UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ANA ROSA GLIBER

Um estudo compreensivo da personalidade de crianças obesas: enfoque kleiniano.

São Paulo
2012

ANA ROSA GLIBER

Um estudo compreensivo da personalidade de crianças obesas: enfoque kleiniano.

(Versão Original)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Área de Concentração: Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues.

São Paulo

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Gliber, Ana Rosa.
Um estudo compreensivo da personalidade de crianças obesas: enfoque kleiniano / Ana Rosa Gliber; orientador Avelino Luiz Rodrigues. -- São Paulo, 2012.
213 f.
Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clinica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Obesidade 2. Infância 3. Psicodinâmica 4. Testes psicológicos 5. Distúrbios psicossomáticos I. Título.

RC628

Nome: GLIBER, Ana Rosa

Título: Um estudo compreensivo da personalidade de crianças obesas: enfoque kleiniano

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dissertação defendida e aprovada em _____/_____/_____

À todas as crianças e suas mães que se disponibilizaram a participar desta pesquisa e colaboraram com meu crescimento profissional e progresso da investigação psicológica.

AGRADECIMENTOS

À minha supervisora, Drª Sandra Elizabeth Bakal Roitberg, sem a qual este trabalho não seria possível. Acompanhou meu crescimento pessoal e profissional e esteve presente desde quando esta dissertação era apenas um projeto. Sempre com um olhar clínico e atento a todos os pequenos e grandes detalhes deste trabalho, companheira, amiga e competente profissional. Coloco aqui minha imensa gratidão.

Ao meu orientador, Drº Avelino Luiz Rodrigues, que tornou este trabalho possível, por todos os ensinamentos, reflexões e discussões construtivas, por ajudar com que eu encontrasse a direção quando me senti perdida e pela sabedoria e paciência com que conduziu esta dissertação; grande profissional, pesquisador e professor.

À banca examinadora, Professora Drª Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo e Professora Drª Lilian Lopes Sharovsky, por aceitarem o convite e fazerem contribuições úteis para minha formação pessoal e profissional.

Aos membros suplentes, Professora Drª Maria Geralda Viana Heleno, Professor Drº Francisco Baptista Assumpção Júnior e Professora Drª Kayoko Yamamoto, que se disponibilizaram a participar de minha pesquisa.

Aos pediatras, Drª Aline Inês dos Santos Mendes e Drº Augusto Matsumoto pelo encaminhamento das crianças para a pesquisa.

À Érica Renata Gonçalves pela revisão gramatical e ortográfica.

Aos meus pacientes que puderam tolerar momentos de minha ausência quando estive trabalhando nesta dissertação.

À minha família, mãe, pai, irmã, tia e primas, pelo incentivo, tolerância e ajuda que puderam me dar, cada um de sua forma.

À Denis Paezane pelo carinho, apoio e escuta atenta nos momentos em que lhe solicitei.

À minha analista Elaine Polizello de Oliveira por me acompanhar na dura jornada de pesquisadora e profissional, pelas suas sábias interpretações e pelo espaço de escuta, compreensão e continência que me proporcionou.

Aos colegas do Laboratório Sujeito e Corpo pelo espaço de discussão e reflexão durante todo o processo de elaboração deste trabalho.

"Equilíbrio não significa evitar conflitos;
supõe a força para atravessar emoções penosas e
poder lidar com elas."

Melanie Klein

RESUMO

GLIBER, A. R. **Um estudo compreensivo da personalidade de crianças obesas: enfoque kleiniano.** 2012. 213f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

Atualmente a obesidade, considerada um problema de saúde pública, vem sendo alvo de inúmeras pesquisas dada a gravidade desta doença crônica e de seus altos índices epidemiológicos. Poucos estudos têm sido feitos na tentativa de compreender a psicodinâmica deste tema. Esta pesquisa se insere nesta direção, pretende descrever, através da perspectiva kleiniana, os principais aspectos e conteúdos psicodinâmicos das crianças obesas estudadas. Os participantes foram seis crianças de oito a dez anos de idade com diagnóstico clínico de obesidade. Utilizaram-se como instrumentos para análise e interpretação dos dados o Procedimento de Desenhos-Estórias e o Teste de Apercepção Temática Infantil com Figuras de Animais, além da realização de entrevista semi-dirigida com as mães, visando obter dados da história de vida dos participantes. A análise dos instrumentos se baseou em Tardivo (1997), identificando as atitudes básicas, figuras significativas, sentimentos expressos, tendências e desejos, impulsos, ansiedades e mecanismos de defesa. Os resultados encontrados indicaram nas crianças avaliadas voracidade, agressividade reprimida e, em maior parte, utilização de mecanismos defensivos predominantemente relacionados à posição esquizo-paranóide, tais como, cisão, negação e idealização para lidar com as situações de perda e sofrimento, o que indica predomínio da relação de objeto parcial, porém evidenciaram-se tentativas de reparação em alguns momentos. Também foram observados sinais e sintomas indicativos de depressão clínica em parte da amostra avaliada. Observou-se que a história de vida das crianças, o ambiente interno e externo, os comportamentos aprendidos e o desenvolvimento emocional, interferiram na evolução da obesidade. Sanciona a importância de uma intervenção psicoterapêutica que possa ajudar as crianças integrar os objetos parciais e fortalecer o ego para que possam lidar de forma mais efetiva com a culpa depressiva, pois, muitas vezes, prejuízos marcantes nas relações objetais, podem estar associados ao desenvolvimento de doenças, transtornos ou mesmo grande sofrimento psíquico.

Palavras-chave: obesidade; infância; psicodinâmica; testes psicológicos; distúrbios psicossomáticos.

ABSTRACT

GLIBER, A. R. **A comprehensive study about obese children personality: kleinian approach.** 2012. 213f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

Nowadays obesity is considered a public health problem, it has been subject of numerous studies due to the severity of chronic disease and its high epidemiological levels. Few studies have been developed to understand the psychodynamics of this theme. This research goes toward this direction, it aims to describe, by kleinian perspective, the main psychodynamic aspects and inside contents of the obese children studied. The participants were six children aged eight to ten years old with a clinical diagnosis of obesity. The Drawings-Stories Procedure, Children's Apperception Test with Animals Figures, in addition to a semi-directed interview with mothers to obtain data about participants' life history were used as instruments for analysis and interpretation. The analysis of the instruments was based on Tardivo (1997), identifying the basic attitudes, significant figures, sentiments, tendencies and desires, impulses, anxieties and defense mechanisms. In the evaluated children, the results indicated voracity, repressed aggressiveness and, in most of them, use of defensive mechanisms predominantly related to paranoid-schizoid position, such as splitting, idealization and denial to deal with situations of deprivation and suffering, which indicates the predominance of a partial object relation, but there were reparation attempts in some moments. Signs and indicative symptoms of clinical depression were also observed in part of the sample. It was observed that the lives' history of children, the internal and external environments, learned behaviors and emotional development, influenced the obesity evolution in the evaluated sample. It demonstrates the importance of a psychotherapeutic intervention that can help children to integrate the partial objects and reinforce the ego, so that they can deal more effectively with depressive guilt, because, many times, outstanding damages in object relations may be associated with the development of diseases, disorders or major psychological distress.

Keywords: obesity, childhood, psychodynamic, psychological tests; psychosomatic disorders.

LISTA DE FIGURAS

Participante 1 – Unidade de produção 1 183
Cláudio Unidade de produção 2 184
Unidade de produção 3 185
Unidade de produção 4 186
Unidade de produção 5 187

Participante 2 – Unidade de produção 1 188
Luana Unidade de produção 2 189
Unidade de produção 3 190
Unidade de produção 4 191
Unidade de produção 5 192

Participante 3 – Unidade de produção 1 194
Graziela Unidade de produção 2 195
Unidade de produção 3 196
Unidade de produção 4 197
Unidade de produção 5 198

Participante 4 – Unidade de produção 1.....199
Paulo Unidade de produção 2 200
Unidade de produção 3 201
Unidade de produção 4 202
Unidade de produção 5 203

Participante 5 – Unidade de produção 1.....204
Vinícius Unidade de produção 2 205
Unidade de produção 3 206
Unidade de produção 4 207
Unidade de produção 5 208

Participante 6 – Unidade de produção 1.....209
Giovanni Unidade de produção 2 210
Unidade de produção 3 211
Unidade de produção 4 212
Unidade de produção 5 213

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Valores de referência para diagnóstico do estado nutricional utilizando as curvas de IMC para idade da Organização Mundial de Saúde (2007).....18

Tabela 2 – Traços encontrados nas cinco unidades de produção realizadas pelos seis participantes.....48

Tabela 3 – Traços encontrados nas dez pranchas do CAT –A nas seis crianças participantes.....50

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 14

1. INTRODUÇÃO 16
    1.1 – Epidemiologia 16
    1.2 – Classificação 17
    1.3 – Natureza multifatorial da obesidade 18
    1.4 – Conseqüências da obesidade 20
    1.5 – Obesidade: Aspectos Psicológicos e Psicodinâmicos 21
        1.5.1 – Aspectos Psicológicos 21
        1.5.2 – Aspectos Psicodinâmicos 24
    1.6 – Diagnóstico Psicológico 30
    1.7 – Justificativa e Objetivos 34

2. MÉTODO 36
    2.1 – Tipo de Método 36
    2.2 – Participantes 36
    2.3 – Local 37
    2.4 – Instrumentos 37
        2.4.1 – Entrevista Psicológica 37
        2.4.2 – Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E) 39
        2.4.3 – Teste de Apercepção Temática Infantil Forma Animal (CAT-A) 42
    2.5 – Procedimentos 44
    2.6 – Considerações sobre os Aspectos Éticos 47

3. RESULTADOS 48
    3.1 – Participante 1 - Cláudio 52
        3.1.1 – História de vida 52
        3.1.2 – Análise dos dados 54
    3.2 – Participante 2 - Luana 58
        3.2.1 – História de vida 58
        3.2.2 – Análise dos dados 61
    3.3 – Participante 3 - Graziela 67

3.3.1 – História de vida 67
3.3.2 – Análise dos dados 71
3.4 – Participante 4 - Paulo 77
3.4.1 – História de vida 77
3.4.2 – Análise dos dados 80
3.5 – Participante 5 - Vinícius 86
3.5.1 – História de vida 86
3.5.2 – Análise dos dados 89
3.6 – Participante 6 - Giovanni 93
3.6.1 – História de vida 93
3.6.2 – Análise dos dados 96

4. DISCUSSÃO 102

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 107

REFERÊNCIAS 109

ANEXOS 118
Anexo A – Roteiro para entrevista semi-dirigida 118
Anexo B – Termo de consentimento livre e esclarecido 120
Anexo C – Declaração 122
Anexo D – Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética 123
Anexo E – Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias e Teste de Apercepção Temática Infantil com Figuras de Animais transcritos na íntegra 124
Anexo F – Unidades de produção dos participantes 183

APRESENTAÇÃO

Em nosso cotidiano podemos observar, cada vez mais, que o sobrepeso e a obesidade têm aumentado a sua prevalência. Não são raras as reportagens de televisão e artigos em jornais e revistas sobre pessoas que tentam emagrecer e como se configura seu dia a dia, reportagens sobre dietas, roupas para os chamados "gordinhos", boa forma, tratamentos estéticos, cirurgias corretivas, propagandas de produtos de beleza, entre outros assuntos relacionados ao tema.

Como diz Fernandes (2003) hoje o corpo é hiperinvestido, mas também aparece como fonte de frustração e sofrimento, são discutidos novos sintomas relacionados ao corpo, como os transtornos alimentares, a compulsão para fazer exercícios físicos, intervenções cirúrgicas estéticas, horror ao envelhecimento, busca psicopatológica da saúde ou um esquecimento patológico do corpo, além dos quadros de somatização. Atualmente, vemos uma ênfase na exterioridade e as patologias internas migram para o corpo como se os conflitos do indivíduo migrassem para o exterior.

Estas queixas relacionadas ao corpo também foram identificadas em meus atendimentos psicológicos prestados no consultório, em que, casos de sobrepeso, obesidade e até mesmo de transtornos alimentares são freqüentes e, justamente por identificar esta demanda, surgiu o interesse em me aprofundar mais no mundo interno das pessoas que apresentam estes quadros. Primeiro cursando uma especialização na área e, atualmente, elaborando esta dissertação de mestrado focada no estudo de aspectos dinâmicos da personalidade de crianças com obesidade.

Este trabalho está dividido em alguns capítulos. O primeiro é de introdução e tece considerações a respeito da epidemiologia, classificação, causas associadas ao ganho de peso e conseqüências, sem o objetivo de esgotar o assunto, mas apenas de contextualizar o tema da obesidade. Em seguida, abordarei os aspectos psicológicos e psicodinâmicos da obesidade, assim como, apontarei alguns tipos de diagnósticos psicológicos. Após, são colocadas as justificativas e objetivos da pesquisa.

O segundo capítulo é sobre os métodos deste estudo, incluindo os participantes, local, instrumentos, procedimentos e aspectos éticos.

No terceiro capítulo estão os resultados e a análise dos dados encontrados na avaliação psicológica das crianças com obesidade estudadas.

O quarto capítulo é dedicado à discussão referente aos resultados desta pesquisa, retomando as idéias e pesquisas de alguns autores.

No quinto capítulo são feitas as considerações finais, que englobam, de maneira geral, os principais achados deste trabalho.

Para encerrar, são colocadas as referências consultadas e, em seguida, os anexos com o roteiro de entrevista utilizado, termo de consentimento livre e esclarecido, declaração, aprovação do projeto pelo comitê de ética, transcrição na íntegra da aplicação dos dois instrumentos psicológicos utilizados e desenhos dos participantes.

1. INTRODUÇÃO

1.1 - Epidemiologia

Alguns dados apontam os índices epidemiológicos da obesidade que é considerada uma doença crônica e multifatorial. A Organização Panamericana de Saúde - OPAS (2003) assinala que o referido transtorno tem alcançado proporções epidêmicas globais; existem atualmente mais de um bilhão de adultos no mundo com excesso de peso e, dentre estes, pelo menos trezentos milhões são obesos.

A obesidade infantil também vem aumentando a sua incidência nas últimas décadas, estima-se que a prevalência tenha crescido de 10% a 40% nos últimos 10 anos nos países europeus; no Brasil igualmente tem se observado um aumento da prevalência da obesidade infantil, que pode estar relacionada com mudanças no estilo de vida, incluindo brincadeiras com pouco gasto calórico como *video game*, maior dificuldade de brincar na rua devido à violência e mudança nos hábitos alimentares (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

Um estudo de prevalência de sobrepeso e obesidade realizado nas regiões nordeste e sudeste em crianças e adolescentes, em 2002, constatou que a prevalência de sobrepeso em adolescentes variou entre 1,7% no nordeste e 4,2% no sudeste, a prevalência de obesidade na mesma população variou de 6,6% e 8,4% e, em crianças entre 8,2% e 11,9% nas regiões nordeste e sudeste respectivamente. (ABRANTES; LAMOUNIER; COLOSIMO, 2002).

Estudos realizados em algumas cidades brasileiras mostram que o sobrepeso e a obesidade já atingem 30% ou mais das crianças e adolescentes, como em Recife, alcançando 35% dos escolares avaliados (BALABAN; SILVA, 2005).

Ricardo, Caldeira e Corso (2009) fizeram um estudo em escolares de 6 a 10 anos em Santa Catarina e encontraram prevalência de sobrepeso de 15,4% e obesidade 6,0%.

Também no Paraná, os pesquisadores encontraram em crianças de 6 a 7 anos prevalência de sobrepeso e obesidade de 22,3% em meninos e 21,9% em meninas (NETTO-OLIVEIRA *et. al*., 2010).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) realizou uma pesquisa sobre o estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil e os dados encontrados apontam para um aumento importante no número de crianças entre cinco e nove anos de idade acima do peso no país. Em 1989 a freqüência de sobrepeso era de 15% nos meninos e 11% nas meninas, enquanto que em 2008 e 2009 estes números subiram para 34,8% nos meninos e 32% nas meninas. Em relação à obesidade, em 1989 tinha-se índice de 4,1% nos meninos e

2,4% nas meninas e, atualmente, a freqüência subiu para 16,6% no sexo masculino e 11,8% no sexo feminino.

De maneira geral, observa-se aumento progressivo da prevalência de obesidade em diversas populações do mundo e, tem-se avaliado que conforme ela aumenta, aumentam também as mortes por doença cardiovascular e câncer. Nas crianças é mais preocupante ainda, pois se associa a obesidade infantil com não só estas doenças, mas também, com problemas psicossociais e do desenvolvimento motor (DAMIANI; DAMIANI; OLIVEIRA, 2002; NETTO-OLIVEIRA *et. al.,* 2010).

1.2 - Classificação

Seja o sobrepeso, obesidade ou obesidade mórbida, há uma classificação feita quanto à gravidade do excesso ponderal e a mais utilizada é através do sistema conhecido por IMC - índice de massa corpórea. O IMC relaciona o peso com a altura ao quadrado, é considerado sobrepeso quando é igual ou maior do que 25kg/m^2, obesidade quando é igual ou maior do que 30kg/m^2 e com o IMC igual ou maior de 40kg/m^2 é classificada em obesidade tipo III ou obesidade mórbida (WHO, 2011).

O IMC é recomendado pela OMS para a avaliação nutricional de crianças, porém segundo Abrantes *et. al.* (2002), este tipo de avaliação não encontra aceitação unânime o que dificulta os estudos de prevalência nestes casos, pois, além de serem escassos, não podem ser comparados, o que prejudica ainda mais as pesquisas nesta área. Oliveira *et. al.* (2003) também entendem que o difícil consenso sobre critérios para o diagnóstico de obesidade infantil e o emprego de metodologias não uniformizadas torna a comparação entre dados de literatura sujeita a erros de interpretação.

Além do IMC, são utilizadas tabelas adotadas pela Organização Mundial de Saúde que calculam o índice do peso/estatura. Estas tabelas comparam o peso encontrado com o peso ideal para a idade e altura da criança. Quando a curva peso/estatura atinge índices superiores a 2,0 escores Z acima da mediana da população de referência, a criança é considerada obesa e quando atinge 1,0 escore Z acima da referência considera-se sobrepeso. A seguir, tabela exemplificando (WHO, 2007).

Tabela 1 - Valores de referência para diagnóstico do estado nutricional utilizando as curvas de IMC para idade da Organização Mundial de Saúde (2007).

Valor encontrado na criança		Diagnóstico nutricional
< Percentil 0,1	< Escore z -3	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore z -3 e < Escore -2	Magreza
≥ Percentil 3 e < Percentil 85	≥ Escore z -2 e < Escore +1	Eutrofia
≥ Percentil 85 e < Percentil 97	≥ Escore z +1 e < Escore +2	Sobrepeso
≥ Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	≥ Escore z +2 e ≤ Escore +3	Obesidade
> Percentil 99,9	> Escore z +3	Obesidade grave

1.3 - Natureza multifatorial da obesidade

Além de ser necessário considerar os instrumentos utilizados para avaliar a obesidade, é importante verificar se esta é de origem endógena ou de origem exógena. Mello *et. al.* (2004) apontam que a obesidade endógena se refere a uma disfunção orgânica que deve ser tratada e que a obesidade exógena se relaciona a uma ingestão calórica excessiva sem causas orgânicas. Sabe-se que a obesidade não é determinada por um único fator, mas tem uma causa biopsicossocial, Oliveira *et. al.* (2003) apontam como causas da obesidade infantil os fatores genéticos e metabólicos ou também a falta de autocontrole, tendo influência o ambiente familiar, pois é nele que são adquiridos os hábitos alimentares.

Hara e Priszkulnik (2004) ao realizarem uma revisão bibliográfica sobre as causas da obesidade enfatizam três principais:

1) Genética: estima-se que uma pessoa tem 10% de chance de tornar-se obesa se os pais tiverem peso normal, 40% se um dos pais for obeso e 80% se ambos forem obesos;

2) Social: a obesidade é freqüente em países ou culturas com alimentos em abundância e, atualmente, os fatores sociais mais relacionados a obesidade são hábitos alimentares, acesso aos alimentos e estilo de vida;

3) Psicológicas: a obesidade seria conseqüência de uma experiência emocional traumatizante, sendo uma proteção contra a angústia e depressão e este estado caracterizado pela impossibilidade de suportar as frustrações e o retardamento de gratificações.

Damiani *et. al.* (2002) apontam que a etiologia da obesidade é complexa e envolve fatores como genes, ambiente e estilo de vida. Os autores discorrem a respeito dos fatores neuroendócrinos e genéticos envolvidos no desenvolvimento da obesidade.

Quanto aos fatores neuroendócrinos pode haver:

- Alteração nos sinais de saciedade. Quando o sistema funciona normalmente, seja no jejum ou na refeição, sinais de apetite ou saciedade são gerados e informam sobre o estoque do tecido adiposo;

- Alteração no gasto energético em relação aos estoques. Há uma unidade de processamento central que coordena o gasto energético em relação aos estoques e uma alteração de qualquer componente pode iniciar um círculo vicioso que leva ao estoque energético, causando obesidade;

- Problemas da tireóide e outras glândulas. Os hormônios tireoidianos desempenham um importante papel na regulação da termogênese. Em obesos no estado neutro de balanço energético, os níveis de TSH, T4 e T3 são normais. As alterações clássicas descritas são as encontradas no estado de jejum (aumento de RT3 e redução de T3) e no estado de hiper alimentação (aumento de T3 e redução de RT3), encaradas como respostas que tentam manter o peso corporal. Pacientes com hipotireoidismo pesam, em média, 15% a 30% mais que indivíduos eutireoidianos (LORDELO *et. al*., 2007).

Fonseca *et. al.* (2002) apontam que várias regiões do sistema nervoso central participam na regulação da ingestão de alimentos, envolvendo muitos neurotransmissores. Os principais são o ácido gamaaminobutírico, a serotonina, as catecolaminas, a histamina, o neuropeptídio Y, a galanina, os opióides e o fator liberador do hormônio de crescimento.

Em relação aos aspectos genéticos da obesidade, Damiani *et. al.* (2002) apontam:

- Toda pessoa teria um peso corpóreo geneticamente programado e os níveis de atividade física e de ingestão alimentar no dia a dia tendem a manter o indivíduo em seu peso programado, porém se a pessoa perde peso, teria que manter seu novo peso por muito tempo, pois senão voltaria a recuperar o que perdeu, voltando ao geneticamente programado.

Kohl (2010) expõe que há casos de obesidade que podem vir associados a anormalidades que tem base genética como é o caso de algumas síndromes, tais como:

- Síndrome de Cushing;

- Síndrome dos ovários policísticos;

- Síndromes congênitas como a Síndrome de Frölich, de Prader-Labhardt-Willi, Laurence-Mooon- Biedl, Bongiovani-Eisinmenger, pseudohipoparatireodismo e a Doença de Blount.

Oliveira *et. al.* (2004) apontam também a Síndrome Metabólica ou Síndrome da Resistência à Insulina fortemente associada ao excesso de peso. Os autores comentam que o excesso de gordura corporal está associado diretamente com alterações no perfil lipídico, aumento da pressão arterial e hiperinsulenemia, além de níveis elevados de leptina, ácido

úrico e alteração dos fatores fibrinolíticos. A Síndrome Metabólica é caracterizada pela presença de três ou mais fatores, a saber, pressão arterial elevada, HDL colesterol baixo, triglicérides elevados, presença de resistência insulínica e obesidade abdominal (BUFF *et. al*., 2007).

Wannmacher (2004) ainda aponta que a obesidade pode ter causas como hábitos alimentares inadequados, inatividade física, alterações neuroendócrinas ou cromossômicas, mas também, pode estar associada ao uso prolongado de medicamentos como os glicocorticóides, antidepressivos tricíclicos, lítio, fenotiazinas, ciproeptadina e medroxiprogesterona.

Damiani *et. al.* (2002) relatam que os distúrbios genéticos e endócrinos como causa de obesidade correspondem a menos de 10% das causas de obesidade infantil. E que se há desenvolvimento neuropsicomotor normal, altura acima do percentil 50 para a idade e idade óssea discretamente avançada, o diagnóstico de obesidade exógena é praticamente fechado.

Parizzi e Tassara (2002) apontam que apesar da obesidade ser considerada um balanço energético positivo, isto é, a pessoa ingere energia alimentar maior do que seu gasto energético, este mecanismo gerador da obesidade não é tão simples assim, envolve fatores genéticos, ambientais, culturais e emocionais. Pizzinatto (1992) expõe que a obesidade infantil não é apenas o resultado de um balanço energético hipercalórico, mas envolve toda a história de vida da criança, a evolução de seus processos psíquicos, os sentimentos inerentes a sua conduta, comportamentos que aprendeu a desenvolver e os acontecimentos vitais que tem passado.

1.4 - Conseqüências da obesidade

Na concepção de Oliveira, Souza, Bertolo e Fiamenghi Jr. (2003) a obesidade é um dos problemas graves de saúde pública e, como doença crônica e multifatorial, é preocupante porque traz consigo a possibilidade do desenvolvimento de outras doenças crônicas a ela associadas. Sobre as Doenças Crônico-Degenerativas e Obesidade, a OPAS (2003), ressalta o fato de que o excesso de peso e a obesidade além de produzir problemas metabólicos acarretam algumas comorbidades, tais como:

- Hipertensão arterial;
- Diabetes tipo II;
- Aumento das triglicérides e do colesterol;
- Induz a problemas respiratórios, musculares e esqueléticos crônicos;

- Doenças de pele e infertilidade;
- Aumenta o risco de câncer de mama, cólon, próstata, endométrio, rins e vesícula biliar.

Quanto à obesidade infantil, pode-se ter:

- Aceleração da puberdade e altura final diminuída;
- Predisposição a artroses, osteoartrite e ao diabetes;
- Aumento do esforço respiratório;
- Diminuição da eficiência muscular;
- Alterações no sono;
- Asma;
- Enfermidades cardiovasculares;
- Distúrbios hepáticos;
- Problemas cutâneos.

Também há fatores que podem ocorrer na obesidade infantil como discriminação social e isolamento, afastamento de atividades sociais e, considerando que uma criança obesa possui predisposição a ser um adulto obeso ao longo da vida, a obesidade pode trazer menor índice de emprego, timidez e problemas de relacionamento afetivo (MELLO *et. al.*, 2004; LUIZ; GORAYEB; LIBERATORE JR; DOMINGOS, 2005).

1.5 - Obesidade: Aspectos Psicológicos e Psicodinâmicos

Acima foram expostas informações sobre obesidade mais relacionadas à área biomédica, porém, sendo este trabalho em Psicologia, é importante apontar os aspectos psicológicos e psicodinâmicos envolvidos nesta doença.

1.5.1 - Aspectos psicológicos

Alguns estudos têm sido feitos sobre aspectos psicológicos da obesidade (AZEVEDO, 1997; CARVALHO *et. al.*, 2005; LUIZ *et. al.,* 2005; ALLEN, 2006; CARDOSO; CARVALHO, 2007; PRESNELL *et. al*., 2008; TARDIVO, 2009; SARMENTO *et. al*., 2010). Destacam-se estes estudos por ser clássicos como o de Azevedo (1997) ou por ser mais recentes. Em levantamento bibliográfico em diferentes fontes de informação como Psycinfo, Pubmed, Banco de Teses e Dissertações CAPES e USP, Pepsic, Scielo, BVS-Psi e Redalyc, observaram-se poucos estudos sobre aspectos psicológicos e psicodinâmicos em obesos, o que é confirmado por Mishima e Barbieri (2009).

Ajuriaguerra (1983) traz um clássico estudo feito por Brusch em 1970 sobre crianças obesas. A autora aponta para três perfis psicológicos de obesos. O primeiro se refere à obesidade não associada aos problemas emocionais; o segundo seria a obesidade como conseqüência de uma experiência emocional traumatizante, em que a hiperfagia e o excesso de peso teriam a função de proteger contra a angústia e depressão e o terceiro perfil que seria a obesidade como uma impossibilidade de suportar as frustrações e retardar a gratificação. Ajuriaguerra (1983) aponta que não há um tipo de personalidade única para as crianças obesas, mas, normalmente, apresentam dificuldades no ajustamento emocional.

O estudo realizado por Azevedo (1997) teve como instrumento o Desenho da Figura Humana e comparou os desenhos de crianças obesas e não-obesas para compreender alguns dados da personalidade. Os resultados obtidos revelaram que as crianças obesas apresentaram maior quantidade de distúrbios emocionais, dentre eles, destacam-se insegurança, retraimento, dependência, imaturidade e agressividade reprimida.

No estudo de Luiz *et. al.* (2005) enfatiza-se a depressão, ansiedade, competência social e os problemas comportamentais relacionados à obesidade infantil. Os autores discutem estudos que mostram estes fatores como causa ou como conseqüência da obesidade infantil.

Allen *et. al.* (2006) encontraram evidências em seus estudos que confirmam a hipótese de haver maior sofrimento psíquico em crianças obesas.

Tardivo (2009) aponta alguns dados observados em obesos de seis a quinze anos. Houve nível de depressão elevado nas crianças com e sem obesidade e, mais especificamente, nas crianças obesas foram identificados maiores índices de ansiedade.

Além dos estudos citados acima, podemos encontrar pesquisas relacionadas ao tema obesidade e imagem corporal, obesidade e sociedade, obesidade e família, entre outros.

Dentre estes, Venturini (2000) fez estudo com crianças obesas e suas famílias, constatou que a maioria das crianças obesas avaliadas mostrou preocupação com seu excesso de peso e algumas uma auto-estima rebaixada devido, principalmente, aos apelidos pejorativos que eram expostas. A autora aponta que a construção da imagem corporal é dinâmica e se relaciona ao meio externo que pode interferir positiva ou negativamente na avaliação que as crianças fazem de si mesmas.

Felippe (2001) discute o peso social da obesidade, definindo-a como uma doença de caráter psicossomático, crônico, com determinantes genéticos, neuroendócrinos, metabólicos, dietéticos, ambientais, sociais, familiares e psicológicos. Desta forma, é importante que pesquisas sejam desenvolvidas para auxiliar na compreensão desta problemática, para ampliação de trabalhos de prevenção e abordagens de tratamento.

Diaz (2002) ao investigar a percepção materna a respeito do estado nutricional dos seus filhos, estudou 64 mães com filhos obesos e as comparou com 111 do grupo controle. Encontrou que as mães das crianças obesas tinham um IMC maior que as do grupo controle e, das mães de crianças obesas, somente 36% consideraram seu filho com peso muito excedido e 26,22% consideraram a criança dentro de um peso normal. A autora aponta para uma possível dificuldade de colaboração da família para que a criança diminua seu peso.

Um estudo realizado por Santos (2003) procurou identificar de que forma a família influencia no processo de adoecimento e tratamento da obesidade infantil. A autora fez sete encontros mensais com familiares de crianças obesas e observou que as famílias tinham muitas recomendações comportamentais a respeito de como ajudar a criança a perder peso, porém, nos encontros, os familiares não descreveram como se configuravam suas relações com os filhos e pouco se referiram aos sentimentos em relação a estes. Notou-se pouca exposição dos afetos, mas identificou-se que, algumas vezes, os responsáveis consideravam as crianças culpadas e responsáveis pela obesidade. A autora ressalta que as crianças pareciam buscar na comida a fonte de satisfação e força para enfrentar as frustrações do dia a dia e isto contava com aprovação inconsciente da família.

Carvalho *et. al.* (2005) avaliaram o auto-conceito e a imagem corporal em crianças obesas e constataram insatisfação com a imagem corporal, levantam a hipótese de esta insatisfação ocorrer devido às pressões culturais sobre a aparência física.

Também Fernandes (2007) aponta para a insatisfação corporal em estudantes de seis a dezoito anos, concluindo que a prevenção ao desenvolvimento de uma imagem corporal desfavorável é importante na medida em que é associada aos transtornos da alimentação, baixa auto-estima, limitações no desempenho psicossocial, depressão e manutenção da obesidade.

Apesar de não existir um perfil único para a personalidade de crianças obesas, nos estudos encontrados, apontam-se características como dependência e passividade, imaturidade sexual, agressividade reprimida, tendência à depressão, depreciação da imagem corporal e dificuldade em expressar sentimentos (PIZZINATTO, 1992; PARIZZI; TASSARA, 2001; ALMEIDA; LOUREIRO; SANTOS, 2002; TARDIVO, 2009; MISHIMA; BARBIERI, 2009).

Berg (2008) aponta que há duas abordagens no estudo e na definição da obesidade. Uma médica que define obesidade pelo excesso de peso segundo o IMC e uma abordagem psicanalítica, na qual a obesidade é investigada em sua relação com uma rede conceitual em que pulsão, função materna e corpo são conceitos fundamentais. A autora considera que o

desejo de comer, além da necessidade biológica de se alimentar, nos remete ao conceito de pulsão e busca do prazer além da satisfação de necessidades físicas. Desta maneira, abrimos espaço para tecer considerações sobre os aspectos psicodinâmicos relacionados à obesidade.

