decisivo para todo o curso da evolução psíquica: representa a conquista, através da percepção e dos movimentos, de todo o universo prático que cerca a criança.”*

Segundo este autor, a evolução cognitiva desse período engloba praticamente três estágios importantes: o dos reflexos; o da organização das percepções e hábitos, e o da inteligência sensório motora propriamente dita. O estágio dos reflexos se inicia com ações meramente instintivas; entretanto, como foi dito a nível da percepção, não existe uma passividade mecânica, mas

sim uma atividade verdadeira que atesta a existência de uma assimilação senso-motora.

Mais tarde os exercícios reflexos se tornarão mais complexos, surgindo os hábitos e percepções organizados. Por exemplo: a sucção do polegar e a manipulação dos objetos são conjuntos motores, o que Piaget chama de hábito. Esses conjuntos motores se constroem a partir da repetição dos exercícios reflexos com a incorporação de novos elementos. Nesse momento o bebê não possui apenas assimilação senso-motora, mas também esquema senso-motor.

O terceiro estágio desse período é a inteligência senso-motora. Nesse momento a inteligência é totalmente prática, referente a manipulação de objetos; e só utiliza percepções e movimentos. No final dos dois primeiros anos a criança não se satisfaz mais em reproduzir movimentos e gestos, agora ela os varia intencionalmente para observar os resultados das variações.

1.1.3. Desenvolvimento Emocional

Nessa faixa etária a criança ainda não é capaz de avaliar conscientemente os estados de seus sentimentos. Entretanto, isso não significa que os bebês não possuem emoções.

Segundo Mussen et al (1988), nos primeiros meses de vida, existem algumas reações por parte dos bebês que sugerem estados emocionais: aquietação motora, desaceleração cardíaca, fechamento dos olhos, diminuição do tônus muscular, movimento dos membros, entre outros. Algumas dessas reações em conjunto significam respostas emocionais a algo, como por exemplo: dor, frio e fome; relaxamento, evento familiar, etc...

No bebê um pouco mais velho, por volta do oitavo mês aparecem novas reações emocionais. Uma delas, talvez a mais significativa, é o temor às pessoas desconhecidas. Nessa idade, a criança reage com choro e fuga quando em contato com pessoas que não conhece ou não possui vínculo afetivo. Essa fase é chamada também de “angústia do oitavo mês”.

Por volta de um ano de idade a criança já é capaz de perceber os estados emocionais dos outros, reagindo positiva ou negativamente a eles. Nessa faixa etária também a criança apresenta reações emocionais significativas quando separadas de pessoas com quem tem forte ligação afetiva.

Para Piaget as etapas do desenvolvimento emocional da criança evolui paralelamente ao desenvolvimento cognitivo. Utilizando as palavras do próprio Piaget (1995, p.22); *“Afetividade e Inteligência são, assim, indissociáveis e constituem os dois aspectos complementares de toda conduta humana”*.

Assim sendo, no primeiro estágio de Piaget, o estágio dos reflexos, no que se refere as emoções, ele fala dos “impulsos instintivos elementares” ou “reflexos afetivos”, que são aqueles ligados a alimentação. O segundo estágio, o dos hábitos e percepções, corresponderia ao surgimento de “sentimentos elementares” ou “afetos perceptivos”, tais como: agradável/desagradável, prazer/dor, etc... Já no terceiro estágio, com o desenvolvimento da inteligência e conseqüente elaboração de um universo exterior, a afetividade também ganha novas características; a criança, nesse momento, já projeta seus sentimentos sobre outras atividades. Mas apesar de seus sentimentos não estarem mais ligados apenas ao seu eu, ainda dependem de suas ações.

Para Wallon, citado por Galvão (2000), na primeira etapa da vida da criança há uma predominância da afetividade. Wallon vê o desenvolvimento infantil como uma construção progressiva onde irão se alternar fases com maior ênfase afetiva ou cognitiva. Na primeira fase, que refere-se ao primeiro ano de vida, a emoção é o principal elo de interação da criança com o meio.

“Resposta ao seu estado de imperícia, a predominância da afetividade orienta as primeiras reações do bebê às pessoas, as quais intermediam sua relação com o mundo físico; a exuberância de suas manifestações afetivas é diretamente proporcional a sua inadaptação para agir diretamente sobre a realidade externa”. (Galvão, p.43)

Segundo a teoria de Wallon, no início o bebê desencadeia no outro reações de ajuda para superar suas necessidades; esse outro por sua vez, além de atender as necessidades do bebê, também interage com ele. Assim, a partir da ação do outro, a reação do bebê deixa de ser, simplesmente impulsiva, para ser uma expressão emotiva ou seja; afetividade exteriorizada.

1.1.4. Desenvolvimento social

Os sentimentos sociais ou o comportamento social também surge desde os primeiros meses de vida. Desde o primeiro mês a criança já reage às vozes das pessoas e já presta atenção a rostos. Por volta dos dois ou três meses se iniciam os chamados “sorrisos sociais”, ou seja, não são mais sorrisos reflexos, mas sorrisos reativos às interações com as pessoas.

Mas, segundo Mussen et al (1988), por volta dos sete meses, é que a criança começa a mostrar evidência clara de vínculo com determinadas pessoas de seu ciclo familiar. É também por volta dos sete meses, segundo Cruchon (1969), que percebe-se interações entre crianças de idade próxima.

Durante os dois primeiros anos de vida, duas grandes aquisições da criança influem diretamente na sua relação social. A primeira grande aquisição é a capacidade de andar; a partir desse momento a criança adquire certa autonomia e não tem mais que esperar que as coisas ou as pessoas venham até ela.

A segunda aquisição é a linguagem, a partir do momento que a criança aprende nomes para coisas, ações e relações, ela passa a se apropriar do mundo a sua volta de uma outra maneira. Além disso, a linguagem oferece à criança a capacidade de comunicar seus sentimentos e pensamentos a outras pessoas.

Nesses primeiros anos da infância, as relações sociais da criança, estão de certa forma restringidas ao círculo familiar. Mais tarde com a entrada na escola essas relações terão uma ampliação considerável.

1.1.5. Desenvolvimento da Sexualidade

Apesar de a criança não ter “prazer sexual” no que diz respeito a união física dos órgãos sexuais, como na adolescência e vida adulta, desde muito cedo se inicia o desenvolvimento da sexualidade na infância. Pois a sexualidade não se limita apenas aos órgãos sexuais ou ao prazer deles derivados, ela é mais abrangente.

“Ela se irradia na sensibilidade interna, assim como ela pode ser provocada por diversas excitações, de origem interna e externa, que estão em relação, mais ou menos próxima, com a atração sexual, como a beleza física, a voz, o andar, mas também a delicadeza ou a força, a ternura e a generosidade, que são sempre de um tipo mais feminino ou mais masculino.”
(Cruchon, 1969, p.94)

No desenvolvimento da sexualidade nos primeiros anos de vida a criança sente prazer em diferentes zonas de seu corpo. Freud, citado por Cruchon (1969), distingue três estágios nesse primeiro momento: o estágio oral, o estágio oral-sádico e o estágio anal-sádico.

No primeiro estágio, que ocorreria por volta dos zero a nove meses, a criança sente prazer em sugar. Nos primeiros dias de vida a criança possui o reflexo de sucção, pois precisa sugar o seio da mãe (ou mamadeira) para satisfazer sua necessidade de alimentação. Entretanto o ato da sucção também lhe proporciona prazer e a criança estende esse ato à chupeta e outros objetos, como forma de obter prazer e gratificação.

Como coloca Souza et al in Costa e Souza (2002), a libido (energia que alimenta a conduta sexual), nessa faixa etária polariza-se na zona oral e perioral.

O segundo estágio, ao qual Freud chamou de oral-sádico, corresponde ao momento em que a criança, ao invés de sugar, deseja morder o seio da mãe. Entre nove e dezoito meses, a criança apresenta uma forma de

agressividade oral que se mistura às demonstrações de afeto. Nesse momento, existe uma procura incontrolada de excitação agressiva, na busca de liberar tensões agressivas.

No terceiro estágio, o anal-sádico, a zona oral deixa de ser a principal zona de prazer da criança. A libido agora localiza-se no pólo inferior do intestino, na região anal e perianal. A criança nessa época está adquirindo controle em relação a eliminação das fezes e isto lhe dá prazer. Ela demonstra interesse pela matéria que elimina e pelas sensações que experimenta no controle dos esfíncteres.

Nessa faixa etária (zero a dois anos), ocorre também o início da aceitação do sexo biológico, é a primeira identificação como pertencente a um sexo, a partir da relação com os pais. No final desta fase também aparecem as primeiras perguntas sobre a diferença dos sexos.

Vale salientar, no que diz respeito ao desenvolvimento da sexualidade na infância, que não se pode negar a existência da busca de prazer libidinoso, mas também não se pode afirmar que todas as condutas são centradas na busca do prazer sexual. Como foi dito, a sexualidade é muito mais abrangente, não se restringe ao prazer sexual.

1.2. Segunda Infância

A fase referente a Segunda Infância estende-se normalmente dos dois anos e meio aos sete anos. Entretanto, pode-se perceber que esta fase divide-se em dois períodos bem distintos, o primeiro, que vai dos dois anos e meio ou três até por volta dos quatro ou cinco anos, e o segundo, após os quatro ou cinco anos.

1.2.1. Desenvolvimento físico

Nesta fase do desenvolvimento infantil a criança cresce pouco se comparado à época da primeira infância. Entretanto, embora as modificações com relação a peso e altura não sejam grandes, a criança apresentará

consideráveis transformações físicas, principalmente no segundo período desta fase, entre cinco e sete anos, quando ocorrerão mudanças significativas a nível corporal. A criança vai perdendo as formas rechonchudas que possuía até os dois ou três anos de idade e assumindo características sexuais mais marcantes. Ou seja, a forma do rosto, da bacia e o tamanho dos cabelos, que agora se diferenciam entre meninos e meninas, farão com que eles sejam distinguidos, entre si, com maior facilidade.

As habilidades motoras também têm grande avanço nesta faixa etária. A criança passa a caminhar com maior desenvoltura e equilíbrio, adquire movimentos contínuos de subir e descer escadas, começa a escalar em árvores, etc. Além disso, a manipulação de brinquedos mecânicos, martelo, jogos de construção, entre outros, ganha maior espaço. A evolução do grafismo é outro ponto importante que, em parte, está ligado a coordenação motora.

1.2.2. Desenvolvimento cognitivo

Nessa faixa etária, a aquisição da linguagem e a socialização influenciam de maneira significativa no desenvolvimento cognitivo da criança. A linguagem vai permitir à criança contar suas ações, reconstituir o passado e antecipar o futuro. A socialização vai contribuir para que o pensamento da criança deixe de ser exclusivamente egocêntrico.

