UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

“Investigação das características psicodinâmicas de crianças obesas e de seus pais”

Fernanda Kimie Tavares Mishima

Valéria Barbieri

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2007

FICHA CATALOGRÁFICA

Mishima, Fernanda Kimie Tavares

Investigação das características psicodinâmicas de
crianças obesas e de seus pais. Ribeirão Preto, 2007.

254. : il. ; 30 cm

Dissertação, apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP – Dep. de
Psicologia e Educação.

Orientadora: Barbieri, Valéria

1. Obesidade. 2. Criança. 3. Família

FOLHA DE APROVAÇÃO

Fernanda Kimie Tavares Mishima

Investigação das características psicodinâmicas de crianças obesas e de seus pais

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como
parte das exigências para a obtenção do título de
Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

A todas as famílias que participaram deste estudo, pela companhia que fizeram e criação que surgiu do encontro. A todos aqueles que, de uma forma ou de outra, desejam ser vistos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, de maneira especial, à Prof^a Dr^a Valéria Barbieri, por ter sido guia no processo de descoberta e vivência junto com as famílias, pela orientação diante de tantos fatos e experiências e pela dedicação, demonstrando que vale a pena ter paciência e vivenciar momentos de descoberta, para assim desenvolver e criar algo novo.

Agradeço também,

À presença constante e poderosa de minha mãe, Maria Cecília Tavares Mishima, que me mostrou, desde a infância até hoje, que o amor está acima de tudo e, junto dele, podemos construir o que quisermos; pela tolerância e carinho incondicional; por ter mantido a estabilidade da família e preservado o afeto dentro do nosso convívio.

Ao meu pai, Emilio Misao Mishima, que permanece constante em minha memória e em minha vida, pelos ensinamentos, valores e ética que me ensinou, por ter sempre acreditado que a vida é para ser vivida intensamente e ter me transmitido que com o sofrimento nós podemos crescer.

Aos meus irmãos amados, Flávio Eduardo Tavares Mishima e Fábio Augusto Tavares Mishima, pela demonstração de carinho, amizade, amor, companheirismo e lealdade, por terem sempre acreditado em mim e me apoiado em todos os momentos, ensinando a construir com meus erros e provando que o valor da família não se perde, se transforma.

Ao Rodrigo Rangel Reis, que me mostrou o valor das pequenas coisas, de um sorriso, de uma lágrima, de uma vivência que pode ser completa; por ter me mostrado outro lado da vida, outras experiências e confiado em minhas capacidades; por seu amor dedicado e afeto sempre presentes.

Às minhas amigas Laura Vilela e Souza e Melissa Fernanda Fontana, que fizeram com que eu comprovasse o valor da amizade e que o convívio familiar pode se estender a outros

ambientes; por estarem do meu lado sempre, respeitando meus pensamentos e apoiando minhas atitudes, com muita dedicação e cheias de vida.

À Profª Drª Sonia Regina Pasian, por ter me iniciado na carreira científica, mostrando que, quando fazemos as coisas com carinho, tudo pode ser alcançado; por transmitir suas experiências e seu conhecimento de uma maneira tão espontânea e bonita.

Aos meus alunos da turma de Psicologia de São José do Rio Pardo, por terem me ensinado que podemos preservar a arte da juventude, o sorriso e a esperança; pelas demonstrações de afeto que me ajudaram a construir e reconstruir minha identidade de professora.

À querida Érika Arantes de Oliveira, pela continência em nossas viagens, pelo apoio e cuidado comigo; por ter me apresentado suas experiências e me ensinado que é possível fazer escolhas e ganhar com elas.

Ao Prof. Dr. Manoel Antonio dos Santos e à Profª Drª Tania Maria José Aiello Vaisberg, pela contribuição dada ao meu trabalho no momento da qualificação, por servirem como exemplo de integração entre profissionalismo e afetividade.

A todas as famílias participantes desse estudo, pelo aprendizado que me proporcionaram e dedicação que tiveram comigo, demonstrando muita paciência e disposição nos momentos em que estivemos juntos.

- (Eu te amo)
- (É isso então o que sou?)
- (Você é o amor que eu tenho por você)
- (Sinto que vou me reconhecer... estou quase me vendo. Falta tão pouco)
- (Eu te amo)
- (Ah, agora sim. Estou me vendo. Esta sou eu, então. Que retrato de corpo inteiro)

CLARICE LISPECTOR, Para não esquecer, 1999, p.30

RESUMO

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

A obesidade é uma doença crônica que atinge milhares de pessoas. Considerada de alto risco e com graves conseqüências para a saúde física e mental, sua incidência na infância tornou-se ponto importante a ser investigado e relacionado com os prejuízos que pode acarretar, tanto individualmente quanto no âmbito familiar e social. Em vista disso, este trabalho teve por objetivo contribuir para o conhecimento das características psicodinâmicas de crianças obesas e de seus pais, por meio de entrevistas e técnicas projetivas. Foram realizados cinco estudos de caso de crianças do sexo masculino, com idade variando entre 7 e 10 anos, de nível sócio-econômico médio e com IMC-por-idade $\geq 95\%$ (obesidade). Os pais foram contatados, explicitados sobre os objetivos do trabalho e solicitados a participar dele juntamente com seus filhos. Após sua autorização, foram marcadas sessões com os pais, em consultório particular, para aplicação de uma entrevista semi-estruturada sobre a história pessoal da criança e o roteiro de classificação sócio-econômica (ABIPEME). Em seguida, as crianças passaram por avaliação psicológica individual, composta pela aplicação do Teste de Desenho da Figura Humana de Machover (DFH) e do CAT-A, avaliado segundo referencial proposto por Bellak. Os pais também foram avaliados por meio da aplicação do DFH e do Teste de Apercepção Temática (TAT), em forma reduzida (10 pranchas) segundo referencial proposto por Morval. Os dados obtidos mediante a aplicação do CAT-A e do TAT foram posteriormente organizados de modo a informar sobre as condições das funções do ego da criança e dos pais; adicionalmente uma avaliação dinâmica por simples inspeção, segundo o referencial psicanalítico, foi feita. Os resultados apontaram para uma dinâmica familiar específica na sustentação da obesidade da criança: uma figura materna que não ofereceu suficiente holding para o filho a fim de facilitar o processo de ilusão-desilusão e possibilitar a experiência transicional, e uma figura paterna que não foi capaz de atender à satisfação das necessidades da criança bem como apoiar a díade mãe-filho, proporcionando à mãe exercer sua função. Conseqüentemente, a criança teve dificuldade no alcance das experiências transicionais, o que gerou prejuízos na capacidade de simbolização, expressão da criatividade e estilo de ser pessoal, restando-lhe buscar o apoio concreto da realidade externa (alimento) como forma de se relacionar com o ambiente e aliviar sua ansiedade.

Palavras-chave: Obesidade. Criança. Família. Métodos Projetivos.

ABSTRACT

MISHIMA, F. K. T. **Obese Children and their parents: Investigation of psychodynamic characteristics.** 2007. 254 p. Dissertation (Mastering Degree) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

Obesity is a chronic illness that reaches thousands of people. Being considered of high risk and with serious consequences for the physical and mental health, its incidence in childhood became an important subject to be investigated and related to its possible damage in individual, family and social levels. Considering this, the present aimed to contribute for the knowledge of the psychodynamic characteristics of obese children and their parents, by applying projective interviews and techniques. Five case studies had been performed with 7-10-year-old, male children, average socioeconomical level, with IMC-for-age level $\geq 95\%$ (obesity). The parents were invited to take part of the study with their children and were explained about the its aims. After their allowance, the parents were interviewed in the private researcher's office, and applied both a semi-structured interview concerning their children's personal history and a socioeconomic classification protocol (ABIPEME). After that, the children went through individual, psychological assessment sessions. The techniques used were Machover's Draw-a-Person Test (DAP) and CAT-A, whose results were analyzed according to Bellak's approach. The parents had also been assessed using the DAP and a reduced form of the Thematic Apperception Test (TAT), according to Morval's approach. The data obtained from the CAT-A and the TAT were later organized in order to inform about the ego functions' conditions of both the child and parents; also, a dynamic evaluation by simple inspection was performed, according to the psychoanalytic approach. The results had suggested a specific familiar dynamics maintaining the child's obesity: on one hand, a maternal image that did not offer the son enough holding in order to facilitate the illusion-disillusion process and to make a transitional experience possible. On the other hand, paternal image that was not able to satisfy the child's needs, as well as to support the mother-son dyad, providing the mother conditions to perform her function. Consequently, the child had problems to reach transitional experiences, which caused damages to symbolization ability, creativity expression and personal style-of-being, thus leading the child to search for concrete support in the external reality (food) as a way to have a relationship with the environment and alleviate anxiety.

Key-words: Obesity. Child. Family. Projective techniques.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Obesidade: Definição e situação atual	21
1.1.1 Obesidade infantil	28
1.1.2 Fatores biológicos da obesidade	34
1.1.3 Fatores psicossociais	37
1.1.4 Fatores familiares	44
1.1.5 Tratamento	58
1.1.6 A compreensão psicanalítica da obesidade	63
1.2 Desenvolvimento emocional	69
1.2.1 Desenvolvimento do self	73
1.2.2 Fenômenos e objetos transicionais	78
1.2.3 O brincar	81
1.2.4 O papel do ambiente na patologia da criança	84
2 OBJETIVOS	91
3 METODOLOGIA.....	93
3.1 Contextualização metodológica	93
3.1.1 Perspectiva qualitativa	97
3.1.2 Considerações sobre os paradigmas da perspectiva qualitativa de investigação	98
3.1.3 Procedimentos analíticos de estudos qualitativos.....	100
3.1.4 Considerações sobre o processo de investigação qualitativa	105
3.1.5 Método clínico	108
3.1.6 Estratégia metodológica de pesquisa	115
3.1.7 Situação metodológica da presente pesquisa	129
3.2 Amostra	130
3.2.1 Critérios de exclusão da amostra	131
3.3 Material	132
3.3.1 Para avaliação da criança.....	132
3.3.2 Para avaliação dos pais	132
3.4 Procedimento	133
3.5 Análise dos dados	135
3.6 Aspectos éticos	135
4 RESULTADOS	137
4.1 Estudo de caso	137
4.1.1 Dados gerais de identificação	137
4.1.2 Entrevista de anamnese com os pais	138
4.1.2.1 Análise da entrevista.....	140
4.1.3 Sessão com a criança: aplicação do DFH e CAT-A	142
4.1.3.1 Análise do DFH	142
4.1.3.2 Análise do CAT-A	144

4.1.4 Sessão com a mãe (Sueli): aplicação do DFH e TAT	148
4.1.4.1 Análise do DFH	148
4.1.4.2 Análise do TAT – funções do ego	148
4.1.4.3 Análise dinâmica do TAT	151
4.1.5 Sessão com o pai (Fernando): aplicação do DFH e TAT	154
4.1.5.1 Análise do DFH	154
4.1.5.2 Análise do TAT – funções do ego	155
4.1.5.3 Análise dinâmica do TAT	157
4.1.6 Psicodinamismos familiares.....	158
4.2 Avaliação psicológica realizada com as crianças	160
4.2.1 Análise do DFH	160
4.2.2 Análise do CAT-A	162
4.3 Avaliação psicológica realizada com as mães	175
4.3.1 Análise do DFH	175
4.3.2 Análise do TAT	177
4.4 Análise da avaliação psicológica realizada com os pais	195
4.4.1 Análise do DFH	195
4.4.2 Análise do TAT	197
5 DISCUSSÃO	215
5.1 Características psicodinâmicas das crianças obesas	215
5.2 Características psicodinâmicas das mães	220
5.3 Características psicodinâmicas dos pais	225
5.4 Características psicodinâmicas da família	229
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	235
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	239
ANEXOS	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição dos heróis das dez estórias do CAT-A, conforme critérios estabelecidos por Bellak (2000).....	163
Tabela 2 – Atributos dos heróis das dez estórias do CAT-A.....	164
Tabela 3 – Necessidades apresentadas pelos heróis das dez estórias do CAT-A, considerando os critérios estabelecidos por Morval (1982).....	164
Tabela 4 – Representação do ambiente físico e social, considerando suas características: predominantemente positivas, predominantemente negativas ou ausentes	166
Tabela 5 – Mecanismos de defesa usados pelas crianças, conforme critérios estabelecidos por Bellak (2000)	170
Tabela 6 – Relação entre os critérios das análises horizontal e vertical utilizadas na análise das funções do ego	172
Tabela 7 – Análise das funções do ego das cinco crianças, através das estórias do CAT-A, considerando o nível de funcionamento egóico: preservado (P), comprometido em grau leve (CL), comprometido em grau moderado (CM) ou severo (CS).....	172
Tabela 8 – Pré-estrutura/organização da personalidade das crianças obesas	174
Tabela 9 – Análise formal das dez estórias contadas pelas mães no TAT, considerando a atitude frente à tarefa, a adaptação aos estímulos e instruções e a lógica, clareza e coerência.....	178
Tabela 10 – Reações de perturbação que as mães apresentaram perante as pranchas aplicadas do TAT	180
Tabela 11 – Heróis das estórias contadas pelas mães das crianças, e as características atribuídas a eles (predominantemente positivas ou negativas).....	181
Tabela 12 – Apresentação das necessidades dos heróis das dez estórias contadas pelas mães das crianças	182
Tabela 13 – Condutas apresentadas pelos heróis das estórias contadas pelas mães.....	184
Tabela 14 – Conjunto físico e social que fazem parte do contexto dos heróis das estórias contadas pelas mães	185
Tabela 15 – Representação dos tipos de desfechos das estórias contadas pelas mães	188

Tabela 16 – Nível de funcionamento das funções egóicas das mães das crianças obesas.....	191
Tabela 17 – Estrutura/organização da personalidade das mães das crianças obesas	193
Tabela 18 – Análise formal das dez estórias contadas pelos pais no TAT, considerando a atitude frente à tarefa, a adaptação aos estímulos e instruções e a lógica, clareza e coerência das estórias.....	197
Tabela 19 – Reações de perturbação que os pais apresentaram diante das pranchas aplicadas do TAT.....	200
Tabela 20 – Heróis das estórias contadas pelos pais das crianças, e as características atribuídas a eles	200
Tabela 21 – Apresentação das necessidades dos heróis das estórias contadas pelos pais das crianças	202
Tabela 22 – Representação das condutas apresentadas pelos heróis das estórias contadas pelos pais, destacando-se o nível evolutivo, o nível de performance e o estilo de conduta adotado	204
Tabela 23 – Representação dos conjuntos físico e social e suas características	205
Tabela 24 – Representação dos tipos de desfechos das estórias contadas pelos pais	208
Tabela 25 – Representação do nível de funcionamento egóico dos pais das crianças obesas.....	210
Tabela 26 – Estrutura e sub-estrutura de personalidade dos pais das crianças obesas	212

1 INTRODUÇÃO

Embora a pesquisa científica tenha demonstrado que a obesidade, doença crônica caracterizada pelo acúmulo anormal de tecido adiposo no organismo, seja causada por múltiplos fatores, poucos estudos tratam dos fatores psicológicos envolvidos em sua etiologia. O que predomina na área são estudos sobre as causas orgânicas (genéticas, biológicas, físicas) e os efeitos psíquicos que esta doença traz, muitas vezes perdendo de vista que os fatores psíquicos também são importantes em sua determinação.

Diante do aumento do impacto global da obesidade na saúde pública, ainda se tem poucos estudos e faltam informações sobre esse problema, principalmente no que se refere à magnitude da epidemia dessa doença em pessoas jovens, aspecto pouco abordado em muitos países.

Em razão da incidência da obesidade no mundo atual, principalmente no Brasil (38% dos brasileiros são obesos ou estão acima do peso – SAÚDE, 1999 apud LOLI, 2000), e dos prejuízos que esta doença acarreta no âmbito da saúde pública, este trabalho busca delinear e explicitar um pouco mais a vertente psicológica envolvida em sua etiologia e manutenção, investigando a dinâmica psíquica da criança obesa e de seus pais, compreendendo-a no contexto familiar. Com base nesse conhecimento, tem-se o intuito de auxiliar no entendimento desse quadro e implementar as possibilidades de seu tratamento e prevenção.

É importante ressaltar que a literatura demonstra que adultos obesos em geral foram crianças obesas. Partindo deste dado torna-se possível obter auxílio na prevenção de tal doença, antes de o paciente atingir a idade adulta. Serdula et al. (1993) realizaram revisão bibliográfica sobre a obesidade infantil, destacando alguns aspectos: a idade de seu início varia de 6 meses a 16 anos; sua prevalência varia de 1% a 28%, e no adulto varia de 7% a

26%; encontraram também que a proporção de crianças obesas que podem se tornar adultos obesos geralmente aumenta com a idade em que a obesidade se inicia, ou seja, há maior risco dessa doença no adulto quando a criança é mais velha.

Fisberg (2005) apresenta dados de exames nacionais de saúde dos Estados Unidos, realizados nas últimas décadas, que mostram que a chance de uma criança obesa atingir a vida adulta como obesa é de aproximadamente 16%. Já para o adolescente, a chance aumenta de 8 para cada 10.

Devido à importância e ao âmbito que essa doença está tomando, somado à escassez de pesquisas referentes aos aspectos psicológicos em sua compreensão, este estudo tenciona compreender o funcionamento psicodinâmico de crianças obesas e de seus pais. Para tanto, inicialmente faz-se necessário expor a definição existente acerca da obesidade e sua situação atual, destacando os índices que atinge nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

A seguir, foca-se a obesidade infantil, já que entre as crianças essa patologia está cada vez mais disseminada. Após esse enfoque, há três tópicos referentes aos aspectos etiológicos da patologia, a saber: os biológicos, os psicossociais e os familiares, buscando informar e mostrar a relevância da interação entre eles. Posteriormente, há alusão ao tratamento, enfatizando a importância da família no processo terapêutico e preventivo.

O tópico seguinte destaca o aspecto psicológico da obesidade, em função dos poucos estudos existentes, salientando o funcionamento psicodinâmico do indivíduo obeso. Dentro desse funcionamento, há destaque para a compreensão psicanalítica dessa patologia, principalmente no que se refere à relação da criança com o ambiente familiar, e em especial ao vínculo mãe e filho, não deixando de lado o papel do pai nessa relação. Winnicott, por ter sido um psicanalista que enfatizou o papel do ambiente no desenvolvimento emocional da criança, tem lugar especial nesse trabalho, o qual destaca os principais aspectos de sua teoria e sua contribuição para os problemas de alimentação.

Com essas informações, tentar-se-á compreender a dinâmica psicológica de crianças obesas e de seus pais, na tentativa de relacionar possíveis características que estejam auxiliando ou sustentando a patologia infantil. Essa informação, adicionada ao conhecimento das causas físicas já existentes, irá permitir uma compreensão bio-psico-social do indivíduo, dado de total relevância para o entendimento do ser humano como um todo, sua compreensão e possibilidades.

1.1 Obesidade: Definição e situação atual

A obesidade é uma doença crônica, causada pelo acúmulo excessivo de gordura no organismo, resultado do desequilíbrio permanente e prolongado entre ingestão calórica e gasto energético, que prejudica a saúde (COUTINHO, 1999). É uma desordem multifatorial, que atinge todas as faixas etárias e está associada a várias alterações metabólicas e ao aumento do risco cardiovascular, diminuindo a expectativa de vida (FISBERG, 2005).

Atualmente é um dos mais graves problemas de saúde pública, já que vem aumentando acentuadamente nas últimas décadas, com prevalência crescente em todas as faixas etárias, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, levando a doença à condição de epidemia global (COUTINHO, 1999; OLIVEIRA; CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2003; FISBERG, 2005). Nesse sentido, ela atinge cerca de 300 milhões de adultos e 18 milhões de crianças abaixo dos cinco anos no mundo todo, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2000 apud BUSSE, 2004).

Acredita-se que a obesidade irá substituir o cigarro como uma das principais causas de morte entre os americanos neste século (GRUNDY, 1998 apud MARTHA; PERES; FISBERG, 2005). Somado a isso, Monteiro e Victora (2005) afirmam que essa doença está relacionada a desvantagens sociais e diferentes tipos de morbidade em crianças, adolescentes

e adultos. O crescimento exacerbado desse fenômeno tem sido levado em conta pelas organizações internacionais, principalmente devido ao impacto na saúde de indivíduos e das populações, e ainda pela influência na economia de inúmeros países.

Segundo Creff e Herschberg (1983), os conceitos sobre a obesidade, suas conseqüências, seu aspecto social e psicológico mudaram muito no decorrer dos séculos, e ainda estão sujeitos a mudar. No século XIX a obesidade era tida como glória, reservada àqueles que dispunham à vontade da alimentação (proteção contra a doença), aos ricos e poderosos. Já a magreza era sinal de fragilidade, de fraqueza e doença.

Atualmente há maior facilidade para se obter alimentos, o padrão de vida tornou-se mais sedentário, com as pessoas comendo mais e se exercitando menos, o que fez com que os conceitos se modificassem, seja pela instituição da magreza como sinal de beleza, seja pelas descobertas das conseqüências que a obesidade traz à saúde (REPETTO; RIZZOLLI; BONATTO, 2003).

Ades e Kerbaux (2002) apontam para diferentes considerações da obesidade no decorrer das décadas: nos anos 50 era tida como um reflexo de um distúrbio de personalidade, nos anos 60 passou a ser vista como fruto de hábitos alimentares desadaptativos. Já nos anos 70 e 80 houve um aumento de estudos sobre perda de peso.

Atualmente, considera-se o sobrepeso como um aumento do peso corporal em relação à altura, quando comparados a alguns padrões de peso aceitáveis ou não. O sobrepeso pode ter como causa tanto um aumento da gordura corporal, quanto um aumento da massa muscular. Enquanto a obesidade é definida como um aumento excessivo somente da gordura corporal em relação à massa magra. A quantidade de adiposidade inclui a distribuição de gordura através do corpo e o tamanho deste depósito de gordura. Assim, muitos indivíduos com sobrepeso são também considerados como obesos. Contudo, se outra parte do corpo, que não

o conteúdo adiposo, desenvolve-se, o peso corporal excessivo pode não ser considerado condição de obesidade (MARTHA; PERES; FISBERG, 2005).

Há diversas maneiras de avaliar essa quantidade de tecido adiposo do corpo, a saber: as medidas de pregas cutâneas, de circunferência no cotovelo e na metade superior do braço; as tabelas de peso ideal, e, o mais útil (BRAY, 1989; BENOTTI; FORSE, 1995 apud ALMEIDA, 2000), o índice de massa corporal ($IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$). Apesar de ser o mais utilizado, um dos principais limites do IMC é não oferecer explicações para as variações da distribuição de gordura corporal.

Pesquisa realizada por Dietz e Bellizzi (1999) indicou que o IMC (Índice de Massa Corporal) ofereceu uma medida razoável e significativa para avaliar o sobrepeso e obesidade de crianças, entre 2 e 19 anos, e de adolescentes. Além disso, os autores sustentaram que os padrões usados para identificar sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes deveriam concordar com os padrões usados para identificar o grau 1 e o grau 2 de sobrepeso em adultos (IMC com valor de 25 e 30, respectivamente).

Contudo há o fator complicador de que a gordura corporal varia de acordo com o sexo da criança e muda conforme o aumento da sua idade, ou seja, garotos e garotas diferem em sua gordura corporal quando estão mais crescidos. Devido a estas características, o IMC para crianças também é conhecido por IMC-por-idade (HAMMER et al., 1991).

O IMC-por-idade é plotado de acordo com um gráfico de gênero e crescimento específicos (PIETROBELLI et al., 1998). Este gráfico contém uma série de linhas curvadas que indicam os seguintes percentis:

- abaixo do peso: $IMC\text{-por-idade} < 5\%$;
- peso normal: $IMC\text{-por-idade} > 5\%$ e $< 85\%$;
- risco de sobrepeso: $IMC\text{-por-idade} \geq 85\%$ e $< 95\%$;
- sobrepeso (obesidade): $IMC\text{-por-idade} \geq 95\%$

Essa modificação de nomes, tanto de risco de sobrepeso como sobrepeso, advêm de aspectos políticos, com o intuito de impedir que crianças e adolescentes sejam estigmatizados como obesos (COSTA; FISBERG, 2004).

A maior parte das pesquisas na área utilizam o IMC e seus respectivos valores na avaliação da obesidade em crianças de ambos os sexos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995; MAYNARD et al., 2003; OLIVEIRA; CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2003; DAVISON; BIRCH, 2001; DIETZ; BELLIZZI, 1999; MAYNARD et al., 2001).

Cintra, Costa e Fisberg (2005) salientam que, embora o uso do IMC possa ser considerado impróprio para as crianças devido à rapidez das alterações na forma e composição corporal durante o desenvolvimento, ainda é uma medida de grande importância clínica. Isso acontece principalmente porque a estatura exerce influência sobre a gordura corporal, e, conseqüentemente, é possível monitorar o desenvolvimento da obesidade e as mudanças ocorridas nas crianças e adolescentes em tratamento.

Esse aspecto é de grande importância, pois, segundo estatísticas oficiais há grande contingente de crianças com excesso de peso. Na França, por exemplo, estima-se que o excesso de peso atinja pelo menos 12 a 15% de crianças ou adolescentes, 28 a 30% dos homens e 24 a 26% das mulheres adultas (CREFF; HERSCHBERG, 1983).

Estudos mais recentes destacam a obesidade como o problema de saúde de maior prevalência nos Estados Unidos, afetando um terço da população adulta e adolescente. De acordo com algumas projeções, caso não haja intervenção, em 2035 a população americana terá 90% dos indivíduos com excesso de peso (FISBERG, 2005).

De maneira mais específica, segundo pesquisa realizada nos Estados Unidos (National Health and Nutrition Examination Survey – NHANES III, no período de 1999-2000), notou-se uma prevalência de sobrepeso de 15,5% nas crianças entre 12 e 19 anos, 15,3% entre 6 e 11 anos, e 10,4% entre 2 e 5 anos de idade, comparadas com valores de 10,5%, 11,3% e 7,2%,

respectivamente, no período de 1988-1994. A prevalência de sobrepeso entre os adolescentes negros não-hispânicos e México-americanos teve um aumento de mais de 10%, comparados os períodos de 1988-1994 e 1999-2000 (NHANES III apud FISBERG, 2005).

Em comparação a pesquisas anteriores, a porcentagem de crianças e adolescentes obesos teve índices relativamente estáveis no NHANES I (1971-1974) e II (1976-1980), dobrando durante o NHANES III e aumentando novamente mais 4% no NHANES IV (1999-2000), segundo o National Center for Health Statistics (NCHS, 1999 apud ZAMETKIN et al., 2004).

Corroborando estes dados, um estudo feito por Troiano e Flegal (2001), verificou que nos Estados Unidos, nas últimas duas décadas, pode-se notar um aumento dobrado na prevalência de sobrepeso entre crianças com idade de 6 a 17 anos. Hoje, 14% das crianças em idade escolar estão acima do peso e outras 11% estão em risco de aumentar seu peso.

Estudos epidemiológicos realizados em populações latino-americanas têm relatado dados alarmantes: conforme se consegue erradicar a miséria entre as camadas mais pobres da população, a obesidade desponta como um problema mais freqüente e mais grave que a desnutrição; é o chamado fenômeno da transição nutricional. Como a obesidade é considerada fator de risco para graves patologias, incluindo a diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão, distúrbios reprodutivos em mulheres, alguns tipos de câncer e doenças respiratórias, pesa sobre nosso sistema de saúde, levando a uma demanda que busca atendimento para essas enfermidades crônicas (MONTEIRO et al., 1995; POPKIN, 1994; SINHA, 1995; WALKER, 1995). É provável que 200.000 pessoas morram anualmente em decorrência destas complicações na América Latina (COUTINHO, 1999).

Somado a isso, há também a depressão, o comportamento de esquivas sociais, a dificuldade em se inserir na cultura atual, em ambientes sociais, preconceito nas escolas e

outros prejuízos para a qualidade de vida, como baixa auto-estima e a desvalorização de si (ADES; KERBAUY, 2002).

De acordo com Martorell et al. (1998), tem-se observado que a prevalência de sobrepeso em crianças de 1 a 5 anos de idade é de 6% no Haiti e 24% no Peru, que aumenta conforme o nível de educação materna. Nos outros países da América Latina observou-se uma taxa de obesidade em crianças de 4,6% na República Dominicana, 4,1% no Brasil, 3,9% no México e 2,7% no Paraguai.

Mais especificadamente no Brasil, os índices também denotam grande preocupação: na Bahia há 9,3% de crianças com sobrepeso e 4,4% com obesidade (OLIVEIRA; CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2003); em São Paulo há 2,5% de obesidade em crianças menores de 10 anos entre as classes econômicas menos favorecidas, e 10,6% na mais favorecida (MONTEIRO et al., 1995); no Recife o sobrepeso e a obesidade atingem cerca de 30% das crianças e adolescentes (BALABAN; SILVA, 2001).

Segundo pesquisas recentes, no Brasil, a obesidade infantil quase triplicou nos últimos 20 anos, atingindo a marca de 15% (MUDANÇA DE HÁBITO, 2004). Segundo últimos dados da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (ABESO), aproximadamente 40% dos brasileiros são obesos ou estão acima do peso (FISBERG, 2005). Ao comparar as estatísticas dos anos de 74/75 e 1989, notou-se um aumento de sobrepeso e obesidade de 53%, e, caso esse ritmo permaneça, Coutinho (1999) prevê que, na primeira metade do terceiro milênio, todos os brasileiros poderão se tornar obesos.

Para Hyder (2003), é difícil definir a etiologia da obesidade em uma só causa, já que esta se refere a uma combinação entre os fatores biológicos (predisposição genética), físicos (metabolismo), psicológicos (depressão ou ansiedade devido a traumas, perda de um ente querido, etc) e sócio-culturais (dieta estabelecida, falta de atividade física, etc).

Em relação a esse último fator, a obesidade está presente tanto em países ricos como naqueles em desenvolvimento, e é favorecida por um sistema conjunto de vida inadequada, a saber: sedentarismo, hábitos alimentares impróprios, alimentação insatisfatória, excesso de carboidratos na dieta, velocidade da refeição, lanches desequilibrados e consumo de doces e guloseimas (FISBERG, 2005).

Creff e Herschberg (1983) apontam para dois elementos principais em relação à obesidade: a tolerância objetiva e subjetiva do excesso de peso e a noção de descompensação física e psicológica do obeso. A tolerância objetiva significa que o obeso jovem suporta durante muito tempo sua obesidade, no entanto, à medida que o tempo passa há uma descompensação, que cria complicações clássicas na meia-idade, tais como diabetes, arteriosclerose, hipertensão arterial, fraquezas esqueléticas e articulares e outras. Já a tolerância subjetiva depende apenas da idéia que o indivíduo faz de sua imagem corporal. Assim como existe um peso físico, também há um peso psicológico, que aparece quando o indivíduo questiona se está ou não com o peso ideal.

As conseqüências físicas e psicossociais que o indivíduo obeso sofre, acarretam outros significantes na economia da sociedade, pois o país acaba por ter gastos exacerbados com medicamentos e tratamentos para as doenças conseqüentes, como hipertensão, dislipidemia, diabetes, etc. Enquanto as conseqüências físicas são largamente estudadas, as psicossociais são vistas como limitando-se ao preconceito e à discriminação.

Portanto, é relevante esclarecer que, como resultado dessa epidemia mundial de obesidade, muitas doenças crônicas estão aparecendo já na infância, ao invés de somente surgirem na vida adulta. Deste fato decorre a importância de se compreender a obesidade infantil, suas conseqüências e possibilidades de tratamento e prevenção.

1.1.1 Obesidade Infantil

A obesidade infantil tem sido considerada a maior ameaça para a saúde das crianças nos Estados Unidos (MICIC, 2001). Segundo informações da IOTF (International Obesity TaskForce – 2003), para a Organização Mundial da Saúde, estima-se que aproximadamente 10% dos indivíduos entre 5 e 17 anos estejam com excesso de gordura corporal, sendo que 2% a 3% são obesos, o que corresponde a 155 milhões de crianças com excesso de peso e de 30 a 45 milhões de obesas ao redor do mundo (FISBERG; CINTRA; OLIVEIRA, 2005).

Lobstein e Dobb (2005) trazem outros dados indicando que o excesso de peso está atingindo 10% das crianças em idade escolar no mundo todo, com prevalência de 25% de crianças nos Estados Unidos e em alguns países da Europa. Os números estão aumentando cada vez mais, tendo aproximadamente um acréscimo de 0,5% na prevalência a cada ano.

A pesquisa de Lobstein, Baur e Uauy (2004) confirma que atualmente os dados são preocupantes: na China uma em cada 13 crianças está acima do peso, no Brasil uma em sete, e na Itália uma em três.

Segundo estudos publicados pela Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) os dados apontam para a prevalência de 7% de obesidade nos meninos e 9% nas meninas brasileiras (TADDEI, 1993).

Em relação às regiões Sudeste e Nordeste do Brasil, Abrantes, Lamounier e Colosimo (2002) encontraram que a incidência de obesidade em adolescentes foi de 6,6% no Nordeste e 8,4% no Sudeste, e em crianças foi de 8,2% e 11,9% respectivamente. Juntando os dados das duas regiões a prevalência de obesidade entre crianças, para o sexo feminino foi de 10,3% e de 9,2% para o sexo masculino.

De maneira mais detalhada, um estudo feito na cidade de Santos, no ano de 2003, com 10822 crianças de 7 a 10 anos, obteve como resultado os valores de 15,74% de sobrepeso e

17,97% de obesidade. Entre a incidência de sobrepeso, 13,72% eram meninos e 14,79% meninas da escola pública; nas escolas particulares esses valores eram, respectivamente, 17,66% e 22,21%. Já os valores de obesidade encontrados em escola pública foram de 16,86% nos meninos e 14,26% nas meninas; e nas escolas particulares: 29,77% dos meninos e 2,31% das meninas (FISBERG; CINTRA; OLIVEIRA, 2005).

Em alguns países a incidência de obesidade em crianças e adolescentes tem sido maior que as de desordens alérgicas, incluindo a asma e o eczema (KIESS et al., 2001).

Assim, no período da infância e da adolescência, a obesidade tem grande importância porque pode se manter na vida adulta. A morbidade pode não ser freqüente em idades menores, mas já no adolescente percebe-se a presença de outros fatores de riscos concomitantes, como a hipertensão, o aumento da resistência insulínica ou as dislipidemias, que acarretam para o adulto situações de risco ou aumento de mortalidade, principalmente por sua associação com a doença arteriosclerótica, hipertensão e alterações metabólicas (FISBERG, 2005).

Além disso, a obesidade que começa na infância é mais grave que aquela que surge na idade adulta, já que vem de um aumento do número de células do tecido adiposo, fazendo com que o tratamento seja mais complexo (KAUFMAN, 1999).

Para Sun, Schutz e Maffei (2004) a obesidade infantil é resultante de uma falha no sistema de auto-regulação do corpo para suavizar a influência do ambiente no material genético do indivíduo. Há diversos fatores envolvidos na interação ambiente-genética, promovendo um balanço de energia positiva e causando a obesidade. Os autores apontam para o fato de que seja provável que uma combinação de fatores que afetam o metabolismo é o principal determinante do aumento de massa gordurosa no indivíduo.

De acordo com o Consenso Latino Americano (1998) a obesidade em crianças e adolescentes pode advir de três tipos de causas, as nutricionais (também denominadas simples

ou exógena) que representam o tipo mais freqüente (mais de 95%) e nos quais se agrupam os fatores genéticos e ambientais; a obesidade secundária ou endógena e a obesidade genética de causa conhecida.

Fisberg (2005) ainda ressalta que, na infância, os fatores determinantes para que a obesidade se estabeleça podem ser destacados em: grande aumento do ganho de peso gestacional, desmame precoce, introdução inadequada de alimentos complementares, emprego de fórmulas lácteas inadequadamente preparadas, distúrbios do comportamento alimentar e relação familiar inadequada. Quanto ao adolescente, é necessário acrescentar as modificações do período de transição para a idade adulta, baixa auto-estima, sedentarismo, lanche em excesso mal balanceado e grande aceitação da propaganda consumista, fatores que também não deixam de estar presentes na vida da criança.

Neste ponto, Damiani, Damiani e Oliveira (2005) discutem a afirmação de que o aleitamento materno é capaz de prevenir a obesidade. Os autores citam o estudo de Hedebrand (1999), no qual ele relatou que bebês que têm fome excessiva devido à causa genética, passam para o aleitamento artificial mais cedo (ambiente) comparados com bebês que apresentam um apetite normal. Para o autor, o que leva as mães a escolherem o aleitamento artificial é a impressão de que a criança não consegue uma provisão adequada de leite.

Além disso, o bebê alimentado ao seio apresenta, durante o crescimento, menor quantidade de gordura corporal, principalmente entre os 9 e 15 meses de idade (CINTRA; COSTA; FISBERG, 2005).

De acordo com essas considerações é mais fácil detectar precocemente a obesidade na infância, investigando as variáveis ponderais desde o início, analisando os antecedentes neonatais, familiares e alimentares (FISBERG, 2005).

Quando se faz a avaliação clínica de uma criança ou de um adolescente obeso, Fisberg (2005) afirma que se devem considerar alguns fatores de risco, como:

- Fatores familiares: soma da influência genética mais os fatores ambientais. É relevante observar os antecedentes familiares de obesidade; geralmente eles são mais preponderantes na mãe e na família materna. Quando ambos os pais são obesos a criança tem 80% de chance de sê-lo; se apenas um dos genitores é obeso, a chance cai para 50%, e para 9% quando nenhum dos dois é. Outro dado interessante é que o risco relativo de um filho único ser obeso é 2,2 vezes maior do que uma criança que vive em uma família de quatro filhos (JACOBY et al., 1975 apud FISBERG, 2005). O estado nutricional da mãe durante a gestação também tem grande relevância, já que boas condições do ambiente uterino irão favorecer o desenvolvimento fetal adequado (MARTHA; PERES; FISBERG, 2005). Assim, se a mãe ganha muito peso durante a gestação, seu filho também pode ter um peso elevado, porque com isso é possível desenvolver um número maior de células de gordura (VIUNISKI, 2000 apud MARTHA; PERES; FISBERG, 2005);
- Fatores ambientais: considera-se aqui que a obesidade tem início principalmente nos períodos de aceleração do crescimento na criança. Além do desmame precoce (pela inapropriada introdução de alimentos), têm importância a inadequada relação familiar, sedentarismo ou diminuição de atividade física, modificações de hábito. Podem-se acrescentar outros, como: mudanças nas estruturas sociais, como mulheres trabalhando fora de casa, o que leva ao maior uso de alimentos pré-preparados, até valores culturais e algumas tradições (devido à escolha da alimentação).
- Fatores individuais: suscetibilidade individual, biológica e não genética, atentando-se para os três períodos vulneráveis de desenvolvimento do ganho de peso: pré-natal (terceiro trimestre de gravidez – exposição ao excesso de nutrição da mãe); quinto ano de vida (aumento do IMC); adolescência;

- Fatores psicossociais: críticas dos colegas que podem levar à depressão e ao isolamento; uma auto-imagem negativa que acarreta em ansiedade e a maior ingestão alimentar.

Além desses fatores de risco, Spada (2005) descreve fatores precipitantes da obesidade (conflitos, separações, enfermidade grave) e fatores perpetuadores (baixa auto-estima, angústia de separação, fobia social, depressão).

Infelizmente ainda há pessoas que privilegiam a imagem do bebê rechonchudo como imagem de saúde e beleza. Por outro lado, existe o preconceito da equipe de saúde e da população na qual a criança se insere, já que o obeso é perseguido, agredido e marginalizado, terminando por se afastar do convívio social e esportivo, agravando o processo (FISBERG, 2005).

A grande incidência dessa doença na infância é preocupante, já que acarreta consequências a curto e longo prazo. Para a criança, os principais riscos para a saúde são o aumento do triglicerídeos e colesterol, alterações ortopédicas, dermatológicas e respiratórias, sendo as alterações metabólicas mais visíveis na idade adulta (FISBERG, 2005).

Fisberg (2005) ainda esclarece que, já que as co-morbidades aparecem mais tardiamente nas crianças obesas, talvez o diagnóstico dessa doença não receba o valor que merece. No entanto, o autor afirma que já está comprovado que a obesidade iniciada no final da infância e começo da adolescência irá trazer graves consequências para a vida adulta, mesmo que o indivíduo não tenha mais o excesso de peso ao crescer. Isso se deve pela formação das placas ateromatosas arteriolares e arteriais, responsáveis pela arteriosclerose, que surge mais cedo nesses indivíduos. Quando adultos, eles estão sujeitos a outros riscos, como dislipidemias, tabagismo, hipertensão arterial, estresse e sedentarismo.

Através de um estudo de seguimento de 40 anos, Mossberg (1989 apud ZAMETKIN et al., 2004) apontou para o dobro de prevalência de doença cardiovascular e hipertensão e o triplo de diabetes em crianças obesas comparadas com as crianças de peso normal.

Além da manutenção da obesidade na vida adulta, evento mórbido mais grave, há também as conseqüências psicossociais, já que os adolescentes de países industrializados relatam a obesidade como responsável pelo baixo desempenho escolar e social. A baixa auto-estima e a auto-imagem prejudicada geram problemas psicológicos, sociais e econômicos (FISBERG, 2005), que na vida adulta podem resultar em menos tempo de educação, baixa renda familiar, maior índice de pobreza e baixos índices de casamento (DIETZ, 1997; MAFFEIS; TATÒ, 2001 apud ZAMETKIN et al., 2004).

Desse fato decorre que as principais conseqüências psicossociais da obesidade infantil estão relacionadas à emoção. As crianças obesas ganham muitos apelidos e são motivos de piadas entre os colegas, os familiares e as pessoas em geral. Isso faz com que ela passe a se considerar diferente do seu meio, recusar-se a ir à escola e a ter problemas de aprendizagem.

Diariamente elas convivem com a discriminação social, fechando-se cada vez mais em suas casas, com a sua família, e mantendo poucos amigos. A partir disso, podem até desenvolver uma fobia social, sentindo-se tímidas, inseguras, deprimidas e envergonhadas da situação em que estão. Como são tratadas como diferentes, elas passam a acreditar que realmente o são, o que leva a um sentimento de incapacidade e desmotivação (LEMES, 2005).

Lemes (2005) enfatiza que, geralmente, como as crianças obesas apresentam a auto-estima muito baixa, no intuito de serem aceitas elas acabam por assumir o papel de boazinhas, fazendo tudo com muita simpatia e aparentando estarem sempre felizes. Esse é o estereótipo que elas mesmas criam e que vai se mantendo ao longo da vida, fazendo com que sempre deixem a própria vontade em último lugar. Muitos adultos obesos apresentam essas características, têm dificuldade em falar ‘não’ para os outros, sempre estão cuidando de tudo e

de todos, não conseguem diferenciar suas vontades e muito menos lutar por elas; ainda não sabem o que querem nem muito menos quem são.