1.5.2 - Aspectos psicodinâmicos

Dentre os aspectos psicodinâmicos, é feita uma breve abertura para retomar as fases de desenvolvimento psicossexual postuladas por Freud (1905) – oral, anal, fálica e genital – sendo a que mais nos interessa neste momento é a oral, na qual, a zona erógena é a boca e o alvo a incorporação do objeto pela ingestão de alimentos. Nesta fase, a relação de objeto é organizada em torno da alimentação e a vivência de satisfação pelo objeto externo satisfatório (seio provedor) constrói o desejo de busca contínua do objeto que possa repetir essa experiência. Pode ocorrer uma fixação em alguma fase do desenvolvimento e, se for na fase oral, pode-se ter os transtornos alimentares ou obesidade. Abraham (1970) sugere que a fase oral se subdivide também em fase sádica-oral, na qual a incorporação do objeto é feita pela destruição do mesmo, uma vez que há ambivalência instintual e libido e agressividade coexistem, sendo dirigidas ao mesmo objeto.

Freud (1915) aponta a pulsão como um conceito limite entre o psíquico e o somático, tendo sua origem no interior do organismo e possuindo uma força constante que todos estão submetidos. A pulsão exerce uma pressão, possui uma finalidade, um objeto e uma fonte. A finalidade da pulsão é a sua satisfação, seu objeto é o meio pelo qual a satisfação pode se realizar e a fonte da pulsão seria um órgão ou parte do corpo cujo estímulo na vida anímica se encontra representado pela pulsão. Assinala ainda que a fonte da pulsão não precisa ser estudada pela psicanálise, mas sim os destinos das pulsões e seus efeitos sobre o psíquico que podem ser a transposição em seu contrário, o retorno sobre a própria pessoa, o recalcamento e a sublimação.

Freud (*op. cit.*) observa que não conseguimos ter acesso direto às pulsões e sim às suas representações e afetos. A pulsão é o representante psíquico das excitações que provêm do interior do corpo e, justamente por essa ligação com o corporal, chega ao psíquico como uma medida de exigência para lidar com as excitações do organismo, assim, o corpo é pulsional.

Freud (1920) ressalta que há duas pulsões principais, a de vida e a de morte. A pulsão de vida busca a coesão e construção, enquanto a de morte tem a função de destruição, de retorno a um estado inorgânico, esta destrutividade pode ser dirigida ao próprio sujeito ou também pode ser projetada para fora. No ato de comer estão implicadas as duas pulsões, comer para nos manter vivos e comer implica destruir o objeto para incorporá-lo.

Freud (1926) expõe que a compulsão para comer é relacionada ao medo de morrer de fome e a recusa alimentar pode estar ligada a fantasias de envenenamento.

Klein com sua teoria das relações de objeto, posições esquizo-paranóide e depressiva e, com conceitos como os da inveja e destrutividade, nos dá a possibilidade de compreensão de crianças, ou mesmo adultos, com excesso de ingestão alimentar dentro desta teoria.

A autora considera a dualidade inata dos instintos que se dividem em instintos de morte e instintos de vida. Os instintos de morte englobam a agressividade, ódio e inveja, enquanto que os de vida se relacionam ao amor e a libido. O primeiro pode ser pensado principalmente dentro da posição esquizo-paranóide que ocorre aproximadamente até os seis meses de vida e os instintos de vida podem ser pensados dentro da posição depressiva que acontece na segunda metade do primeiro ano de vida (KLEIN, 1952a). São chamadas de posições e não fases, pois se referem a uma relação de objeto, tipos de defesas e ansiedades características e podem ocorrer em qualquer momento da vida.

A posição esquizo-paranóide se caracteriza por uma relação de objeto parcial, o indivíduo se relaciona com o seio bom e o seio mau que ficam cindidos. Há sentimento de "paixão" pelo objeto bom e de ódio pelo objeto mau. Ocorre também a inveja do objeto bom por este possuir atributos que gostaria de ter e pode ocorrer a voracidade que é um desejo insaciável de satisfação pelo esvaziamento do objeto. Esta posição se caracteriza por mecanismos de defesas como a negação, identificação projetiva, idealização, introjeção e dissociação. A ansiedade é persecutória e em relação à sobrevivência do ego, esta ansiedade se relaciona aos medos persecutórios e, se estes não forem muito intensos, a posição esquizo-paranóide dá lugar à posição depressiva. Se, no entanto, a agressão é intensamente forte e se o mau introjetado predomina, a dissociação do mau introjetado pode levar a projeção sobre muitos objetos externos, resultando em muitos perseguidores externos (KLEIN, 1946, 1957).

Na posição depressiva a relação é com o objeto total, o objeto/seio é bom e mau ao mesmo tempo. Há culpa por ter atacado o objeto amado e necessidade de reparação deste objeto, a ansiedade é depressiva e em relação à destruição do objeto. O ego desenvolve controle das pulsões agressivas e o amor impulsiona a reparação. A posição depressiva mobiliza defesas maníacas, cuja principal característica é a negação de realidades psíquicas dolorosas, estas defesas se caracterizam por triunfo, controle onipotente e desprezo nas relações de objeto, pode haver a fantasia de controlar e dominar os objetos para não sofrer sua perda. As principais defesas desta posição são a repressão, sublimação, deslocamento, introjeção do objeto bom e reparação (KLEIN, 1946).

Segundo Klein (1952a), as primeiras experiências do bebê com a alimentação e a presença da mãe iniciam uma relação de objeto que, num primeiro momento, é parcial, pois os impulsos orais tanto libidinais, quanto agressivos são sempre dirigidos ao seio da mãe. Há sempre uma interação entre os impulsos libidinais e agressivos, ocorrendo uma fusão entre pulsão de vida e pulsão de morte e, em períodos livre de fome e tensão, há um equilíbrio ótimo entre os impulsos. Uma alteração neste equilíbrio dá origem à voracidade que é em primeiro lugar de natureza oral. A intensificação da voracidade reforça sentimentos de frustração, que, por sua vez, reforçam os impulsos agressivos. Naquelas crianças em que o componente agressivo é intenso, a ansiedade persecutória, a frustração e a voracidade são facilmente despertadas, o que dificulta tolerar a privação e lidar com a ansiedade, assim, a força dos impulsos destrutivos em interação com os impulsos libidinais proveria a base constitucional para a intensidade da voracidade. Em alguns casos, a ansiedade persecutória pode aumentar a voracidade, enquanto em outros, pode tornar-se a causa das primeiras inibições alimentares.

Klein (1936) aponta que as crianças carentes e inseguras afetivamente parecem comer compulsivamente na tentativa de encontrar o prazer oral e o afeto negado pela mãe e, somado a isso, satisfazer a mãe exigente.

A ingestão de alimentos muito demorada pode significar falta de prazer ou de gratificação libidinal, mas, se agregado a isto, há um interesse precoce e acentuado pela mãe ou pelas outras pessoas, pode-se pensar que as relações de objeto são em parte utilizadas para um escape da ansiedade persecutória ligada ao alimento. Já uma recusa acentuada do alimento é uma indicação de perturbação grave, embora possa melhorar com a introdução de novos alimentos como mamadeira ao invés do seio ou a comida sólida ao invés da líquida. Também se observam crianças excessivamente vorazes e que o alimento se torna quase a fonte exclusiva de gratificação, desenvolvendo pouco interesse pelas pessoas e, assim, não elaborando com sucesso a posição esquizo-paranóide. Quando há falta de prazer com o alimento ou uma recusa completa, sugere-se que os impulsos destrutivos e a ansiedade persecutória prevalecem e as defesas do ego são inadequadas (KLEIN, 1952b).

A obesidade poderia ser uma forma de canalizar as ansiedades depressivas e persecutórias, além de poder ser favorecida pelos pais com uma atitude de superproteção; a comida é vista como calmante e solução de todos os problemas (SOIFER, 1983).

Simon (1998) pontua que, para Melanie Klein, desde o nascimento existe um ego rudimentar no bebê que estabelece relações com os objetos, este ego arcaico tem pouca coesão e facilmente se desorganiza frente às tensões provocadas pela frustração, dor,

desconforto e angústia de aniquilamento. O carinho e cuidados da mãe evitam a fragmentação do ego, porém, nenhuma mãe é capaz de evitar que o bebê tenha experiências dolorosas ou atemorizantes. Na obesidade, o tecido adiposo pode funcionar como uma proteção contra perseguidores destrutivos e poderia representar um esconderijo dentro da mãe, além disso, comer em excesso estaria associado a uma defesa de introjetar o objeto bom por medo de perdê-lo. A criança obesa pode atribuir ao tecido adiposo o significado de uma mãe nutriz e protetora. Assim, ao emagrecer, a pessoa se veria privada do conforto da figura materna e, para recuperá-la, volta a ingerir alimento sem perceber conscientemente.

Ajuriaguerra (1983) afirma que alimentação e afeto estão intimamente relacionados e possuem valor de compensação e reconforto, assim, uma criança aparentemente submissa, pode se tornar alguém que não suporta a recusa e a hiperfagia pode tomar lugar da agressividade, passando o peso a ter um valor simbólico, pode estar por trás disto o medo de perder a força pelo emagrecimento, desta forma, é de grande importância investigar estes aspectos emocionais para um tratamento adequado da obesidade infantil. Campos (1993) ressalta que não existe uma estrutura mental única para pessoas obesas, o que não permite a generalização dos aspectos psíquicos para todos os casos, o que podemos pensar é na relação da mãe-bebê e sua interferência na relação futura com a alimentação.

Pizzinatto (1992) aponta que durante a fase oral, o bebê se relaciona com o mundo por meio da boca e órgãos do sentido, sendo a função principal incorporar o alimento e também o acolhimento e afeto da figura materna. A autora afirma que os ritmos de sucção podem promover o sentido de união com a mãe, enquanto os ritmos de movimentos sádicos-orais como morder pode prover a separação desta unidade oral, estas formas de vivência precisam ser integradas para possibilitar desenvolvimento mais completo do ego.

Kahtalian (1992) afirma que o objeto de gratificação dos instintos é variável e nem sempre o indivíduo ingere comida como alimento, assim, a pulsão no final da cadeia do desejo oral é aberta. Explica que quando a criança busca o seio da mãe não é só a satisfação alimentar que procura, mas serão envolvidas diversas experiências frustradoras e amorosas vividas como prazerosas e desprazerosas. Quando a mãe amamenta o bebê em todas as situações em que é solicitada, não podendo captar as comunicações não-verbais do bebê para diferentes necessidades como fome, desconforto da fralda molhada, frio, calor, cólicas, etc., o bebê pode aprender que qualquer problema se resolve com a alimentação, mais tarde, pode se tornar uma criança ou adulto que come para não entrar em contato com frustrações, ou ainda, colocar a comida onde poderia haver a pessoa amada. A criança ou adulto pode ser excessivamente voraz, pois não houve sua contenção por ausência de frustração. Além disso,

também a pessoa pode comer com raiva, voracidade, destruindo o alimento e tendo a sensação de hostilidade em relação a alguém que teme e respeita.

Segundo Nogueira e Grosmann (2005) a escolha do alimento como alívio de tensões e angústias pode ocorrer, pois aprendemos a lidar com situações estressantes usando o próprio corpo e a alimentação e, recorrer ao próprio corpo, é retomar um objeto narcísico e a formas primárias de satisfação.

Sabe-se que o bebê associa o alimento com o afeto e o prazer. Com o desmame, o bebê tem a percepção de ausência materna e tem que buscar formas de simbolização para lidar com esta perda, o obeso come para preencher o vazio e não abre espaço para a simbolização deste sofrimento (BERG, 2008).

Em alguns estudos sobre a dinâmica de personalidade de obesos encontram-se alguns elementos que merecem destaque e serão colocados a seguir.

Pizzinatto (1991) estudou os distúrbios psicoevolutivos da personalidade de crianças escolares com obesidade exógena e encontrou indícios de agressividade reprimida nas crianças obesas, assim como, dependência materna, desordem de atenção e concentração e busca narcísica de preenchimento interno.

Martta (2002) pensa a obesidade mórbida como expressão de um comportamento agressivo, uma vez que transforma seu corpo e deforma suas formas, além de ter uma vida social, sexual e afetiva, muitas vezes, inadequada, e isto, diz a autora, se refere à pulsão de morte. O sintoma mostra seu lado destrutivo e pode ser pensado em termos de um sinal de conflito inconsciente, retorno de uma pulsão sexual recalcada. O paciente obeso pode deslocar todos os seus problemas na obesidade, desta maneira, o papel do psicólogo seria de sensibilizar estes pacientes a refletir sobre sua vida e doença e compreender o significado do sintoma.

Santos (2003) afirma que incorporar e reter de maneira voraz e insaciada pode significar compensação pelo esvaziamento que a criança sentiu com o processo de desmame e pode acarretar desenvolvimento de desconfiança nas relações. Assim, a criança parece encontrar um refúgio para seus medos, angústias e sentimentos de rejeição na alimentação, o que indica uma escolha de objeto narcísica, em que há funcionamento defensivo com mecanismos de recusa e dissociação, produzindo formações sintomáticas.

Neste mesmo vértice, Hara e Priszkulnik (2004) apontam a obesidade como defesa contra a agressividade e o obeso tendo dificuldades para lidar com a agressividade e em defender-se, assim o corpo adquire um valor simbólico de força.

Varela (2006) afirma que normalmente é no corpo que a pessoa obesa consegue expressar o que não consegue pela fantasia, sonho ou linguagem. Isto tem relação com uma dificuldade de simbolização. É a expressão de uma questão subjetiva que não consegue vir em forma de processo mental, o processo somático ocupa o lugar do processo psíquico. O obeso busca no comer insaciado um prazer já experimentado sem necessitar da fome orgânica, relembrando o auto-erotismo, no qual a pulsão sexual encontra satisfação na excitação de uma zona erógena, sendo que, na amamentação, há uma excitação de lábios e língua que produz satisfação independente da fome. A fome da pessoa obesa pode ser considerada como pulsional, infantil e voraz.

No estudo de Mishima e Barbieri (2009) com meninos obesos de sete a dez anos, foi observada dificuldade em criar e simbolizar, as figuras parentais eram vistas como ambivalentes, não suprindo as necessidades afetivas, mas exigindo autonomia e a hiperfagia era a única maneira de se relacionar com o ambiente preenchendo a privação afetiva experienciada nas relações precoces. Também se identificaram características como dependência, passividade, baixa auto-estima, sinais de timidez, insegurança, vergonha, crença de que eram diferentes e sentimentos de incapacidade e desmotivação.

Freitas (2009) estudou dois casos de crianças obesas e identificou que a obesidade seria uma tentativa das crianças de se estruturar perante uma maternagem que não pôde lidar com a falta e que preencheu o vazio interno com objetos materiais. O corpo obeso servia como uma armadura para afastar os outros ou como um limite para não experimentar a vida. A relação mãe-bebê pareceu não prover espaço para que pudesse vir e sentir o vazio e daí aprender a lidar com este.

Falando de obesidade, de maneira geral, a fome determina quando comer, o apetite o que comer e a saciedade quanto comer. Porém, os três fatores envolvem complexidade, pois a fome é a somatória de sensação fisiológica, emoção e simbolismo. A fome se liga a uma relação de prazer e desprazer desde o início da vida. O desprazer sentido na fome só pode ser solucionado a partir do outro, por exemplo, quando a mãe amamenta, para que daí venha a sensação de prazer, neste caso, totalmente dependente do ambiente. As pessoas, ao longo da vida, passam a associar então fome a desprazer e comer ao prazer e daí nem sempre comemos porque estamos com fome, mas para aliviar algum desprazer. O comer não ocorre só por uma necessidade biológica, mas há uma busca de satisfação de outra ordem (FONSECA *et. al.,* 2002).

1.6 - Diagnóstico Psicológico

Em diferentes tipos de casos e queixas trazidas pelos pacientes na clínica ou verificadas nos participantes de pesquisas, são utilizadas várias formas de coleta e compreensão das informações obtidas. Neste trabalho, é feito um psicodiagnóstico de tipo compreensivo com crianças obesas e suas mães. Assim, torna-se importante abordar alguns elementos envolvidos no diagnóstico psicológico.

Autoras como Cunha *et. al.* (1986) e Ocampo *et. al.* (1990) definem o psicodiagnóstico como um processo científico, com tempo limitado, que utiliza técnicas e testes psicológicos. Este processo parte de um levantamento prévio de hipóteses que podem ser ou não confirmadas por meio do seguimento de passos predeterminados e com objetivos precisos na coleta de informações, assim, esta concepção estaria associada ao modelo tradicional de investigação.

Barbieri (2010) aponta que no psicodiagnóstico tradicional, são escolhidos testes baseados em critérios de validade e precisão estatística e buscam-se variáveis puras, isoladas do contexto de vida da pessoa. Quando utilizadas técnicas projetivas, estas ficam restritas à indicação dos níveis de integridade das funções egóicas, deste modo, não é alcançado o sentido psicológico da experiência, permanecendo-se em um plano formal. A autora coloca que esta sistematização do processo psicodiagnóstico em passos implica em uma rotina de procedimentos que limita a liberdade do psicólogo, restrito às escolhas dos instrumentos que utilizará. O modelo tradicional de psicodiagnóstico não permite obter uma compreensão profunda, integrada e completa de uma pessoa em sua singularidade.

A autora acima citada coloca como mais abrangente ao psicodiagnóstico tradicional, o psicodiagnóstico interventivo que é concebido, por ela, no contexto do referencial psicanalítico de compreensão da personalidade e instrumentalizado pelas técnicas projetivas e entrevistas clínicas. O psicodiagnóstico interventivo é definido com uma prática clínica que une, ao mesmo tempo, investigação e intervenção, incluindo a utilização de assinalamentos, *holding, handling* e interpretação desde a primeira entrevista e durante a aplicação de técnicas projetivas (BARBIERI, 2007).

O psicodiagnóstico interventivo não se organiza em termos de passos a serem seguidos, mas se organiza de forma que permita compreender a pessoa em sua singularidade, construindo o conhecimento de forma conjunta na interação entre o pesquisador e o participante, em que o pesquisador faz a interpretação do material oferecido pelo participante e este o aceita, o restringe ou o amplia, reformulando o que foi dito e devolvendo-o ao

pesquisador que faz as revisões necessárias, portanto, o participante colabora ativamente na geração do conhecimento (BARBIERI, 2010).

A autora ainda aponta que a diferença mais marcante do psicodiagnóstico interventivo com o tradicional é que o primeiro não se apega às hipóteses imutáveis durante todo o processo, mas estas são colocas à prova no momento de seu surgimento, também não há o estabelecimento sistemático de passos a serem seguidos e, conseqüentemente, o número de sessões não é definido de forma precisa após a primeira entrevista. Além disso, são utilizados, sobremaneira, os instrumentos menos estruturados de avaliação, pois permitem o alcance do sentido idiossincrático da experiência do participante. Desta forma, o psicodiagnóstico interventivo se organiza em torno de eixos estruturantes que compartilha com o psicodiagnóstico compreensivo.

O psicodiagnóstico compreensivo, modelo utilizado nesta pesquisa, é abordado por Trinca (1984) com a intenção primordial de investigar o que é relevante e significativo na personalidade, sem perder de vista a compreensão da pessoa como um todo, dá ênfase ao julgamento clínico e considera a dinâmica intrapsíquica, interpessoal e sociocultural. Para isto, são utilizados instrumentos psicológicos como entrevistas, observações e testes, principalmente projetivos.

O autor assinala que o processo diagnóstico de tipo compreensivo tem seus fatores estruturantes e são estes que lhe dão as características e identidades próprias, o que o distingue dos demais tipos. São apontados oito principais princípios, colocados a seguir.

1) Objetivo de elucidar o significado latente e as origens das perturbações: deve ser feita uma compreensão profunda das queixas, sintomas e perturbações do paciente e dos motivos inconscientes que as mantêm. De acordo com a teoria kleiniana seria a tentativa de apreensão dos pontos nodais de angústias e fantasias inconscientes que provocam desajustamentos na personalidade.

2) Ênfase na dinâmica emocional inconsciente do paciente e de sua família: é importante reconhecer os fenômenos inconscientes que incluem, principalmente, a dinâmica encoberta dos conflitos, a estrutura e a organização latentes da personalidade, ainda, é preciso conhecer a dinâmica familiar. Neste processo, são importantes as entrevistas livres e semi-estruturadas, a realização de anamnese detalhada, o uso de testes projetivos, de procedimentos intermediários entre estes e as entrevistas livres. No caso de crianças, os pais, por meio de entrevistas livres, descrevem a natureza e a dinâmica do funcionamento do ambiente da criança.

3) Consideração do conjunto de dados para o material clínico: o psicólogo deve realizar um levantamento exaustivo de dados e informações que possa abranger os múltiplos aspectos da personalidade do paciente, do ambiente familiar, social e da interação entre esses fatores.

4) Busca de compreensão globalizada do paciente: são examinadas as estruturas psicopatológicas e as disfunções dinâmicas, as bases de funcionamento da personalidade em seus vários níveis, os traços de caráter, a organização e a estruturação da personalidade, os elementos constitutivos da personalidade, sua interação com o mundo externo, etc. Assim, é uma visão totalizadora e integradora que considera a personalidade em si mesma como indecomponível e em constante vir a ser.

5) Seleção de aspectos centrais e nodais: o psicólogo deve discriminar quais são os dados mais significativos do estudo de caso, focalizando os aspectos essenciais e separando-os dos incidentais; nas perturbações emocionais são destacados os aspectos mais graves e examinados à luz de conhecimentos psicológicos atualizados para a compreensão dos focos de angústia, das fantasias e mecanismos de defesa.

6) Predomínio do julgamento clínico: este é conseqüência da utilização dos recursos mentais do psicólogo para avaliar a importância e o significado dos dados de um caso, porém, os testes objetivos não são excluídos, mas são colocados a serviço do julgamento clínico.

7) Subordinação do processo diagnóstico ao pensamento clínico: ao invés de existir um procedimento uniforme, a estruturação do psicodiagnóstico depende do tipo de pensamento clínico utilizado pelo profissional, havendo flexibilidade para enfocar e tratar as situações mentais mais emergentes.

8) Prevalência de métodos e técnicas de exames fundamentados na associação livre: são utilizados, principalmente, entrevistas clínicas, observação, testes psicológicos utilizados como formas auxiliares de entrevistas e demais técnicas de investigação clínica da personalidade; os resultados são avaliados por meio da livre inspeção do material.

O diagnóstico de tipo compreensivo é um recurso útil para várias finalidades como a avaliação global da personalidade; a determinação da natureza, intensidade e relevância dos distúrbios; orientação psicológica ao paciente, aos pais e responsáveis, à escola, etc.; fornecimento de subsídios a demais profissionais; indicações e encaminhamentos terapêuticos; definição do tipo de intervenção psicoterapêutica; determinação dos objetivos, áreas relevantes e intensidade da intervenção psicoterapêutica; prognóstico do caso; prognóstico da evolução terapêutica e pesquisa psicológica (TRINCA, 1984).

Tardivo (2008) coloca que no processo psicodiagnóstico compreensivo é importante organizar os conhecimentos referentes à vida biológica, intrapsíquica e social do paciente e encarar o sintoma em seus aspectos fenomenológicos e dinâmicos que, muitas vezes, traz ganhos secundários que precisam ser compreendidos, inclusive, num nível familiar. Quando o sintoma é a obesidade precisam ser considerados os fatores orgânicos e sociais em interação com os emocionais para não perder a visão globalizada do paciente, sendo o foco os processos intrapsíquicos da estrutura e dinâmica da personalidade.

Faz parte também do processo psicodiagnóstico a entrevista devolutiva que é uma possibilidade de intervenção, podendo levar a modificações na dinâmica psíquica do paciente (OCAMPO *et. al.* 1990; GRASSANO, 1996; TARDIVO, 2008).

Algumas pesquisas têm sido realizadas num modelo de diagnóstico compreensivo, Trinca e Tardivo (2000) apontaram a validade de instrumentos projetivos na verificação de fatores determinantes da vida emocional de crianças, sobretudo o Teste de Apercepção Temática Infantil e o Procedimento de Desenhos-Estórias.

Na concepção de Tardivo (2006) as pranchas do Teste de Apercepção Temática Infantil ou as folhas em branco do Procedimento de Desenhos-Estórias operam como objetos que devem ser recriados. Durante a sua realização, o indivíduo se coloca em uma situação emocional que começa com o contato com um objeto incompleto, que deve ser reconstruído através de um intenso trabalho interno de busca de significados e estabelecimento de sentidos. Seja na história, no desenho ou na resposta, há a criação pessoal a partir de um elemento da realidade - instrução ou prancha - que põe a prova a capacidade de recriação que se baseia na capacidade reparadora. Desta forma, podem ser analisadas cada prancha ou cada desenho como um modelo do tipo de objetos com qualidades de completos ou incompletos, quebrados ou harmônicos, integrados ou desorganizados. Cada produção pode ser vista como resultado e evidência das tentativas bem sucedidas ou fracassadas, em forma total ou parcial, da capacidade de integração e reparação. As capacidades de reparação e integração são funções egóicas, portanto, a partir do que a pessoa é capaz de criar pode-se inferir como estão organizadas essas funções. Desta forma, podem ser encontrados empobrecimento, desarticulação e ausência de mobilidade emocional e vitalidade com hostilidade contra objetos internos e contra a capacidade de pensamento, união e integração, assim como, podem ser encontradas produções projetivas organizadas de forma mais depressiva e evoluída com desenhos e histórias mais organizadas, harmoniosas, com sentido e integração, deste modo, pode-se inferir como a personalidade está organizada em termos das ansiedades predominantes, mecanismos de defesa e relações de objeto.

Outros estudos também foram desenvolvidos dentro de uma abordagem compreensiva de psicodiagnóstico, pode-se citar o de Vagostello (2002); Graeff e Vaz (2006); Mishima (2007); Cecatto (2008); Paulo (2008); Bormio (2008); Mishima e Barbieri (2009); Roncolato (2011), entre outros.

De maneira geral, o diagnóstico compreensivo vem sendo utilizado em diversas pesquisas, com diversos objetos de estudo e com a finalidade de exploração ampla da personalidade e da dinâmica emocional dos processos inconscientes, neste sentido, os testes psicológicos são um auxílio na investigação da vida psíquica e não uma submissão a padrões previamente estabelecidos por teorias (PAULO, 2008).

1.7 - Justificativa e Objetivos

Desenvolver um estudo sobre aspectos psicodinâmicos envolvidos na obesidade infantil nos permite pensar em formas prevenção e tratamento desta doença que tem aumentado sua prevalência dia a dia. Apesar de recentemente encontrarmos muitos estudos relacionados à obesidade e a obesidade infantil, poucos esforços têm sido feitos para entender a obesidade fora dos parâmetros de dietas, clínicas de emagrecimento e até de crendices pessoais e culturais, pouco se tem pensado na obesidade relacionada às pulsões (VARELLA, 2007). Isto também foi verificado em levantamento bibliográfico feito nesta pesquisa.

Faz-se importante investigar os aspectos psicológicos relacionados à obesidade infantil, pois, desta forma, pode-se pensar em contribuições na abordagem de um problema que, por sua natureza multifatorial, solicita a investigação no campo não só do comportamento humano manifesto, mas dos aspectos inconscientes.

Este trabalho se constitui em um psicodiagnóstico e esta é uma das formas do psicólogo desenvolver o seu trabalho, contribuindo para a melhoria e desenvolvimento da vida das pessoas (TARDIVO, 2008).

Objetivos

• Descrever os principais aspectos dinâmicos da personalidade das crianças com obesidade participantes desta pesquisa;

• Observar a psicodinâmica das pulsões libidinais e agressivas nas crianças obesas participantes;

• Avaliar, em cada criança participante, as posições esquizo-paranóide e depressiva;

- Analisar os principais mecanismos de defesa utilizados pelas crianças obesas participantes;
- Identificar as principais características de relações de objeto que estas crianças apresentam.

2. MÉTODO

2.1 - Tipo de Método

Trata-se de um estudo clínico, psicodiagnóstico, que pretende compreender os principais aspectos dinâmicos da personalidade de crianças com obesidade. Os estudos clínicos não apresentam poder de comprovação e tampouco de generalização; seu valor é, como em qualquer investigação qualitativa, descritivo e compreensivo (TURATO, 2003).

Optou-se pelo método clínico, incluindo a investigação psicodiagnóstica compreensiva fundamentado por Trinca (1984), pois este método, associado aos testes e instrumentos psicológicos, neste estudo, o uso da entrevista com a mãe das crianças, o Procedimento de Desenhos-Estórias e o Teste de Apercepção Temática Infantil, permite a exploração ampla da personalidade e da dinâmica emocional, o que facilita o direcionamento das futuras intervenções.

Turato (2003) afirma que o método clínico busca se adequar aos problemas originados na observação clínica, por meio de instrumentos relacionados à prática e apoiando-se no empirismo e na teoria ligada à atuação, desta forma, a origem do método é a atitude clínica do pesquisador baseada no sofrimento existencial e emocional do participante da pesquisa. É dado um tratamento qualitativo à análise dos dados coletados que é uma ferramenta científica de investigação, sendo válidos os resultados obtidos.

Ainda, nesta pesquisa, são estudados seis casos de crianças obesas, constituindo, desta forma, um estudo de casos múltiplos. Ventura (2007) aponta que os estudos de caso têm foco em uma unidade, em um indivíduo, como o caso clínico e, nos estudos de casos múltiplos, vários estudos são conduzidos simultaneamente, como exemplo, ter vários indivíduos participantes da pesquisa ou várias organizações. Stake (2000) assinala que os estudos de casos múltiplos se estendem a vários casos para possibilitar, pela comparação, conhecimento mais profundo sobre o fenômeno, população ou condição a ser estudada.

2.2 – Participantes

Participaram do estudo seis crianças e suas mães. Duas meninas de 10 anos e quatro meninos, dois com 8 e dois com 9 anos de idade.

As seis crianças foram diagnosticadas pelos pediatras como obesas, seguindo a tabela de classificação da WHO (2007) e não apresentaram nenhum transtorno físico que justificasse

o excesso de peso. Este diagnóstico foi feito pelos médicos pediatras e, os mesmos, disponibilizaram uma declaração, para fins de pesquisa, atestando este fator. As declarações ficaram arquivadas nos armários das dependências do Laboratório Sujeito e Corpo.

Os participantes desta pesquisa foram escolhidos por conveniência (REA; PARKER, 2000). Os participantes escolhidos por conveniência são aqueles membros da população selecionados por serem mais acessíveis, sendo uma amostragem não probabilística (OLIVEIRA, 2001).

Turato (2003) aponta que a amostragem proposital, intencional ou deliberada não é probabilística, é aquela na qual o pesquisador define quem são os sujeitos que comporão o seu estudo, segundo seus pressupostos de trabalho, ficando livre para escolher entre aqueles cujas características pessoais possam, em sua visão, trazer informações substanciosas sobre o assunto da pesquisa.

2.3 – Local

O estudo realizou-se em uma Clínica Médica e Psicológica localizada na região metropolitana da cidade de São Paulo. A sala onde foi realizado o estudo tratou-se de sala de atendimento disponibilizada para atendimento psicológico, portanto, constituiu-se em ambiente apropriado para esse tipo de coleta de dados, uma vez que garantiu o *setting*, a neutralidade e o sigilo necessários para essa tarefa.

2.4 - Instrumentos

2.4.1 - Entrevista Psicológica

A entrevista semi-dirigida (PIZZINATTO, 1991) será utilizada com as mães das crianças para compreensão, de maneira geral, do desenvolvimento nos primeiros anos de vida até o momento atual. Será seguido um roteiro com questões semi-abertas referentes à concepção, gestação, parto, alimentação, sono, psicomotricidade, escolaridade, sociabilidade, sexualidade, manipulações e hábitos, medos, distúrbios de saúde, assim como, história de evolução da obesidade, antecedentes familiares e interação da família com a criança (Anexo A).

A entrevista psicológica é uma técnica científica e um instrumento essencial do método clínico, seus objetivos são de investigação, diagnóstico ou terapia, podendo ser utilizada em benefício do entrevistado como na consulta psicológica, utilizada como

entrevista de pesquisa, em que os resultados são os mais importantes e, ainda, a entrevista que se realiza para um terceiro ou uma instituição (BLEGER, 1998).

O autor acima define dois tipos de entrevista – fechada e aberta. Na entrevista fechada há um roteiro de questões preestabelecido, no qual não se pode mudar a ordem e a maneira de formular as perguntas. Na entrevista aberta há flexibilidade na elaboração das questões que pode ocorrer dependendo de cada caso, pois nesta é o próprio entrevistado que configura o campo da entrevista dependendo de sua personalidade.

Além da entrevista aberta e fechada, há a semi-dirigida descrita por Ocampo (1990), na qual é possível ter um roteiro de questões a ser seguido e obter dados da personalidade do indivíduo durante o processo de investigação. A autora aponta que neste tipo de entrevista, o paciente tem a liberdade de expor seus problemas, começando por onde preferir e incluindo o que desejar, mas o entrevistador intervém em algumas situações como, por exemplo, o entrevistado não sabe como começar ou continuar, assinalando situações de bloqueio ou angústia para que a entrevista possa prosseguir ou ainda perguntando sobre certos comportamentos ou informações que não ficaram esclarecidas e que precisavam ser coletadas quando o entrevistado não se referiu espontaneamente. Recomenda-se começar com uma técnica diretiva de apresentação mútua e definição do enquadramento pelo psicólogo, passar então para uma técnica de entrevista livre para que o indivíduo possa expressar livremente o motivo de sua consulta e, por último, proceder novamente com uma técnica mais diretiva que visa preencher as lacunas de informações.