No primeiro período dessa fase, entre os dois e quatro anos aproximadamente, predominam a fantasia criadora e os jogos imaginários. Neste período, o pensamento ainda é basicamente egocêntrico e a brincadeira da criança se faz através do jogo simbólico ou jogo de imaginação e imitação. Não é mais um jogo de funções senso-motoras, que é um jogo apenas de exercício, sem intervalo do pensamento, como ocorrera na fase anterior.

A criança agora através do brincar, busca satisfazer seu eu, transformando a realidade em função de seus desejos. Nessa fase a criança possui uma espécie de pensamento imaginativo e utiliza a linguagem para criar símbolos, ou seja, o objeto que a criança manipula vai ser utilizado não de

acordo com o seu valor real, mas segundo um valor simbólico que a criança confere arbitrariamente a esse objeto.

Assim, até por volta dos quatro anos, o pensamento da criança ainda é egocêntrico. Entretanto, no segundo período dessa fase, que se inicia por volta dos quatro ou cinco anos, o pensamento da criança torna-se mais adaptado à realidade. Não existe ainda um pensamento lógico ou racional, mas a inteligência utiliza agora o pensamento intuitivo.

“Até cerca de sete anos a criança permanece pré-lógica e suplementa a lógica pelo mecanismo da intuição; é uma simples interiorização das percepções e dos movimentos sob a forma de imagens representativas e de “experiências mentais” que prolongam, assim, os esquemas senso-motores sem coordenação propriamente racional.” Piaget (1995, p. 34)

É na segunda infância também que se inicia a famosa “idade dos porquês”. Nessa fase, a criança tem interesse por toda espécie de fenômeno e procura explicações para tudo. Entretanto, as explicações causais dos adultos não lhes satisfaz porque o egocentrismo intelectual e a imaginação, características dessa fase, levam a criança a explicar os fenômenos por fórmulas do seu mundo mágico.

A evolução da vida mental da criança se mostra também através do grafismo e do desenho. Como diz Cruchon (1969, p.114), *“Desenhar é uma das maneiras de simbolizar e de exteriorizar aquilo que se representa interiormente”*. Na idade dos três ou quatro anos a criança sai da fase da garatuja para a fase do “realismo intelectual”. Na primeira, fase da “garatuja”, o simbolismo ainda é rudimentar e a função motora prevalece sobre a função representativa. Já na fase do realismo intelectual, a criança representa os objetos, ou seja, desenha a idéia que possui deles.

Portanto, a linguagem representa uma aquisição significativa da criança na segunda infância e influencia diretamente o desenvolvimento cognitivo.

“O processo do desenvolvimento cognitivo é, pelo menos em parte, um processo de aprendizagem de uma língua. Cada língua faz suas distinções e organizações únicas da realidade. Daí a língua registra e canaliza modos de pensar.”
(Stone e Church, 1972, p. 166)

A partir desta colocação, os autores acima referidos trazem a formação de conceito como ponto crucial para se estudar o desenvolvimento cognitivo infantil. Para eles, um conceito é um percepto (objeto assimilado a partir da percepção) ao qual se deu um nome significativo. Assim, os conceitos só aparecem com a aquisição da linguagem. No início dessa fase a criança começa a desenvolver os conceitos, mas ainda não é um conceito total e verdadeiro, é um conceito concreto simples. Ou seja, a criança distingue coisas com nomes diferentes, reconhece atributos essencialmente característicos de um objeto ou outro. Contudo, esses atributos ainda permanecem “embutidos” nos próprios objetos. No final dessa fase porém, a criança será capaz não só de ligar conceitos a realidades concretas, mas também de pensar e falar sobre seus atributos. Assim surgem os conceitos verdadeiros.

A criança vai também começar a desenvolver a noção dos conceitos de tempo, espaço, quantidade e casualidade, que são conceitos abstratos e difícil de serem interligados. Em relação a conceitos de tempo, por exemplo, a criança no início dessa fase vai dividir o tempo em termos de atividades: hora de dormir, hora de almoçar, hora da escola, etc. A noção de ontem, hoje e amanhã só será desenvolvida mais tarde, assim como a relação de horas e segundos.

Com relação ao conceito de espaço, a criança, durante a segunda infância, começa a se orientar em termos de espaço de seu corpo. Ou seja, já é capaz de conhecer em cima, em baixo, do lado, perto de, etc. Entretanto, ainda não é capaz de diferenciar direita e esquerda, nem tão pouco de se orientar num espaço abstrato (apenas mentalmente).

Nessa idade também a criança começa a desenvolver as primeiras noções de quantidade: mais que, menos que, maior, menor, uma vez, de novo,

etc. Mas ela trabalha apenas com objetos no concreto, a noção abstrata dos números ainda não está desenvolvida nessa faixa etária.

Em relação ao conceito de causalidade, como já foi dito, no início desse tópico, quando falou-se da “idade dos porquês”, a criança nessa fase não tem idéia de que os acontecimentos possuem causas e quando começam a perguntar o porquê das coisas parecem procurar uma justificativa mais que uma explicação.

1.2.3. Desenvolvimento Emocional

A evolução afetiva durante a segunda infância é bastante significativa. No início desse período, por volta dos três anos, percebe-se grande mudança no comportamento da criança. Ela passa a ser mais oposicionista, agressiva, vaidosa, egoísta e ciumenta. Esses comportamentos aparecem em graus e predominâncias diferentes, dependendo do temperamento de cada criança e das reações destas com o ambiente.

Nesse período, a criança começa um processo de diferenciação mais significativo, numa busca de independência e autonomia. Segundo Cruchon (1969), essa é a “crise dos três e quatro anos” quando eclode a primeira tomada de consciência do eu, que é análoga a crise da puberdade, quando o eu procurará se afirmar contra o outro e se bastar a si próprio.

Contudo, no segundo período da segunda infância, quando se aproximam os cinco anos, todo esse comportamento de rebeldia e agressividade vai minimizando e diminuindo de intensidade. A criança passa a demonstrar necessidade de afeição terna, desejo de agradar e delicadeza. Nessa idade também aumentam os temores e a timidez. Se, aos três ou quatro anos a criança dispensava todo mundo, aos cinco ela busca mais contato e apoio, torna-se mais carinhosa e tolerante.

Galvão (2000), abordando a teoria de Wallon, também fala sobre a importância da afetividade nessa etapa do desenvolvimento infantil. De acordo com a teoria do desenvolvimento deste teórico, a criança entre os três e seis anos encontra-se no estágio do personalismo, etapa essa em que a tarefa

central é o processo de formação da personalidade, ou seja, a construção do eu que se dá através das interações sociais. Assim, nesse estágio, as relações afetivas são predominantes.

No estágio personalista, o sincretismo (misturas e confusões que está submetida a mente infantil), presente no estágio anterior começa a desaparecer. Nesse momento a criança começa a se individualizar, a diferenciar o *eu* do *não-eu*. Podemos perceber assim como o outro é importante nesse momento, é através desse outro (o *não-eu*) que a criança vai reconhecer o seu *eu*. Por isso, a predominância e importância das relações afetivas.

Uma das principais características desse estágio é, pois, a rebeldia e o negativismo. A criança opõe-se ao que distingue como sendo diferente dela (o *não-eu*), assim combate qualquer ordem, convite ou sugestão que venha do outro. Com esses comportamentos (“a idade do não”/“a idade do contra”) a criança na verdade busca testar a independência da sua personalidade.

Nesse momento surgem, na criança, necessidades que se traduzem em comportamentos, por vezes incompreendidos pelos adultos. Primeiro, a necessidade de papel de destaque (daí o ciúme, a trapaça, etc.), porque a exacerbação do ponto de vista pessoal é necessário para destacar sua noção de eu. Segundo, o desejo de propriedade das coisas (daí o “egoísmo”), porque a posse do objeto (o *meu*) assegura a posse da própria personalidade (o *eu*).

Nessa busca de “superioridade pessoal” a criança apresenta atitudes (bate, empurra para tomar um brinquedo, p/ex.), que podem ser interpretadas pelo adulto como comportamentos agressivos. Na verdade a criança está travando uma batalha sim, mas na busca de sua individualização.

Outra característica desse estágio, que normalmente ocorre após o exercício da oposição, é a fase de sedução e imitação do outro. Isso porque apesar da formação do *eu* estar praticamente garantida (depois do exercício de oposição), este *eu* é ainda frágil e precisa da admiração alheia para completar sua construção.

Assim, primeiro a criança “seduz” o outro, porque para admirar a si própria, ela necessita que o outro a admire. Depois imita o outro, num

movimento de reaproximação (ao outro que tinha sido negado), que é necessário ao enriquecimento do *eu* e à ampliação de suas possibilidades.

Piaget (1995), em relação ao desenvolvimento afetivo nesse período do desenvolvimento, fala sobre três “novidades afetivas”. A primeira delas é o interesse, que segundo ele está diretamente ligado às necessidades; pois um objeto torna-se interessante na medida em que corresponde a uma necessidade. Piaget fala também dos sentimentos de auto valorização (de superioridade ou inferioridade) que estão ligados aos interesses relativos a si próprio; a partir dos quais surge um julgamento de si mesmo, de significativa importância para todo desenvolvimento da criança.

A Segunda novidade afetiva são as relações afetivas interindividuais, ou seja, o jogo sutil de simpatias e antipatias que vai se desenvolver. A criança demonstrará simpatia em relação às pessoas que respondem a seus interesses e que a valorizam; e antipatia, às pessoas que não possuem gostos e valores em comum com ela.

A terceira novidade afetiva diz respeito ao aparecimento de sentimentos morais intuitivos. Nesse sentido, a primeira moral da criança é a da obediência, ou seja, é uma moral heterogênea, que é dependente de uma vontade exterior, seja dos pais ou de outros adultos respeitados pela criança.

“Em suma, interesses, auto valorizações, valores interindividuais espontâneos e valores intuitivos parecem ser as principais cristalizações da vida afetiva própria a este nível de desenvolvimento.” (Piaget, p. 40)

Assim, Wallon e Piaget, de forma diferenciada, trazem importantes considerações sobre a afetividade e sua significativa influência nesta fase do desenvolvimento infantil.

1.2.4. Desenvolvimento Social

Durante a segunda infância os horizontes sociais da criança vão, aos poucos, se ampliando. Embora os pais ainda ocupem maior e mais significativo espaço no relacionamento das crianças, pessoas de fora de sua família imediata, vão lentamente sendo incluídas em seu círculo social.

Sem dúvidas, do ponto de vista da socialização, a inclusão na escola é o ponto mais marcante nesta época. No primeiro momento, a entrada na escola é algo difícil para a criança devido à separação da mãe. Mas depois, a professora, os amiguinhos e os brinquedos passam a prender sua atenção e ela, assim, vai desenvolvendo sua capacidade de se relacionar com o outro, agora um outro que não pertence a sua família.