Mills e Andrianopoulos (1993) demonstraram que indivíduos que desenvolveram obesidade na infância apresentaram mais psicopatologia do que aqueles que a desenvolveram mais tarde na vida. Assim sendo, esse resultado também pode sugerir que a obesidade infantil pode servir como variável preditiva de possíveis distúrbios psicológicos futuros na população de obesos.

Diante dessas considerações verifica-se a importância de prevenção do problema de obesidade na infância, para que se possa evitar complicações na vida adulta.

1.1.2 Fatores biológicos da obesidade

Autores apontam que a genética, o metabolismo e a biologia são fatores relevantes na etiologia da obesidade (ADES; KERBAUY, 2002). Outros, como Stunkard et al. (1986), apontam para a existência de um fator genético que a condiciona.

Fisberg (2005) salienta a existência de estudos nos quais se pode comprovar que a obesidade é uma doença geneticamente determinada, de herança múltipla e de características que apresentam variabilidade em sua transposição, de acordo com o ambiente. Conforme já apontado, a obesidade exógena ou nutricional, que é causada por um excesso de depósitos de gordura decorrente de um balanço positivo de energia entre ingestão e gasto calórico, é responsável por aproximadamente 95% dos casos de obesidade. O restante encaixa-se nos obesos endógenos, derivado de causas hormonais, como alteração do metabolismo tireoidiano, gonadal, e algumas síndromes.

Zametkin et al. (2004) também confirmam esses achados, de que apesar de serem raros os casos na população, também é possível se ter obesidade a partir de condições

médicas, tais como causa hormonal, hipotireoidismo, síndromes genéticas. Ainda, segundo Moran (1999), pouco mais do que 10% dos casos de obesidade infantil têm causas endógenas.

Considerando a obesidade endógena, o desenvolvimento do tecido adiposo humano inicia-se durante a etapa pré-natal. Há três períodos críticos para o desenvolvimento da obesidade e suas complicações: o primeiro ocorre durante a gestação e o primeiro ano de vida, o segundo entre os 4 e 6 anos de idade (conhecido como “período de rebote da obesidade”), e o terceiro na adolescência. A obesidade que se desenvolve nestes períodos, principalmente o “período do rebote”, caracteriza-se por sua persistência e complicações (DIETZ, 1997).

Estudos têm demonstrado que há uma correlação entre os IMCs de pais e filhos, sugerindo que a hereditariedade também tem participação no desenvolvimento da obesidade (MARTORELL et al., 1998). Quando ambos os pais são obesos, 80% dos filhos podem sê-lo, e mesmo que apenas um dos pais seja obeso há 40% de chance do filho também ser. Nesse mesmo sentido, Whitaker et al. (1997 apud MARTORELL et al., 1998) encontraram que 85% dos casos de obesidade no adulto jovem foram associados com a obesidade infantil quando a amostra estava entre as idades de 3 a 5 anos, mas não entre 1 e 2 anos. Estudos com crianças adotadas e gêmeos univitelinos e bivitelinos têm demonstrado que há um claro predomínio dos fatores genéticos sobre os ambientais na origem da obesidade (CONSENSO ..., 1998).

Assim, os fatores genéticos (endógenos) e ambientais (exógenos) funcionariam de maneira conjunta, como foi visto em outro estudo com gêmeos, nos quais se verificou que 50% da tendência para a obesidade é herdada (BRAY; BOUCHARD; JAMES, 1998 apud KIESS et al., 2001). Além disso, as variações genéticas podem predispor o indivíduo à escolha de alimentos gordurosos e também à inatividade física (DAMIANI; DAMIANI; OLIVEIRA, 2005).

Em estudo brasileiro, Engstrom e Anjos (1996) verificaram que há uma relação direta entre o estado nutricional de mães e filhos, no que se refere ao sobrepeso. Se a mãe

apresentava sobrepeso, o risco da criança em também apresentá-lo era 3,19 vezes maior, comparado com a mãe com baixo peso. Essa relação faz com que se torne importante o conhecimento do peso familiar para a compreensão do sobrepeso e obesidade, a fim de que possa ser previamente detectada a criança com tendência à obesidade.

Nessa mesma direção, Agras et al. (2004) também encontraram que o fator de risco mais potente para a obesidade infantil é o sobrepeso dos pais. Esse aspecto tem um efeito direto no sobrepeso infantil bem como no temperamento da criança. Uma das possibilidades apontadas pelos autores é a de que o sobrepeso e o temperamento estão geneticamente ligados. Outra alternativa é que o sobrepeso dos pais pode controlar o comportamento da criança, por exemplo, o acesso e o uso constante da comida. Os autores ressaltam três fatores de risco: ingestão calórica maior que a necessária para o crescimento normal, baixo gasto de energia através de atividade física ou alteração no metabolismo que afeta o balanço de energia calórico.

Lobstein, Baur e Uauy (2004) apontam para o fato de que as mudanças rápidas nos números de crianças obesas dentro de uma população relativamente estável indicam que os fatores genéticos não são o seu principal motivo. Um pouco se deve à migração de população, mas este também não é o fator primordial. Apesar de que os estudos com gêmeos criados em ambientes separados demonstraram a presença de uma predisposição genética para o ganho de peso de 60 a 85%, para a grande maioria das crianças os genes para o sobrepeso aparecem quando o ambiente permite e encoraja sua expressão.

Estes fatores ambientais que promovem o aparecimento da obesidade são considerados como fatores obesogênicos, ou seja, a ingestão de doces e comidas gordurosas somadas ao tipo de entretenimento das crianças (LOBSTEIN; DIBB, 2005).

Portanto, a despeito desses achados apontarem para a importância dos fatores genéticos na etiologia da obesidade, é importante ressaltar que há também outros aspectos

envolvidos em sua causa, a saber, de natureza psicossocial, que são considerados tão importantes e abrangentes quanto os anteriores.

1.1.3 Fatores psicossociais

A importância atribuída aos aspectos ambientais na etiologia da obesidade tem aumentado sensivelmente, e atualmente é sugerido que eles são o principal fator do aumento desse quadro em crianças (HYDER, 2003).

A possibilidade da obesidade ser sintoma de um distúrbio emocional foi discutida, pela primeira vez, na literatura francesa do século XIX, quando foi atribuído seu desenvolvimento a eventos e períodos de grande estresse emocional (LOLI, 2000).

Strauss (1999) relata que os fatores sociais relacionados à obesidade incluem a negligência, abuso e geralmente falta de suporte ambiental familiar. Segundo Lissau e Sorensen (1994) as crianças negligenciadas têm nove vezes mais probabilidade do que as outras para se tornarem obesas.

Em contrapartida, Strauss e Knight (1999) não observaram nenhuma associação entre o suporte emocional da família e o desenvolvimento da obesidade infantil, já que perceberam que crianças que se tornaram obesas tinham igual probabilidade de serem abraçadas, beijadas ou espancadas em comparação com aquelas que não desenvolveram obesidade.

Quanto às diferenças culturais, Bruss, Morris e Dannison (2003) afirmam que na socialização de crianças, os pais oferecem um senso de membro do grupo, usado na aprendizagem de valores culturais e nos comportamentos que auxiliam sua formação. Eles referem que dentro de cada grupo cultural a comida tem um significado diferente, demonstrado, por exemplo, pela oferta de alimento como sinal de hospitalidade e a crença em certos tabus alimentares.

Somado a isso, diferentes grupos culturais podem apresentar diferentes percepções de imagem corporal e de um peso normal. Em um estudo de pais predominantemente hispânicos, mais de um terço não acreditava que seus filhos eram obesos ou tinham sobrepeso. Assim, esta crença, juntamente com determinadas práticas alimentares, podem aumentar o risco das crianças para a obesidade (KUMANYIKA, 1993; MYERS; VARGAS, 2000). Essas diversas percepções variam de acordo com o status sócio-econômico e os hábitos alimentares de cada grupo cultural.

Nesses termos, na maioria das sociedades ocidentais as crianças advindas de um ambiente de privação sócio-econômica apresentam um risco maior de obesidade do que aquelas que vêm de grupos mais ricos (PARSONS et al., 1999). Os motivos para isso não são claros, embora as diferentes dietas tenham um papel importante. Além disso, a baixa auto-estima e o sentimento de inferioridade podem ser relevantes em mostrar como as famílias com privação lidam com as crianças que estão acima do peso. Assim, um ambiente depressivo onde a criança não tem um lugar para brincar, falta de oportunidade para fazer atividades fora de casa fazendo da televisão o único entretenimento, e distância de supermercados onde se vendem frutas, vegetais e comidas de baixo teor calórico podem contribuir para a maior prevalência da obesidade.

Enfatizando o significado psicopatológico da obesidade, Creff e Herschberg (1983) distinguem três tipos de obesidade: as programadas ou estruturadas têm o corpo gordo como sinônimo de força, energia e autoridade, mas também de renúncia e refúgio de sua sexualidade; as obesidades reacionais ou circunstanciais em que o corpo é assumido com certa resignação até que haja um momento mais feliz: elas se instalam após situações como divórcio, luto, tédio, crise depressiva e outras. Há ainda as obesidades por hiperorexia mental ou conflituais, em que o corpo gordo é depreciado e até odiado, e o alimento tem conotação

destrutiva e vingadora. Nestas, o comportamento alimentar exprime tensões afetivas e inadaptção ao meio familiar, escolar, profissional ou social.

Os efeitos psicológicos do excesso de peso na criança também devem ser salientados, já que trazem a esta uma marca durante toda sua existência, através de zombarias dos amigos, apelidos, dificuldade nos esportes, vergonha de se desnudar perante os outros. Tudo isso traz um sentimento de inferiorização e desprezo por si mesmo (CREFF; HERSCHBERG, 1983).

Estudos realizados indicam que o preconceito em relação aos indivíduos obesos começa primeiro com as crianças. Em alguns estudos foram apresentados diferentes desenhos de figuras de crianças brancas e negras ou que estavam em uma cadeira de rodas, de muletas, desfiguradas facialmente, amputadas ou obesas; as crianças desprezaram mais a criança obesa que qualquer outra desenhada, exceto a amputada (RICHARDSON et al., 1961).

Outros estereótipos comuns associados a essas pessoas incluem atitudes como sendo preguiçosas, incompetentes, com falta de disciplina e emocionalmente fracas. Puhl e Brownell (2001) demonstraram que há também discriminação em relação aos obesos no ambiente de trabalho, no cuidado com a saúde, educação e no ambiente social.

Schwartz e Puhl (2003) também destacam que há grande quantidade de pesquisas que mostram a estigmatização social das crianças obesas, sendo a atitude preconceituosa de outras crianças e a rejeição dos colegas as formas mais comuns desse estigma. Além disso, suicídios de crianças obesas têm sido vistos como resultado dessa estigmatização severa dos seus pares. Para esses mesmos autores, a mensagem da sociedade do século XXI é bem clara: “é ruim ser gordo” (p. 64). Eles ressaltam que as pessoas obesas não são discriminadas porque apresentam um comprometimento médico, mas sim porque são vistas como tendo um caráter pobre.

Estudos comprovam que as atitudes negativas em relação às crianças obesas começam cedo. Brylinsky e Moore (1994) verificaram que crianças de 3 anos de idade associaram

crianças com sobrepeso com características como estúpidas, feias, infelizes, preguiçosas e tendo poucos amigos. Já crianças de 4 a 11 anos descreveram as obesas como feias, preguiçosas, estúpidas, desonestas, isoladas socialmente, enquanto as que estavam na média de peso eram tidas como limpas, saudáveis, atrativas, felizes e socialmente populares (WARDLE; VOLZ; GOLDING, 1995).

Além disso, crianças obesas têm menos probabilidade de serem taxadas de “melhor amigo” pelos companheiros de sala, comparadas a crianças não obesas (STEWART, 1995). Ainda em relação a este tema, adolescentes femininas obesas relatam menos encontros, baixa participação nas organizações escolares e em outras atividades, comparadas com as não obesas.

As crianças mais velhas demonstram maior insatisfação com o próprio corpo, descontentamento que aumenta com a idade. Em um estudo de crianças de quarto grau do ensino fundamental, 49% das garotas e 30% dos garotos escolheram um tamanho de corpo ideal mais magro do que o que eles tinham; em contraponto, somente 10% dos garotos e 11% das garotas selecionaram um tamanho maior que os próprios (THOMPSON; CORWIN; SARGENT, 1997).

Neumark-Sztainer, Story e Harris (1999), verificaram que, além dos colegas, os professores também apresentam preconceito em relação às crianças obesas, taxando-as de sujas, mais emotivas, menos prováveis a ter sucesso e com mais problemas familiares. Assim, 55% dos professores concordaram que a obesidade freqüentemente representa uma forma de compensação pela falta de amor ou atenção e 28% acreditaram que a pior coisa que pode acontecer para uma pessoa é ela se tornar obesa. Outra pesquisa semelhante com os diretores das escolas elementares, sobre a etiologia da obesidade infantil, revelou que a crença maior é quanto à falta de auto-controle (59%) e problemas psicológicos (57%) (PRICE; DESMOND; STELZER, 1987).

Enquanto os diretores acreditaram que a obesidade infantil é a maior causa de rejeição entre os pares e que as escolas não estão trabalhando suficientemente com essa questão, contraditoriamente, 25% deles também acreditaram que os professores não precisariam oferecer suporte para a implementação de programas de tratamento na escola para ajudar os estudantes obesos. Assim, Schwartz e Puhl (2003) salientam que o impacto do estigma escolar não é totalmente compreendido.

Zametkin et al. (2004) afirmam que a auto-estima em crianças obesas varia com o gênero e a idade. As meninas têm maior risco de apresentarem problemas com a auto-estima, pela importância dada à imagem corporal.

Segundo Capisano (1992 apud LEMES, 2005), “a imagem corporal é a figuração do nosso corpo em nossa mente” (p. 100). Se o paciente é obeso desde a infância, se ele se preocupa excessivamente com sua obesidade e se tem dificuldades em se olhar no espelho, a distorção da sua imagem corporal é mais evidente (CORMILLOT, 1977 apud LEMES, 2005). Lemes (2005) complementa afirmando que essa distorção pode ser acentuada pela não aceitação dos pais em terem filhos obesos.

Indo nessa mesma direção, Stradmeijer et al. (2000) verificaram que meninas entre 10 e 16 anos com sobrepeso apresentaram baixa auto-estima. Somado a esse fato, a baixa auto-estima foi relacionada à crença das crianças de que seus pais viam seu sobrepeso de maneira negativa, além de estarem insatisfeitos com o peso dos filhos (PIERCE; WARDLE, 1993).

Entre as características psicológicas das crianças e dos adolescentes obesos destacam-se: imaturidade, infantilização, dependência, passividade, baixa auto-estima, falta de iniciativa e dificuldade de adiar gratificações (BANIS; VARNI; WALLANDER, 1988). Tais características podem trazer alterações importantes na dinâmica psicossocial da criança obesa, além de prejudicar seu desenvolvimento intelectual.

Gortmaker et al. (1993) encontraram que os adolescentes com sobrepeso têm menos educação, são menos prováveis a se casar e têm maiores níveis de pobreza ao atingir a idade adulta, quando comparados com seus pares de peso normal. Assim, o ambiente escolar hostil pode ser um fator preponderante nessa consequência para os adolescentes obesos.

Bruch (1975) descreve as consequências psicossociais da obesidade em crianças, afirmando que a maioria delas se mostra como triste, tímida e com vergonha de suas formas deslegradas. Além do mais, elas atraem a atenção aonde quer que vão. Dessa forma, a obesidade é uma séria desvantagem para a vida social de uma criança e, principalmente, de um adolescente, especialmente por não ser considerada uma doença como qualquer outra, nem sempre levada a sério pelos adultos.

Há diversos autores que sustentam que o sobrepeso está associado com avaliações negativas entre adolescentes e crianças em idade escolar, possivelmente porque estas crianças são avaliadas negativamente por seus pares (PINHAS-HAMIEL et al., 1996; RAMES et al., 1978; MALLORY; FISHER; JACKSON, 1989; HILL; DRAPER; STACK, 1994; BANIS; VARNI; WALLANDER, 1988; KIMM et al., 1991).

É comum que crianças e adolescentes que sofrem discriminações reclamem de irem à escola ou que peçam para serem transferidos em função de apelidos e piadas, ou ainda de desistirem de participar de esportes e de não quererem frequentar festas. Somado ao preconceito social, os pais ou os irmãos, em um momento de raiva, também podem acabar por usar um apelido pejorativo (LEMES, 2005).

Quando há rejeição dos pares e falta de amigos na infância, há também uma redução do funcionamento psicológico quando se atinge a idade adulta (BAGWELL; NEWCOMB; BUKOWSKI, 1998).

Indo mais além, é possível destacar que em adolescentes obesos o prejuízo de se ter uma auto-estima pobre inclui o aumento da tristeza, da solidão e do nervosismo, comparados

com os que não são obesos. Os obesos também apresentam uma probabilidade maior em se engajar em comportamentos de alto risco, como fumar e consumir álcool (LOKE, 2002).

Nesse sentido, diversas pesquisas encontraram aumento de sintomas depressivos entre crianças acima do peso (SHESLOW et al., 1993). Um estudo mais recente, com estudantes da terceira série do ensino fundamental, também demonstrou maiores sintomas depressivos em garotas acima do peso, podendo confirmar a relação positiva entre o índice de massa corporal e a depressão (ERICKSON et al., 2000).

Bruch (1975) aponta para a necessidade de se diferenciar as desordens psíquicas que têm papel relevante no desenvolvimento da obesidade daquelas que são advindas dessa doença. Nesse sentido, Ajuriaguerra (1975) afirma que há dificuldades específicas de natureza psicológica que estão sempre presentes, ou como fatores determinantes na obesidade exógena ou como consequência da obesidade endógena.

Destarte, pode-se perceber que o aspecto emocional está sempre ligado à obesidade, seja como causa, seja como consequência. Assim, torna-se fato comum alguns pacientes adultos, especialmente aqueles com obesidade mórbida, optarem por ficarem longe do convívio social, isolarem-se em suas casas, na presença da família e de escassos amigos, tudo para se protegerem das agressões verbais e não verbais (LEMES, 2005).

Essas considerações sustentam, unanimemente, que a obesidade acarreta dificuldades tanto para a saúde física quanto para a mental, não importando a idade em que o indivíduo acima do peso se encontra. Além da dificuldade enfrentada devido ao preconceito e discriminação sofridos no ambiente escolar, o obeso também se depara com aquelas advindas do ambiente familiar, na forma como são vistos e tratados.

Deste fato advém a dificuldade em se compreender os fatores etiológicos de forma isolada, pois eles agem de maneira conjunta e refletem em todos os aspectos da vida do

indivíduo. Neste ponto, não se deve esquecer da importância da família, tanto como apoio no tratamento do obeso como, muitas vezes, atuante na etiologia de sua doença.

1.1.4 Fatores familiares

Spada (2005) destaca que o vínculo mãe/filho exerce um papel importante, juntamente com os aspectos genéticos e ambientais, ressaltando que tanto a mãe quanto a criança têm importante participação e responsabilidade nesse processo, já que “cada díade mãe/filho é singular e única em sua dinâmica e história” (p. 19).

Engstrom e Anjos (1996) apontam para a importância de se conhecer o ambiente em que estão inseridas as crianças e suas mães, a fim de determinar seu estado de saúde e nutrição. Os autores salientam que a criança não deve ser vista como uma unidade isolada, fora de seu contexto familiar e da interação com seu meio ambiente. Dessa forma, a figura materna surge como importante elo de ligação entre a criança e o ambiente, já que desde a gestação há uma relação íntima entre mãe e filho. Pode-se dizer que, dentro da dinâmica familiar, mães e filhos compartilham condições sócio-ambientais e hábitos alimentares semelhantes, estabelecendo uma relação direta com seu estado nutricional.

Contudo, levantamento bibliográfico realizado na base de dados *Medline*, *Capes* e *Lilacs*, no período de 1980-2005, com as palavras-chaves “obesity”, “childhood obesity”, “childhood obesity and psychology” e “childhood obesity and family”, revelou que dentre estes fatores ambientais, os mais considerados são os de natureza sócio-cultural, como etnia, ambiente, mito da beleza, que, aliados a pesquisas com população de adultos obesos enfatizando a origem física e biológica da obesidade, dominam a literatura. A pequena quantidade de estudos averiguando o papel de aspectos psicológicos (emocionais), particularmente os vinculados à situação familiar na etiologia da obesidade, revelam certa

negligência do tema. Além disso, há vários estudos que informam sobre o tratamento e prevenção da doença, incluindo o papel da família nesse processo, os aspectos genéticos e influência do comportamento alimentar dos pais, em detrimento das características psicodinâmicas familiares relacionadas à sua origem.

Como exemplo desses estudos, Lobstein, Baur e Uauy (2004) mostram que pesquisas com famílias de obesos tratam apenas das questões de probabilidade de se ter adultos obesos, do tipo de comportamento alimentar que leva à doença e à eficácia do tratamento, sem abordar as características psicológicas e a dinâmica familiar do obeso.

Ganley (1986) verificou que o aumento do consumo de comida e o maior ganho de peso devido ao estresse ocorrem durante crises pessoais e familiares. Contudo, a maioria das pesquisas sugere que a obesidade é que exerce um importante papel na dinâmica familiar (e não a recíproca) e que geralmente o obeso tem muitos problemas com relacionamentos interpessoais (ATKINSON; RINGUETTE, 1967; BUCHANAN, 1973; LINET; METZLER, 1981).

De qualquer modo, a família é fator preponderante na obesidade, seja em sua etiologia, seja no tratamento. Em alguns casos a formação familiar se confunde como causa ou consequência da doença. Nesse sentido, Ganley (1986) destaca que a característica presente na família de obesos é a inibição de autonomia e individuação, principalmente devido à alta incidência de imaturidade, passividade e cautela nos relacionamentos interpessoais. Somado a isso, a solidão, depressão e o tédio, frequentemente relatados pelos obesos, sugerem que a família do obeso tem dificuldade em atender as necessidades de seus membros, similarmente às famílias com desordens psicossomáticas. Dessa forma, muitas pesquisas já sugerem que indivíduos obesos vivem em um sistema psicossomático.

Ganley (1986) ainda ressalta que a obesidade pode ser vista como forma de evitar o conflito, especialmente o familiar. Assim, o obeso pode ser visto como o bode expiatório da

família, responsável pelos problemas que não têm nada a ver com sua obesidade. Caso os indivíduos obesos aceitem esse papel de bode expiatório, há a formação de um círculo vicioso e o estabelecimento de determinados padrões, nos quais eles passam a se sentir realmente culpados pelos problemas familiares e preconceitos culturais sofridos.

Contudo, como no caso do indivíduo obeso em si, não há um padrão único de características comportamentais em todas essas famílias, sendo que cada uma delas teria sua estrutura e funcionamento próprios, incluindo maneiras de solucionar seus conflitos (GANLEY, 1986).

Davison e Birch (2001) também esclarecem que a situação familiar tem grande importância, já que o contexto social fornece indícios para a criança de sua aceitabilidade ou não, podendo protegê-la de pensamentos de auto-depreciação ou colocá-la em risco para tê-los. Nesse sentido, com o bem-estar físico e emocional dos filhos em mente, os pais podem reagir ao peso deles por meio de cuidados e alterando seu modo de alimentação. Um pai cuidadoso pode, direta ou indiretamente, criticar o comportamento de seu filho como uma maneira ou de encorajá-lo a mudar, ou de controlar excessivamente os tipos e quantidades de comida que ele tem acesso. Essas últimas atitudes podem transmitir à criança a idéia de que seu peso é indesejável e de que ela é incapaz de controlar seus próprios hábitos alimentares. Tudo isso, combinado com o fato de se estar acima do peso, pode prejudicar o senso de self que envolve a criança.

Campos (2005) complementa essa informação, afirmando que, na obesidade exógena, a maioria dos casos está relacionada à dinâmica ambiental familiar em pessoas já com predisposição genética, apresentando as seguintes características: excesso de ingestão alimentar, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, relacionamento intrafamiliar complicado, consumismo, desmame precoce, relações psicoafetivas alteradas, grandes conflitos e distúrbios do vínculo mãe-filho. Esses fatores aliados com os níveis de atividade

física dos pais, seus comportamentos alimentares e o hábito de assistir televisão, são considerados como um micro ambiente criado em casa, ou seja, cada pequena atitude dos pais exerce grande influência na determinação do risco de obesidade em crianças mais jovens (LOBSTEIN; BAUR; UAUY, 2004).

Com o objetivo de investigar a percepção de crianças obesas em relação a si mesmas e de seus pais, Braet, Mervielde e Vandereycken (1997) estudaram uma amostra clínica e não-clínica de 139 crianças obesas e 150 com peso normal, com idades variando de 9 a 12 anos. Elas preencheram a Escala de Competência Percebida para Crianças de Harter, enquanto seus pais faziam uma Lista de Comportamentos Infantis. Como resultado verificou-se que todas as crianças obesas, independente de estarem em tratamento ou não, demonstraram mais auto-percepções negativas que as não obesas, e tiveram escore mais baixos de auto-preocupação. De acordo com seus pais, as crianças obesas da amostra clínica pareciam ter mais problemas de comportamento, sugerindo que a psicopatologia depende de um status de obeso clínico.

Outros estudos revelaram que a percepção da mãe em relação ao filho que está acima do peso, nem sempre é verdadeira. Maynard et al. (2003) investigaram a percepção das mães de 5500 crianças com idades variando de 2 a 11 anos. Aproximadamente um terço destas mães (32,1%) disse que seu filho que tinha sobrepeso estava com o peso certo. Este resultado pode refletir uma falha ou relutância das mães em reconhecer que seu filho tem sobrepeso, ou uma falta de conhecimento do que é estar acima do peso. Ainda, nesse mesmo estudo, os autores observaram que as mães têm mais chance de identificar risco de sobrepeso nas filhas do que nos filhos que já o apresentam.

Também preocupados com a influência da família no sobrepeso infantil, Favaro e Santonastaso (1995) mostraram que as características maternas são mais importantes que as paternas para os casos de obesidade do filho e de seu tratamento. Investigando 49 casais com filhos obesos, esses autores concluíram que uma sintomatologia psiquiátrica mais séria e um

distúrbio de personalidade das mães tinham importante relação com uma obesidade mais severa em crianças, mais do que a simples ansiedade e a depressão maternas.

Nessa mesma direção, Bruch (1975) afirma ser o papel da mãe fundamental na aquisição da obesidade da criança, já que ela é a geradora inconsciente dessa doença e o centro da resistência do tratamento. Ele afirma que, durante a tenra infância, as atitudes das mães podem influenciar a habilidade da criança para diferenciar o que é fome e o que é saciedade, e, caso elas apresentem distúrbios psicológicos, elas tendem a superalimentar a criança. Conseqüentemente, para que haja sucesso no tratamento da obesidade, é necessário que a mãe modifique sua atitude psicológica diante do filho.

Pensando na influência materna em relação à obesidade infantil, Strauss e Knight (1999) enfatizam que a obesidade materna é o aspecto mais significativo para predizer a obesidade infantil. Eles destacam que o ambiente familiar é um fator crítico no desenvolvimento dessa patologia na criança, afirmando que há estudos que denotam um aumento maior que o dobro de desenvolvimento da obesidade em crianças que tiveram baixas estimulações cognitivas, comparadas com aquelas que tiveram altos níveis de estimulação.

Nesse sentido, há uma passagem interessante citada por Bruch (1975): “para entender a obesidade infantil, é necessário lembrar que ele (criança) acumulou seu peso extra enquanto vivia em uma família que, conscientemente ou inconscientemente, estimulou o sobrepeso e a inatividade” (p. 93)¹ (tradução livre da própria autora).

O papel da família no desenvolvimento da obesidade está relacionado à qualidade da relação entre pais e filhos: quando ela é positiva oferece chances à criança de construir uma personalidade forte e flexível, independente e autoconfiante, e ao desenvolvimento de uma afeição pela geração mais velha, permitindo acolher a geração seguinte com mais ternura. Assim, a criança desenvolverá o desejo de criar um lar semelhante para si. Por outro lado,

¹ No original: “to understand the obese child, one needs to remember that he accumulated his extra weight while living in a family that, wittingly or unwittingly, encouraged overeating and inactivity” (BRUCH, 1975, p. 93).

caso o pai e a mãe estejam sempre em conflito, a criança pode ter dificuldade para encarar a construção do seu lar com satisfação. Dessa forma, a atmosfera familiar influenciaria o desenvolvimento das fantasias que determinam a hostilidade ou amistosidade da visão de mundo (KLEIN et al., 1973).

Como a família tem responsabilidade na formação do comportamento alimentar da criança, sendo os pais os primeiros educadores nutricionais (SPADA, 2005), esse processo interage com as predisposições genéticas para a obesidade infantil e com o contexto social, que oferece tanto estímulos adequados quanto inadequados na aquisição das preferências alimentares das crianças. Ramos e Stein (2000) citam que, nos casos de obesidade, a grande preocupação dos pais está ligada à quantidade da alimentação, e não ao desenvolvimento de hábitos e atitudes alimentares mais adequados qualitativamente.

Indo além das práticas alimentares, Dias (1996 apud SPADA, 2005) afirma que o tema da obesidade gira em torno de um ambiente familiar alterado, onde é possível identificar características de superproteção, rigidez e falta de solução dos conflitos. Nesse mesmo sentido, Attie e Brooks-Junn (1989) asseguram que as famílias que têm maior proximidade emocional, que passam mais tempo juntas, expressam mais facilmente seus sentimentos e que suas crianças apresentam maior percepção do cuidado materno, exibem uma prática de alimentação mais saudável e têm um vínculo mais seguro.

Caso isso não aconteça, há dificuldades para lidar com a autonomia, independência e crescimento dos membros familiares, trazendo obstáculos para se desenvolver a confiança, auto-suficiência e independência. Assim, se a obesidade de um dos membros da família se resolve, todo o grupo precisa se rearticular para que não aconteça seu desfacelamento (ARAÚJO, 1993 apud SPADA, 2005). Desse fato decorre a importância de todo o grupo familiar na prevenção e tratamento da obesidade de seus membros, já que são eles que

influenciam a forma de alimentação, o clima nas refeições e o envolvimento ou não dos filhos em atividades físicas.

Dessa forma, Spada (2005) releva o papel regulador da família e a busca constante de equilíbrio entre o processo de individualização de cada um de seus membros, que deve acontecer mutuamente para que o desenvolvimento do grupo possa ocorrer. A autora esboça algumas características de famílias que têm algum membro que apresenta transtorno alimentar, a saber:

- Famílias muito fechadas em si mesmas, com pouco contato com o mundo externo;
- Pouco diálogo, não há sintonia na comunicação, gerando dúvida e insegurança;
- Pouca definição dos papéis familiares, sem esclarecimento da posição de cada um dentro do grupo;
- Pouco estabelecimento de limites por parte dos pais, confundindo todos os membros quanto aos próprios limites e os dos outros;
- Dificuldade em expressar claramente e de maneira assertiva os sentimentos, tanto os negativos quanto os positivos. Assim, ressentimentos não são expostos de maneira direta, criando um clima de insegurança emocional e pouca certeza quanto ao que cada um realmente sente e pensa;
- Pobreza afetiva do subsistema conjugal, com pouco entrosamento e união, o que pode acarretar grande envolvimento dos filhos nos problemas dos pais, sendo chamados ora de um lado ora de outro;
- Mães obesas com dificuldades de controlar sua obesidade que levam as filhas junto com elas ao médico;
- Pais geralmente mais omissos e distantes do grupo familiar, como se não tivessem grande participação no cotidiano da família ou não tivessem interesse em tê-la.

Dentro dessa dinâmica e formação familiar, Strauss e Knight (1999) informam que, após observações subseqüentes durante o período de seis anos, crianças que vivem com mães solteiras têm significativamente mais probabilidade de se tornarem obesas, assim como as crianças negras, aquelas com pais desempregados e crianças cujas mães não completaram o ensino superior. Nestas investigações, os autores assinalam que não houve associação entre o suporte emocional da família e o desenvolvimento da obesidade infantil.

De qualquer forma, a escolha da alimentação da criança sofre intervenção desde cedo pelo ambiente familiar, os pais deveriam ser encorajados a disponibilizar comidas saudáveis para as crianças e servi-las em situações alimentares positivas, com o objetivo de ajudarem os filhos a desenvolverem hábitos alimentares mais saudáveis (KIESS et al., 2001).

Creff e Herschberg (1983) também salientam o papel da mãe na fase de desenvolvimento oral da criança, já que ela é quem ensina ao filho indicadores do modelo alimentar que será usado pelo resto da vida. Ele acentua que a mãe dispõe de quatro parâmetros para intervir no comportamento alimentar da criança: duração, quantidade, escolha e ritmo. A partir destes, pode-se classificar a mãe em cinco tipos fundamentais:

- Mãe sensível aos sinais do recém-nascido, que os favorece e valida;
- Mãe que superalimenta para gratificar (qualquer sinal significa fome);
- Mãe que quer ter sossego e “enche” o bebê para acabar com os sinais;
- Mãe que obedece a horários rígidos e não releva os sinais da criança;
- Mãe “fantasiosa” que causa anarquia, para ela e seus filhos, na sinalização.

Nesse mesmo sentido, Lemes (2005) cita que a má qualidade do vínculo entre mãe e filho surge quando a mãe usa a alimentação como estímulo condicionador, isto é, como ela não consegue uma sintonia com o filho, usa o alimento para acalmá-lo, garantindo à criança alguns momentos de saciedade e a ela momentos de tranquilidade.

Andrade et al. (1995) apontam para a possibilidade de mães, com sentimentos inconscientes de rejeição, atuarem superalimentando o filho na tentativa de diminuir a culpa pelo que sentem. Neste estudo, outras mães burlavam a dieta do filho, desencorajando-o do sucesso, devido a uma necessidade pessoal de terem um aliado em seus próprios excessos alimentares, em uma relação semelhante à simbiose.

Nessa mesma direção, além de superalimentar o filho para compensar a rejeição inicial, a mãe se sente tranqüila com um bebê gordinho (“Bebê Johnson”), pois assim pode mostrar aos outros sua condição e sentimento de boa mãe (CAMPOS, 2005). Contudo, ao menor sinal de choro da criança é-lhe oferecido alimento, fazendo-a desenvolver a associação “estímulo desagradável – alimento – conforto – estímulo agradável aos pais” (p. 108).

Campos (2005) salienta que, através desse tipo de comportamento, a mãe não deixa a criança entrar em contato com a falta, atendendo e fazendo tudo pela criança, destituindo-a de algo necessário e imprescindível para que a criança possa exercer sua própria criatividade para solucionar suas necessidades. Conseqüentemente, é possível observar nos pacientes obesos muita passividade e dependência, já que é a experiência da realidade que possibilita ao indivíduo deixar de acreditar que tudo aquilo que ele quer pode fazer acontecer. Assim, diante de qualquer impossibilidade, sua frustração será ainda maior.

A despeito da influência da figura materna na dinâmica familiar, o pai também tem um papel de grande importância, pois o ajustamento materno é influenciado pelo envolvimento paterno, sendo que a criança sofre o efeito desses fatores em seu desenvolvimento. O aumento da participação do pai pode também ter conseqüências positivas como também estressantes, o que ocasiona soluções para alguns problemas e criação de outros (LEWIS; DESSEN, 1999).

Assim, nota-se a evidência do papel do pai no entendimento da dinâmica afetiva mãe/filho, ou seja, a atenção do companheiro para com a mulher, que é mãe, é capaz de oferecer-lhe melhores condições de cuidar do filho, tendo o pai um papel primordial no

desenvolvimento da identidade materna, que vai sendo delineada com o papel de ser mãe (SPADA, 2005).

Deste fato decorre a importância da atitude de ambos os pais para com seus filhos obesos, já que aquilo que é comunicado à criança interfere em suas atitudes de aliviar o problema da obesidade. Além disso, no relacionamento entre pais e filhos, dependendo do sexo da criança, os pais apresentam diferentes visões dessa doença. Segundo Silva (1993 apud SPADA, 2005), os pais de meninos obesos geralmente atribuem sua obesidade à falta de exercícios, menor excitação emocional, menor envolvimento com os colegas e um forte quadro de preferências alimentares. Já quanto às meninas, essa doença é associada com bom humor, grande emocionalidade e desgosto consigo mesmas e rejeição dos pares. Outro achado é que os meninos não obesos apresentam mais o estereótipo negativo contra obesos que as meninas, pois estas tendem a ver a beleza interior das pessoas. Portanto, a imagem mental padronizada negativa contra os meninos parece ser menos significativa que para as meninas.

Andrade et al. (1995), com o objetivo de compreender os aspectos psicogênicos e psicodinâmicos da evolução da obesidade, avaliaram 134 casos de crianças e adolescentes (idades entre 5 e 18 anos) atendidos no Ambulatório Multiprofissional de Obesidade Infantil da Escola Paulista de Medicina em 1992/93, através de entrevistas com os pais, observação do vínculo mãe-filho e testes projetivos. Os resultados indicaram alguns fatores psicológicos mais frequentes relacionados à ingestão calórica (e até desencadeantes da obesidade em alguns casos): mães rejeitadoras gerando carências afetivas (26,1%); pais com sentimentos de depressão e culpa (geralmente a mãe), que invadem a vida da criança, fazendo-a se sentir culpada pelo sofrimento deles (17,2%); crianças que passaram por situações de angústias circunstanciais (14,2%); mães simbióticas e superprotetoras (13,4%); pais alcoólatras, que fazem do vício um modo de lidar com a frustração e ansiedade (10,4%); crianças com quadros

graves de imaturidade emocional (9,7%) e com problemas orgânicos, neurológicos ou congênitos (9%).

Estudos realizados desde a década de 1990, pelo grupo Nutrição Pediátrica da Universidade Federal de São Paulo e na cidade de Salvador, demonstraram que, em famílias de risco, a ausência de um adequado vínculo materno-infantil acarreta em um aumento de casos de obesidade e desnutrição em diferentes membros da mesma família (FISBERG, 2005), o que também foi comprovado por outros autores através da prática clínica (SPADA, 2005).

Há diversos estudos que retratam que um vínculo ruim entre mães e filhos é fator provável no desencadeamento e manutenção da obesidade (LEMES, 2005; SPADA, 2005). Contudo, Lemes (2005) também deixa claro que a má qualidade desse vínculo também pode causar desnutrição das crianças, distúrbios do sono, alergias e outros problemas. Assim, para entender o desenvolvimento da obesidade deve-se pensar na predisposição da criança para tal, ou ainda no comportamento compensatório da mãe para com o filho, ou seja, por qualquer motivo que aconteça, ela tenta compensar na alimentação, pensando que superalimentando a criança ela lhe garante algo bom. Portanto, não há um perfil definido ou mesmo uma estrutura mental que possa ser única para os obesos, devendo-se, assim, evitar generalizar os problemas psicológicos a todos os indivíduos com obesidade.

O vínculo mãe/filho também pode desencadear a obesidade quando se tem uma forte identificação entre os dois, que acontece inconscientemente. Por exemplo: se apenas a mãe é obesa na família, ela pode se identificar com determinado filho, oferecendo-lhe alimentos calóricos e atraentes, garantindo um parceiro para o seu problema e auxiliando o desenvolvimento da obesidade infantil. Especialmente nesse caso, quando a mãe busca ajuda para o seu filho e não para si mesma, geralmente há o boicote ao tratamento da criança, pois,

ao lado do parceiro da doença, fica mais fácil aceitar as críticas dos outros a ela própria (LEMES, 2005).

Outro fator contribuinte para a obesidade infantil, enfatizado por Lemes (2005), refere-se à presença de pais muito autoritários, que exigem muito de seus filhos e dão pouco valor àquilo que eles produzem. Isso acontece porque a criança passa a acreditar que para ser amada ela precisa dar cada vez mais de si, apresentando uma ansiedade cada vez maior e não conseguindo satisfazer as vontades de seus pais. Para ela, o desejo de seus pais são os seus, e, então, pode passar a usar o alimento como forma de reagir contrariamente ao desejo perfeccionista dos pais, ou ainda como forma de aliviar a ansiedade através da falta de limites e da voracidade ao comer.

Lemes (2005) também aponta para o fato de que a preocupação dos pais em criar filhos altamente competitivos para a vida, oferecendo-lhes tudo aquilo que não puderam ter e que consideram importante para o futuro profissional, enchendo-os de aulas de inglês, informática, futebol, tênis e outros, também é um aspecto relevante no desenvolvimento da obesidade. Isso acontece porque a criança passa a não dispor de tempo para brincar e, conseqüentemente, não há espaço para manifestar suas fantasias e criatividade, muito menos para elaborar seus temores internos, já que é na brincadeira que ela elabora seus sentimentos. Seu funcionamento passa a ser a de uma miniatura de adulto, cheio de responsabilidades e obrigações, o que dá espaço para que a ansiedade apareça e, juntamente com ela, a comilança.

É importante destacar que as crianças têm maior facilidade para interiorizar os modelos oferecidos pelos pais de como eles lidam com seus próprios sentimentos e com as desavenças existentes entre eles, do que aquilo que é dito e feito para elas no cuidado diário (SPADA, 2005).

Spada (2005) descreve que as mães que não possuíram estimulação cognitiva adequada nem um bom vínculo com a própria mãe, podem apresentar menos recursos internos

e ter seu desempenho desfavorecido, pois têm dificuldade em reconhecer as emoções do filho e dar nomes a elas, além da dificuldade em reconhecer as reais necessidades da criança. Às vezes a mãe não suporta ou não se dá conta de seu mundo emocional, passando para a criança expectativas pessoais e frustrações, deixando-a sobrecarregada emocionalmente. Por outro lado, o filho também pode aceitar o lugar que lhe é imposto, formando um círculo vicioso e prejudicial para a díade. Deste modo, torna-se possível que o obeso misture sensações de fome com outras, como a tristeza, solidão, carícia e prazer, ligando-as ao alimento e perdendo a noção de saciedade (BRUCH, 1995 apud SPADA, 2005). Logo, quando a criança se alimenta sem ser pela fome fisiológica, tem-se uma tentativa frustrada de que esse alimento funcione como a mãe deveria ter feito nos primórdios da vida, isto é, ensinar a criança a lidar com suas emoções através do pensamento útil para resolver conflitos.

Através dessas atitudes da mãe, como aquela que superalimenta para gratificar ou responde aos sinais com comida, o alimento passa a ser para o filho aquele que “preenche um vazio que não existe no estômago, mas na cabeça” (DREYFUS, 1977 apud CREFF; HERSCHBERG, 1983, p. 62). É o chamado alimento tranquilizante, que acalma a angústia, compensa o tédio e representa uma defesa antidepressiva; conceitos muito semelhantes ao uso, descrito pela idéia winnicottiana e de Mac Dougall (1996), que a criança faz de determinados objetos, inclusive o alimento.

Campos (2005) também defende esse ponto de vista, destacando o agravamento da situação quando o alimento é usado como substituto de afetos que a família não consegue exprimir de outras formas. Conseqüentemente, a criança aprende que o alimento é a solução para todos os conflitos, angústias, ansiedades e dores, sentindo a necessidade constante de comer para resolver ou compensar problemas que geralmente nem se dá conta.