A entrevista pode ser realizada com o próprio sujeito de investigação ou, no caso de crianças, com os seus responsáveis, neste sentido, Aberastury (1982) discorre a respeito da entrevista inicial com os pais.

A autora expõe que esta entrevista não deve ser totalmente livre, pois os pais devem se limitar a falar da criança e da relação com ela, sendo imprescindível obter alguns dados: o motivo da consulta; a história da criança; como transcorre um dia de sua vida atual, um domingo ou feriado; como é a relação dos pais entre si, com os filhos e com o meio familiar.

Também se investigará a história de vida da criança que inclui diversas informações: como ocorreu a gravidez, parto e os sentimentos neste momento; como foi a lactância materna, intervalo entre as mamadas, sentimentos da mãe, ritmo de sucção do bebê, época do desmame e como mãe e bebê lidaram com isto, como o bebê aceitou a mudança do seio à mamadeira ou outros alimentos; idade em que a criança começou a engatinhar e andar e como foi este processo; possíveis distúrbios do sono; como foi a aprendizagem do controle dos

esfíncteres e em que idade; descrição detalhada das atividades que a criança realiza e idade de ingresso na escola e reações (ABERASTURY, 1982).

Bleger (1998) afirma que a entrevista é uma situação em que se observa uma parte da vida do indivíduo, não podendo esgotar toda a sua personalidade, mas uma parte dela, assim, não pode excluir outras técnicas de investigação, mas estas também não podem prescindir da entrevista.

2.4.2 - Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E)

O Procedimento de Desenhos-Estórias[1] (TRINCA, 1997) constitui-se em uma técnica projetiva gráfica que permite conhecer a dinâmica de funcionamento mental em relação às angústias, desejos e defesas do indivíduo. Visa obter uma série de cinco desenhos livres das crianças com obesidade.

O D-E surgiu em 1972 como um instrumento que permitiu ampliar o conhecimento da dinâmica da personalidade. Tem suas bases na Psicanálise, Técnicas Projetivas e Entrevista Clínica, podendo revelar disposições, conflitos e perturbações inconscientes, ajudando na intervenção psicoterápica (TRINCA, 1997).

A técnica descrita consiste em cinco unidades de produção, sendo cada uma composta por desenho livre, estórias[2], inquérito e título, assim, reúne processos expressivos-motores e processos aperceptivos-dinâmicos, se diferenciando de outras técnicas de investigação. É aplicável tanto em crianças a partir dos três anos, como em adultos que pertençam a qualquer nível mental, sócio-econômico e cultural desde que tenham condições de desenhar e falar (TRINCA, 1997).

O autor acima citado expõe que o D-E utiliza enquanto material, folhas de papel em branco tamanho ofício, lápis preto nº 2 e caixa de lápis de cor de 12 unidades nos tons cinza, marrom, preto, vermelho, amarelo-escuro, amarelo-claro, verde-claro, verde-escuro, azul-claro, azul-escuro, violeta e cor de rosa. Colocam-se os lápis espalhados sobre a mesa, inclusive o preto nº 2, entrega-se a folha na posição horizontal para o examinando e pede-se que faça o desenho que quiser e, após, pede-se que invente uma história e, então, se inicia o inquérito, ao final, deve ser dado um título à história. O inquérito é uma fase muito importante

---

[1] De acordo com a Resolução CFP Nº 002/2003 o Procedimento de Desenhos-Estórias, assim como o Teste de Apercepção Temática Infantil com Figuras de Animais, não podem ser utilizados no exercício profissional, apenas em pesquisas.

[2] O termo "estória" será utilizado nesta pesquisa somente em relação ao nome dado ao Procedimento, nas outras referências será utilizado o termo "história".

da técnica, pois visa esclarecer aspectos necessários à interpretação da produção, assim como, produzir novas associações, se baseando nos princípios da associação livre.

O Procedimento de Desenhos-Estórias contém elementos estruturais básicos dos testes projetivos e das entrevistas clínicas não-estruturadas. Não enfatiza aspectos fragmentados da mente, mas requer uma compreensão da personalidade de forma mais integradora, considerando as dificuldades emocionais num processo global de rupturas e reequilíbrios da personalidade (TRINCA, 1997).

Quando o D-E é utilizado em conjunto com outras técnicas projetivas pode complementá-las ou ser complementado, o que torna a avaliação da personalidade abrangente (MIGLIAVACCA, 1997).

Trinca (1997) ainda coloca as vantagens de se utilizar esta técnica, o que faz pensar em ser adequada também para o uso em pesquisas. Algumas das vantagens são: economia de materiais, facilidade e rapidez de aplicação, adaptabilidade às necessidades de comunicação do examinando e utilização em populações carentes.

Outra vantagem ou contribuição que o Procedimento de Desenhos-Estórias apresenta é investigar o funcionamento mental de determinada população frente a uma situação especial, é possível conhecer traços comuns às pessoas de determinados grupos, permitindo a previsão de casos semelhantes e contribuindo para o planejamento de programas de prevenção e práticas terapêuticas (TRINCA, A. M., 1997). Neste caso, a população específica a ser avaliada são crianças com obesidade e a técnica poderia indicar como estas funcionam dinamicamente em termos de personalidade frente à situação de excesso da ingestão alimentar.

Em relação à análise da técnica, Tardivo (1997) relata que pode ser interpretada e analisada de acordo com várias abordagens como a junguiana, fenomenológico-existencial e comportamental, no entanto, nesta pesquisa se utilizará a análise psicanalítica, a saber, identificando as atitudes básicas, figuras significativas, sentimentos expressos, tendências e desejos, impulsos, ansiedades e mecanismos de defesa.

Várias pesquisas têm utilizado o D-E como técnica e estas vão desde a área clínica até a escolar, familiar, social, da saúde, etc.

Um destes estudos é o de Paiva (1992) que teve como objetivo avaliar as representações afetivas e cognitivas e a relação destas com o desempenho escolar de crianças de quatro a cinco anos, utilizando o D-E e o CAT-A.

Vitali *et. al*. (2001) também realizaram um estudo com o Procedimento Desenhos-Estórias para investigar a representação social da obesidade.

Martão, Leôncio e Tardivo (2004) utilizaram-no para investigar a compreensão das vivências emocionais de mães de crianças com traços autistas.

Além destes estudos, muitos outros foram feitos, alguns até mesmo de validação da técnica como Trinca e Tardivo (2000).

Patti e Meneses (2005) estudaram os aspectos conscientes e inconscientes das manifestações fóbicas que se apresentaram nas crianças de quatro a dez anos tratadas na clínica da Odontopediatria do curso de Odontologia da Universidade de Franca e apontam o Procedimento de Desenhos-Estórias como auxiliar para o conhecimento desta população.

Já Ribeiro *et. al.* (2007) fez estudo para apreender as representações sociais da depressão elaboradas por crianças inseridas no Ensino Fundamental, em uma escola pública em João Pessoa-PB, utilizando o Procedimento de Desenhos-Estórias com tema.

Franco e Mazorra (2007) investigaram as fantasias da criança enlutada pela morte de um ou ambos os pais e sua relação com o processo de elaboração do luto. Foram realizados estudos de casos com meninos e meninas, de três a oito anos de idade. Como instrumentos de investigação foram utilizadas entrevistas com o genitor sobrevivente ou responsável pela criança, uma entrevista familiar, três entrevistas lúdicas e a aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias com a criança.

Bormio (2008) investigou as fantasias inconscientes de gestantes com hipertensão arterial crônica e teve como instrumento o D-E com tema. A autora aponta que o Procedimento de Desenhos-Estórias, usado como técnica auxiliar na investigação psicológica da grávida é de grande valia, pois oferece uma série de vantagens, como ser um instrumento bem aceito, mobilizador de conteúdos inconscientes, com baixo nível de condutas resistenciais.

Ainda, o trabalho de Costa, Mombelli e Marcon (2009) foi realizado com objetivo de apreender os sentimentos vividos pelas mães que acompanhavam seus filhos internados e identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com essa realidade. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou como técnica para coleta de dados o Procedimento de Desenhos-Estórias, aplicado junto a 17 mães que acompanhavam seus filhos em alojamento conjunto pediátrico de um hospital universitário.

Amiralian (1997) descreve a respeito da utilização do D-E em pesquisas. A autora aponta que há várias razões para se escolher esta técnica em pesquisas. É de fácil aplicação, suscita o interesse e boa vontade por parte dos sujeitos, especialmente crianças e adolescentes, privilegia a compreensão de aspectos profundos da personalidade e permite a caracterização de pontos conflitivos nucleares da dinâmica psíquica, amplia o conhecimento da atitude

básica em relação a si próprio e ao mundo, esclarecendo formas de relações objetais de crianças e adolescentes e baixa freqüência de condutas resistenciais. Ainda, é adequado utilizar o D-E em pesquisas, pois está situado na área da experiência do examinando em que a manifestação das forças do inconsciente não afeta os sistemas de equilíbrio e defesa da personalidade como um todo.

2.4.3 - Teste de Apercepção Temática Infantil com Figuras de Animais (CAT-A)

O Teste de Apercepção Infantil com Figuras de Animais é um método projetivo que visa investigar a dinâmica da personalidade de crianças de três a dez anos. É composto de dez quadros com ilustrações de animais em várias situações. Cada ilustração pode suscitar respostas referentes a um tema (BELLAK; BELLAK, 1971).

Os autores apontam que os quadros podem explorar problemas de alimentação ou problemas orais; problemas de rivalidade entre irmãos; atitudes frente às figuras parentais e o modo como essas figuras são apercebidas; relacionamento da criança com os pais enquanto casal (Complexo de Édipo); fantasia da criança no que concerne a agressão; medos; masturbação; hábitos de limpeza; fantasia sobre sua aceitação no mundo adulto; maneira de reagir e conduzir seus problemas de crescimento.

Quanto à aplicação deste teste pode-se citar a referência de Hirsch (1990), na qual, é dito para a criança que serão apresentados alguns quadros e que deve ser feita uma história com cada um deles, dizendo o que aconteceu antes, o que está acontecendo no momento e o que acontecerá depois. Se a criança apenas descrever as pranchas, o examinador pede que a criança imagine uma história e pode intervir com perguntas que esclareçam mais o que foi dito, sem que sugira o que deve ser dito. Durante a aplicação, tudo que a criança verbalizar e também suas expressões faciais, mudança na tonalidade da voz, pausas, devem ser anotadas para, posteriormente, iniciar-se a interpretação do teste.

A análise do CAT-A será feita seguindo os mesmos parâmetros do Procedimento de Desenhos-Estórias, identificando as atitudes básicas, figuras significativas, sentimentos expressos, tendências e desejos, impulsos, ansiedades e mecanismos de defesa.

Apesar do CAT-A contribuir para o conhecimento da dinâmica da personalidade crianças, neste momento, ainda não é reconhecido pelo Conselho Federal de Psicologia como teste habilitado para aplicação na prática clínica, por outro lado, o teste pode ser utilizado em pesquisas e, assim, há a importância de estudos que possam favorecer sua posterior aprovação.

Inúmeros estudos têm sido feitos com este teste, pode-se citar Carotenuto (2003) que utilizou o Teste CAT-A para fazer uma análise psicodinâmica do pesadelo infantil.

Barbieri, Jacquemin e Alves (2007) visaram organizar uma forma de atendimento clínico, ilustrada pelo estudo de caso de uma criança com tendência anti-social, em que as entrevistas e aplicações de testes eram acompanhadas de assinalamentos e interpretações, cujo CAT-A foi instrumento auxiliar de investigação.

Silva e Villemor-Amaral (2006) buscaram evidências de validade entre as categorias de indicadores de auto-estima das técnicas projetivas CAT-A e Teste da Casa-Árvore-Pessoa (H.T.P.), correlacionando-os com o instrumento de auto-relato, EMAE - Forma A. Foi feito um estudo de precisão entre avaliadores com o propósito de dar maior confiabilidade aos resultados obtidos no CAT-A. Participaram do estudo 32 crianças, entre sete e dez anos, de ambos os sexos. Os dados demonstraram que as categorias de indicadores destacadas para verificar o nível da auto-estima no CAT-A apresentaram boa precisão pelo sistema de avaliadores e os índices de correlação entre os instrumentos permitiram encontrar evidência de validade para o CAT-A e o H.T.P.

Benczik, Custódio e Tardivo (2006) igualmente fizeram um estudo de validade com o CAT-A, este foi aplicado em crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. As autoras apontam para a validade e precisão do CAT-A como instrumento útil no diagnóstico psicológico.

Villemor-Amaral e Xavier (2007) utilizaram o CAT-A para ampliar a precisão da interpretação para vários indicadores do teste. Foi objetivo verificar o grau de concordância entre avaliadores independentes, destacando indicadores sobre o tipo de relação com a figura materna a serem analisados a partir de critérios previamente estabelecidos, visando melhor confiabilidade dos resultados obtidos com o teste. Participaram dessa pesquisa duas juízas que analisaram 31 protocolos. Verificou-se a fidedignidade das avaliadoras pela pontuação dos protocolos do teste nos indicadores selecionados e o escore obtido por todos os sujeitos testados. A partir da análise das duas avaliadoras, possibilitou estimar a precisão por meio de correlação de coincidências. Desse modo, constatou-se a possibilidade de desenvolvimento de um sistema de análise com critérios claramente definidos e detalhados que permitirá análises feitas por vários profissionais experientes alcançarem conclusões bastante semelhantes.

Em última análise, pode-se citar o trabalho de Mishima e Barbieri (2009) que objetivou investigar se há algum prejuízo causado pela dificuldade de expressão da criatividade no brincar de crianças obesas e, em caso positivo, qual a sua natureza. Foram

realizados cinco estudos de caso com meninos obesos entre sete e dez anos, com aplicação do Teste do Desenho da Figura Humana e CAT-A.

Com todos os estudos que vem sendo realizados, tanto com o D-E, quanto com o CAT-A, fica claro que podem elucidar aspectos dinâmicos da personalidade de diversos tipos de participantes. Assim, os instrumentos utilizados foram escolhidos, pois o Procedimento de Desenhos-Estórias nos permite verificar aspectos estruturais e dinâmicos da personalidade, enquanto que o CAT-A analisa a psicodinâmica.

2.5 - Procedimentos

Foi feito contato com os pediatras da Clínica onde se realizou o estudo e estes explicaram aos possíveis participantes sobre a pesquisa a ser desenvolvida e pediram a permissão para que seu telefone fosse dado à pesquisadora, caso tivessem o interesse em participar do estudo. O critério de indicação foram crianças obesas e que não possuíssem transtornos físicos que justificasse tal excesso de peso, o que foi identificado pelos pediatras.

A pesquisadora entrou em contato com as mães das crianças com obesidade, se identificou e explicou sobre a pesquisa, indicando o tempo que as mães teriam que disponibilizar para isto e dando outras informações relevantes. Quando a mãe aceitou em participar, foi marcado um horário com cada uma delas para esclarecer detalhadamente sobre o objetivo do estudo e apresentar o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B), assim como, realizar a entrevista semi-dirigida.

Com os Participantes 1 e 4 foram feitas duas entrevistas com cada mãe com duração aproximada de uma hora cada. Com os demais participantes, foi feita uma entrevista com a mãe com duração média de duas horas.

Posteriormente, foi agendada uma data para aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias e o Teste de Apercepção Temática Infantil com Figuras de Animais, caso a criança também concordasse em participar da pesquisa. Tanto as entrevistas, quanto as respostas das crianças aos testes foram gravadas.

Com as crianças foi aplicado primeiro o D-E e em outra sessão o CAT-A.

O D-E foi realizado com cinco crianças em uma sessão de aproximadamente uma hora. Apenas a Participante 3 fez em uma sessão três desenhos e em outra os dois restantes. Após, foi agendada outra sessão para a aplicação do CAT-A e todas as seis crianças o realizaram em uma sessão de aproximadamente 50 minutos. Antes de iniciar a aplicação do D-E e CAT-A foi feito um *rapport* com cada uma das crianças e, ao final, também foi

realizado um diálogo com as crianças, inclusive, apontando a possibilidade de entrevista devolutiva e atendimento psicológico, caso fosse necessário e concordassem.

A análise do Procedimento de Desenhos-Estórias e o CAT-A seguiu o roteiro proposto por Tardivo (1997). A análise dos desenhos realizados pelas crianças foi complementada com os aspectos gráficos mais relevantes.

A autora acima indica para a análise sete grupos de traços. Seguem os grupos com explicação mais detalhada das principais categorias.

1 – Atitudes básicas:

• Aceitação – necessidades e preocupações com aceitação, êxito, crescimento, atitudes de segurança, autonomia e liberdade;

• Oposição – atitudes de oposição, desprezo, hostilidade, competição, negativismo, desconsideração e rejeição aos outros;

• Insegurança – necessidades de proteção, abrigo e ajuda, atitudes de submissão, inibição, isolamento, bloqueio, percepção do mundo como desprotetor, medo de não conter os impulsos, dificuldades em relação ao crescimento;

• Identificação positiva – sentimentos de auto-valorização, auto-imagem e auto-conceito reais e positivos, busca de identidade e identificação com o próprio sexo;

• Identificação negativa – sentimentos de menos valia, incapacidade, identificação com sexo oposto, auto-imagem idealizada ou negativa, problemas ligados à imagem corporal.

2 – Figuras significativas:

• Figura materna positiva – mãe sentida como presente, gratificante, boa, afetiva, protetora, facilitadora (objeto bom);

• Figura materna negativa – mãe vivida como ausente, omissa, rejeitadora, ameaçadora, controladora, exploradora (objeto mau);

• Figura paterna positiva – sentida como próxima, presente, gratificante, afetiva e protetora;

• Figura paterna negativa – pai ausente, omisso, ameaçador, autoritário;

• Figura fraterna ou outras positiva – aspectos de relacionamento com irmãos e/ou com outros iguais de cooperação, colaboração e igualdade;

• Figura fraterna ou outras negativa – aspectos negativos do relacionamento como competição, rivalidade, conflito, inveja, falsidade.

3 – Sentimentos expressos:

• Sentimentos derivados do instinto de vida – são os mais construtivos como alegria, amor, energia, instinto sexual, conquista, sentimento de mudança construtiva;

• Sentimentos derivados do instinto de morte – sentimentos destrutivos como ódio, inveja, ciúme persecutório, voracidade, desprezo;

• Sentimentos derivados do conflito – sentimentos ambivalentes da luta entre instintos de vida e instintos de morte, sentimentos de culpa, medo de perda, de abandono, sentimentos de solidão, de tristeza, de desproteção, ciúme depressivo e outros.

4 – Tendências e Desejos:

• Necessidades de suprir faltas básicas – são as mais regredidas como desejo de proteção e abrigo, necessidades de compreensão, de ser contido, de ser cuidado com afeto, necessidades orais;

• Tendências destrutivas – desejos de vingança, de atacar, destruir, separar os pais, necessidades de poder, de hostilizar;

• Tendências construtivas – necessidades de cura, aquisição, realização e autonomia, de crescimento, construtividade, evitar danos físicos ou psicológicos, recuperar partes sadias.

5 – Impulsos: amorosos, decorrentes do instinto de vida e destrutivos, decorrentes do instinto de morte.

6 – Ansiedades: paranóides e depressivas.

7 – Mecanismos de Defesa: cisão; projeção; repressão; negação/anulação; regressão a estágios primitivos; racionalização; isolamento; deslocamento; idealização; sublimação; formação reativa; negação maníaca ou onipotente.

Após a análise dos dados, foi feito um novo contato com os participantes para devolutiva, caso tivessem interesse.

Foi feita a devolutiva com cinco mães e crianças, com a segunda participante não foi possível fazer o contato, pois os telefones disponibilizados estavam desabilitados.

Houve a necessidade de encaminhamento de todas as crianças para realização de psicoterapia e os responsáveis pelos participantes puderam optar por fazê-lo em uma Clínica-Escola ou no serviço público mais próximo de sua residência, sendo este gratuito ou, ainda, na própria clínica onde foi realizada a pesquisa (Anexo C).

Até o presente momento, as mães dos Participantes 1 e 5 optaram por iniciar o processo psicoterapêutico dos filhos com a pesquisadora. Também as crianças concordaram e se mostraram dispostas a realizar psicoterapia com a pesquisadora.

O material coletado, após o término da pesquisa, foi empacotado e acondicionado em caixas, especialmente para este fim e guardados em armário nas dependências do Laboratório Sujeito e Corpo, pelo período mínimo de cinco anos, passível de prorrogação.

2.6 - Considerações Sobre os Aspectos Éticos

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade de São Paulo, no Instituto de Psicologia, tendo sido aprovado sob o Registro CEPH No. 2009.073. (Anexo D).

Neste estudo foi realizada uma investigação clínica que atendeu aos requisitos descritos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que aborda procedimentos referentes às pesquisas que envolvem seres humanos. Também foi seguida a resolução do Conselho Federal de Psicologia do ano de 2000, n. 16.

Tratou-se de uma investigação psicológica, sendo assim, foram realizadas observações de dados por meio de testes psicológicos e entrevistas, visando a compreensão de variáveis psicológicas. Ressalta-se que as investigações no campo da Saúde Mental são sigilosas e entende-se que não houve risco ou danos de nenhuma espécie para os participantes deste estudo.

Turato (2003) ressalta que na prática da pesquisa psicológica podem ser aplicados os princípios fundamentais da bioética, definida como a disciplina que se ocupa tanto da pesquisa de problemas éticos, quanto da aplicação de questões éticas. Destacam-se quatro princípios fundamentais: da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e o da justiça.

O autor acima afirma que o princípio da autonomia é fundamentado na pesquisa pela participação voluntária dos participantes, sem haver nenhum tipo de coerção institucional ou psicológica, assim como, devem-se informar os objetivos, procedimentos e divulgação dos resultados da investigação, sendo bem instruído o pesquisado com o termo de consentimento livre e esclarecido. O princípio da beneficência prevê que o participante tenha algum benefício em participar da pesquisa, como exemplo, ter maior consciência sobre situações de sua vida e facilitar decisões futuras; expor para um profissional qualificado relatos pessoais e vivenciar momentos catárticos; ou ainda, satisfazer-se em colaborar com o conhecimento científico e sua aplicação às pessoas em situações similares. Já a não-maleficência está pautada na conduta de garantir a proteção à privacidade, preservação do anonimato e não infligir danos intencionalmente. Por último, o princípio da justiça consiste em dar o direito aos participantes de tratamento equitativo e apropriado em consideração do que é devido às pessoas.

Nesta pesquisa, entende-se que os quatro princípios fundamentais da bioética foram seguidos.

3. RESULTADOS

Neste capítulo estão expostas duas tabelas referentes aos traços encontrados no Procedimento de Desenhos-Estórias e no Teste de Apercepção Temática Infantil com Figuras de Animais.

Na primeira tabela, as cinco unidades de produção são representadas pela letra D referente a desenho e os números correspondem às cinco unidades feitas por cada criança. Na segunda tabela, cada prancha é representada pela letra P e seu respectivo número.

Em seguida, será exposta a história de vida de cada criança e o nome dado a elas é fictício com o intuito de preservar o sigilo. Após, é feita a análise do D-E e do CAT-A de todos os seis participantes. A transcrição na íntegra da aplicação dos dois instrumentos projetivos encontra-se no Anexo E. Os cinco desenhos realizados pelas seis crianças foram colocados no Anexo F.

Tabela 2 – Traços encontrados nas cinco unidades de produção realizadas pelos seis participantes.

GRUPOS	TRAÇOS	Part. 1 Cláudio	Part. 2 Luana	Part. 3 Graziela	Part. 4 Paulo	Part. 5 Vinícius	Part. 6 Giovanni
ATITUDES BÁSICAS	*Aceitação*	D1; D4; D5	D1		D1; D2	D3; D4; D5	D1; D2; D5
	Oposição	D3; D4	D1; D2	D1; D2; D3	D1; D2; D3; D4; D5		D2; D3; D4
	Insegurança	D2; D3	D2; D3; D4; D5	D1; D2; D3; D4; D5	D1; D3; D4; D5	D2; D4	D2; D4; D5
	Identificação Positiva	D2	D2		D1; D2; D5	D3; D5	D5
	Identificação Negativa		D3; D4; D5	D2	D3; D4; D5		D2
FIGURAS SIGNIFICATIVAS	*Figura Materna Positiva*			D2; D3; D4; D5	D5	D4	D2
	Figura Materna Negativa			D4	D5		D2
	Figura Paterna Positiva		D4	D4		D4; D5	
	Figura Paterna Negativa		D4	D2; D3	D5		
	Figura Fraterna Positiva e/ou Outras Figuras	D1; D2; D3; D4; D5	D1; D2; D3; D4	D1; D3; D4; D5	D1; D2; D3; D4; D5	D2; D4	D1; D3; D4; D5
	Figura Fraterna Negativa e/ou Outras Figuras	D2: D3; D4	D1; D2; D3; D4; D5	D1; D2; D3	D1; D2; D3; D4	D2; D4	D2; D3; D4

SENTIMENTOS EXPRESSOS	*Sentimentos Derivados do Instinto de Vida*	D1; D4; D5	D2; D3; D4	D1; D2; D3; D4	D1; D2; D3; D4	D3; D4; D5	D1; D2; D3; D4
	Sentimentos Derivados do Instinto de Morte	D4	D2; D3; D4; D5	D1; D2; D3; D4	D2; D3; D4; D5		D2; D3; D4
	Sentimentos Derivados do Conflito	D2	D1; D2; D3; D4; D5	D2; D3; D4; D5	D1; D2; D5	D2	D4; D5
TENDÊNCIAS E DESEJOS	*Necessidades de Suprir Faltas Básicas*	D2; D3	D2; D3; D4; D5	D2; D3; D4; D5	D1; D2; D4; D5	D2	D2; D4; D5
	Tendências Destrutivas	D3; D4	D1; D4; D5	D1; D2; D3; D4	D1; D2; D3; D4; D5		D2; D3; D4
	Tendências Construtivas	D1; D4; D5	D1; D4	D1	D1; D2; D3; D5	D3; D4; D5	D1; D3; D5
IMPULSOS	*Amorosos*	D1; D2; D3; D 4; D5	D1; D2; D3; D4; D5	D1; D2; D3; D4; D5	D1; D2; D3; D5	D2; D3; D4; D5	D1; D2; D3; D4; D5
	Destrutivos	D2; D3; D4	D1; D2; D3; D4; D5	D1; D2; D3; D4	D1; D2; D3; D4; D5	D2	D2; D3; D4
ANSIEDADES	*Paranóides*	D2; D3; D4	D1; D2; D3; D5	D1; D2; D3; D4	D1; D2; D3; D4; D5	D1; D2; D5	D2; D3; D4; D5
	Depressivas	D1; D2; D3; D5	D1; D2; D3; D4; D5	D2; D3; D4; D5	D1; D2; D5	D3; D4; D5	D1; D2; D4; D5
MECANISMOS DE DEFESA	*Cisão*	D4	D3; D5	D1; D3; D4; D5	D4	D2	D4
	Projeção		D3				
	Repressão	D3			D1; D3	D1	
	Negação/Anulação		D3			D1	
	Regressão ou Fixação a Estágios Primitivos						
	Racionalização	D2; D3; D4; D5	D2; D3; D4; D5		D5	D3; D5	
	Isolamento						D4
	Deslocamento	D1; D4; D5	D5	D1	D4; D5	D5	D2; D3; D5
	Idealização	D1; D2	D1	D1	D1; D2	D4; D5	D1; D5
	Sublimação						
	Formação Reativa			D1			
	Negação maníaca ou onipotente			D2; D3	D2	D4	D3

Tabela 3 – Traços encontrados nas dez pranchas do CAT-A nas seis crianças participantes.

GRUPOS	TRAÇOS	Part. 1 Cláudio	Part. 2 Luana	Part. 3 Graziela	Part. 4 Paulo	Part. 5 Vinícius	Part. 6 Giovanni
ATITUDES BÁSICAS	*Aceitação*	P1; P4; P10	P1; P2; P3; P4; P7; P8; P9; P10	P1; P2; P5; P6; P10	P9; P10	P2; P4; P6	P3; P4; P8; P9
	Oposição	P3; P4; P6; P7; P8; P10	P2; P3; P4; P5; P7; P10	P2; P3; P7	P1; P2; P3; P5; P6; P7; P8	P2; P5; P7	P1; P7
	Insegurança	P1; P2; P3; P5; P6; P7; P8; P9	P1; P4; P5 ; P6; P7; P9; P10	P3; P4; P6; P7; P8; P9; P10	P3; P4; P5; P6; P7; P8; P9	P1; P3; P4; P5; P8; P9; P10	P1; P2; P4; P5; P6; P7; P9; P10
	Identificação Positiva	P1; P2; P8	P1; P3; P4; P7; P9; P10		P1; P6; P7; P9; P10	P1; P2; P4; P6; P10	P3; P6; P7; P8
	Identificação Negativa	P5; P9	P5	P7; P8	P2; P3; P4; P5; P8	P1; P3; P5; P7; P8; P10	P1; P2
FIGURAS SIGNIFICATIVAS	*Figura Materna Positiva*	P1; P2; P4; P6; P8; P10	P1; P4; P9; P10	P1; P4; P5; P6; P7; P9; P10	P1; P4; P9	P1; P2; P4; P8; P9; P10	P2; P4; P8; P10
	Figura Materna Negativa	P4; P5; P9; P10	P5; P6	P4; P8; P9	P1; P4; P8	P1; P4; P8; P9; P10	P1; P2; P10
	Figura Paterna Positiva	P8	P2	P5; P6; P10		P1; P2; P3; P6; P9; P10	P5; P6; P8; P9
	Figura Paterna Negativa	P5	P2; P5; P6	P7	P2	P1; P3; P4	
	Figura Fraterna Positiva e/ou Outras Figuras	P1; P2; P3; P4; P5; P6; P7; P10	P2; P3; P4; P7; P8; P9	P1; P2	P4; P6; P7; P8; P10	P3; P5; P8; P10	P1; P3; P7; P8
	Figura Fraterna Negativa e/ou Outras Figuras	P3; P6; P7; P8	P1; P2; P3; P4; P5; P6; P7; P10	P3; P7	P1; P2; P3; P5; P7	P6	P1
SENTIMENTOS EXPRESSOS	*Sentimentos Derivados do Instinto de Vida*	P1; P3; P4; P5; P6; P7; P8	P1; P3; P4; P8	P1; P2; P4; P5; P6; P7; P8; P9; P10	P1; P6; P7; P8; P10	P1; P2; P4; P6; P7; P9; P10	P3; P4; P7; P8; P10
	Sentimentos Derivados do Instinto de Morte	P3; P4; P5; P6; P7; P8	P1; P3; P4; P5; P6; P7	P2; P3; P4; P7; P8; P9	P1; P2; P3; P5; P7; P8	P1; P2; P5; P7	P1; P2; P3; P4; P5; P6; P10
	Sentimentos Derivados do Conflito	P2; P9; P10	P1; P2; P4; P5; P6; P7; P9; P10	P3; P6; P9	P2; P4; P6; P7; P8; P9	P3; P4; P5; P8; P9; P10	P1; P2; P4; P5; P6; P7; P9; P10

TENDÊNCIAS E DESEJOS	*Necessidades de Suprir Faltas Básicas*	P1; P2; P3; P4; P5; P6; P7; P8; P9; P10	P1; P4; P5; P6; P7; P9; P10	P3; P4; P6; P7; P9; P10	P3; P4; P6; P7; P8; P9	P1; P3; P4; P5; P8; P9; P10	P1; P2; P4; P5; P6; P7; P9; P10
	Tendências Destrutivas	P3; P6; P7; P8	P1; P2; P3; P4; P5; P6; P7	P2; P3; P7; P8	P1; P2; P3; P5; P7; P8	P5; P7	P1; P2; P4; P5; P6; P7
	Tendências Construtivas	P1; P2	P1; P2; P3; P4; P7; P8	P1; P2; P5	P1; P6; P10	P1; P2; P4; P6; P9	P3; P4; P5; P6; P7; P8
IMPULSOS	*Amorosos*	P1; P2; P3; P4; P5; P6; P7; P8; P9; P10	P1; P2; P3; P4; P5; P6; P7; P8; P9; P10	P1; P2; P4; P5; P6; P7; P8; P9; P10	P1; P2; P4; P6; P7; P8; P9; P10	P1; P2; P3; P4; P6; P8; P9; P10	P1; P2; P3; P4; P5; P6; P7; P8; P9; P10
	Destrutivos	P2; P3; P4; P5; P6; P7; P8; P9	P1; P2; P3; P4; P5; P6; P7; P10	P2; P3; P4; P7; P8; P9	P1; P2; P3; P4; P5; P7; P8	P2; P3; P5; P7; P8; P10	P1; P2; P4; P5; P6; P7; P10
ANSIEDADES	*Paranóides*	P1; P3; P4; P6; P7; P8; P9	P1; P2; P3; P4; P5; P6; P7; P9; P10	P1; P2; P3; P4; P5; P7; P8; P9	P1; P2; P3; P4; P5; P7; P8; P9	P1; P2; P3; P4; P5; P6; P7; P8; P10	P1; P2; P3; P4; P5; P6; P7; P9; P10
	Depressivas	P1; P2; P9; P10	P1; P2; P3; P4; P6; P7; P8; P9; P10	P6; P8; P9; P10	P2; P4; P6; P7; P8; P9; P10	P1; P3; P6; P8; P9; P10	P2; P4; P5; P6; P7; P8; P9; P10
MECANISMOS DE DEFESA	*Cisão*	P3; P8; P10	P2; P6	P3	P3; P5; P10	P2; P5; P7; P8	P1; P2
	Projeção	P9	P3	P7		P3; P5	
	Repressão	P10	P7; P9	P5; P6	P7	P3; P6; P8	P9
	Negação/Anulação	P5; P6	P5	P5; P10	P3; P4; P5; P6; P7; P8; P10	P1; P3; P5; P6	P6; P10
	Regressão ou Fixação a Estágios Primitivos	P1		P6			
	Racionalização		P2; P3; P4; P7	P1; P2; P3; P4; P5; P6; P7; P8; P10	P4; P7	P7	
	Isolamento						
	Deslocamento	P2; P4; P5		P3; P9	P1; P4; P8; P10	P1; P2; P9; P10	P2
	Idealização	P1; P4; P8	P1; P8; P10	P1	P6; P9	P1; P4	P3; P4; P8; P9

MECANISMOS DE DEFESA	*Sublimação*						
	Formação Reativa						
	Negação maníaca ou onipotente	P1; P2; P3; P7; P8	P1; P3; P4; P8	P7; P8; P9	P2	P7	P3; P4; P5; P7

3.1 - Participante 1: Cláudio, 8 anos, 37 kg e 1,28 m, obesidade.