No princípio as crianças podem tratar umas às outras como coisas. O fato de as crianças nessa idade sentirem curiosidade em relação ao outro e necessidade de tocar o corpo, a face uma das outras, nada mais é do que a tentativa de identificar esse outro como um igual. Após esse reconhecimento as crianças passam a agrupar e brincar juntas, entretanto, no início, esse brincar junto não significa interagir. É o momento do jogo paralelo, onde as crianças estão brincando perto umas das outras, mas sem relacionamento entre si.

Mais tarde então, as crianças vão realmente fazer coisas em grupo, vão demonstrar muita atenção e admiração em relação aos outros; sejam crianças ou adultas. Nesse momento, a imitação vai se tornar muito pronunciada. A criança nessa fase, tende a imitar muito umas as outras, sejam em suas ações ou mesmo em suas verbalizações. É um momento rico e importante, onde elas estão se reconhecendo e se descobrindo.

A evolução das relações sociais da criança também pode ser constatada no comportamento lingüístico desta. No desenvolvimento da linguagem há o que pode se chamar de versão verbal do jogo paralelo, é o “monólogo coletivo”. Nessa fase as crianças falam uma de cada vez, parecem demonstrar interesse no que a outra diz, mas o que uma fala não tem nada a ver com o que a outra acabou de dizer.

Mais tarde, então por volta dos quatro ou cinco anos, a criança será capaz de trocar informações, descrever acontecimentos de forma compreensível, de usar a linguagem para combinar atividade em grupo, buscando um objetivo comum.

Stone e Church (1972) apontam outros três aspectos relevantes das relações sociais que começam a aparecer durante a segunda infância. São eles: simpatia, liderança e agressividade. No que diz respeito à simpatia, esses autores apontam os comportamentos da criança de: olhar para outras crianças quando esta está perturbada, consolar outra criança; buscar ajuda, repreender a outra criança que fez algo de errado. Enfim, a simpatia está ligada a compreensão de como o outro se sente.

Em relação ao segundo aspecto, muitas crianças apresentam traços de liderança que podem ser expressos de diferentes formas. Sejam através da imposição de sua vontade pela força física ou se comportando de forma “mandona”, nesse caso há uma identificação com a autoridade do adulto. Até mesmo crianças mais passivas e caladas podem exercer uma autoridade, quieta mas potente, como um modelo, por exemplo.

A agressividade também é um comportamento freqüente no processo de socialização das crianças. Entretanto o comportamento agressivo, nesta faixa etária, pode ser muito mais um ato de exploração do que de hostilidade. As crianças que se mostram agressivas de forma impiedosa e hostil, podem estar expressando desordem psicológica. Outro fato relevante nessa idade é que as emoções são fortes, mas vêm e vão muito rápido. Assim as inimizades são altamente instáveis, ou seja, uma hora as crianças estão numa briga horrível e no minuto seguinte estão brincando sem problemas.

Nesta fase, grande parte da vida da criança gira em torno da brincadeira. O comportamento social não é diferente, o brincar tem papel fundamental na socialização da criança. Os adultos muitas vezes não têm essa percepção e tratam a brincadeira como algo sem importância. Entretanto é através dela que a criança vai se conhecer e conhecer o mundo a sua volta. A brincadeira é, para a criança, algo tão sério quanto o trabalho é para o adulto. Stone e Church (p.141) falam a respeito: *“O jogo do pré-escolar, ao contrário, é um assunto*

sério, é seu trabalho, seu meio de descobrir o que ele e o seu mundo são, e o que fazer um ao outro.”

A brincadeira mais característica dessa fase do desenvolvimento infantil é o jogo dramático. Nesse jogo a criança experimenta concretamente como é estar no lugar de outras pessoas ou coisas, vai assim tomando consciência da existência de outras pessoas e se libertando das teias do egocentrismo. O jogo dramático contudo, não serve apenas para a criança aprender sobre os outros, também proporciona a ela o senso de poder e realização que não se encontra ainda em seu esquema prático das coisas.

Os papéis que mais atraem as crianças, para serem representados no jogo dramático, são aqueles que envolvem atividades funcionais. No início as crianças se interessam mais por papéis domésticos, mais próximos de sua realidade. A medida que crescem vão se interessando por papéis mais distantes de sua realidade concreta.

1.2.5. Desenvolvimento da sexualidade

No início dessa fase, a questão do papel sexual não tem tanta importância para a criança. Ela pode saber se é menino ou menina, mas mesmo assim, durante as brincadeiras pode desempenhar papéis masculinos e femininos sem nenhum problema. Embora as crianças dessa idade reconheçam as diferenças entre meninos e meninas, os órgãos genitais são encarados como secundários, a criança fará a diferença muito mais pela forma de vestir, pentear, etc.. Apenas no segundo período dessa fase, a partir dos cinco anos é que as crianças tomam mais a sério a questão das diferenças sexuais e genitais.

Gesell(1988), traz algumas questões importantes em relação as diferenças entre crianças de cinco, seis e sete anos. Um dos pontos que ele aborda é sobre o interesse e as perguntas sobre questões relacionadas ao sexo. A criança de cinco não insiste muito em perguntar a respeito desse conteúdo. Começa a interessar-se pelo aparecimento dos bebês, entretanto não demonstram ainda real interesse sobre os antecedentes desse fato,

encontram por si só explicações mágicas do tipo: os bebês nascem em árvores ou os bebês são comprados no hospital.

A criança de seis anos começa a ampliar seus interesses em relação às questões sobre sexo. Se interessa mais sobre casamento, gravidez, concepção e nascimento dos bebês. Mas apesar de começar a pensar sobre como os bebês são feitos, o interesse maior é sobre como eles vêm ao mundo, por onde os bebês nascem.

Já a criança de sete anos começa a demonstrar maior curiosidade em relação a origem do bebê. Entretanto, satisfaz-se com a explicação de que juntaram-se duas sementinhas sem se preocupar ainda de que maneira a semente do pai entrou dentro da mãe. As relações sexuais ainda estão para além de seu conhecimento. O interesse maior em relação a esse fato normalmente só surge por volta dos oito anos.

Outro ponto que Gesell (1988) aborda é em relação as brincadeiras de mostrar os órgãos sexuais. A criança de cinco anos ainda não se interessa por esta brincadeira, é raro vê-las brincar de abaixar a roupa um dos outros, apesar de mostrar curiosidade em observar os órgãos genitais alheios quando expostos. Já a criança de seis, demonstra curiosidade em relação as diferenças dos órgãos sexuais e brinca não só de mostrar a genitália como também pode brincar de manipulá-la, como por exemplo nas brincadeiras de médico. Por volta dos sete anos entretanto a criança mostra-se menos inclinada a participar de brincadeiras claramente relacionadas com sexo, costumam evitar a exibição de seus órgãos sexuais, demonstrando início de pudor e vergonha.

No que diz respeito a teoria Freudiana, nessa fase do desenvolvimento infantil, a zona erógena, ou seja, partes do corpo susceptíveis à estimulação sexual, deixa de ser oral ou anal e passa a ser genital. A criança passa a sentir mais prazer nos órgãos genitais. Contudo Freud chamou esse estágio de fálico, para diferenciar do estágio genital propriamente dito que ocorre na puberdade.

A partir da curiosidade natural dessa faixa etária em relação a sexualidade e aos órgãos sexuais, bem como o prazer sentido nessa zona erógena, as crianças nessa faixa etária manipulam seus genitais. A

masturbação é comum e deve ser encarada com naturalidade pelos pais, e assim será, desde que compreendam sobre as etapas do desenvolvimento da sexualidade infantil.

1.3. Terceira Infância

No processo de desenvolvimento infantil, a faixa etária entre sete e doze anos é considerada a terceira infância. Nesse período a criança também vive mudanças específicas a nível físico, afetivo, social, cognitivo e sexual, normalmente ainda com características infantis.

Entretanto, nos dias de hoje, essa faixa está deixando de ser considerada uma etapa da infância para ser considerada uma etapa já de entrada na adolescência. Inclusive, para muitos profissionais, o segundo período dessa faixa etária já é nomeada de pré-puberdade.

Isso está acontecendo porque, cada vez mais, as crianças estão “adolescendo” com menos idade, o que traz repercussões significativas, visto que, a mudança física que ocorre com a chegada da puberdade acaba sendo anterior, e até “atropelando”, as mudanças emocionais, sociais e cognitivas.

Contudo, se a menina entra na puberdade com nove anos, apesar de se encontrar na faixa etária que seria referente a terceira infância, não será considerada uma puberdade precoce, apenas uma antecipação da puberdade.

Apesar de esta faixa etária estar sendo cada dia mais uma transição para a puberdade, não deixa de ser importante discorrer sobre suas principais características. Afinal, a puberdade no início desta fase (sete e oito anos), é considerada patológica.

1.3.1. Desenvolvimento físico

No período da terceira infância há uma diminuição do ritmo do crescimento. Entretanto, as mudanças físicas não estacionam, apenas apresentam um padrão mais gradual, menos rápido e abrupto. O peso também

aumenta de modo lento, as meninas entre oito e dez anos são relativamente magras, só no final desse período é que elas apresentam ganho de peso significativo.

Segundo Stone e Church (1972), talvez as mudanças mais evidentes neste período ocorram na fisionomia da criança, nos traços faciais. As crianças passam a apresentar uma face de aparência mais delgada. O desenvolvimento da segunda dentição contribui para caracterizar a face de uma criança nesta faixa etária. Os dentes permanentes, logo que aparecem, apresentam-se desproporcionalmente grandes. A criança de oito anos distingue-se por seus grandes dentes da frente.

Além dessas mudanças físicas mais evidentes, outras menos óbvias também estão acontecendo. São elas: mudança de proporção, composição dos ossos, distribuição do tecido, aumento da força muscular, entre outras.

1.3.2. Desenvolvimento cognitivo

Na primeira e segunda infância uma das principais características, relativas ao desenvolvimento cognitivo, eram, respectivamente, os esquemas sensório-motores e o pensamento simbólico. Durante a terceira infância, a principal característica do pensamento é que os símbolos existem em função da ação concreta. Esse período é chamado por Piaget (1995) de período das operações concretas.

As formas egocêntricas, tão presentes nos períodos anteriores, começam a declinar. A assimilação egocêntrica dá lugar a uma assimilação racional e o animismo e artificialismo, por sua vez, dão lugar a uma causalidade baseada na razão. Com esse declínio do egocentrismo, começa também a elaboração de noções de conservação. Isso acontece a partir do momento em que a criança é capaz de, em suas operações, retornar ao ponto de partida, ou seja, perceber a reversibilidade das ações.