Ganley (1986) salienta que uma das conclusões mais difundidas na literatura é que os indivíduos obesos tendem a comer quando estão emocionalmente estimulados, principalmente

pelas emoções negativas, como a ansiedade e a depressão. Hamburger (1957), demonstrou que 98% dos pacientes obesos comiam quando estavam deprimidos, ansiosos ou com raiva, comparados com 43% dos pacientes não obesos. Além disso, 79% dos obesos tinham ganhado peso durante períodos mais estressantes, como casamento, divórcio, mudança de emprego, morte de alguém da família, comparados a apenas 9% dos pacientes não obesos.

Alimentar-se por causa da emoção é um aspecto geralmente comum. Esse fato advém principalmente do sentimento de alívio da ansiedade e frustração que se obtém através da comida, como demonstrado por Ganley (1986), que relatou que 70% dos sujeitos, de um total de 30 participantes, disseram usar a comida como um meio disponível e seguro de suporte, conforto, satisfação e consolação. O autor destaca que em todos os níveis de obesidade este comportamento alimentar está presente, independentemente da classe social.

Nesse mesmo sentido, Kaufman ([s.d]) explicita que se deve considerar a existência de uma obesidade reativa, aquela oriunda de certos eventos que causam uma superalimentação compensatória, como casamento, gravidez, mudança de trabalho e outros. Ele também menciona a gordura como mecanismo usado pelas mulheres para não reconhecer sua própria sexualidade nem permitir os “perigos” associados a ela.

Por todas essas considerações, é possível salientar que uma boa relação entre mãe e filho é aquela em que se tem trocas afetivas profundas e verdadeiras. Para isso, a mãe precisa desenvolver bem seu papel materno, aspecto influenciado por sua história de vida anterior, aos cuidados e afeto que recebeu de seus pais, ao tipo de relação conjugal e à dinâmica familiar. Portanto, quando a mãe está bem física e emocionalmente, e tem o apoio de seu companheiro, parentes e amigos, ela consegue se preparar para a experiência materna (DEBRAY, 1998). Conseqüentemente a criança também vai aprendendo a confiar em seus sentimentos, sentindo-se capaz de criar soluções para os seus problemas, o que fortalece sua auto-estima e contribui para a promoção da saúde.

Considerando as informações descritas, pode-se depreender que a influência dos pais no desenvolvimento da obesidade infantil resulta provavelmente de uma mistura de influências genéticas e ambientais, particularmente as psicossociais. Além disso, o ambiente familiar tem papel preponderante na prevenção e tratamento da obesidade, tanto no que diz respeito às mudanças nos padrões alimentares como no desenvolvimento afetivo de seus membros.

1.1.5 Tratamento

O tratamento da obesidade continua produzindo resultados insatisfatórios, em grande parte por estratégias equivocadas e pelo mau uso dos recursos terapêuticos disponíveis (CONSENSO..., 1998).

Além de se buscar planos terapêuticos mais eficazes, faz-se necessário, também, que sejam adotadas medidas de prevenção para conter o surgimento de casos novos e evitar que a prevalência da doença continue crescendo a despeito de todos os esforços para seu tratamento.

Infelizmente, o tratamento da obesidade tem se focado apenas nos comportamentos dos indivíduos obesos, em detrimento de abranger o âmbito psicossocial, como tantas outras doenças. Conseqüentemente, a obesidade infantil também vai se expandindo cada vez mais.

O contexto social deve ser levado em conta, pois a cultura atual valoriza enfaticamente a comida e alimentação, e, ao mesmo tempo, apresenta forte preconceito contra indivíduos obesos, especialmente as crianças. Além disso, a cultura está enviando duas mensagens ambíguas: “‘é bom comer’, ‘é mau ser gordo’” (SCHWARTZ; PUHL, 2003, p. 58), o que deixa pais e cuidadores confusos na maneira de lidar com suas crianças.

Para tratar a obesidade nos adultos dispõe-se atualmente das intervenções médicas e comportamentais, designadas a mudar o peso de uma pessoa em um tempo determinado. Da

mesma forma é o tratamento para a obesidade infantil, com cuidados médicos, psicológicos e comportamentais específicos para a criança e sua família (SCHWARTZ; PUHL, 2003).

Kiess et al. (2001) também incluíram como estratégias terapêuticas as intervenções psicológicas e a terapia familiar, com o objetivo de mudar o estilo de vida e o comportamento alimentar além de oferecer uma educação nutricional. Além disso, o papel dos exercícios físicos mostra-se relevante. Nesse sentido, muitos estudos comprovaram que o tratamento multidisciplinar é considerado o mais efetivo (VOTRUBA; HORVITZ; SHOELLER, 2000; SOTHERN et al., 1999; REITERER; SUDI; MAYER, 1999).

Mesmo assim, Loli (2000) aponta para o fato de que há fracasso terapêutico médico ou psicológico, principalmente quando se trata de manter o peso perdido em longo prazo. Neste contexto, a autora ressalta a contribuição fundamental da psicanálise, lembrando que a explicação da obesidade restrita ao âmbito anatomopatológico aplica-se a menos de 5% dos casos, corroborando a hipótese de que a maioria dos quadros não tem uma causa orgânica justificável. Somado a isso, há poucos estudos que destacam a importância da dimensão psíquica como desencadeante da obesidade.

Por outro lado, Ades e Kerbaux (2002) assinalam evidências de que quando a perda de peso ocorre na infância e na adolescência, ela permanece. Além disso, conhece-se a dificuldade em tratar adultos obesos, principalmente aqueles que apresentam patologias associadas ao quadro, sendo importante agir de forma preventiva com o grupo infantil. Como existe uma influência importante do ambiente familiar e das características de personalidade dos pais na etiologia e na reação à obesidade dos filhos, torna-se necessário desenvolver investigações que compreendam esta patologia no contexto familiar, tentando estabelecer parâmetros e acrescentar informações na busca de abordagens preventivas e de tratamentos mais eficazes.

Corroborando a importância dos aspectos psicológicos relacionados à obesidade, Jonides, Buschbacher e Barlow (2002) investigaram a opinião de pediatras, enfermeiras pediátricas e nutricionistas acerca dos tipos de avaliação que eles recomendavam para crianças e adolescentes obesos. Todos os três grupos recomendaram uma compreensão dos estados psicológicos e emocionais destas crianças e suas famílias como parte da avaliação de controle de peso, já que o estado emocional de cada família afeta sua habilidade para obter sucesso nesse controle.

Andrade et al. (1995) salientam a relevância do atendimento psicológico para pais e filhos, já que, na medida do possível, os pais podem analisar e compreender as razões emocionais relacionadas ao surgimento e evolução da obesidade de seu filho, e se beneficiarem com as descobertas.

Investigando tratamentos para a perda de peso, Epstein et al. (1994) realizaram um estudo longitudinal que incluía mudança no comportamento familiar. Obtiveram como resultado que, 10 anos após o tratamento, 34% dos participantes que iniciaram o estudo com as idades de 6 a 12 anos diminuíram seu sobrepeso em 20% ou mais, e que 30% não estavam mais obesos. Este resultado a longo prazo demonstra a importância do suporte familiar na mudança alimentar e sugere maiores diferenças quando há o apoio da família.

Moore et al. (1991) também mostraram que quando ambos os pais são ativos no tratamento, seus filhos têm aproximadamente seis vezes mais chances de serem ativos, comparados com aqueles que não tem nenhum pai ativo. Assim, eles ressaltam que o programa ideal deve mudar o ambiente que configura determinados comportamentos, e que quando a família é incluída no programa de tratamento, o sucesso é maior, tanto a curto como longo prazo.

Paralelamente a estas informações, duas pesquisas apontam para a necessidade de maior investigação e estudo de crianças em idade escolar, que apresentam aumento de peso, já

que a maioria foi realizada com mulheres e crianças em idade pré-escolar, principalmente do sexo feminino (MARTORELL et al., 1998; DAVISON; BIRCH, 2001).

Com relação à prevenção da obesidade, Kiess et al. (2001) afirmam que ela deve começar bem cedo, talvez até antes da vida fora do útero. Contudo, em muitas sociedades a prevenção precoce tem sido difícil de ser realizada, fazendo-se necessária a atuação da equipe multidisciplinar e um acompanhamento de boa nutrição e exercícios para as mulheres grávidas, além de monitorar o crescimento intra-uterino da criança.

Lobstein, Baur e Uauy (2004) consideram que o controle da obesidade em uma idade mais precoce pode ter um efeito maior porque, além de ser mais fácil gerar e manter a motivação na criança e na família quando o filho é mais novo, é mais fácil controlar e modificar o comportamento em indivíduos mais jovens, pois há menor resistência e maior influência da família. Ainda, como há maiores oportunidades de observação médica na infância, há mais chances da criança manter seu peso e crescer.

Campbell et al. (2001) ressaltam que, contrariamente ao que propõe a literatura, que indica que a prevenção da obesidade é uma prioridade da saúde pública, há indícios de que faltam direções claras de medidas preventivas para os grupos de risco.

Devido a esse motivo, Lobstein e Dobb (2005) afirmam que há pouca efetividade na prevenção da obesidade em crianças, mesmo existindo intervenções nas escolas e nas famílias. Além disso, tem-se também a facilidade de adquirir comidas altamente calóricas, a grande divulgação das mesmas na televisão, Internet e outros meios, a falta de ambientes de lazer, o aumento do uso de jogos de computador e entretenimento televisivo, tudo isso formando o já citado ambiente obesogênico.

Em razão da alta incidência da obesidade, de influência de múltiplos fatores na sua etiologia e manutenção, das conseqüências que acarreta e das dificuldades de tratamento, torna-se de suma importância que haja investigação profunda desta “epidemia”, que está se

difundindo e atingindo o mundo todo. Sobretudo, é necessário conhecer melhor suas características e seu desenvolvimento, para que os profissionais da saúde possam ter meios para cuidar e até prevenir maiores índices de sua incidência, particularmente os responsáveis pela população infantil, como os profissionais escolares e da saúde (principalmente os pediatras). Caso contrário pode haver um progressivo aumento desta patologia no âmbito infantil, com conseqüente ampliação na população adulta e de suas complicações (OLIVEIRA; CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2003).

Stettler (2004), considerando a dimensão da epidemia de obesidade, afirma que nem todas as crianças obesas dispõem de uma equipe especializada para tratamento de sua doença, sendo necessárias soluções criativas para o manejo do peso e para o cuidado pediátrico. Uma possível solução pode ser envolver os parceiros profissionais no tratamento, como as enfermeiras, professores, escolas e outras comunidades, assim como também não deixar de fora os pais e avós.

Considerando os índices alarmantes de obesidade infantil e percebendo a proporção que essa epidemia está tomando, é possível assinalar que a prevenção e o tratamento da obesidade infanto-juvenil requerem o esforço e a parceria de todos os níveis profissionais, sem esquecer o governo regional e nacional, além das agências internacionais.

Dentro da compreensão e tratamento da obesidade infantil, a Psicanálise é uma das vertentes que se destaca, especialmente pelo fato de que há pouca eficácia dos tratamentos e medidas preventivas existentes, além de pouco uso da vertente psicológica, apesar do impacto do aspecto emocional presente na vida de um indivíduo obeso. Assim, é de suma importância considerar a vertente psicanalítica no entendimento e funcionamento dessa doença.

1.1.6 A compreensão psicanalítica da obesidade

A vertente psicanalítica tem sido vista como possível tentativa para explicar o acúmulo anormal de tecido adiposo no organismo e compreender os fatores psicológicos coadjuvantes na etiologia de tal quadro. Esse fato se deve à dimensão que o problema está tomando, além da necessidade premente por compreensão e auxílio no tratamento e prevenção da patologia.

Quando Freud (1905) descreveu a fase oral, afirmou que nela a criança entra em contato com o meio e o seio materno, e associa a obtenção de alimento com o contato afetivo e o prazer. As pessoas podem apresentar "fixação" em determinadas fases (o que acarreta a transformação das emoções bloqueadas em conflitos e/ou sintomas), quando isso ocorre na fase oral (por excesso de gratificações ou frustrações afetivas), a pessoa pode desenvolver transtornos alimentares, sendo a obesidade um deles. Nesse caso, posteriormente, o acúmulo de excesso de gordura será fonte de novas frustrações e ansiedades.

Freud (1905) sustentou que o bebê, ao reagir às excitações do mundo externo (como o calor) quanto às do mundo interno (como a fome), busca a mãe ou seu substituto para satisfazer suas necessidades. Quando satisfeito, ele guarda na memória a percepção desse estado, e, quando essa necessidade novamente aparecer, ele evoca a satisfação alucinatória do desejo. Como ela não é eficaz, a longo prazo, para suprimir sua necessidade, faz-se necessária a presença da mãe ou substituto, que irá provocar na realidade, através dos cuidados ao bebê, a mudança efetiva para a satisfação.

Para Soifer (1987) a obesidade pode ser compreendida como expressão pessoal da identidade da criança em formação. Ela pode comer muito devido ao desejo idealizado de crescer, ser forte e admirada, caso em que não se percebe um prejuízo psíquico. Ou então, a alta ingestão de alimentos pode ser vista como sintoma de grande ansiedade, indicando

dificuldades internas, afetivas e relacionais, nestes casos há prejuízo psíquico e necessidade de tratamento psicoterápico.

Parsons et al. (1999) e Strauss (1999) afirmam que a obesidade pode ser descrita como a provisão de conforto que a comida traz e ainda que a alimentação serve como um mecanismo compensatório para as crianças que sofreram experiências traumáticas ou que viveram em ambientes de grande dificuldade. A ingestão alimentar excessiva pode ser consequência de uma privação ambiental ou como o resultado de depressão, somatização ou abuso sexual familiar (CHRISTOFFEL; FORSYTH, 1989; FELLITI, 1993).

Campos e Fisberg (2005) afirmam que os motivos psicológicos e emocionais que acarretam a obesidade infantil se devem às falhas estruturais da relação mãe/filho, já que as experiências emocionais precoces influenciam o desenvolvimento da personalidade e dos processos cognitivos e intelectuais, como abordado por alguns autores (CAMPOS, 1993; NÓBREGA; CAMPOS, 1996).

Nessa direção, Luzuriaga (1987) destaca o quanto o indivíduo obeso pode usar sua inteligência contra ela mesma, ou seja, a fim de não conhecer os conteúdos dolorosos (como a percepção da rejeição materna), a inteligência é usada para destruir as funções intelectuais por meio do uso de mecanismos defensivos (como negação, racionalização e outros), fazendo com que a criança apresente um aparente déficit intelectual. Para ela, é melhor não ter nenhuma capacidade intelectual desenvolvida, do que sentir a dor de perceber que a mãe não a quer afetivamente. Conseqüentemente, as perturbações emocionais podem levar ao prejuízo intelectual, principalmente pelo fato de que as experiências emocionais mais precoces com a figura materna influenciam a formação do pensamento, o processo de simbolização e discriminação da criança.

Birch (1981) mostra mais uma evidência do prejuízo intelectual em seu estudo, no qual afirma que as crianças obesas apresentam menor número de respostas diretas ou indiretas

durante os jogos, apesar de solicitarem maior participação das mães, em comparação com as crianças magras. Esses resultados são semelhantes ao trabalho de Bruch (1993), que revelou que as crianças obesas recebem respostas inadequadas ou incoerentes das mães para as expressões de suas necessidades, e essa inapropriação de respostas vai além da situação alimentar, ocorrendo em outras áreas da vida.

Loli (2000), em seu estudo psicanalítico com mulheres obesas, confirmou esta questão, ressaltando que as pacientes pareciam tratar o tema do peso corporal como um verdadeiro fetiche, pois o viam como um conteúdo afastado e isolado, dando a idéia de tratar de algo que não fazia parte de suas referências, não pertencia à vida mental dessas pacientes.

Somado a isso, Mac Dougall (1996) afirma que a adicção é uma tentativa psicossomática de superar a dor mental, usando substâncias externas que tranquilizam o espírito e suprimem, mesmo provisoriamente, o conflito psíquico. Ou, segundo outra definição:

o excesso de peso constitui-se num aleijão, em muleta que tem de carregar para o resto da vida. Serve o excesso de peso no corpo à função de localizar toda a angústia e toda a sorte de dificuldades existenciais. A localização (somatização), no entanto, para muitos traz tranquilidade e paz. O indivíduo, ao viver e ao aceitar (internamente) a obesidade e tê-la como fonte de todas as desgraças de sua vida, já possui condições de exercer um controle. Ele já não precisa mais pensar em dificuldades emocionais, mas, sim, em controlar o seu peso (KAHTALIAN, 1992, p. 275).

Percorrendo essa mesma direção, Spada (2005) afirma que a obesidade exógena pode ser decorrente de dificuldades afetivas que vêm do vínculo mãe/filho. Como as dificuldades são impedidas de serem transformadas, mais bem elaboradas, contidas, simbolizadas e representadas na mente, elas são manifestadas através do corpo.

Para Mac Dougall (1999) o corpo pode ter uma reação provocada pela ameaça psicológica como se esta fosse de tipo fisiológico, portanto, devido a uma clivagem entre psique e soma, e ligada à destruição dos estados afetivos. Esse fato decorre da experiência

precoce de emoções intensas que ameaçaram o sentimento de integridade e identidade dessas pessoas. A desarmonia na relação entre mãe e bebê pode levar a um funcionamento sem afeto para se combater o sofrimento psicológico e as frustrações precoces que dariam lugar a angústias insuportáveis, tornando, assim, a pessoa invulnerável a esse sofrimento. Para ter sobrevivência psíquica, a pessoa precisaria criar um sistema sólido para que a vivência traumática não aparecesse, e, com ela, a ameaça de aniquilamento. Logo, elas não sofrem de uma inabilidade para sentir ou expressar emoção, mas sim de uma incapacidade de conter o excesso de experiências afetivas. No indivíduo obeso o corpo se comporta de maneira delirante, pois o afeto é mostrado através dele, fazendo com que os processos de pensamento das somatizações possam esvaziar a fala de sua significação afetiva.

Spada (2005) destaca que os nutrientes bioquímicos e emocionais são absorvidos pela boca, pois ela representa o primeiro contato com o mundo, já que através do seio da mãe, as sensações e percepções se transformam em algo mais abstrato e simbólico, isto é, as emoções. A ocorrência dessa evolução depende do tipo de relação que se estabelece entre a mãe e seu bebê, além do aparato neuromotor e fisiológico desse último. Somado a isso, essa mesma autora afirma que a união da boca e do bico do seio representa a junção de dois grandes instintos da autopreservação e do amor, formadores da dinâmica que irá prover energia para toda atividade física e psíquica pelo resto da vida.

A mãe exerce papel fundamental na vida da criança. Para Klein (1996) ela representa o primeiro objeto de amor e de ódio para o seu bebê, e o desenvolvimento de um ego fortalecido depende da relação que ela estabelece com o filho e da gratificação que possibilita a ele. Se ela atende as necessidades da criança, esta introjeta o ‘bom’ objeto, caso contrário, há introjeção de um objeto ‘mau’.

A maneira mais rápida, prazerosa e eficaz de desviar as tensões originadas pela falta da mãe, sem fazer uso do pensamento, é “ingerir pela boca as emoções que não podem ser

digeridas de outra forma” (SPADA, 2005, p. 20), lembrando que a mãe é aquela figura introjetada, não apenas a mãe concreta, mas sim a que exerce a função de guiar, nomear, guardar os medos e levar a um local seguro e protegido, sem colocar a vida da criança em risco. Além disso, essa mãe representa aquela que é capaz de olhar as imperfeições do filho, a que sabe dizer não e colocar limites sem escravizar a mente da criança com respostas negativas, aquela que oferece seu amor para o crescimento do filho e que não precisa estar sempre presente, permitindo ao filho desenvolver experiências individuais para desenvolver seus próprios parâmetros e referenciais. Em suma, a mãe tem o papel de auxiliar o filho a descobrir quem ele é, do que gosta, o que pode e o que não é ainda capaz de realizar e quais suas reais necessidades afetivas e nutricionais, auxiliando o desenvolvimento de uma identidade e personalidade consistente e sadia (SPADA, 2005).

Para preencher a falta do objeto materno introjetado que cuida, o obeso busca no mundo externo um substituto para os objetos que faltam em seu mundo interno, como o objeto de adição (comida). Assim, todo afeto ameaçador será descarregado no comportamento aditivo. Contudo, como essa falta não é reparada, dá-se início a uma busca compulsiva desse objeto, portanto a solução do obeso está relacionada a um duplo projeto narcísico: reparar um ego danificado e manter a ilusão de onipotência através da comida (MAC DOUGALL, 1999).

As crianças que demonstram sofrer de carência e insegurança afetivas, passam a comer de forma exagerada na tentativa de encontrar o prazer oral (o afeto negado pela mãe) e, somado a isso, satisfazer a mãe exigente (KLEIN, 1996).

Kaufman ([s.d]) discorre sobre a psicodinâmica da compulsão alimentar, afirmando que quando uma pessoa come compulsivamente, ela está demonstrando um desespero interior. Geralmente sua fome pode ser traduzida por fome de amor, de prazer, de vida, e não de comida. Além disso, quanto mais a pessoa come, mais ela se sente culpada, com desprezo por si mesma, e começa a se identificar com a comida ruim, desejando urgentemente começar um

novo regime. No entanto, quando inicia a dieta, ela nota que o desespero não desaparece, e passa a segui-la também de forma compulsiva, assim como fazia com o ato de comer. Essas atitudes levam a um círculo vicioso, no qual a ansiedade, a dor e a tristeza continuam, seja na gordura ou na magreza.

Soifer (1983) destaca a obesidade como uma forma de canalizar as ansiedades depressivas e as persecutórias, além de ser propiciada e favorecida pelos pais devido à superproteção. A comida passa a ter o valor de calmante e surge como solução dos problemas. Acrescenta que a dificuldade de aquisição de algumas ações como a alimentação, o sono, a respiração, a evacuação, e a pouca tolerância da criança a frustrações e esperas devem-se a algum impedimento dos pais em superar a própria regressão e narcisismo, deixando a criança sobrecarregada com essa especial qualidade de amor.

Kaufman ([s.d]) alega que a influência do fator ambiental está bem definida na obesidade, e é constituída por uma típica formação familiar: uma figura paterna fraca e uma mãe dominante e superprotetora, que limita as possibilidades de expressão e evolução do seu filho, fazendo com que ele se manifeste quase que exclusivamente através de uma atitude oral. Isto acontece devido à ansiedade da mãe e sua baixa auto-estima em reconhecer e encorajar os sinais emitidos pelo filho; qualquer sinal de choro ou agitação do bebê, ela entende como simples necessidades infantis de fome. Este tipo de inclinação materna faz com que a criança aprenda a solucionar as suas dificuldades emocionais através do auxílio da comida.

De maneira semelhante, Grunspun (2003) salienta que o problema alimentar é mais um distúrbio sintomático que entidade nosológica, expressando perturbação da personalidade da criança. Bruch (1940) tentou esclarecer a etiologia psicológica da superalimentação, enfatizando que a maioria das crianças obesas tem mães dominadoras e pais mais passivos, com pouca ambição. Além disso, também verificou um envolvimento emocional intenso entre

a criança obesa e um dos pais (comumente a mãe), sendo que este apresenta uma preocupação exagerada com o bem-estar físico do filho, empanturrando-o de alimentos e superprotegendo-o contra perigos físicos.

Deste fato, percebe-se a relação existente entre os fatores psicológicos de pais e crianças obesas, nos quais a psicodinâmica parental exerce grande influência na resposta corporal da criança. Portanto, considerando o funcionamento psicológico e o contexto familiar, faz-se necessário enfatizar o desenvolvimento emocional da criança, dando destaque ao papel da família em sua evolução.

Para tanto, este trabalho enfoca os principais conceitos desenvolvidos por Winnicott, pediatra e psicanalista inglês que desenvolveu a teoria do desenvolvimento emocional infantil introduzindo a relevância do aspecto ambiental e o papel familiar.

1.2 Desenvolvimento emocional

A teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott destaca o ambiente e sua influência na saúde emocional do bebê. O primeiro ambiente constituído para o bebê é a mãe e, inicialmente, ambos estão fundidos em uma só estrutura ambiente-indivíduo. O ambiente pode ser tanto facilitador como danificador. O primeiro oferece possibilidades ao indivíduo de crescer, de ser saudável, enquanto o ambiente danificador, que falha, provavelmente leva à instabilidade emocional e à doença (ABRAM, 2000).

Dias (2003) enfatiza esse ponto de vista ao afirmar que nenhuma criança é capaz de se tornar uma pessoa real se não estiver sob os cuidados de um ambiente que ofereça sustentação e possa facilitar os processos de amadurecimento emocional. Portanto, o que existe é o indivíduo em relação ao mundo externo; primeiramente há a relação de um par corporal e depois entre unidades corporais. Para que o indivíduo atinja essa unidade corporal, ele precisa

passar por alguns estágios de desenvolvimento. Estes estágios podem ser assim reconhecidos: estágios primitivos (de dependência absoluta), estágios iniciais (de dependência relativa), rumo à independência e os estágios de independência relativa.

Na etapa mais precoce da vida, em que o bebê se encontra em estado de dependência absoluta em relação aos cuidados maternos, acontecem as tarefas e conquistas essenciais para seu amadurecimento, já que é nesse período que se constituem as bases fundamentais da existência. Isso acontece através da resolução de três tarefas que envolvem o bebê: a integração no tempo e no espaço, a instalação gradual da psique no corpo (personalização) e o começo do contato com a realidade (realização).

Inicialmente a personalidade não está integrada. A integração começa logo após o início da vida, e é auxiliada por dois conjuntos de experiências: a técnica usada por alguém para aquecer, segurar, balançar a criança (também conhecida como holding) e as agudas experiências instintivas que tendem a juntar a personalidade a partir de dentro, a fazer com que o bebê se sinta dentro do próprio corpo (WINNICOTT, 2000).

Com a integração a criança alcança o relacionamento primário com a realidade externa. Para tanto, é necessário que ela passe pelo período denominado por Winnicott de dependência absoluta, pelas experiências de ilusão. Nesta fase o bebê está fundido com a mãe; ele crê que tudo aquilo que deseja (como o seio) termina por aparecer, é como se ele criasse o objeto de desejo. Com isso, torna-se possível para o bebê desenvolver sua criatividade primária.

Para que a mãe seja capaz de iludir o seu bebê, ela precisa passar pelo estado de preocupação materna primária, ou seja, um estado psicológico no qual ela se identifica com o bebê, dando sustentação emocional e apoio egóico (ABADI, 1998). Com isso, o bebê estabelece um sentimento de self e de continuidade de ser.

O período de ilusão deve ser seguido pelo de desilusão, no qual a mãe, gradativamente, vai introduzindo situações frustrantes para a criança, pois nem sempre ela poderá estar por perto para alimentá-lo. Essa desilusão deve ser realizada de forma gradual, para que o bebê possa ter a capacidade de guardar na memória a lembrança da mãe (do seio), até que ela volte novamente. Esta falha materna introduz o princípio da realidade para a criança, permitindo-lhe sentir e experimentar suas próprias necessidades, além de contribuir para o desenvolvimento de seu sentimento de self (ABRAM, 2000).

Contudo, se a frustração ocorrer por um tempo longo demais, acontece a intrusão, provinda do ambiente. Para Winnicott a intrusão, se for muito intensa, pode interromper a continuidade do ser da criança, restando-lhe apenas reagir, o que causa danos à personalidade, resultando em fragmentação (ABRAM, 2000).

Abram (2000) aponta para o fato de que se há atraso ou falha nesse período precoce da vida, pode acontecer a desintegração, que é vista como uma defesa contra a ausência de um suporte egóico materno, em consequência da falha do holding. A desintegração é diferente da não integração; esta última se refere a uma capacidade do indivíduo de relaxar, relacionada ao ser e à criatividade, pois nesse estado o indivíduo é capaz de criar e compartilhar das atividades culturais.

É importante destacar que, durante a passagem do período de indistinção entre o bebê e sua mãe, até atingir o estado de indivíduo separado, há a presença da família. A família tem a função de proteger a criança do mundo, pois este precisa ir se fazendo presente de maneira gradual, sem grandes intrusões. A preservação da atmosfera familiar vem do relacionamento entre os pais no contexto social em que vivem, ou seja, depende do relacionamento geral com o círculo mais amplo que os envolve.

A atitude dos pais para com seus filhos depende de seu relacionamento na época da concepção da criança, sendo que o significado que esta tem para eles depende da sua fantasia

consciente e inconsciente em torno do ato que produziu a concepção. Por esse motivo, dois irmãos são criados e cuidados de maneiras tão distintas, apresentando comportamentos muitas vezes opostos. Por outro lado, os pais precisam das crianças para desenvolver seu relacionamento, ou seja, a psicodinâmica familiar é uma via de mão dupla (WINNICOTT, 1997).

A fase inicial de desenvolvimento, de dependência absoluta, é extremamente necessária. Winnicott (2000) afirmou que a inteligência no bebê se origina nessa fase, através de holding, evoluindo para uma capacidade de compreensão intelectual, vista no estágio de dependência relativa, no qual a mãe vai permitindo que o bebê pense por si mesmo.

Portanto, durante essa fase de dependência absoluta, o bebê é capaz de integrar certas experiências à personalidade, especialmente através da relação com uma mãe suficientemente boa, isto é, aquela que se adaptou às necessidades do bebê e lhe deu apoio egóico. A partir desse apoio, o bebê passa a estabelecer um vínculo entre o corpo e suas funções, sendo a pele a membrana limitadora. A esse estágio Winnicott denominou de personalização (ABRAM, 2000).

Para entender a personalização, é necessário remeter ao termo despersonalização, ou seja, a cisão psique-soma do indivíduo que não teve a experiência de um cuidado suficientemente bom, no qual o bebê não se sente como pertencente a seu próprio corpo.

Abadi (1998) salienta que o termo winnicottiano personalização significa integração psicossomática, isto é, “que a psique vive no soma” (p. 87). Nessa fase a criança reconhece uma realidade psíquica própria, dando sentido às funções de incorporar e expulsar. Este período está ligado à provisão ambiental (handling ou assistência corporal), no qual quem cuida da criança a vê como uma unidade, como uma pessoa. Assim, o bebê passa a sentir que seu corpo constitui-se nele mesmo, e seu sentimento de self está centrado no interior de seu próprio corpo.

Winnicott (2000) afirma que quando o bebê alcança a noção de tempo e de espaço, além de outros aspectos da realidade, ele cumpriu a tarefa da realização, isto é, ele tomou consciência de que os fenômenos não são produzidos por sua imaginação, e adquiriu a capacidade de se relacionar com os objetos. Neste ponto, a função materna é a de permitir que a criança descubra o objeto e se entenda com ele, possibilitando-lhe, ao mesmo tempo, criar e descobrir.

É importante destacar que, na teoria de Winnicott, amadurecimento não significa progresso, mas sim consiste na capacidade e possibilidade de regredir a cada vez que a vida determine descanso, seja em momentos de sobrecarga ou tensão, ou ainda para retomar pontos perdidos (DIAS, 2003).

A teoria do desenvolvimento emocional, desenvolvida por Winnicott, destaca o desenvolvimento e estabelecimento do self no indivíduo como princípio norteador da expressão de sua criatividade. Seus principais pontos referentes à constituição e desenvolvimento desse conceito são abordados a seguir.

1.2.1 Desenvolvimento do self

Para Winnicott o termo self se refere a uma descrição psicológica de como o indivíduo se sente subjetivamente, e, no centro do self, está o ‘sentir-se real’ (ABRAM, 2000). O self tem sua origem a partir de um ambiente suficientemente bom; ele passa de potencial para total quando a pessoa é capaz de estabelecer a diferenciação eu e não-eu. Quanto à sua constituição, Winnicott (2000) afirma que inicialmente há um self central, que é o potencial herdado da criança. Este, com o favorecimento do meio ambiente, experimentará um senso de continuidade de ser, adquirindo, de forma gradual, à sua maneira e de acordo com seu ritmo,

uma realidade psíquica e um corpo próprios. Este período é caracterizado pelo estabelecimento do self e do mundo subjetivo.

Inicialmente, o self da criança é apenas potencial, está fundido com o self da mãe. A identificação primária do bebê com sua mãe dura aproximadamente até os seis meses, na fase de não-integração, em que a criança se relaciona com a mãe como objeto parcial. Quando a maternagem é boa, o ego da criança é simultaneamente forte e fraco, dependendo da capacidade da mãe de dar apoio a ele. A criança vai então organizando defesas e desenvolvendo padrões pessoais marcados por tendências hereditárias, tornando-se ela mesma, com um estilo pessoal. Por outro lado, se a maternagem não for suficientemente boa, a criança acumula reações à invasão, e seu self verdadeiro ou não consegue se formar ou fica oculto por um falso self (WINNICOTT, 1993).

Safra (2005) deixa claro que ao longo do desenvolvimento do indivíduo há um processo contínuo de criação dos símbolos de self. Esse processo se inicia com a mãe sendo o primeiro ícone do ser da criança, alcançando, de maneira gradual no decorrer da maturação, símbolos de self no campo cultural. Sendo assim, self e criatividade estão indissolivelmente ligados. A mãe e o pai oferecem à criança, através de sua presença viva, um campo simbólico, permitindo que ela imprima sua singularidade neste campo. Inicialmente, a presença da mãe é o self da criança, que progressivamente, oferece-lhe possibilidades de ter um corpo que, de forma paradoxal, é a presença de um outro.

Além disso, para que a mãe possa oferecer ao filho um suporte físico e emocional, ela precisa se deixar levar pelas necessidades da criança, e precisa ter tido um amparo necessário para realizar suas funções maternas. Neste ponto, o conflito estético (na formação do self) ocorre nas situações em que a mãe não pode suportar ser criada por seu bebê, levando-a a invadir o espaço existencial dele (intrusão). Assim, são mães que prendem a criança em um fascínio sedutor, impedindo que o filho experimente sua criatividade primária e seu desejo.

Geralmente essas crianças têm como saída o desenvolvimento precoce das funções mentais para controlar a sedução paralisadora da mãe; ela se torna um objeto ambíguo, que atrai por sua beleza mas que aterroriza porque rouba o filho de seu ser (SAFRA, 2005).

É importante ressaltar que a criança só vê o espaço do mundo como um campo a ser explorado quando sente que tem um lugar e morada em seu corpo e no interior do corpo de sua mãe. Caso contrário, a criança não tem noção de um espaço que pode ser habitado por ela, lutando intensamente para encontrar um lugar que a acolha.

Ocupar um lugar no mundo é ocupar um lugar na vida de outro. Somente a partir desta experiência é que o olhar poderá voltar-se para o mundo com curiosidade e desejo. A tridimensionalidade poderá, então, surgir no horizonte psíquico da criança. Isto significa que, de posse de um corpo que foi significado pela presença do outro, a criança dispõe de vida imaginativa, que lhe possibilita ocupar o vazio da ausência do outro com sua capacidade de sonhar. O sonhar é condição necessária para que surjam os fenômenos transicionais (SAFRA, 2005, p. 84-85).

Os fenômenos transicionais acontecem na dimensão sensorial do mundo. Eles implicam no encontro da vivência subjetiva com a materialidade do mundo objetivamente percebido. Winnicott enfatiza que o cuidado da mãe com seu bebê oferece possibilidades para o acontecer humano e inicia o processo de temporalização do self do bebê (SAFRA, 2005). Os fenômenos e objetos transicionais dão início à capacidade da criança de usar símbolos (entenda-se o ‘usar’ como dar ao símbolo um uso pessoal).

Para Safra (2005) “é a função simbolizante que permitirá ao indivíduo seu atravessamento nas diferentes modalidades de estar no mundo: do estado subjetivo à realidade compartilhada” (p. 23-24). E mais, o homem só é capaz de conhecer a si mesmo enquanto cria, o conhecer está subordinado ao criar. Dessa forma, é o objeto transicional que possibilita, através da capacidade criativa da criança, a construção de um mundo com o outro, no qual o self pode existir como si mesmo, entendendo-se o self como ação, como gesto, como acontecimento no mundo. “Não existe o self sem o outro, o self acontece no mundo”

(SAFRA, 2005, p. 147).

Como essa possibilidade de existir de forma pessoal e única faz com que a criança seja capaz de criar, é através do reconhecimento do outro que o mundo pode ser criado e conhecido com satisfação. Safra (2005) ressalta que, neste ponto, é possível encaixar os problemas de aprendizagem, pois se a criança não criou o mundo, este lhe parece sem sentido e totalmente diferente. Assim, o fato de não aprender é a única maneira de preservar uma forma pessoal e autêntica de ser.

“O criar parece ser fundamental para que os diversos elementos que venham a fazer parte da constituição do self sejam vividos pelo indivíduo como aspectos significativos e expressivos de seu estilo de ser” (SAFRA, 2005, p. 57).

Dessa forma, nota-se que é de suma importância o papel do ambiente que circunda a criança, formado pelas figuras parentais e outras pessoas do convívio dela. É esse ambiente que oferece possibilidades para que ela desenvolva seu self, passe do período da ilusão para o da desilusão, faça uso de objetos transicionais como forma de entrar em contato com o ambiente e consigo mesma.

No entanto, Winnicott (1975) afirma a impossibilidade de uma destruição completa da capacidade de um indivíduo para o viver criativo, já que, mesmo que se estabeleça uma falsa personalidade, há uma vida secreta satisfatória em alguma parte, devido à qualidade criativa ou original a esse ser humano. Por outro lado, existe a insatisfação por causa daquilo que está oculto, que carece do enriquecimento vindo da experiência do viver.

Contudo, não se deve deixar a esperança de lado, pois, para Winnicott (1975), na origem do self está a tendência do indivíduo, geneticamente determinada, de permanecer vivo e de se relacionar com objetos que aparecem no horizonte quando chega o momento de alcançá-lo.

Portanto, o tema da constituição do self e da subjetividade está centrado no uso da

imagem, da forma sensorial, que apresenta o estilo de ser do indivíduo, em gesto criador do outro e do mundo. Esse estilo de ser permite que a pessoa possa reencontrar a si no outro e no mundo, em cada etapa da vida.

Safra (2005) também apresenta a possibilidade de um trabalho analítico com o paciente, com o intuito de recuperar sua capacidade criativa, vista como a possibilidade de estar no mundo e de recuperar ou constituir a potencialidade de articular experiências em símbolos de self. É um trabalho de inserção destes símbolos no espaço potencial, um espaço de paradoxos, no qual não há separação entre externo e interno, sujeito e objeto, espaço e tempo. É um local de articulação da experiência de ser, que irá inscrever o self do indivíduo no campo cultural. Para esse mesmo autor, os símbolos do self articulam-se em imagens, em objetos recortados na materialidade, e apresentam os enigmas da vida do indivíduo e seu estilo de ser. Ele faz uma diferenciação entre self e eu: “o self como uma organização dinâmica que possibilita a um indivíduo ser uma pessoa e ser ele mesmo (...) o ‘eu’ seria um campo representacional que possibilita ao indivíduo uma identidade nas dimensões do espaço e do tempo” (SAFRA, 2005, p. 39).

Assim, os indivíduos que não puderam ter experiências que lhe dessem um sentido para o self, não sentem que podem ter fecundidade no mundo, que podem ter uma ação no mundo e transformá-lo de forma pessoal. Eles vivem uma impotência básica, uma castração do ser: “é uma alegria estar escondido, mas um desastre não ser encontrado” (WINNICOTT, 1963 apud SAFRA, 2005, p. 156).

A ausência de experiências que dão sentido ao self leva o indivíduo a se defender através do desenvolvimento de um falso self. O falso self é organizado precocemente e de forma excessiva, no intuito de auxiliar o indivíduo em sua adaptação ao meio e defendê-lo do aparecimento das angústias primitivas e do fracasso ambiental. Por meio dessas funções, ele protege o self verdadeiro. Seu desenvolvimento também faz com que a pessoa tenha um

sentimento de irrealidade, vazio, futilidade e desespero, tornando-a frágil e inconsistente (ABADI, 1998).

Abadi (1998) afirma que geralmente as pessoas que desenvolveram falso self têm uma vida normal, chegando a realizar atividades com certo êxito. Contudo, nas relações afetivas e nas situações em que se precisa da presença de uma pessoa completa (como no momento de criatividade), sua defesa pode falhar. Portanto, provavelmente demonstrará fracasso na relação com os filhos, na intimidade sexual e afetiva, e no desenvolvimento de atividades que necessitem de espontaneidade e criatividade.

Uma maneira específica e mais freqüente de manifestação do falso self é a hipertrofia da atividade intelectual, ou seja, há uma dissociação entre a mente e o psique-soma, representado pelo uso da racionalização e desconexão de afetos, sendo, algumas vezes, acompanhada de transtornos psicossomáticos. Abadi (1998) esclarece:

Se a dependência do bebê em relação à mãe não lhe deu condições de segurança, ele tenderá a apoiar-se em seu próprio funcionamento mental. É desse modo que a dependência do pensamento substitui o suporte ambiental, oferecendo segurança e confiança (ABADI, 1998, p. 138).

Neste ponto, é importante novamente salientar que somente o ser verdadeiro tem possibilidades de se sentir real, permitindo ao indivíduo adquirir, ao longo da vida, um mundo interior original e pessoal, que possa representar seu verdadeiro self, seu estilo de ser pessoal.

1.2.2 Fenômenos e objetos transicionais

Um conceito inovador introduzido por Winnicott foi quanto aos fenômenos e objetos transicionais. Esse conceito é fundamental para o amadurecimento humano, já que leva o indivíduo a um novo sentido de realidade. Ao abandonar o estágio de dependência absoluta e ingressar no de dependência relativa, isto é, quando o bebê inicia a distinção eu não-eu, ele

faz uso do objeto transicional. A passagem por essa fase conduz ao uso da ilusão, dos símbolos e ao uso de um objeto. Os fenômenos transicionais se referem a uma dimensão do viver que não depende nem da realidade interna nem da externa, mas é o espaço em que as duas se encontram, é o espaço onde se localiza a cultura, o ser e a criatividade. Winnicott dá diversas denominações a esse espaço, tais como terceira área, área intermediária, espaço potencial, local de repouso ou ainda localização da experiência cultural (ABRAM, 2000).

Abram (2000) destaca que o objeto transicional é um símbolo de um aspecto da experiência de ambiente do bebê. Contudo, fazer uso de um objeto transicional não significa que o bebê atingiu a capacidade de usar símbolos, mas que ele está prestes a usá-los. Portanto, o objeto transicional indica a existência de um estágio de transição do desenvolvimento, partindo da relação de objeto até o seu uso.

Para Winnicott (2000) o objeto transicional aceita diferenças e similaridades. Portanto, quando a criança usa de simbolismo, ela já consegue diferenciar de maneira clara o fato e a fantasia, os objetos internos e externos, a criatividade primária e a percepção. “O simbolismo pode ser estudado somente dentro do processo de crescimento de um indivíduo, e na melhor das hipóteses ele terá um significado variável” (WINNICOTT, 2000, p. 321-322).

Winnicott (2000) aponta para algumas considerações importantes que devem ser feitas acerca do objeto transicional:

- Representa o seio, ou o objeto do primeiro relacionamento;
- Vem antes da consolidação do teste de realidade;
- O bebê sai de um controle onipotente para um controle por manipulação;
- Pode se transformar em um objeto de fetiche e persistir como uma característica na vida sexual adulta;
- Pode representar fezes, devido a uma organização anal erótica.