Mãe: 33 anos, administradora de loja, eutrófica.

Pai: 34 anos, mecânico industrial, eutrófico.

Irmã: 4 anos, eutrófica.

3.1.1 - História de Vida

Quando a mãe engravidou estava casada há cinco anos, foi uma gravidez planejada. Cláudio foi a primeira gestação da mãe e tem uma irmã mais nova quatro anos.

Eram gêmeos, mas houve um aborto espontâneo do outro filho na gestação, ao 3º mês. Cláudio foi muito desejado por toda a família, porém a mãe diz que ficava muito ansiosa nesta época, pois já havia perdido o outro gêmeo e precisou ficar de repouso até o final da gestação.

Nasceu com 2,650 kg e 47,5 cm de cesárea. A mãe engordou 8 kg na gestação e diz ter mantido uma boa alimentação.

Na época em que estava de repouso na gestação, a mãe e o pai foram morar com a avó materna até os oito meses de Cláudio. Dos oito meses aos três anos, morou em casa separada da avó. Depois, os pais construíram uma casa para a avó materna nos fundos de sua casa. Quando Cláudio tinha seis para sete anos os pais decidiram que seria melhor cada um ter seu espaço, então compraram outra casa separada da avó.

A criança ficou somente com leite materno até os quatro meses e, após, foi introduzido outro leite até um ano. Mamou mamadeira até os seis anos quando o pai decidiu tirar, pois já estava grande (sic.). Houve grande dificuldade de amamentação, pois a mãe relatou que o bebê sugava duas vezes o seio e dormia, então foi perdendo peso e a mamadeira teve que ser introduzida. A mãe tinha muito leite e ficou muito frustrada na época pelo fato do bebê não sugar o leite, tentava acordá-lo até mesmo tirando suas roupas, mas não adiantava.

A mãe relata que Cláudio sempre teve problema em mastigar a comida e quando foi introduzida a papinha, se tivesse algum pedaço, ele rejeitava.

Com um ano de idade, ela forçou para que a criança comesse alimentos sólidos e, no início, rejeitava, mas depois foi se acostumando, porém até o momento da pesquisa, não gostava de mastigar os alimentos.

A mãe relata que era um bebê fofinho (sic.), mas nunca foi gorducho (sic.). Acha que o ganho de peso ao longo do tempo pode ter relação com a época em que a avó materna morava muito próximo e interferia na alimentação de Cláudio. A avó dava comida de hora em hora a partir dos seus três anos de idade, enquanto a mãe o alimentava de três em três horas. A mãe diz que comprou uma casa e se mudou para longe da avó quando Cláudio tinha aproximadamente sete anos, devido à interferência desta na rotina da família.

Aos quatro anos de idade foi feito o diagnóstico pelo pediatra de sobrepeso e entrou em obesidade com quase sete anos. A mãe relaciona o aumento de peso com a saída da avó de perto, acha que Cláudio ficou mais ansioso.

A alimentação, na época da pesquisa, era feita de quatro em quatro horas. No café da manhã toma um copo de leite com achocolatado e algumas bolachas sem recheio. Na escola leva um suco e algumas bolachas. No almoço é oferecido arroz, caldo do feijão, uma carne, filé de frango ou peixe e alface, toma um copo de suco. À tarde costuma comer uma fatia de bolo sem recheio e um copo de leite com achocolatado ou suco natural. Na janta come um pão francês com margarina e um copo de leite.

Cláudio teve bruxismo com quatro anos de idade até aproximadamente os sete, a mãe procurou ajuda do pediatra e neurologista, mas não foi feito nenhum tratamento medicamentoso e, com o tempo, isto cessou.

Teve duas internações, a primeira com um ano e dois meses, pois teve hemorragia digestiva alta medicamentosa e úlcera gástrica, ficou internado duas semanas com acompanhamento da mãe. Com dois anos teve estomatite e não conseguia se alimentar, precisou ficar internado três dias.

Cláudio tem rinite alérgica e, se algo o assustasse, perdia o fôlego, mas isto deixou de ocorrer atualmente. Na época da pesquisa, se queixava de cefaléia esporádica. Foram feitos exames e nada foi detectado. A mãe acha que quando ele chora ou acontece alguma coisa na escola dá uma crise de cefaléia que precisa ir ao hospital para ser medicado. Às vezes também tem dor de barriga e a mãe relaciona a algo que o deixa nervoso ou ansioso.

Cláudio entrou com cinco anos na escola, nunca chorou para ir, mas, às vezes, perguntava se a mãe estaria lá quando saísse. Nesta época, já começaram os problemas na escola por estar acima do peso, pois as crianças faziam chacotas a esse respeito. Cláudio sempre foi uma criança de fazer amizade fácil, mas por sofrer discriminações começou a se

isolar. É algo que a mãe sofre bastante e que também faz Cláudio sofrer, ele fala que não quer mais ir à escola, pede para a mãe mudá-lo.

Quanto ao histórico familiar, uma das irmãs da mãe é obesa, a avó materna também e uma de suas bisavós era obesa mórbida. Os irmãos do pai e avós paternos têm sobrepeso e, segundo a mãe, controlam a alimentação constantemente para evitar o ganho de peso.

3.1.2 – Análise dos dados

No Procedimento de Desenhos-Estórias, as atitudes básicas foram de aceitação nas unidades de produção 1, 4 e 5, de oposição nas 3 e 4 e de insegurança nas produções 2 e 3. Apenas na segunda houve identificação positiva.

Encontram-se como figuras significativas, outras figuras positivas nas cinco produções e outras figuras negativas nas 2, 3 e 4.

São predominantes os sentimentos derivados do instinto de vida, assim como, tendências construtivas e impulsos amorosos. Enquanto as ansiedades são, de maneira geral, tanto paranóides, quanto depressivas.

Em todas as unidades de produção houve identificação projetiva, além de utilizar como mecanismos de defesa a racionalização, deslocamento e idealização com maior freqüência.

Cláudio, no início do procedimento, fez um origami chamado Come-Come com quatro bocas. Foi observado sentimento de insegurança e ansiedade, pois utiliza, muitas vezes, o termo "né" (não é) como uma forma de pedir a aprovação da pesquisadora. Provavelmente, em sua fantasia, todos querem ficar com seus objetos bons, provocando um esvaziamento do ego, por isso, precisa de tantas bocas para poder se fortalecer.

A primeira unidade de produção é bastante colorida e apresenta idealização. Fala de uma natureza infinita, que nunca acabará, o que pode representar o desejo de não vivenciar perdas. A atitude básica é de aceitação, as figuras significativas são positivas, os sentimentos são derivados do instinto de vida e há impulsos amorosos e tendências construtivas. As ansiedades são depressivas.

Na segunda unidade de produção, Cláudio conta uma situação de sua vida, havendo identificação projetiva. Narra que jogaram fora algo que ele fez, desta forma, há insegurança, necessidades de suprir faltas básicas e sentimentos derivados do conflito que incluem o desejo de proteção e o medo de perdas, porém, a identificação é positiva, pois valoriza o que ele fez. Na história fala do Alaska em neve, o que poderia representar um congelamento das emoções,

em alguns momentos, esta defesa é utilizada pela dificuldade de lidar com a ansiedade depressiva. Ainda nesta produção, fala de uma natureza perfeita, utilizando idealização.

A terceira unidade apresenta grande carga emocional e se aprofunda mais nos aspectos internos da criança. Houve uma recusa inicial em desenhar cessada após incentivo para continuar. Parece que conforme vamos nos aproximando do núcleo dos conflitos ou entrando no mundo interno da criança, mais coisas destrutivas vão aparecendo (trovões, choques elétricos), até que tudo se paralisa e fica congelado (abafamento das emoções). E é preciso que as pessoas fiquem longe, pois podem ser destruídas ao aproximarem-se.

Porém, apesar dos objetos internos destrutivos, também há objetos bons (cores que aparecem no núcleo do planeta). Portanto, as atitudes básicas são de insegurança e oposição, os sentimentos derivados tanto do instinto de vida, quanto de morte e os impulsos são amorosos e destrutivos.

Na quarta unidade de produção, a idealização diminui e aparece a vida como ela é, a árvore que desenha, assim como as pessoas que fazem parte de sua vida podem morrer. As atitudes básicas são de aceitação, porém também de oposição, pois esta árvore, a qual deve estar identificado, não deixa com que outras árvores se aproximem, precisa de um grande espaço para colocar sua base, raiz. Isto, provavelmente, reflete a situação de *bullying* que sofre na escola, que o leva a se isolar, bem como na vida em geral. Os sentimentos são derivados do instinto de vida e de morte e há tendências construtivas e destrutivas. As ansiedades predominantes são paranóides. Como na produção anterior, evita a aproximação, talvez na tentativa de proteger os objetos de seus impulsos agressivos.

Em relação à quinta unidade de produção, no qual faz uma gota de água e diz que só 2% da água do planeta pode ser consumida, pode-se pensar a água como representativo do leite da mãe e que Cláudio só conseguia dar duas mamadas e dormia. Porém, a história traz a água como algo bom e que deve ser preservado, desta forma, a atitude básica é de aceitação. Os sentimentos são derivados do instinto de vida: *"E também a água a gente precisa muito né pra hidratar o nosso corpo, sem água a gente não vive."* As tendências são construtivas e os impulsos amorosos. Os principais mecanismos de defesa são a racionalização e identificação projetiva; as ansiedades são depressivas.

Quanto aos aspectos formais dos desenhos, em sua maioria, apresentaram tamanho grande e alguns traços trêmulos. Diante destes elementos, pode-se interpretar sentimento de expansão e agressão ou insegurança e sentimento de inadequação.

No CAT-A, a criança apresentou predominantemente como atitude básica o sentimento de insegurança, apesar de também serem observadas as atitudes de oposição e aceitação. Houve identificação positiva nas pranchas 1, 2 e 8 e negativa nas pranchas 5 e 9.

Quanto às figuras significativas houve prevalência da figura materna positiva e fraterna positiva.

Os sentimentos expressos foram, em maior parte, derivados do instinto de vida, contudo, observam-se sentimentos derivados do instinto de morte e derivados do conflito em algumas pranchas.

Houve, em todas as pranchas no item tendências e desejos, necessidades de suprir faltas básicas.

Os impulsos amorosos prevalecem, porém, coexistindo com os impulsos destrutivos.

Foi observado, em algumas pranchas, negação maníaca, idealização, cisão e deslocamento. Em sua maior parte, as ansiedades foram paranóides.

A primeira história conta com uma situação idealizada, em que há voracidade - *"eles estavam gritando, pedindo comida com fome...."* e desejo de gratificação oral, que, ao final é saciado: *"... e aí a mãe deles colocou a comida pra eles e aí depois que eles comeram ficaram felizes"*. Os pintinhos têm como atitude básica a insegurança e necessidades orais que devem ser supridas. Há o impulso amoroso da mãe que lhes dá comida, sendo esta uma figura positiva. A necessidade de gratificação oral e imediata pode ser considerada como uma regressão a estágios primitivos.

A prancha 2 é a história de três irmãos que vão brincar de cabo de guerra e acabam quebrando a corda que era da mãe, ao final, há reparação quando os irmãos resolvem comprar uma corda mais bonita para a mãe. Assim, há identificação positiva, pois os irmãos procuram reparar o estrago que fizeram, a figura materna é positiva, os sentimentos são derivados do conflito e há necessidades de suprir faltas básicas e tendências construtivas. As ansiedades são depressivas.

Na prancha 3 aparece a inveja e a voracidade, na qual, o ratinho quer roubar as coisas do leão e, mesmo sendo pequeno, consegue se multiplicar e pegar tudo do leão, porém aparecem os crocodilos que devoraram todos os ratinhos, só deixando um que procria. Apesar das mortes, o leão escapou e uma família de ratos também, indicando a dificuldade de lidar com a perda, tendo que tornar a vida infinita através dos filhos. Assim, há atitudes de oposição e insegurança, necessidades de suprir faltas básicas e tendências destrutivas, sendo os impulsos tanto amorosos, quanto destrutivos. Os principais mecanismos de defesa são a negação maníaca e a cisão.

A prancha 4 consiste em uma história na qual a mãe leva as crianças à escola, porém chegam atrasadas e tem que voltar para casa. No outro dia, vão até a escola e percebem que estão de férias. Nesta história, a atitude básica é de aceitação – liberdade e de oposição representada pela hostilidade em relação à escola. Há sentimentos derivados do instinto de vida e do instinto de morte, assim como, os impulsos são amorosos e destrutivos e as ansiedades paranóides. Nesta prancha, nota-se a situação escolar como negativa e tentativa de fuga desta, provavelmente, representando o *bullying* sofrido e a dificuldade de lidar com esta situação.

Na prancha 5, no início, há dificuldade de ver a figura e, quando vê, fala de apenas um urso no berço. Conta a história de um ursinho com medo de ver algo perigoso, porém Cláudio muda o tema da prancha para uma situação alimentar. Na história, sonho e realidade se confundem, há uma tentativa de saciar a fome, porém não ocorre esta saciedade. Esta prancha deve ter suscitado sentimentos muito difíceis de lidar, por isso, intercala o sonho com a realidade. É uma das poucas pranchas que se vê sozinho, sem a representação do irmão gêmeo, apesar de na figura haver outro urso no berço. A atitude básica é de insegurança e a identificação é negativa, pois fala de um ursinho medroso e que não consegue satisfazer suas necessidades ao final. Nesta prancha, aparecem as figuras materna e paterna como negativas, pois não podem conter sua angústia. Há necessidades orais e desejos de proteção; os impulsos são amorosos e destrutivos. Nos mecanismos de defesa identificam-se a negação e o deslocamento, pois o medo do início da história é substituído por uma situação alimentar.

Na prancha 6 observa-se como o alimento se transforma de bom em mau, a criança diz: "*... e o ursinho acordou com alegria e aí eles comeram mais um pouquinho de mel, aí no dia seguinte mais um pouquinho, no outro dia mais um pouquinho, aí teve uma hora que estava acabando e as abelhas sumindo, só que aí veio mais abelhas que deixaram a caverna toda cheia de mel e aí a caverna estava tão cheia que não dava nem pra entrar, aí a caverna estava tão cheia, cheia de mel. Tinha tanto mel que não dava pra ver nem nada"*. Percebe-se voracidade e muito exagero, mas o alimento que era bom e servia para satisfazer os personagens, depois é visto como algo ruim, traiçoeiro. Assim, há insegurança pela necessidade de ajuda e oposição representada pelas abelhas traiçoeiras. Os sentimentos são derivados do instinto de vida e de morte e há necessidades orais e tendências destrutivas projetadas nas abelhas. Os impulsos são amorosos e destrutivos e as ansiedades paranóides.

Em seguida, na prancha 7, aparece conflito entre o instinto de vida – preservação da espécie e instinto de morte – animais devorados, esta dualidade faz pensar também nos dois destinos da pulsão ao comer – comemos para nos alimentar e continuarmos vivos, mas

devoramos e destruímos o alimento, o que implica agressividade. Assim, também são encontrados traços como oposição e insegurança; necessidades de suprir faltas básicas, tendências destrutivas e impulsos amorosos e destrutivos.

A história contada na prancha 8 começa com uma situação familiar, a avó aparece como figura negativa, alguém que fica fofocando, mas há ambivalência, pois no título fala de quatro melhores macacos. Há destruição na história, aparece o medo de sofrer danos físicos e a ansiedade é paranóide, porém o macaco filho, o qual parece estar identificado encontra sozinho uma solução para o problema, havendo identificação positiva.

Na prancha 9, o ambiente se apresenta como hostil, a mãe como figura negativa e punitiva. Há necessidade de cuidado e proteção que não são alcançados. Deste modo, demonstra tema relativo à solidão e não satisfação das necessidades. Há insegurança e necessidades de suprir faltas básicas, o personagem principal adoece, havendo identificação negativa. Os sentimentos são derivados do conflito, há culpa e sentimento de desproteção e as ansiedades são paranóides e depressivas.

Na última prancha conta a história de duas cachorrinhas, uma bagunceira e a outra não. Parece haver cisão, na medida em que se identifica com as duas cachorrinhas, uma que seria seu lado mais livre e outra que seria o reprimido.

Em algumas unidades de produção no D-E e algumas histórias do CAT-A aparece o desejo de que seu irmão gêmeo tivesse sobrevivido, uma de suas maiores perdas. Pode-se citar a unidade de produção 2, na qual fala que fez um trenó para três pessoas (ele, a irmã e o irmão gêmeo); a unidade 3 fala de planetas gêmeos; na prancha 1 do CAT-A dá o título da história como “os três irmãos mais felizes do mundo”; na prancha 2 também conta a história de três irmãos; na prancha 3 fala que o ratinho tinha um irmão gêmeo; além das histórias nas pranchas 3 e 7 que os animais têm muitos filhotes e se multiplicam.

3.2 - Participante 2: Luana, 10 anos, 46 kg e 1,40 m, obesidade.
Mãe: 37 anos, gerente comercial de banco, eutrófica.
Pai: 39 anos, sonoplasta, obeso.

3.2.1 – História de Vida

Luana é a primeira filha do casal e não planejam ter mais filhos.

A gravidez não foi planejada, a mãe diz que se assustou com a idéia, mas logo ficou muito feliz. Foi uma criança muito desejada pela família. A mãe não teve problemas de saúde

nesta época, nem enjôos ou mal estar. Estava casada há dois anos e pai gostou muito da gravidez, neste período, a mãe diz que a relação com o pai estava ótima.

Nasceu de cesárea com 3,480 kg e 47,5 cm. No parto, pela forma como foi tirada, trincou a clavícula, mas não precisou de internação e foi para casa junto da mãe. A mãe acha que sentia dores e precisava tomar cuidado no contato físico para não machucá-la, mas logo se recuperou.

Luana mamou no seio até dois anos e três meses. Para fazer o desmame, segundo a mãe, foi traumático para a criança e para ela mesma. Nesta época, a mãe trabalhava e estudava e a criança queria mamar a noite inteira. A mãe iniciou um tratamento de mesoterapia e deu crise de diarréia (sic.) em Luana, tendo que cortar radicalmente a amamentação no seio. A mãe disse que falava para a filha como se o seio estivesse machucado para que ela não pedisse mais. Ainda assim, ela chorava e pedia pelo seio. Segundo a mãe, foi muito complicado e traumático, pois ela adorava mamar. A mãe se sentiu culpada, mesmo achando que era o momento de fazer o desmame, pois ficava o dia inteiro fora e a amamentação era uma maneira de ficar junto com a filha. Logo que a mãe chegava a casa, Luana já pedia o seio. A mãe introduziu mamadeira logo após o desmame, mas disse que a criança não sentia o mesmo prazer de quando mamava no seio. Usou mamadeira durante mais um ano e alguns meses e não teve dificuldade em parar.

Para mamar no seio, a mãe diz que era como uma compulsão, insaciável, ela queria mamar, mamar, mamar (sic.). Com 20 dias de nascida até os quatro meses, a criança tinha muita cólica, a mãe acha que, nesta época, o bebê criou uma dependência do mamar, sugar, pois era o que lhe dava conforto nos momentos de dor. A mãe relata que a filha chorava muito e foi um período muito sofrido, a mãe ficou muito esgotada, não dormia direito, foi traumático para ela e este é um dos motivos que não pensou em ter um segundo filho. No quarto mês, a cólica passou, mas a amamentação continuou da mesma forma.

Quando a criança tinha nove meses, a mãe começou a trabalhar fora e com um ano e meio começou a fazer faculdade também, então passava um longo tempo longe de Luana, ficando mais de 12 horas fora de casa. Quando chegava a casa, a criança queria ficar grudada a mãe, o que conseguia pela amamentação. Nesta época, a criança começou a ficar com a avó materna.

A papinha foi introduzida com quatro meses e a aceitação foi excelente segundo a mãe, sempre comeu bem, não houve rejeição. A comida sólida foi introduzida com nove meses e a aceitação também foi boa.

Na infância, desde bebê, teve crises de rinite e sinusite, fez muitos tratamentos e tomou muitos medicamentos. Com dois anos e meio operou da adenóide, pois tinha 85% de comprometimento da respiração, esta intervenção ocorreu logo após o desmame. Aos quatro anos operou novamente, pois havia 70% de comprometimento. Nas duas cirurgias ficou internada dois dias e os pais a acompanharam. A alergia atualmente encontra-se estabilizada, mas no período em que entrou na escola era freqüente.

A mãe diz que a criança sempre foi "gordinha" e com ano e meio para dois ela emagreceu um pouco, mas nunca foi magra. A mãe não sabe exatamente quando começou a engordar, mas acha que foi por volta dos quatro anos.

Na escola entrou com quatro anos e a mãe acha que foi o primeiro momento traumático que viveu e pode ter começado a desencadear o ganho de peso. No primeiro dia de aula, a criança chorou bastante e a mãe também chorou. Luana reclamava muito, chorava muito e dizia que queria mudar de escola. A mãe achou que era uma fase de adaptação, mas depois descobriu que era isolada das demais crianças por chorar muito. Também ocorreu que a escola forçava a criança a comer até ela vomitar, a escola não a deixava sair da mesa até que comesse tudo e era sempre a última a sair. A comida era a oferecida pela escola e as crianças eram servidas por uma funcionária. A mãe se sentiu culpada por não identificar o problema na época.

Com cinco anos mudou de escola e quando começou chorava também, mas logo foi melhorando, porém aconteceu um fato marcante. Um dia a avó paterna não foi buscá-la, achando que a outra avó iria. Ficou aproximadamente uma hora esperando na escola com a professora, tentaram o contato em casa, mas não havia ninguém e a professora acabou levando-a a casa da avó. Isto, segundo a mãe, trouxe muitos problemas, pois Luana sempre foi uma criança insegura e, com isto, piorou. Começaram a ocorrer sintomas como olhar o tempo todo preocupada para o relógio, não ir a festas na casa de amigas sozinha, ficar ansiosa quando algum estabelecimento comercial está fechando com medo de ficar presa lá e falar muitas vezes o horário de buscá-la em algum local.

A mãe acha que Luana começou a entrar em obesidade dos seis anos em diante, mas não soube responder com precisão. Nesta época, os pais fecharam contrato com a cantina da escola e quando passava dos limites (sic.), a própria funcionária da cantina fazia o controle sob orientação dos pais.

A rotina alimentar da criança é a seguinte: no café da manhã toma um copo de leite com achocolatado e açúcar, depois o lanche da manhã é feito na escola – suco ou achocolatado, um salgado e um chocolate pequeno; no almoço está na casa do padrasto do

pai, com a tia ou avó materna, então a mãe não tem controle do que come e não soube dizer o cardápio; a tarde faz um lanche com pão francês e frios com leite e café e, na janta, a família não tem o hábito de comer comida, então é feito um lanche, por exemplo, pão com ovo, omelete, hambúrguer, pão de cereais com frios ou sopas expressas.

A mãe percebe que Luana quer comer o tempo todo, mas gosta de comer alguma coisa direcionada ao chocolate.

A criança é muito ansiosa para comer. Esta ansiedade para comer nem sempre foi assim, mas a mãe não sabe ao certo quando começou, acha que desde os seus sete anos.

Em fevereiro de 2011 fez três anos que avó paterna faleceu e a mãe acha que Luana sentiu bastante, mas não colocou para fora (sic.), não chorou, às vezes, diz que sente saudade da avó. A avó era professora e a ensinou ler, escrever e sempre contava histórias.

Luana, com aproximadamente cinco anos, descobriu que o pai cresceu sem ter contato com seu avô, depois soube que ele faleceu e não aceitava o fato de falecer sem ela tê-lo conhecido, apesar de considerar o padrasto do pai como seu avô. Andava com fotos antigas do avô e só falava disso, dormia com foto embaixo do travesseiro, fazia muitas perguntas e chorava.

Em relação ao sono, é agitada, tem bruxismo e mãe acha que ocorre quando o dia é mais agitado. Tem épocas que ela dorme bem no quarto dela e outras que quer ficar com a mãe.

Até os quatro anos dormia na cama dos pais, depois foi para uma cama no quarto dos pais, com aproximadamente sete anos começou a dormir em seu quarto.

Quanto aos antecedentes familiares, os parentes por parte do pai – avó e tias têm obesidade, inclusive o pai. E todos que faleceram foram de problemas cardíacos.

3.2.2 – Análise dos dados

No Procedimento de Desenhos-Estórias, em atitudes básicas, observa-se insegurança nas unidades de produção 2, 3, 4 e 5 e identificação negativa nas 3, 4 e 5. Houve identificação positiva apenas na unidade de produção 2 e aceitação na 1. A atitude de oposição foi encontrada nas produções 1 e 2.

Quanto às figuras significativas, ocorreram com maior freqüência as outras figuras negativas, apesar de nas produções 1, 2, 3 e 4 aparecerem outras figuras positivas juntamente.

Em relação aos sentimentos expressos, foram mais freqüentes os sentimentos derivados do conflito e em tendências e desejos, as necessidades de suprir faltas básicas.

Os impulsos amorosos e destrutivos aparecem na mesma quantidade, porém os destrutivos são projetados em outros personagens que não o herói das histórias.

As ansiedades paranóides ocorreram em quatro unidades de produção e as depressivas foram observadas em todas.

Os principais mecanismos de defesa utilizados foram a racionalização e cisão. Nas unidades de produção 1, 2 e 4 houve identificação projetiva.

No início do Procedimento de Desenhos-Estórias, Luana fala de um de seus medos relatando a situação de quando ficou esperando alguém ir buscá-la na escola, mas ninguém apareceu por uma falha de comunicação entre as avós. Conta como se sente diferente dos demais por ser mais nova do que as meninas de sua sala de aula e diz sobre já ter ido ao psicólogo, inclusive, falando que por estes motivos gostaria de novamente fazer terapia. Mostra-se disposta a colaborar com a pesquisadora, apesar de uma pequena insegurança, quando antes de desenhar diz que não é muito boa em desenhos.

A primeira unidade de produção conta a história de um mundo idealizado que foi destruído, porém, houve consciência desta destruição e foram tomadas medidas para recuperá-lo. Neste caso, a oposição é representada pelos homens que destroem a natureza e a aceitação seria a recuperação. As figuras significativas são positivas e negativas e os sentimentos expressos são derivados do conflito, há culpa pela destruição. Existem tendências destrutivas e construtivas, assim como, impulsos amorosos e destrutivos. As ansiedades são paranóides e depressivas.

Na segunda unidade, aparece um conflito atual da criança que é a rejeição que sofre de outras crianças, talvez representando o *bullying* sofrido. Ao final da história, o conflito é resolvido. Há oposição projetada na figura da amiga que a rejeita e insegurança de Luana, havendo necessidade de ajuda. A personagem principal encontra uma solução satisfatória para seu problema, deste modo, há identificação positiva. As figuras significativas são positivas e negativas e os sentimentos expressos são derivados do instinto de morte, do instinto de vida e, ainda, do conflito. Há necessidades de suprir faltas básicas e impulsos amorosos e destrutivos. As ansiedades são paranóides e depressivas.

Por outro lado, também se pode pensar que a amiga que gostaria de ter na história, seria representativo da figura materna e a ausência desta seria a falta do seio bom quando ela desejava. Ainda pode haver a fantasia de que a ausência da mãe seria porque ela estava com outras pessoas mais agradáveis (as amigas da amiga na história), como no trecho a seguir "... *quando estava só ela, só ela e a Gabriela, ela era muito legal. Quando estavam as outras amigas, ela ignorava*". Daí pode-se apontar a voracidade, quando, como contado pela mãe na

entrevista, queria um seio inexaurível, só para ela e, este seio era dado, na fantasia da criança, quando a mãe queria e não quando Luana o desejava.

Na unidade de produção 3, logo no início, Luana faz um coração e depois diz que não sabe por que o desenhou, aí verificamos negação. A criança traz dois personagens principais, um que é discriminado e outro que discrimina. Provavelmente, Luana está identificada com os dois personagens – o agressor e o agredido – há acentuada agressividade com tentativa de reparação para não sentir culpa. As atitudes básicas são de insegurança e identificação negativa, pois o personagem principal sofre um acidente, fica paraplégico e tem medo do abandono. O amigo o exclui, assim, há sentimentos derivados do instinto de morte e tendências destrutivas, mas, ao final, os dois se entendem, então se encontram também impulsos amorosos e sentimentos derivados do instinto de vida. Há cisão, os aspectos maus ficam projetados no amigo e os bons no personagem principal.

Na quarta unidade de produção, é recorrente o tema de discriminação, sentimento de exclusão e de ser diferente dos demais. Aparecem os impulsos destrutivos que sente que são voltados a ela, porém ao final, há uma reparação do pai e das colegas, sendo estas figuras positivas e negativas.

Na última, diferente das produções anteriores, não há um final feliz, apesar do vilão ser punido. Conta a história do holocausto, história de guerra e destruição. Usa os dois lados da folha, deixando separado o bom do mau. Esta história representa quanto precisa manter separado os objetos bons dos maus e o quanto se sente desamparada, o que é reforçado pela sua história de vida com doenças, tristezas e perdas. Há insegurança, identificação negativa e necessidades de suprir faltas básicas quando fala de todo medo e desproteção que a personagem Anne vivenciou. As tendências e impulsos destrutivos são projetados no vilão. Ao final, ninguém fica vivo – sentimentos derivados do instinto de morte.

Em relação aos aspectos formais dos desenhos, todos os personagens que aparecem, não têm pés, o que demonstra sua dificuldade de contato com a realidade ou falta de autonomia. Também as mãos não são desenhadas, o que pode significar problemas de contato ou de adaptação social com possível sentimento de culpa. As figuras humanas desenhadas e que a criança se identifica apresentam a boca para baixo, o que é indicativo de depressão. Os desenhos em geral são médios, porém utilizam quase todos os quadrantes da folha.

Quanto ao CAT-A, diferente do D-E, foi prevalente a identificação positiva, observada nas pranchas 1, 3, 4, 7, 9 e 10 e a aceitação presente em oito pranchas. Entretanto, também foi notado em várias pranchas a insegurança. O que pode ser justificado pelo uso da idealização e negação maníaca ou onipotente como mecanismos de defesa.

Apesar da prevalência de identificação positiva e aceitação, por outro lado, são freqüentes as outras figuras negativas. Há mais figura materna positiva do que negativa e a figura paterna negativa é a mais freqüente. Como no D-E, projeta o mau em outras figuras que não o herói da história.

Quanto aos sentimentos expressos, os derivados do conflito aparecem nas pranchas 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9 e 10. Os derivados do instinto de morte aparecem em oito das 10 pranchas, algumas pranchas, 1, 4, 5, 6 e 7 apresentam os dois sentimentos ao mesmo tempo. Os sentimentos derivados do instinto de vida estão presentes em quatro pranchas.

As tendências e desejos mais freqüentes são as necessidades de suprir faltas básicas (pranchas 1, 4, 5, 6, 7, 9, 10) e as tendências destrutivas. Porém, as tendências construtivas também são observadas em seis pranchas.

Ocorreram impulsos amorosos em todas as pranchas e impulsos destrutivos em oito delas.

As ansiedades foram paranóides e depressivas nas pranchas 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9 e 10.