Nesse período também a criança começa a refletir sobre suas ações concretas de modo sistemático. A ordenação e classificação são outras características importantes desta etapa. A partir desse exercício, a criança

estará progressivamente formando os conceitos de número, tempo e espaço, cada vez mais se desligando do contexto concreto.

Na terceira infância a criança se afasta mais do pensamento simbólico, das fantasias e de seu egocentrismo, para se interessar mais pelo exterior, pela realidade concreta. Mas, apesar de já se iniciar a formação dos conceitos abstratos, o pensamento da criança pertencente a esta faixa etária ainda permanece preso à experiência. Apenas por volta dos doze anos é que surge o desenvolvimento do pensamento formal e a real capacidade de abstrair.

1.3.3. Desenvolvimento emocional

Segundo Cruchon (1969), no que diz respeito à afetividade, a terceira infância é um período mais tranquilo do que os anteriores. A criança nessa faixa etária é mais disponível e dócil; também apresenta grande interesse pelo conhecimento, o que faz esse período bastante favorável à educação. A boa vontade é outra característica significativa; a criança apresenta um coração mais generoso do que egoísta. Outra característica importante neste período é a presença de um maior auto-controle dos sentimentos, um maior domínio de si próprio, que ajuda a aceitar a disciplina. Nesta faixa etária também a criança apresenta-se mais independente, sabendo resolver suas dificuldades, cuidar de si próprio nas brincadeiras e outras atividades, sem recorrer tanto à ajuda dos pais.

Apesar da generosidade e auto-controle característico deste período, por volta dos nove ou dez anos a criança começa a trocar a moral familiar pela moral do grupo e por isso passa por momentos de incerteza; por vezes enfrentando as exigências dos adultos, tornando-se assim turbulenta e indisciplinada. Entretanto, o fim da terceira infância é caracterizado por um equilíbrio afetivo, desde, é claro, que haja um clima afetivo desejável na família, na escola e nos outros grupos.

Já Piaget (1995) traz como principal característica no desenvolvimento da afetividade durante esse período, o surgimento do respeito mútuo, que substitui gradualmente o respeito unilateral (moral heterônoma) do período

anterior. Como consequência deste respeito mútuo surge o sentimento de justiça e uma moral autônoma (e não mais de submissão). Ligada aos sentimentos morais autônomos está a vontade que, segundo Piaget, é o equivalente afetivo das operações da razão.

1.3.4. Desenvolvimento social

Segundo Piaget (1995), os progressos da conduta e da socialização são bastantes significativos nesse período do desenvolvimento infantil. As principais características percebidas quando se observa as crianças dessa faixa etária são: a concentração individual (quando trabalham sozinhas) e a colaboração efetiva (quando trabalham em grupo).

A criança por volta dos sete ou oito anos torna-se bastante cooperativa; isto acontece em decorrência da capacidade de diferenciar seu próprio ponto de vista do ponto de vista dos outros. Assim também as discussões tornam-se possíveis, cada um pode defender seu ponto de vista e compreender o do outro.

Outra importante mudança na atitude social da criança pertencente a esta faixa etária, diz respeito aos jogos com regras. Nessa idade, as crianças compreendem as regras, são capazes de segui-las e os termos ganhar e perder assumem significado real.

Entretanto, o ponto essencial de todas as constatações deste período, no que diz respeito às transformações sociais, é o declínio do egocentrismo. Assim como a criança começa a se liberar de seu egocentrismo intelectual, também o faz em relação a seu egocentrismo social. Esse fato é de extrema importância tanto para o progresso da inteligência como da afetividade.

1.3.5. Desenvolvimento da sexualidade

O Período da terceira infância é caracterizado por um relativa calma da sexualidade; o que fez Freud denominar esse período de “latência sexual”. Nessa faixa etária os órgãos sexuais se desenvolvem pouco e os hormônios também produzem poucas alterações.

Por outro lado, um fator importante que surge nesse período é o aparecimento do pudor. Por volta dos sete ou oito anos, a criança que antes era exibicionista, começa a apresentar vergonha em se despir e principalmente em fazer suas funções de eliminação na frente dos outros. Entre nove e doze anos, esse pudor se acentua ainda mais, manifestando vergonha inclusive diante dos pais.

Apesar da latência sexual, que está ligada à inatividade das gônadas, a curiosidade e os interesses sexuais continuam a existir. As perguntas sobre detalhes do nascimento e papel do pai, nesse fato, se sobressaem nessa idade. Os jogos com caráter sexual também são comuns entre meninos e meninas desta faixa etária. Além disso, pode aparecer também a precocidade sexual, já que alguns meninos, e principalmente meninas, podem tornar-se púberes entre nove e doze anos.

CAP. 2 – PUBERDADE: UMA ETAPA NATURAL DO DESENVOLVIMENTO

A puberdade é a etapa inicial da adolescência. Para Mussen et al (1988,p. 445) por exemplo, “ *O termo puberdade diz respeito a primeira fase da adolescência, quando se torna evidente a maturação sexual*”. Outros autores entretanto, fazem uma diferenciação entre os termos puberdade e adolescência. Outeiral (1994), coloca que puberdade é um processo biológico, enquanto a adolescência é basicamente um fenômeno psicológico e social.

Tiba (1986,p. 13), em seu livro Puberdade e Adolescência, define: “ *A puberdade é o conjunto das transformações psicofisiológicas ligadas à maturação sexual, que traduzem a passagem progressiva da infância à adolescência.* ”

Neste estudo tratar-se-á a puberdade como uma fase que caracteriza-se por uma série de mudanças, principalmente na área sexual, mas com conseqüentes transformações também a nível emocional e social. Nessa faixa etária percebe-se também que a criança esta amadurecendo a nível cognitivo, dando um salto muito importante em relação ao pensamento. Assim, esse aspecto do desenvolvimento também será englobado.

Esse conjunto de transformações ocorre nas meninas mais cedo do que nos meninos, podendo iniciar já por volta dos nove ou dez anos. É sobre essas mudanças, a nível físico, psicológico, social e cognitivo, na vida das meninas, que esse capítulo tratará.

2.1. Manifestações Físicas

A nível físico, as mudanças estarão ocorrendo interna e externamente no corpo da criança. Essas são as mudanças mais visíveis e perceptíveis, tanto para a criança como para as pessoas que com ela convivem.

As principais manifestações na área do corpo são as transformações que acontecem no sistema reprodutivo sexual. As mudanças internas, ou seja,

mudança na estrutura dos ovários, útero e vagina, são as características principais da puberdade e por isso chamam-se caracteres sexuais primários. Já as mudanças externas, como aparecimento dos seios e dos pêlos pubianos e axilares, que também são características importantes, são denominadas de caracteres sexuais secundários da puberdade.

Com o início da puberdade, ocorrem também outras mudanças biológicas não relacionadas diretamente ao sistema reprodutivo sexual. Segundo Costa e Souza (2002), além das mudanças das características sexuais, as principais características da puberdade são: a aceleração da velocidade de crescimento em altura e peso (o chamado estirão da puberdade); as mudanças de composição corporal (aumento da massa gordurosa nas meninas); outras mudanças corporais (pressão arterial, maturação óssea, área cardíaca e respiratória, entre outras).

Para a menina, em especial, um grande marco na fase da puberdade é o início da menstruação. E como todo fato novo, a menarca (primeira menstruação) causa certo impacto psicológico. Entretanto, esses efeitos emocionais vão diferir de menina para menina. Vários são os fatores que podem influenciar a reação das meninas à primeira menstruação: traços de personalidade, confiança e auto-estima, relação com a mãe, entre outros.

As meninas também diferem uma das outras quanto às reações psicológicas depois que o ciclo menstrual se estabelece.

“De acordo com uma teoria a respeito das reações psicológicas à menstruação, estas estariam relacionadas com a aceitação ou rejeição, por parte da mulher, da sua situação e do seu papel como membro do sexo feminino.” (Jersild, 1976, p. 111)

Muitas superstições, a respeito da menstruação, também podem contribuir para esta ser vista mais como algo negativo do que como um fato positivo na vida das meninas. Antigamente a menstruação era vista como uma maldição; e até os dias atuais há quem acredite que a mulher, quando está no período menstrual, é menos capaz, ou mesmo considerada “suja”. Embora hoje

em dia tais opiniões estejam cada vez menos frequente, seu peso cultural é relevante.

As meninas sofrem impacto psicológico também, dependendo do ritmo com que as transformações corporais aparecem. Ou seja, a maturação sexual precoce ou tardia em relação a maioria das amigas, pode gerar conflitos emocionais para a menina.

Quando a menina amadurece cedo tem, por exemplo, que enfrentar o impacto da menstruação, numa idade ainda prematura, ou seja, quando ainda se sente criança. Também pode se sentir deslocada entre as amigas; as de sua idade não a aceitam como igual porque fisicamente estão diferentes; já as mais velhas, apesar da semelhança física, não a aceitam devido a falta de maturidade social e emocional.

Dificuldades semelhantes enfrentam as meninas que têm o amadurecimento sexual tardio, pois suas amigas, já amadurecidas fisicamente podem rejeitá-la devido a sua aparência infantil.

2.2. Manifestações Emocionais

As mudanças corporais reproduzem mudanças psicológicas significativas na época da puberdade. A partir das transformações físicas acontecerão mudanças a nível das emoções, sensações e afetos. As próprias alterações hormonais modificam as sensações corporais do púbere, além de influenciarem sobre suas emoções e seu comportamento. Entretanto sua relação com esse novo corpo, agora tão transformado, parece ser a característica mais significativa no desenvolvimento psíquico da criança/púbere.

Como pode-se perceber, o corpo da menina apresentará mudanças consideráveis num espaço de tempo relativamente curto. As novas características, principalmente as externas, precisam ser assimiladas e aceitas. No início a menina percebe seu corpo como sendo um outro corpo e vai ser

necessária a internalização de uma nova imagem corporal para que ela aceite esse novo corpo como seu a nível psíquico.

A imagem corporal é uma representação mental que cada pessoa tem do seu corpo, como ele é fisicamente, como aparenta e como os outros o vêem. Essa auto-imagem no adulto é praticamente constante, visto que o corpo pouco se modifica no decorrer dos anos. Contudo, na puberdade, as mudanças bruscas e rápidas obrigarão a menina a estar se “re-conhecendo” e “re-elaborando” a noção que tem do próprio corpo durante todo esse período.