A ausência de um objeto transicional remete a uma falha no desenvolvimento emocional da criança, especialmente pela falta de uma mãe suficientemente boa. Dias (2003) afirma que se o sentido de segurança não foi incorporado pelo bebê, este não consegue se distrair com o objeto transicional, sendo capaz apenas de ficar alerta, a fim de prevenir possíveis invasões. Esse fato se deve à morte do objeto subjetivo, o que acarreta a perda da capacidade simbólica do objeto transicional.

Como o contato com a realidade depende, de maneira fundamental, da criatividade, “o objeto transicional é uma das fontes que tornam possível o contato entre a psique e a realidade” (WINNICOTT, 1965 apud DIAS, 2003, p. 241). Conseqüentemente, quando essa relação não acontece, há danos para o desenvolvimento do self verdadeiro, e, dessa forma, “diante da dificuldade de existir, a alternativa é reagir” (ABADI, 1998, p. 13).

Neste caso, Abadi (1998) ressalta duas formas de prejuízo emocional: a mãe e a criança permanecem em um vínculo simbiótico, ou a mãe realiza uma ruptura precoce (intrusão). De qualquer forma, a criança sofrerá danos emocionais, apresentando como reação a permanência do vínculo simbiótico, ou prendendo-se patologicamente a um único objeto que substitui a mãe (cronificação patológica do objeto transicional ou fetichização do objeto). Nestes casos, não há processo simbólico, troca-se um objeto único por outro objeto único (concreto), a fim de negar a perda do primeiro; também não há contato com o mundo interno e a fantasia. As únicas formas de relação com o exterior passam a ser o fazer e o ter, encaixando-se aqui o comprar, o consumir e o comer como formas de preencher o vazio angustiante, o sentimento de solidão e acalmar a sensação de ansiedade intolerável.

Assim, é possível destacar que a criatividade está a serviço do contato com a realidade, está ligada ao fato de o indivíduo estar vivo e sentir-se real, permitindo o aparecimento do ambiente compartilhado e dos acontecimentos. Para tanto, é de extrema importância que aconteça a passagem pela transicionalidade, já que isso implica na aquisição da capacidade de

simbolização, que possibilita ao indivíduo o viver criativo, uma forma de expressar sua forma pessoal e autêntica de ser. Uma das maneiras de expressão desse viver é através do brincar.

1.2.3 O brincar

Os fenômenos transicionais estão associados ao brincar e à criatividade, pois ao brincar, o indivíduo estabelece uma ponte entre o mundo interno e o externo; é sinônimo de viver criativamente, constituindo “a matriz da experiência de self que se estende por toda a vida” (ABRAM, 2000, p. 55).

Por meio do brincar, a criança pode unir sua individualidade ao contexto social; ela começa usando as brincadeiras em que exerce papéis relevantes, tendo assim um sentido de responsabilidade por um período determinado de tempo (como brincar de ser mãe e cuidar da casa). Processo semelhante acontece com a evolução dos desenhos infantis: primeiro surgem os rabiscos, depois linhas com sentido para a criança, em seguida definições já entendidas pelos demais, e, assim, a transformação em artista. Há uma conservação da espontaneidade ao mesmo tempo em que a criança se submete à forma e outros fatores de controle (WINNICOTT, 1993).

O brincar acarreta para a criança importantes conseqüências para sua vida futura, especialmente pela possibilidade de simbolizar e de conviver socialmente. Para que haja a construção dessa atividade, faz-se necessário que ela se identifique com um bom lar e um ambiente emocional estáveis, para que ela possa progredir naturalmente. É preciso que os pais dêem amor a seus filhos, que os vejam como pessoas para que eles tenham uma personalidade rica e estável, que consiga se adaptar ao mundo. A mãe incapaz de viver no mundo do bebê faz com que este, ao chegar à adolescência ou mais tarde, sofra um colapso ou seja rebelde e desafiador. Ao contrário, a mãe que se adapta ao seu bebê dá a ele base para estabelecer

contato com o mundo e relações ricas. Porém, mesmo quando as experiências iniciais são boas, aquilo que foi conquistado precisa ser consolidado no decorrer do tempo (WINNICOTT, 1982).

Winnicott (1982) afirma que além do brincar por prazer, as crianças brincam para dominar as angústias, isto é, para controlar as idéias ou impulsos que levam a ela. Quando esse domínio não é eficiente, sob ameaça de irromper um excesso de angústia, o brincar se torna compulsivo ou repetitivo, ou ainda se busca exageradamente os prazeres da brincadeira. Neste caso o brincar se transforma em pura exploração da gratificação sensorial.

É importante destacar que a criança adquire experiência através da brincadeira, sua personalidade se desenvolve e se enriquece através das invenções do brincar. Além disso, o brincar tende a uma unificação e integração geral da personalidade, ou seja, serve como ligação, de um lado, entre a relação do indivíduo com a realidade interior, e, de outro, a relação dele com a realidade externa ou compartilhada. De maneira mais completa, o brincar oferece uma organização para começar as relações emocionais, propiciando o desenvolvimento de contatos sociais (WINNICOTT, 1982).

Dessa forma, o brincar, ou seja, a aceitação de símbolos, possibilita à criança experimentar aquilo que está presente em sua íntima realidade psíquica pessoal, base do crescente sentido de identidade. Neste ponto existem agressão e amor. Um exemplo da união do amor e da agressividade é o impulso para morder, que tem sentido mais ou menos a partir dos cinco meses de vida. Finalmente esse impulso é integrado no prazer do ato de comer qualquer tipo de alimento. Primeiramente é o bom objeto (corpo materno) que excita o impulso de morder. Dessa forma, o alimento passa a ser aceito como símbolo do corpo materno, do corpo do pai ou de qualquer outra pessoa amada (WINNICOTT, 1982).

Além da agressão e do amor demonstrados no brincar, há também a presença das idéias e simbolismos sexuais. Sendo assim, caso haja uma forte inibição sexual, ter-se-á uma

inibição lúdica. Winnicott (1982) assinala que quando o lar de uma criança se desfaz, ela pode perder, de forma súbita, os símbolos a que estava acostumada a confiar, como se estivesse sendo “lançada no mar sem bússola e em risco de naufrágio” (WINNICOTT, 1982, p. 181). Daí a importância de se ter contato com ambos os pais, na tentativa de preservar essa confiança na representação sexual paterna e materna, bases para o desenvolvimento da vida sexual do indivíduo, bem como das perversões e dificuldades sexuais. As dificuldades da vida sexual da criança também podem ocasionar muitas perturbações psicossomáticas.

Winnicott (1982) descreve tais perturbações como representantes da transformação da excitação sexual em sintomas e alterações fisiológicas semelhantes a eles e alterações de doenças físicas. A excitação da criança vem de razões internas e fatores excitantes do ambiente. Disso decorre a problemática de como reter a excitação sem sofrer uma frustração muito dolorida, devido à falta de um clímax satisfatório. Para superar essas dificuldades, os principais métodos usados pela criança são:

- Perda da capacidade de avidez ou ansiedade, levando a uma perda do sentido corporal, que é mais desvantajosa;
- Uso de um clímax conveniente: comer, beber ou se masturbar, urinar ou defecar excitados, explosões de temperamento ou luta;
- Perversão das funções corporais para que haja um clímax ilegítimo: vômitos e diarreia, queixas de dores e cólicas, exagero de uma infecção catarral;
- Junção de tudo isso, com um período de mal estar, ou com nevralgias ou perda de apetite, um período de irritabilidade geral ou excitação de certos tecidos, como na alergia;
- Excitação organizada em um nervosismo crônico, que pode ficar constante por um período longo.

Winnicott (1999) afirma que por trás de todo o trabalho e brincar construtivos está a capacidade de envolvimento da criança. Esta capacidade aparece quando a criança é capaz de se preocupar e de sentir responsabilidade. Para que isso aconteça faz-se necessário que haja um ambiente suficientemente bom, com a presença de cuidados maternos adequados. A partir dessa provisão ambiental suficientemente boa, a criança é capaz de integrar, em sua mente, a mãe-objeto e a mãe-ambiente. A mãe-objeto é aquela que satisfaz as necessidades urgentes da criança e recebe toda a sua excitação; já a mãe-ambiente é aquela que recebe a afeição e que pode ser vista como um objeto total. Quando ocorre essa integração, a criança se torna capaz de se envolver, de assumir responsabilidade por seus impulsos instintuais, construindo os alicerces para o brincar e o trabalho.

1.2.4 O papel do ambiente na patologia da criança

Conforme já visto, para fazer frente à ansiedade desde o início da vida, tem-se o cuidado materno suficientemente bom. A mãe suficientemente boa possibilita que o continuar a ser da criança não seja perturbado. Se ela não é bem sucedida, a criança manifesta algum tipo de sintoma, que pode ser expresso na dificuldade de brincar (área da transicionalidade), pois o brincar construtivo requer a presença da pessoa amada.

Para que a mãe auxilie a tendência inata para o crescimento, é necessário que se sinta segura, amada em sua relação com o pai da criança e com a própria família, e aceite nos círculos mais amplos que formam a sociedade (WINNICOTT, 1993).

Dito de outra forma, o envolvimento da mãe com seu bebê depende da sua auto-imagem e da sua relação com aqueles que estão à sua volta, salientando o papel do círculo familiar e social. É importante por parte do profissional o conhecimento do desenvolvimento infantil, pois caso se detecte e diagnostique um distúrbio emocional, é mais fácil tratá-lo na

tenra infância. Isso é particularmente relevante no desenvolvimento emocional do primeiro ano de vida, pois esse período fornece uma base fundamental para a saúde mental do indivíduo humano (WINNICOTT, 1982, 1993).

Winnicott (1993) ressalta que há dois tipos de crianças: aquelas cujos pais foram bem sucedidos em sua tarefa, tornando as crianças recompensadoras, capazes de expressar e lidar com todo tipo de sentimentos; e as crianças cujos pais fracassaram na tarefa de adaptarem-se às necessidades do bebê (o que nem sempre depende somente deles).

O papel da família é adaptar as condições ambientais às necessidades do indivíduo, isto é, de dar continuidade ao cuidado materno e, posteriormente, também ao cuidado paterno, possibilitando, assim, a maturidade emocional da criança. Para isso é preciso aceitar a dependência e a autonomia infantil, já que o indivíduo sadio conserva a capacidade de transitar entre esses dois estados. Apesar de o indivíduo maduro ter maior liberdade de pensamento e ação, conforme se afasta da família, ele tem a necessidade de retomar o relacionamento com o pai e com a mãe que tinha na infância, sendo necessário que os pais o aceitem de volta. Sendo assim, a figura dos pais precisa estar presente na realidade psíquica e interior do indivíduo. A partir disso, “quando a família permanece intacta e há unidade entre os irmãos, cada indivíduo tem diante de si a melhor das oportunidades de iniciar-se na vida social” (WINNICOTT, 1993, p. 133).

Winnicott (1982) enfatiza que o primeiro contato com a criança (e o mais impressionante) é no momento da amamentação, quando o bebê está excitado, e, algumas vezes, a mãe também. Se o bebê pode contar com suas excitações e com a mãe, ele passa a ser capaz, ao longo de seu desenvolvimento, de continuar a satisfazer e orientar seus próprios impulsos e desejos. Assim, a mãe precisa conhecer seu bebê em dois estados, quando ele está satisfeito (calmo) e quando excitado, porque ele necessita da sua ajuda de maneiras diferentes

nesses momentos. Para que isso aconteça, a mãe precisa estar identificada com o filho (um processo que, como visto, vai além da amamentação).

“A alimentação da criança é uma questão de relações mãe-filho, o ato de pôr em prática a relação de amor entre dois seres humanos” (WINNICOTT, 1982, p. 31). Portanto, para que a alimentação materna corra bem é preciso que o vínculo se desenvolva de maneira satisfatória.

Winnicott (1982) afirma que se a mãe é normalmente sadia, vive em um lar razoavelmente tolerável (mantido por ela e pelo marido) e o bebê veio com boa saúde e foi desejado, então a alimentação, no sentido concreto do termo, constitui apenas uma parte importante da relação entre dois seres humanos. Nesse âmbito, a mãe e o bebê sabem melhor do que ninguém o que está certo; assim o bebê toma a quantidade certa de leite, no ritmo adequado, e sabe quando tem que parar. Conseqüentemente todo processo físico (como digestão e excreções) funciona bem porque a relação emocional se desenvolve fluentemente.

Por sua vez a mãe é capaz de tomar decisões naturalmente, esquecendo as técnicas, quantidades e horários, oferecendo a alimentação natural no momento exato que o bebê quer, e parando quando ele não a deseja mais. A mãe faz o melhor pelo seu filho, por ela e para a sociedade quando orienta suas relações com o bebê da sua própria maneira. Esta relação bem sucedida entre a mãe e o bebê é a única base autêntica para as relações da criança com os pais, com outras crianças e com a sociedade em geral (WINNICOTT, 1982).

A concepção que a criança tem da mãe como ser humano total é estabelecida através das boas experiências durante a excitação, permeadas pela gratificação e satisfação. Depois disso a criança quer retribuir o que recebeu para a mãe, tornando-se também um ser total, capaz de reter o momento de carinho e atenção. Eis o ponto de origem da culpa e da capacidade da criança de se sentir triste se a mãe amada está ausente (WINNICOTT, 1982).

Winnicott (2000), ao tratar dos problemas relacionados ao apetite afirma que o distúrbio acontece devido às condições específicas em momentos críticos, como a tentativa de induzir a criança a comer sozinha ou no momento de introduzir alimento sólido. O apetite estaria ligado à defesa contra a ansiedade e a depressão. Assim, para apreciar a função oral, é necessário considerar primeiro o instinto oral (quero comer), depois a fantasia oral (penso em comida) e a seguir a vinculação entre a fantasia oral e mundo interno (idéias sobre o que se passa dentro da criança e sobre como está o interior da fonte de alimentos, ou seja, corpo da mãe). O mundo interno é esta elaboração sem fim, refere-se primeiro à barriga, depois à cabeça, aos membros e outras partes. A barriga seria o primeiro local do corpo relacionado ao mundo interno, representando-o em seus primórdios. O indivíduo tende a colocar a fantasia dentro de si e a identificá-la com o que ocorre dentro do corpo. Assim, o mundo interno é cheio de movimentos e sentimentos, sendo que na doença ele é supercontrolado ou algum de seus elementos controla o indivíduo.

Com nove ou dez meses de idade a criança já pode usar completamente o mecanismo de empregar a dúvida quanto à comida para expressar a dúvida sobre o amor. Dessa forma são raros os casos de crianças emocionalmente doentes que não têm problemas com alimentação.

Após estudar alguns casos sobre distúrbios do apetite, Winnicott (2000) relaciona-os com o brincar, e passa a fazer uso de uma escala com o intuito de explicitar a qualidade do brincar no desenvolvimento cultural do indivíduo. No lado normal há o brincar como simples e prazerosa dramatização da vida do mundo interno. No outro oposto, nomeado por ele como ‘anormal’, o brincar passa a ser uma negação do mundo interno, é realizado de um jeito compulsivo, excitado e impulsionado pela ansiedade, mais interessado em explorar as sensações provindas do ambiente (movido pela excitação) do que ter uma atitude propriamente feliz. Essa busca em explorar as sensações, oriunda da ansiedade, pode estar ligada à busca por comida; a necessidade de se alimentar tem então como finalidade abrandar

a ansiedade sentida. Para Winnicott, esse tipo de exploração das sensações físicas acontece devido à negação do mundo interno, e, assim, afeta os relacionamentos externos.

Winnicott (1997) também ressalta que o estado de excitação envolve a operação dos instintos na etapa oral, anal ou genital. Neste ponto o ambiente precisa ter continuidade em seus aspectos físicos e emocionais, precisa ser suficientemente bom para que não haja sérias repressões paralisantes. Isso é necessário porque as idéias ligadas aos momentos de excitação formam a base das brincadeiras e dos sonhos. Uma vida instintiva satisfatória facilita o controle da excitação do corpo. Neste ponto, é importante salientar que a comida serve como maneira da criança atingir sua satisfação, assim como o sono, o defecar ou o urinar.

Como já visto anteriormente, se a mãe não esteve presente durante o período inicial de vida da criança, ela não foi capaz de oferecer holding e, conseqüentemente, um sentimento de segurança que capacitasse a independência da criança, criando um vazio afetivo.

A fim de abrandar esse sentimento de vazio afetivo, a criança usa do comer voraz como forma de preenchê-lo, para tentar satisfazer a vinculação entre a fantasia oral e o mundo interno, ou seja, vincular as idéias sobre o que se passa dentro de si com as idéias sobre como está a fonte de alimento (o corpo da mãe). Quando a criança tenta introjetar todo objeto (comida) na busca de introjetar o afeto, isso significa que o objeto objetivamente percebido (comida) está relacionado com o subjetivamente incorporado (ela precisa comer o alimento para preencher o vazio afetivo) (WINNICOTT, 2000). Portanto, se não houve a incorporação de fato do afeto, a criança pode não conseguir preencher o vazio, permanecendo em um círculo vicioso alimento-busca por afeto-vazio-alimento.

Winnicott (2000) esclarece que a busca do alimento para preencher o vazio só acontece se tiver ocorrido uma privação anterior. Se a mãe não é capaz de transmitir para o filho o seu estado emocional, ou seja, não dá sinais de como está a fonte de alimento, de como ela se sente, a criança passa então a tentar adivinhar o que acontece com a mãe. Nessa busca

por adivinhar qual o estado emocional dela e para preencher o vínculo com ela, a criança pode sentir que está “roubando” o alimento, que não é oferecido pela mãe. Muitas vezes a incapacidade da mãe de auxiliar o filho nesse vínculo e na movimentação de seu mundo interno, está relacionada a seu próprio estado.

A busca de afeto por meio do alimento se assemelha a uma atitude de roubo em relação ao corpo da mãe, considerada como uma manifestação da tendência anti-social. Isso se deve ao fato de que o ato compulsivo de comer, ou seja, a sofreguidão, é a tentativa de ingerir comida como se pudesse curar a de-privação causada pelo ambiente e falta do afeto da mãe. Muitas vezes o sucesso desse ato (reparação da de-privação) vem do fato de que a mãe satisfaz a sofreguidão da criança (WINNICOTT, 2000).

A sofreguidão é diferente da voracidade, porque esta corresponde às reivindicações instintivas na época em que a criança começa a admitir a existência separada da mãe. A mãe pode falhar na satisfação das exigências instintivas, mas de uma maneira que a criança não se sinta desamparada, provendo as suas necessidades egóicas até que ela já tenha introjetado uma mãe que apóia o ego, e mantenha essa introjeção apesar das falhas do ambiente (WINNICOTT, 2000). Se essa desilusão falha, a sofreguidão passa a fazer parte da compulsão do bebê para ter a cura, pelas mãos da mãe que provocou a de-privação.

Portanto, é importante destacar que, se a criança sofreu uma de-privação, uma forma possível de reagir é através da ingestão alimentar exacerbada. Esse tipo de comportamento demonstra que ela teve uma experiência na qual predominou a deficiência de afeto, levando ao prejuízo da capacidade de brincar construtivamente, da simbolização e expressão de estilo de ser pessoal. Com isso, uma forma de tratamento é fornecer um ambiente que cuida, que acolhe, que pode ser redescoberto pela criança e que continua estável apesar de constantemente testado.

Por todas essas considerações acerca da teoria winnicottiana, ao se considerar um fenômeno é necessário se levar em conta o processo de amadurecimento do indivíduo, desde os estágios mais primitivos, no intuito de tentar localizar o estágio em que o fenômeno teve origem. Só assim é possível compreender a natureza do problema e fornecer cuidados específicos de acordo com sua necessidade.

2 OBJETIVOS

Considerando as implicações de prejuízo à saúde física e psíquica relativas à obesidade infantil, a multicausalidade do quadro, e em função da literatura ter apontado que a criança obesa não pode ser compreendida isolada de seu contexto familiar, este trabalho tem por principal objetivo identificar as características psicodinâmicas de crianças obesas e de seus pais e mães.

Para tanto, buscar-se-á conhecer a história de vida da criança e a dinâmica familiar, por meio de entrevistas e da avaliação psicológica individual dos pais e das crianças, através das técnicas do Desenho da Figura Humana (DFH) e do Teste de Apercepção Temática, em sua forma para adultos – TAT, e para crianças – CAT.

3 METODOLOGIA

3.1 Contextualização metodológica

Este trabalho será desenvolvido na perspectiva clínica de investigação, inserida no contexto das abordagens metodológicas qualitativas, mais usadas nas Ciências Humanas. Desse modo, propõe-se a realização de cinco estudos de caso e, posteriormente, uma comparação entre eles.

Davila (1995) assinala que a diferença entre as perspectivas qualitativas e quantitativas se inicia como uma distinção entre quantidade e qualidade, dentro de uma relação dialética, podendo uma se transformar em outra. Por quantidade deve-se entender aquilo que é preciso e pode ser medido, e por qualidade o que é impreciso e não mensurável.

Apesar das possibilidades de integração entre as perspectivas, nota-se que, desde a Antigüidade, a relação entre elas foi de oposição, notadamente no aspecto de qual forneceria um retrato mais preciso e fiel da realidade. Essa situação foi comparada por Davila (1995) a um estado de guerra, no qual cada parte só pode ser descrita em oposição à outra.

Para oferecer um rápido delineamento das duas perspectivas é importante citar o processo de escolha do objetivo a ser investigado, dos sujeitos, e, conseqüentemente, da análise dos dados obtidos.

Na perspectiva quantitativa, a pesquisa se estrutura através de uma seqüência de passos, que dependem um do outro para serem realizados. Desde o estabelecimento de uma hipótese até a conclusão, existe o método e os procedimentos que devem ser seguidos, que são altamente valorizados, dando a impressão de que o processo é autônomo. Assim sendo, o

começo da investigação é decisivo, pois se houver uma escolha ruim da variável, todo o trabalho fica comprometido (DAVILA, 1995).

Já em relação à perspectiva qualitativa, o começo da investigação não é um momento decisivo, mas sim uma tarefa como qualquer outra, que tem a possibilidade de ser questionada e reformulada. De forma contrária ao procedimento quantitativo, que segue uma rotina, o qualitativo tem como característica a invenção, o inesperado, pois lida com uma realidade que está em processo de mudança. Conseqüentemente, o objeto tem lugar privilegiado em relação ao método estruturado (DAVILA, 1995).

Quanto à escolha de sujeitos, as metodologias quantitativas buscam a representatividade estatística de uma população, sendo a escolha deles determinada de maneira precisa, com o intuito de que a amostra possa refletir o universo total. Nesse sentido, é importante a quantidade de sujeitos. Por outro lado, na perspectiva qualitativa o trabalho é realizado principalmente com grupos, e não com populações, o que salienta a qualidade de formação dos mesmos em detrimento da quantidade de sujeitos. Nesta perspectiva, os sujeitos são vistos como protagonistas do processo, pois expressam seus valores, desejos, crenças e subjetividade reais, diferentemente do enfoque quantitativo, no qual o sujeito é concebido como algo dado.

No que se refere ao procedimento de coleta e análise dos dados, no enfoque qualitativo, o desenho é aberto, sendo que a análise e interpretação dos dados estão combinadas no próprio pesquisador, que tem o papel de integrar aquilo que é dito e quem o faz; assim, é ele quem dá significado à informação e forma a unidade do processo de investigação. Por este motivo, a análise dos dados é realizada de forma simultânea à coleta, e não ao final desta, como acontece na abordagem quantitativa. Esse fato dá demonstrações de uma relação dialética, na qual há uma interação contínua entre coleta e análise, entre investigação e intervenção, na qual cada uma se constrói e é construída pela outra.

Apesar dessas diferenças, é preciso que não se entenda essas duas abordagens de maneira excludente e como opostas, senão se tem apenas apontamentos de limites de cada uma delas e uma postura onipotente de valorização de uma ou de outra, sem perspectiva de uma integração construtiva que preserve as contribuições de ambas e amenize as suas restrições.

Defendendo a posição de que essa integração é possível, bem como a transformação de qualidade em quantidade (e vice-versa), Conde (1995) propõe a metáfora da escada, em que se parte do qualitativo e vai subindo para o quantitativo, através de degraus e descansos, sendo que cada etapa representa um nível diferente de configuração do real, com o uso de determinada perspectiva teórica, metodológica e técnica.

Para descrever os degraus e descansos da escada, Conde (1995) constituiu 11 processos epistemológicos e metodológicos, que estão presentes em grande parte das investigações em Ciências Sociais. Mesmo que cada um corresponda a uma metodologia, técnica e nível de medida, Conde (1995) defende que essas metodologias e técnicas são instrumentais e podem ser usadas em diferentes perspectivas de investigação, pois é o nível de realidade construído por cada prática e processo metodológico que dá sentido ao uso de determinadas técnicas.

Os passos ou degraus que, segundo Conde (1995), levam o pesquisador da multidimensionalidade do real para a sua unidimensionalidade, podem ser descritos, de maneira sucinta, como: temporalização histórica (localização histórica do fenômeno de acordo com uma sequência de tempo de diversos acontecimentos); inominação/nominação (conferir um nome ao fenômeno que se está produzindo, analisando ou interpretando); configuração simbólica (fixar e estabelecer os seus iniciais eixos de sentido multidimensionais, para que haja a contextualização aberta e polissêmica); valoração simbólica (formar uma hierarquia entre os eixos de sentido do fenômeno já definidos, dando-lhes maior ou menor importância);

configuração semântica (produção de sua estabilização e sistematização interna, definindo a estrutura intrínseca do objeto); dimensionalização referencial (escolher o eixo de sentido mais importante, reduzindo o fenômeno a uma dimensão, a qual todas as outras vão ser levadas em conta); estruturação significativa (transformar os espaços multidimensionais e heterogêneos em espaços mais homogêneos); denominação/denotação (modificar os espaços localmente homogêneos em um único espaço, globalmente homogêneo e unidimensional, característico da perspectiva quantitativa clássica); distribuição extensiva (transformar os termos ou denominações/denotações em variáveis, para localizá-lo no espaço globalmente homogêneo); escalação (criar uma unidade de medida); contagem (grau mais alto da qualificação, em que tem a permissão para a plena precisão e ciframento, a partir da origem ou zero absoluto).

A par dessas considerações entre os processos epistemológicos, metodológicos e técnicos dos enfoques quantitativos e qualitativos e suas integrações, pode-se salientar que a dificuldade do pesquisador está em decidir o nível de realidade que ele quer construir/analisar e os procedimentos pertinentes. Assim, pensando na metáfora da escada, descrita por Conde (1995), é importante que o pesquisador defina qual o degrau que ocupa no momento, e onde quer chegar, que movimento quer fazer (subida ou descida), quantificar ou qualificar ou ainda fazer as duas coisas simultaneamente.

Delgado e Gutiérrez (1995) criticaram a metáfora da escada, primeiramente por dar a impressão de uma hierarquia entre os dois enfoques, associando a aproximação ao quantitativo como ascensão, melhora e progresso, mas também porque ela esconde o fato de que o conhecimento é construído e reconstruído por um sujeito/investigador que também faz parte dele, atribuindo-lhe um sentido de acordo com o momento histórico. Conseqüentemente, eles sugerem trocar essa metáfora por outra, a metáfora da elipse, que, retrata o pensamento que vai evoluindo, juntamente com a auto-exteriorização, que desperta o indivíduo para a atividade e complexidade, não somente para a exterioridade.

3.1.1 Perspectiva qualitativa

Muitos outros autores tentaram descrever as diferentes maneiras de cuidado com os dados e informações da pesquisa, uns enfatizando determinados procedimentos e outros salientando técnicas e estabelecendo passos para a coleta e tratamento dos dados.

Dentre eles, destaca-se Valles (1997), por sua tentativa de também fazer uma transposição entre as perspectivas quantitativas e qualitativas, através da identificação de suas posturas e delineamento de um panorama das mesmas. Ele salienta a diversidade e heterogeneidade que o significado do qualitativo tem enfrentado no decorrer do tempo.

Concomitante a essas informações, Bryman (1988 apud VALLES, 1997) enfatiza que o debate entre as perspectivas qualitativas e quantitativas produziu uma imagem idealizada da investigação qualitativa real, e salienta três problemas quanto à prática da investigação qualitativa:

- a observação e interpretação: o investigador deve olhar através dos olhos daqueles que estuda e interpretar através do ponto de vista deles. Não há acesso direto da experiência vivida pelos outros, já que o investigador seleciona algumas observações dependendo do que já estudou;
- a relação entre teoria e investigação: a confecção dos pontos de vista dos sujeitos observados diverge da elaboração e aplicação da teoria na investigação, principalmente quando se trata da indução analítica;
- da generalização a partir do estudo de um caso. Bryman (1988 apud VALLES, 1997) destaca como possíveis soluções, principalmente no caso da observação participante (técnica mais vulnerável), os seguintes procedimentos: estudar mais de um caso, vários investigadores devem examinar esses casos e deve-se buscar casos típicos e atípicos. É importante salientar que ele não relaciona o problema da

generalização com a representatividade estatística, mas sim com a representatividade dos casos relacionados às proposições teóricas.

Em função desses limites, mais uma vez, torna-se evidente a necessidade de um entendimento amplo pelos profissionais da área de pesquisa e também a adoção de uma postura que abarque a convivência das duas perspectivas, sem precisar necessariamente se desfazer de uma para aplicar a outra.

3.1.2 Considerações sobre os paradigmas da perspectiva qualitativa de investigação

Uma vez que a investigação qualitativa deve ser considerada uma tarefa interligada a outras, sendo cada uma delas passível de transformação, revisão e questionamento, são os objetivos que demarcam o processo. Conhecendo-se a hipótese prévia é que se é capaz de construir a análise, pretendendo-se determinar dialeticamente o sentido em relação ao objetivo delimitado (DAVILA, 1995).

Bogdan e Biklen (1997) denominam a abordagem qualitativa como uma forma de investigação que salienta a descrição, a indução, a teoria fundamentada e o estudo das percepções pessoais. Além disso, enfatizam o uso intensivo, na época atual, desse tipo de abordagem e da importância de se ter cada vez mais profissionais capacitados para realizar pesquisas qualitativas. Apesar de muito discutida na Sociologia e Antropologia, a abordagem qualitativa só passou a ser usada nas Ciências Sociais após os anos sessenta, com o indicativo de ser um termo genérico que une muitas estratégias de investigação e compartilha determinadas características.

Bogdan e Biklen (1997) também enfatizam algumas características da investigação qualitativa na Educação, compreendidas através de uma perspectiva sociológica. Para esses autores, há cinco aspectos a serem considerados nesse tipo de investigação, a saber:

1. os dados são obtidos no ambiente natural, e o investigador é o principal instrumento do estudo. Ele coleta os dados através do contato direto, com qualquer material que esteja usando. Depois, ele revê os dados coletados, a fim de que possa compreendê-los; sua compreensão é o instrumento-chave de análise. Por ser tão saliente a importância de ver as ações em seu ambiente natural, tem-se grande preocupação com o contexto em que elas acontecem;
2. a investigação qualitativa é descritiva, pois o investigador faz narrativas para descrever os dados obtidos, trabalhando com palavras ou imagens e não com demonstrações numéricas. Por esse motivo, alguns autores denominam os relatórios desses pesquisadores como ‘anedóticos’. Para além dessas proposições, é de suma importância que o estudioso tenha um olhar não trivial sobre as coisas comuns e cotidianas, pois tudo pode servir como pistas para investigar o objeto de estudo;
3. há maior ênfase no processo do que apenas nos resultados ou produtos. Neste ponto, o interesse está focalizado na maneira como as definições de determinados construtos foram feitas, e não apenas na definição em si;
4. os investigadores têm tendência a analisar os dados de maneira indutiva; isso acontece porque primeiramente os dados são coletados e depois vai se buscando relações entre eles, como se inicialmente tivesse uma abertura maior, e no decorrer da análise fosse se fechando (semelhante a um funil). Alguns autores denominam essa teoria como aquela que vai de ‘baixo para cima’, ou de teoria fundamentada;
5. a relevância do significado: o interesse está “no modo como diferentes pessoas dão sentido às suas vidas” (BOGDAN; BIKLEN, 1997, p. 50) e como interpretam os significados, modo designado pelo nome de perspectivas participantes. O objetivo principal é tornar mais clara a dinâmica interna das situações, que freqüentemente

inexiste aos olhos do observador exterior. Há um tipo de diálogo entre os investigadores e os sujeitos estudados.

Diante dessas características da pesquisa qualitativa, nota-se que a gama de dados coletados é bastante complexa, o que torna necessário considerar quais os procedimentos cabíveis para a análise dos mesmos.

3.1.3 Procedimentos analíticos de estudos qualitativos

Muitos investigadores sustentam que, apesar de ser uma atividade muito pessoal, não se deve tornar a análise de dados qualitativos um procedimento místico, com processos interpretativos e criativos de difícil explicitação.

Também é importante enfatizar a relação entre análise e os outros aspectos da investigação, considerando que ela não consiste apenas de um elemento discreto do processo investigativo e que é impossível de ser reduzida a passos e fases; antes, deve ser integrada a outras etapas do projeto (BURGESS et al., 1994 apud VALLES, 1997). Conseqüentemente, o início do estudo pode influenciar no desenho do mesmo, na coleta e na análise. Assim, por exemplo, para classificar os dados é necessário considerar o sentido e a função exercida pela análise dos dados qualitativos na investigação (VALLES, 1997).

Valles (1997) traça uma dupla visão panorâmica dos procedimentos analíticos usados em estudos qualitativos. Ele salienta que o investigador direciona o fenômeno que vai estudar desde a formulação do mesmo, restringindo-o assim, o que já confere ao processo uma característica de analítico. Entende-se por análise a utilização de uma série de procedimentos e técnicas, a serem utilizados após a coleta dos dados em si. No campo da investigação qualitativa, diferentemente das investigações estatísticas, os procedimentos e técnicas de análise não são padronizados.

É importante considerar que em todos os estudos, os investigadores apresentam e ordenam os dados de acordo com aquilo que consideram importante. Somado a isso, quando fazem seu estudo, eles escolhem aquilo que querem observar, perguntar e registrar. Após essas escolhas, usam os dados como forma de ilustrar sua teoria e seus conceitos e para convencer o leitor de seus objetivos (TAYLOR; BOGDAN, 1998).

Nesse sentido, Valles (1997) faz um retrato dos procedimentos analíticos através de diferentes visões. Ele cita autores que reforçam a impossibilidade de uma sistematização do processo de análise, mas com a possibilidade de manter linhas gerais como guias. Por outro lado, Turner (1994 apud VALLES, 1997) ressalta a possibilidade de se ter benefícios de uma reflexão mais aberta sobre as habilidades intelectuais da análise, como o estilo analítico da teoria fundamentada e outros programas informáticos. Atualmente, a introdução de métodos e formas de pensar computacionais supõem mudanças substanciais na metodologia da análise qualitativa (RICHARDS; RICHARDS, 1991 apud VALLES, 1997).

Taylor e Bogdan (1998) notam que todos os estudos qualitativos contêm dados descritivos muito ricos, que podem ser as próprias palavras faladas ou escritas ou os relatos das atividades de observação. Por exemplo: quando se usa entrevistas de profundidade o leitor tem a sensação de ver as coisas do ponto de vista do entrevistado.

Taylor e Bogdan (1998) citam três etapas do processo de análise dos dados qualitativos: descoberta do tema, codificação dos dados e compreensão final do estudo. A fase de descoberta do tema inclui sete etapas: ler repetidamente os dados; seguir as pistas dos temas, intuições, interpretações e idéias; buscar temas emergentes; elaborar esquemas de classificação; desenvolver conceitos e proposições teóricas; ler a bibliografia e desenvolver um guia da leitura para orientação da análise.

Na segunda fase, conhecida por codificação, os autores descrevem cinco passos: desenvolver as categorias de codificação; codificar todos os dados; separar os dados nas

categorias de codificação a que pertencem; ver os dados que restaram e apurar a análise. Na terceira e última etapa, há a chamada relativização dos mesmos, na qual o investigador deve separar os dados que colheu daqueles que não o foram; considerar a influência que ele próprio teve sobre o cenário da investigação, assim como a influência de outras pessoas; notar os dados diretos e indiretos; ver a origem dos dados e reiniciar o estudo considerando suas próprias hipóteses.

Quanto à interpretação, deve-se enfatizar que, na investigação qualitativa, não há linhas que possam guiar e definir a quantidade de dados necessários para apoiar uma conclusão ou interpretação. Daí vem a dificuldade, por exemplo, em definir o número de casos de um estudo. Geralmente, as melhores apreensões vêm de uma quantidade pequena de dados; o investigador pode demonstrar suas conclusões e interpretações, mas nunca irá apresentar uma prova definitiva (TAYLOR; BOGDAN, 1998).

A preocupação de Taylor e Bogdan (1998), em estabelecer e delimitar as etapas que compõem o processo de análise dos dados em investigações qualitativas, também pode ser notada em Valles (1997). Este autor faz referência a diferentes maneiras de classificar os procedimentos de análises qualitativas, atravessando um contínuo que vai desde aquele que apresenta menor até o de maior complexidade. Entre esses procedimentos, destacam-se, segundo sua leitura de Barton e Lazarsfeld (1961):

1. análises de observações simples: que tiveram como função estimular a investigação ou servir como indicadores de realidades sociais e psicossociais não registradas de forma estatística.
2. construção e aplicação de sistemas descritivos, subdivididas em:
 - listas, categorias ou tipos preliminares: como encontrado nos trabalhos dos sociólogos urbanos de Chicago. Barton e Lazarsfeld (1961 apud VALLES, 1997) definem o intuito desse tipo de estudo, argumentando que ao

transformar a experiência individual em típica, o sociólogo chega ao tipo social; por sua vez o conjunto de tipos de personalidade que compõem o grupo social indica a cultura desse grupo. Essas informações podem auxiliar no processo de intervenção em grupos.

- tipologias sistemáticas completas (mais amplo): de posse de um conjunto de tipos ou categorias preliminares, o investigador seleciona os atributos mais relevantes; depois faz um exame de todas as suas combinações possíveis para localizar a série original de categorias e, conseqüentemente, restringe as combinações a estudar.
- tipologias sistemáticas parciais: “sistematização parcial de um conceito ou de um conjunto de categorias” (BARTON; LAZARSELD, 1961 apud VALLES, 1997, p. 361), atualmente são muito usadas quando se trata de estudos de caso.

3. dados qualitativos sugerindo relações entre variáveis:

- sugestão de fatores explicativos: técnica do exame de casos atípicos. É uma técnica considerada por Barton e Lazarsfeld (1961 apud VALLES, 1997), como adequada para descobrir fatores adicionais relevantes para um tipo de comportamento que se estuda.
- sugestão de processos: técnica de exploração qualitativa das relações causais (‘discernimento’). Descobre-se uma terceira variável que explica a relação entre as outras duas.
- sugestão qualitativa do tipo de casuísticas: em muitos estudos, o pesquisador costuma descrever e falar da maior parte de sujeitos, a grande maioria estudada e assim por diante. Com isso, há um risco de

impressionismo, já que às vezes a casuística ocupa o lugar das estatísticas reais, em um paralelo com as investigações quantitativas.

- análise comparativa sistemática de poucos casos: única possibilidade quando se estuda fenômenos sociais complexos, por isso, o investigador opta por estudar um número menor de casos.

4. formulações matriciais: pode abranger o padrão básico de uma cultura, um tema, a mentalidade de uma época ou até um tipo de personalidade. Neste procedimento, o analista busca um conceito descritivo que possa abarcar e resumir uma grande quantidade de observações particulares em uma única fórmula.
5. análise qualitativa com apoio da teoria: os autores apresentam a teoria de tendências centrada em uma tendência social derivada de alguma mudança da estrutura econômica e demográfica.

Ao se fazer estudo de caso, como na presente pesquisa, pode-se utilizar a análise comparativa sistemática de poucos casos, única possibilidade quando se estudam fenômenos sociais complexos. Também pode ser realizada a sugestão de processos: técnica de exploração qualitativa das relações causais ('discernimento'), na qual se descobre uma terceira variável que explica a correlação entre as outras duas.

Através de todos esses mecanismos descritos, percebe-se que Barton e Lazarsfeld (1961 apud VALLES, 1997) seguiram uma lógica experimental; posteriormente há modificações em suas considerações, que terminam por dar ênfase ao fato de que os materiais qualitativos oferecem uma riqueza de elementos descritivos detalhados, dando margem à investigação de pistas e inferências.

Com base nessas considerações, pode-se depreender que a análise dos dados em investigação qualitativa é um processo que segue um desenvolvimento contínuo (TAYLOR; BOGDAN, 1998), daí a necessidade de se estudar e conhecer os seus diversos tipos.

3.1.4 Considerações sobre o processo de investigação qualitativa

Valles (1997) ressalta que em todas as etapas do processo de investigação, o pesquisador terá que tomar as chamadas decisões de delineamento (‘decisiones de diseño’). Algumas vão precisar ser tomadas ao início da pesquisa, outras enquanto o problema vai sendo delineado e os casos pensados. São questões a serem trabalhadas em cada fase, sem precisar ter um molde pronto a ser seguido sempre.

Morse (1994) cita as seguintes etapas da pesquisa qualitativa, levando em consideração os vieses ideológicos que o pesquisador pode ter ao conduzir seu estudo e a preocupação ética da investigação:

- Reflexão: identificar o tema, as questões a serem estudadas e as perspectivas paradigmáticas;
- Planejamento: selecionar o contexto e a estratégia; preparar o investigador e redigir o projeto;
- Entrada em campo: selecionar casos ou informantes, realizar entrevistas ou observações;
- Coleta produtiva e análise preliminar de dados;
- Saída de campo e análise intensa de dados;
- Redação dos resultados.

Para Morse (1994), o investigador da perspectiva qualitativa precisa preencher as seguintes qualidades: ser paciente, ganhando a confiança dos participantes do estudo; ser polifacético em relação aos métodos de investigação social e versado em teoria social; ser meticuloso quanto à documentação, isto é, seus dados coletados; ser conhecedor do tema em questão; ser capaz de trabalhar indutivamente, confiando em suas interpretações; ser capaz de

verificar sua informação de maneira constante; ser esforçado no trabalho intelectual e incansável até apresentar seus dados.

Ao se trabalhar em qualquer tipo de pesquisa qualitativa deve-se levar em conta algumas questões, como credibilidade, transferência e dependência (VALLES, 1997). A primeira é semelhante ao conceito de veracidade, e diz respeito ao uso que se faz do conjunto de recursos técnicos do estudo; assim como na pesquisa quantitativa, usa-se o controle e a aleatoriedade para se verificar a validade interna.

Já a transferência pode ser vista como um termo semelhante à generalização buscada nas investigações clássicas. Este termo significa a possibilidade de se usar os mesmos procedimentos e resultados em situações semelhantes, respeitando-se as particularidades dos novos contextos.

Além deste termo, Valles (1997) destaca outro, o de dependência, isto é, a disponibilidade de fontes e dados usados na pesquisa para auxiliar os outros a seguirem seu trabalho, compreender e verificar os resultados. Pode-se dizer que este termo é semelhante ao da ‘consistência’ usado em pesquisas quantitativas.