Os principais mecanismos de defesa utilizados foram a racionalização, idealização e negação maníaca ou onipotente.

Na primeira prancha do CAT-A, há desejo de gratificação oral que não é plenamente satisfeito, porém os pintinhos encontram uma forma de solucionar o problema, havendo identificação positiva. No início da história, há insegurança, necessidades de suprir faltas básicas e sentimentos derivados do conflito. A dona do galinheiro mata a mãe galinha - tendências destrutivas. Mas, ao final, há prevalência das tendências construtivas.

A história desta prancha pode também ser associada à situação de desmame, uma vez que a mãe disse que o seio estava machucado e não poderia mais amamentá-la, passando uma visão para a filha de um seio doente. Percebe-se que foi um momento difícil, porém Luana procura se adaptar a situação e correr atrás de sua independência: *"Eles podiam comer, mas também ser livres... podiam fazer o que eles quisessem"*.

Na prancha 2 aparece claramente a cisão: *"Era uma vez uma floresta que estava em guerra. Metade desta floresta ficava com os rios e as árvores e a outra metade com as outras plantações e também um pedaço do rio. Porém, um dia, uma menina estava pulando corda na floresta, quando a mãe dela chamou, ela saiu correndo, esqueceu a corda na metade desta floresta. Na metade que ficava metade dos ursos quis pegá-la, pois o filho de um deles achou legal. A outra metade que também tinha ursos também quis, pois era uma coisa interessante"*. Ao final, o conflito é solucionado, porém, parece que Luana ao falar da floresta, está falando de seu mundo interno cindido e de seus conflitos que, na história, são

representados pelos ursos. Na história há tanto aceitação, quanto oposição, assim como, a dualidade entre tendências destrutivas e construtivas, impulsos amorosos e destrutivos.

A prancha 3 conta a história de um leão que não respeitava a opinião de ninguém e foi destituído de seu trono, sendo o ratinho eleito em seu lugar, o ratinho não deixa expulsarem o leão da floresta e percebe que a liderança o deixava "chato" (sic.). Ao final da história, todos ficam em harmonia. Como em outras pranchas, há traços opostos como oposição e aceitação, impulsos amorosos e destrutivos, sentimentos derivados do instinto de morte e de vida e tendências destrutivas e construtivas. Esta prancha pode também representar uma tentativa de independência da criança em relação aos pais (leão como figura de autoridade), colocando suas opiniões e desejos. Por outro lado, a criança projeta no leão a destrutividade, que seria também uma parte de si mesma.

Na prancha 4 observa-se conflito entre dependência e independência. Os animais maiores querendo tomar a floresta dos menores e estes lutando por justiça, como visto neste trecho : *"...a floresta ia ser invadida pelos maiores e eles pensavam que não era assim, que tinha que ser dos dois e eles ficavam tristes também porque só porque é menor, tem que ser direito dos dois porque não importa o que você é por fora, importa o que você é por dentro"*. Nesta prancha, a figura materna é positiva e há outras figuras negativas. Ao final, prevalecem as tendências construtivas e os impulsos amorosos. As principais defesas utilizadas foram a negação maníaca e racionalização.

A prancha 5 conta com negação de uma das figuras do berço, só vê um personagem, porém introduz outros que não estão na figura. É uma história de destruição e morte. Demonstra sua angústia de aniquilamento e é intenso o nível de agressividade, possivelmente, devido à ansiedade persecutória. Desta forma, a identificação é negativa e as figuras paterna e materna também, pois não conseguem fazer nada que salve a família.

A prancha 6 traz o tema da alimentação, na qual há necessidade de gratificação oral que não é alcançada, levando a destruição total – morte. Nem mesmo um urso sábio é capaz de salvar a família da morte. Esta prancha pode representar as situações de desamparo vividas durante seu desenvolvimento – perda de pessoas queridas, desmame e, novamente, fantasias de aniquilamento pela falta do seio. A atitude básica é de insegurança, há sentimento de desproteção, medo da perda e necessidades orais que devem ser supridas. Os homens desmatam a floresta e os ursos acabam morrendo. Quanto à figura dos homens, há oposição, tendências e impulsos destrutivos. Os ursos representam a bondade, desta forma, ocorre cisão entre os homens maus e os ursos bons.

Na prancha 7 há o conflito entre impulso agressivo e controle deste impulso, havendo ao final o controle. Diante desta parte da história: *"O macaco acabou se cortando e o leão não agüentou, correu atrás dele pra... pra devorá-lo. O macaco correu de árvore em árvore, mas o leão era mais rápido, mais veloz e saltava mais alto",* pode-se analisar a pulsão de morte, voracidade e agressividade da criança projetada no leão e o medo de que isto venha à tona, precisando controlar estes impulsos. Porém, há também os impulsos amorosos e tendências construtivas, quando controla seu desejo e evita danos ao macaco.

Na prancha 8, frente a uma situação que remete a algum tema relacionado à família, a criança apresenta só relações e figuras positivas, o ambiente é positivo, há pessoas em interação e os impulsos são construtivos. Talvez o que gostaria que acontecesse em suas relações familiares. Por outro lado, nega as situações de conflito. Os principais mecanismos de defesa são a idealização e a negação maníaca.

Na prancha 9, conta a história de um coelhinho que tem medo de dormir sozinho e a mãe, por algum tempo, dorme no mesmo quarto que ele. Por fim, o coelhinho supera o seu medo e fica muito feliz, portanto, apesar de haver insegurança e necessidades de suprir faltas básicas, a identificação é positiva, assim como, a figura materna que o ajuda a superar o medo.

Ainda referente à prancha 9, pode-se pensar pelo tempo de reação, que deve ter mobilizado bastante a criança, principalmente porque o tema central (abandono, solidão) é justamente a queixa trazida pela própria criança e pela mãe.

A prancha 10 traz uma cachorrinha bagunceira e uma mãe que tenta controlar a filha, porém a mãe morre pela idade e, a partir daí, a filha aprende a lição. Introduz novos personagens como o marido da cachorrinha e seus filhotes e parece haver reparação da relação da cachorrinha com a mãe realizada através do cuidado com seus próprios filhotes. Como em outras pranchas, há outras figuras negativas e atitudes de oposição e insegurança. A figura materna é positiva, mas morre na história. A identificação é positiva, pois a filha aprende e tenta passar os ensinamentos da mãe aos seus filhotes. As ansiedades são paranóides e depressivas.

De maneira geral, em muitas histórias existe competição entre personagens e há tendência a projetar os impulsos agressivos e hostis em outros personagens que não o herói da história. Isto indica conflito entre instinto de vida e de morte e cisão.

Temas recorrentes de florestas e natureza, principalmente no D-E podem representar os conteúdos de seu inconsciente e, apesar de haver um final feliz na maioria, sempre há destruição.

Também muitas histórias tratam do tema de respeito aos outros que reflete o seu desejo de ser respeitada.

3.3 - Participante 3: Graziela, 10 anos, 59 kg e 1,47 m, obesidade.

Mãe: 43 anos, atendente em enfermagem, eutrófica.

Pai (falecido): 64 anos, motorista de ambulância, obeso.

Irmã: 4 anos, eutrófica.

Irmã (por parte de pai): 34 anos, eutrófica.

Irmã (por parte de pai): 28 anos, obesa.

3.3.1 - História de vida

Quando a mãe engravidou estava morando com o pai há três anos. Foi uma criança planejada e muito desejada.

A mãe demorou a engravidar e fez tratamento para isto, foi quando parou com o tratamento e começou a fazer outros planos como voltar a estudar que ficou grávida.

Quando soube do sexo do bebê, a mãe ficou contente, o pai sempre quis ter um menino. Durante a gravidez, teve muitos vômitos até o bebê nascer. Também sofreu estresse no trabalho, tinha relacionamento ruim com chefe. Diz que, em casa, o pai colaborava muito com ela. A mãe não teve nenhum outro problema de saúde durante a gestação e trabalhou até um dia antes do parto. Engordou 10 quilos neste período.

Graziela nasceu com 3,500 kg e 47 cm. O parto foi cesárea. A criança nasceu com mecônio e, assim que foi feito o parto, o médico relatou que o bebê estava em sofrimento fetal. Graziela foi embora do hospital com a mãe três dias após o parto, não ficou em estufa.

Após o parto, a mãe disse que teve muitas dores. Uma amiga da mãe que retirou os pontos, porém de maneira incorreta, com isso, inflamou a região e só foi possível o médico retirar os pontos que ficaram seis meses depois, quando uma pontinha da linha foi expulsa pelo organismo (sic.).

Graziela andou com um ano e não engatinhou, a mãe diz que foi por ter usado o andador, não queria que ficasse no chão frio, pois poderia adoecer. Sempre muito doente com crises de bronquite, refluxo, infecção de ouvido, garganta e adenóide com quase 80% de obstrução do nariz.

Com dois anos fez uma cirurgia que retirou a amígdala, colocou um tubo no ouvido e operou a adenóide. Isto causou um prejuízo na audição. O médico comentou que a cirurgia era

necessária, pois corria o risco de ter edema de glote. Antes da cirurgia chorou bastante, pois não queria entrar no centro cirúrgico.

Foi amamentada logo que nasceu e houve o desmame com dois anos quando a mãe ofereceu o seio e a criança disse que não queria, a mãe ainda insistiu, mas a criança não aceitou. Para a mãe foi um choque (sic.), pois não esperava esta reação.

A mãe diz que nunca foi uma criança tranqüila para mamar até porque quando estava com quatro meses teve refluxo, muitas infecções, peito chiava e teve muitas cólicas, então era muito chorona. Segundo a mãe, deu muito trabalho e isto era um dos motivos de não desejar ter outra filha. A criança era muito irritada, agitada e mãe acabava fazendo o que ela queria para não ouvir os choros.

A amamentação era feita de três em três horas e a mãe relata que a criança chorava antes deste período, possivelmente, por querer mamar e a mãe oferecia seio. A mãe diz que no começo, para amamentar, foi muito doloroso por aproximadamente uma semana, mas nunca deixou de amamentá-la por conta de sua dor.

Graziela usou chupeta desde bebê até aproximadamente cinco anos. A mãe disse que já estava com a dentição torta e que não conseguia retirar, então usou a estratégia do choque (sic.). Foram ao consultório médico e havia uma mulher com um aparelho que ocupava toda a região da face, Graziela perguntou para a mãe porque a mulher usava este aparelho e a mãe disse que era porque usou muita chupeta, então a criança pegou a chupeta da bolsa da mãe e jogou no lixo no próprio consultório e nunca mais pediu. A mãe disse que por mais que ela sofreu com a perda, ela se adaptou, não pediu mais.

Quando estava com seis anos, a mãe teve a outra filha e Graziela teve rejeição muito grande (sic.). Quando contou que estava grávida, a criança não acreditou, achou que a mãe estava brincando. Até o momento da entrevista, tinha muito ciúmes da irmã.

Graziela, com seis meses, passou a ficar na creche, pois a mãe voltou a trabalhar e diz que não teve dificuldade de alimentação. A criança não usou mamadeira e quando houve o desmame a mãe dava leite de manhã e a tarde, no copo.

Com quatro meses a mãe começou a oferecer papinha e sopa, aceitou bem, gostava muito e nunca apresentou resistência. A comida sólida também foi aceita com facilidade.

Hoje em dia, não gosta de alguns alimentos como jiló, carne com gordura e coisas cozidas, como exemplo, carne cozida com legumes.

A rotina alimentar da criança é a seguinte: no café da manhã toma café com leite, come um pão francês, normalmente com uma fatia de frios, pois não gosta de manteiga; depois almoça arroz, feijão, salada cozida, alface e uma carne, tem preferência por frango e

frituras; na escola come, algumas vezes, o lanche da tarde que é servido lá, volta para casa, come um pão com frios com um copo de leite com café e a noite janta, normalmente, o mesmo cardápio do almoço. A mãe diz que evita fazer alimentos encharcados no óleo e que, normalmente, faz grelhados.

Até o ano anterior ao da entrevista, a criança freqüentava uma escola integral, onde havia um cardápio balanceado e, a partir deste ano, mudou de escola e passou a estudar no período da tarde, então fica em casa sozinha no período da manhã. A mãe observa que, às vezes, come alguma coisa como um chocolate. A mãe costuma ligar para a criança do trabalho e dizer para comer uma fruta, mas ela não gosta muito. Por alguns dias até come, mas não é algo que se interessa.

Na escola, a criança conta para a mãe que tem colegas que a chamam de gorda. A mãe conta que a criança era gordinha quando bebê e que como tinha muitos problemas de saúde fez uso de corticóide desde seis meses até mais ou menos cinco anos. Tinha crises de bronquite que começaram logo após o retorno da mãe ao trabalho e muitas infecções de garganta. Após os cinco anos, a criança melhorou os aspectos relacionados à saúde.

Com cinco anos estava acima do peso por causa da medicação, depois dos sete até os oito anos estava com o peso adequado e novamente começou a engordar.

A mãe acha que mesmo mantendo uma alimentação balanceada, tem momentos de sua vida que adquire peso mediante os próprios conflitos. Identificou isto principalmente a partir de seus oito anos com dificuldades que começou a vivenciar neste período com o pai. Conta que o pai era 21 anos mais velho que ela, teve um relacionamento anterior que nasceram duas filhas, a mais velha com 34 anos e a mais nova com 28 anos.

Até a gravidez de Graziela, a mãe achava que estava tudo bem com o marido, mas começou a identificar uma predisposição ao alcoolismo.

Quando a criança estava com quatro anos, a mãe se separou do pai por conta do alcoolismo. Graziela não aceitou a separação e, segundo a mãe, o pai usou a criança para retomar o casamento. Ele ligava para a filha e dizia que queria voltar, que ia se matar, que ia morrer. Graziela cobrou muito da mãe para que voltasse com o pai. Após oito meses de separação, a mãe decidiu retomar o casamento. A mãe considerou o pedido da filha e achou que se algo acontecesse com o pai a filha a culparia.

Dos quatro aos sete anos da criança, o pai se recuperou do alcoolismo e costumava ser presente e carinhoso. Quando Graziela estava com seis anos, o pai teve um acidente vascular cerebral, ficou com seqüela e a mãe pediu afastamento do trabalho para cuidar do pai. Disse que ele voltou a andar em pouco tempo e logo depois disso ele foi freguês diário de um bar

(sic). A mãe fala que foi um período muito difícil, que as filhas mais velhas do pai começaram a cobrar porque ela não se separava dele.

A partir daí, o pai passou a ser uma pessoa agressiva, batia na mãe e tratava Graziela muito mal (sic.). A mãe acha que isto foi muito difícil para Graziela e ela pediu desculpas para a mãe, disse que ela não precisava passar por tudo aquilo e que a mãe só voltou com o pai porque ela pediu. Quando a criança estava com oito anos, o pai saiu de casa e foi para Santos com um irmão e depois a mãe descobriu que ele estava envolvido com tráfico de drogas.

Em maio de 2010, o pai casou com uma puta de zona (sic.) e registrou um filho dela, segundo a mãe, para prejudicar a pensão de suas filhas. Esta esposa foi algumas vezes na casa de Graziela porque achava que tinham posses e queria dividir. Disse que a atual esposa a perseguia e que a filha viu isto. A mãe tinha medo de que alguém pudesse entrar na casa dela e matá-la, pois, segundo ela, o ex-marido ficou transtornado (sic.), ele não tinha controle das atitudes dele quando bebia. A mãe comenta que a visão que Graziela tem do pai é horrível. E percebeu que nesta época, de 2008 a 2010, a filha engordou muito, mesmo sem alteração na alimentação.

Em julho de 2010, Graziela estava com nove anos, o pai faleceu, segundo a mãe, do próprio alcoolismo. A mãe ficou sabendo do falecimento do ex-marido no mesmo dia que ocorreu, mas não quis ir ao enterro, assim como suas filhas também não foram.

Quando a mãe contou para Graziela que o pai faleceu, a criança não chorou, não demonstrou que estava chateada e disse: “E daí eu não ia ver mais ele mesmo, o que me importa?” (sic.). A mãe acha que no fundo ela estava muito chateada e que não queria admitir que amava o pai.

Da época em que o pai adoeceu até os dias atuais, a mãe acha que Graziela vem engordando. Com oito anos a criança tinha menos de 40 kg.

A criança não faz nenhum tratamento para perda de peso e se recusa a ir a uma nutricionista, assim como se pesar.

Na época da entrevista, a criança havia mudado de escola e começou a ficar sozinha em casa na parte da manhã. Isto foi uma mudança muito grande, pois antes ia de transporte escolar e agora vai sozinha, a pé, para escola. Nos primeiros três, quatro dias, ligava muito para a mãe no trabalho no período em que estava sozinha. Também queria acordar junto com a mãe, agora dorme até mais tarde. Tinha medo de ficar sozinha em casa, medo de que algo ruim acontecesse. A mãe incentivou a ficar sozinha e conversou com vizinhos para ajudarem, caso necessário.

Hoje em dia, não gosta de usar roupas apertadas que modelem seu corpo, gosta de camiseta, calça de moletom e tênis.

A partir de 2007, quando o pai teve o AVC, a mãe o colocou para dormir em uma cama de solteiro em um quarto, então a mãe e as crianças passaram a dormir no mesmo quarto. Graziela dorme na cama de casal com a irmã e a mãe na cama de solteiro.

Em relação aos hábitos, a criança rói a unha, desde os quatro anos, segundo a mãe, após a primeira separação dos pais.

Quanto aos medos, desde pequenininha tem medo de espírito, acha que quem morreu pode vir perturbá-la. A mãe diz que nunca a levou a um velório e que a própria mãe não gosta de ir também.

A criança tem cefaléia esporádica e a mãe identifica que ocorre quando não quer fazer algo.

Graziela, segundo a mãe, nasceu alérgica a leite, poeira e corante. O pediatra indicou que não fosse retirado o leite. Com três anos teve uma urticária por conta de uma salsicha que comeu e foi cuidada em casa pela mãe.

Quanto aos antecedentes familiares, a avó materna, o pai, irmãs do pai e a filha de 28 anos por parte do pai são obesos.

O avô materno era alcoólatra, mas faz mais de 20 anos que se recuperou. Por parte do pai tem muitos casos de alcoolismo, como irmãos e um sobrinho.

3.3.2 - Análise dos dados

No Procedimento de Desenhos-Estórias as atitudes básicas mais freqüentes foram a de insegurança que ocorreram em todas as unidades de produção e de oposição nas unidades 1, 2 e 3. Não houve identificação positiva e a identificação negativa foi observada na produção 2.

Quanto às figuras significativas, foi preponderante a figura materna positiva que apareceu nas unidades de produção 2, 3, 4 e 5 e a figura fraterna e/ou outras figuras positivas nas 1, 3, 4 e 5.

Os sentimentos expressos foram derivados do instinto de vida, derivados do instinto de morte e derivados do conflito na mesma proporção.

Houve necessidade de suprir faltas básicas e tendências destrutivas em quatro das cinco unidades de produção. Apenas uma contou com tendências construtivas.

Os impulsos amorosos e destrutivos ocorreram quase na mesma quantidade, porém prevaleceram os amorosos que foram encontrados em todas as unidades de produção.

As ansiedades paranóides foram observadas nas produções 1, 2, 3 e 4 e nas unidades 2, 3, 4 e 5 também as depressivas.

Os principais mecanismos de defesa utilizados foram a cisão e negação maníaca ou onipotente.

Em todas as cinco unidades de produção houve identificação projetiva, conta sobre a sua vida, não podendo manter distância entre a tarefa e sua história.

Percebe-se a necessidade de falar para a pesquisadora de tudo que sofreu, porém, em alguns momentos, dá a impressão que não está só pedindo ajuda, mas que aquele espaço da pesquisa serviu como uma forma de evacuar todos os conteúdos, principalmente ruins, que estavam dentro dela.

A primeira unidade de produção, Graziela começa bastante insegura sem saber o que fazer e o que falar, tentando mostrar para a pesquisadora suas coisas boas (desenho que fez na escola e ganhou prêmio de destaque). Houve um impacto frente a uma situação nova. Na história, fala de um mundo idealizado, representando como gostaria que sua vida fosse, mas logo vem a destruição feita pelos homens. Deste modo, há atitudes de insegurança e oposição; figuras significativas positivas e negativas; tendências e desejos construtivos e destrutivos, assim como, sentimentos derivados do instinto de vida e de morte. As ansiedades são paranóides.

Na segunda unidade de produção, conta fatos de sua vida. Começa falando de dor, sofrimento e, em determinado momento, fica com muita raiva do pai e até ri: "*Ele deixou de usar o lado, peraí, acho que o esquerdo, a parte esquerda dele não funcionava mais, nem a perna, nem os braços, muito menos o cérebro né (riso). Se ele se jogou na cachaça assim eu acho que o cérebro também não funcionava muito bem*". Esta história é carregada de sentimentos e de situações dolorosas. Os impulsos em sua maioria são destrutivos, mas também há impulsos amorosos. Há insegurança, oposição e identificação negativa e os sentimentos expressos são derivados do conflito, derivados do instinto de morte e do instinto de vida. Os principais mecanismos de defesa utilizados foram a negação maníaca e identificação projetiva.

Na terceira unidade também conta sobre acontecimentos de sua vida. Traz o pai como figura negativa e a mãe como figura positiva, a figura fraterna é positiva e negativa. Desenha a casa atual e conta lembranças tristes que aconteceram com a família. Há impulsos e tendências amorosas e destrutivas e ansiedades paranóides e depressivas.

Nas unidades de produção 4 e 5, a criança expressa os impulsos amorosos com maior intensidade, dirigidos a animais que gosta.

Na quarta unidade, fala sobre seu cachorro e como fica triste quando a mãe diz que quer se livrar dele. Pode-se pensar também que ela pode ter a fantasia de que mãe não gosta dela, quer se livrar dela, assim como do cachorro. Aparece o medo do que a mãe pode fazer com o cachorro, a tristeza pela possibilidade de perdê-lo e pela hostilidade da mãe dirigida ao animal – ansiedades paranóide e depressiva. Surge a figura paterna como positiva, alguém que lhe deu algo que ela gosta muito. Os impulsos amorosos, necessidades de suprir faltas básicas e sentimentos derivados do conflito são da própria participante, enquanto as tendências e impulsos destrutivos são referentes à figura materna. Há um conflito entre proteção e desproteção, levando ao mecanismo de defesa cisão.

Na quinta unidade, Graziela expõe seu sofrimento ao vivenciar a morte de seus peixes. Há insegurança e sentimento derivados do conflito com necessidades de suprir faltas básicas. Os impulsos são amorosos e as ansiedades paranóides e depressivas.

O principal mecanismo de defesa utilizado em todo o procedimento foi a identificação projetiva e cisão, demonstrando a necessidade da criança de compartilhar situações de sua vida e a dificuldade de sair delas e imaginar histórias, até mesmo, de utilizar mecanismos de defesa menos regressivos como a sublimação, repressão, etc.

Em relação aos aspectos formais dos desenhos, a maioria utilizou a folha toda, sendo desenhos grandes que podem indicar tanto um sentimento de expansão, quanto agressão. Também apresenta traços reforçados e trêmulos, indicando insegurança e medo.

Apenas no primeiro desenho utilizou cores. Esta ausência de cores pode significar certa depressão ou controle da emotividade.

Quanto ao CAT-A, foi prevalente a atitude básica de insegurança, sendo identificada nas pranchas 3, 4, 6, 7, 8, 9 e 10. A atitude de aceitação ocorreu nas pranchas 1, 2, 5, 6, e 10. Não houve identificação positiva, mas identificação negativa nas pranchas 7 e 8.

Nas pranchas 4 e 9 a figura materna foi positiva e negativa. Nas pranchas 1, 5, 6, 7 e 10 a figura materna foi positiva, apenas na prancha 8, a figura materna foi negativa. Prevaleceu a figura paterna positiva. As figuras fraternas e/ou outras figuras negativas e positivas ocorreram na mesma freqüência.

Os sentimentos foram derivados do instinto de vida (pranchas 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10) e do instinto de morte (pranchas 2, 3, 4, 7, 8 e 9) em maior proporção. Assim como, as necessidades de suprir faltas básicas e tendências destrutivas se sobressaíram.

Os impulsos, em sua maior parte, foram amorosos, aparecendo em nove das dez pranchas.

As ansiedades paranóides foram observadas nas pranchas 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9 e as ansiedades depressivas ocorreram nas pranchas 6, 8, 9 e 10.

Os principais mecanismos de defesa utilizados foram a racionalização e negação maníaca ou onipotente. Nas pranchas 9 e 10 houve identificação projetiva.

Assim como no D-E, ocorreu um impacto frente a uma situação desconhecida. A criança fica em silêncio, após serem dadas as instruções. Na primeira prancha, não entra em contato com conflitos manifestos e apresenta uma situação idealizada. Diferente do D-E, parece manter a situação longe dela mesma.

Na prancha 2 parece que o impacto das instruções é amenizado, porém ainda demonstra dificuldade para falar de sentimentos. Conta a história de três ursos que estão brincando, ansiosos para ver quem vai ganhar, acha que quem perde fica triste. Há a atitude de oposição representada pela competição e a de aceitação que se refere à brincadeira. As figuras significativas são positivas. Há tendências construtivas e destrutivas, assim como, impulsos amorosos e destrutivos.

Na prancha 3 começa falando que adora leão, porém, logo diz: *"Só que esse daí tem uma carinha muito grande tem rosto de mandão e parece com um homem, leão não senta com a perna cruzada e o rosto dele parece mais de humano. É um leão mandão e bravo. Isso daqui é um cachimbo, né? Nunca vi um leão fumar cachimbo, primeira vez. E muito menos com bengala"*. Deprecia a imagem do leão que poderia ser o representante da figura paterna. Assim, há oposição e impulsos destrutivos.

Graziela fala de alguns sentimentos como o ratinho estar assustado, o leão ser mandão e bravo, porém os justifica utilizando a racionalização. Há insegurança em relação à figura do ratinho e sentimentos derivados do conflito. Em alguns momentos, apenas descreve uma situação, como quando a pesquisadora pergunta o que acontece depois na história e a criança diz que o leão vai trocar a perna que está cruzada. A ansiedade é paranóide e há cisão e deslocamento.

Na prancha 4 também há uma dificuldade de simbolizar e imaginar os animais de uma maneira diferente da habitual, a criança diz: *"Não é muito normal a gente ver um canguru sair com chapéu e bolsa, pulando por aí com cestinha, muito menos andando de bicicleta e um dentro da bolsa levando balão"*. Tenta manter a história distante dela e parece com raiva da pesquisadora por colocá-la naquela situação, isto identificado principalmente quando usa um tom irônico para responder uma pergunta feita.

Apesar da história não trazer conflitos manifestos, há uma possibilidade de interpretar que os dois filhotes parecem perdidos, sem saber para onde vão, o que só descobrem ao final

da história. Em alguns momentos, causa a impressão de uma mãe que carrega os filhotes apressadamente sem lhes explicar nada, causando confusão e dúvida, mas a participante diz que ao final todos ficaram felizes. Desta forma, pode-se pensar em uma figura materna positiva e negativa, impulsos amorosos e destrutivos e sentimentos derivados do instinto de vida e de morte. Em relação aos filhotes, há insegurança e necessidades de suprir faltas básicas.

Logo no início da prancha 5, Graziela apresenta negação: *"Que é esse chuvisco aqui?... Não estou vendo nada não"*. A pesquisadora tenta tranqüilizá-la e a criança descreve a prancha. Só vê um ursinho no berço, talvez seria a exclusão da irmã que sente ciúmes.

Pareceu não haver grande envolvimento com o estímulo suscitado pela prancha, provavelmente por não ter agüentado ver a cena dos pais juntos. A pesquisadora pergunta o que está acontecendo na cena e ela diz apenas que estão dormindo. Há a atitude básica de aceitação, figuras materna e paterna positivas, sentimentos derivados do instinto de vida e impulsos amorosos com tendências construtivas, porém a ansiedade é paranóide e, além da negação, são utilizadas a racionalização e repressão como defesa.

A prancha 6 retrata o que a participante gostaria para sua vida. Ela, como o personagem ursinho, gostaria de voltar à época em que era menor (regressão ou fixação a estágios primitivos), que o pai estava presente e não tinha adoecido, que a irmã não tinha nascido e que não precisava assumir algumas responsabilidades. Na história, fala de uma família de ursos hibernando, descansando e que com quatro anos o urso começa a ter que sair para caçar, se alimentar sozinho. Quando Graziela tinha quatro anos, os pais se separaram e enfrentou situações muito difíceis nesta época. Na história, a figura paterna e materna são positivas, há a atitude de aceitação, porém também de insegurança. O ursinho deve crescer e há o medo das perdas – sentimentos derivados do conflito. Os impulsos são amorosos e as ansiedades depressivas.

A prancha 7 apresenta uma situação de persecutoriedade e morte, o tigre corre atrás do macaco e acaba matando-o para comer. Graziela justifica esta situação utilizando-se da racionalização e explicando como funciona a cadeia alimentar, ao final trágico da história, fala da tragédia e ri, não podendo entrar em contato com a ansiedade depressiva. As atitudes são de oposição, insegurança em relação à figura do macaco e há identificação negativa.

Na prancha 8, assim como na prancha 9, há uma fuga, fala de situações pessoais ou tenta, como ela diz, "*juntar os dedinhos*". Parece que está difícil tolerar os conflitos que o teste desperta, causando ansiedade. Juntar os dedos poderia representar uma tentativa de integração.

Nesta história diz que o filhote apanha, pois quebrou algo em casa, depois fica de castigo. A figura materna parece muito rígida, por isso, é negativa. Também há identificação negativa, pois o macaquinho pode sentir ter feito algo errado. Há sentimentos derivados do instinto de vida e de morte, tendências destrutivas, porém impulsos amorosos e destrutivos.

Em relação à prancha 9, Graziela começa descrevendo-a e diz para a pesquisadora anotar logo o que ela está falando: *"É, tem uma cama, um espelho, um abajur. Vamos, é para ir rápido, ligeiro..."*. Estava muito angustiada com o teste, querendo que terminasse logo.

Provavelmente, o tema da figura suscitou alguns sentimentos como o de estar sozinha, aprisionada e a criança foge da situação falando de coisas da sua vida. Porém, ao final, conta uma história que tem a ver com o que a figura suscita – a solidão – quando diz que o cachorro machucou seu dedo e a mãe estava dormindo. Cuidou de seu dedo sozinha e o sentimento de solidão não a impediu de se cuidar. Depois que a mãe acordou, disse que não ia acontecer nada a ela, pois o cachorro não tinha doença. Assim, há insegurança, necessidades de suprir faltas básicas e sentimentos derivados do conflito. As ansiedades são paranóides e depressivas e os impulsos amorosos e destrutivos. A figura materna é positiva e negativa, pois a tranqüiliza, mas parece distante (dormindo) quando a criança se machuca.

Na última prancha, a criança conta a história de uma mãe e seu filho que têm uma boa relação. Durante a história, traz situações de sua vida falando sobre seu cachorro e, pela primeira vez no CAT-A, fala explicitamente da figura paterna como positiva, como alguém que lhe deu algo que gosta muito. Desta forma, a atitude básica é a aceitação, as figuras materna e paterna são positivas, os sentimentos derivados do instinto de vida e há impulsos amorosos. Há necessidades de suprir faltas básicas, pois parece que a criança na história quer manter as coisas da infância, havendo dificuldade em relação ao crescimento, assim, há atitude de insegurança. O final é feliz, sobressaindo os impulsos amorosos.

De maneira geral, parece difícil para esta criança entrar em contato com as ansiedades depressivas, utilizando, principalmente como mecanismos de defesa, a racionalização, negação maníaca e, em alguns momentos, a cisão.

Podemos pensar que em situações de perda a criança reaja principalmente utilizando mecanismos de defesa da posição esquizo-paranóide e que a relação seja, predominantemente, com os objetos parciais.

3.4 - Participante 4: Paulo, 8 anos, 48 kg e 1,42 m, obesidade.

Mãe: 31 anos, vendedora, eutrófica.

Pai: 36 anos, técnico em telefonia, eutrófico.

Irmão (por parte de pai): 18 anos, eutrófico.

Irmã (por parte de pai): 11 anos, eutrófica.

3.4.1 - História de vida

Paulo é filho único deste casamento, porém o pai tem uma filha de 11 anos e um filho de 18 anos. Quando a mãe da filha de 11 anos estava grávida, foi a época que os pais de Paulo se casaram. O pai não tem contato com esta filha. O filho de 18 anos foi fruto de um casamento de quatro anos e este filho trabalha na mesma loja que o pai.

Os pais estavam casados há três anos quando a mãe engravidou, a gravidez não foi planejada, mas foi desejada.

Segundo a mãe, o bebê poderia nascer de sete meses, nesta época, a mãe foi ao hospital, pois entrou em trabalho de parto (sic.), ficou alguns dias internada e medicada para que o bebê não nascesse prematuro. Depois desta internação não houve mais nenhuma intercorrência e Paulo nasceu a termo. Paulo nasceu com 3,750 kg e 47 cm de cesárea.