Essa tarefa não é fácil e é necessário que a menina esteja bem física e emocionalmente para aceitar a nova auto-imagem sem desequilibrar-se internamente. Como diz Aberastury e Knobel (1981,p.30), “ *O corpo e o esquema corporal são duas variáveis intimamente inter-relacionadas que não devem desconhecer-se na equação do processo de definição de si mesmo e da identidade.*”

Ainda referindo esses mesmos autores, a experiência emocional da puberdade é caracterizada pelo luto, ou seja, a perda do “corpo infantil”, além da perda dos “pais da infância” e da identidade infantil. Como em todo processo de luto, será necessário certo tempo para que as perdas sejam elaboradas. O púbere precisa aceitar as modificações de seu corpo e as novas responsabilidades que surgem.

O humor e comportamento nessa faixa etária é marcado por instabilidade, imprevisibilidade e contradição, além de momentos de isolamento e recolhimento. Isso tudo caracteriza a busca do auto-conhecimento e da independência, pontos importantes para a formação da identidade. Essa é uma tarefa que se inicia na puberdade e se alonga durante toda a adolescência, é uma tarefa difícil e de elevados custos emocionais.

2.3. Repercussões Sociais

As mudanças a nível físico, as transformações no corpo bem como as mudanças a nível emocional e também cognitiva fazem com que o púbere perceba e reaja com o mundo de forma diferente de quando era criança.

Uma das características dessa fase, como já foi colocado, é o isolamento; a própria mudança no corpo fazem os púberes se sentirem esquisitos e desengonçados a ponto de terem vergonha de si mesmo. Nas meninas o crescimento dos seios, mudança mais perceptiva nesse momento, também pode gerar vergonha. A própria busca do auto-conhecimento também gera esse comportamento de recolhimento.

Como há um certo desconhecimento de si mesmo, diante de todas essas mudanças (principalmente na área do corpo), como há muita coisa que os púberes não gostam ou não entendem em si mesmo, eles reagem aos outros como se todos estivessem falando deles, reparando neles, essas “coisas” que eles rejeitam. É uma espécie de retorno ao egocentrismo, todos estão voltados para eles, sendo que nesse momento, olhando o que há de “ruim” ou “feio” neles.

Outro ponto comum aos jovens nesse momento é a relação com os pais, que muitas vezes se torna complicada. O púbere age com ambiguidade, não sabe se deve agir como criança ou como adulto, quer privilégios, mas resiste às responsabilidades (pois elas são sinais de sua posição subordinada, já que são impostas pelos pais). Na verdade, tentam repudiar o eu infantil, mas dificilmente o fazem com segurança.

Na busca de independência e definição de si mesmo, a criança que está adolescendo necessita repudiar os pais da infância. Entretanto, esse repúdio aos pais traz como consequência sentimentos de solidão; por isso a grande importância das amizades. É no grupo que o jovem vai buscar refúgio e compreensão.

Assim como o re-conhecimento faz com que o púbere re-internalize sua auto-imagem, a re-socialização fará com que ele “re-encontre” seu lugar na família e posteriormente no convívio social.

2.4. Evoluções Cognitivas

Na mesma época em que estão acontecendo todas essas mudanças emocionais e comportamentais desencadeadas pela transformação física que a criança esta passando, estarão ocorrendo também um conjunto de transformações na estrutura do pensamento da criança.

É justamente nessa faixa etária, durante a puberdade, que a criança está passando de um estágio para outro na teoria de Piaget. Nesse momento a criança encontra-se num momento de transição do estágio das operações concretas para o estágio das operações formais.

“Por volta de onze a doze anos efetua-se uma transformação fundamental no pensamento da criança, que marca o término das operações construídas durante a segunda infância; é a passagem do pensamento concreto para o “formal”, ou, como se diz em termo bárbaro, mas claro, “hipotético-dedutivo”. (Piaget, 1995,p. 58)

As transformações na área cognitiva porém, são mais lentas e progressivas do que as transformações na área do corpo. Novas características vão aos poucos somando-se ao pensamento infantil, fazendo com que as crianças, agora púberes, comecem a elaborar os acontecimentos e experiências de forma mais madura e complexa.

As principais características do pensamento infantil como o pensamento absoluto, a origem artificialista e o finalismo universal vão dando lugar ao pensamento relativo, a noção de causalidade e às faculdades lógicas. Enquanto para a criança um não é não para toda a vida; tudo pode ser feito manualmente pelo homem e tudo foi criado para satisfazê-la egocentricamente; o púbere já entende que um não, em outras situações pode ser um sim, já aceita que nem tudo é feito pelo homem e para o homem e já dá explicações mecanicistas (a árvore balança por causa do vento). O púbere descobrindo a causalidade e relatividade passa a fazer uso do raciocínio lógico.

O pensamento da criança é caracterizado pela lógica concreta e se baseia na realidade palpável para ela. Com esse salto quantitativo e qualitativo na estrutura do pensamento, o púbere vai podendo juntar ao raciocínio a consideração do possível, levando em conta também a realidade abstrata. Aos poucos o pensamento vai sendo cada vez mais dominado pela construção de hipóteses e conseqüentemente, a criança vai realizando deduções a partir dessas hipóteses.

Entretanto, uma consideração importante a ser feita é que, enquanto as transformações físicas são progressivas e definitivas, as modificações na área da mente podem tanto evoluir como regredir. Quando a criança adquire as características do pensamento mais maduro, ela não perde as características do pensamento anterior e em qualquer momento pode recorrer ao pensamento infantil.

Isso pode ocorrer quando o púbere, por algum motivo, entra em crise e tem a necessidade de regredir e utilizar um pensamento infantil como mecanismo de defesa. O exemplo de uma transformação no corpo da menina que gera uma crise é a menarca. Quando a menina menstrua e não compreende o que está acontecendo ela cria hipóteses, pois já possui o pensamento hipotético abstrato. Quando isso acontece ela pode buscar ajuda de outro, para confirmar ou não suas hipóteses, ou se isolar com sua hipótese tentando buscar justificativas subjetivas para o fato. Quando há esse isolamento, a tensão psíquica pode aumentar muito e nesse momento ela recorre a regressão, voltando a um pensamento concreto e egocêntrico, dizendo coisas do tipo: “isso só acontece comigo” ou “alguém fez isso comigo”.

Outra característica do pensamento nessa idade é a fantasia. Assim como o púbere manipula seu corpo na tentativa de reconhecer todas as modificações que estão ocorrendo, ele também “manipula” seu pensamento, no intuito de ir “testando” as novas capacidades mentais. É por isso que a criança nessa idade é vista freqüentemente absorvida em seus pensamentos, imaginando, fantasiando, ela está nada mais que pondo em ação as características abstratas de seu novo modo de pensar.

2.5. Desenvolvimento da Sexualidade

Na fase da puberdade, quando se inicia toda a maturação física, vista no início deste capítulo, há por parte do púbere um grande interesse pelo seu corpo e pelo do outro. Nessa época a curiosidade relacionada às questões sexuais se intensificam; meninos e meninas procuram obter informações de todas as formas possíveis. Essa curiosidade não se restringe mais a simples informações anatômicas e biológicas, agora eles querem saber sobre as experiências em si (como faz, o que acontece, etc.).

As fantasias, que fazem parte desta faixa etária devido ao desenvolvimento do pensamento abstrato, englobam também as fantasias sexuais. A masturbação também é constante (principalmente no menino), os púberes estão reconhecendo seu corpo e as novas sensações que afloram. Nesse momento pode haver sentimento de culpa, principalmente se houver preconceito, mitos e tabus por parte da família. A repressão é prejudicial ao jovem pois, a masturbação é um elemento importante para o auto-conhecimento do corpo e das sensações físicas.

Entretanto, a sexualidade não está relacionada apenas ao comportamento sexual, engloba também a dimensão do desejo e das atitudes. O desenvolvimento da sexualidade faz parte da personalidade da pessoa. A socialização e afetividade estão de alguma forma relacionadas com a sexualidade.

“O desenvolvimento da identidade sexual acompanha as trocas hormonais e o crescimento físico da puberdade, enquanto as manifestações da sexualidade adquirem uma nova dimensão e assumem parte importante do cotidiano dos adolescentes.” (Costa e Souza, 2002,p.203)

O desenvolvimento sexual na adolescência sofre influências biológicas, psicológicas e sociais e pode ser estudado levando-se em conta três

dimensões importantes: a identidade sexual, a identidade de gênero e o papel sexual.

A identidade sexual se refere a forma particular de cada indivíduo viver a sua sexualidade. Ela faz parte da identidade do indivíduo, permite que ele se reconheça como ser sexuado e sexual. A construção da identidade sexual, assim como a da identidade, se inicia na infância, mas se define nessa fase da puberdade/adolescência.

A identidade de gênero é a representação que a pessoa faz de seu próprio sexo e de todas as características e atribuições a ele relacionadas. Essa representação também tem início na infância, quando ser menino e menina está ligado tanto aos aspectos corporais como às expectativas dos adultos, principalmente dos pais. Entretanto é nessa fase da puberdade que o fato de se mostrar pertencente ao sexo masculino ou feminino ganha maior peso e cobrança por parte da sociedade.

Por fim, o papel sexual se refere aos comportamentos e atitudes desempenhados pelo jovem, de acordo com o que é considerado típico e adequado para o seu sexo biológico. Na infância, embora existam comportamentos considerados mais característicos da menina (ser mais dócil, afetiva, etc.) ou do menino (ser mais agressivo, agitado, etc.), há uma certa tolerância para as ambiguidades em relação ao papel sexual. Na puberdade, ao contrário, há uma imposição muito mais rígida do desempenho do papel sexual.

Os conceitos de identidade sexual, identidade de gênero e papel sexual estão intimamente ligados, mas não devem ser confundidos. Um jovem pode por exemplo, ter uma identidade homossexual e, entretanto, exercer papel sexual masculino e ter uma identidade de gênero masculina.

Outro ponto importante a se destacar são as diferenças da vivência da sexualidade de acordo com o sexo. Stone e Church (1972), assinalam que a experiência da capacidade sexual, que vem com a puberdade, diferem entre meninos e meninas. Estes autores, ressaltam que o desejo sexual nos meninos é claramente localizado nos órgãos genitais e procura um rápido alívio de

tensão no orgasmo. Já nas meninas as excitações sexuais são difusas e mescladas com outros sentimentos, românticos e sensuais.

Esses autores também falam sobre a elaborada capacidade das meninas de provocação pelos modos e uso de roupas sensuais. Entretanto, segundo estes estudiosos, este comportamento pode ter pouco a ver com sentimento de sexualidade. Os autores acreditam que esse tipo de provocação pode não expressar impulsos sexuais, visto que estes, na puberdade, ainda se encontram “inarticulados”; pode tratar-se simplesmente de “fazer um papel” (isento de real significado sexual); ou ainda, poder ser uma exploração do corpo para chamar atenção e ganhar popularidade.