Ao elaborar sua pesquisa, o investigador tem necessidade de saber formular o problema, tomar decisões amostrais (quanto ao contexto, casos, datas) e selecionar estratégias metodológicas para obtenção, análise e apresentação de seus dados.

Quanto às estratégias metodológicas, há muitas formas de investigação que irão depender do objetivo que se pretende. Para Valles (1997) são consideradas estratégias metodológicas ou técnicas de investigação: análise documental, entrevistas abertas ou em profundidade, grupos de discussão, visitas ou observações participantes. Marshall e Rossman (1989 apud VALLES, 1997) organizam essas estratégias de acordo com o objetivo do estudo, seja ele exploratório, explicativo, descritivo ou preditivo. As estratégias apontadas são: experimentos, enquête, análise de informação de arquivo, estudos de caso, estudos de campo e

etnografia. As duas últimas são tidas como tipos especiais de estudos de caso. Denzin e Lincoln (1994) apresentam outra lista: estudos de caso, etnografia – observação participante, fenomenologia – etnometodologia, *grounded theory*, método biográfico, método histórico, ação investigativa e aplicada, e investigação clínica.

Valles (1997) classifica tais estratégias da seguinte maneira: investigação documental ou uso de documentos, estudo(s) de caso(s) e triangulação, melhor descritas abaixo:

1. uso de documentos: é necessário um uso mínimo de documentos de todo tipo, incluindo as fontes estatísticas.
2. estudo de caso(s): aqui se agrupam diversos tipos.
 - estudos de caso etnográficos: a técnica principal usada é a observação participante. Geralmente é associado com o modo tradicional de investigar dos antropólogos, com trabalhos clássicos na sociologia e na psicologia social.
 - estudos de caso biográficos: nos quais se usa as técnicas dos documentos pessoais, os relatos e histórias de vida.
 - outros estudos de caso: caracterizado pelas metodologias que transitam entre o estudo qualitativo e o quantitativo (etnometodologia, avaliação e outras).
3. triangulação: também conhecida por estratégia de estratégias. As circunstâncias de cada estudo levam o investigador a combinar determinadas estratégias, a fim de se obter um produto mais adequado. Pode optar por diferentes estratégias dentro da abordagem qualitativa, ou mesclar a mesma com a quantitativa.

A par de todas essas informações e acentuando as diferentes estratégias metodológicas existentes, o presente estudo será desenvolvido de acordo com a perspectiva clínica de investigação, incluída nas abordagens metodológicas qualitativas. Para tanto, serão realizados estudos de caso biográficos como estratégia metodológica de pesquisa, cujas características

peculiares e sua inserção no contexto do método clínico de investigação serão abordadas a seguir.

3.1.5 Método clínico

Há estudos que questionam a existência da nomeação de um ‘método clínico’ como estratégia de investigação dentro da Psicologia Clínica. Para compreender melhor esse ponto de vista, faz-se necessário percorrer o caminho que vai desde a origem da Psicologia Clínica até sua conjunção com a Psicanálise, aqui debatidas dentro da visão psicanalítica francesa.

Aguiar (2001) enfatiza que a origem do termo ‘método clínico’ está intrinsicamente ligada à Psicanálise, pois na França, a Psicanálise representou um modelo de prática da Psicologia e conseqüentemente a Psicologia serviu para difundir a Psicanálise na França, um país que foi indiferente a Freud por um longo espaço de tempo. Ressalta que o termo ‘método clínico’ retrata um tipo de ‘investigação dos processos anímicos’, contrário ao método experimental.

Uma compreensão ampla do ‘método clínico’ deve incluir as implicações políticas, históricas e metodológicas de determinada situação. Assim, baseando-se na conceituação histórica e movimentos políticos enfrentados pela Psicologia e suas diferentes vertentes, pode-se dizer que, ao se falar de ‘método clínico’, pressupõe-se existir duas dimensões paradigmáticas que são próprias da clínica psicanalítica, ou seja, a singularidade da pessoa e a idéia de contemporaneidade entre pesquisa e tratamento (AGUIAR, 2001). Esse paradigma corrobora a ligação do surgimento do termo ‘método clínico’ com a Psicanálise, como forma de expressão da Psicologia Clínica.

Aguiar (2001) afirma que o termo ‘método clínico’ foi usado pela primeira vez pelo psicólogo americano Witmer, que em 1896 fundou uma ‘*psychological clinic*’ (HUBER, 1993

apud AGUIAR, 2001). Apesar de haver escritos em que Janet já mostrava usar correntemente esta expressão, foi somente com Lagache que essa noção foi integrada à Psicanálise.

Dentro dessa perspectiva, é importante ressaltar que a Psicologia francesa teve duas fontes: a Psicologia Experimental oriunda da cientificidade tradicional, que serve ao rigor e ao domínio das variáveis; e a ‘psicologia das profundezas’, Psicanálise e Psicologia Clínica vindas da ‘corrente dinâmica’. A Psicologia Clínica é definida como prática terapêutica fundada na entrevista e no exame de caso a partir da observação das condutas individuais (ROUDINESCO; PLON, 1997). Essa definição é baseada na idéia lagachiana de que a Psicologia Clínica como o estudo dos casos individuais tem seu método baseado na dinâmica (investigação dos conflitos), na totalidade (interação do indivíduo e meio) e na genética (apreensão da história através da evolução e resultado global).

O princípio da Psicologia Clínica é o da singularidade. Assim, a abordagem clínica salienta a investigação sistemática e exaustiva dos casos individuais, levando em consideração que “o que especifica a Psicologia Clínica é o Método Clínico, isto é, a natureza das operações com as quais o psicólogo clínico aborda a conduta humana” (LAGACHE, 1979 apud AGUIAR, 2001, p. 613).

Anzieu (1979) afirma que o exame de casos individuais se refere à observação das reações verbais e afetivas do sujeito; as entrevistas aprofundadas têm como objetivo reconstituir a anamnese, testar os níveis de tolerância, desencadear um processo associativo e promover tomadas de consciência, podendo abarcar também a aplicação de testes projetivos.

Com isso, a Psicanálise foi criticada e considerada uma ‘ultra-técnica’, por se limitar a curar e usar uma só técnica, focando-se em apenas um dos quatro alvos da psicologia clínica: o diagnóstico, o conselho, o tratamento, a educação. Destarte, Lagache (1979 apud AGUIAR, 2001) tentou superar o conflito entre Psicologia Experimental e Clínica, sustentando que a Psicologia seria uma unidade quando o método experimental e o método clínico se apoiassem

mutuamente, o que não aconteceu. Seguindo essa mesma perspectiva, em 1973, Schraml (apud AGUIAR, 2001) postulou que a Psicologia Clínica é entendida como a aplicação dos resultados e métodos de todas as disciplinas psicológicas fundamentais, e o termo método clínico corresponde a todo procedimento de observação direta e minuciosa na entrevista ou nas situações experimentais definidas, como a aplicação de teste.

Ao falar sobre método em Psicologia Clínica, Huber (1993 apud AGUIAR, 2001) diferencia os métodos de pesquisa, que constituem o saber da disciplina, daqueles que permitem a aplicação desse saber, enfatizando que a intervenção clínica em Psicologia pode ser realizada em dois momentos distintos. No primeiro pode ser visada como método de investigação, ou seja, através do estudo de caso, estudo correlacional, estudo normativo, experimentação, estatísticas e planos experimentais. Quanto ao diagnóstico e a avaliação clínica podem ser usados entrevista diagnóstica, testes mentais, observação e análise do comportamento, análise psicodinâmica e métodos biológicos. Neste ponto Aguiar (2001) enfatiza que a Psicanálise não é apenas discursividade, mas também tem o papel de intervir e modificar alguma coisa do real.

Finalmente, Aguiar (2001) conclui que quando se nega a existência de um método clínico em Psicologia, o intuito é separar metodologicamente a Psicologia Clínica e a Psicanálise; assim, seria possível uma usar a outra, como procedimento técnico instrumental e destituída de seus pressupostos ético-epistemológicos muito definidos. Essa separação não seria de todo mal quista pela Psicanálise, porque o saber clínico refere-se àquele obtido na transferência, na escuta do paciente em sua condição de sujeito do inconsciente e portador de uma realidade psíquica única, jamais considerada em outras situações de investigação.

Mezan (1999) considera toda a investigação psicanalítica como sendo do tipo qualitativo, porque trabalha em profundidade em casos específicos. O caso tem grande valor,

pois, através da singularidade, permite extrair aquilo que lhe é exclusivo e o que é compartilhado com outros casos do mesmo tipo.

Portanto, desconsiderando a dimensão da singularidade do sujeito e contemporaneidade entre pesquisa e tratamento, a noção de método clínico ‘perverte-se’ e perde toda a sua razão de ser como critério para especificar a Psicologia Clínica. Caso o termo método clínico se mantenha, é por direito pertencente à clínica psicanalítica; conseqüentemente sua noção está incutida na noção de método psicanalítico (AGUIAR, 2001).

Amilarian (1997) traz outras considerações acerca do método clínico psicanalítico. Ela também enfatiza que o método clínico é diferente do experimental por este aplicar conhecimentos, proposições e conceitos científicos ao indivíduo, o que diverge da busca por relações existentes entre variáveis isoladas do mundo dinâmico natural. Somado a isso, o método clínico não busca a regularidade como objetivo central, mas sim observar os fenômenos no momento e no local onde surgem, sem depender da frequência com que aparecem em uma população.

Quando o pesquisador opta por esse tipo de método, ele crê que em todas as situações de vida estão interagindo inúmeras variáveis, passíveis de modificação conforme interação com outras. Por esse motivo, a repetição, conforme entendida pelos experimentalistas, não acontece, sendo possível descobrir relações significativas entre os dados apenas através de um processo de seleção e síntese interpretativa (AMILARIAN, 1997).

Seguindo essa linha de raciocínio, tem-se a idéia de que as variáveis de personalidade que se revelam tal como ocorrem no indivíduo são as ‘verdadeiras’, e para organizá-las dentro da dinâmica da personalidade é preciso conhecer os diferentes esquemas do processo de interação. Em acordo com isso, o método clínico parte do pressuposto de que as respostas do sujeito não são produzidas por mero acaso, mas são determinadas pelas condições

psicológicas da pessoa. Portanto, o indivíduo tem grande liberdade para se manifestar e se revelar, o que facilita o surgimento de conteúdos psíquicos inconscientes, reflexo da organização de sua personalidade. Por esse motivo, algumas vezes é aceito o estudo aprofundado de um único caso para se conhecer dados importantes e significativos da conduta humana (AMILARIAN, 1997). Este é um ponto importante, pois valoriza o saber obtido em trabalhos com pequeno número de sujeitos.

Amilarian (1997) ainda considera que no método clínico psicanalítico o conhecimento da pessoa, que vem da experiência individual da relação, é uma amostra das maneiras únicas do ser humano estar no mundo. Essas maneiras exemplificam as relações possíveis, já que as pessoas vivenciam condições semelhantes. Seguindo essa linha investigativa, portanto, é possível aprender sobre as regularidades do comportamento humano.

Assim, o ‘método clínico’ é um termo que está estritamente relacionado à Psicanálise e, dessa maneira, torna-se necessário relatar o uso e entendimento dos psicanalistas quanto ao que vem a ser um ‘caso’.

Em seu sentido mais simples, a expressão ‘caso’ indica, para o analista, o interesse particular dedicado a um de seus pacientes. Geralmente esse interesse é compartilhado com outros colegas, podendo abrir espaço para a observação escrita, que constitui, portanto, no que realmente se chama caso clínico. No entanto, é importante ressaltar que no discurso médico a palavra ‘caso’ tem um sentido diferente, pois remete ao sujeito anônimo que representa alguma doença, enquanto o sentido psicanalítico é o oposto, já que trata o caso como a própria singularidade do ser que sofre (NASIO, 2001).

Dessa forma, em Psicanálise, o caso é definido como o relato de uma experiência única, escrita por um terapeuta para demonstrar o encontro com seu paciente, e auxiliar um avanço teórico. O caso é um texto que, através de seu estilo narrativo, salienta uma situação clínica que ilustra uma elaboração teórica. Devido a esse fato, Nasio (2001) considera o caso

como “a passagem de uma demonstração inteligível a uma mostra sensível, a imersão de uma idéia no fluxo móvel de um fragmento de vida [...] a pintura viva de um pensamento abstrato” (p. 12).

O autor ainda ressalta que o caso possui três funções: didática, metafórica e heurística. A função didática se refere ao caráter figurado do estudo de casos como facilitador de sugestão e de ensino, já que ele transmite a teoria encaminhando-se à imaginação e emoção do leitor. Quando se lê um caso, é possível viajar de um personagem a outro, é possível ser um ator que entra no universo abstrato dos conceitos e assimila a teoria sem precisar se confrontar com a realidade. O fato de se colocar como ator faz com que o leitor possa se imaginar como o paciente e também como o terapeuta que intervém, daí o poder sugestivo do caso clínico. Posteriormente, o leitor passa a ser capaz de generalizar o caso, comparando-o com outras situações análogas. Nasio (2001) usa aqui o termo ‘dramatizar o conceito’, isto é, personificar o conceito e colocá-lo em uma interação de lugar, tempo e ação, para que o leitor seja capaz de captá-lo e entender a teoria subjacente.

A função metafórica diz respeito à substituição do conceito pela observação, ou seja, o sentido inicial de uma idéia é transformado na observação do caso. Por esse motivo, geralmente se explicam determinados conceitos falando de um caso famoso, como o de Schreber.

Já a função heurística pode ser vista quando o caso ultrapassa seu papel de ilustração e de metáfora, transformando-se em gerador de conceitos. Como exemplo pode-se citar o caso do Homem dos Lobos, de Freud, que ajudou na criação do conceito lacaniano de forclusão.

No entanto, mesmo que um caso tenha as funções didática, metafórica e heurística, ele não é o reflexo fiel de um fato concreto, mas sim uma história reformulada e uma reconstituição fictícia. Dessa forma, o caso pode ser definido como “o relato criado por um clínico, quando ele reconstrói a lembrança de uma experiência terapêutica marcante”

(NASIO, 2001, p. 17), dando ao caso uma característica peculiar e uma maneira própria de ser pensado e escrito. Neste ponto, Freud (1999) afirma:

antes de prosseguir em meu relato, cabe-me reconhecer que modifiquei as circunstâncias que cercam os fatos a serem estudados, de maneira a impedir qualquer identificação, porém não modifiquei mais nada. Aliás, considero um abuso deturpar os traços da história de um paciente no momento de sua transmissão, seja por que motivo for, mesmo o melhor deles, porque é impossível saber que aspecto do caso será guardado pelo leitor ao julgar por si mesmo, e, com isso, corremos o risco de induzi-lo em erro (FREUD, 1999, p. 209).

Portanto o caso clínico é resultado de uma distância entre o real de onde provém, e o relato em que se materializa. É algo dialético: a partir do real cria-se a ficção, e com a ficção é possível recriar o real.

Nasio (2001) salienta que o psicanalista necessita de duas condições mínimas para transformar uma experiência única em um documento que pode ser lido pelos outros. A primeira dessas condições é a capacidade de se surpreender, que deve estar ligada a uma sólida formação teórica. A outra condição é poder se colocar à escuta do paciente, guardando na pré-consciência um ‘esquema de análise’, ou seja, um conjunto de hipóteses que definem a problemática principal de determinado paciente, resultado de uma reflexão madura de seus conflitos pulsionais.

O autor enfatiza a importância desse ‘esquema de análise’, pois dessa forma é possível que o analista possa fantasiar o inconsciente do paciente no ápice da escuta, antes de fazer qualquer interpretação. Por esse motivo, esse esquema é uma elaboração conceitual ajustada a cada paciente em particular.

Essas considerações acerca do uso de estudo de caso dentro da abordagem psicanalítica auxiliam na compreensão da importância dessa estratégia dentro da perspectiva clínica de investigação. Independentemente do fato de denotar características peculiares, o caso clínico enfatiza a história do paciente e a importância que deve ser dada ao sujeito da

pesquisa (considerações semelhantes da perspectiva qualitativa), oferecendo bases e fundamentos para a prática da psicanálise.

para Lacan, os *Cinco casos de psicanálise* atestam, acima de tudo, a preocupação freudiana de obter do paciente a restauração de seu passado, restauração esta que consiste numa reintegração de sua história, ou seja, numa reinterpretação do passado a partir da vivência atual. Não apenas cada paciente tem uma história singular, como tem sobretudo uma interpretação singular de sua história. É precisamente essa maneira particular de reviver o passado que individualiza cada caso e faz existir a psicanálise (NASIO, 2001, p. 27-28)

Somando às informações trazidas acerca do ‘método clínico’ e o uso de estudos de caso dentro da investigação psicanalítica, é de suma importância fazer um delineamento acerca da natureza dos estudos de caso em geral, para, a partir daí, seguir o presente estudo, delimitando de maneira mais clara sua estratégia metodológica.

3.1.6 Estratégia metodológica de pesquisa

Stake (2000) salienta que não são novos ou essencialmente qualitativos os estudos de caso e que eles têm se tornado uma das maneiras mais usadas para fazer pesquisa qualitativa. Pode-se dizer, também, que seu uso não é propriamente uma escolha metodológica, mas uma escolha do que vai ser estudado. Assim, a definição de caso dependeria do paradigma interpretativo ou dos métodos de pesquisa utilizado, pois, quando visto através de diferentes visões de mundo e em diferentes situações, o mesmo caso em questão pode ser percebido de variadas maneiras. Somado a isso, o estudo de caso é tanto um processo de pesquisa sobre o caso como o produto dessa pesquisa, já que é comum denominar esse produto como um registro de caso.

No campo profissional e prático há muitos estudos sobre casos, e, considerando-os como forma de pesquisa, pode-se defini-los pelo interesse em casos individuais, e não por ser

um método possível de pesquisa. Além disso, muitos pesquisadores fazem seus trabalhos com casos e dão a seus estudos outros nomes, tais como ‘trabalho de campo’. Outros dão ênfase ao nome ‘estudo de caso’ porque chama a atenção para a questão de como é possível aprender a partir de um único caso (STAKE, 2000).

Merriam (1988 apud BOGDAN; BIKLEN, 1997) considera o estudo de caso como a observação detalhada de um contexto, de um indivíduo, de documentos ou de um determinado acontecimento. Por esse motivo, eles podem ter diferentes graus de dificuldade, sendo possíveis de utilização por profissionais experientes e pelos novatos, sendo que estes preferem começar por essa linha, já que são mais fáceis de serem feitos do que as pesquisas em múltiplos locais ou com múltiplos sujeitos (SCOTT, 1965).

Geralmente, as pessoas concebem os estudos de caso como apenas descritivos. No entanto, além de serem descritivos eles também podem assumir uma grande diversidade de formas e objetivos, sejam teóricos ou abstratos (BOGDAN; BIKLEN, 1997).

Em outro estudo, Stake (1994 apud DENZIN; LINCOLN, 2000) salienta que alguns estudos de caso são qualitativos, outros não. Ele os diferencia entre os da prática terapêutica, legal, avaliativa de programas, daqueles dirigidos à construção de teoria ou compreensão e explicação de algum fenômeno social. Depois afirma que há muitos estudos de caso que são qualitativos e quantitativos ao mesmo tempo, mencionando o estudo com crianças, pois elas, quando doentes ou negligenciadas, podem apresentar sintomas qualitativos e quantitativos. O registro dos médicos é mais quantitativo, e o do profissional social é mais qualitativo (STAKE, 2000).

Bogdan e Biklen (1997), que entendem os estudos de caso como qualitativos de maneira geral, levam em consideração seus diferentes tipos, sendo que cada um deles tem seus métodos específicos de trabalho e conseqüentes procedimentos, a saber:

- Estudos de caso de organizações, segundo perspectiva histórica: tratam do relato de desenvolvimento de uma organização específica dentro de determinado período de tempo. O estudo pode ser feito através de entrevistas com as pessoas envolvidas, de observação do local e de registros já feitos. Geralmente é um estudo difícil de ser realizado, pois nem sempre se tem disponível dados suficientes para tal.
- Estudos de caso de observação: o foco do estudo pode ser uma organização particular, algum aspecto específico da organização ou qualquer outra atividade da mesma, sendo que a técnica mais usada é a observação participante. A escolha de qualquer um dos focos citados anteriormente implica na fragmentação do todo, pois é preciso delimitar a matéria do estudo. Mesmo que o investigador tente destacar a relação da parte com o todo onde está integrada, ainda ocorre algum tipo de distorção da mesma. É importante ressaltar que, apesar de ter suas preferências, o investigador precisa permitir que o foco seja sugerido pelo contexto.
- Histórias de vida: neste estudo de caso busca-se fazer uma narrativa em primeira pessoa, mesmo que seja necessário realizar entrevistas exaustivas com o indivíduo em questão. Normalmente são feitas com pessoas famosas, podendo ser compreendidas como tradição oral, quando obtidas pelos historiadores. Os dados das entrevistas são usados como meios para se compreender os aspectos básicos do comportamento humano ou das instituições, e não apenas como material histórico. Geralmente as pessoas que serão foco do estudo são encontradas por acaso e se tornam ‘material’ de pesquisa, devido à percepção de sua natureza potencial que impressiona o investigador.
- Outras formas, como estudos comunitários (o objeto de estudo é um bairro ou uma comunidade), análise situacional (o foco é um determinado acontecimento, sendo

importante considerar o ponto de vista de todos os participantes da situação em questão) e microetnografia (feito em unidades muito pequenas de uma organização ou uma atividade muito específica).

Stake (2000), por sua vez, ressalta que um caso pode ser simples ou complexo, mas nem tudo pode ser considerado um caso. Para se compreender um caso é necessário uma crítica intensiva de como as coisas foram feitas e obtidas, sendo que a primeira referência de um estudo de caso é o próprio caso, não o método pelos quais ele foi elaborado. Neste ponto, o autor enfatiza a necessidade do caso, para ser considerado como tal, apresentar obrigatoriamente especificidade. Por exemplo: uma criança pode ser um caso, mas as razões pelas quais ela é negligenciada não podem. Aqui é importante salientar que se deve pensar mais em especificidade que em generalização, já que o caso é algo específico, que provavelmente terá uma função específica.

Para Flood (1998 apud DENZIN; LINCOLN, 2000) o caso é um ‘sistema limitado’, formado por partes conjuntas, constituindo-se em um sistema integrado e frequentemente tem um self. Dizer que o caso tem um self é porque ele apresenta um comportamento padrão, coerente e seqüencial, sendo fácil reconhecer que determinadas características são significativas e fazem parte do caso e outras não. Disso decorre sua especificidade, mas também pode haver dificuldades em delimitar o que é parte essencial do caso e o que não é (por exemplo: quando termina a atitude de uma criança e começa a resposta do ambiente).

Bogdan e Biklen (1997) declaram que o plano geral de um estudo de caso é semelhante a um funil, pois os investigadores começam por locais e pessoas de seu interesse, para então organizar e delimitar aquilo que realmente querem investigar, principalmente através de sinais que indiquem a possibilidade de se realmente realizar o estudo. É um processo semelhante a qualquer outro estudo qualitativo: de uma etapa mais aberta de exploração dirige-se para uma área mais restrita de análise dos dados já coletados.

Stake (2000) diz que pode haver mais interesse em estudar fenômenos gerais ou uma população de casos do que estudar um caso individual. No entanto, para entender tal caso é necessário conhecer outros, e, mesmo que um estudo investigue mais de um caso, cada um deles é uma pesquisa concentrada em um caso único. Ele identifica três tipos de estudos de caso, considerando-os heurísticos mais do que determinativos: intrínseco, instrumental e coletivo.

O estudo de caso intrínseco é aquele no qual o pesquisador quer compreender um caso particular de seu interesse de forma mais profunda, subordinando outras curiosidades e tendo-o como representativo de outros ou elucidativo de um problema particular. O pesquisador não tem por objetivo entender algum construto abstrato ou um fenômeno genuíno, não deseja construir uma teoria, mas simplesmente apresenta um interesse intrínseco (ligado) ao caso em determinada questão.

O estudo de caso instrumental é realizado quando se pesquisa um caso particular com o intuito de proporcionar discernimentos acerca de uma questão externa ao caso em si ou retirar uma generalização. O caso é de um interesse secundário, e exerce um papel de suporte para facilitar as compreensões pretendidas. Apesar disso, o caso é visto em profundidade, seu contexto é examinado, suas atividades comuns são detalhadas, tudo para auxiliar o pesquisador a seguir seu interesse externo. Além disso, o caso pode ser típico ou não, dependendo da escolha do pesquisador e de seu objetivo. Por comportar muitos interesses, particulares ou gerais, pode haver dificuldade em distinguir o estudo de caso intrínseco do instrumental, o que os separa é uma área de objetivos combinados.

Por estudo de caso coletivo Stake (2000) entende aquele em que o pesquisador agrupa um número de casos para investigar um fenômeno, uma população ou uma condição geral, apresentando menos interesse intrínseco em um caso particular. É um estudo instrumental estendido a muitos casos. Casos individuais, no estudo coletivo, podem ou não manifestar

alguma característica comum, podendo ser similares ou não, redundantes ou variáveis. Sua escolha é feita porque traz um melhor entendimento, até uma melhor teorização, advinda de uma vasta coleção de casos.

Também no contexto do estudo de caso coletivo, Bogdan e Biklen (1997) afirmam que ao se estudar dois ou mais assuntos, ambientes ou bases de dados, o pesquisador lida com estudos de caso múltiplos, que podem ser iniciados por um estudo de caso único. Também existem os estudos de caso comparativos, nos quais dois ou mais estudos de caso são feitos para se comparar suas características e dados encontrados.

White (1992 apud DENZIN; LINCOLN, 2000) categorizou o trabalho com casos da Ciência Social de acordo com três objetivos: busca de identidade, de explicação ou de controle. De modo similar, outros autores também discutiram as funções do estudo de caso (LINCOLN; GUBA, 1985 apud DENZIN; LINCOLN, 2000).

Os cientistas históricos e políticos geralmente examinam episódios singulares ou movimentos, ou mesmo épocas. No entanto, Stake (2000) relata não considerar como estudos de casos episódios ou relacionamentos (complexos, chocantes e limitados) difíceis de serem pensados como orgânicos e sistematizados, enlaçados com objetivo e self.

Ele também afirma que poderia existir uma categoria separada para a biografia, pois ela chama a atenção pelas estruturas cronológicas e procedimentos para a proteção dos sujeitos humanos. De maneira semelhante, estão situados os documentários de televisão, geralmente fáceis de serem classificados como estudos de caso.

Quanto aos estudos de caso etnográficos, Atkinson e Hammersley (1994) consideram que há influência da etnometodologia, do interacionismo simbólico, da semiótica e da hermenêutica. Eles são muito usados por disciplinas tais como Antropologia Social e Cultural, Sociologia, Geografia Humana, além de estudos organizacionais, culturais e educacionais. Stake (2000) pondera que o trabalho dos etnógrafos, teóricos críticos e muitos outros segue

padrões conceituais e estilos, que aumentam as bases para pesquisas com estudos de caso nas Ciências e Serviços Sociais.

Os pesquisadores de caso mantêm o que é comum a vários casos e o que é particular do caso em análise. Todavia, geralmente seus resultados retratam alguma coisa de incomum. Ao se realizar o estudo de um caso, Stake (2000) ressalta que há algumas questões gerais a serem consideradas:

- natureza do caso;
- história anterior do caso;
- contexto físico;
- outros contextos (como econômicos, políticos, etc);
- outros casos pelos quais o caso em questão é reconhecido;
- os informantes, através dos quais o caso é reconhecido.

Esses são aspectos usados pelos pesquisadores para mostrar particularidades de caso, através do conjunto de todos os dados possíveis. Esse intuito compete com o de generalização ou transferência, em que se sustenta que tudo o que deve ser dito de um caso único não difere muito do que se deve dizer sobre todos os casos. Cada caso tem suas características atípicas importantes, seus acontecimentos, relações e situações. Buscar entender essas atipicidades rouba tempo de estudo de generalização e diminui o valor daquilo que é colocado em estudos demográficos e políticos.

Bogdan e Biklen (1997) enfatizam que, juntamente com a generalização ou transferência, há outras questões que podem ser dirigidas a qualquer tipo de estudo de caso, tais como a amostragem interna e a amostragem de tempo. Para eles, a generalização diz respeito à busca de situações típicas e atípicas de estudo: ao tratar de situações típicas o investigador tem o intuito de possibilitar sua generalização, tirando conclusões de acontecimentos a partir do estudo de um só deles. Ou também o investigador pode querer

generalizar seus resultados através das semelhanças que encontrou em seus estudos com outros da literatura.

A amostragem interna reporta-se às decisões tomadas a partir de uma idéia geral, tanto em relação aos sujeitos do estudo quanto ao material a ser usado. Uma maneira de facilitar a decisão é buscar os informantes-chaves, aquelas pessoas que estão mais dispostas a falar e participar. Quanto à amostragem de tempo, denota a influência que o tempo exerce no tipo de dados que serão obtidos. Por exemplo, é diferente visitar uma escola no início e no final do ano. Além disso, os investigadores consideram que terminaram seu estudo quando atingiram a ‘saturação de dados’, isto é, o ponto a partir do qual os dados recolhidos não trarão mais informações novas. Ambas as decisões, quanto à amostragem e ao tempo, devem ser tomadas no contexto da investigação (BOGDAN; BIKLEN, 1997).

Voltando à questão da generalização, Stake (2000) faz referência a muitos pesquisadores acadêmicos que apóiam os estudos de casos somente quando há clara expectativa de generalização. Eles consideram que o estudo intrínseco de um caso particular não é tão importante como aqueles realizados para obter generalização de uma população de casos. Stake (2000) também admite que o estudo do caso pelo caso em si é raro como complemento da teoria científica, por isso a pesquisa desse tipo ainda está restrita aos metodólogos qualitativos que conseguem admitir um pouco menos daquilo que consideram completo para estudar um objetivo particular.

Outros cientistas ressaltam o estudo de caso como tipificação de outros casos, como um trabalho exploratório que irá conduzir a estudos com resultados generalizados, ou como passo ocasional na construção da teoria. Diante dessas considerações, Stake (2000) aponta para o pouco respeito pelo método de estudo de caso intrínseco, dotado de um valor particular, como é feito em biografias, auto-estudo intencional, programa de avaliação, prática

terapêutica e outras linhas de trabalho; também ressalta que seria melhor se não se enfatizasse tanto a generalização em todo tipo de pesquisa.

De acordo com Stake (2000) o estudo de caso como método foi muito descrito por aqueles que supunham que a pesquisa deveria contribuir para a generalização científica. Grande parte do trabalho com estudo de caso tem sido feita por pessoas com interesse intrínseco no caso, valorizando o contexto do caso e as interpretações dentro do mesmo. Conseqüentemente, os métodos do estudo de caso instrumental levam o pesquisador a ilustrar como seus próprios interesses e os dos teóricos estão manifestados no caso.

Os relatos dos casos trazem à tona o conhecimento proposto e experiencial, pois o leitor, ao entrar em contato com as descrições feitas, tem sua memória ativada para determinados acontecimentos. Stake (2000) denomina esse processo de ‘generalização naturalística’, já que o leitor reconhece aquilo que foi narrado e contado de acordo com suas próprias experiências. Desse fato, decorre a importância de se conviver com o outro, estar e participar do processo social, a fim de consolidar e enriquecer seus próprios conhecimentos.

Campbell (1975 apud DENZIN; LINCOLN, 2000) enfatiza que o estudo de caso intrínseco pode ser visto como um pequeno passo em direção a uma grande generalização; isso, contudo, não deve desviar a atenção do pesquisador quanto às características importantes para o entendimento do caso em si. Cabe a ele decidir a estratégia a ser usada e o quanto vai estudar a complexidade do caso.

Stake (2000) trata a complexidade de um caso como vinda de sua história singular dentro de um número de contextos: físico, econômico, ético, estético. O exame destas complexidades é conhecido como estudo de caso holístico. A maneira que os pesquisadores qualitativos têm de estudar esses diversos contextos e resultados é examinando-os, mesmo que para fazer estudo de caso esta não seja uma exigência.

Como qualquer outro tipo de pesquisa, o estudo de caso tem sua estrutura conceitual geralmente organizada por um pequeno número de questões, que são não apenas informativas, mas de linhas temáticas que trazem resultados complexos, situações e relações problemáticas. Neste ponto, Malinowski (1922/1984 apud STAKE, 2000) faz a distinção entre chegar ao estudo com a mente fechada e chegar com uma idéia daquilo que se procura.

Ao definir os resultados a serem analisados, o pesquisador mostra sua orientação para um estudo intrínseco ou instrumental. Nessa escolha ele deve levar em conta o que pode ser aprendido dentro das oportunidades estudadas, e isso depende essencialmente da sua posição e do objetivo do estudo.

Stake (2000) não deixa de reconhecer que o pesquisador de casos também emerge de uma experiência social para formar o dado que relata, corroborando a crença de que o conhecimento é socialmente construído, aspecto defendido pelos construcionistas. Conseqüentemente, os pesquisadores auxiliam seus leitores na construção de conhecimentos. Ao escrever sua pesquisa, eles transmitem algo de seus significados pessoais de experiências e relações, sabendo que o leitor também irá filtrar aquilo que ler, reconstruindo o conhecimento de diferentes maneiras pessoais.

Stake (2000) também descreve uma seqüência de leitura na produção de conhecimentos, isto é, ao fazer a leitura de um caso, este passa a ocupar um lugar ao lado de outros casos previamente conhecidos. Por esse motivo um novo caso, sem algo de comum a outros, é difícil de ser entendido. Como os pesquisadores não sabem bem quais os casos já conhecidos e as peculiaridades da mente de seus leitores, eles tentam manter a essência do conhecimento para então transmiti-lo, sabendo que precisam acomodá-lo àquele já existente em seu leitor. Dessa forma, é cabível afirmar que nem sempre uma apresentação bem estruturada garante a construção do conhecimento particular e experiencial.

Spiro et al. (1987 apud STAKE, 2000) afirmam que a melhor maneira de transmitir o conhecimento é tratar o conteúdo como se fosse uma passagem, que pode ser explorada em diversas direções, com possibilidades de reexaminar cada caso e seus variados contextos, ou usar uma variedade de dimensões abstratas para comparação dos casos.

Mesmo assim a transferência de conhecimento é algo difícil de entender, principalmente um pequeno aspecto do caso descoberto por muitos leitores pode modificar uma compreensão já existente sobre casos em geral, mesmo quando o caso não é típico (STAKE, 2000). Geralmente, as pessoas acham mais fácil entender um relato incomum dentro das condições humanas, estando cientes da atipicidade do caso.

Dentro deste tema, os investigadores de caso se preocupam com a variedade de informações. Maxwell (1992) salienta a necessidade de se pensar na validade das descrições, interpretações, teorias, generalizações e julgamentos avaliativos daquilo que é relatado.

Com o intuito de diminuir a probabilidade de más interpretações, os pesquisadores fazem uso de vários procedimentos, sendo os dois mais comuns a redundância dos dados acumulados e as mudanças nos procedimentos explicativos (DENZIN, 1989 apud STAKE, 2000). No trabalho de caso qualitativo, estes procedimentos são conhecidos como triangulação.

Geralmente o termo triangulação é tido como o processo de uso de múltiplas percepções a fim de clarear o significado, averiguando o quanto uma observação ou interpretação se repetem, além de esclarecer o significado dos diferentes aspectos de um fenômeno estudado (STAKE, 2000).

Os pesquisadores também sabem que seus casos descritos poderão ser comparados com outros, por isso passam a descrever o atual com detalhes suficientes para que o leitor possa fazer boas comparações. Algumas vezes o próprio pesquisador pode indicar possíveis

comparações. Essas, quando realizadas por pesquisas quantitativas e de avaliação de casos, podem servir para proporcionar normas estatísticas para grupos de referência.

Para Glesne e Peshkin (1992) e Lincoln e Guba (1985), ambos citados por Stake (2000), o uso do ‘membro de checagem’ que submete os esboços para revisão dos dados, é a maneira mais usada para validação da pesquisa qualitativa.

Seja a pesquisa quantitativa ou a qualitativa, a comparação rigorosa de casos é bastante difícil. Para Geertz (1973) há diferença entre a descrição comparativa e a que ele chama de ‘descrição compacta’. Esta última engloba todos os aspectos em que o estudo é realizado, seu contexto, seus participantes, as relações existentes, nas quais estão a vitalidade e unicidade do caso. Já a descrição comparativa pode ser feita com apenas algumas dessas características, mesmo tendendo a ser realizada com variáveis mais gerais.

Os leitores freqüentemente usam as informações dos casos, sejam eles de qualquer tipo, para comparação, exceto quando há múltiplos casos de interesse intrínseco. Nestes se aprende mais, sem se concentrar somente em comparações. Já os leitores que examinam estudos de caso instrumental podem perceber como o fenômeno existe dentro de casos particulares, neste ponto as diferenças são menos exatas e as conclusões sobre elas são menos confiáveis.

Stake (2000) assevera que, talvez, a regra mais simples para métodos em trabalho de caso qualitativo é usar da melhor maneira possível o intelecto, seja para observação ou reflexão, ou melhor ainda, para a interpretação com o fim de produzir significados. Além de ser reflexivo, o pesquisador deve saber ponderar suas impressões, sem necessariamente precisar seguir os conceitos dos teóricos, dos participantes que estuda ou dos leitores do seu caso. No entanto, não se deve negligenciar os importantes significantes locais, assim como aqueles pré-estabelecidos e os dados pelos leitores. O pesquisador de caso destrincha significados desses três tipos, podendo trabalhar mais um tipo que outro.

Em cada caso o trabalho é reflexivo, por isso seu estudo se caracteriza pelo gasto de tempo que os pesquisadores têm em suas reflexões. Além disso, é necessário um espaço de tempo para pensar sobre os dados coletados até chegar em sua publicação, portanto, o método requer uma compreensão integrada, ou seja, holística, do caso. Se o pesquisador dispõe de pouco tempo, torna-se uma carga muito pesada aprender um sistema analítico detalhado dentro do período do estudo, que pode acabar reduzindo as observações a simples categorias. Desse fato advém a importância do trabalho em equipe, que precisa ser gerenciado por um líder.

O aspecto mais importante de um estudo de caso em Ciências Sociais é a seleção dos casos. O estudo de caso intrínseco geralmente começa com casos já identificados, seja pelos médicos, pelo profissional social ou pelo programa de avaliação. Os estudos de casos instrumentais e coletivos geralmente requerem pesquisadores para escolher seus casos. Entender o fenômeno crítico depende da escolha bem feita do caso (STAKE, 2000).

Stake (2000) salienta que, para fazer a seleção adequada dos casos, é necessário que se tenha uma amostra formal, e que eles representem alguma população específica. Mesmo nos grandes estudos de caso coletivo, o tamanho da amostra costuma ser muito menor, para garantir uma seleção ao acaso. Em estudos de casos coletivos, a seleção com base em características de inclusão e exclusão da amostra não deveria ser a maior prioridade, já que é importante ter variedades. O pesquisador examina vários interesses no fenômeno, selecionando um caso de alguma tipicidade, e se apoiando naqueles que parecem oferecer oportunidade para aprender. O potencial para aprender é um critério diferente e superior à representatividade, é provável que se aprenda mais de um caso atípico do que de um muito típico.

Quanto às considerações éticas no trabalho de estudo de caso, apesar de serem abordados problemas de interesse público, isso não justifica a invasão da privacidade dos

outros (STAKE, 2000). O ponto principal é respeitar a exposição pessoal através de um código de ética rigoroso. Como qualquer outro trabalho qualitativo, o estudo de caso apresenta um grande interesse nas visões e circunstâncias pessoais do estudado, fato que exige um acordo prévio entre pesquisador e pesquisado, sendo que aquele deve explicitar os riscos que este pode correr.

Assim sendo, é de suma importância que os pesquisadores trabalhem com muita cautela para minimizar os riscos, seguindo regras para proteção dos sujeitos humanos e fazendo uma elaboração adequada de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a pesquisa. O trabalho dos pesquisadores não deve parar por aí, se estão realmente preocupados com a situação de exposição de seus participantes, eles devem ir mais além dessas regras.

É importante deixar claro que o estudo de caso é uma parte da metodologia científica, mas seu objetivo não está limitado ao avanço da ciência, mesmo porque dele pode surgir mais do que uma noção teórica, uma análise, uma confirmação, uma especificação mais profunda ou até uma contradição (VAUGHAN, 1992).

Os estudos de caso são de grande valor para refinar a teoria e sugerir complexidades para uma investigação mais profunda, assim como ajudar a estabelecer os limites de generalização. Eles também podem ser uma força disciplinada no ambiente de política pública e para a reflexão da experiência humana, pois a experiência substituta é uma base importante para apurar as opções de ação e de expectativa, ou seja, como as pessoas passam da descrição de um caso individual para implicações em outros casos (transferência).

Stake (2000) termina por dizer que o objetivo de um relato de caso não é representar o mundo, mas simplesmente representar o caso. Logo, há a necessidade de mudar os critérios que conduzem a pesquisa a validar a generalização, para que seja possível procurar pela particularização efetiva. Os métodos do estudo de caso qualitativo são, em grande parte, os métodos de disciplina pessoal e experiência particularizada, e, assim, sua grande utilidade da

pesquisa de caso, tanto para os profissionais quanto para os políticos, está na extensão da experiência.

Nesse contexto, as contribuições advindas do presente trabalho, que fará uso dessa estratégia metodológica de pesquisa, dentro da perspectiva clínica, devem ser concebidas sob essa ótica.

3.1.7 Situação metodológica da presente pesquisa

Conforme será descrito posteriormente, a primeira etapa do trabalho consistirá na realização de cinco estudos de caso, em que cada criança (e seus pais) será submetida à avaliação psicológica, contendo entrevista e técnicas projetivas. Na segunda etapa, haverá a contraposição entre esses resultados e determinadas características dos casos, previamente definidas (como história do peso, situação familiar) ou obtidas durante o processo do psicodiagnóstico (Controle Pulsional, Natureza do Superego, Caracterização dos Objetos Internos).

Pensando na trajetória percorrida entre as perspectivas qualitativas e quantitativas, o estudo tem como característica o uso de uma metodologia dividida em duas etapas, situadas em degraus diferentes da ‘escada’ (CONDE, 1995). Primeiramente, a investigação está mais próxima do pólo qualitativo, e posteriormente se aproxima mais do quantitativo, como se estivesse subindo os degraus da escada, em que cada etapa depende da outra.

Mesmo sendo subordinada à primeira etapa do trabalho, a segunda etapa traz conseqüências ao seu modo de condução. Dentro disso, a meta de generalização aqui pretendida exige que a metodologia do estudo de caso, anteriormente empregada, seja de tipo instrumental e coletivo, conforme descrito por Stake (2000).

Apesar da metodologia de tipo instrumental ser considerada qualitativa, ela se situa em pontos menos extremos dos degraus da escada, abrangendo, portanto, algumas características dos enfoques quantitativos, como a existência de uma hipótese ou construto prévio a ser investigado.