A mãe relata que não teve nenhum problema de saúde durante a gestação e que engordou poucos quilos, mas, após o nascimento do filho, engordou aproximadamente 12 quilos, o que depois perdeu.

Após o nascimento de Paulo, os pais passaram a morar na casa da avó materna até a criança completar oito meses.

O pai e a avó materna brigavam constantemente na época em que moravam na mesma casa, pois a avó não podia ouvir um suspiro que já queria levar Paulo ao médico (sic.) e o pai se irritava com esta postura. A mãe ficou nervosa com toda esta situação e disse que seus pontos inflamaram, dizia que se morresse queria que sua mãe cuidasse do filho e não a sogra.

Na época em que a mãe engravidou, foi demitida da antiga empresa, ficou sem trabalhar até um pouco antes de o filho completar um ano e depois começou a trabalhar na loja do marido. Nesta época até os dois anos, Paulo ficava com a avó materna.

Paulo mamou no seio logo que nasceu, até seus três meses. Os pais e familiares acharam que o leite não sustentava, pois chorava muito. A mãe dava o seio toda hora (sic.) para o bebê e sentiu dores na amamentação nos primeiros dias de nascido. O bebê chorava constantemente após ser amamentado. Isto ocorria em menos de uma hora após a mamada, o que a mãe identificou como fome.

Foi introduzida a mamadeira aos três meses, Paulo aceitou muito bem e começou a chorar menos. Depois disso, passou a rejeitar o seio. Era dado engrossante na mamadeira de três em três horas e a criança dormia sem chorar. A mãe diz que gostaria de ter amamentado mais tempo e que não gostou de retirar o seio num momento que considerou cedo, porém a criança reagiu bem ao desmame.

Com seis meses começou comer papinha e frutas amassadas e sempre aceitou bem. A comida sólida também foi bem aceita com nove para dez meses.

Desde o nascimento, Paulo tinha dificuldades em evacuar e teve cólicas até os três ou quatro meses. Precisou usar supositórios e fazer exercícios para incentivar a evacuação.

Na época da entrevista, ficava a maior parte do tempo com a avó materna, então os pais não tinham controle total de sua alimentação, porém tentaram introduzir alguns tipos de alimentos sugeridos pelo pediatra como leite desnatado, pão integral e salada e a criança aceitou bem esta mudança. Os pais saem de manhã de casa e deixam a criança na casa da avó e já levam seu café da manhã para lá. De manhã, em casa, toma uma mamadeira só com leite desnatado ou com achocolatado. Na casa da avó toma leite desnatado com achocolatado, pão integral com manteiga *light* ou requeijão *light*; almoça também na casa da avó e a mãe acha que come arroz, feijão, uma carne e uma salada. Depois vai para a escola à tarde e come o lanche que é servido lá. Vai e volta de transporte escolar que o deixa na casa da avó. Chega após a escola e, normalmente, toma o leite desnatado com pão integral. Os pais o buscam na casa da avó e dão a janta em casa, habitualmente arroz, feijão, carne e salada. Antes de dormir toma uma mamadeira. No almoço e na janta, todos os dias, a criança toma refrigerantes, poucas vezes suco.

Com oito meses, o pediatra pediu para regular a alimentação, pois a criança já estava com excesso de peso. A mãe acha que engordou por conta do engrossante no leite que tomava. A mãe parou de dar engrossante e introduziu frutas, assim, o bebê perdeu peso na época, chegando ao adequado.

Os pais mudaram de cidade quando a criança tinha dois anos e voltaram a morar na cidade que mora a avó materna quando Paulo tinha cinco anos. Ficou com uma babá dos dois aos cinco anos que controlava mais sua alimentação. Na época em que ficou distante da avó, a criança estava com o peso adequado à idade, quando passou a ficar com a avó a criança voltou a engordar.

A criança não gosta de passar fome e fica de mau humor quando fica mais de três horas sem comer.

Quanto à época em que a criança ganhou mais peso, a mãe disse que foi há pouco tempo atrás, quando já tinha oito anos. A mãe não lembrou nenhum fato ou acontecimento que possa ter interferido no ganho de peso, mas disse que na casa da avó, onde ele passa a maior parte do tempo, a comida não é controlada e toda hora as pessoas estão comendo.

Em relação ao sono, a mãe diz que Paulo é bem tranqüilo, dorme bem e é calmo. Dorme sozinho, em seu quarto. Dos dois até os quatro anos, dormia no quarto dos pais, os pais mudaram de cidade e ele passou a dormir no quarto dele, segundo a mãe, a adaptação foi boa. Para dormir, a criança tem que tomar mamadeira antes que chama de "Dedê", dormir com o cobertor que tem desde bebê - "Betô" e dorme abraçado em um tubarão de pelúcia "Tuba".

Paulo entrou na escola com quatro anos e estudou dois anos neste local na outra cidade que moraram. A mãe diz que a adaptação sempre foi boa, que no primeiro dia de aula ele entrou, nem olhou para trás e ela foi embora chorando. Voltou para a cidade que mora atualmente, mudando de escola e também se adaptou bem. A mãe diz que seu desempenho escolar é bom e que a criança é bastante curiosa, se interessa pelas coisas. A criança falou que queria ser cientista e que queria fazer várias mães para ele, vários tios, avós.

Na família há dois bebês de cinco meses, filhos das irmãs da mãe e Paulo disse que queria ser médico para poder fazer alguma coisa quando os bebês choram.

Quanto aos medos, a mãe diz que tem medo do escuro desde pequeno.

Em relação a distúrbios de saúde, a mãe diz que quando estava com dois meses, foi amamentá-lo e percebeu que as mãos estavam inchadas, tirou as roupas do bebê e viu que os pés também estavam inchados. Imediatamente a mãe o levou ao médico e disseram que era alergia do amaciante de roupas.

Teve catapora com três anos, mas a recuperação foi dentro do esperado.

Com seis anos, Paulo operou o pênis e, segundo a mãe, tinha "prepúcio longo". Entrou e saiu no mesmo dia do hospital. A mãe diz que a criança foi tranqüila e que ela que chorou. Na recuperação, a criança teve um pouco de medo de urinar e dizia que doía. Foi colocada uma argola no pênis e os pontos caíram sozinhos. Após a recuperação, a criança comentou que o pipi ficou muito pequenininho (sic.).

Às vezes, Paulo fala que a barriga está revoltada e a mãe percebe que é quando algum alimento não foi bem digerido.

Quanto ao histórico familiar, a tia paterna, tia materna e avó têm obesidade.

A mãe conta que o pai é usuário de cocaína e que já teve muitos problemas em relação a isso. Hoje em dia, a mãe percebe que faz uso uma ou duas vezes por semana. Quando casou,

já sabia deste problema, porém casou pensando em ajudá-lo, o uso diminuiu, porém ainda é freqüente. Passou por períodos muito difíceis do relacionamento e pensa em se separar, acha que o fato de ser usuário tem causado muita raiva do marido nela, mas que não se separa por causa do impacto que pode ter no filho. No dia da entrevista, a mãe acha que o pai teve uma crise de abstinência. A mãe diz que tentará ajudá-lo novamente, mas que não poderá manter o casamento, caso esta situação não se resolva. Desde a adolescência, o pai é usuário.

3.4.2 – Análise dos dados

No Procedimento de Desenhos-Estórias, ocorreram atitudes de oposição em todas as unidades de produção e a atitude de insegurança foi observada nas unidades 1, 3, 4 e 5. A aceitação foi encontrada nas produções 1 e 2 apenas. A identificação positiva está presente nas unidades de produção 1 e 2, enquanto a identificação negativa é encontrada nas 3 e 4; na unidade 5 houve as duas.

As figuras fraternas e outras figuras positivas estão presentes nas cinco unidades de produção, enquanto as mesmas negativas podem ser vistas em quatro; nas unidades 1, 2, 3 e 4 estão presentes as duas. Há na produção 5 uma figura materna positiva e negativa e uma figura paterna negativa.

Os sentimentos foram derivados do instinto de vida nas unidades 1, 2, 3 e 4 e derivados do instinto de morte nas 2, 3, 4 e 5. Porém, os sentimentos derivados do conflito também foram observados nas unidades de produção 1, 2 e 5.

As tendências destrutivas são observadas nas cinco unidades e as necessidades de suprir faltas básicas observadas em quatro (unidades 1, 2, 4 e 5), assim como, as tendências construtivas (unidades 1, 2, 3 e 5).

Os impulsos destrutivos estão presentes em todas e os impulsos amorosos nas unidades de produção 1, 2, 3 e 5.

As ansiedades prevalentes foram as paranóides e os principais mecanismos de defesa utilizados foram a repressão, deslocamento e idealização.

Na primeira unidade de produção, Paulo conta a história de um menino pobre que tem dificuldade para conseguir o alimento. É notável, no desenho, o tamanho da figura humana que é muito pequena, quase imperceptível, demonstrando sentimento de inadequação e tendência a inibição. Assim, há insegurança, sentimentos derivados do conflito e necessidade de suprir faltas básicas. Ao final da história, o conflito é resolvido. Entra em contato com a ansiedade depressiva quando se arrepende de atacar os pássaros e depois se torna amigo deles.

Portanto, os impulsos amorosos e tendências construtivas prevalecem, assim como, os sentimentos derivados do instinto de vida e a identificação é positiva.

Na segunda unidade, há identificação projetiva, pois conta situações de sua vida e fala de seu bicho de pelúcia preferido (Tuba). Na história, aparece a inveja e ciúmes do irmão, assim como, o impulso voraz quando, logo após pescar o peixinho, quer comê-lo, porém controla este impulso e tenta reparar o mau que fez ao peixinho. Neste desenho, as figuras humanas são pequenas e de palitos, assim como no primeiro desenho, o que pode significar hostilidade em relação a si mesmo e problemas relacionados à imagem corporal.

Também fala de sua voracidade em relação à comida: *"Quando eu era bebê eu comia quase tudo, eu fui crescendo, eu agüentava comer um prato de sopa, agora sabe quantos eu como?... Três"*. Desta forma, a história apresenta traços como tendências construtivas e destrutivas, atitudes de oposição e aceitação e sentimentos derivados do instinto de morte e do instinto de vida.

Na unidade de produção 3 também há identificação projetiva, no início, fala de um filme que assistiu. Paulo conta a história de uma cobra que só pensava em comer, mas acaba sendo engolida por uma baleia. Há voracidade e tendências destrutivas, porém, a baleia evita com que ocorram danos ao engolir a cobra, então, pode-se observar sentimentos derivados do instinto de vida e tendências construtivas.

Esta cobra da história que, ao final, é engolida, pode representar o complexo de castração, ou mesmo, a cirurgia que a criança passou e que teve a impressão que seu pênis teria ficado menor. Por outro lado, pode-se refletir que a baleia representaria a mãe que o coloca novamente dentro de sua barriga, tanto evitando seus impulsos destrutivos (comer animais, pessoa), quanto evitando seu crescimento.

A quarta unidade de produção traz história de morte e destruição, apenas a figura feminina sai viva. Há monstros na história que podem estar representando seus objetos internos persecutórios e pode-se pensar nos objetos parciais quando descreve a seguinte cena: *"Aí foi assim que aconteceu que eles morreram, o monstro atacou, tirou.. .deixa eu ver... uma canela, um braço, cotovelo e o que mais? A boca para não gritar, é claro, tem cérebro e o cérebro deles, só"*. É uma história permeada de instinto de morte, impulsos destrutivos e ansiedades persecutórias. Entrar na floresta é ver seus conteúdos internos maus e persecutórios.

Na última unidade, há identificação projetiva e se configura uma produção rica em conteúdos.

Conta a história de um polvo que toma acidentalmente uma poção que o faz crescer muito, a família se afasta por medo e ele fica sozinho (sentimentos derivados do conflito), com raiva come muitos animais do mar (tendências destrutivas). Ao final, quando o polvo fica calmo, se sente triste ou feliz, ele volta ao seu tamanho normal.

Nesta história aparece a temática do crescimento. Quando o polvo cresce, as pessoas se afastam, saem de sua vida (atitude de insegurança) e ele se torna destrutivo. Parece que Paulo tem medo de crescer e perder as pessoas que ama. Há sentimentos de perda, solidão e raiva na história e o comer vem associado à destruição e morte.

Na história entra em contato com a ansiedade depressiva, fica triste e polvo volta ao tamanho normal. Precisa vomitar, o que pressupõe também ansiedade persecutória e, colocar para fora de si os perseguidores internos.

Também há a morte do pai na história. Primeiro se pensa na possibilidade de o polvo representar Paulo que cresce, adquire o falo, mata o pai e fica com a mãe. Mas também, principalmente, quando a criança descreve a doença do pai do polvo, isto estaria representando a crise de abstinência que o pai já teve em sua presença.

Os desenhos apresentaram tamanho médio e grande com traços fortes. As cores foram utilizadas somente para contorno, o que sugere certa depressão ou controle da emotividade. Alguns traços indicaram agressividade como os dentes que aparecem nas figuras da cobra e do polvo.

Quanto ao Teste de Apercepção Temática Infantil com Figuras de Animais, as atitudes de oposição (pranchas 1, 2, 3, 5, 6, 7 e 8) e insegurança (pranchas 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9) são vistas na mesma quantidade. A identificação positiva e negativa ocorrem em cinco pranchas cada, sendo positiva nas pranchas 1, 6, 7, 9 e 10 e negativa nas pranchas 2, 3, 4, 5 e 8.

A figura fraterna e/ou outras figuras, presente em cinco pranchas, ocorreu com a mesma freqüência quando comparada em seu aspecto positivo e negativo. A figura materna é positiva e negativa nas pranchas 1 e 4, apenas positiva na prancha 9 e apenas negativa na prancha 8. A figura paterna apareceu somente na prancha 2 como negativa.

Os sentimentos expressos foram, na mesma quantidade, derivados do instinto de morte, derivados do instinto de vida e derivados do conflito.

Houve em maior freqüência, necessidades de suprir faltas básicas encontradas nas pranchas 3, 4, 6, 7, 8 e 9 e tendências destrutivas nas pranchas 1, 2, 3, 5, 7 e 8.

Porém, ocorreram mais impulsos amorosos, observados em oito pranchas, do que impulsos destrutivos, presentes em sete delas.

As ansiedades paranóides são verificadas nas pranchas 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 e 9 e as depressivas nas pranchas 2, 4, 6, 7, 8, 9 e 10.

Os principais mecanismos de defesa utilizados foram a negação, o deslocamento e a cisão.

No CAT-A, logo na primeira prancha, há identificação projetiva. A criança fala que tem um galo e que vai comê-lo no próximo Natal, indicando voracidade.

Na história há três pintinhos que gostam de comidas diferentes, dois acabam ficando insatisfeitos com a comida feita pela mãe e jogam a tigela no chão. Um dos pintinhos sugere que a mãe ofereça algo que os dois gostam e o conflito é resolvido por este. Observa-se que o desejo dos pintinhos por comida deve ser realizado da forma como querem, senão eles rejeitam e ficam agressivos (figuras negativas). Ao final da história, aparece a figura materna como alguém voraz e só pensando no milho, por isso, a figura materna é considerada positiva e negativa. Há identificação positiva com o pintinho que soluciona o problema, tendências construtivas, impulsos amorosos e sentimentos derivados do instinto de vida.

Na prancha 2, todas as figuras são masculinas e os ursos maiores são irmãos que vivem disputando quem vai ser o melhor, quem vai vencer. Um dos ursos se arrepende na história, mas não há reparação, eles continuam disputando. Durante a história, o ursinho é convidado a participar do jogo/disputa pelo pai, o que demonstra necessidade de ser aceito, de ser incluído. Desta forma, considera-se a atitude de oposição representava pela competição e identificação negativa, já que os ursos vivem em disputa e como o próprio título da história diz "um contra o outro". Há sentimentos derivados do conflito e impulsos amorosos quando um dos ursos pede desculpas, porém prevalecem os impulsos destrutivos. Ficou evidente na história a utilização do triunfo maníaco como defesa, classificado como negação maníaca de acordo com os traços de análise das categorias.

Na prancha 3, a criança não vê o rato na figura e foca a sua história no leão. Há impulsos agressivos e o comer é associado à destrutividade: *"...aí quando ele atacou a pessoa, ele estava sentindo a fome de leão de verdade, ele parou de falar que nem gente e começou a engolir todo mundo que via pela frente..."* O personagem principal não consegue controlar a sua voracidade, é muito agressivo, todos têm medo e se afastam, porém se sente sozinho, mas não soluciona o conflito. Os recursos defensivos foram de negação e cisão.

Pela história contada na prancha 4, observa-se o conflito entre dependência e independência. O canguru tenta andar de bicicleta, fora da bolsa da mãe, mas se machuca e diz que é melhor ficar como o canguru menor junto da mãe. O crescer vem associado a se machucar e, por outro lado, há uma dificuldade da mãe de permitir o crescimento: *"A mãe*

deles, toda vez que ela escutava um barulho de algum veículo, ela corria para casa e ficava na casa deles para o filho nunca mais ver". Com isso, a atitude básica é de insegurança e a identificação é negativa; a figura materna é positiva e negativa e os impulsos amorosos e destrutivos. Ainda na prancha 4, parece que há desejo de voltar ao ventre materno e um sentimento de não poder andar com as próprias pernas: *"...depois que o menino que estava andando de bicicleta cresceu e ganhou uma moto, ele tentou andar de moto, depois ele quebrou, sabe o que dessa vez? Os dois pés"*. Ele se recupera, porém não quer mais saber de nenhum veículo.

Na prancha 5 começa com uma dificuldade em saber o que é a figura, depois diz que é um urso com duas cabeças, o que seria uma cisão e um elemento que foge da realidade objetiva. A história é de perseguição e morte. Quando é perguntado à criança o que o urso fez com o menino, não responde, provavelmente, não agüenta dizer por ser algo muito agressivo. Parece que esta situação lhe causa ansiedade persecutória (até porque mesmo quando o urso morre seu fantasma fica na casa) e, logo depois, conta de uma situação em sua vida em que passou mal e vomitou (novamente precisa sair da história por não agüentar o estímulo) – vomitando expulsa os objetos maus de dentro dele. Há oposição, identificação negativa e impulsos destrutivos.

Na prancha 6, Paulo só vê um urso, talvez seja difícil ver os três ursos da prancha que representam a situação triangular edipiana. Na história, a coruja que não deixa o urso dormir, queria um abrigo, uma casa. Isto pode representar as várias mudanças de casa que Paulo passou e também que, ainda neste momento, tem duas casas, a sua e a da avó onde fica a maior parte do seu tempo. O conflito é resolvido ao final e prevalecem as tendências construtivas e identificação positiva.

A prancha 7 conta a história de um tigre que é avisado pelo macaco que os homens estão atrás dele para pegar sua pele. A alimentação vem associada a um ato agressivo quando o tigre desconfia do que o macaco disse*: "... aí o tigre falou: para de mentir, senão vou te engolir"*, apesar de o tigre, mais tarde, se aliar ao macaco e um ajudar o outro para se defender dos homens. Os homens da história, representativos dos objetos persecutórios, são afastados dos animais, mas continuam vivos, porém prevalece o bom, a amizade e a vida dos animais. Nesta prancha, há negação, racionalização e repressão; as ansiedades são paranóides e depressivas.

Na prancha 8 há uma situação familiar em que o filho macaquinho é excluído pela mãe do contato com os parentes. A figura materna é negativa e as outras figuras são positivas, pois percebem a situação ao qual o macaquinho foi submetido. Assim, há tanto impulsos

amorosos, quanto destrutivos e sentimentos derivados do instinto de vida e de morte. Quanto ao macaquinho, há insegurança, sentimentos derivados do conflito e necessidades de suprir faltas básicas. As ansiedades são paranóides e depressivas.

A história contada na prancha 9 traz o sentimento de abandono e solidão, ter que pegar sua própria comida é visto como algo solitário: *"Era uma vez um menino, um coelho, ele não tinha nem mãe, nem pai, só vivia sozinho, ele construiu uma casa que só tinha uma porta, quatro paredes, a cama dele, um espelho e uma TV, mais nada. Ele vivia sozinho e não tinha ninguém, todo dia ele tinha que sair para pegar frutos e alimentos...."*. Ao final da história, o conflito é resolvido e o personagem é adotado. Pensando em sua história de vida, Paulo teve momentos em que chorou bastante, provavelmente por fome, tendo que ser introduzida a mamadeira o que amenizou esta situação. O bebê deve ter sentido angústia e apenas a mãe não foi capaz de dar conta de seu sofrimento, então, a avó passou a cuidar dele também, a avó poderia estar representada pela mãe adotiva que aparece na história. Portanto, há insegurança, sentimentos derivados do conflito e necessidade de suprir faltas básicas na história, mas também, há impulsos amorosos e uma figura materna positiva. Observa-se identificação projetiva e idealização na história.

Na última prancha conta a história de duas cachorrinhas, a menor que sempre aprontava e a maior que tentava contê-la. Os aspectos mais lúdicos, bagunceiros ficam projetados na cachorra menor e os aspectos mais rígidos são dirigidos a irmã maior, porém, é possível que estes dois lados façam parte de Paulo, mas que na história, os demonstra de uma forma cindida. A figura fraterna é positiva, há impulsos amorosos e tendências construtivas, porém utiliza como defesa o deslocamento, a cisão e a negação.

Na análise dos instrumentos projetivos, nota-se que esta criança apresentou grande voracidade, pode-se destacar como exemplo, a unidade de produção 2 que o personagem, logo após pescar um peixinho quer comê-lo; a unidade de produção 3, na qual a personagem cobra quer comer animais e um homem, mas depois é engolida por uma baleia; na prancha 3 o leão ataca as pessoas para comê-las e não resiste quando sente cheiro de sangue e, a prancha 7, em que o tigre pensou que o macaco mentiu e como castigo queria engoli-lo.

Em alguns momentos, a alimentação foi associada a impulsos agressivos, pode-se citar a unidade de produção 3, na qual a cobra quer comer, destruir outros animais e uma pessoa e a unidade de produção 5, em que o polvo engole uma poção que o faz ficar gigante e afasta as pessoas.

Paulo consegue entrar em contato com a ansiedade depressiva, tem momentos em que há reparação, mas também, momentos em que oscila entre a posição esquizo-paranóide e depressiva, provavelmente, por não suportar a culpa pelos seus impulsos agressivos.

3.5 - Participante 5: Vinícius, 9 anos, 51 kg e 1,38 m, obesidade.
Mãe: 45 anos, professora, eutrófica.
Pai: 50 anos, comerciante, eutrófico.
Irmã: 13 anos, eutrófica.

3.5.1 – História de vida

A gravidez foi planejada e desejada. Nesta época, os pais estavam casados há 5 anos.

A mãe disse que sua saúde estava ótima durante a gravidez e engordou 9 kg durante gestação.

Vinícius nasceu de sete meses, de cesárea, com 2 kg e 45 cm. Teve ar no pulmão e ficou na UTI quase um mês, neste período, a mãe levava o leite que retirava do seio e dava na mamadeira, além de também dar o seio. Porém, quando saiu do hospital, a mãe diz ter amamentado, no máximo, por dois meses no seio e seu leite secou, segundo ela, provavelmente por nervoso. Ia todos os dias ao hospital e ficava quase o dia todo lá.

A mãe descreveu como terrível (sic.) este período que acompanhou o filho internado no hospital, porém disse que tentou não passar a sua ansiedade para o bebê e achou que se controlou bastante.

Durante a internação, logo após o nascimento, drenaram o pulmão e a mãe disse que ficou uma cicatriz deste procedimento.

Quando começou a amamentar no seio, Vinícius mamava bem e dormia bastante. A mãe fez o método mãe-canguru[1], então ficava quase o dia todo com ele no colo.

A amamentação era feita de três em três horas. A mãe sentiu dores na amamentação – "sinceramente eu não gostava não, doía muito, muito" (sic.) – até o período do desmame, quando Vinícius tinha aproximadamente três meses.

[1] O método mãe-canguru é utilizado em bebês prematuros ou com baixo peso ao nascer e consiste em colocá-lo na posição vertical, em contato pele a pele com a mãe e junto ao seio, sendo a amamentação no seio ou não. Este método reduz o tempo que o bebê passa na incubadora, pois a mãe fica a maior parte do dia com o filho junto ao seu corpo (VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004).

Na época do nascimento do bebê, a mãe conta que sua vida estava complicada, pois o marido não ficou com ela no hospital e não a acompanhava às visitas. Esta situação a chateou bastante e a mãe disse ter choros freqüentes na época.

Quanto à mamadeira, a mãe diz que sugava muito bem. Foram introduzidos outros tipos de leite e engrossantes desde o nascimento, associados com o leite materno, pois como nasceu prematuro, precisava ganhar peso. Quando o bebê chorava de fome, só parava quando era dada a mamadeira.

A mãe voltou a trabalhar quando Vinícius tinha quatro meses e ele passou a ficar com a avó materna. Segundo a mãe, desde essa época, ele via as pessoas comendo e mexia a boca, a avó entendia como fome e começou a dar alimentos como feijão amassado, mamão e ele comia bem. Com seis meses já comia comida sólida e sempre aceitou bem os alimentos.

Até os três anos, Vinícius não comia demais e era uma criança com peso normal. Com quatro anos, entrou na escola e começou a engordar, ele não queria ir, nunca gostou de escola e passou a comer mais. No 1º ano foi para uma escola particular, a mãe achou que fosse melhorar, mas diz que foi pior ainda – chorava muito e comia muito (sic). No próximo ano, a mãe o matriculou em outra escola particular que está até hoje e diz que melhorou, os choros diminuíram e a comida também, nesta época, já fazia natação e judô por estar acima do peso. Quando a criança foi para o 3º ano, não gostava de sua professora e passou a não querer mais ir à escola, ficar ansioso e comer muito.

A mãe diz que a criança come mais quando está ansiosa, triste ou magoada, que é muito sensível, mas não demonstra, é durão (sic.).

Na época da entrevista, a mãe estava afastada do trabalho por conta de uma queda que precisou de cirurgia no tornozelo, inclusive colocando pinos. Contou que em casa com o filho, ele não estava procurando alimento o tempo todo e que, às vezes, precisava até lembrá-lo, por exemplo, de comer uma fruta à tarde, mas que quando eles saíam, ele queria comer muito, pedia para comprar, por exemplo, lanche em *fast food*, pipoca.

Vinícius não queria mais fazer natação que desde os quatro anos fazia. A mãe falou que até ele decidir qual esporte faria, teria que controlar mais ainda a sua alimentação para não ficar doente (sic.). A mãe diz que evita fazer comentários a respeito de seu excesso de peso, mas que o pai já o faz, como dizer para parar de comer porque "olha o tamanho da sua barriga" (sic.) e isto é falado também na frente das pessoas e Vinícius parece ficar chateado.

A mãe conta que a avó materna não consegue dizer não à criança e que se pede, por exemplo, que dê só um pão por dia, mas se a criança quer dois, a avó dá dois.

A mãe relata que estar acima do peso incomoda Vinícius, pois ele disse que não quer ser gordo e os colegas na escola o xingavam de bala de canhão e apertaram seu peito.

Quanto à rotina alimentar, a mãe relata que, às vezes, toma café antes de ir à escola e às vezes não. Quando toma café, é um cereal com leite desnatado ou leite desnatado com achocolatado. A criança aceita bem e diz que os produtos *light* são ótimos, se soubesse disso já tinha comido antes (sic.). A mãe faz o lanche que leva à escola com pão *light* ou integral com mussarela ou peito de peru e, segundo a mãe, a criança gosta que coloque também alface e tomate, suco de caixinha ou uma barrinha de cereal ou fruta.

No almoço come arroz, feijão, salada e uma carne, normalmente grelhada, cozida ou em molho. Depois a mãe permite que coma um pedaço de algum doce, mas restringe a quantidade. À tarde come um lanche (pão sírio e um suco) ou uma fruta e, à noite, geralmente come pão *light* ou leite desnatado com duas colheres de aveia, também adora sopa.

Com quatro anos a criança começou a engordar, com sete anos foi a época em que estava com maior peso e foi a época de pior adaptação na escola, a mãe contou que a professora, provavelmente, o deixava de lado, pois ele não evoluiu em relação a aprendizagem e nenhum trabalho de reforço foi feito. Vinícius tem um atraso na aprendizagem e, apenas no 4º ano, conseguiu ler e interpretar textos.

Fez tratamento com nutróloga de sete para oito anos, perdeu peso (2 kg), mas com nove anos recuperou o que tinha perdido. A mãe diz que a criança tem períodos em que come mais e períodos em que não procura os alimentos.

A mãe relata que gostaria de ter acompanhado mais algumas fases do desenvolvimento de seu filho, pois a intenção era parar de trabalhar por algum tempo após seu nascimento, porém o comércio do marido enfrentou problemas financeiros, como alguns roubos que ocorreram na época e não foi possível ficar sem trabalhar.

Vinícius usou chupeta e a mãe tirou quando tinha dois anos, porém a avó materna costumava dar quando a criança pedia.

Quanto ao sono, a criança dorme no quarto sozinho, mas se deixar quer dormir com a mãe. Vinícius fala para o pai ir para o quarto dele que ele vai dormir com a mãe e o pai fala de jeito nenhum (sic.).

A mãe relatou que a criança é agitada, não consegue ficar muito tempo sentada e tem que tocar em tudo que vê.

Com três anos assistiu o filme “A múmia” e à noite gritou muito, a partir daí passou a ter medo de barata, aranha e lagartixa.

Vinícius tem rinite e sinusite e tomou corticóide por diversas vezes desde bebê até aproximadamente seus seis/sete anos. Na época da entrevista, a rinite e sinusite encontravam-se estabilizadas.

A criança relata cefaléia quando não quer fazer algo, por exemplo, ir à escola. Pede medicamento para a mãe e depois diz que passou.

Na família há um primo de primeiro grau com obesidade mórbida, a bisavó materna é obesa e tem tias com sobrepeso, além de dois primos.

3.5.2 – Análise dos dados

No Procedimento de Desenhos-Estórias, as atitudes básicas mais observadas foram as de aceitação nas unidades de produção 3, 4 e 5, insegurança nas unidades 2 e 4 e de identificação positiva em duas produções.

As figuras significativas mais freqüentes foram a materna positiva (4ª unidade) e paterna positiva nas unidades 4 e 5. As figuras fraternas positivas e negativas aparecem em duas unidades de produção cada.

Os sentimentos foram, em sua maior parte, derivados do instinto de vida e as tendências construtivas, observados simultaneamente nas unidades de produção 3, 4 e 5.

Apenas na unidade 2 foram identificados sentimentos derivados do conflito e necessidades de suprir faltas básicas.

Os impulsos amorosos são predominantes, identificados nas produções 2, 3, 4 e 5.

As ansiedades são tanto paranóides, quanto depressivas e, na 5ª unidade, as duas estão presentes.

Os principais mecanismos de defesa utilizados foram a idealização e a racionalização.

Ao começar o Procedimento de Desenhos-Estórias, a criança faz um desenho abstrato. Parece haver ansiedade intensa frente a uma tarefa desconhecida, o que gera um bloqueio. Utiliza a negação e a repressão como principais mecanismos de defesa. Não foi possível categorizar a maioria dos traços referentes a este desenho, justamente por ser abstrato. O desenho abstrato sugere evasão, inibição ou, ainda, vazio emocional.

A segunda e terceira unidades de produção parecem demonstrar uma dificuldade que a criança tem de crescer.

Na segunda unidade, a criança conta uma história, na qual o mar é forte e puxa as pessoas para dentro dele, Vinícius fala: *"É tipo uma praia, só que ninguém ia porque era muito perigosa por causa do mar, então o mar começou ficar fraco"*. Havendo sentimento de desproteção. O mar poderia representar o útero materno que tem de sair.

Na terceira unidade de produção, há um carro precisando de conserto para que se faça uma viagem. O carro poderia representar a autonomia que em algum momento é perdida, mas ao final da história, é recuperada. Nas histórias 2 e 3, o conflito é resolvido, havendo tendências construtivas.

Ainda em relação à terceira unidade, o desenho do carro é pintado de preto e vermelho e pode representar a luta entre a morte e a vida, assim como quando nasceu prematuro e teve que ficar na UTI quase um mês, também as cores representariam a luta entre dependência e independência. Crescer implicaria perdas, lutos, mas também ganhos.

Na unidade de produção 4, fala sobre uma família feliz por ter comprado uma casa perto da praia, porém quando fala do relacionamento entre os membros da família diz: *"...que nem eu, eu e minha irmã só quase briga toda hora (risos). É, meu pai e minha mãe trabalhando (silêncio)"*. Assim, há atitude de aceitação, mas também de insegurança; a figura fraterna é positiva e negativa, mas prevalecem os sentimentos derivados do instinto de vida e os impulsos amorosos. Há identificação projetiva, idealização e negação maníaca.

Na quinta unidade de produção, conta uma história em que o pai de uma família passou por dificuldades para conseguir concluir um trabalho, mas apesar disso, ele consegue alcançar seu objetivo. Há identificação positiva, aceitação e tendências construtivas.