Por fim, vale ressaltar que vários são os fatores que moldam a experiência sexual do adolescente e influenciam na vivência de sua sexualidade. Entre eles, podemos citar: as características da puberdade, a infância, o ambiente familiar, o desenvolvimento psicológico, e o meio socio-cultural.

CAP 3 - PUBERDADE PRECOCE: UMA PATOLOGIA ORGÂNICA

No capítulo anterior abordou-se a puberdade como etapa natural do desenvolvimento infanto-juvenil feminino, percebendo-se todas as transformações decorrentes desse momento. Neste capítulo será abordado o distúrbio decorrente do aparecimento de características físicas da puberdade antes da idade esperada para este fenômeno.

Existem alguns especialistas que acreditam que a puberdade precoce não é considerada uma doença propriamente dita, apesar de merecer um tratamento especial. Nesse caso, tais profissionais pontuam o fato de haver apenas uma antecipação da puberdade, fazendo as crianças apresentarem uma idade física em desacordo com a idade mental, além de baixa estatura.

Assim, uma das possíveis causas da puberdade feminina precoce seria cultural, ou seja o bombardeio de imagens de caráter sexual difundidas na televisão. Alguns cientistas apontam também para o aumento do consumo de hormônios, além do papel de alguns estimuladores de estrogênio contidos em produtos químicos ou plásticos, principalmente na maquiagem e inclusive nos esmalte das unhas.

Entretanto, parece que boa parte dos profissionais da área médica não comungam desta idéia, ou seja, caracterizam a puberdade precoce como uma patologia e não apenas como uma antecipação da idade da puberdade. De acordo com esses profissionais, a puberdade precoce é uma doença, devido a várias causas que vão desde o desencadeamento antecipado da puberdade, sem causa aparente, pelo sistema nervoso central, até um tumor, ou mesmo o uso de medicamento hormonal.

Assim, o início da puberdade em meninas antes dos 8 ou 9 anos de idade é geralmente patológico e vem caracterizar o que chama-se na medicina de *Puberdade Precoce*. Este distúrbio pode ocorrer devido ao amadurecimento prematuro das glândulas genitais com origem hipotálamo-hipofisária; nesse caso tem-se a *Puberdade Precoce Verdadeira* (PPV). Quando o distúrbio é extrínseco ao eixo hipotálamo-hipófise-ovário, tem-se a chamada *Pseudo-Puberdade Precoce* (PPP).

A Puberdade Precoce, embora possa apresentar-se em crianças de todas as idades, é mais difícil a incidência em crianças com menos de dois anos. O índice maior desta patologia ocorre em crianças entre quatro e sete anos de idade, sendo ainda mais comum entre seis e sete anos. Segundo Job e Calorde in Job e Pierson (1980), 16% dos casos ocorrem em crianças com menos de quatro anos, enquanto 84%, em crianças entre quatro e sete anos. Já Ballone, em site da internet, coloca que 18% ocorre em crianças abaixo de dois anos, 25% entre dois e seis anos e 50% entre seis e sete anos.

No decorrer deste capítulo, tratar-se-á de conceito, características, etiologia e tratamento de ambos os tipos de Puberdade Precoce. Entretanto será dada maior ênfase à Puberdade Precoce Verdadeira, por tratar-se de uma patologia mais complexa e com tratamento mais longo, trazendo consequências psicológicas mais significativas à criança.

No período da puberdade o hipotálamo (parte do sistema nervoso central) produz um hormônio que estimula a glândula hipófise, que por sua vez produz outros hormônios que vão estimular os ovários. No caso da *Puberdade Precoce Verdadeira* há um despertar prematuro do eixo hipotálamo-hipófise-ovário (HHO), fazendo com que esses hormônios sejam produzidos antes do período natural. Com a liberação desses hormônios no organismo da criança, ocorrerá todo um desenvolvimento puberal, ou seja, a criança irá menstruar, começará o desenvolvimento dos chamados caracteres sexuais secundários (crescimento das mamas, aparecimento de pêlos pubianos).

Outra característica significativa da PPV é a aceleração do crescimento e da maturação óssea, sendo que a segunda é frequentemente muito superior a primeira, assim a criança apresenta um “estirão”, mas logo pára de crescer, ficando normalmente com estatura abaixo da média.

Em relação e etiologia, várias podem ser as causas da PPV, entretanto, o mais comum é não se detectar uma causa específica. Segundo Hissa (1998), em mais de 75% das meninas a causa da Puberdade Precoce Verdadeira é idiopática, ou seja, de origem desconhecida. Ainda referindo esse autor, a PPV também pode resultar de distúrbios neurogênicos, que são distúrbios relacionados ao sistema nervoso central, como por exemplo, os decorrentes

da hidrocefalia, paralisia cerebral, tumores hipotalâmicos, más formações congênitas ou infecções; e ainda de distúrbios não relacionados ao sistema nervoso central, mas que avancem a idade óssea a nível puberal.

Nos casos de Puberdade Precoce Verdadeira, o tratamento farmacológico é de suma importância e terá melhores resultados quanto mais cedo a patologia for diagnosticada e quanto mais rápido os medicamentos forem utilizados. Existem exames que ajudam no diagnóstico, tais como: dosagem hormonal, raio X de mãos e punhos, ultrasonografia pélvica e tomografia computadorizada ou ressonância magnética.

O tratamento na PPV tem como objetivo cessar esse processo de amadurecimento precoce até que a criança já tenha adquirido estatura adequada e amadurecimento psico-social para começar o processo de puberdade espontâneo. Isso é feito através das drogas que vão suprimir o eixo HHO, inibindo a secreção de hormônios que estimulam os ovários; bloquear os caracteres sexuais secundários e mesmo provocar sua regressão temporária e evitar o amadurecimento ósseo acelerado.

As principais drogas utilizadas como bloqueadoras da puberdade são: o acetato de medroxiprogesterona, o acetato de ciproterona e os análogos dos fatores de liberação de gonadotrofinas (Análogos de GnRH). As duas primeiras, parecem ser eficazes no que diz respeito ao bloqueio no desenvolvimento dos caracteres sexuais, mas, em relação a desaceleração do crescimento e da maturação óssea, sua eficácia é limitada e inconstante.

A terapia com os análogos de GnRH, parecem apresentar melhores resultados nesse ponto, mas a ação depende da precocidade do início da terapêutica. Essa droga também parece ter maior aceitação por apresentar menos efeitos colaterais. As outras duas primeiras drogas citadas podem levar ao aparecimento de sintomas e sinais de hipercotisolismo; ou seja, a criança pode apresentar edema generalizado, mas principalmente edema de face (“cara de lua cheia”), além de aumento de pêlos no corpo, também mas aparente na face.

Entretanto, os análogos de GnRH são medicamentos mais caros, sendo por isso, menos acessíveis a um número maior de pessoas. Por isso muitas crianças acabam utilizando mesmo as outras drogas

A forma de administração da droga pode ser: por via subcutânea (diariamente), por via intra-muscular (a cada 21 ou 28 dias) ou através de spray nasal (em desuso atualmente). Para acompanhamento do tratamento são realizados exames de sangue (dosagem hormonal), exames físicos e ultrassonográficos um ou dois meses após o início da terapêutica e após cada mudança da dose da medicação.

Como foi visto, a Puberdade Precoce Verdadeira traz como característica muitas mudanças no corpo da criança, que ocorrem de forma abrupta e num momento da vida em que ela não encontra-se preparada, cognitiva e emocionalmente para lidar com tais transformações. O próprio tratamento pode apresentar efeitos colaterais que também vão alterar sua imagem corporal. Além disso, existem os exames frequentes que causam dor e sofrimento à criança.

Diante disso, é impossível não se perceber a importância da intervenção psicológica paralela ao tratamento farmacológico. Job e Canlorbe (1980), já diziam que as consequências psicológicas das precocidades sexuais não são desprezíveis. Esses autores, citam os distúrbios de comportamento em consequência do excesso de vigor e turbulência; a inibição de atividade por vergonha de não ser igual aos outros; e o aparecimento do apetite sexual em um momento em que a criança não adquiriu maturidade necessária para controlá-la.

Como foi dito anteriormente, a Puberdade Precoce também pode ocorrer devido a um distúrbio que não está ligado ao eixo Hipotálamo Hipófise Ovário, tratando-se nesses casos do que chama-se de PseudoPuberdade Precoce (PPP).

Na PPP, não há maturação precoce das células secretoras de esteróides, gônadas, ou córtico-supra-renais e apenas um dos caracteres sexuais desenvolve-se precocemente, de forma isolada. Quando o caracter secundário desenvolvido é a mama, a patologia recebe o nome de Telarca

Precoce; por outro lado, quando os pêlos pubianos aparecem precocemente, o nome científico utilizado é Pubarca ou Adrenarca Precoce.

A etiologia da PPP também é variada, podendo ocorrer devido a tumores ovarianos ou de supra renal; devido a hiperplasia adrenal congênita (crescimento do número de células da supra-renal); ou ainda devido ao uso de anabólicos ou contraceptivos, quando por exemplo, a criança ingere pílula anticoncepcional da mãe.

No caso da PPP, ao contrário da PPV, o tratamento farmacológico não é necessário. Quando a causa é idiopática os caracteres regredem espontaneamente e quando trata-se de tumores, a retirada do tumor cessa o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários.

Em relação ao apoio psicológico, a criança que apresenta Pseudo Puberdade Precoce, necessita deste suporte, visto que ela também sofre alterações corporais, embora temporárias.

A Puberdade Precoce não é uma patologia rara de ser encontrada nas clínicas médicas infantis, ao contrário, é um fenômeno relativamente frequente e que, visto a complexidade de fatores envolvidos, necessita de um suporte também complexo, envolvendo não só a esfera orgânica, mas também a cognitiva, emocional e social.

Nas meninas portadoras de puberdade precoce, as manifestações psíquicas e emocionais da maturidade podem mostrar-se conturbados. Essas crianças terão dificuldades para enfrentar os sentimentos confusos que pode seguir ao surgimento de sinais exteriores de maturidade sexual; além de ter que lidar com a atração que podem despertar nos homens. Alguns estudos indicam também que uma puberdade precoce pode implicar mais depressões, agressividade, isolamento, inclusive suicídios.

CAP.4 –PUBERDADE PRECOCE: REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS

Nos capítulos anteriores abordou-se o desenvolvimento infantil com as principais características de cada faixa etária, em seguida, o desenvolvimento da puberdade como etapa natural da evolução humana e, depois, falou-se sobre a puberdade precoce, caracterizada como uma patologia que pode acometer crianças de zero a oito anos.

Neste capítulo, pretende-se abordar os aspectos psicológicos decorrentes do desenvolvimento precoce de uma etapa da vida tão complexa como a puberdade. Mesmo quando a puberdade ocorre como etapa natural do desenvolvimento, acarreta um certo desequilíbrio, pois é uma fase com muitas mudanças, em todos os níveis, como visto no capítulo 2.