Além de se conhecer previamente o construto, ele também precisa ser definido com rigor, apresentando uma identidade estabelecida. No caso, o construto a ser investigado é o da existência de uma relação entre o relacionamento afetivo de crianças com seus pais e mães e com a obesidade infantil. Neste ponto é de suma importância ressaltar que o tipo de relacionamento afetivo descrito é determinado por uma série de características dos envolvidos, como a qualidade de suas figuras materna e paterna, rigidez do controle pulsional, natureza do superego, entre outras.

Portanto, esta pesquisa, inserida na perspectiva metodológica de estudo de caso instrumental e coletivo, tem como alcance investigar determinado fenômeno comum a todos os casos para que se possa obter um melhor entendimento do objetivo em questão. No entanto, o método clínico psicanalítico que será usado, também tem seus limites, pois o estudo de caso não é um reflexo fiel de um fato concreto, mas uma reformulação da história segundo o ponto de vista do pesquisador. Além disso, os fenômenos não dependem da frequência com que surgem em determinada população, fato que difere do método experimental.

3.2 Amostra

Serão realizados cinco estudos de caso de crianças do sexo masculino (com idade variando entre 07 e 10 anos) e de seus pais. A amostra foi escolhida devido à escassez de estudos na literatura referentes a este gênero, e de crianças com esta faixa etária (referente ao período de rebote da obesidade – período crítico), como descrito anteriormente. Elas deverão se encaixar em

um IMC-por-idade $\geq 95\%$, e deverão ter passado por avaliação de um profissional da área médica para que haja conhecimento das causas orgânicas e endocrinológicas da obesidade.

3.2.1 Critérios de exclusão da amostra

Serão excluídas do estudo, as crianças que:

- apresentarem deficiência física aparente, ou seja, anormalidades físicas visíveis;
- apresentarem distúrbios endocrinológicos, hipertensão, hipercolesteromia, e outros;
- tiverem história de doença mental. Nesta categoria também se incluem os pais. Por doença mental deve-se entender aquelas pessoas que apresentam história de internação psiquiátrica anterior ou tratamento com psicofármacos (do tipo neurolépticos e anti-depressivos); também as crianças que apresentarem doenças psicossomáticas ou transtornos alimentares (anorexia e bulimia);
- freqüentarem centros especializados de atendimento a portadores de retardo mental;
- estiverem passando (tanto as crianças, quanto os pais) por atendimento psicológico;
- não pertencerem a uma família intacta (pais e mães morando sob o mesmo teto).

3.3 Material

3.3.1 Para avaliação da criança

- entrevista semi-estruturada a ser feita com os pais, abordando a história de vida do filho, com tópicos sobre dados de identificação, história pessoal, lazer, história do peso e da alimentação, situação de saúde atual, relacionamento interpessoal, personalidade infantil e caracterização da família (ANEXO A);
- Desenho da Figura Humana (DFH) de Machover (1949) para avaliação da personalidade, especificamente no que tange à imagem corporal, seguido por um breve inquérito (ANEXO B);
- CAT-A (forma animal), avaliado segundo referencial de Bellak e Bellak (2000) para aprofundar a avaliação da personalidade, no que se refere à qualidade dos objetos internos e das relações familiares.

3.3.2 Para avaliação dos pais

- Desenho da Figura Humana de Machover (DFH), para avaliação da personalidade, especificamente no que tange à imagem corporal, seguido por um breve inquérito (ANEXO C);
- TAT – forma reduzida, para avaliação da personalidade, avaliado segundo proposta de Morval (1982), em que será analisado a natureza das figuras materna e paterna, modos de lidar com a agressividade (controle pulsional) e natureza do superego;

- Questionário de nível sócio-econômico da família, segundo ABIPEME – 1997 (ANEXO D).

As pranchas escolhidas para a aplicação do TAT foram: 1, 2, 3 RH/MF, 4, 6 RH/MF, 13 HF, 7 RH/MF, 12 H/F, 16, 17 RH/MF, nessa ordem de aplicação. A escolha foi feita segundo análises de diferentes trabalhos realizadas por Jacquemin, Barbieri e Okino (2001), cujos resultados permitiram observar uma semelhança entre as diversas propostas de formas reduzidas do TAT para o uso das pranchas 1, 2, 3 RH/MF, 4, 6 RH/MF, 7 RH/MF e 13 HF, consideradas como série de base. Além dessas pranchas foram incluídas mais cinco, dentre elas a de número 16, que representa o ideal do sujeito, suas expectativas e as condições de vida que o fariam feliz. O restante foi escolhido segundo a classificação realizada por Silva (1984, apud JACKEMIN; BARBIERI; OKINO, 2001), na qual ela expõe 6 temas específicos da personalidade que as pranchas evocam, tentando-se abarcar e manter o equilíbrio entre eles (prancha 12H evoca agressão, perigo e medo e relação entre pais e filhos; 12F evoca perigo e medo e relação entre pais e filhos; 17MF e 17RH são classificadas como perigo e medo e depressão e suicídio).

Além dos instrumentos citados, serão também necessários: folhas de sulfite, lápis, borracha, cronômetro e folhas para registro dos dados e das observações de comportamento durante a avaliação psicológica.

3.4 Procedimento

Após contemplação dos aspectos éticos, foi feito contato com as famílias que se mostraram interessadas, apresentando-lhes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação no projeto (ANEXO E). Com este termo, a família estava ciente de que sua

participação era voluntária, podendo desistir a qualquer momento; sem risco significativo em participar do estudo; ciente de que as informações obtidas poderão ser usadas em estudos científicos com a preservação da identidade do participante e que a própria metodologia do projeto abrange alternativas para oferecer auxílio terapêutico se for necessário, colocando à disposição apoio psicológico caso haja incômodo ou desconforto.

A partir do contato estabelecido com os responsáveis pela criança, e com o consentimento dos mesmos, era marcada uma sessão para entrevista com eles. Depois, outra sessão já era agendada para a avaliação psicológica da criança, com a devida aplicação dos instrumentos já descritos anteriormente.

Primeiramente, as sessões eram para serem realizadas nas dependências do Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada (CPA) da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, porém, por ser mais viável aos participantes, elas foram feitas em consultório particular da própria pesquisadora.

Posteriormente, era feito novamente o contato com os pais, para que fossem marcadas sessões de aplicação do DFH e TAT. Estas avaliações foram realizadas individualmente, também em consultório particular.

Finalmente, ficou combinado com os pais que, ao terminar o processo de interpretação e análise, seria feito outra vez o contato com eles, para que fossem marcadas as devolutivas. As devolutivas, além de serem feitas com ambos os pais, também serão realizadas com cada um deles, além de ser oferecida para as crianças (caso elas queiram), com o intuito de que não haja um desligamento abrupto da pesquisa, sendo oferecido um encaminhamento e orientação caso necessário.

3.5 Análise dos dados

Após o término da coleta de dados, foram iniciados o processo de qualificação, comparação e análise dos dados, avaliados de forma descritiva.

Os dados encontrados a partir da entrevista foram abordados qualitativamente, de modo a caracterizar inicialmente a amostra quanto à história de vida, história da alimentação e peso, e também relatos de doenças físicas e emocionais.

Os dados relativos ao Desenho da Figura Humana (DFH), TAT e CAT-A, foram descritos e interpretados conferindo especial ênfase às características da imagem corporal (natureza compensatória ou não, esquema, simetria, entre outras) e dos objetos internos de pais e filhos, natureza do superego, controle pulsional e relacionamento familiar.

No presente trabalho, há a apresentação de caso de uma criança e de seus pais; além da análise dos dados referentes às cinco crianças, suas mães e seus pais. Em sequência, há a exposição da análise da dinâmica da família.

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa contou com a anuência do médico responsável pelo Ambulatório de Obesidade da Infância e Adolescência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Professora Doutora Heloísa Bettiol (ANEXO F). Também foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa desta mesma instituição, sendo aprovado em 29 de outubro de 2004, de acordo com o processo número 10863/2004 (ANEXO G). Os aspectos éticos, tais como o Consentimento Livre e Esclarecido, o sigilo e a autorização foram contemplados desde o início das atividades, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A participação das famílias no estudo foi voluntária, e, antes de iniciar o processo de coleta de dados, os pais receberam explicações sobre o estudo a ser realizado, formalizando sua participação mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO E).

Somado a isso, a coleta de dados foi feita de acordo com a disponibilidade e motivação das famílias, tanto dos pais quanto da criança, salientando que o respeito aos voluntários foi um dos aspectos básicos desta pesquisa. Ficou enfatizado que caso algum voluntário desistisse de continuar a participar do estudo, não haveria nenhuma forma de reprovação, sendo respeitada sua vontade e motivação, diretrizes básicas de estudos científicos conduzidos com seres humanos.

Após a coleta de dados e sua análise, ficou combinado com os participantes que caso se percebesse a necessidade de atendimento psicológico dos pais ou da criança, detectada pela avaliação, eles seriam encaminhados para tal, seja no Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (USP) ou para outro profissional.

4 RESULTADOS

4.1 Estudo de caso

A seguir será feita a ilustração clínica de um dos cinco estudos de caso realizados, com o intuito de informar claramente como foram realizadas as interpretações e as categorizações dos dados. Além disso, através da avaliação psicológica com a criança e com os pais pode-se depreender as principais características da dinâmica familiar.

4.1.1 Dados gerais de identificação

Antônio tem 09 anos, está cursando a 3^a. série do Ensino Fundamental; estava pesando 46 kg no momento da avaliação e medindo 1,44, o que lhe conferiu um IMC de 22,18, valor superior a 95% no IMC-por-idade. Teve como principal queixa o excesso de peso e a dificuldade em perdê-lo, não permanecendo muito tempo em tratamento com nutricionista, porque não conseguia emagrecer.

Na ordem de gestação, é o segundo filho, tem um irmão mais velho, de 12 anos. Seu pai tem 36 anos e sua mãe tem 46 anos. Ambos trabalham fora de casa, sendo que a mãe tem um grau de escolaridade maior que o do pai, porém tem uma renda menor no serviço (ela é escriturária e ele técnico em Contabilidade). A família é de uma classe sócio-econômica média.

4.1.2 Entrevista de anamnese com os pais

A entrevista (ANEXO H) foi realizada com ambos os pais, Fernando e Sueli, que apresentaram boa participação e disponibilidade. Há alguns pontos a serem destacados, de maior relevância.

Após o nascimento do filho, a mãe diz ter se sentido mais “*aliviada*”, pois teve depressão pós-parto na primeira gestação, mas não desta vez. Durante o período gestacional, a mãe afirma ter brigado muito com o marido, por causa de sua cunhada, e ficou “*extremamente nervosa*”, até deixava de comer. Não amamentou a criança porque não teve leite e, em seguida, diz que “*a criança foi amamentada pelo pai*” com a mamadeira. Nesta fase, Antônio já demonstrava ser “*meio bravinho*”, principalmente quando os pais erravam a temperatura do leite, o que acontece até hoje quando ele quer algo.

Era uma criança que não chorava muito, geralmente só quando sentia fome. Não teve problemas com a introdução da papinha, porém a mãe diz que a babá que cuidava dele dava a comida “*tudo de uma vez*”, fazendo com que ele ficasse guloso. Esse é um dos motivos atribuídos pela mãe para o início da obesidade da criança, que se deu por volta de quatro anos de idade.

Ela também acrescentou que a avó paterna (responsável por cuidar da criança no período em que os pais trabalham fora) fazia muitos doces quando ele ia ficar na casa dela, e também ela (avó) passou por um período forte de depressão. Sueli afirma que, neste período da doença, a avó pode ter passado alguma coisa para Antônio, deixando-o preocupado e com medo de perdê-la.

A mãe diz que o sono do filho é muito agitado, pesado, ele pula e se mexe muito. Contudo, o pai discorda, dizendo que é um sono normal.

Quanto às atividades de lazer da criança, ela prefere jogos que não exijam muito esforço físico, como vídeo game ou alguns brinquedos. Evita fazer Educação Física na escola, sendo que pediu para que a mãe arrumasse um atestado médico para ele, pois nunca era chamado para fazer parte dos times. Atualmente frequenta aulas de jiu-jítsu, e parece estar se dando bem com esta atividade.

O ingresso da criança na escola ocorreu na idade de três anos. Os pais relatam que nessa época a criança teve um “*trauma*” que não foi explicado até hoje. A mãe afirma que quando o levava na escola ele ficava com o corpo duro, parado na frente do portão da escola, não queria entrar, só chorava. Então ela foi perguntar para a professora o que tinha acontecido, e esta lhe falou que uma vez havia pedido para Antônio sentar no seu colo, junto com outras crianças, e, como ele não quis, ela falou que não gostava mais dele. Mas a mãe acha que não foi apenas esse o motivo, porque Antônio também passou a ter medo de gritos, além de não querer ir à escola de jeito nenhum. Até hoje ele tem medo de gritos, e, quando a mãe fala mais alto, ele tampa os ouvidos. Ele nunca quis contar direito o que aconteceu nessa época, sempre quando ia falar sobre esse assunto, ele chorava. Para solucionar o problema, os pais o mudaram de escola, e a mãe pediu aos professores para que fossem com calma no começo. Nos primeiros dias, ela precisou mentir que o esperaria na cozinha durante a aula e, antes que ele saísse para o recreio, a mãe precisava deixar o trabalho, ir correndo para a escola e esperá-lo na cozinha. Isso aconteceu até ele se acostumar com a nova escola. Atualmente, não tem problemas em permanecer na escola, nem de relacionamento com a professora.

Ao falar do temperamento da criança, o pai diz que “*ele é meio explosivo, tem dia que é água, tem dia que é vinho*”. Outro medo relatado pelos pais é de escuro. Os pais tentam mostrar o concreto para ele, apagando e acendendo a luz, mas isso não adianta muito, “*é normal, o irmão dele também teve*” (fala do pai).

Quanto à saúde da família, os pais dizem estar bem, mas discordam quando perguntado acerca da personalidade deles mesmos: enquanto a mãe afirma que ambos são difíceis de lidar (“*até para casar*”), o pai fala que ele é fácil, é só não tirá-lo do sério. No relacionamento com os filhos, o pai se mostra mais acessível e presente, fato confirmado pela mãe, que complementa que ela ‘poda’ mais, e que as decisões devem ser conjuntas.

Com referência às expectativas que os pais têm sobre a criança, a mãe afirma que ele não vai mudar muito o gênio, mas precisa trabalhar muito com ele para que ele fique mais calmo, e ela não tem muita paciência. Já o pai diz que ele é “*uma caixa de surpresas*”, mas é carinhoso.

Quanto à relação com o irmão de 12 anos, os pais afirmam que eles se dão bem, que Antônio só é um pouco ciumento, mas tem admiração pelo irmão, principalmente porque o irmão é inteligente.

Antônio gosta de sair, ir ao parque, ao clube, mas não compreende porque precisa ir à igreja rezar.

Os pais ressaltam que a criança não costuma mais ter festa de aniversário como antes, eles preferem levá-lo ao shopping para comprar algum presente.

4.1.2.1 Análise da entrevista

Ao final da entrevista, foi possível notar que os pais têm uma relação de imaturidade, na qual Sueli parece exercer seu papel materno não apenas com o filho, mas com o marido também, demonstrando autoridade e dominância, como se sua opinião tivesse que prevalecer sobre as outras. Além de controladora, ela também é aparentemente ambivalente quanto ao desempenho de seu papel; mesmo exercendo autoridade na casa, tem insegurança, receio de ser julgada pelos seus atos. Dessa forma, essas atitudes fazem com que Fernando não tenha

um espaço seu para expressar opiniões, sendo aparentemente passivo e controlado. Esse aspecto pôde ser verificado no momento em que o marido respondia a algumas questões da anamnese: ao invés de esperá-lo falar, Sueli o interrompia, além de raramente lhe perguntar algo. Pareceu buscar a aprovação do marido, porém mais no sentido de uma concordância com a opinião dela.

A dominância materna também se expressa no sentido de fazer com que os filhos continuem dependentes dela, como no momento em que, depois da entrevista, ela contou que quando vai acordá-los ela fica mordendo a orelha deles, beijando o pescoço até que eles acordem, e que, mesmo quando o filho mais velho arrumar uma namorada para fazer isso, ela não vai deixar seu costume de lado.

Parece haver afetividade principalmente no relacionamento de Fernando com o filho, porém com raros momentos de demonstração, como visto na maneira de comemorar o aniversário da criança, no qual foi mais fácil dar um presente caro (algo concreto), que fazer uma festinha. Assim, é possível pensar que o suporte material está mais presente que o suporte afetivo. Essa deficiência afetiva também pode ser demonstrada no momento da amamentação, quando a mãe afirma que não tinha leite para dar a Antônio.

Durante a entrevista, os pais também compararam muito um filho com o outro, sendo que em um momento a mãe se confundiu sobre de qual filho ela estava falando. Os pais vêem o mais velho como um exemplo a ser seguido pelo mais novo, pois ele é estudioso, esforçado, tira as melhores notas da classe. Já Antônio não gosta muito de estudar, prefere outras atividades, como ver televisão.

Ao falar do excesso de peso do filho, Sueli parece responsabilizar a babá e a sogra pela obesidade da criança, a babá porque lhe dava comida na boca, geralmente em grande quantidade e tudo de uma só vez; e a sogra por causa dos doces que fazia, mesmo com pedido dos pais para que não fizesse, não adiantava.

Quanto a Antônio, foi possível pensar em seu lugar dentro dessa família, já que parece não ter um espaço próprio e um lugar seu. Isso se deve principalmente ao fato de que os pais compararam muito os filhos, valorizando o mais velho por causa da sua inteligência, e deixando para Antônio um lugar secundário, o que dá a impressão de que ele não tem nenhuma habilidade e nenhuma característica que mereça receber valor especial. Somado a esse fato, há carência de apoio e cuidado para que Antônio tenha sua independência, o que pode aumentar seu sentimento de solidão dentro da própria família.

4.1.3 Sessão com a criança: aplicação do DFH e CAT-A

Inicialmente, Antônio estava muito tímido, recebendo as orientações das atividades com muita atenção, mas mantendo sempre a cabeça baixa. Logo se mostrou disponível para fazer o que lhe foi proposto, sem questionar. Ele pareceu distraído em alguns momentos, como se não estivesse ali presente, realizando a tarefa de forma automática. No decorrer do CAT-A, foi perdendo a timidez, distraindo-se menos e demonstrando um envolvimento maior, com expressão de suas vontades e sentimentos. Ao final, tinha estabelecido um bom relacionamento com a psicóloga, chegando a lhe mostrar seu bichinho de estimação (um ratinho da Noruega) e os cuidados que tinha com ele.

A aplicação do DFH e do CAT-A foi realizada em uma única sessão.

4.1.3.1 Análise do DFH

No teste do Desenho da Figura Humana (ANEXO I) a criança se mostrou disponível para fazer a atividade. Desenhou as duas figuras como relativamente magras, fazendo

primeiramente a masculina, que disse ser parecida com seu irmão, e depois a feminina (segundo o inquérito, parecida com a mãe).

Observando as características do desenho pode-se perceber que a criança desenhou as figuras apresentando um pescoço fino e longo, representando fragilidade, o que indicou dificuldade na integração dos afetos, dos processos primários e secundários. Em ambas as figuras as cabeças tiveram o tamanho muito grande, desproporcional ao corpo, dando sinais de subestima do corpo e valorização do controle racional, com indícios de um controle pulsional bastante rigoroso.

As pernas foram feitas apresentando diferenças no tamanho, o que sugere ambivalência quanto ao impulso para autonomia. A figura feminina foi desenhada sem mãos, indicando problemas de contato e adaptação, e com o queixo bem pronunciado (medo de responsabilidade). Essa figura foi menos elaborada que a masculina, com pouca capacidade de ação e contato.

As partes do desenho parecem estar sobrepostas umas às outras, não há representação de desenvoltura, o que sugere separação do real e do pessoal, ou seja, não há integração da realidade externa com a interna. Também foi possível notar o assinalamento do estômago, e a presença de ombros quadrados, denotando contenção dos impulsos e rigidez.

No inquérito, quando questionado sobre a melhor parte do corpo das figuras, a criança respondeu que era o cabelo na figura masculina e a 'cara' na feminina. Quando se referiu à parte do corpo mais feia, ele citou a 'cara' e a mão, respectivamente. Além disso, através do inquérito, houve uma certa idealização do irmão, cujo modelo os pais querem que ele siga. Parece haver um sentimento de que precisa ser igual ao irmão para ser amado pela mãe, demonstrando o sentimento de não ser amado por aquilo que ele mesmo é. Também foi possível notar preocupação com a própria agressividade e suas conseqüências (bichos nas orquídeas cuidadas pela mãe).

4.1.3.2 Análise do CAT-A

Antônio demonstrou boa compreensão da atividade, não se opondo a contar as histórias do CAT-A (ANEXO J).

De acordo com a análise vertical dessa técnica foi possível verificar os seguintes sinais:

- atitude de colaboração, com boa participação na atividade, percepção da realidade preservada, distinção entre os estímulos internos e externos. As histórias apresentaram coerência, lógica, apesar de poucas delas não terem tido sequência entre passado, presente e futuro.

- os temas trazidos pela criança geralmente incluíram a oralidade, fazendo da nutrição a necessidade mais predominante. Também, na maioria das histórias, houve a inclusão da família, mas nem sempre acolhedora de suas necessidades e apoio para suas atitudes. A imagem projetada era a de uma família que incentivava que ele fosse independente, mas o punia caso não avisasse que atos iria tomar. Frente a isso, pode-se pensar que a problemática da criança gira em torno desse ambiente familiar, que ora apóia a independência, ora castiga-o por ela, passível de gerar ansiedade quanto ao ser autônomo, indicando a presença de um ambiente controlador.

- os heróis foram, em sua maioria, os filhotes meninos da família, indicando identificação sexual da criança com a figura masculina.

- quanto aos atributos dados ao herói prevaleceram os referentes a ser obediente, responsável, ter atitudes de ‘adulto’, concomitante à sua voracidade e vontade de expressar seus impulsos, entrando em conflito. Ele se vê como merecedor de punição, o que indica baixa auto-estima. Nem tudo o que ele quer, ele consegue, sugerindo distância entre o eu real e o ideal.

- a principal necessidade do herói foi a de nutrição, muitas vezes mostrada como diferente do esperado pelo ambiente familiar (só ele é vegetariano, enquanto toda a família gosta de carne; ou sua vontade de comer, que não aparece junto com a vontade da família). A seguir, surgiu a necessidade de proteção reclamada, que indica que a criança necessita do apoio dos pais e do ambiente para realização de suas atividades.

- apresentou condutas de aprendizagem social, ao lado das instintivas. As de aprendizagem social foram em sua maioria consumativas, aparecendo a dúvida quanto a dominar a impulsividade (agir segundo as normas sociais) ou expressar seus desejos, dando sinais de que não há harmonia entre as condutas instintivas e de aprendizagem social.

- os conjuntos físicos e sociais, em grande parte, favoreceram a ação do herói. O conjunto social que prejudicava a ação era representado pelos pais, geralmente quando o puniam por querer tomar determinada atitude, ou mesmo, por já tê-la tomado. Esses aspectos indicam que há uma relação preservada com os outros e uma percepção do exterior predominantemente positiva.

- o desfecho mais comum foi o sucesso voluntário total, dando indícios de que a criança consegue realizar as necessidades e ter sucesso. Porém, faz-se necessário salientar que, às vezes, a realização dessas necessidades tem como conduta a impulsividade e a falta de controle, o que indica um leve comprometimento na regulação das pulsões, afetos e necessidades.

De maneira geral, o processo de pensamento pareceu estar levemente comprometido, devido à falta de coerência e clareza em algumas histórias, bem como o funcionamento autônomo e a capacidade de síntese e integração. Porém, no geral, a criança deu sinais de um funcionamento do pensamento e da inteligência preservados. Como as histórias não foram tão criativas e nem denotaram espontaneidade, imaginação e fantasia criadora, a regressão a

serviço do ego parece estar levemente comprometida, principalmente pelo apego à concretude das figuras. Esse apego pode ser um indício de um mínimo de estabilidade emocional.

Por meio da análise dinâmica das estórias contadas pela criança foi possível observar a presença marcante do tema da voracidade que não é controlada, ocasionada pela falta de cuidado dos pais (como na estória da prancha V, na qual o filhote de urso destrói todos os seus brinquedos com a boca, correndo o risco de acabar com a casa inteira se não for controlado). A percepção do insuficiente afeto oferecido pelos pais gera a voracidade. O excesso de contenção se transforma em incontinência pulsional, no incontrolável: “ele acaba com a casa inteira”. Uma forma de aplacar a voracidade seria contar com a presença do outro, mas muitas vezes esse outro não está por perto para apoiar, para cuidar, fazendo com que a ameaça permaneça.

O contato com o outro é estabelecido, mas permeado por pouco afeto. As pessoas que estão à sua volta não são percebidas como acolhedoras, como a figura materna, que foi vista como controladora, que não permite a expressão das pulsões do filho, devido ao receio das mesmas. Logo, resta à criança reprimir essas pulsões, contudo nem sempre isso se mostrou possível. Assim, para frear os impulsos instintivos do filho, os pais exercem um controle baseado na autoridade e não no afeto. Eles também são vistos como aqueles que não suprem a dependência da criança, não promovem a sua independência e o castigam caso ele se mostre autônomo. Com isso, aparece o sentimento de abandono, de medo, de solidão. Como não pode contar com os pais para auxiliar a integração, resta-lhe se apegar a algo concreto, à realidade (“o ursinho voltou e a mãe ficou muito brava porque ele saiu sem sua mãe deixar. E o ursinho começou a comer maçãs” – prancha VI). Além disso, os pais transmitem uma mensagem ambígua, já que desejam que ele seja independente, mas o punem se isso acontece. Dessa forma, o ambiente é visto como ambivalente: “foram dormir em sua toca... cheia de flores e bastante escura” (prancha VI).

Concomitante ao tema da voracidade, apareceu o roubo e a perda, que também são causadores de conflitos. Uma das maneiras de abrandar a angústia advinda desses conflitos é através do apego à racionalidade, o distanciamento entre representação e afeto. Logo, ele demonstrou imaginação, porém destituída de criatividade, de espontaneidade, dando sinais de que não houve integração com os impulsos primitivos, impondo diretamente a realidade através dos fatos concretos e sem seqüência, não deixando espaço para a transicionalidade.

O privilégio do racional em detrimento do afetivo pode ser um aspecto que faz com que a criança não consiga integrar a realidade interna e a externa. Há muitas coisas disponíveis, porém ele não se apropria delas, não as integra dentro de si, o que não deixa espaço para a expressão de sua criatividade.

Com base nessas considerações, é possível pensar que Antônio parece não se sentir aceito pelos pais por aquilo que ele é realmente, tendo que seguir o modelo do irmão para se sentir amado e parte da família. Assim, o ambiente familiar, especialmente a mãe, parece não permitir a expressão do self verdadeiro da criança, fazendo com que ele permaneça oculto, aspecto básico para o surgimento da defesa de falso self. Paralelo a isso, suas necessidades de expressão não são atendidas, fazendo com que a criança não seja capaz de diferenciar desejo e necessidade, tornando, assim, a satisfação de seu desejo como um caso de vida ou morte. Além disso, parece haver um desenvolvimento precário da capacidade simbólica, o que faz com que ele precise recorrer ao concretismo. O uso que faz de algo concreto acaba por se mostrar permeado de voracidade, o que gera culpa por essa expressão voraz dos impulsos instintivos, levando-o a usar de uma repressão extremamente rígida.

4.1.4 Sessão com a mãe (Sueli): aplicação do DFH e TAT

4.1.4.1 Análise do DFH

O DFH e o TAT foram realizados em uma única sessão. Logo no início a mãe reclamou um pouco para fazer os desenhos, falando que só sabia fazer daquele jeito (desenhos esquemáticos). No restante da atividade, ela apresentou boa colaboração.

Desenha a figura feminina em primeiro lugar (ANEXO K), indicando identificação sexual, porém, é uma figura esquemática, dando sinais de dificuldades nas relações interpessoais e restrição na expressão do self. Há ênfase exagerada no intelecto, um grande controle com subestima do corpo e dos impulsos vitais, que pode ser observada pelo tamanho grande da cabeça. O pescoço fino e frágil indica dificuldade de integração dos impulsos afetivos. A figura masculina é bem semelhante à feminina, diferenciando apenas pela quantidade de cabelos.

Seu ideal de perfeição pode ser percebido pelas respostas dadas ao inquérito: “*eu detesto errar, não admito erros*” (quando questionada sobre o que mais detesta). E também quando diz que a melhor parte do corpo é o rosto, porque “*daí vem as expressões*”, há o desejo de agradar ao outro, precisa ser muito boa para ser amada. Com isso, pode-se pensar em uma possível confirmação da identidade baseada em parâmetros externos.

4.1.4.2 Análise do TAT – funções do ego

Inicialmente Sueli tem boa participação e envolvimento com a atividade. Depois de um tempo afirma ser difícil imaginar tantas estórias, inventar.

Após analisar os dados referentes ao TAT (ANEXO L), segundo análise das funções do ego, baseada na análise vertical, foi possível destacar os seguintes pontos:

A mãe teve boa participação e colaboração com a atividade proposta, tendo dificuldades em dar início a algumas estórias, principalmente àquelas que se referiam às pranchas de temática sexual latente (como as de números 13HF e 4), ou ao conflito edípico (números 3MF e 6MF).

Suas estórias foram coerentes, ela tentou seguir uma lógica, ter clareza. Também tentou usar de passado, presente e futuro, porém, muitas vezes, afirmando o quanto é difícil dar um final para uma estória (como acontece nas pranchas 13HF, 7MF e 16).

Com isso, o processo de pensamento e a autonomia dele se mostraram levemente comprometidos, o que é demonstrado pela dificuldade em iniciar determinadas estórias e oferecer uma seqüência às mesmas, comprometimentos decorrentes de perturbações afetivas. A capacidade de síntese e integração também apresentou um leve comprometimento, principalmente quando os conteúdos das pranchas causavam certo desconforto e conflito (como quando se referiam à sexualidade).

Contudo, foi possível perceber que há preservação do teste da realidade, já que ela, na maioria das vezes, distinguiu os estímulos internos dos externos e tentou localizar o tempo nas estórias. Porém, a percepção da realidade interna nem sempre foi exata, pois os heróis foram vistos como figuras até certo ponto idealizadas, muito inteligentes, capazes intelectualmente, mas desprovidas de afeto, sugerindo um ideal de ego rigoroso, com muitas exigências internas, o que entra em conflito com o ambiente externo (com o contexto), como na prancha 6MF.

Apesar desses comprometimentos, a mãe apresentou preservação quanto à tolerância a estimulações, não desviou a atenção da tarefa nem se desconcentrou da atividade.

Quanto ao manejo do ambiente na busca de satisfazer suas necessidades, nem sempre foi bem sucedido, sendo necessário recorrer ao uso da racionalização e repressão para manter no inconsciente os desejos pulsionais, cujo exagero acarreta a inibição. Conseqüentemente, a maestria e competência apresentaram indícios de comprometimento leve.

Houve momentos de maior e menor dificuldade em criar, inventar e imaginar uma estória, mas a mãe recorreu, na maior parte das vezes, à descrição de fatos concretos (reais ou fantasiados) e ao plano racional, em detrimento dos sentimentos e conteúdos afetivos das personagens, dando sinais de um comprometimento leve quanto à regressão a serviço do ego.

Os heróis descritos foram, em sua maioria, do sexo feminino, indicando que sua identidade parece estar preservada. Contudo, são mulheres com características que privilegiam a intelectualização, o racional, o pensamento lógico, mulheres que se preocupam com a beleza externa e que, quando se apaixonam, sofrem uma decepção e são punidas. Portanto, houve uma valorização forte da racionalidade, que não está integrada ao afeto, ou melhor, que só pode ser conquistada caso esteja desvinculada do afeto. Houve uma distância entre o eu real e o ideal, ela busca a perfeição, mas esta também não é garantia de felicidade e do afeto do outro (como pode ser vista na prancha 12F).

Houve indícios de prejuízos na regulação das pulsões afetivas e das necessidades; somente em uma estória apareceu a conduta instintiva, enquanto as condutas de aprendizagem social dominaram, mostrando que não há integração entre elas, muito menos harmonia. Apesar de, geralmente, a maioria das condutas ser consumativa, acompanhadas de iniciativa e coordenação, foram condutas que funcionaram somente no plano racional, sendo controladas pelo pensamento, pela repressão, pela intelectualização.

Este fato denotou um funcionamento defensivo rígido demais, um uso da intelectualização, racionalização e deslocamento do afeto, para evitar o contato com os conteúdos afetivos que geravam ansiedade e conflito.

A relação com o contexto social teve predominantemente características positivas, com idealização dos outros que a rodeiam, mas, quando havia sinais de um relacionamento mais próximo, de ordem sexual, apareciam os conflitos (prancha 3MF). Esse conflito de ordem sexual fazia com que o ambiente muitas vezes fosse visto com características negativas, como aquele que impede e prejudica a ação do herói (prancha 7MF).

A problemática principal (vista nos temas das estórias) foi quanto aos conteúdos de ordem sexual, a não resolução do conflito edípico. Essa dificuldade de doação afetiva (sexual) da mãe acaba por acarretar em dificuldades de maternagem, como visto na prancha 7MF (na qual troca a criança por uma boneca ou um gato), prejudicando seu relacionamento com o filho. Isso acontece porque não houve sinais de entrega afetiva ao outro, de envolvimento permeado de afeto.

Apesar da tentativa de solucionar as ansiedades através do uso de rígidas defesas, algumas estórias não apresentaram desfechos, indicando que o conflito ainda permanece, prejudicando a integração da personalidade e o estilo de ser pessoal.

Com base nestas características, pode-se dizer que a mãe apresenta uma estrutura neurótica, de natureza obsessiva.

4.1.4.3 Análise dinâmica do TAT

Na prancha 1 pode-se notar a tentativa de buscar aquilo que deseja, mas só até certo ponto, o personagem não tem ação, permanece no nível do pensamento; é uma vontade e um desejo que não se efetivam (tornando-se próximos do campo da idealização), não alcançando o plano da maturidade genital.

Geralmente os relacionamentos permanecem no plano superficial, não demonstra muita afetividade (evita o plano afetivo), volta-se para o intelectual e busca a perfeição. Essa

dinâmica afetiva permite supor que a mãe não recebeu afeto suficiente, como se não tivesse se apropriado dele, aspecto que pode ser visto na prancha 3MF.

Aparece o conflito quanto ao exercício da sexualidade, o que a impede de se apropriar do sentimento de independência, já que não passou pela experiência de dependência, de entrega ao outro e vivência do conflito edípico. Esse conflito sexual é expresso na dificuldade em iniciar a estória da prancha 4, é como se ela detectasse o conflito e, em seguida, o negasse. Assim, o conflito não se integra à personalidade, pois é negado na realidade externa.

A ansiedade gerada pelo conflito sexual é deslocada para o âmbito da racionalidade, para o intelecto. Para agradar o outro é preciso ser inteligente e esforçado, ser perfeito, o que não inclui o aspecto sexual, assim, o narcisismo também se desloca do plano da sexualidade para o do pensamento. Essa sexualidade até se expressa, mas é reprimida logo que constatada, como na estória da prancha 13HF. Novamente há o deslocamento da angústia do conflito sexual, mas desta vez, para o âmbito da doença. Mesmo assim, é uma defesa que falha, pois a doença acaba levando à morte, sendo que esta pode ser vista como um castigo pelo conteúdo sexual.

O relacionamento homem mulher acaba se tornando semelhante ao de cuidador e cuidado (uma relação mais paternal, para ser aceita sem angústia), apesar da figura masculina não conseguir cumprir o papel de cuidador. Neste ponto, há subestimação da figura, como se não adiantasse depender dela, pois ela é insuficiente e pouco capaz de suprir suas necessidades.

Sua dificuldade de elaboração edípica (plano sexual) parece prejudicar sua função materna, pois não há doação ao outro, não há vivência afetiva junto com o outro, o que acaba refletindo na dificuldade de estabelecer um vínculo de afeto com o filho (prancha 7MF). Novamente ela foge da afeição e se refugia no racional, nas oportunidades concretas e materiais que a heroína teve, e não no afeto recebido da mãe. Essa dinâmica parece ser repetida em sua relação com o próprio filho: ela tenta oferecer o que há de melhor materialmente, minimizando o

afeto (há somente o suprimento material e racional). Se com isso o outro não se desenvolver, o problema é projetado nele, que deve “se virar” sozinho para arrumar outra solução. Assim, deve ser afetivamente independente sem ter tido sua dependência suprida.

Apesar de tentar fazer o melhor, ser a melhor e perfeita (mesmo que seja só no âmbito da racionalidade), esse recurso nem sempre se mostra suficiente. O ser perfeito não garante o afeto do outro e a recompensa externa, não impede que as coisas continuem acontecendo, que os conflitos terminem.

Com isso, há indícios de que a mãe não consegue integrar a realidade interna e a externa, acabando por viver uma realidade sobreposta, não integrada à sua personalidade, o que prejudica a expressão do seu estilo pessoal de ser. Isso acontece porque não há integração dos pensamentos com o afeto, que pode ter sido causado pela insuficiência afetiva que a mãe recebeu. O afeto teria lhe proporcionado a dependência para ter a capacidade de ser autônomo (semelhante ao que ela proporciona ao filho). Além do mais, ela parece não ter tido a oportunidade de ser amada pelo que é, como acontece com o filho mais novo, que acaba por se comparar com o irmão mais velho.

Ela termina a atividade tomando um contato maior consigo própria, demonstrando esperança, ou seja, a possibilidade de que pode resolver os conflitos, de que ela tem recursos, mas está funcionando com uma repressão excessiva, o que prejudica a expressão de sua capacidade criadora.

4.1.5 Sessão com o pai (Fernando): aplicação do DFH e TAT

4.1.5.1 Análise do DFH

O DFH e o TAT foram realizados em uma única sessão. Quando lhe é proposto fazer os desenhos, Fernando aceita, não reclama, fala pouco, apenas no momento do inquérito.

Primeiramente desenha a figura masculina (ANEXO M), indicando identificação sexual, porém, é uma figura melancólica, representada por Jesus Cristo, indicando idealização muito grande com a perfeição. Faz o desenho com uma cabeça muito grande, dando sinais de subestima do corpo; os braços pequenos indicam inadequação no contato e sentimento de fraqueza perante o relacionamento com o outro. Não desenha as pernas, o que pode indicar não integração e necessidade de autonomia, porém sem efetivação. O tronco pequeno dá indícios de negação dos impulsos instintivos e sentimento de inferioridade.

A figura feminina é desenhada de perfil, denotando conflito entre exibicionismo e controle sexual, também é uma figura idealizada e assexuada, representada por Maria, mãe de Jesus. A figura tem uma idade próxima à da esposa, sugerindo identificação com a mesma e sentimento de ser considerado como filho dela.

Através do inquérito também foi possível perceber sinais de fraqueza, de imposição, além de expectativa de bondade exagerada, incondicional (representada pelas figuras divinas). Houve indícios de busca de evasão, de superioridade, paralelo à passividade, à ausência de luta; portanto, uma idealização sem vida.

4.1.5.2 Análise do TAT – funções do ego

De acordo com análise horizontal e vertical das estórias contadas por Fernando (ANEXO N), foi possível notar que Fernando reagiu bem frente à atividade proposta, não tendo dificuldades em contar as estórias. Porém, quanto à linearidade do tempo (passado, presente e futuro), em algumas delas, ela se mostrou ausente, indicando certo prejuízo da percepção da realidade. As estórias, em sua maioria, foram contadas com clareza, lógica e coerência, mas destituídas de afeto real, dando a sensação de serem vagas. Assim, pode-se dizer que o pai tem tolerância aos estímulos, porque fez a atividade predominantemente com concentração, sem desviar sua atenção facilmente. Seu processo de pensamento pareceu prejudicado quando em contato com conteúdos conflitivos, especialmente os de ordem sexual, recorrendo ao uso de racionalização e intelectualização como maneiras de diminuir a ansiedade.

Sua capacidade de integração também se mostrou prejudicada, pois as estórias, às vezes, perdiam a clareza devido à grande idealização (pessoas que para merecerem a felicidade tinham que ser muito grandiosas). Nem sempre conseguiu imaginar, criar e inventar uma estória, recorrendo muito ao plano racional em detrimento do afetivo, dando sinais de comprometimento leve da regressão a serviço do ego.

Houve diferenciação entre estímulos internos e externos, porém a realidade interna nem sempre foi vista como realmente era: os heróis precisavam ser muito bons e grandiosos (alta exigência interna) para assim terem a aprovação do outro e, conseqüentemente, a felicidade (que termina por depender do mundo externo). São heróis grandiosos, mas vazios no plano afetivo, como se para ter felicidade não pudesse haver integração entre afeto e razão.

A identidade sexual pareceu preservada, sendo os heróis, em sua grande maioria, do sexo masculino. Contudo, por causa da grande idealização, houve uma distância entre o seu

eu real e o ideal, denotando uma exigência interna difícil de ser cumprida, e, assim, para diminuir a angústia, ele recorria ao uso do plano racional.

Sua problemática central foi predominantemente de ordem sexual: uma relação difícil com a figura paterna devido à insuficiência da mesma (figura que não se mostrou consistente a ponto de ser internalizada) e uma relação de dependência em relação à figura materna. Essa carência da figura paterna parece prejudicar sua função de pai; ele tem a necessidade de se identificar com uma figura que lhe faltou na infância, parecendo ser esta a fantasia de cura (como na prancha 17RH).

Além disso, a ausência do pai intensificou o pensamento edípico com a mãe, levando à dificuldade de substituí-la por outra mulher (como visto na prancha 6RH). Conseqüentemente, houve sinais de conflito no relacionamento sexual com uma mulher, já que demonstrou permanência no vínculo edípico infantil. O relacionamento sexual foi visto como sendo proibido e merecedor de castigo, como na prancha 13HF, na qual o herói perde o emprego após uma noite de amor. Assim, os relacionamentos, para serem aceitos, precisam estar baseados no plano racional, e desligados do afeto e da sexualidade. Constituir uma família é algo muito bem visto, porém sem afetividade (ter filhos implica em felicidade e em não ter uma vivência sexual satisfatória). Seu funcionamento defensivo parece rígido demais, já que houve o aparecimento de poucas condutas instintivas.

Para consumir suas necessidades, o herói precisa da ajuda do outro (externo a ele), só assim é capaz de ter atitudes com iniciativa, força, tenacidade, coordenação. Essa dependência do outro pode ser devida à castração mal feita, que acarretou no comprometimento da autonomia. O outro serve como exemplo a ser seguido, é alguém que ele idealiza ou de quem depende (como a figura materna que aparece nas pranchas 6RH e 7RH). Logo, seus relacionamentos interpessoais foram vistos como positivos quando o outro tem algo a acrescentar a ele, quanto o outro é bom o suficiente.

As necessidades mais prementes foram as de afiliação emocional, proteção reclamada e de reconhecimento, indicando a busca por apoio, por cuidado afetivo. Ele precisa ser reconhecido, ser visto como bom: ele espera alcançar o afeto do outro a partir das próprias conquistas intelectuais (ter uma grande profissão para ter uma grande pessoa, como relatado nas estórias das pranchas 1 e 2).