De maneira geral, os desenhos parecem regredidos e com ausência de detalhes essenciais, como, por exemplo, pintar somente algumas partes do carro, não desenhar a base do prédio e as outras teclas do computador. A ausência de detalhes indica sentimento de vazio e energia reduzida. Há ausência de cores nos desenhos 4 e 5, significando a repressão da emotividade. Estes aspectos também indicam depressão.

Na maioria dos desenhos, os traços são de avanços e recuos que sugerem ansiedade, timidez, insegurança e hesitação ao encontrar novas situações, mas também sensibilidade.

Em relação ao Teste de Apercepção Infantil com Figuras de Animais, as atitudes de insegurança foram as mais freqüentes, estão presentes nas pranchas 1, 3, 4, 5, 8, 9 e 10. Também foram freqüentes as identificações negativas, porém, em pranchas como a 1 e 10 ocorre tanto a identificação positiva, quanto a negativa.

Foi prevalente a figura paterna positiva, contudo também houve situações em que se apresentou como negativa. A figura materna foi positiva nas pranchas 2 e negativa e positiva, ao mesmo tempo, nas pranchas 1, 4, 8, 9 e 10. Este dado sugere ambigüidade quanto às figuras parentais. As figuras fraterna e/ou outras figuras positivas ocorreram em maior quantidade.

Os sentimentos foram, na maioria das pranchas, derivados do instinto de vida, entretanto, também foram freqüentes sentimentos derivados do conflito e necessidades de suprir faltas básicas.

Houve tendências destrutivas apenas nas pranchas 5 e 7 e as tendências construtivas ocorreram nas pranchas 1, 2, 4, 6 e 9.

Os impulsos amorosos foram prevalentes, mas nas pranchas 2, 3, 6, 8 e 10 foram observados juntamente com os destrutivos.

As ansiedades paranóides ocorrem em nove das 10 pranchas e as depressivas foram percebidas em seis pranchas. Em algumas, ocorreram os dois tipos de ansiedade.

Os principais mecanismos de defesa utilizados foram a cisão, negação, deslocamento e repressão.

Na primeira prancha, a história é de uma família faz algo que gosta, tomar sorvete após o jantar, porém tomam tanto que o filho fica doente e precisa de remédios para ficar melhor. Assim, a figura do pintinho é positiva, na medida em que faz o que gosta, mas torna-se negativa quando está doente. Assim como na vida de Vinícius, gosta de comer, mas a mãe diz que pode ficar doente.

Na prancha 2, as figuras materna e paterna são positivas, porém o filho se une ao jogo com a mãe e o pai acaba caindo e se sujando de lama. Há oposição representada pela competição e aceitação referente à brincadeira. Esta situação pode representar o desejo de ficar com a mãe e excluir o pai da relação. Há sentimentos derivados do instinto de vida e de morte, pois há um ataque velado ao pai. As ansiedades são paranóides.

Na prancha 3, fala de um pai que morre e deixa o reino para seu filho, o mesmo fica inseguro ao assumir esta responsabilidade. Nesta prancha, a criança conta o quanto é difícil crescer e assumir responsabilidades, situação que traz angústia. Apesar do personagem "crescer" (virar rei), ele fica sempre entediado, pois não faz mais nada. Crescer o deixa triste, pois implica perdas. Neste caso, a identificação é negativa, pois há um sentimento de incapacidade. Há sentimentos derivados do conflito e necessidades de suprir faltas básicas, existe medo da perda e sentimento de desproteção. As ansiedades são paranóides e depressivas. São utilizadas a projeção, negação e repressão como defesas.

Na prancha 4 o tema é a alimentação. Há a necessidade de suprir faltas básicas que é se alimentar. Os personagens passam por um momento de privação alimentar e angústia de aniquilamento pela falta do alimento: *"...senão eles se perdiam e acabavam morrendo de fome"*. Consegue resolver o problema, entrando numa floresta cheia de frutas. Assim, a

identificação é positiva, pois o personagem principal consegue se alimentar e superar seu medo.

Já a prancha 5 é permeada de tendências e impulsos destrutivos. Há uma criança com medo dos espíritos que podem representar os objetos persecutórios internos e, os pais, não parecem capazes de conter a angústia do filho, dizendo que não é nada. A família foge do espírito, mas ele continua na casa, daí pode-se pensar que não consegue aplacar os perseguidores internos.

Na prancha 6 fala de uma família, mas exclui a mãe, diz que é o pai e o filho. Há uma situação problema que é resolvida pelo filho, personagem com o qual se identifica, havendo identificação positiva e a atitude básica de aceitação. As figuras são positivas, os impulsos amorosos com tendências construtivas, há ansiedades paranóides e depressivas e os principais mecanismos utilizados são a negação e repressão.

A prancha 7 apresenta impulsos destrutivos projetados na figura do tigre que quer comer os animais, porém, segundo a criança, faz isto porque não tem outra coisa para comer, assim, pode-se pensar que seria uma necessidade de suprir faltas básicas. As tendências destrutivas prevalecem, pois, ao final, o macaco morre e o tigre continua comendo os animais, havendo identificação negativa. As ansiedades são paranóides, os impulsos destrutivos e há cisão, racionalização e negação maníaca.

A prancha 8 tem como atitudes básicas a insegurança e identificação negativa, pois conta a história de um macaco que fica doente por estar muito alegre. Fazer o que gosta vem acompanhado do castigo – adoecer. A figura materna é positiva e negativa, briga com o macaco, mas também fica com dó por ter adoecido. Os sentimentos são derivados do conflito e há necessidades de suprir faltas básicas, ao final, o macaco toma remédios e injeção e se sente melhor.

Na prancha 9 também a figura materna é positiva e negativa, fala de uma mãe que fica doente e que o filho e o pai cuidam dela. Há tendências construtivas ao cuidarem da mãe. E o medo é de que ela morra pela fantasia da gravidade da doença. Esta história pode ter relação com o fato relatado pela mãe na entrevista que teve uma queda e passou por uma cirurgia, precisando ficar afastada do trabalho. Assim, há sentimentos derivados do conflito e a ansiedade é depressiva.

A última prancha começa com uma brincadeira entre o cachorro, seu pai e o primo. Intercala na história, fatos de sua vivência, conta que também brincou de guerra de almofada e quebrou vasos da mãe, mas que ela não brigou. Volta à história da prancha, após inquérito da pesquisadora, porém, o cachorro apanha da mãe por ter quebrado os vasos e fica chorando de

dor. Desta forma, a identificação é negativa e a figura materna é positiva e negativa. Há insegurança, necessidade de suprir faltas básicas e as ansiedades são paranóides e depressivas.

Vinícius traz, de maneira geral, muitas histórias sobre doenças. Estas doenças podem representar a sua dor pelas perdas que teve e sofreu durante sua vida, como, a cirurgia logo após ter nascido e a permanência na UTI, a entrada traumática na escola, o *bullying* sofrido, entre outras situações.

Observa-se que, em alguns momentos, não nomeia os sentimentos, apenas fala de situações concretas. Como exemplo a prancha 2 do CAT-A, na qual, quando questionado sobre o que o pai sentiu quando caiu na lama, a criança diz "*sujo*". Também, na prancha 9, foi perguntado como o filho se sentia de ter que subir e descer as escadas para pegar as coisas para a mãe e a criança diz "*Ah, porque você não pediu quando eu estava lá embaixo*?". Isto demonstra certa dificuldade de simbolização e pensamento operatório.

3.6 - Participante 6: Giovanni, 8 anos, 51 kg e 1,36 m, obesidade.
Mãe: 40 anos, doméstica, sobrepeso.
Pai: 50 anos, caminhoneiro, obeso.
Irmão (por parte de mãe): 20 anos, eutrófico.

3.6.1 – História de vida

A mãe estava casada há nove anos quando engravidou. O pai ainda não tinha filhos e queria que a esposa engravidasse. A mãe tomava anticoncepcional e decidiu parar, depois de aproximadamente dois anos engravidou. Os pais ficaram 13 anos casados.

A gravidez foi descoberta aos três meses quando a mãe fez exame, não achava que estava grávida, mas sentia muita azia e dificuldade de comer.

Na gestação, a mãe teve hipertensão e fazia acompanhamento duas vezes por mês. Antes do primeiro filho, a mãe teve uma gravidez e perdeu o bebê ao sétimo mês de gestação. Ficou casada cinco anos com o primeiro marido, pai de seu filho mais velho.

A avó materna sempre esteve presente ajudando a mãe durante e após a gestação.

A mãe teve que fazer dieta para a pressão arterial não aumentar e engordou aproximadamente seis ou sete quilos durante a gestação. Não houve outro problema de saúde durante a gravidez, mas disse que passou nervoso com o marido que ficava muito no bar com os amigos. O pai nunca ajudou nos cuidados da casa e de Giovanni segundo a mãe.

Giovanni nasceu de cesárea e de 38 semanas por conta da hipertensão. Nasceu com 3,100 kg e 49 cm. Não precisou ficar internado no hospital e foi para casa com a mãe.

A recuperação da cesárea foi boa e a mãe não teve nenhum problema de saúde.

Giovanni foi amamentado no seio até os quatro meses, pois segundo a mãe, depois ele começou a não querer mais, só brincava e não mamava (sic.). A mãe foi retirando o seio e logo secou seu leite. Dos quatro meses até um ano a mãe deu leite que era adequado a cada fase do desenvolvimento.

Durante o período de amamentação, nas primeiras semanas, o seio cortou (sic.), mas isto não impediu que continuasse a amamentar e logo cicatrizou (sic.).

Giovanni era uma criança calma enquanto mamava, segundo a mãe, sempre foi tranqüilo, mas se está com o tempo ocioso, come ou rói as unhas. Se estiver brincando, esquece de comer.

A mãe relata que o filho não chorava para mamar. Dava o seio de duas em duas horas e quando o bebê não queria, não insistia, aguardava e oferecia o seio mais tarde.

Após os quatro meses, quando foi introduzida a mamadeira, a mãe disse que a aceitação foi muito boa. Com um ano, a mãe introduziu engrossantes para o leite. Mamou mamadeira até cinco anos, a mãe foi reduzindo a quantidade de mamadeiras durante o dia e conversando que já estava grande para mamar, até que com cinco anos e alguns meses, a própria criança falou que não queria mais.

Nunca usou chupeta, porém chupa o dedo desde quando nasceu até o momento em que foi feita a entrevista. Também pede paninhos (sic.) para a mãe que ficam junto dele, principalmente no momento em que chupa o dedo (polegar) antes de dormir. Durante o dia não chupa.

A introdução da papinha foi de sete para oito meses e aceitação foi muito boa (sic.). A comida sólida foi introduzida com um ano. Nunca houve rejeição de alimentos, nem seletividade alimentar. Segundo a mãe come tudo que coloca no prato dele.

A rotina alimentar de Giovanni é a seguinte: no café da manhã toma leite integral com achocolatado, às vezes, prefere sucos ao leite, duas bisnaguinhas ou quatro fatias do pão de forma com margarina ou requeijão. Quando a mãe faz bolo, come um ou dois pedaços mais o pão. Na escola, toma o lanche da manhã que é oferecido lá. No almoço, come arroz, feijão ou macarrão, carne, verdura. Às vezes repete a comida. No café da tarde toma leite integral com achocolatado e come bolacha maisena, um pedaço de bolo ou pão. Na janta é oferecido o mesmo cardápio do almoço ou sopa. De vez em quando, não quer jantar e toma leite ou come um macarrão instantâneo.

Quando Giovanni está em casa sem nenhuma atividade, fica procurando alimento e comendo. A mãe diz que fica atenta a estas situações e chega a tirar os alimentos dele para

não comer tudo o dia inteiro e, algumas vezes, Giovanni chora. A mãe explica que não pode comer tudo, pois pode ficar doente, mas, algumas vezes, cede por ter dó.

A mãe diz que o filho é bastante ansioso, anda e fala o dia todo. Não sai muito de casa para brincar na rua, vai à casa da tia que mora ao lado e brinca com um vizinho de dois anos de vez em quando.

Na casa moram a mãe, a avó materna e o irmão. Mas a mãe irá se mudar, pois vai se casar novamente. A casa nova fica próxima à casa da avó.

A mãe conta que Giovanni, quando bebê, tinha o peso adequado e que se recorda que com quatro anos já estava gordinho (sic.), logo depois foi a separação dos pais.

Desde um ano, Giovanni tinha constantemente infecção de garganta até aproximadamente quatro anos, nesta época, fez uso de antibióticos.

A mãe relata que a criança não tira a camiseta na frente de ninguém, só da mãe e avó e não gosta de ir à praia, pois tem vergonha de estar acima do peso. Às vezes fala para a mãe que alguém o chamou de gordo na escola.

A mãe acha que Giovanni sempre foi mais apegado a ela do que ao pai. Na época da separação, Giovanni tinha aproximadamente quatro para cinco anos e a mãe diz que o pai sempre foi ignorante (sic.), implicava com o outro filho por parte de mãe e discutiam constantemente. A mãe que decidiu se separar e pediu para o pai sair de casa.

A mãe contou que o pai viajava muito a trabalho e, quando estava em casa, não ficava com o filho, ficava com os amigos no bar.

Com o namorado da mãe, Giovanni se dá bem, este não tem filhos. A mãe disse que não reclama pelo fato da mãe se casar novamente, mas reclama de ter que mudar de casa e ficar longe da avó. O irmão vai ficar com a avó. A mãe conta que teve problema com o filho mais velho por envolvimento com drogas. Giovanni sabe deste problema do irmão e provavelmente entende o que é.

O relacionamento de Giovanni com o irmão não é muito próximo. A mãe fala que um deve ter ciúmes do outro.

Giovanni, segundo a mãe, não liga muito para brincar, mas quer limpar a casa e as coisas dele como lavar quintal, lavar banheiro, arrumar brinquedos.

Desde bebê dorme na cama junto com a mãe e, quando estava casada, o pai dormia numa cama de solteiro. A mãe disse que quando mudarem de casa, ele vai ter o quarto dele separado e vai ter que se adaptar a dormir longe dela.

Em relação aos hábitos, chupa o dedo antes de dormir e dorme abraçado nos “paninhos”. Também range os dentes a noite.

Entrou na escola com quatro anos e está na mesma até hoje. No primeiro dia de aula chorou para entrar, mas depois não mais, se adaptou bem.

Quanto aos medos, tem do escuro e não sai de casa sozinho quando escurece. Não gosta do barulho de bombas e rojão. Quando menor, a mãe tinha que ficar fechada com ele no quarto até que o barulho parasse, pois ele tremia de medo (sic.).

Giovanni tinha infecções de garganta constantes, vomitava muito, tudo embrulhava o estômago (sic.). Esta situação durou aproximadamente um ano quando tinha de quatro para cinco anos. Quando o pai saiu de casa já estava estabilizada.

Com aproximadamente dois anos ficou internado dois dias por causa da infecção de garganta.

Tem rinite alérgica e, freqüentemente, apresenta dificuldade de respiração e tosse.

Na família o pai é obeso e faz uso de álcool. Algumas tias paternas também são obesas.

3.6.2 – Análise dos dados

No Procedimento de Desenhos-Estórias, as atitudes básicas mais freqüentes foram a aceitação, oposição e insegurança, aparecendo em três das cinco unidades de produção. As identificações são positivas (unidade 5) e negativas (unidade 2).

A figura materna aparece na segunda unidade e é positiva no início da história, mas negativa ao final. As figuras fraternas e/ou outras positivas são mais freqüentes, porém também foi comum aparecerem as mesmas figuras negativas.

Os sentimentos expressos foram derivados tanto do instinto de vida, quanto do instinto de morte nas unidades de produção 2, 3 e 4. Na quarta unidade também foram derivados do conflito. Na unidade 1 foi predominante o instinto de vida, enquanto na 5, foram prevalentes os sentimentos derivados do conflito.

As necessidades de suprir faltas básicas foram observadas nas unidades de produção 2, 4 e 5. Contudo, nas unidades 2 e 4 também se encontraram tendências destrutivas. As tendências construtivas apareceram nas 1, 3 e 5.

Os impulsos amorosos foram prevalentes e as ansiedades foram paranóides e depressivas.

Os principais mecanismos de defesa utilizados foram o deslocamento e a idealização.

As unidades de produção 1 e 5 são constituídas por situações idealizadas. Na primeira, não há conflitos manifestos, desta forma, as atitudes básicas são de aceitação, as figuras

significativas positivas, os sentimentos são derivados do instinto de vida e há impulsos amorosos e tendências construtivas.

Na unidade 5, apesar de utilizar como defesa a idealização, a personagem principal se sente sozinha em sua grande casa e tem dificuldades de limpar tudo sozinha, então chama muitas pessoas para morar com ela. Com isso, há insegurança e necessidade de suprir faltas básicas, mas, ao final da história, a personagem se sente feliz, havendo impulsos amorosos e tendências construtivas. Por outro lado, as ansiedades são depressivas e paranóides.

Assim como na história, a mãe relatou na entrevista que Giovanni não gosta de ficar sozinho e, também como a personagem, a criança passa boa parte de seu tempo limpando as coisas da casa. A mãe contou que prefere limpar a brincar. O limpar se configura como um comportamento que o mantém próximo da mãe, na medida em que limpa a casa, faz algo que a mãe aprova e tem a presença dela, não esquecendo que a profissão da mãe é relacionada à limpeza (doméstica). Também se pode pensar que limpar a casa é limpar, em fantasia, os pensamentos sujos, ruins.

A segunda unidade de produção começa com a atitude de aceitação, figura materna positiva e impulsos amorosos. No entanto, a história se modifica, a figura fraterna e materna se tornam negativas e fica evidente a atitude de oposição. O personagem Dório, ao qual está identificado, leva uma bronca da mãe, mesmo sem ter culpa: *"É que o Rafael bateu no Dório e ele ficou muito bravo com o Rafael. E o Rafael foi contar pra mãe deles e a mãe deles acreditou no Rafael que ele falou: Mãe o Dório me bateu, eu não gostei, daí ela deu uma bronca no Dório e o Dório ficou triste"*. Desta maneira, a identificação é negativa. Esta história também pode ser relacionada à história de vida de Giovanni, pois assim como o personagem, sua relação com o irmão é de ciúmes e passará a morar com a mãe, enquanto o irmão ficará na casa da avó.

Na terceira unidade, a atitude básica é de oposição, há destrutividade e mortes. Apesar de o conflito ser resolvido ao final da história, a ansiedade é paranóide. A criança não parece ficar preocupada com o mau que foi feito às pessoas, inclusive, em um dos momentos que conta da destruição da escola na festa junina porque pegou fogo, ri: *"Ficou...detonada (risos)."*

Na quarta unidade de produção, conta a história de uma pessoa que foi atacada por uma cobra que fugiu de onde estava presa. A pessoa é salva e a cobra é morta, mas ainda ficam as outras cobras presas. Há insegurança e necessidades de suprir faltas básicas, pois a pessoa atacada precisa de ajuda e se encontra numa situação de desproteção. A oposição aparece projetada na figura da cobra, assim como os impulsos destrutivos e sentimentos

derivados do instinto de morte. Também há sentimentos derivados do instinto de vida e derivados do conflito, pois o personagem é ajudado e sobrevive. As ansiedades são paranóides e depressivas. Nesta produção, há cisão, pois os aspectos maus são projetados na cobra, enquanto os bons ficam, principalmente, na figura do porteiro que salva o personagem. É possível pensar que tanto os aspectos bons, quanto os maus fazem parte de Giovanni, porém ele precisa deixá-los cindidos para que o mau não destrua o bom.

Quanto aos aspectos formais dos desenhos, de maneira geral, são desenhos grandes, o que sugere sentimento de expansão ou agressão. Os traços são grossos e fortes, indicando energia, vitalidade, mas também agressividade.

Em sua maioria, os traços são de avanços e recuos, o que indica ansiedade, falta de confiança em si, timidez, insegurança, hesitação ao encontrar novas situações, mas também sensibilidade.

Também nos desenhos foram encontradas transparências que indicam falha no senso de realidade.

Em relação ao CAT-A, a atitude básica mais marcante foi a de insegurança, presente em oito pranchas, seguida pela aceitação. Nas pranchas 1 e 7 houve tanto atitudes de insegurança, quanto de oposição. Em quatro pranchas houve identificação positiva e, em duas, identificação negativa.

A figura materna apresentou-se como positiva nas pranchas 2, 4, 8 e 10 e negativa nas pranchas 1, 2 e 10.

A figura paterna foi apenas positiva, aparecendo nas pranchas 5, 6, 8 e 10. O que é um dado curioso, pois na entrevista, a mãe relatou um pai ausente e pouco afetivo, de qualquer forma, provavelmente, a criança fala de uma figura paterna internalizada e idealizada, não necessariamente, correspondente ao pai real.

A figura fraterna e/ou outras figuras positivas também foram prevalentes.

Os sentimentos expressos mais freqüentes foram os derivados do conflito e derivados do instinto de morte. Nas pranchas 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9 e 10 estes dois sentimentos foram identificados.

As necessidades de suprir faltas básicas foram prevalentes e as tendências destrutivas e construtivas ocorreram na mesma freqüência.

Os impulsos amorosos foram observados em todas as pranchas e os destrutivos também nas pranchas 1, 2, 4, 5, 6, 7 e 10.

As ansiedades paranóides ocorreram em maior quantidade e os principais mecanismos de defesa utilizados foram a idealização e negação maníaca ou onipotente.

Na prancha 1 o tema é a alimentação. No início da história, a mãe sai para buscar comida aos filhotes, porém, demora a voltar e eles mesmos decidem buscar sua própria comida, os filhos comem tanto que explodem. Assim, a identificação é negativa e a figura materna também, pois a criança diz sobre a mãe: *"Que ela nunca encontrou comida para eles, quer dizer, ela não queria dar comida para eles, ela era preguiçosa, galinha preguiçosa"*. Há muita voracidade, impaciência e desejo de gratificação oral imediata dos pintinhos, com isso, os sentimentos são derivados do conflito e do instinto de morte e as ansiedades são paranóides. Há necessidade de suprir faltas básicas – alimentação e tendências destrutivas, pois os pintinhos morrem ao final. Parece que os objetos internos não dão conta de satisfazer suas necessidades. Também ocorreu durante a história de a criança contar um fato que lhe aconteceu, havendo identificação projetiva.

A prancha 2 traz uma história de três ursinhos que brincavam, caíram e morreram, havendo insegurança que seria a necessidade de ajuda, necessidades de suprir faltas básicas e tendências destrutivas, a ansiedade predominante é paranóide. A figura materna é positiva e negativa, pois tenta salvar os ursinhos, mas não é possível. Os três ursinhos parecem ser parte da criança, uma vez que, com todos acontece a mesma coisa, desta forma, há a cisão como mecanismo de defesa.

Na história da prancha 3 aparece a temática da limpeza, assim como na unidade de produção 5, um leão que não consegue limpar todo seu castelo sozinho. O leão se perde, porém acha um lugar melhor para morar, com a companhia de outros leões. Portanto, há atitude de aceitação, identificação positiva, impulsos amorosos e tendências construtivas, mas como mecanismos de defesa utiliza a idealização e a negação maníaca.

Na prancha 4 fala de cangurus que chegam à casa e não podem mais morar lá, pois outros invadiram. Eles ficam ricos e acham um lugar melhor para morar. Nesta prancha, assim como em outras, há um problema que é solucionado "magicamente" e a criança parece não entrar em contato com a ansiedade depressiva, pode-se observar no trecho: "*eles acharam outra casa para eles e essa casa era melhor do que a que eles tinham, eles são pobres e eles ficaram ricos demais, compraram tudo que precisavam, não faltou nem um pouquinho de dinheiro e eles viveram felizes para sempre e fim"*. Novamente, os mecanismos de defesa utilizados foram a idealização e negação maníaca.

Na prancha 5, assim como na 3 e 4, o conflito é solucionado ao final da história, mas sem um pesar: *"...aí o papai foi lá, pegou a mangueira, apagou todo o fogo e a casa deles ficou muito bonita do que era antes e eles viveram felizes para sempre e fim"*. Há insegurança, sentimentos derivados do conflito e tendências construtivas e destrutivas. Porém,

também, negação maníaca. Quando a pesquisadora pergunta como ficou a vida dos coelhinhos que perderam a sua mãe no incêndio, a criança diz: *"Muito alegre, esqueceram, tiveram seus brinquedos, tudo. Fizeram faculdade, teve emprego e fim"*.

Na prancha 6 diz que havia a mãe, o pai e o filho, porém, ao final, fala apenas do pai e filho, a figura materna é negada. Na história, o pai é atacado por uma cobra, o filho procura ajuda e consegue salvá-lo, assim, a identificação é positiva. Os impulsos e tendências destrutivas e sentimentos derivados do instinto de morte estão projetados na cobra. As figuras significativas positivas, impulsos amorosos, necessidades de suprir faltas básicas e insegurança são relacionados aos outros personagens – pai e filho.

A prancha 7 traz um leão voraz, que corre atrás de sua presa, mata e sacia sua fome. Porém, se arrepende do que fez e há uma tentativa de reparação. Pede desculpas para o irmão do macaco que matou, este aceita e viram amigos. Nesta história, apesar de aparecer a ansiedade depressiva, o desfecho também parece "mágico": *"...comeu o macaco, depois falou "E agora? Eu comi o irmão dele. Vou pedir desculpa", ele pediu desculpa, aí o macaco falou "Tudo bem, não tem problema", aí eles ficaram muito amigos e moraram na toquinha juntos"*. Contudo, a identificação é positiva e há atitudes de insegurança e sentimentos derivados do conflito.

Na prancha 8 há uma situação idealizada de uma família, na qual todos se dão bem e ficam felizes que a avó vai morar com a mãe, o filho e o pai. A atitude básica é de aceitação, as figuras significativas são positivas, os sentimentos são derivados do instinto de vida e há tendências construtivas e impulsos amorosos com ansiedades depressivas. A história contada nesta prancha, provavelmente, representa o que gostaria na sua vida, que seus pais estivessem juntos e que a avó ficasse morando com eles.

A prancha 9 apresenta a história de uma menina que vivia sozinha e gostaria de ter uma família. Identificam-se atitudes de insegurança, necessidades de suprir faltas básicas e sentimentos derivados do conflito. A menina foge de casa, o caçador a adota e os dois vivem felizes para sempre. Assim, há uma figura paterna positiva, impulsos amorosos e sentimentos derivados do instinto de vida. E os principais mecanismos de defesa são a idealização e a repressão.

Na prancha 10 a criança encontra dificuldade em sair de uma situação idealizada e, só após o inquérito da pesquisadora, fala de sentimentos mais dolorosos, vide o trecho a seguir:

"Era uma vez um filhotinho que ele fazia muita bagunça, ele fugiu de casa e a mãe dele foi procurar, ela voltou pra casa e ela não tinha achado ele, ele voltou pra casa de volta

e ele levou muitas palmadas no bumbum e viveram felizes para sempre. Após o filhote levar palmadas, vivem felizes para sempre. Giovanni nega a situação dolorosa.

A pesquisadora pergunta: "*Você falou que o filhotinho fazia muita bagunça. Que tipo de bagunça ele fazia?"* E a criança responde:*"Tipo ele jogava as coisas no chão, quebrou o vaso da mãe dele, fugiu de casa de tanto que apanhava, a mãe dele foi procurar ele, ele voltou de casa e levou muitas palmadas no bumbum e eles viveram felizes para sempre. Pesquisadora: E como ele se sentiu de levar umas palmadas? Triste, muito triste, triste, triste mesmo. Pesquisadora: E a mãe dele, o que ela achou disso, como ela se sentiu? Triste que ele fugiu. Pesquisadora: E depois o que você acha que aconteceu? Eles viveram felizes para sempre!"* Desta forma, observamos que há ansiedade depressiva, pois o filhote fica muito triste, porém a ansiedade paranóide é prevalente e o mecanismo de defesa principal é a negação.

Giovanni apresentou, nos dois instrumentos psicológicos projetivos aplicados, dificuldade de entrar em contato com a ansiedade depressiva e de fazer reparação. Houve tentativas de reparar, porém, na maioria das vezes, as soluções eram encontradas mediante alguma situação idealizada.

Pareceu, sobremaneira, relacionar-se com os objetos parciais, provavelmente, sentiu culpa intensa e dificuldade de suportá-la e manter-se na posição depressiva, precisando retornar a posição esquizo-paranóide.

4. DISCUSSÃO

Os dados apresentados capítulo anterior evidenciam que as crianças desta pesquisa apresentaram, de maneira geral, no D-E, no item atitudes básicas, a aceitação, insegurança e identificação positiva e negativa na mesma proporção. No CAT-A foi prevalente a insegurança e a identificação positiva.

Os elementos encontrados no D-E e CAT-A referentes às atitudes de aceitação, mais presentes no primeiro instrumento e, insegurança prevalente em ambos, podem ser relacionados, principalmente, aos conflitos que as crianças apresentaram entre, por exemplo, autonomia e liberdade (traço de aceitação) e dificuldades em relação ao crescimento (traço de insegurança). Foi freqüente, nesta amostra, conflito entre dependência e independência e, de maneira geral, houve dificuldade de autonomia. Pizzinatto (1992) sugere também a dificuldade de autonomia das crianças obesas, a autora aponta que a obesidade pode acobertar um ego frágil e funcionar como uma defesa contra assumir responsabilidades adultas.

Também ocorreram na mesma freqüência tanto identificações positivas, quanto negativas no D-E, provavelmente representando que as crianças conseguem perceber características positivas em relação a si mesmas, mas ainda fica em primeiro plano a depreciação da imagem corporal e o sentimento de menos valia, observados no item identificação negativa – problemas ligados à imagem corporal. Tardivo (1985) em pesquisa com uma amostra de crianças de cinco a oito anos de idade utilizando o D-E, aponta que a identificação positiva e a aceitação foram rebaixadas, porém superiores à identidade negativa. Já na pesquisa de Carvalho *et. al.* (2005) com crianças entre 10 e 12 anos, foram utilizadas a Escala Piers Harris de Auto-Conceito, o *Eating Behviours and Body Image Test* e os resultados mostraram que as crianças obesas estão mais insatisfeitas com seu corpo e aparência, entretanto, elas identificam em si características físicas positivas e outros atributos pessoais.

Sobre a identificação negativa observada, principalmente, no D-E, destacam-se estudos que encontraram insatisfação quanto à imagem corporal de crianças obesas, corroborando com os dados encontrados nesta pesquisa, cita-se Carvalho *et. al.* (2005), Fernandes (2007) que utilizou como instrumentos inquérito epidemiológico e a escala da silhueta; Venturini (2000) que fez sua análise através de entrevista e desenho da figura humana, Mishima e Barbieri (2009) que empregaram o teste do desenho da figura humana e CAT-A.

Além disso, todas as seis crianças contaram alguma história que pôde ser interpretada como representando a angústia diante do *bullying* sofrido, o que contribui também para a depreciação da imagem corporal, sentimentos de incapacidade, menos-valia e desmotivação. Como aponta Venturini (2000) a construção da imagem corporal é dinâmica e se relaciona ao meio externo que pode interferir positiva ou negativamente na avaliação que as crianças fazem de si mesmas.

Em relação às figuras significativas, nos dois instrumentos psicológicos utilizados, foram prevalentes a figura fraterna e/ou outras figuras positivas e figura materna positiva. A figura paterna foi positiva e negativa na mesma freqüência no D-E, enquanto no CAT-A foi predominantemente positiva. Os participantes utilizaram, diversas vezes, a idealização, o que aumentou a freqüência de personagens com características positivas.

A idealização é um mecanismo de defesa utilizado contra as pulsões destrutivas e é correlativa a uma clivagem entre o objeto bom, idealizado e provido de todas as qualidades e o objeto mau e persecutório, desta forma, pode-se explicar o aumento de personagens com características positivas (HINSHELWOOD, 1992). As crianças participantes pareceram não poder contar com figuras parentais reais, positivas e negativas, que pudessem suprir suas necessidades, mas, na maioria das vezes, apenas pela idealização e/ou negação chegaram a um final feliz nas histórias.

No estudo de Mishima e Barbieri (2009) com meninos obesos de sete a dez anos, as figuras parentais eram vistas como ambivalentes, não suprindo as necessidades afetivas, mas exigindo autonomia e a hiperfagia era a única maneira de se relacionar com o ambiente, preenchendo a privação afetiva experienciada nas relações precoces. Na presente pesquisa, apareceram muitas histórias relacionadas ao tema alimentar e, em alguns momentos, associado a um ato agressivo ou a falta de alimento trazendo a angústia de aniquilamento, o que faz pensar que também houve uma privação afetiva nas relações precoces.

Quanto aos sentimentos expressos, foram mais freqüentes os derivados do instinto de vida no D-E. No CAT-A, os sentimentos derivados do conflito e do instinto de vida ocorreram na mesma freqüência. Em muitas histórias do CAT-A houve conflitos, medo de perdas, necessidade de proteção e segurança, mas um desfecho que solucionou o problema. Em alguns casos, a solução foi encontrada de forma real e, em outros, de forma fantasiosa como analisado no capítulo anterior.