Entretanto, quando esta ocorre numa faixa etária “não natural”, ou seja, que não é esperada, e quando a criança não está preparada, nem física, nem cognitiva e nem emocionalmente, as repercussões psicológicas podem ser, ainda, mais significativas e traumáticas.

Na verdade, tanto a puberdade natural como a puberdade precoce, estabelecem uma crise na vida da pessoa. Uma crise que se estabelece quando algo novo ocorre e os recursos que a pessoa possui para enfrentar o “novo”, não são satisfatórios.

Quando algo de novo ou inesperado ocorre na vida de uma pessoa, esta vivencia diferentes esforços para a solução da nova situação. Quando os mecanismos de adaptação não bastam para a solução do problema, a pessoa entra em crise. A partir daí terá que buscar novos recursos de enfrentamento e assim restabelecer o equilíbrio, caso contrário, pode desestruturar-se egoicamente.

Segundo Jacobson e Caplan apud Santos (1997), a crise é um estado em que a pessoa se vê paralisada diante de um obstáculo que precisava transpor para alcançar uma meta importante em sua vida, porém todos os métodos conhecidos e desenvolvidos até então, não são suficientes

Contudo, existe uma diferença, significativa, entre a crise vivenciada pela pessoa que está enfrentando as mudanças da puberdade numa etapa natural e a crise vivenciada por uma criança que começa a vivenciar essas transformações numa faixa etária precoce. No primeiro caso, a pessoa vivencia uma crise evolutiva ou de desenvolvimento, ou seja, são períodos de transição onde se passa para uma nova fase quanti-qualitativamente diferente da anterior. Nesse caso, ocorrem tensões cognitivas e sócio-afetivas. Entretanto, é algo esperado e que ocorre em momentos onde a pessoa normalmente possui recursos (cognitivos e afetivos) de enfrentamento, sendo assim, capaz de superar a necessidade de adaptação e aprendizagem de novos papéis.

Por outro lado, quando a crise ocorre num momento que não é esperada, é uma crise acidental ou traumática. Nesse caso, o enfrentamento torna-se mais difícil e as repercussões psicológicas podem ser mais graves. As doenças e entre elas, a patologia Puberdade Precoce, fazem parte deste tipo de crise.

Uma criança de quatro anos, por exemplo, que começa a vivenciar as transformações físicas decorrentes da puberdade, não possui, ainda, recursos cognitivos e emocionais para lidar com as repercussões psíquicas de tais mudanças. Assim, precisará de maior suporte para enfrentá-las.

Uma doença nunca é planejada e sempre trás consigo diversas mudanças para a vida da pessoa. É sempre uma crise acidental mas, dependendo da gravidade, pode ser mais ou menos traumática e levar a um maior ou menor desequilíbrio, com maior ou menor dificuldade de ajustamento.

Quando a pessoa que adocece é uma criança, existem peculiaridades, significativas, que irão influenciar, consideravelmente, nas repercussões psicológicas deste adoecer. A criança está em pleno desenvolvimento em todos os níveis (físico, cognitivo, emocional, social, etc...) e dependendo da faixa etária em que se encontra, os recursos de enfrentamento podem ser muito rudimentares e insatisfatórios.

No caso de uma criança que passa a vivenciar a puberdade precoce, vários pontos irão aparecer como desencadeadores de desequilíbrio emocional. Entretanto pode-se percebê-los em dois blocos distintos, apesar de

acontecerem simultaneamente. O primeiro está ligado ao adoecer em si, as sensações no corpo, as visitas a médicos, realizações de exames evasivos e o próprio tratamento. Tudo isso é novo e agressivo para a criança, trazendo conseqüências psicológicas, caso não seja oferecido o suporte necessário a ela e seus familiares.

O segundo bloco, seria composto de todas as mudanças decorrentes da especificidade da patologia Puberdade Precoce; as mudanças físicas e fisiológicas, a interferência nas relações sociais, a compreensão cognitiva insatisfatória, a curiosidade e atração que desperta nos indivíduos e o risco de sofrer abuso sexual. Todas essas questões podem levar a danos psíquicos para a criança e repercussões emocionais na família.

A Puberdade Precoce é uma doença orgânica e como tal acomete o corpo, trazendo diferentes sensações decorrentes tanto da doença, como dos exames e tratamentos. Além disso é uma patologia que traz consideráveis transformações físicas, tanto externas quanto internas.

Portanto, faz-se imprescindível aqui, falarmos um pouco sobre imagem corporal, pois a transformação rápida e inesperada desse corpo infantil, dificulta o reconhecimento psíquico desse corpo pela criança, podendo trazer repercussões psicológicas significativas para a vida da mesma.

Todas as pessoas possuem uma auto-imagem do próprio corpo, ou seja: um conceito mental de como é fisicamente e de como os outros a vêem. Essa imagem do corpo é construída através de experiências presentes e passadas, desde o nascimento e por toda a vida.

Segundo Schilder (1994, p.11), *“Entende-se por imagem do corpo humano a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja: o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós”*.

Esse mesmo autor fala do aspecto dinâmico da imagem corporal. Esta se baseia em interações do indivíduo consigo mesmo e com o mundo que o rodeia, apresentando-se, assim, em constante transformação. A imagem do corpo nunca é estática. As mudanças nas situações fisiológicas da vida, levam a novas estruturações da imagem corporal.

Porém, todo autoconhecimento e também a auto-imagem, necessita de tempo. Tempo para se olhar, se sentir, se perceber e internalizar a imagem do próprio corpo. Na puberdade as transformações do corpo acontecem num período relativamente curto e, por isso, o púbere, muitas vezes, apresenta dificuldades em lidar com o próprio corpo. Na puberdade precoce esse tempo é extremamente menor, num período não esperado, quando a criança não possui condições cognitivas nem emocionais para compreender o que está acontecendo com ela.

A menina com puberdade precoce pode desenvolver os seios, apresentar pêlos axilares e pubianos, pode crescer mais rápido do que o normal, além das modificações internas que, apesar de não serem visíveis, estão acontecendo. Tudo isso pode fazer com que a criança não reconheça mais o seu próprio corpo, o que pode levar a uma dificuldade no relacionamento com os outros e consigo mesma.

“Sendo o produto de um organismo vivo como um todo, uma alteração em uma parte dele, por doença ou mal físico, por exemplo, não introduzirá modificações na imagem corporal apenas referente a essa parte; a mudança será geral, pois resultará de novas relações consigo mesmo e com ou outros”.
(VAN KOLCK 1984, p.15)

A alteração nos relacionamentos sociais é outro ponto relevante na vivência da criança com puberdade precoce. A criança se percebe diferente dos outros e isso faz com que ela se sinta excluída de seu grupo etário. A vergonha é um sentimento presente e que faz a criança assumir um comportamento de isolamento social.

A criança, no decorrer de seu desenvolvimento necessita, por um lado se reconhecer enquanto indivíduo, a partir da internalização de sua imagem corporal. Por outro lado, necessita reconhecer o outro como um igual, a partir do contato com outras crianças. Esses fatos são imprescindíveis para o desenvolvimento saudável da criança.

Na criança portadora de puberdade precoce, as alterações na imagem corporal, e o comprometimento nas interações sociais podem comprometer o desenvolvimento psíquico da criança. A dificuldade de internalizar uma nova imagem de si mesma, a vergonha e o isolamento que vão dificultar o contato com outras crianças, podem fazer com que a criança portadora de puberdade precoce desenvolva sintomas psicológicos significativos.

A criança pode reagir de diferentes formas a um mesmo fenômeno, assim pode apresentar sintomas diversos frente a doença e todas as dificuldades que estará enfrentando. Entretanto, agressividade, regressão e isolamento podem ser bastante comum.

Toda criança que é agredida tende a agredir. A doença, os exames, os medicamentos, as limitações, tudo isso é agressivo a criança. Assim, ela pode muitas vezes expressar agressividade.

É comum também a criança sentir necessidade de voltar a um estágio anterior, quando se sente ameaçada. A criança regride na tentativa de voltar a vivenciar momentos de segurança. Na doença, a integridade física e psíquica está ameaçada, por isso pode ser comum a regressão, na busca do retorno a uma época anterior, quando a doença não existia.

O isolamento também é um comportamento que pode ser frequente em crianças com puberdade precoce. Esse sintoma é plenamente compreensível levando em consideração a alteração na imagem corporal e os sentimentos de ser diferente e de vergonha que comprometem suas relações sociais.

A criança com puberdade precoce pode ainda vir a ser vítima de violência sexual. Esse fato não é algo comum a todas as crianças com essa patologia, mas pode acontecer. A criança, apesar da “cabeça infantil” muitas vezes apresenta um corpo de adolescente, com os caracteres sexuais secundários bem desenvolvidos. Isso por vezes acaba chamando a atenção e despertando desejos em alguns indivíduos, que acabam abusando da criança.

A violência sexual em crianças, por si só, causa traumas psicológicos graves, requerendo muitas vezes tratamento durante anos. Segundo Sadigursky e Magalhães in Costa e Sousa(p.422) os danos psicossociais estão pontuados

como: *“dificuldade afetiva, sexual e de socialização, baixa auto-estima além de depressão, por vezes muito grave”*.

Quando essa agressão ocorre com uma criança com puberdade precoce, esse trauma se somará a todas as outras dificuldades que a criança vivencia por causa da doença. As alterações de imagem corporal e relacionamento social tenderão a se exacerbar. Os sentimentos confusos decorrentes do não entendimento cognitivo de tudo que está acontecendo também aumentarão.

Não há dúvidas portanto da necessidade e importância do apoio psicológico a crianças portadoras de puberdade precoce, assim como do apoio e orientação à família, principalmente os pais.

O objetivo maior do terapeuta será minimizar o sofrimento inerente ao processo do adoecer da criança. É importante criar um espaço onde ela possa expressar e elaborar todos os sentimentos vivenciados durante o período de doença e tratamento.

A criança com puberdade precoce necessita fazer diversos exames, as vezes dolorosos e invasivos, tanto no período do diagnóstico como no acompanhamento médico durante todo o tratamento. É necessário, antes de mais nada, que ela possa compreender o que está acontecendo com ela. É importante também que ela possa expressar seus medos, dúvidas e dificuldades.

Um grande erro dos pais e profissionais de saúde é negar informações às crianças alegando que elas não tem capacidade de compreensão. A não informação aumenta as fantasias e temores da criança.