Os desfechos foram, em sua maioria, de sucesso voluntário total, porém, em vários momentos, seus conflitos e necessidades foram solucionados com o auxílio do outro, denotando que ele precisa do consentimento e aprovação deste outro (pais) para buscar aquilo que deseja.

4.1.5.3 Análise dinâmica do TAT

Logo na primeira prancha, Fernando contou uma estória dando sinais de seu sentimento de solidão, a busca de se identificar com a figura paterna (que primeiro o rejeita, e só depois de muita insistência resolve lhe ensinar algo). Essa carência quanto à figura paterna indica que o ambiente não supriu a dependência dele, para que se tornasse independente (também apareceu na prancha 12H). Assim, ele recorre à fantasia de realização do desejo, não teve algo real, efetivo, então fantasia que teve algo muito melhor, fruto de seu esforço (é o ideal de perfeição para substituir a deficiência de afeto, como também pode ser visto na estória da prancha 2). Quando há relação com uma figura paterna (como na estória da prancha 7RH), esta é perdida pela morte do objeto. Para elaborar o luto, precisa do auxílio da mãe, denotando dependência da figura materna.

A demonstração de que não conseguiu o afeto dos pais, mas obteve algo melhor, pode ser percebido como formação reativa. Neste ponto, pode-se notar o caráter compensatório (ser menos e fazer mais), como na prancha 3RH. O conflito ainda continua na estória seguinte

(prancha 4), e, como forma de abrandar a angústia gerada pelo conflito afetivo, ele buscou a elaboração do afeto pelo racional, uma elaboração realizada de maneira metódica, organizada.

A dificuldade em alcançar a independência também aparece na prancha 6RH, em que é ilustrada a dificuldade em se desprender da figura materna, agravada pela falta do pai. Para ele conseguir se vincular a outra pessoa, a mãe tem que desaparecer (morrer), mesmo assim, a figura substituta ainda permanece demasiado presa à original e, dessa maneira, as ameaças de castração persistem (prancha 13HF).

Dessa forma, os relacionamentos não são permeados pelo afeto, mas pela idealização, ele precisa escolher entre a realização ou a afiliação emocional; ter um implica em não ter o outro, denotando falta de integração somada ao raciocínio concreto.

Essa falta de integração também acarreta a dificuldade em resolver o conflito sexual, fazendo com que ele reprima seus impulsos sexuais e os desloque para outros objetos. Caso haja satisfação sexual, esta deve ser punida (prancha 13HF), há a figura castradora, que ameaça sua sexualidade. Essa é mais uma demonstração do quanto Fernando está preso no relacionamento edípico, por isso o castigo pelo sexo com a mulher (mãe).

Assim, é possível dizer que Fernando apresenta uma estrutura neurótica de natureza obsessiva.

4.1.6 Psicodinamismos familiares

A dinâmica do pai, da mãe e da criança deste caso, parece ser semelhante no que diz respeito a alguns aspectos, especialmente no que se refere à carência de uma figura capaz de suprir a dependência e, conseqüentemente, proporcione a capacidade de ser independente, de ter um estilo pessoal de ser.

A angústia gerada pela deficiência afetiva faz com que eles recorram ao uso da racionalidade, da valorização do intelectual, em detrimento dos afetos. Essa defesa mostra-se rígida nos três, além do uso do deslocamento do afeto. Pensando nesta característica, pode-se dizer que há a presença de um falso self, que esconde o self verdadeiro e se expressa com falta de espontaneidade, e gera um sentimento de futilidade e inutilidade.

A falta de integração entre afeto e razão traz prejuízos à capacidade de expressão da criatividade, da espontaneidade. O valor dado ao intelectual faz com que a criança se defenda através de um falso self, pois a expressão de seu self verdadeiro foi contida, já que o ambiente não foi capaz de suprir suas necessidades afetivas e apoiar sua expressão. Segundo Winnicott (2000), o falso self é uma forma de adaptação ao mundo externo, mas que pode trazer para a criança sentimento de vazio, de inutilidade e futilidade (como se não tivesse valor real no mundo).

Os pais da criança apresentaram conflito em relação à sua sexualidade, devido à identificação pouco sólida com as figuras materna e paterna, baseada no relacionamento com os pais na infância, que permitiu a introjeção de figuras afetivamente pobres. Essa introjeção comprometeu a relação atual deles com o filho, denotando sinais de que eles se identificaram com os próprios pais, repetindo a mesma dinâmica (o suprem materialmente, no plano concreto, e deixam de lado o aspecto afetivo).

Da mesma forma, os pais parecem ‘ensinar’ para a criança que uma forma de abrandar a carência afetiva é através da ingestão de comida, buscando algo concreto como solução para a ansiedade gerada pela falta do afeto. Isso acontece porque os pais não podem ensinar a elaboração do afeto, já que esta também está comprometida neles.

Todos esses sentimentos geram um sentimento de solidão. Tal sentimento também esteve presente na dinâmica dos pais, que tentam abrandá-lo buscando outras figuras com as quais se identificar. Porém, são figuras muito idealizadas, quase perfeitas, aumentando a exigência com os outros e com eles mesmos. Assim, exigem que o filho seja responsável,

tenha autonomia, mas sem ter tido a base para chegar a essa capacidade. Colocando o outro como ideal e perfeito, também fica difícil atingi-lo, o que não abrandava seu sentimento de solidão, mas sim o intensifica.

4.2 Avaliação psicológica realizada com as crianças

Aos meninos que participaram deste estudo foram atribuídos os nomes fictícios de Tiago (criança 01 – 7 anos), Antônio (criança 02 – 9 anos), Joaquim (criança 03 – 8 anos), Hugo (criança 04 – 7 anos) e Marcelo (criança 05 – 10 anos).

A aplicação do DFH foi realizada na mesma sessão que o CAT-A, exceto com Joaquim, que quis interromper o CAT-A após a apresentação da prancha III, terminando a atividade em outra sessão.

4.2.1 Análise do DFH

Todas as crianças desenharam em primeiro lugar a figura masculina (ANEXOS O, I, P, Q, R), dando indícios de identificação com o próprio sexo. De acordo com a análise dos desenhos, houve sinais de insegurança (correções, retoques, traços de avanços e recuos), baixa auto-estima (revelada principalmente no inquérito) e dificuldade no contato com os outros (ausência de mãos).

As crianças apresentaram dificuldade em integrar os processos primário e secundário de pensamento, em harmonizar impulso e elaboração mental (presença de pescoço frágil ou ausência do mesmo em alguns desenhos). As crianças buscavam controlar os impulsos, devido ao medo de sua própria agressividade e dos níveis a que ela poderia chegar, por meio das defesas do *acting-out* e da racionalização, nem sempre eficazes. Assim, houve sinais de

impulsividade no contato com o mundo (mãos desproporcionais), agressividade (dedos sem mãos) e ansiedade em relação aos próprios pensamentos (figuras sombreadas e linhas reforçadas).

Quanto ao sentimento de autonomia, todas as crianças apresentaram ambivalência (pernas frágeis e divergentes quanto ao tamanho), ora temendo o contato com o ambiente, ora buscando a interação com o mesmo. Foi possível observar que ao mesmo tempo em que queriam se desprender dos pais, havia o desejo de ser cuidado, de ser criança, não querendo deixar os sonhos e brincadeiras de lado, substituindo-os pela responsabilidade. Houve indícios de que elas tiveram que crescer antes da hora, sendo solicitadas a ter responsabilidade pelos próprios atos sem terem tido segurança na fase de dependência.

A dificuldade de integração da própria imagem corporal e de introjeção fluida da própria personalidade pode ser observada em quatro das cinco crianças (exceto Tiago) por meio das partes das figuras desenhadas, que geralmente foram sobrepostas, como se estivessem coladas, sem harmonia na integração. Essa pouca integração acarreta prejuízos no contato com a realidade e em seu sentimento de continuidade com o ambiente externo, trazendo o risco de se desenvolver a partir de fora (falso self) e não de seu próprio interior.

Diante dessas considerações, os desenhos sugerem que o crescimento não parece se dar em termos de desenvolvimento integral do psique-soma; o desenvolvimento intelectual não é acompanhado pelo afetivo, mas se sobrepõe a ele, causando grande carga de sofrimento. Assim, apesar do bom desenvolvimento cognitivo, diante de situações afetivas difíceis as crianças sentem-se solitárias e recorrem ao *acting-out* como forma de amenizar a ansiedade, como acontece no ato de comer. Portanto, perante a dificuldade de criar, de simbolizar e de expressar seu estilo de ser pessoal, as crianças fazem uso da ingestão de algo concreto, para aliviar seu sentimento de solidão e abandono.

4.2.2 Análise do CAT-A

As histórias contadas pelas crianças no CAT-A foram analisadas segundo referencial proposto por Bellak (2000).

Todas as crianças tiveram uma boa participação na atividade, mas também houve ansiedade (principalmente no momento de apresentação da prancha III, quando Joaquim quis cessar a tarefa), hesitação (dificuldade em iniciar e contar a história, recorrendo à descrição da figura) e falta de coerência no relato. Também não conseguiram expressar os sentimentos dos personagens; mesmo Marcelo, que contou histórias criativas, demonstrou que essa sua capacidade estava mais ligada ao aspecto intelectual que afetivo, mais voltada ao exterior e aceita pelos padrões sociais que algo vindo de si mesmo.

Tais dificuldades podem ser ilustradas pelos exemplos abaixo:

- Tiago (prancha IV): *“Muito interessante... (...) essa eu vou ter que pular, não conheço essa história, nunca vi um desenho desses. [e o quê você está vendo aí?] Eu não tô mais vendo desenho. [e o quê você está vendo? Dá para imaginar?] Mas quando eu vou imaginar eu demoro muito...”* (dificuldade em relatar);
- Tiago (prancha IX): *“Hum... não tô entendendo nada. Parece um quarto e uma porta. Não tô entendendo nada”* (hesitação, tendência à descrição);
- Joaquim (prancha II): *“É urso? É, eles tão brigando por causa de uma corda, não tô conseguindo contar”* (dificuldade em relatar);
- Joaquim (prancha I): *“Não sei contar histórias...”*; (prancha VII) *“É difícil começar história”* (dificuldade em iniciar as histórias);
- Hugo (prancha III): *“É um leão sentado na cadeira. E ele tá fumando um cachimbo, e tá com uma bengala. (...) [e o que mais ele tá fazendo?] é... vixi, não sei não... (...) difícil, eu não sei não. Só”* (descrição).

Os heróis das dez estórias contadas pelas cinco crianças estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Descrição dos heróis das dez estórias do CAT-A, conforme critérios estabelecidos por Bellak (2000)

Prancha	Tiago	Antonio	Joaquim	Hugo	Marcelo
I	Pintinho	Família	Galinha	Galinha	Galinho
II	Filhotinho	Ursinho	Urso	Filho	Urso
III	Macaco	Leão	Rato	Leão	Filho
IV	Menino	Filhote de raposa	Filhinho	Filho	Canguru
V	Menino	Filhote de urso	Urso	Urso	Filho
VI	Urso	Urso	Ursinho	Urso	Filho
VII	Tigre	Onça	Onça	Onça	Onça
VIII	Vovó	Filhote	Macaco	Macaco	Mãe macaco
IX	Coelho	Coelhinho	Menina	Coelho	Coelhinha
X	Cachorrinho	Filho mais novo	Cachorrinho	Cachorro	Cachorrinho

É possível notar, pela Tabela 1, que todos os meninos apresentaram maior identificação com a figura masculina e de idades semelhantes às deles. Contudo, os heróis foram descritos com características predominantemente negativas (medroso, maldoso, arteiro, voraz, brigão, passivo, merecedor de punição) em quase dois terços das estórias, conforme pode ser visto na Tabela 2, indicando auto-estima rebaixada e distanciando-se de um herói ideal, seguro e valorizado. Por exemplo, na prancha VII todas as crianças se identificaram com a onça/tigre, descrevendo-a como voraz, principalmente na busca de alimento.

Tabela 2 – Atributos dos heróis das dez estórias do CAT-A

Crianças	Atributos	
	Predominantemente negativos	Predominantemente positivos
Tiago	10	-
Antônio	4	6
Joaquim	10	-
Hugo	7	3
Marcelo	6	4
TOTAL	37	13

Na Tabela 3 estão representadas as necessidades dos heróis das estórias contadas.

Tabela 3 – Necessidades apresentadas pelos heróis das dez estórias do CAT-A, considerando os critérios estabelecidos por Morval (1982).

Necessidades	Tiago	Antonio	Joaquim	Hugo	Marcelo	TOTAL
Afiliação associativa	1*	-	-	-	-	1
Afiliação emocional	4	-	-	2	3	9
Agressão física anti-social	2	3	6	2	1	14
Aquisição anti-social	4	-	-	-	-	4
Aquisição social	1	-	-	-	-	1
Autonomia anti-social	-	-	1	-	1	2
Destruição	2	-	1	1	-	4
Dominância	-	2	2	1	1	6
Evitar a culpa	2	-	1	-	-	3
Humilhação	1	-	-	-	1	2
Nutrição	4	8	4	3	4	23
Proteção exercida	1	1	1	-	1	4
Proteção reclamada	4	2	3	5	4	18
Realização	-	1	-	-	-	1
Reconhecimento	-	1	-	-	1	2
Rejeição	-	-	1	1	4	6
Retenção	1	-	-	-	-	1

* Os números representam a quantidade de vezes em que as necessidades apareceram, considerando que cada estória pode ter mais de uma necessidade.

Por meio da Tabela 3 pode-se notar que a necessidade mais prevalente foi a de nutrição, ou seja, a procura pela comida ou bebida, sentindo-se faminto ou com sede. Outra

necessidade prevalente foi a de proteção reclamada, a necessidade da presença do outro para se sentir seguro e protegido, assim como pela agressão física anti-social, demonstrando ataque em relação ao meio. Na tentativa de receber cuidado e proteção do outro as crianças acabam por atuar no ambiente externo, seja por meio da agressão ou pela ingestão de comida.

A temática das histórias contadas foi semelhante para as cinco crianças, com assuntos relacionados ao roubo, à agressividade, ao medo, à solidão. O tema da punição geralmente foi trazido quando as crianças queriam muito fazer algo, mas, para conseguir sua satisfação, agiram de forma descoordenada e sem controle. A família apareceu nos temas, mas não como uma família que acolhe, mas sim uma família que pune, que não permite a expressão dos desejos e que castiga, que impõe a autoridade pela força e não pelo afeto, como pode ser visto nos exemplos:

- Tiago (prancha X): *“O filhinho ficou doente e o pai deu uma surra nele de dor na bunda. Aí ele pulou na privada, molhou o pai e o pai ficou bravo... ele tava sentindo muita dor de bunda, levou uma surra”*;
- Antônio (prancha X): *“Num belo dia o pai e a mãe saíram para arranjar comida para a família comer. Quando eles chegaram, perceberam que o filhote mais novo não estava ali. E a mãe e o pai saíram para procurarem ele e quando achou o filhote pegou ele, levou ele para o banheiro e o pai começou a bater nele”*;
- Joaquim (prancha X): *“Era uma vez o pai e o filho cachorrinho. O pai pegava o filho, punha ele no colo, ele no colo e dava palmada na bunda. Ele chorava demais”*;
- Marcelo (prancha X): *“Um dia um cachorrinho queria tomar banho, mas tava sem água na casa, ele fala: “vou ter que arrumar um jeito de tomar banho”. A mãe fala: “pode arrumar menino, mas você não pode fazer folia”. Aí ele falou: “mãe,*

pega água do filtro e joga em mim”. E a mãe responde: “mas aí vai acabar a água e vamos morrer de sede, e aí?”. Ele fala então: “mãe, vou no banheiro, tô apertado pra fazer xixi”. De repente ela começa a ouvir uma cantarolada, “filho, que tá acontecendo? Tá fazendo o que aí em cima do banheiro?”. Ele: “tô tomando banho”, “mas como você tá tomando, a água voltou?”, “não, na privada”. “Ai, menino vou te pegar e você vai apanhar”. Ela bate no cachorrinho. “Agora você vai ter que esperar a água voltar, vai apanhar, vai ficar sem ver televisão e vai ficar cinco dias sem sair de casa”. Ele espera a água voltar e nunca mais faz isso de novo”.

Esses trechos denotam a dificuldade dos pais de lidarem com a impulsividade e agressividade dos filhos, ajudando-os a controlá-los. Assim, há o sentimento dos meninos de que não podem contar com os pais para ajudá-los no controle da angústia, fazendo com que eles sintam-se sós e angustiados (por fim, acabam usando de *acting-out*).

Nesse mesmo sentido, o ambiente externo, tanto social quanto o físico, também foi visto predominantemente de forma negativa ou ambivalente, como representado na Tabela 4.

Tabela 4 – Representação do ambiente físico e social, considerando suas características: predominantemente positivas, predominantemente negativas ou ausentes.

Crianças	Ambiente					
	Físico			Social		
	Positivas	Negativas	Ausente	Positivas	Negativas	Ausente
Tiago	1	9	-	1	9	-
Antônio	9	1	-	5	5	-
Joaquim	1	9	-	3	7	-
Hugo	6	-	4	1	2	7
Marcelo	1	9	-	2	8	-
TOTAL	18	28	4	12	31	7

De maneira mais específica, a figura materna foi vista como aquela que transmite uma dupla mensagem, tem o desejo de que o filho seja independente, e, ao mesmo tempo, quer manter sua dependência em relação a ela. Dessa forma, nem supre a dependência, nem o auxilia a alcançar a autonomia, assim, é vista por ele como tendo características negativas. Essa dinâmica da mãe, conforme vista pelas crianças, sugere dificuldades dela no processo de estabelecer a ilusão – desilusão e de atender as diferentes necessidades dos filhos em seus momentos evolutivos. Nesse sentido, o CAT-A revelou que a percepção da mãe pela criança é a de que ela não oferece holding suficiente para que o filho sinta segurança. Essa dupla mensagem pode ser ilustrada na seguinte estória:

Marcelo (prancha IX): *“Um dia num quarto bem escuro, bem lá no fundo tinha uma coelhinha que queria dormir em paz, (...) O maior medo dela era o escuro, então pra ela conseguir dormir sempre tinha uma luz acesa. A mãe dela falou: “minha filha, apague essa luz que você dorme”, e a menina: “mas eu tenho medo” (...) A mãe fala: “o que eu faço então?”. “Vem você dormir aqui e eu aí”, “mas aí seu pai vai te chutar a noite inteira”, a mãe diz. Aí a menina fala: “põe o colchão aí do lado e eu durmo, mas tem que ter luz acesa”. A mãe responde: “aí eu não aceito”. (...) e então cada uma fica no seu quarto.”.*

A insuficiência do bom ambiente também é retratada por Antônio (prancha VI): *“Chegou a noite, eles comeram e foram dormir em sua toca, que era uma caverna, (...), cheia de flores e bastante escura”;* e por Joaquim (prancha VIII): *“Era uma vez uma casa de macacos, tinha filho, pai, vó, vô e também tinha muito retrato, ficava um fedor dentro daquela casa. Não tinha ninguém que lavava.”.*

A figura materna foi vista por todas as crianças como controladora e pouco afetiva, capaz de suprir as necessidades concretas (físicas), mas não as afetivas, como pode ser observado pela estória contada por Tiago (prancha II): *“Era uma vez três ursos, eles começaram a comer a sopa que a mãe fez, a do pai tava muito quente, a do menino tava*

muito gelada, da mãe tava muito mole” (inadequação do afeto); por Antônio (prancha I): *“A mãe deles chega, fala para eles arrumá a mesa pra ela fazer a janta pra eles comerem. Ela fala pra eles virem pra mesa, primeiro lavá a mão antes de vir na mesa e falá pra eles serem educados, e pra agradecer a comida que eles tem e comerem”*.

A figura do pai foi vista como exercendo um controle baseado na autoridade severa e punitiva e não no afeto, o que acarretava na criança medo da punição, sentimento de abandono e de não pertencimento familiar:

- Tiago (prancha III): *“Era uma vez muitos animais da espécie, o rei Leão encontrou uma leoa e casou com ela, e teve um filho, o filho era parecido com um macaco”*;
- Joaquim (prancha III): *“O rei leão estava fumando o seu cachimbo, de repente chegou um rato derrubou o seu cachimbo [que o rei faz?] Começa a correr atrás dele. (...) Ficou zangado. E aí no final o rei catou ele e o comeu”* (figura de autoridade que castiga – castração);
- Marcelo (prancha V): *“O ursinho falou: “Papai eu tô com medo, eu e minha irmã, leva a gente pro seu quarto”. O pai falou: “Mas na minha cama não tem mais espaço se vocês forem pra lá”*;
- Joaquim (prancha IV): *“Eles começa a correr. E entram dentro dessa casa, e o filhinho dele fica pra trás”* (sentimento de abandono).

O sentimento de abandono e de não pertencimento familiar faz com que as crianças busquem no alimento uma forma de completude, como por ser observado pelas estórias: Antônio (prancha IX) *“Era uma vez um coelhinho muito triste com seu berço. Seu berço era quebrado demais, ele mal conseguia dormir. E depois a mãe dele falou: “você tem que compreender que nós não temos muito dinheiro, por isso não conseguimos comprar um berço aconchegante”. E o coelhinho falou: “mamãe, estou com fome, que que tem para*

comermos?”; Antônio (prancha VI): “O ursinho voltou e a mãe ficou muito brava porque ele saiu sem sua mãe deixar. E o ursinho começou a comer as maçãs”.

Como já existe dificuldade da criança em sentir que tem um lugar no mundo, a castração é sentida de forma mais dolorosa. Essa situação, acrescida ao fato de que a figura materna não auxilia no processo de simbolização, dadas suas dificuldades no processo de ilusão – desilusão, torna mais difícil para a criança substituir os impulsos edípicos sexuais e agressivos por identificações, como pode ser visto nas histórias contadas por Joaquim (pranchas V e IX), nas quais há menção da perda do objeto transicional vista como provocada pela mãe. Dessa forma, a criança fica presa aos objetos originais, terminando por agir e reagir no ambiente (*acting-out*):

- Antônio (prancha V): *“Era uma vez, um filhote de urso que gostava de acabar com seus brinquedos com a boca. (...) a mãe perguntou ao pai: “temos que cuidar do nosso filho, senão ele acaba com a casa inteira” (...) Ele morde o brinquedo mais caro e dorme, só”;*
- Joaquim (prancha V): *“Urso de pelúcia. Os ursinho ganhou vida e começaram a brigar dentro do berço, e a menina do berço ouviu um barulho (...) chamou a mãe dela, falou pra mãe dela quebrá os urso. (...) A mãe taca os urso no lixo e ficam felizes para sempre.”;*
- Joaquim (prancha IX): *“Era uma vez um coelhinho que deu sua vida pela melhor amiga e ele morreu e a menininha chorou, chorou, chorou sem parar. Não pensava em nada, a não ser no seu coelho. Teve um dia que sua mãe foi lá e comprou outro. E ela não quis, se trancou no quarto e regaçou com ele, e chorou muito porque ela queria o seu coelho. Fim”;*
- Hugo (prancha I): *“Eles tá comendo comida... (...) [que que eles tão sentindo?] vontade de chantili. [e que que fazem?] vai pegar e comer.”.*

Diante da tentativa de controlar os impulsos instintivos e agir no ambiente a fim de satisfazer suas necessidades, além do uso do *acting-out*, as crianças recorrem a outras defesas, conforme descrito na Tabela 5.

Tabela 5 – Mecanismos de defesa usados pelas crianças, conforme critérios estabelecidos por Bellak (2000)

Defesas	Tiago	Antonio	Joaquim	Hugo	Marcelo	TOTAL
Ambivalência	2*	-	-	-	-	2
Anulação	-	-	1	1	1	3
Formação reativa	2	1	-	-	-	3
Isolamento	9	8	6	1	6	30
Negação	1	-	1	6	-	8
Projeção	-	1	3	-	1	5
Regressão	2	-	1	-	2	5
Repressão	5	1	2	1	3	12
Simbolização	1	2	1	-	2	6

* Cada estória pode conter mais de um mecanismo de defesa.

Conforme exposto na tabela 5, os mecanismos de defesa mais usados foram isolamento, repressão (punições, descrição da figura), negação (omissão de partes da figura) e também simbolização. O isolamento pode ser visto pelo receio que a criança apresentou em relação à própria espontaneidade, buscando contar histórias que já existissem como contos de fadas, ou ainda fazendo comentários sobre a história, e, para terminá-la, dizendo “fim”:

- Tiago (prancha II): *“Eu já vi essa história na TV. Era uma vez três ursos (...) aí foram passear, aí eles encontraram a Cachinhos Dourados”;*
- Tiago (prancha III): *“Uhm... essa eu conheço. Era uma vez muitos animais da espécie, o rei Leão encontrou uma leoa e casou com ela”;*

- Joaquim (prancha IX): *“E ela não quis, se trancou no quarto e regaçou com ele, e chorou muito porque ela queria o seu coelho. Fim”*;
- Joaquim (prancha X): *“Quando ia tomá banho, ia ver suas pernas toda roxa e sua bunda, sua bunda, por isso, por fim cabou obedecendo a seu pai. Fim”*.

De maneira geral os meninos colaboraram com a atividade, mesmo que a ansiedade tomasse conta deles em alguns momentos. Eles relataram temáticas e conteúdos semelhantes, sugerindo um funcionamento parecido no que se refere à maneira de reagir frente a situações de grande mobilidade emocional.

O principal modo de reação foi o *acting-out*, que terminava por gerar ansiedade, fazendo com que se sentissem inadequados perante o meio e no contato com o outro. Essa inadequação não foi abrandada pelas figuras parentais; pelo contrário, essas figuras foram vistas como pouco acolhedoras, sustentadoras e carentes afetivamente. Elas se relacionavam com os filhos por meio do atendimento das necessidades concretas e não pelas afetivas, denotando exigência em relação aos filhos e ambigüidade em alguns comportamentos, como o permitir ou não a autonomia deles. Essa forma de relação com os filhos fazia com que a angústia aumentasse, além do sentimento de solidão e não pertencimento familiar ficar mais presente.

Posteriormente à análise das estórias, foi possível verificar as condições das funções do ego das crianças, de acordo com a proposta de Morval (1982) conforme ilustra a Tabela 6.

Tabela 6 – Relação entre os critérios das análises horizontal e vertical utilizadas na análise das funções do ego.

Análise horizontal e vertical	Análise das funções do ego
Análise Formal (atitude do sujeito, adaptação aos estímulos e às instruções, estórias)	Teste da realidade Processos de pensamento Regressão a serviço do ego Tolerância aos estímulos Autonomia de funcionamento Síntese e integração Maestria e competência
Heróis e atributos	Identidade
Condutas	Julgamento Regulação e controle Funcionamento defensivo
Conjunto	Relacionamentos interpessoais

Assim, as funções do ego das crianças foram classificadas em preservadas, comprometidas em grau leve, moderado ou severo, conforme descritas na Tabela 7.

Tabela 7 – Análise das funções do ego das cinco crianças, através das estórias do CAT-A, considerando o nível de funcionamento egóico: preservado (P), comprometido em grau leve (CL), comprometido em grau moderado (CM) ou severo (CS).

Funções do ego	Tiago	Antonio	Joaquim	Hugo	Marcelo
Teste da realidade	CL	CL	CL	CL	P
Julgamento	CL	CL	CL	CL	P
Identidade	P	P	P	CL	P
Regulação e controle	CL	CL	CL	CM	P
Relacionamentos interpessoais	CL	P	CL	CM	CL
Processos de pensamento	CL	CL	CL	CM	P
Regressão a serviço do ego	CL	CL	CM	CM	CL
Funcionamento defensivo	CL	CL	CL	CL	CM
Tolerância aos estímulos	CL	P	CL	CM	CL
Autonomia de funcionamento	CL	CL	CL	CM	P
Síntese e integração	CL	CL	CL	CM	P
Maestria e competência	CM	P	CL	CL	P

De acordo com a Tabela 7, pode-se notar que os sinais de hesitação e dificuldade para contar as estórias, recorrendo ao uso da descrição, oferecem indícios de leve

comprometimento na regressão a serviço do ego, por meio da dificuldade para relaxar, em brincar e criar, não tomando a tarefa de contar histórias com criatividade e imaginação.

A dificuldade em iniciar e relatar as histórias também remete a um leve comprometimento do processo de pensamento, na autonomia de funcionamento, na capacidade de síntese e integração e no teste da realidade. Além disso, as crianças se distraíam facilmente com qualquer estímulo externo, demorando para se concentrar na atividade proposta, o que sugere pouca capacidade para tolerar estimulações.

A maestria e competência também se mostraram com leve comprometimento, já que os heróis das histórias contadas nem sempre conseguiam satisfazer suas necessidades, ou buscavam a satisfação por meio de atitudes sem coordenação e sem controle em relação ao ambiente externo; dessa forma, usavam de *acting-out*. Esse modo de reagir não diminuía sua ansiedade, além de gerar culpa e um sentimento de incompetência, de insegurança e falta de controle na tomada de decisões, tornando saliente o sofrimento e o sentimento de solidão.

A identidade mostrou-se preservada, já que as crianças se identificaram com heróis masculinos das histórias, de idades semelhantes às delas, porém eram heróis com características predominantemente negativas.

A forma de reagir mais impulsiva e descoordenada, perante a busca de satisfação das necessidades, indica deficiência quanto à regulação dos afetos e controle das pulsões, além de prejudicar o contato e manutenção dos relacionamentos afetivos. Tal comprometimento também aparece em Marcelo, que apresentou um funcionamento defensivo rígido, baseado na racionalização e intelectualização. Conseqüentemente o juízo também se apresenta prejudicado, devido ao conflito entre as condutas e ao estilo descoordenado de ação.

Os relacionamentos interpessoais parecem estar levemente comprometidos, já que os ambientes social e físico foram vistos predominantemente de forma negativa, o que aumentava o sentimento de solidão das crianças. As figuras parentais não foram vistas como

aquelas que diminuía o sentimento de insegurança, mas sim com atitudes que reforçavam sua baixa auto-estima, o que sugere um prejuízo na expressão do self verdadeiro das crianças.

Como visto, a análise dos desenhos feitos por elas também apresentou indícios de dificuldade de integração entre os aspectos da realidade externa e interna, o ambiente externo existe, mas não é apropriado em seu mundo interno, não foi introjetado e identificado como parte desse mundo. Assim, as crianças passam a se relacionar com o ambiente de uma forma mais superficial, concreta, sem necessariamente usar, no sentido winnicottiano da palavra, o objeto, pois não há uma ligação pessoal com o mesmo, mas um simples ‘acoplamento’, uma superposição que elas fazem.

Nesse sentido, pode-se pensar que a única apropriação pessoal possível do mundo é em relação a algo concreto, como a ingestão de alimento, a fim de abrandar essa falta afetiva, já que as crianças sentem não poder contar com a família para ajudar no seu desenvolvimento, pois o ambiente familiar não supre as necessidades do self, nem exerce holding.

Após análise qualitativa dos dados obtidos através das técnicas do Desenho da Figura Humana e do Teste de Apercepção Temática, foi possível classificar a pré-estrutura de personalidade das crianças obesas em:

Tabela 8 – Pré-estrutura/organização da personalidade das crianças obesas

Crianças	Estrutura/organização de personalidade
Tiago	Neurótica (Obsessiva compulsiva)
Antônio	Neurótica (Obsessiva compulsiva)
Joaquim	Neurótica (Obsessiva compulsiva)
Hugo	Limítrofe
Marcelo	Neurótica (Obsessiva compulsiva)

Dessa forma, apesar do pouco cuidado afetivo oferecido pelas mães na fase de dependência, bem como a deficiência dos pais em suportar a agressividade e impulsividade

dos filhos, quatro deles apresentaram indícios de uma pré-estrutura de personalidade neurótica. Contudo, é importante lembrar que até a etapa da adolescência a estrutura de personalidade ainda está sendo definida (BERGERET, 1998).

4.3 Avaliação psicológica realizada com as mães

Conforme descrito anteriormente, as mães das crianças também passaram por avaliação psicológica, respondendo ao Teste do Desenho da Figura Humana e ao Teste de Apercepção Temática. A análise dessas técnicas está descrita a seguir.

As mães receberam os seguintes nomes fictícios: Irani (mãe de Tiago), Sueli (mãe de Antônio), Lúcia (mãe de Joaquim), Rosa (mãe de Hugo) e Noêmia (mãe de Marcelo).

4.3.1 Análise do DFH

Todas as mães colaboraram para a realização da atividade, porém, já no início da tarefa, elas reclamaram um pouco, dizendo não conseguir fazer os desenhos, demonstrando certa resistência à sua concretização (ANEXOS S, K, T, U, V).

Houve predomínio da identificação sexual com a figura feminina, já que três mães (Irani, Sueli, Rosa) desenharam-na em primeiro lugar. Contudo, essa figura foi vista como passiva frente à vida, às vezes infantilizada, como se crescer fosse muito perigoso, como no desenho feito por Noêmia (uma menina de quatro anos que está à espera de algo acontecer).

Os desenhos denotaram sinais de dificuldade no contato (mãos desproporcionais ou escondidas, pernas frágeis) e, de maneira geral, apresentaram indícios de sentimento de inferioridade, baixa auto-estima (ao ser perguntado sobre a melhor parte do corpo, Rosa responde: *“ai, nenhuma... a cabeça é complicada, sempre reclama; nenhuma, não tem*

utilidade”), sendo a figura feminina destituída de sexualidade (pouca diferenciação com a masculina) e de valor. Sueli, ao contrário, tentou se mostrar como ideal e perfeita, como a mãe e mulher que não comete erros e não se permite cometê-los (figura compensatória); conseqüentemente, o outro não pode reclamar de sua atuação (ao ser questionada sobre o que as pessoas dizem dela, responde: “*que não parece a idade que tem, que é muito amável, compreensiva no trabalho dela*”, e sobre o que mais detesta, ela diz: “*errar, eu detesto errar, não admito erros*”).

É interessante ressaltar os indícios de dificuldades nas relações interpessoais e restrição na expressão do self. Em duas mães (Irani e Rosa) o desenho feito pareceu ser formado por partes sobrepostas, como se estas estivessem acopladas, o que pode indicar maior dificuldade de integração.

A problemática presente em todas as mães pode ser considerada como a dificuldade de dominar os próprios impulsos, tentando controlá-los de maneira rígida, com subestima do corpo e dos impulsos vitais, o que pode ser observado pelo tamanho grande da cabeça (nos desenhos de Irani, Sueli e Lúcia). O pescoço fino e frágil denotou dificuldade de integração dos impulsos afetivos, como pode ser visto através do inquérito de Lúcia: “*a cabeça, não ajuda muito, não pensa muito*” (pior parte do corpo). Esse aspecto se insere no contexto de um conflito entre ideal de ego e id, como se aquilo que quisessem ser não correspondesse ao que os impulsos buscam.

Quanto ao contato com os impulsos sexuais, pode-se perceber que eles eram negligenciados: embora a figura masculina tenha sido vista como opressora, desvitalizada, sem afeto, havia pouca diferenciação dela com a figura feminina, indicando dificuldade em ver o outro como diferente de si.

O outro foi visto como necessário para suprir a dependência (relação anaclítica), mas também havia oscilações nessa posição, com tentativas de mantê-lo dependente e por perto, às

vezes até confundindo seu próprio desejo com o do outro: Lúcia, quando questionada sobre o que a figura feminina (sua filha) mais detesta, ela diz “*ela dormir cedo, eu não gosto*”. Essa confusão também aconteceu com Rosa e Noêmia, que representaram a figura masculina como sendo o próprio filho: ao serem questionadas sobre a melhor parte do corpo, as mães perguntavam se a delas próprias ou da figura desenhada. As outras duas mães (Irani e Sueli) também mostraram indícios de dificuldade em ver o outro como ele é realmente, e reconhecer suas necessidades e seus desejos, pois quando lhes foi perguntado sobre a quem a figura estaria mais ligada (ao pai ou à mãe), hesitaram e não souberam responder. Irani pareceu se afastar do contato, trazendo a informação de que, apesar de ser uma pessoa sem defeitos, a pior parte do corpo da figura masculina eram as mãos (“*porque tinha hora que as mãos... ia fazer agir com violência com minha mãe*”), demonstrando também certa dificuldade em controlar os impulsos.

4.3.2 Análise do TAT

Primeiramente foi realizada a análise horizontal e vertical das histórias contadas pelas mães, segundo referencial de análise proposto por Morval (1982). Para facilitar a compreensão das informações, estas foram colocadas em tabelas, que serão descritas a seguir.

Na Tabela 9 há descrição da análise formal de todas as histórias contadas pelas cinco mães, incluindo a atitude em relação à atividade, a adaptação aos estímulos e instruções e a lógica, coerência e clareza das histórias.

Tabela 9 – Análise formal das dez estórias contadas pelas mães no TAT, considerando a atitude frente à tarefa, a adaptação aos estímulos e instruções e a lógica, clareza e coerência.

MÃES	Atitude*		Adaptação				Estória	
	Cooperação	Não cooperação	Estímulo		Instruções		Lógica, clara e coerente	Ausência de lógica, clareza e coerência
			Sim	Não	Sim	Não		
Irani	3**	7	4	6	4	6	4	6
Sueli	6	4	5	5	8	2	8	2
Lúcia	4	6	4	6	4	6	4	6
Rosa	-	10	3	7	2	8	2	8
Noêmia	5	5	6	4	5	5	5	5
TOTAL	18	32	20	30	23	27	23	27

* A atitude foi considerada como Cooperação e Não Cooperação, esta última como sendo aquela em que há tendência à descrição da figura e sinais de hesitação.

** Os números representam a quantidade de estórias contadas pelas mães

De acordo com a Tabela 9, é possível verificar que, em sua maioria, as mães apresentaram uma atitude mais inibida, com baixo nível de autoconfiança, pouca autonomia ao reagir a uma situação nova e necessidade de encorajamento do outro para realizar a atividade proposta. Tais características podem ser demonstradas pela hesitação frente ao conteúdo de determinadas pranchas, como por exemplo: Irani (prancha 12F): “*Ichi, não sei como contar mais uma estória...*”; Rosa (prancha 2): “*Essa tá meio difícil, viu?*”; e também pela dificuldade em iniciar as estórias, conforme os exemplos: Lúcia (prancha 6MF): “*Ai que difícil, que que eu vou falar dessa daqui, meu Deus!*”; Irani (prancha 6MF): “*Nossa, Fernanda, não sei mais fazer estória não!*”; Sueli (prancha 13HF) “*Ai, meu senhor da Glória. Meu Deus, o que vou falar dessa daqui?*”.

Ainda em relação à análise formal, houve indícios de prejuízo na adaptação aos estímulos e às instruções, às vezes fazendo com que as mães percebessem os personagens de uma forma desvitalizada, como demonstração de sua dinâmica interna, conforme os exemplos: Rosa (prancha 2) “*Essa tá meio difícil, viu? Isso aqui é um deserto? Tá parecendo*

um deserto” e Irani (prancha 7MF); *“Aqui é uma criança ou uma moça com bebê no colo, parece uma boneca, com jeito de bebê”*; Lúcia (prancha 12F): *“quem que é esse homem com essa bruxa?”*; Sueli (prancha 7MF): *“Nossa, Fernanda, que que a menina tá segurando na mão? Será uma boneca, um gato?”*.

Outro índice do nível de adaptação das mães às instruções se refere à sequência normal de tempo (passado, presente e futuro), que em algumas estórias não ficou clara ou nem mesmo apareceu, principalmente devido à pouca criatividade e prejuízo da capacidade para desenvolver as idéias. Como, por exemplo, nos trechos das estórias de Lúcia (prancha 2): *“Um casebre antigamente, todos eram felizes, trabalhavam com carroças, com cavalo. Estudavam nas escolas de fazenda... trabalhavam na roça e eram todos felizes”* (ausência de presente e futuro); de Noêmia (prancha 2) *“Maria é uma linda moça, que mora em uma fazenda. Todos os dias ela vai ao colégio e quando volta fica observando o trabalho das pessoas. Maria também quer trabalhar e por isso se esforça para terminar logo os seus estudos. Ela é muito sonhadora. Só”* (ausência de passado).

Ainda de acordo com a Tabela 9, pode-se notar que as estórias contadas pelas mães, predominantemente, apresentaram pouca coerência, clareza e lógica, principalmente nas pranchas que evocavam conteúdo explicitamente sexual (13HF) e nas relações com as figuras paterna e materna (4, 6MF, 7MF, 12F), podendo indicar certa inibição intelectual. Como exemplos podem ser citados os seguintes trechos: Sueli (prancha 4): *“Não houve briga, não houve nada, porque não tô vendo nada aqui”*; Lúcia (prancha 6MF): *“Ai, que difícil, que que eu vou falar dessa daqui, meu Deus! (...) Maria era uma mulher sonhadora, então resolveu fazer uma surpresa para seu marido e tocar violino, piano, no dia do seu aniversário. Mas ele chegou e a pegou de surpresa. Tão grande foi o susto que Maria resolveu contar-lhe tudo e ele pediu desculpas que não sabia, mas estava feliz do mesmo jeito. Só”*.

Houve indícios de perturbações frente a determinadas pranchas, principalmente devido à hesitação, dificuldade em iniciar as histórias, falas de interlocução com o aplicador, necessidade de apoio, que estão distribuídas conforme a Tabela 10.

Tabela 10 – Reações de perturbação que as mães apresentaram perante as pranchas aplicadas do TAT.

MÃES	1	2	3MF	4	6MF	13HF	7MF	12F	16	17MF	TOTAL
Irani	-	X	X	X	X	X	X	-	X	X	8
Sueli	-	-	X	X	-	X	X	-	X	-	5
Lúcia	-	X	-	-	X	-	X	-	X	-	4
Rosa	-	X	X	X	X	X	-	X	X	X	8
Noêmia	-	X	X	-	X	X	-	-	X	-	5
TOTAL	-	4	4	3	4	4	3	1	5	2	30

De acordo com a Tabela 10, as perturbações também se relacionaram principalmente às pranchas que evocam conteúdos sexuais e referentes ao relacionamento com as figuras paterna e materna, sendo que muitas vezes as mães tentaram reprimir esses conteúdos ou não entrar em contato com eles: Lúcia (prancha 13HF) “*Júlia era uma mulher bonita e bela, mas seu marido era ciumento. Um dia ele viajou, chegou em casa, percebendo algo estranho, a matou por ciúmes. Sentia-se triste e chorou desesperadamente*”.

Também houve dificuldade com relação à temática de autonomia X dependência e relações familiares (prancha 2), demonstrando o receio das mães em se tornarem independentes do núcleo familiar e se sentirem autônomas, com controle da própria vida. Além disso, todas as mães apresentaram dificuldade na prancha 16 (branca), o que pode ser indício de dificuldade de abstração, de criar, imaginar e inventar uma história, sem partir de uma representação concreta na figura.

A Tabela 11 mostra os heróis das histórias contadas, bem como seus atributos, considerando se foram predominantemente positivos ou negativos.