Em tendências e desejos, houve no D-E, na mesma quantidade, necessidades de suprir faltas básicas, tendências construtivas e destrutivas. No CAT-A, foram prevalentes as necessidades de suprir faltas básicas, seguidas pelas tendências destrutivas. Com estas

crianças, observou-se, muitas vezes, uma situação problema nas histórias que era constituída de tendências destrutivas, normalmente sendo solucionadas e, em que, o personagem principal das histórias necessitava de proteção e ajuda, denotando a categoria de suprir faltas básicas.

No D-E e no CAT-A foram prevalentes os impulsos amorosos. As ansiedades depressivas foram encontradas em maior freqüência no D-E, enquanto as ansiedades paranóides ocorreram mais no CAT-A. Estas diferenças quanto aos traços observados nos dois instrumentos psicológicos serão discutidas adiante.

Os mecanismos de defesa mais freqüentes no D-E foram a idealização, seguida pela racionalização e deslocamento. Sabe-se que a racionalização é um mecanismo de defesa freqüentemente utilizado após os oito anos de idade (TARDIVO, 1985). Porém, quanto à idealização e deslocamento, pode-se pensar que, nesta amostra, as crianças apresentaram no D-E, por diversas vezes, situações ou figuras idealizadas, parecendo que apenas estas poderiam conter suas angústias, indicando uma carência de bons objetos que pudessem ajudá-las. O mecanismo de deslocamento também foi freqüente e, considerando, segundo Laplanche e Pontalis (1987) que nele há uma mudança da pulsão relacionada ao objeto original para um objeto substitutivo com representações menos intensas, sugere-se fazer um paralelo com a questão da obesidade, na qual o excesso de ingestão alimentar viria suprir a ausência do seio bom materno ou dos objetos bons, tentando aplacar a angústia de sua perda, ou mesmo, de sua ausência em alguns momentos (SIMON, 1998).

No CAT-A, os mecanismos defensivos mais utilizados foram a cisão, seguida pela idealização e negação maníaca. Estes dados apontam para uma possível relação com o objeto parcial, sendo difícil para as crianças desta pesquisa, integrar os objetos bons e maus e sentirem a angústia depressiva por terem atacado os objetos bons. As crianças apresentaram, de maneira geral, mais características da posição esquizo-paranóide, porém, em alguns momentos, vivenciaram a posição depressiva, mas apresentaram dificuldades em tolerar a angústia que esta causou.

Notou-se nas crianças avaliadas voracidade, agressividade reprimida e, em maior parte, utilização de mecanismos defensivos mais relacionados à posição esquizo-paranóide, observados, principalmente por meio do CAT-A. A este respeito, pode-se retomar Klein (1952a) que discute a interação constante entre impulsos libidinais e agressivos, ocorrendo uma fusão entre pulsão de vida e pulsão de morte e, em períodos livre de fome e tensão, há um equilíbrio ótimo entre os dois, porém uma alteração neste equilíbrio dá origem à voracidade. A autora aponta que a intensificação da voracidade reforça sentimentos de frustração, que, por sua vez, reforçam os impulsos agressivos e, nas crianças, nas quais o

componente agressivo é intenso, a ansiedade persecutória, a frustração e a voracidade são facilmente despertadas, o que dificulta tolerar a privação e lidar com a ansiedade.

Em relação aos impulsos agressivos, estas crianças lançaram mão de mecanismos defensivos de idealização, cisão e negação maníaca, pode-se perceber isto no CAT-A, no qual algumas crianças projetaram em outros personagens, que não o herói da história, os impulsos destrutivos ou evitaram contar histórias com conflitos manifestos e, em outro extremo, apresentaram histórias com mortes e destruições. Também, em alguns momentos, pareceram não tolerar a culpa pela sua destrutividade, entraram na posição depressiva, mas retornaram à esquizo-paranóide.

Nas crianças Cláudio, Luana e Vinícius, foram encontrados, por meio da análise do D-E, aspectos formais dos desenhos e CAT-A, indicativos de depressão clínica. Isto consistiu em metade desta amostra, corroborando com estudos já realizados que apontam uma correlação entre obesidade e depressão, como o de Fernandes (2007), Mishima e Barbieri (2009) e Tardivo (2009).

Percebeu-se uma diferença em alguns itens correlacionando o D-E ao CAT-A, como exemplo, ansiedades depressivas mais encontradas no primeiro e as paranóides no segundo. Levanta-se a hipótese de que no D-E foi apresentada às crianças uma folha em branco e elas poderiam projetar livremente, inclusive utilizando mecanismos defensivos para não lidar com os conflitos e angústias manifestos. No CAT-A havia imagens e as crianças deveriam criar uma história a partir de um estímulo já existente, assim, por mais que fossem utilizados mecanismos como a negação, as imagens podem ter suscitados temas relacionados a conflitos que as crianças apresentavam, como a dificuldade de autonomia, as necessidades orais, a rivalidade entre irmãos, o conflito edípico, o sentimento de solidão, entre outros temas.

Como aponta Trinca (1997), o Procedimento de Desenhos-Estórias contém elementos estruturais básicos dos testes projetivos e das entrevistas clínicas não-estruturadas, permite conhecer a dinâmica de funcionamento mental em relação às angústias, desejos e defesas do indivíduo, requer uma compreensão da personalidade de forma mais integradora, considerando as dificuldades emocionais num processo global de rupturas e reequilíbrios da personalidade. Quando o D-E é utilizado em conjunto com outras técnicas projetivas pode complementá-las ou ser complementado, o que torna a avaliação da personalidade abrangente (MIGLIAVACCA, 1997). Nesta pesquisa, um instrumento mostrou-se complementar ao outro, na medida em que apontaram dados semelhantes e também dados diferentes.

Já o Teste de Apercepção Infantil com Figuras de Animais é um método projetivo que visa investigar a dinâmica da personalidade e pode explorar problemas de alimentação ou

problemas orais; problemas de rivalidade entre irmãos; atitudes frente às figuras parentais e o modo como essas figuras são apercebidas; relacionamento da criança com os pais enquanto casal; fantasia da criança no que concerne a agressão; medos; masturbação; hábitos de limpeza; fantasia sobre sua aceitação no mundo adulto; maneira de reagir e conduzir seus problemas de crescimento (BELLAK e BELLAK, 1971). Tardivo (1985) destaca que as técnicas projetivas podem ter vários critérios de classificação, sendo que o CAT-A é uma técnica projetiva visual que utiliza imagens como situações propícias para evocar projeções e o D-E é uma técnica gráfica baseada no grafismo. Desta forma, reflete-se sobre ansiedades paranóides mais presentes no CAT-A, pois este teste projetivo pareceu trazer à tona, muitas vezes, com intensidade, situações conflitivas vivenciadas pelos participantes da pesquisa.

Nas seis crianças participantes da pesquisa encontraram-se situações de vida envolvendo perdas reais que parecem estar relacionadas ao ganho de peso.

Cláudio começar a engordar quando muda para longe da avó. Luana tem histórico de perdas como se sentir abandonada na escola e o desmame traumático. Graziela ganha peso quando faz tratamento com corticóides, emagrece quando o tratamento é interrompido, porém, volta a engordar, mesmo sem os medicamentos, na época em que o pai apresenta alcoolismo e agressividade. Paulo fica na casa da avó durante todo o dia e longe dos pais a maior parte do tempo, também ganha peso nesta época. Vinícius tem uma entrada traumática na escola, não se adapta bem e, neste momento, começa a comer em grande quantidade. E Giovanni, na época em que ganha mais peso é um pouco antes de seus pais se separarem.

Para estas crianças, parece que o alimento representa a tentativa de internalização dos objetos bons, causa tranqüilidade e ameniza o sofrimento. Como descrito acima, quando houve uma perda, as crianças passaram a comer mais e, conseqüentemente, ganhar peso. Parece que não houve possibilidade de, naquele momento, as crianças elaborarem as perdas e situações traumáticas que vivenciaram, não puderam simbolizar seu sofrimento e, assim, a comida poderia vir a preencher o vazio emocional. Foram utilizados mecanismos de defesa como a negação maníaca, cisão e idealização, indicando relação de objeto parcial em muitos momentos, mas também ocorrendo tentativas de reparação, esta dinâmica de funcionamento mental se apresentou como uma forma de lidar com as situações de vida penosas.

Apesar de todos os conflitos e sofrimento apresentados pelas crianças pesquisadas, todas estabeleceram um bom vínculo com a pesquisadora e apresentaram disponibilidade para iniciar processo psicoterápico, o que seria indicativo de bom prognóstico.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos casos avaliados nesta pesquisa foi observado, a partir da análise do material, que o excesso de ingestão de alimentos, está associado a preencher um vazio emocional, vivenciado nas situações traumáticas e de perda ao longo das vidas dos participantes, também se apresentando como uma defesa para lidar com estas situações.

Constataram-se, por meio das entrevistas com as mães e pelos instrumentos psicológicos utilizados, que as crianças analisadas, apresentaram dificuldades nas relações objetais desde o início da vida. Apresentaram tanto impulsos de vida que permitiram a internalização do objeto bom, como também impulsos de morte, mas, nestas crianças, em muitos momentos, pareceu haver a prevalência dos impulsos agressivos contra o seio da mãe que levaram a voracidade insaciável de satisfação pelo esvaziamento do objeto, demonstrando assim, sentimentos de inveja, o que dificultou manter os objetos bons internalizados. Isso pôde ser verificado nas histórias contadas nos instrumentos psicológicos utilizados e a análise demonstra tentativas de reparação nem sempre bem sucedidas.

Desta forma, dentro desta pesquisa, frente à análise da história de vida das crianças, dinâmica familiar, meio cultural e social e testes utilizados, estaria o excesso de alimentação associado à fantasia de internalização dos objetos bons, mas, no momento, os participantes da pesquisa têm dificuldade em mantê-lo e medo de perdê-lo, por isso, há ingestão excessiva de alimentos e sobrevém o excesso de peso.

Nas crianças avaliadas foi observada voracidade, agressividade reprimida e utilização de mecanismos defensivos mais relacionados à posição esquizo-paranóide. Alguns mecanismos de defesa como negação maníaca ou onipotente, cisão, negação e idealização nos casos avaliados, foram utilizados para lidar com as situações de perda e sofrimento, o que indica predomínio da relação de objeto parcial, porém houve a tentativa de reparação em alguns momentos. Isto faz pensar que o objeto internalizado foi ambíguo, bom e mau, e daí surge uma tentativa de reparação do objeto bom que, em fantasia, pode ter sido destruído/estragado com sua agressividade.

Ainda é possível dizer que as crianças avaliadas, durante o processo psicodiagnóstico estabeleceram um bom vínculo com a pesquisadora, tanto que foi possível observar durante este processo, a agressividade reprimida e o medo de que esta pudesse vir à tona, além dos principais aspectos dinâmicos da personalidade. Algumas histórias dos testes tiveram em seu enredo muita destruição, morte e agressividade e os mecanismos de defesa principais para lidar com isto foram a racionalização e as defesas maníacas.

Também na história de vida das crianças participantes observaram-se doenças, como exemplo, as alergias, que dão a impressão de somatizações, termo utilizado em seu sentido mais amplo, uma vez que parecem não suportar pensar no sofrimento e elaborá-lo pela via psíquica.

Durante os testes, observou-se sentimento de exclusão e abandono, o que pode representar as situações de discriminação vivenciadas pelas crianças principalmente na escola, correspondentes ao *bullying* sofrido. Percebe-se que esta violência pode causar depreciação de si, sentimentos de inadequação, insegurança e menos-valia, pode afetar a auto-estima e fazer com que se isolem dos seus pares. É importante que os profissionais, principalmente da área da educação e saúde, estejam atentos a estas situações e possam trabalhar para uma prevenção neste sentido.

Diante do que foi constatado pelo processo psicodiagnóstico, foi indicado psicoterapia a todas as crianças desta pesquisa.

Este estudo pretendeu investigar os principais aspectos psicodinâmicos das crianças obesas pesquisadas, foi dado destaque a estes aspectos, porém, sabemos que este é apenas um dos elementos envolvidos na obesidade que é uma doença multifatorial. É evidente que fatores culturais, sociais, familiares, genéticos, endócrinos, entre outros, também podem estar associados ao desenvolvimento da obesidade.

Nesta pesquisa, observou-se que a história de vida das crianças, o ambiente interno e externo, os comportamentos aprendidos e o desenvolvimento emocional, interferiram na evolução da obesidade.

Pode-se refletir a partir dos casos analisados, a importância de uma intervenção psicoterapêutica que possa ajudar a criança a integrar os objetos parciais e fortalecer o ego para que possam lidar melhor com a culpa depressiva, pois, muitas vezes, prejuízos marcantes nas relações objetais, podem estar associados ao desenvolvimento de doenças, transtornos ou mesmo grande sofrimento.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para outras indagações de psicólogos e profissionais da saúde a respeito do tema obesidade infantil e incitar que novas pesquisas sejam realizadas sobre o tema. Pôde-se, por meio deste, conhecer mais esta população infantil que vem crescendo ano a ano e observar a importância de ações preventivas e, muitas vezes, precoces para prevenir o excesso de peso e todos os transtornos e doenças que podem vir associados.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. *A psicanálise da criança*: teoria e técnica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

ABRAHAM, K. *Teoria psicanalítica da libido*. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; COLOSIMO, E. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste. *Jornal de Pediatra*, v. 78, n. 4, Porto Alegre, 2002. Disponível em: <www.scielo.com.br>. Acesso em: 25 mar. 2007.

AJURIAGUERRA, J. *Manual de psiquiatria infantil*. 2 ed. São Paulo: Masson, 1983.

ALLEN, K. L.; BYRNE, S. M.; BLAIR, E. M.; DAVIS, E. A. Why do some overweight children experience psychological problems? The role of weight and shape concern. *International Journal of Pediatric Obesity,* Crawley, v. 1, n. 4, nov. 2006.

ALMEIDA, G. A. N.; LOUREIRO, S. R.; SANTOS, J. E. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliadas através do desenho da figura humana. *Psicologia:* reflexão e crítica, Porto Alegre, v. 15, n. 2, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 09 out. 2011.

AMIRALIAN, M. L. T. M. Pesquisas com o método clínico. In: TRINCA, W. (org.). *Formas de investigação clínica em psicologia*: procedimento de desenhos-estórias e desenhos de família com estórias. São Paulo: Vetor, 1997, p. 157-178.

AZEVEDO, M. A. S. B. *Um estudo exploratório da personalidade da criança obesa através do desenho da figura humana e dos indicadores emocionais de Koppitz.* 1997. 221f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997. Disponível em: <http://bases.bireme.br>. Acesso em: 25 set. 2006.

BALABAN, G.; SILVA, G. A. P. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes classes socioeconômicas na cidade de Recife. *Revista Brasileira Materno Infantil,* Recife, v. 5, p. 53-59, 2005.

BARBIERI, V.; JACQUEMIN, A.; ALVES, Z. M. M. B. O psicodiagnóstico interventivo como método terapêutico no tratamento infantil: fundamentos teóricos e prática clínica. *PSICO*, Porto Alegre, v. 38, n. 2, p. 174-181, maio/ago. 2007.

BARBIERI, V. Por uma ciência-profissão: o psicodiagnóstico interventivo como método de investigação científica. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 3, p. 575-584, jul./set. 2008.

BARBIERI, V. Psicodiagnóstico tradicional e interventivo: confronto de paradigmas? *Psicologia:* teoria e pesquisa, Brasília, v. 26, n. 3, p. 505-513, jul./set. 2010.

BELLAK, L.; BELLAK, S. S. *CAT-A*: teste de apercepção infantil com figuras de animais. São Paulo: Mestre Jou, 1971.

BENCZIK, E. B. P.; CUSTÓDIO, E. M.; TARDIVO, L. S. P. C. O uso do teste de apercepção infantil (CAT-A) em crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: um estudo de validade. *Trabalhos completos*, Brasília, DF: ASBRO, 2006, p. 307-314.

BERG, R. *Uma análise freudiana da obesidade*. 2008. 136f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

BLEGER, J. *Temas de psicologia:* entrevista e grupos. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BORMIO, S. N. G. *Fantasias inconscientes de gestantes portadoras de hipertensão arterial crônica por meio da técnica do desenho-estória.* 166f. 2008. Tese (Doutorado em Medicina) Faculdade de Medicina – UNESP, Botucatu, 2008.

BUFF, C. G.; RAMOS, E.; SOUZA, F. I. S.; SARNI, R. O. Freqüência de síndrome metabólica em crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade. *Revista Paulista de Pediatria,* São Paulo, v. 25, n. 3, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em: 18 set. 2011.

CAMPOS, A. L. R. Aspectos psicológicos da obesidade. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 129-130, abr. 1993.

CARDOSO, L. K. O.; CARVALHO, A. M. Avaliação psicológica de crianças acompanhadas em programa de atenção multiprofissional à obesidade. *Interface*, Botucatu, v. 11, n. 22, ago. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em: 09 out. 2011.

CAROTENUTO, C. *O pesadelo infantil e o teste CAT*: uma análise psicodinâmica. São Paulo: Vetor, 2003.

CARVALHO, A. M. P.; CATANEO, C.; GALINDO, E. M. C.; MALFARÁ, C. T. Auto conceito e imagem corporal em crianças obesas. *Revista Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 30, p. 131-139, 2005.

CASTILHO, S. M. *A imagem corporal.* Santo André: ESETec Editores Associados, 2001.

CATANEO, C.; CARVALHO, A. M. P.; GALINDO, E. M. C. Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, lócus de controle e ansiedade. *Psicologia:* reflexão e crítica*,* Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 39-46, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 23 set. 2006.

CECATTO, G. M. *Comportamento agressivo e aspectos psicodinâmicos em crianças abrigadas.* 2008. 91f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

COSTA, J. B.; MOMBELLI, M. A.; MARCON, S. S. Avaliação do sofrimento psíquico da mãe acompanhante em alojamento conjunto pediátrico. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 26, n. 3, p.317-325, jul./set. 2009.

CUNHA, J. A.; FREITAS, N.; RAYMUNDO, M. G. *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

DAMIANI, D.; DAMIANI, D.; OLIVEIRA, R. G. Obesidade – fatores genéticos ou ambientais? *Revista Pediatria Moderna*, v. 38, n. 3, p. 57-80, mar. 2002.

DIAZ, M. Percepción materna del estado nutritivo de sus hijos obesos. *Archivos de Pediatría Del Uruguay,* Montevidéu, v. 73, n. 2, jun. 2002. Disponível em: <www.scielo.com.br>. Acesso em: 25 mar. 2007.

FELIPPE, F. M. *O peso social da obesidade*. 2001. 282 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

FERNANDES, A. E. R. *Avaliação da imagem corporal, hábitos de vida e alimentares em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte*. 2007. 142 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

FERNANDES, M. H. *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FONSECA, J. G. M.; CANCELA, A. L. E.; LISBOA, F. A.; GIBSON, F. A. Fenomenologia do comer. In: CANCELA, A. L. E. *et. al. Obesidade e outros distúrbios alimentares.* Rio de Janeiro: Medsi, 2002, p. 237-256.

FRANCO, M. H. P.; MAZORRA, L. Criança e luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 24, n. 4, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 11 out. 2011.

FREITAS, V. G. *Obesidade infantil:* da falta de amor à fome de amor. 2009. 125f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: FREUD, S. *Obras Completas,* v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 163-195.

FREUD, S. (1915). Os instintos e suas vicissitudes. In: FREUD, S. *Obras Completas,* v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 129-164.

FREUD, S. (1920). Além do princípio do prazer. In: FREUD, S. *Obras Completas*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 115-144.

FREUD, S. (1926). Inibições, sintomas e angústia. In: FREUD, S. *Obras Completas*, v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 79-168.

GRAEFF, R. L.; VAZ, C. Personalidade de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) por meio do Rorschach. *Psicologia:* teoria e pesquisa, Brasília, v. 22, n. 3, p. 269-276, 2006.

GRASSANO, E. *Indicadores Psicopatológicos nas Técnicas Projetivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

HARA, R. N.; PRISZKULNIK, L. Obesidade na criança: algumas considerações. *Mudanças* – Psicologia da Saúde, São Bernardo do Campo, v. 12, n. 2, p. 400-408, jul./dez. 2004.

HINSHELWOOD, R. D. *Dicionário do pensamento kleiniano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

HIRSCH, S. B. Guia de interpretação do teste de apercepção infantil (CAT-A) de L. Bellak. In: OCAMPO, M. L. S. *et al. O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes, 1990, p. 147-166.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). POF 2008 2009 - Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. 2010. Disponível em: <*http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf*>. Acesso em: 09 mar. 2011.

KAHTALIAN, A. Obesidade: um desafio. In: MELLO FILHO, J. *Psicossomática hoje.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 273-278.

KLEIN, M. (1936). O desmame. In: KLEIN, M. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos.* Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 330-345.

KLEIN, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: KLEIN, M. *Inveja e gratidão e outros trabalhos.* Rio de Janeiro: Imago, 1991, p. 17-43.

KLEIN, M. (1952a). Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. In: KLEIN M. *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago: 1991, p. 85-118.

KLEIN, M. (1952b). Sobre a observação do comportamento de bebês. In: KLEIN M. *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago: 1991, p. 120-148.

KLEIN, M. (1957). Inveja e gratidão. In: KLEIN, M. *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p. 205-267.

KLEIN, M. (1946-1963). *Inveja e gratidão e outros trabalhos.* 4 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

KLEIN, M. (1921-1945). *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos.* Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KOHL, I. *Pesquisa de genes e/ou segmentos cromossômicos em pacientes com obesidade, e/ou hiperfagia, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor e/ou dificuldades de aprendizado e distúrbio de comportamento.* 2010. 162f. Tese (Doutorado em Biologia) – Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. *Vocabulário de psicanálise*. Martins Fontes: São Paulo, 1987.

LORDELO, R. A.; MANCINI, M. C.; CERCATO, C.; HALPERN, A. Eixos hormonais na obesidade: causa ou efeito? *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica*, São Paulo, v. 51, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 09 mar. 2011.

LUIZ, A. M. A. G.; GORAYEH, R.; JUNIOR, L. R. D. R; DOMINGOS, N. A. M. Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 10, n. 1, p. 35-39, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br >. Acesso em: 23 set. 2006.

MARTÃO, M. I. S.; LEONCIO, W. A. H.; TARDIVO, L. S. P. C. Os Desenhos-Estórias como procedimento para a compreensão das vivências emocionais de mães de crianças com traços autistas: resultados preliminares. In: *III Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos*, Porto Alegre: Supernova Editora, 2004, p. 104.

MARTTA, A. K. Pensando sobre obesidade mórbida. *C. da APPOA*, Porto Alegre, n. 106, set. 2002. Disponível em: <http://www.appoa.com.br/download/correio106.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2007.

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 80, n. 3, p. 173-182, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 02 nov. 2006.

MIGLIAVACCA, E. M. Utilização clínica. In: TRINCA, W. (org.). *Formas de Investigação Clínica em Psicologia:* procedimento de desenhos-estórias e desenhos de família com estórias. São Paulo: Vetor, 1997, p. 69-90.

MISHIMA, F. K. T.; BARBIERI, V. O brincar criativo e a obesidade infantil. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 14, n. 3, p. 249-255, set./dez., 2009.

MISHIMA, F. K. T. *Investigação das características psicodinâmicas de crianças obesas e de seus pais.* 2007. 254f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

NETTO-OLIVEIRA, E. R. *et. al*. Sobrepeso e obesidade em crianças de diferentes níveis econômicos. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 83-89, 2010.

NOGUEIRA, M. I.; GROSMANN, R. M. G. Dona Flor e seus dois maridos: o excesso como causador da obesidade. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, n. especial, p. 71-79, mai. 2005.

OCAMPO, M. L. S; ARZENO, M. E. G; PICCOLO, E. G. *et. al. O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas.* São Paulo: Martins Fontes, 1990.

OLIVEIRA, S. L. *Tratado de metodologia científica*. São Paulo: Pioneira, 2001.

OLIVEIRA, C. L.; FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência – uma verdadeira epidemia. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 107-108, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 25 set. 2006.

OLIVEIRA, C. L.; MELLO, M. T.; CINTRA, I. P.; FISBERG, M. Obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 17, n. 2, jun. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 18 set. 2011.

OLIVEIRA, K. S.; SOUZA, R. S.; BERTOLO, F. Z.; FIAMENGHI JUNIOR, G. A obesidade infantil no grupo de companheiros. *Anais do VIII Encontro de Iniciação Cientifica da PUC* - Campinas, 2003. Disponível em: <http://www.puccamp.br/pesquisa/i_semana_científica/ iniciação_resumos>. Acesso em: 28 set. 2006.

OLIVEIRA, T. M. V. Amostragem não probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. *Administração On line:* prática, pesquisa, ensino, São Paulo, v. 2, n. 3, 2001. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/art23/tania2.htm>. Acesso em: 1 mai. 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAUDE. Doenças Crônico Degenerativas e Obesidade: Estratégia Mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde - Brasília 2003. Disponível em: <*http://www.opas.org.br*>. Acesso em: 14 nov. 2006

PAIVA, M. L. F. *Relações entre representações cognitivas, afetivas e desempenho escolar de crianças de 4 a 5 anos de idade.* 1992. 193f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

PARIZZI, M. R.; TASSARA, V. Obesidade na infância. In: FONSECA, J. G. M. (org.). *Obesidade e outros distúrbios alimentares*. Rio de Janeiro: Medsi, 2002, p. 279-289.

PATTI, E. A. M. R.; MENESES, I. C. Crianças com sintomas fóbicos e o tratamento odontológico. *Revista Científica da Universidade de Franca*, São Paulo, v. 5, n. 1-6, p. 92-100, dez. 2005.

PAULO, M. S. L. Análise clínica da avaliação cognitiva de crianças com inibição intelectual. *Psicólogo inFormação*, São Bernardo do Campo, v. 12, n. 12, jan./dez. 2008. Disponível em <http://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/viewFile/1661/1650> . Acesso em: 12 out. 2011.

PIZZINATTO, V. T. *Distúrbios psicoevolutivos da personalidade de crianças escolares com obesidade exógena*: estudo psicanalítico através da entrevista de anamnese e o psicodiagnóstico de Rorschach. 1991. 341f. Tese (Doutorado em Ciências) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

PIZZINATTO, V. T. *Obesidade infantil*: processo psicossomático evolutivo. São Paulo: Sarvier, 1992.

PRESNELL, K.; PELLS, J.; STOUT, A.; MUSANTE, G. Sex differences in the relation of weight loss self-efficacy, binge eating and depressive symptoms to weight loss success in a residential obesity treatment program. *Eating Behaviors*, v. 9, n. 2, p. 170-180, apr. 2008.

REA, L. M.; PARKER, R. A. *Metodologia de Pesquisa:* do planejamento à execução. São Paulo: Pioneira, 2000.

RIBEIRO, K. C. S.; OLIVEIRA, J. S. C.; COUTINHO, M. P. L.; ARAUJO, L. F. Representações sociais da depressão no contexto escolar. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 38, p. 417-430, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 11 out. 2011.

RICARDO, G. D.; CALDEIRA, G. V.; CORSO, A. C. T. Prevalência de sobrepeso e obesidade e indicadores de adiposidade central em escolares de Santa Catarina, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia,* São Paulo, v. 12, n. 3, p. 424-435, 2009.

RONCOLATO, A. A. *Psicodiagnóstico compreensivo de crianças com distúrbios de conduta*: aspectos psicodinâmicos. 2011. 112f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo: 2011.

SANTOS, A. M. O excesso de peso na família com obesidade infantil. *Revista Virtual Textos e Contextos,* Porto Alegre, n. 2, ano 2, dez. 2003. Disponível em: <http://www.pucrs.br/textos/anteriores/ano2/obesidade.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2007.

SARMENTO, A. S. L.; SCHOEN-FERREIRA, T. H.; MEDEIROS, E. H.; CINTRA, I. P. Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em adolescentes obesos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, dez. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo>. Acesso em: 09 out. 2011.

SILVA, M. F. X.; VILLEMOR-AMARAL, A. E. A auto-estima no CAT-A e HTP: estudo de evidência de validade. *Avaliação Psicológica*, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 205-215, dez. 2006.

SIMON, R. Obesidade e bulimia/anorexia: posições esquizo-paranóide e depressiva considerações psicoterápicas. *Revista de Psicologia Hospitalar*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 4-9, 1998.

SOIFER, R. *Psicodinamismos da família com crianças*: terapia familiar com técnica de jogo. Petrópolis: Vozes, 1983.

STAKE, R. E. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (org.), *Handbook of qualitative research,* London: Sage, 2000, p. 435-454.

TARDIVO, L. S. P. C. *Normas para avaliação do Procedimento de Desenhos-Estórias numa amostra de crianças paulistanas de 5 a 8 anos de idade.* 1985. 208f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1985.

TARDIVO, L. S. P. C. Análise e interpretação. In: TRINCA, W. (org.). *Formas de Investigação Clínica em Psicologia:* procedimento de desenhos-estórias e desenhos de família com estórias. São Paulo: Vetor, 1997, p. 115-156.

TARDIVO, L. S. P. C. Atendimento clínico e psicodiagnóstico. In: LOLI, M. S. A. *Contribuições da Psicologia na Cirurgia da Obesidade*, São Paulo: Vetor, 2006.

TARDIVO, L. S. P. C. Conceituação e aprendizagem do psicodiagnóstico interventivo: relato da experiência no Instituto de Psicologia da USP. In: TARDIVO, L. S. P. C. e GIL, C. A. (org.). *APOIAR novas propostas em psicologia clinica.* 1 ed. São Paulo: Sarvier, 2008, v. 1, p. 40-48.

TARDIVO, L. S. P. C. Sofrimento psíquico de crianças: relações entre avaliação e intervenção. In: *I Congresso Luso Brasileiro de Psicologia da Saúde,* 2009, Algarve. Anais do I Congresso Luso Brasileiro de Psicologia da Saúde. Portugal: Algarve, 2009.

TRINCA, A. M. T. Ampliação e expansão. In: TRINCA, W. (org.). *Formas de Investigação Clínica em Psicologia:* procedimento de desenhos-estórias e desenhos de família com estórias. São Paulo: Vetor, 1997, p. 35-68.

TRINCA, W. (1984). Processo diagnóstico de tipo compreensivo. In: TRINCA, W. (org.). *Diagnóstico psicológico*: a prática clínica. São Paulo: EPU, 1984, p. 14-24.

TRINCA, W. (org.). *Formas de Investigação Clínica em Psicologia:* procedimento de desenhos-estórias e desenhos de família com estórias. São Paulo: Vetor, 1997.

TRINCA, W. Apresentação e aplicação. In: TRINCA, W. (org.). *Formas de Investigação Clínica em Psicologia:* procedimento de desenhos-estórias e desenhos de família com estórias. São Paulo: Vetor, 1997, p. 11-36.

TRINCA, W.; TARDIVO, L. S. P. C. Desenvolvimentos do procedimento de desenhos-estórias (D-E). In: CUNHA, J. A. *et. al*. (org.). *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000, p.428-438.

TRINCA, W; TARDIVO, L. S. P. C. Desenvolvimento do procedimento de desenhos-estórias (D-E). In: CUNHA J. A. *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000, p. 428-438.

TURATO, E. *Tratado de metodologia de pesquisa clínico-qualitativa.* Petrópolis: Vozes, 2003.

VAGOSTELLO, L. O risco da negligência: um estudo de caso. *Psicologia,* São Paulo, v. 3, n. 1, 2002, p. 142-152.

VARELA, A. P. Você tem fome de quê? *Psicologia:* Ciência e Profissão, Brasília, v. 26, n.1, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.bvs-psi.org.br>. Acesso em: 12 mar. 2007.

VENANCIO, S. I.; ALMEIDA, H. Método mãe canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 80, n. 5, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.bvs-psi.org.br>. Acesso em: 11 out. 2011.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista SOCERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 383-386, set./out. 2007.

VENTURINI, L. P. *Obesidade e família*: uma caracterização de famílias de crianças obesas e a percepção dos familiares e crianças de sua imagem corporal. 2000. 130f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

VILLEMOR-AMARAL, A. E.; XAVIER, M. F. Avaliação da relação com a figura materna no CAT-A. *Psicologia*, São Paulo, v. 8, n. 2, dez. 2007 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo>. Acesso em: 11 out. 2011.

VITALI, L. M.; VAISBERG, T. M. J. A.; GAVIÃO, A. C. D.; DE LUCIA, M. C. S. Investigação psicanalítica de representações sociais da obesidade através do procedimento desenhos-estórias com tema e análise de sessões de psicoterapia grupal. In: *V Congresso Interno do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo*, 2001, São Paulo. Anais do V Congresso Interno do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2001. São Paulo: IP/USP, n. 1, v. 1, p. 63.

WANNMACHER, L. Obesidade: evidências e fantasias. *Boletim Organização Pan-Americana de saúde:* uso racional de medicamentos: temas selecionados, Brasília, v. 1, n. 3, fev. 2004. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1163531769270Obesidade.pdf>. Acesso em: 18 set. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Growth reference data for 5-19 years. 2007. Disponível em: < *http://www.who.int/growthref/en/*>. Acesso em: 29 nov. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 10 facts on obesity. 2011. Disponível em: <*http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/index.html*>. Acesso em: 02 mai. 2011.