A informação é de fato extremamente importante, entretanto deve ser feita levando em conta a idade e entendimento cognitivo da criança sobre a doença. Conforme sua idade e estágio cognitivo, a criança compreende e vivencia a doença de forma peculiar, o que denota as diferenças das demandas psicológicas decorrentes dessa compreensão:

As intervenções psicológicas devem se dar não só com a criança, mas também com os pais ou responsáveis. Se com a criança as intervenções psicológicas são no sentido de expressão e elaboração de sentimentos, com o objetivo de minimizar seu sofrimento. Com os pais as intervenções vão se dar

primeiro no intuito de orientação e sensibilização a respeito das necessidades da criança e da forma mais saudável de atuação dos pais com a mesma.

Em alguns casos os pais, além de orientação, necessitam também de apoio. Normalmente quando uma criança adoece, a família adoece junto. Sentimentos de medo, dúvida, dificuldade de aceitação da doença e ainda sentimentos de culpa podem acometer os pais. É importante que a intervenção psicológica faça os pais sentirem-se orientados e apoiados.

No caso da Puberdade Precoce, se faz também importante uma intervenção junto a escola em que a criança estuda. Como foi visto, a criança, nesse caso, a menina, portadora de Puberdade Precoce percebe-se diferente de suas coleguinhas, sente vergonha do seu corpo “diferente”. Por sua vez, as outras crianças também percebem as diferenças na colega. Tudo isso leva a uma dificuldade de interação entre as crianças, a menina pode se isolar, e como consequência, pode apresentar inclusive dificuldade de aprendizagem.

Os profissionais de educação, da escola, precisam ser orientados sobre como lidar com essas questões; para que a menina seja acolhida em suas dificuldades e todas as outras crianças compreendam o que acontece. Assim, o sofrimento da criança que está doente será minimizado.

Além das intervenções à criança, família e escola, o(a) psicólogo(a), inserido ou não dentro de um contexto hospitalar, terá também que intervir junto a outros profissionais de saúde, principalmente o(a) médico(a). Será muito importante a troca de informações entre esses profissionais. O(a) psicólogo(a) precisa manter-se sempre informado sobre o estado clínico da criança, as medicações e seus efeitos, as realizações de exames e tudo que diz respeito à doença e tratamento.

Por outro lado, também é de extrema importância que todos os profissionais de saúde possam conhecer o estado emocional da criança, suas dificuldades, suas vivências. Isso contribuirá para que a criança seja vista de forma global, como um ser humano bio-psico-social. O(a) psicólogo(a) pode orientar e/ou sensibilizar a equipe de saúde nesse sentido.

No primeiro momento portanto, as intervenções psicológicas junto a criança, normalmente vão ter como foco a doença e tratamento. A criança em

primeiro lugar precisa entender o que está acontecendo com ela e adquirir recursos cognitivos e emocionais para enfrentar esse processo (o adoecer)

No decorrer do processo terapêutico, contudo, outros focos a serem trabalhados vão surgir. Alguns serão comuns a todas as crianças com esta patologia, como a questão da imagem corporal e alteração nas relações sociais. Outros focos específicos surgirão dependendo da história de cada criança.

Assim, o apoio psicológico a essas crianças deverá ter como base trabalhar: o processo da doença e tratamento, utilizando recursos apropriados a idade, para a criança compreender o que está acontecendo; a imagem corporal, para que a criança se reconheça apesar das modificações em seu corpo; o sentimento de vergonha e comportamento de isolamento.

Além disso o terapeuta deve estar atento a outros pontos que podem surgir no decorrer do tratamento, de acordo com a história de vida e especificidade de cada criança.

A forma das intervenções terapêuticas vai depender da abordagem utilizada pelo profissional de psicologia. Entretanto, a psicoterapia breve-focal, que é uma técnica e não uma abordagem, é indicada, e vem sendo bastante utilizada, no tratamento de pessoas com doenças físicas, inclusive crianças.

Um dos principais fundamentos da psicoterapia breve-focal é o conceito de foco, que é o conflito principal do cliente, delimitado como área a ser trabalhada no processo terapêutico. No caso da criança que está doente, o foco será a doença, e inclui todas as questões que surgem como consequência da mesma, que serão os “pontos de urgência”.

A psicoterapia breve-focal, pode ser de dois tipos : de processo ou de apoio. O segundo tipo é o indicado em momentos de crise, que é o caso de uma doença física.

A psicoterapia breve-focal de apoio tem como objetivo aliviar sintomas, suprimir ansiedade e fortalecer as defesas mais adaptativas do ego. A principal estratégia dessa técnica é o fortalecimento dos aspectos sadios e positivos da pessoa, que são os recursos necessários para lidar com a crise; nesse caso, a doença.

O tipo de atendimento psicológico que deve ser oferecido a criança também pode variar. O atendimento individual é necessário e normalmente é o primeiro a ser realizado. Nas sessões individuais, a criança pode expressar sua forma singular de reagir a esse momento de crise. Durante as sessões o terapeuta estará atento aos mecanismos de defesa, as fantasias, a capacidade de adaptação da criança, entre outros pontos importantes.

Contudo, o atendimento em grupo também pode ser eficiente. Estar com outras crianças também portadoras de puberdade precoce, pode ser importante. No grupo as crianças vão ter a possibilidade de trocar informações sobre a doença, além de expressar e compartilhar sentimentos e vivências comuns.

Percebe-se portanto que o atendimento psicológico a crianças portadoras de puberdade precoce é bastante complexo; além do apoio à criança, é necessário oferecer suporte à família e também intervir junto a equipe de saúde e a escola da criança. O profissional de psicologia precisa também conhecer e dominar técnicas adequadas e tipos de atendimentos importantes a serem realizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se, ao final deste trabalho, a necessidade do apoio psicológico à criança portadora da patologia Puberdade Precoce e a importância do conhecimento específico por parte dos profissionais que desejem se dedicar ao trabalho terapêutico com essas crianças.

O profissional de psicologia que pretende trabalhar com crianças, precisa, antes de mais nada, ter amplo conhecimento sobre o desenvolvimento infantil. Dependendo da faixa etária em que se encontra, a criança compreende o mundo de forma específica, apresenta sensações e sentimentos de forma específica, se relaciona de forma específica. É necessário, pois, uma compreensão global da criança, de acordo com a faixa etária em que se encontra, para que as interações sejam feitas de forma adequada e o apoio psicológico alcance o objetivo desejado.

Se o(a) psicólogo(a), que pretende ter como público alvo a criança, precisa de embasamento especializado para isso; o psicólogo(a) que deseja se dedicar ao tratamento de criança com patologias orgânicas, necessita de um embasamento mais específico ainda. A psicologia da saúde tem como suporte principal a psicologia clínica, mas exige também conhecimentos e técnicas diferenciadas. Assim o profissional que se dedica a psicologia da saúde necessita por exemplo, além do manejo clínico, conhecer sobre o processo de adoecer e as vivências advindas do mesmo. E falando de criança, esse processo também tem suas especificidades.

Além das características gerais sobre o adoecer, o terapeuta precisa conhecer as peculiaridades da patologia que acomete seu cliente. Cada patologia orgânica traz vivências e dificuldades específicas que devem ser trabalhadas durante o processo terapêutico. Neste trabalho, pois, abordou-se as características da patologia orgânica nomeada Puberdade Precoce.

O profissional de psicologia também precisa ter consciência que o atendimento a crianças portadoras de Puberdade Precoce inclui, além do apoio a própria criança, suporte a família e intervenções junto a equipe de saúde e a escola em que a criança está inserida.

Conhecendo as especificidades desta patologia e as repercursões psicológicas que ela causa às crianças, entende-se a necessidade do suporte psicológico. Entretanto percebe-se a importância deste suporte ser oferecido por um profissional com conhecimento especializado, em relação à criança e à doença, além do manejo de técnicas adequadas.

Destaca-se, finalmente a importância da existência de profissionais da psicologia que se dediquem ao estudo aprofundado da criança com Puberdade Precoce, já que esta patologia tem importantes peculiaridades, e causa danos psicossociais graves a criança, caso ela não tenha o suporte emocional adequado, que tanto necessita.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERSTURY,A.; KNOBEL, M. Adolescência Normal. 10ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. 92 p.
- BALLONE, G.J. Adolescência e Puberdade – 2: Puberdade Femenina Precoce. In: <http://www.psiqweb.med.br/>. Consultado em março de 2004.
- CRUCHON,G. As Transformações da Infância. 1ª ed. Rio de Janeiro, Agir, 1969. 303 p.
- EISENSTEIN,E.; SAUER,M.T.N.; COSTA,M.C.º; COELHO, K. Alterações do Crescimento e Desenvolvimento Puberal. In; COSTA,M.C.O.; SOUZA,R. P. Adolescência: Aspectos Clínicos e Psicossociais. 1ª ed. Porto Alegre, Artmed, 2002. p. 289 – 304
- GALVÃO, I. Henri Wallon : Uma Concepção Dialética do Desenvolvimento Infantil. 7ª ed. Petrópolis, Vozes, 2000.
- GESELL, A. A Criança dos 5 aos 10 anos. 3ª ed. São Paulo, Martins Fontes, 1998. 403 p.
- HISSA,M.N. Puberdade Precoce. In: MAGALHÃES,M.L.C.; ANDRADE,H.S. M. Ginecologia Infanto-Juvenil. 1ª ed. Rio de Janeiro, Medsi, 1998. p. 205 – 210.
- JOB, J. P.; CANLORBE, P. Glândulas sexuais. In: JOB, J. C.; PIERSON, M. Endocrinologia Pediátrica e Crescimento. 1ª ed. São Paulo, Manole, 1980. p. 233-318
- JERSILD. A. T. Psicologia da Adolescência. 6ª ed. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1977. 590p.
- MUSSEN, P. H.; CONGER, J. J.; KAGAN, J.; HUSTON, A. C. Desenvolvimento e Personalidade da Criança. 2ª ed. São Paulo, Harbra, 1988. 553p.
- OUTEIRAL, J. O. Adolescer: Estudos sobre a adolescência. 1ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994. 95p.
- PIAGET, J. Seis Estudos de Psicologia. 21ª ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1995. 136p.
- SANTOS, E.F. Psicoterapia Breve: Uma abordagem sistêmica de situações de

- crise. 3ª ed. São Paulo, Ágora, 1997.
- SCHILDER, P. A imagem do Corpo. 1ª ed. São Paulo, Martins Fontes, 1994. 316p.
- STONE, L. J. ; CHURCH, J. Infância e Adolescência. 2ª ed. Belo Horizonte, Interlivros, 1972. 354p.
- TIBA, I. Puberdade e Adolescência. 6ª ed. São Paulo, Ágora, 1986. 236p.
- VAN KOLCK, O. L. Testes Projetivos Gráficos no Diagnóstico Psicológico. In: RAPPAPORT , C. R. Temas Básicos de Psicologia. 1ª ed. São Paulo EPU, 1984. 101p.