Tabela 11 – Heróis das histórias contadas pelas mães das crianças, e características atribuídas a eles (predominantemente positivas ou negativas).

MÃES	HERÓIS				ATRIBUTOS	
	Criança		Adulto		Positivos	Negativos
	F*	M**	F	M		
Irani		1***	9	-	4	6
Sueli		1	8	1	8	2
Lúcia		1	8	1	4	6
Rosa		1	9	-	2	8
Noêmia		1	8	1	3	7
TOTAL		5	42	3	21	29

* F = feminino

** M = masculino

*** Os números representam a quantidade de histórias contadas

De acordo com a Tabela 11, pode-se perceber que as mães se identificaram com heróis femininos de idades semelhantes às delas. Contudo, elas atribuíram predominantemente características negativas (29), apesar de muitas positivas (21), demonstrando baixa auto-estima, sentimento de insegurança, isolamento e rejeição, associados à crença de inutilidade e desvitalização perante o outro. Como exemplo podem ser citados os seguintes trechos: Irani (prancha 7MF) “*Deixa ela um pouco assustada, crescer, conhecer outras pessoas, deixar a boneca que ela gosta de brincar...* [o que a mulher pensa, sente?] (silêncio, não responde)”; Irani (prancha 3MF) “*Essa parece uma mulher que chora, que tá sentindo uma grande dor, por alguma perda, ou por uma coisa que ela tentou e não conseguiu fazer*”; Rosa (prancha 2) “*A moça parece que não tem com quem conversar, o moço tá de costas, a mulher não conversa com ela, não olha pra ela*” e Rosa (prancha 13HF) “*a mulher tá esborrachada, sem ânimo*”.

Rosa chegou a se envolver tanto com algumas histórias que passou a contá-las na primeira pessoa, sugerindo uma falta de distanciamento em relação ao estímulo, uma certa

indiferenciação entre o eu o ‘não-eu’: (prancha 3MF) “*Essa estória parece muito comigo (de repente começa a chorar), às vezes eu nem choro, por causa das crianças, eu guardo pra mim, fico angustiada*”; (prancha 7MF) “*eu fico muito em cima dos meninos, eu fico preocupada (...) minha mãe também não dava carinho pra nós... até hoje ela é assim*”. Na prancha 16, quatro das mães contaram estórias relativas à própria experiência de vida, como se algo mais próximo facilitasse o que iam contar, sem precisar imaginar tanto: “*Difícil olhar para o espelho e falar de mim mesma*” (Irani); “*Posso contar uma estória da minha vida?*” (Rosa); “*Num quarto pequeno encontro a minha cama, é que eu estou bem cansada*” (Noêmia).

A Tabela 12 expõe as necessidades apresentadas pelos heróis das estórias contadas pelas mães.

Tabela 12 – Apresentação das necessidades dos heróis das dez estórias contadas pelas mães das crianças*

NECESSIDADES	Irani	Sueli	Lúcia	Rosa	Noêmia	TOTAL
Afiliação associativa	1	-	1	-	-	2
Afiliação emocional	5	3	5	6	5	24
Agressão física anti-social	-	-	-	-	1	1
Agressão verbal	-	1	-	-	-	1
Autonomia	-	-	1	-	1	2
Conhecimento	5	2	-	-	2	9
Deferência	-	1	-	-	1	2
Divertimento	-	-	-	-	1	1
Dominância coercitiva	-	-	-	1	-	1
Evitar a culpa	-	-	-	-	1	1
Exposição	-	1	-	-	-	1
Passividade	-	1	1	1	2	5
Proteção exercida	1	3	3	-	3	10
Proteção reclamada	5	-	4	2	3	14
Realização	2	1	1	1	-	5
Reconhecimento	1	3	2	-	2	8
Sexo	-	1	-	-	-	1

* O herói de cada estória pode apresentar mais de uma necessidade

Dentre as necessidades dos heróis, observando a Tabela 12, pode-se perceber que as mais predominantes foram as de afiliação emocional, proteção reclamada e proteção exercida, indicando o quanto as mães precisam da ligação com o outro indivíduo e o quanto são dependentes dele. Essa dependência é complementada pela quarta necessidade mais freqüente, a de conhecimento, que adquire a conotação, nas mães, de luta para obter sabedoria, com a intenção de protegerem o outro e mantê-lo perto de si. Essas necessidades podem ser demonstradas através dos trechos das histórias:

- Irani (prancha 6MF): afiliação emocional *“Acho que aqui ele tá pedindo ela em casamento, o namorado que chega de surpresa pra namorada”*;
- Irani (prancha 12F): proteção reclamada *“Aqui uma jovem... que tem dúvidas de algumas coisas da vida, que não sabe bem como resolver, que sai à procura de ajuda”*;
- Noêmia (prancha 3MF): proteção exercida *“Ela vive em uma casa simples e cuida de seus pais já idosos. A vida é difícil pra ela (...) Ela gostaria de ter melhores condições para poder ajudá-los”*;
- Noêmia (prancha 2): conhecimento: *“Tá parecendo uma filha que tem vontade de estudar, mas ao mesmo tempo tem preocupação com os pais que ficam trabalhando embaixo do sol quente (...) e alegria com diploma na mão, que pode tirar os pais dessa luta de roças, dar um conforto, uma vida melhor”*.

Às vezes, os heróis deixavam de satisfazer as próprias vontades por medo de perder o outro; conseqüentemente, demonstravam atitudes que acreditavam que pudesse manter o outro perto de si, como nos trechos: *“Maria gostaria de ter mais atenção e de poder contar mais com seu parceiro. Pra não brigar, Maria aceita todas as atitudes de João”* (Noêmia, prancha 4).

Nas histórias contadas por Sueli, algumas necessidades apareceram como contraditórias, como de afiliação emocional X sexo, como se alcançar uma pudesse levar à exclusão de outra: *“Com o passar do tempo, Ana foi se envolvendo cada vez mais com o rapaz. Até que um dia, vamos dizer assim, apaixonada demais, perdeu-se. O pai de Ana, ao saber disso a colocou pra fora de casa”* (prancha 3MF).

A Tabela 13 mostra as condutas adotadas pelos heróis, considerando seu nível evolutivo (instintiva ou de aprendizagem social), performance (afetiva, suspensiva, preparatória, consumativa ou fictícia) e seu estilo (iniciativa/passividade, impulsividade/controle, força/fraqueza, coordenação/descoordenação, tenacidade/labilidade, plasticidade/rigidez). Cada história pode apresentar mais de uma conduta.

Tabela 13 – Condutas apresentadas pelos heróis das histórias contadas pelas mães.

CONDUTAS		Irani	Sueli	Lúcia	Rosa	Noêmia	TOTAL
Nível evolutivo	Instintiva	2	1	2	5	1	11
	Aprendizagem social	10	10	9	10	10	49
Nível de performance	Afetiva	3	-	1	5	4	13
	Suspensiva	4	2	-	-	4	10
	Preparatória	-	-	1	5	4	10
	Consumativa	3	8	5	-	2	18
Estilo da conduta	Fictícia	1	1	2	-	-	4
	Iniciativa	2	8	2	-	2	14
	Passividade	7	1	2	7	5	22
	Impulsividade	-	1	5	1	1	8
	Controle	2	1	2	-	2	7
	Força	2	7	3	-	3	15
	Fraqueza	4	2	2	9	2	19
	Coordenação	1	7	2	-	2	12
	Descoordenação	2	2	4	4	2	14
	Tenacidade	-	2	1	-	2	5
	Labilidade	-	-	-	-	-	-
	Plasticidade	-	-	-	-	-	-
	Rigidez	-	6	4	-	4	14

Por meio da Tabela 13 é possível notar que houve intenso predomínio de condutas de aprendizagem social em detrimento das instintivas, levando a supor um controle excessivo por parte das mães em demonstrar livremente suas emoções.

De maneira geral, as histórias contadas pelas mães apresentaram heróis com condutas afetivas e suspensivas (23), sendo, em sua maioria, consideradas condutas de passividade, fraqueza, descoordenação e rigidez. Quando conseguiam satisfazer suas necessidades (condutas consumativas) os heróis agiam de uma forma muito impulsiva, demonstrando insuficiência de recursos secundários, como pode ser observado nos trechos: Lúcia (prancha 3MF) *“Essa moça tá triste, chorando porque seu marido te bateu, porque diz que vai sair sozinha para ir às compras. Entrou em seu quarto chorando, abriu a porta, pensou ali o que estava havendo. Pegou suas coisas, foi embora para casa dos pais e nunca mais retornou. Só”*; Noêmia (prancha 6MF) *“Carlos é um homem muito ciumento. Certa vez ele chegou em casa e encontrou sua esposa com outro (risos). O homem escapou, mas ele ficou tão revoltado que sufocou sua esposa. Depois ficou desesperado com o que tinha feito. Agora ela já não estava mais com ele”*.

Com referência à relação que os heróis tinham com o ambiente, a Tabela 14 apresenta a caracterização do conjunto que os envolve, físico e social, além das características predominantes neles.

Tabela 14 – Conjunto físico e social que fazem parte do contexto dos heróis das histórias contadas pelas mães.

MÃES	FÍSICO			SOCIAL		
	Positivo	Negativo	Ambivalente	Positivo	Negativo	Ausente
Irani	3	4	3	8	1	1
Sueli	4	6	-	5	4	1
Lúcia	4	5	1	3	7	-
Rosa	1	9	-	-	9	1
Noêmia	2	7	1	4	4	2
TOTAL	14	31	5	20	25	5

Em relação à Tabela 14, é possível perceber que o conjunto social foi principalmente reconhecido com características negativas, indicando figuras que geralmente prejudicam a satisfação das necessidades dos heróis. De forma mais específica, a figura materna foi vista tanto como ambivalente, que ora apóia ora agride, como uma figura que não consegue desempenhar seu papel de mãe, não chegando a suprir a dependência, o que leva a uma lacuna no desenvolvimento emocional. Como exemplos:

- Rosa (prancha 7MF): *“ela sentou perto da mãe, ela tava lendo um livro e não deu muita confiança, ela tava lendo, a filha sentou do lado, mostra que ela não deu muita atenção”*;
- Rosa (prancha 12F): *“A mulher parece que tá pensando que que ela vai fazer, e a que tá atrás tá esperando para ver o que que ela vai fazer e aí pra falar: ‘ah, o que é que você vai fazer?’ E o nome que eu dou é “Perseguição”*”;
- Noêmia (prancha 7MF): *“Joana é uma boa mãe. Ela gosta muito de estar com seus filhos... Ela tem cinco filhos e para poder ajudar a mais velha, nos seus estudos, entrega o bebê no colo da menina e vai lendo com ela. Nem sempre sua filha quer ouvir sua mãe. Ela gostaria de estar bem longe dali, e poder brincar com as outras crianças. Mas todos os dias, Joana faz com que ela fique horas ouvindo seus ensinamentos”*.

A figura paterna também foi vista como não suficientemente boa, já que tem como função principal punir e castrar, como pode ser visto no trecho da estória contada por Sueli (prancha 3MF): *“Com o passar do tempo, Ana foi se envolvendo cada vez mais com o rapaz. Até que um dia, vamos dizer assim, apaixonada demais, perdeu-se. O pai de Ana, ao saber disso a colocou para fora de casa. Acho que é isso. [o que Ana sentiu?] Muita tristeza, saiu chorando. O peso do erro, vamos dizer assim”*. O sentimento de ódio despertado por essa figura em alguns casos foi submetido à defesa da formação reativa, de modo a mantê-lo perto

de si: Noêmia (prancha 6MF) *“Rosana é uma excelente filha. Ela sempre está pronta para ajudar seu pai, que é um advogado famoso. Rosana se preocupa com a saúde do pai e gostaria muito que ele largasse de fumar (...) ela ouve muitos conselhos de seu pai e está sempre atenta a tudo que ele diz. É só”*.

A figura do sexo oposto foi vista como apresentando características negativas para quatro das cinco mães (por Rosa essa figura foi tida como ambivalente), geralmente destituída de qualidade mais amorosa:

- Lúcia (prancha 3MF) *“Essa moça tá triste, chorando porque seu marido te bateu, porque diz que vai sair sozinha para ir às compras. Entrou em seu quarto chorando, abriu a porta, pensou ali o que estava havendo”*;
- Lúcia (prancha 13HF) *“Júlia era uma mulher bonita e bela, mas seu marido era ciumento. Um dia ele viajou, chegou em casa, percebendo algo estranho, a matou por ciúmes. Sentia-se triste e chorou desesperadamente. Pegou seus livros, fugindo assim para outro país e nunca mais retornou”*;
- Noêmia (prancha 4) *“João e Maria se conheceram há muitos anos. Maria sempre foi muito apaixonada por ele. E João está sempre preocupado com seus negócios. Maria gostaria de ter mais atenção e de poder contar mais com seu parceiro”*;
- Noêmia (prancha 13HF) *“Carlos é um homem muito ciumento. Certa vez ele chegou em casa e encontrou sua esposa com outro (risos). O homem escapou, mas ele ficou tão revoltado que sufocou sua esposa”*.

O conjunto físico foi visto predominantemente com características negativas, denotando que as mães percebem o mundo exterior como muito ameaçador e cheio de obstáculos, prejudicando a satisfação de suas necessidades. Como no trecho da seguinte estória: Noêmia (prancha 3MF) *“Ela vive em uma casa simples e cuida de seus pais já idosos.*

A vida é difícil para ela, por isso passa por muitas privações, muitas vezes chora escondido dos seus familiares”.

A Tabela 15 apresenta o tipo de desfecho das estórias, considerando-o como sucesso (voluntário / involuntário, total / parcial), fracasso (voluntário / involuntário, total / parcial), ambivalente, provável, contraditório ou ausente.

Tabela 15 – Representação dos tipos de desfechos das estórias contadas pelas mães.

DESFECHO												
MÃES	Sucesso				Fracasso				Ambi- valente	Pro- vável	Contra- ditório	Au- sente
	V*		I**		V		I					
	P***	T****	P	T	P	T	P	T				
Irani	2	-	-	2	-	-	-	-	-	2	1	3
Sueli	-	2	-	-	-	1	-	2	1	1	-	3
Lúcia	-	5	-	1	1	-	-	1	-	-	-	2
Rosa	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	7
Noêmia	1	1	-	1	-	1	-	1	-	1	-	4
TOTAL	3	8	-	4	1	3	-	6	1	4	1	19

* V = voluntário

** I = involuntário

*** P = parcial

**** T = total

Considerando a Tabela 15 é possível notar que, nas estórias contadas pelas mães, houve predomínio de ausência de desfecho, indicando relutância em falar do futuro e também aprisionamento no conflito, sem conseguir resolvê-lo:

- Sueli (prancha 4): *“Raquel e Fernando eram casados há dez anos, não tinham filhos, mas se relacionavam muito bem no casamento. Até que um dia Raquel começou a notar uma certa indiferença em Fernando, esperando que ele, com o tempo, né?, contasse o que estava acontecendo. Ficou aguardando. Mas Fernando não se decidia a falar e cada vez mais distante e distraído foi se afastando de Raquel. Certo dia, sem agüentar mais esta situação, Raquel o interrogou sobre esses problemas e ele, muito irritado, levantou-se dizendo que nada estava*

acontecendo, que aquilo era só sua imaginação. Mas, Raquel, muito preocupada continuou notando a indiferença do marido, achando que talvez pudesse haver uma outra pessoa, por causa da mulher ali atrás (aponta para a figura), não tem nada a ver com a estória, mas tem uma mulher na figura. Termina aí a estória”;

- Lúcia (prancha 2): *“Um casebre antigamente, todos eram felizes, trabalhavam com carroças, com cavalo. Estudavam nas escolas de fazenda (...) Trabalhavam na roça e eram todos felizes. [acontecia alguma coisa?] (...) ai, doutora, não sei, a cabeça não funciona, começa a doer”;*
- Rosa (prancha 4): *“Isso aqui é, esse casal aqui eles já se gostaram e acho que o homem tá tentando sair e a mulher quer conversar com ele e ele tá fugindo do assunto. Um casal sem diálogo (risos)... Ele tem um jeito de ser durão, ela tem um jeito de ser mais amorosa, ele é mais durão. Só.”;*
- Irani (prancha 17MF): *“Cada um procura ser feliz à sua maneira, com aquilo que tem e possui (...) acho que ela tenta sempre ser feliz. (...) acho que às vezes ela consegue, às vezes não, depende do que ela procura, do que acredita, de como é a labuta ou do que busca. [e ao final da estória?] (...) eu acho que ela continua pensando, vai ficar um bom tempo aqui, pensando”.*

Quando havia desfecho, os sucessos predominaram sobre os fracassos, sendo, em sua maioria, sucessos voluntários totais. Contudo, as ações que levavam a esse sucesso foram ações mais fictícias, às vezes descoordenadas, geralmente impulsivas, como pode ser visto nos trechos:

- Lúcia (prancha 3MF): *“Essa moça tá triste, chorando porque seu marido te bateu, porque diz que vai sair sozinha para ir às compras. Entrou em seu quarto chorando, abriu a porta, pensou ali o que estava havendo. Pegou suas coisas, foi embora para casa dos pais e nunca mais retornou”;*

- Lúcia (prancha 4): *“Era uma vez uma moça que sonhava em casar com um moço loiro, dos olhos verdes. (...) Mas não sabia que esse moço era o seu primo. Então decidiram fugir e casaram-se bem longe e foram felizes para sempre”*;
- Noêmia (prancha 13HF): *“Carlos é um homem muito ciumento. Certa vez ele chegou em casa e encontrou sua esposa com outro (risos). O homem escapou, mas ele ficou tão revoltado que sufocou sua esposa. Depois ficou desesperado com o que tinha feito. Agora ela já não estava mais com ele”*.

A partir da análise horizontal e vertical das histórias pode-se afirmar que as mães apresentaram boa participação e, na medida do possível, colaboraram ao fazer a atividade.

Contudo, demonstraram prejuízo em relação à manifestação de sua criatividade, expressão de suas idéias, criação de algo novo, bem como prejuízo quanto aos relacionamentos com as figuras parentais e com o sexo oposto.

Além disso, houve indícios de dependência em relação ao outro e temor de se tornar independente, como se tal fato pudesse causar a perda do objeto amado. De forma geral, não conseguiam solucionar seus conflitos, o que gerava maior angústia e baixa auto-estima.

A análise horizontal e vertical das histórias contadas no TAT permitiu verificar as funções do ego das mães, de acordo com a proposta de Morval (1982), conforme ilustra a Tabela 16.

Tabela 16 – Nível de funcionamento das funções egóicas das mães das crianças obesas.

Funções egóicas	Irani	Sueli	Lúcia	Rosa	Noêmia
Teste da realidade	CM***	P*	CL**	CL	CL
Julgamento	P	P	P	CL	P
Identidade	CM	P	CL	CL	CL
Regulação e controle	CL	P	CL	CM	CL
Relacionamentos interpessoais	CL	CL	CL	CL	CL
Processos de pensamento	CL	CL	CL	CL	CL
Regressão a serviço do ego	CM	CL	CL	CM	CL
Funcionamento defensivo	CL	CL	CL	CL	CL
Tolerância aos estímulos	CL	P	CM	CL	CL
Autonomia de funcionamento	CL	CL	CL	CL	CL
Síntese e integração	CM	CL	CL	CL	CL
Maestria e competência	CL	CL	CL	CL	CL

* P = preservada

** CL = comprometimento em grau leve

*** CM = comprometimento em grau moderado

**** CS = comprometimento em grau severo

Quatro das mães (exceto Sueli) apresentaram comprometimento leve ou moderado em perceber a realidade tal como ela é, sugerindo certa confusão entre estímulos internos e externos, chegando até a confundir sua própria história com aquela que estavam contando.

Já Sueli apresentou preservação do teste da realidade e tentou localizar o tempo nas histórias, buscando contá-las com presente, passado e futuro. Paralelamente os heróis foram descritos como figuras idealizadas, muito inteligentes, capazes intelectualmente, mas desprovidos de afeto, sugerindo um ideal de ego rigoroso e exigente, demonstrando, assim, um possível prejuízo da percepção da realidade interna.

Em algumas mães apareceu o funcionamento da defesa do falso self, em especial em Irani, Rosa e Noêmia, que mostraram alto nível de exigência consigo mesmas, exigências bem distantes da realidade, e ainda sentimentos de inutilidade, futilidade e desvalorização,

parecendo não se apropriarem de seu verdadeiro self, distanciando-se de suas características reais e de sua espontaneidade.

Ao mostrarem dificuldade em dar desfecho às histórias, deixando um final ausente, as mães evidenciaram certo comprometimento na capacidade de manejar o ambiente para satisfazer suas próprias necessidades, apresentando as funções de maestria e competência levemente comprometidas.

Os processos de pensamento e a autonomia de funcionamento também se mostraram levemente comprometidos (em todas as mães), o que é demonstrado pela dificuldade em iniciar determinadas histórias e apresentar uma sequência, decorrente de perturbações afetivas.

A tolerância aos estímulos também se mostrou com leve comprometimento, principalmente quando os conteúdos das pranchas evocavam temáticas causadoras de certo desconforto e conflito. Nesse sentido, à exceção de Sueli, que apresentou essa função preservada, as outras mães pareciam facilmente perder a concentração na tarefa.

Apesar de o julgamento estar predominantemente preservado, a regulação e o controle das pulsões, afetos e necessidades se mostraram comprometidas, exceto em Sueli. Além disso, estas mães demonstraram a necessidade do auxílio vindo do outro, precisando também da aprovação dele para se sentirem felizes e realizadas (relação de objeto anaclítica). Apesar da dependência em relação ao outro, o relacionamento interpessoal se mostrou apenas levemente comprometido em todas as mães.

A dificuldade para criar, imaginar histórias parece advir de uma lacuna quanto à dependência não suprida pela figura materna dessas mães, o que denota prejuízo em sua possibilidade de existir de forma verdadeira e pessoal no mundo. Nesses termos, todas as mães demonstraram comprometimento na função de regressão a serviço do ego, ilustrado pelas dificuldades em dar início às histórias, em manter a coerência e em abstrair, saindo do concreto e da simples descrição das figuras. Geralmente as histórias continham detalhes

empobrecidos, eram rígidas demais e tendiam à descrição dos personagens, o que denota dificuldade em relaxar, em brincar, recorrendo ao plano racional, em detrimento dos sentimentos e conteúdos afetivos dos personagens.

Após análise dos dados obtidos através das técnicas do Desenho da Figura Humana e do Teste de Apercepção Temática, foi possível caracterizar a estrutura de personalidade das mães das crianças obesas em:

Tabela 17: Estrutura/organização da personalidade das mães das crianças obesas

Mães	Estrutura/organização de personalidade
Irani	Borderline
Sueli	Neurótica (Obsessiva compulsiva)
Lúcia	Borderline
Rosa	Borderline
Noêmia	Borderline

Dessa forma, a maioria das mães com organização borderline apresenta, segundo a teoria proposta por Bergeret (1998), nível de desenvolvimento libidinal predominantemente na fase oral (o Édipo foi saltado), a relação com o objeto é de dependência anaclítica e a angústia se refere à perda desse objeto. O conflito predominante se localiza entre o ideal de ego e o id, e o ideal de ego e a realidade, sentindo-se incapazes de se expressar verdadeiramente, havendo incompatibilidade entre aquilo que acreditam que seria correto ser, com aquilo que são.

Com exceção da projeção, as principais defesas apresentadas foram de natureza neurótica: racionalização, formação reativa, anulação, deslocamento. Quando essas defesas não se mostravam suficientes para controlar os impulsos afetivos, as mães recorriam ao uso da negação, repressão e isolamento.

Entre as mães consideradas com organização borderline, foi possível notar funcionamento falso self em três delas (exceto em Lúcia), expresso no sentimento de desvitalização, futilidade e inutilidade em sua função de mulher e mãe.

Com base nas características das estórias e na análise dos desenhos, é possível hipotetizar que as mães não tiveram suas necessidades de dependência supridas pelas próprias figuras parentais, o que poderia acarretar prejuízos, por parte delas, no atendimento à dependência de seus filhos.

Os conflitos predominantes pareceram estar relacionados à integração dos afetos, particularmente aqueles relativos à própria sexualidade e à relação com as figuras parentais.

A falta de espontaneidade, manifestada na dificuldade para regredir e brincar, pode levar a uma falta de energia para realizar determinadas atividades e a um sentimento de estagnação perante o mundo. Com isso, elas passam a viver uma vida sem estilo pessoal, seguindo algumas regras e normas para se sentirem mais adaptadas e aceitas, porém sem incorporá-las e transformá-las conforme seus desejos e necessidades. Assim, não conseguem se mostrar realmente como são, ora sentindo-se inferiores e pouco valorizadas, ora mostrando-se ideais e perfeitas demais, sem dar espaço para cometer erros. Essa dificuldade em se ver e perceber como realmente são, em serem espontâneas, prejudica os relacionamentos pessoais, particularmente os sexuais, já que o outro é visto predominantemente como necessário para satisfazer a dependência e suprir a carência que elas demonstram.

Em outras palavras, a figura masculina é tida como necessária para a satisfação do desejo infantil, mas não dos desejos sexuais. Como não se vêem de uma forma integrada e não têm suas necessidades supridas, também não conseguem satisfazer as necessidades do outro, não suprimo sua dependência para que alcancem autonomia. Isso se deve ao fato de que a deficiência afetiva (de dependência) leva a um bloqueio da doação de si, procurando

reter o outro para perto de si a qualquer custo, ao invés de permitir a expressão da continuidade de seu ser pessoal.

4.4 Avaliação psicológica realizada com os pais

Os pais das crianças realizaram o Teste do Desenho da Figura Humana e o Teste de Apercepção Temática. Eles receberam os nomes fictícios de Paulo (pai de Tiago), Fernando (pai de Antônio), Márcio (pai de Joaquim), João (pai de Hugo) e Carlos (pai de Marcelo).

4.4.1 Análise do DFH

Inicialmente os pais reclamaram um pouco, afirmando que não gostavam muito de desenhar e também não sabiam como fazê-lo (como João e Carlos, que dizem, logo no início da tarefa: *“sou péssimo para desenho, mas vou tentar”*). Apesar disso, cumpriram a atividade até o final, com boa colaboração e participação.

Todos desenharam a figura masculina em primeiro lugar (ANEXOS W, M, X, Y, Z), indicando identificação com o próprio sexo. De forma geral, essa figura foi feita com características idealizadas, voltadas para o bem da humanidade, indicando um ideal de ego com exigências irrealistas que eles buscariam atingir, sendo que Fernando fez a figura de Jesus Cristo. Três dos pais escolheram o rosto representando a melhor parte do corpo (Paulo, Márcio e João), e, ao falarem da pior parte, havia maior abstração, algo genérico (como maldade), sem especificar. Como por exemplo, no inquérito, quando perguntado sobre a melhor parte do corpo da figura feminina, Paulo diz: *“o rosto também, porque o rosto ainda expressa uma feição de verdade, de honestidade, de carinho”*; e Carlos, quando questionado sobre a melhor parte do corpo da figura masculina: *“acho que são os olhos, porque são os*

olhos que dá luz, dá visão, é a parte mais importante”. Ou ainda, Fernando, ao ser questionado sobre a pior parte do corpo da figura feminina diz: *“pior parte? É... se torna o julgamento, porque muitas vezes não consegue almejar o seu objetivo e acaba julgando as pessoas”*; ou ainda na fala de Márcio: *“a pior parte é a tristeza dela, porque ela fica triste com pouca coisa, às vezes quer, não dá”*.

Como defesas contra as pulsões agressivas e sexuais, havia o uso da racionalização e intelectualização (representação da cabeça com tamanho grande e ênfase nessa parte do corpo), mas quando elas se mostravam ineficazes, eles recorriam ao uso da repressão (pescoços finos e frágeis e desenhos estáticos, sem dinamismo, como no caso de João, que representou duas fotografias; ou no caso de Carlos, que afirma que a figura masculina *“está observando eu desenhar ela”*).

A figura feminina foi vista como aquela que comanda (Carlos desenhou a figura feminina como matrona), ou como aquela que protege (Maria, mãe de Jesus, desenhada por Fernando). De forma geral, essa figura foi representada destituída de conotação sexual, chegando a aparecer de maneira infantilizada (criança de quatro anos, feita por Márcio).

Dos desenhos realizados, é importante destacar o de João, já que ele o fez com falta de dinamismo (representado como uma fotografia), desvitalizado e somente com a cabeça (inflação da mente em detrimento do corpo), características passíveis de indicar uma inflação da mente em relação ao psique-soma.

De maneira geral, a identidade mostrou-se preservada no sentido de integração da personalidade, embora a atribuição de características ideais a serem atingidas comprometesse uma percepção mais realista de si mesmo e do outro.

4.4.2 Análise do TAT

Primeiramente foi realizada a análise horizontal e vertical das histórias contadas pelos pais, segundo referencial proposto por Morval (1982).

Na Tabela 18 há representação das atitudes que os pais tiveram ao realizar a atividade, sua adaptação aos estímulos e instruções e presença ou não de lógica, clareza e coerência das histórias, que compõem a análise formal.

Tabela 18 – Análise formal das dez histórias contadas pelos pais no TAT, considerando a atitude frente à tarefa, a adaptação aos estímulos e instruções e a lógica, clareza e coerência das histórias.

PAIS	Atitude*		Adaptação				História	
	Cooperação	Não Cooperação	Estímulo		Instruções		Lógica, clara e coerente	Ausência de lógica, clareza e coerência
			Sim	Não	Sim	Não		
Paulo	6**	4	4	6	9	1	5	5
Fernando	6	4	6	4	6	4	6	4
Márcio	6	4	5	5	10	-	4	6
João	4	6	5	5	10	-	7	3
Carlos	4	6	3	7	3	7	3	7
TOTAL	26	24	23	27	38	12	25	25

* A atitude foi considerada como Cooperação e Não Cooperação, esta última como sendo aquela em que há tendência à descrição da figura e sinais de hesitação.

** Os números representam a quantidade de histórias contadas pelos pais

De acordo com a Tabela 18 é possível verificar que, em sua maioria, os pais apresentaram uma atitude de colaboração. Contudo, houve várias tendências à descrição das pranchas ao invés de elaboração das histórias, como no caso de Carlos (prancha 2): “*Essa figura aqui é uma fazenda, tem um agricultor preparando a terra para plantar. No fundo tem um lago, parece um lago, e tem um depósito que deve ser um armazém de cereais. Tem muita coisa aqui*”.

Outras reações à atividade foram alto tempo de latência (como no caso de João, que chegou a 3 minutos e 30 segundos na prancha 16), pedido de auxílio ao examinador para nortear a estória, como na prancha 7RH, em que Carlos diz: *“Essa vai ser a mais curta, que só tem dois personagens... se quiser perguntar algo...”*, dificuldade para imaginar estórias, inventar, criar, passando a descrever as figuras. Exemplos dessas últimas dificuldades são descritas abaixo:

- Paulo (prancha 16): *“Essa não tem nada, a mais difícil...”*;
- Fernando (prancha 16): *“Essa deu branco (risos)”*;
- Márcio (prancha 12H): *“Ai, tá difícil contar estória”*;
- João (prancha 2): *“Isso aqui tá parecendo uma fazenda, que é isso?”*; (prancha 16) *“Ichi, essa aqui tá em branco, essa aqui complicou... o que eu posso imaginar aqui? Aí complicou...”*;
- Carlos (prancha 4): *“Meu Deus, o que é isso?”*; (prancha 16) *“(risos) Não tem nada aqui”*.

Quanto à adaptação aos estímulos, um pouco mais da metade das estórias apresentou alguns sinais de omissão de detalhes importantes e algumas distorções, fazendo com que essa adaptação se mostrasse um pouco prejudicada, como pode ser visto nos trechos: Paulo (prancha 13HF) *“A figura que tá deitada ali parece mulher, o que me veio na mente foi o acontecimento da morte do meu pai”*; Carlos (prancha 1) *“Aparentemente parece um livro, um caderno, uma coisa, ao mesmo tempo parece uma fotografia. É isso aí”*. Fernando, Márcio e João apresentaram distorção perceptiva ao ver a prancha 3RH, percebendo, no lugar da figura masculina, uma figura feminina, como demonstrado, respectivamente, pelos trechos: *“Dulce era uma pessoa muito sozinha. Vivia muito deprimente”*; *“Esse aqui é um homem ou uma mulher?”*; *“Em 1986... é... uma adolescente se chamava Paula”*; e também Carlos na prancha 1: *“Parece que tem um objeto aqui no chão, que eu não consigo identificar. Não sei*

se é objeto ou se é do piso aqui”: nesse último caso ele percebe o objeto no chão, mas nega seu significado.

A maior parte das estórias continha passado, presente e futuro inclusos no relato, indicando adaptação dos pais às instruções, e apenas algumas delas não apresentaram essa seqüência temporal. Como exemplo, na prancha 12H Carlos conta: *“Bom, aqui tem um jovem na cama com o senhor do lado, fazendo um sinal, tipo, como se estivesse abençoando, benzendo. E mesmo em volta desse senhor parece que tem uma luz. (...) Não tô vendo mais nada aqui, uma que ele tá de costas e o outro tá de olho fechado. Como te disse, os olhos são tudo na vida, não pode faltar”*.

Metade das estórias apresentou riqueza de detalhes, coerência, clareza e lógica, indicando capacidade de análise e síntese. Contudo, em vários momentos esses aspectos se mostraram prejudicados, o que pode ser visto pela pouca elaboração das estórias, com uso mínimo de detalhes: Carlos (prancha 16) *“Não tem nada aqui. Bom, uma folha em branco tem vários significados. Branco é uma cor que simboliza paz, branco é a cor que eu mais gosto de usar, camisa branca. O branco tem uma força espiritual mais forte, branco dá para fazer muitas coisas, pintura, desenho, você pode utilizar. Deu? O branco ele tem uma infinidade, ele é o infinito, não tem começo, não tem fim”*.

As estórias em que houve pouca clareza, coerência e lógica referiam-se a pranchas que evocavam conteúdo mais depressivo (prancha 3RH), a imagem ideal de si (prancha 16), problemática sexual (prancha 04) e relação com a figura parental (prancha 12H). Essas reações de embaraço podem ser vistas na Tabela 19.

Tabela 19 – Reações de perturbação que os pais apresentaram diante das pranchas aplicadas do TAT.

PAIS	1	2	3RH	4	6RH	13HF	7RH	12H	16	17RH	TOTAL
Paulo	-	-	X	X	X	-	-	X	X	-	5
Fernando	-	-	X	X	-	-	-	X	X	-	4
Márcio	-	-	X	-	-	-	X	X	-	-	3
João	X	X	X	X	-	X	X	-	X	-	7
Carlos	X	X	X	-	-	X	-	-	X	-	5
TOTAL	2	2	5	3	1	2	2	3	4	-	24

* As reações consideradas foram: hesitação, dificuldade em iniciar as estórias, falas de interlocução com o aplicador (demonstrando precisar do seu apoio), estórias contadas muito rapidamente, estórias vagas, troca de gênero dos personagens, alto tempo de latência, omissão de partes da figura.

Com relação à prancha 3RH, as perturbações parecem demonstrar uma tentativa de não entrar em contato com a própria depressão e agressividade, com a tristeza e a mágoa, fazendo uso de fortes defesas como maneira de se defender desses sentimentos.

A Tabela 20 expõe o sexo e idade dos heróis das estórias, bem como as características atribuídas a eles, se em sua maioria positivas ou negativas.

Tabela 20 – Heróis das estórias contadas pelos pais das crianças, e características atribuídas a eles.

PAIS	HERÓIS					ATRIBUTOS	
	Criança		Adulto			Positivos	Negativos
	F*	M**	F	M	Ausente		
Paulo	-	-	-	10***	-	8	2
Fernando	-	1	2	7	-	8	2
Márcio	-	1	2	7	-	5	5
João	-	1	2	7	-	5	5
Carlos	-	1	1	7	1	5	5
TOTAL	-	4	7	38	1	31	19

* F = feminino

** M = masculino

*** Os números representam a quantidade de estórias contadas

De acordo com a Tabela 20, pode-se perceber que nas histórias contadas pelos pais houve identificação com heróis masculinos de idade aproximada a deles, indicando identidade sexual preservada. Os atributos, predominantemente positivos, revelam identificação com figuras autoconfiantes, com auto-estima preservada e que conseguem atingir seus objetivos profissionais e aspiração pessoal, como pode ser visto nos trechos das histórias: Paulo (prancha 17RH) *“Essa figura tá representando uma subida, eu coloco como minha vida profissional, vim de uma família com muitas dificuldades (...) acho que cheguei ao ponto de ter uma profissão e de estar satisfeito com ela”*; Fernando (prancha 1) *“João foi crescendo e com ele seu talento também, até que um dia se tornou um grande músico, uma grande pessoa”*.

Alguns heróis começam a história de um jeito e subitamente mudam, sem que haja um processo de desenvolvimento (maneira mágica), geralmente superando conflitos por serem muito bons e especiais. Dessa forma, a identidade também parece ter um caráter compensatório: Fernando (prancha 3RH) *“Dulce (...) já estava cansada daquela solidão, daquela vida onde só poderia conversar com as paredes. Certo dia, após uma grande crise, resolve tomar uma atitude, e vai em busca de seus sonhos, de realizar realmente. (...) hoje sua casa não tem mais espaço para a solidão, para o silêncio, mas sim para a felicidade, para a alegria”*.

Apesar de serem relatados como buscando seus objetivos, os heróis apresentaram uma atitude de passividade perante o outro e perante a busca de solução para seus conflitos, esperando ajuda externa para resolvê-los. Assim, a potência é atribuída ao outro, que passa a ser visto como exemplo a ser seguido, como alguém que o herói idealiza e com quem busca se identificar, embora a identificação seja feita por vias mágicas:

- Márcio (prancha 1): *“A felicidade dele foi sempre eterna, até se formar um grande músico. Graças ao tio, que um dia o fez feliz”*;

- Márcio (prancha 4): *“Maria era muito feliz com seu esposo. Só que alguma coisa lhe faltava pra felicidade tá completa. (...) Maria foi se acabando, até que um dia encontrou um esposo e este até conseguiu lhe dar um filho. Assim, conquistou a felicidade”*;
- Márcio (prancha 16): *“Porque na sua casa não tinha felicidade, não tinha alegria e o mundo parecia que não existia. Só que um dia ele foi passear na casa de sua tia e pode conhecer sua prima, que o fazia muito feliz. Conheceu a alegria”*.

Paulo, nas pranchas 1 e 12H, chegou a se envolver tanto com a estória que passou a contá-la na primeira pessoa, o que sugere pouco distanciamento em relação ao estímulo e certa indiferenciação entre o eu o ‘não-eu’: (prancha 1) *“Eu adoro música. Meu pai, quando eu era pequeno, comprou um violão, por isso eu gosto de violão”*; (prancha 12H) *“Isso me parece as dificuldades da doença. Me lembro que quando nos casamos a gente não tinha nada, a gente vinha de pé, cada um com uma criança no colo, trazendo no hospital de noite”*.

As necessidades dos heróis estão apresentadas na Tabela 21.

Tabela 21 – Apresentação das necessidades dos heróis das estórias contadas pelos pais das crianças*

NECESSIDADES	Paulo	Fernando	Márcio	João	Carlos	TOTAL
Afiliação associativa	1	-	-	-	-	1*
Afiliação emocional	6	6	9	5	5	31
Afiliação focal	-	1	-	-	-	1
Agressão física anti-social	-	-	-	1	1	2
Agressão verbal	1	-	-	-	-	1
Autonomia	-	4	2	-	-	6
Conhecimento	2	2	1	4	1	10
Evitar a culpa	2	-	-	-	2	4
Proteção exercida	5	2	-	3	-	10
Proteção reclamada	5	6	9	3	6	29
Realização	2	3	1	5	2	13
Reconhecimento	3	1	3	3	1	11
Sexo	-	1	-	1	1	3

* As estórias podem apresentar mais de uma necessidade.

De acordo com a Tabela 21, houve predominância das necessidades de afiliação emocional, proteção reclamada, realização, reconhecimento, conhecimento e proteção exercida. Houve sinais de que geralmente prevalecem os planos e objetivos profissionais em detrimento do sentimento que eles têm em relação a algo ou alguém. Fernando, ao se referir à conquista de algo (realização), demonstrava que essa aquisição implicava na perda da afiliação emocional, sendo que tais necessidades eram vistas como contraditórias, bem como a realização e o sexo.

- Fernando (prancha 2) – afiliação emocional X conhecimento: *“Olga era uma adolescente muito estudiosa, que buscava nos estudos uma formação para que um dia pudesse ter uma vida melhor. (...) Passavam-se os meses e Olga sentia muita saudade de seus pais. E começou aí a bater uma grande dúvida se realmente era aquilo que ela queria, mas como era muito persistente, continuou, mesmo com tanta saudade, com tanta dor, buscou seu objetivo”*;
- Fernando (prancha 4) – afiliação emocional X autonomia: *“Carmem já andava muito desconfiada de seu marido, porque já não era como antes e Paulo achava que estava muito preso, muito sem liberdade. E nessa individualidade, cada um pensando mais em si que em ambos, foi ruinando cada vez mais seu casamento”*;
- Fernando (prancha 13HF) – realização X sexo: *“Lucas, após ter uma grande noite ao lado de sua mulher, acorda desesperado, pois estava atrasado para o serviço. Levanta-se rapidamente, se veste de qualquer forma e vai para o seu serviço. Mas, para sua infelicidade, naquele dia seu chefe não estava de bom humor, e toma a atitude de demiti-lo”*.

A Tabela 22 mostra as condutas apresentadas pelos heróis, levando-se em consideração seu nível evolutivo, nível de performance e estilo.

Tabela 22 – Representação das condutas apresentadas pelos heróis das histórias contadas pelos pais, destacando-se o nível evolutivo, o nível de performance e o estilo de conduta adotado*

CONDUTAS		Paulo	Fernando	Márcio	João	Carlos	TOTAL
Nível evolutivo	Instintiva	5	1	4	4	3	17
	Aprendizagem social	10	10	10	10	8	48
Nível de performance	Afetiva	1	-	-	-	5	6
	Suspensiva	1	4	-	2	3	10
	Preparatória	3	4	2	1	-	10
	Consumativa	4	8	6	7	2	27
	Fictícia	1	-	3	1	-	5
Estilo da conduta	Iniciativa	4	7	2	6	1	20
	Passividade	3	2	4	3	3	15
	Impulsividade	-	3	4	2	3	12
	Controle	4	2	-	1	1	8
	Força	5	6	4	6	1	22
	Fraqueza	4	3	3	1	2	13
	Coordenação	5	6	3	1	1	16
	Descoordenação	1	3	6	2	3	15
	Tenacidade	3	5	3	1	1	13
	Labilidade	-	1	1	-	1	3
	Plasticidade	1	1	-	-	-	2
	Rigidez	8	1	4	2	1	16

* Cada história pode apresentar mais de um tipo de conduta.

De acordo com a Tabela 22 é possível notar que houve predomínio de condutas de aprendizagem social, em detrimento das condutas instintivas, mas a coexistência entre elas sugere que os pais não negam as emoções, mas as vivenciam e retornam ao controle de si mesmos.

De maneira geral, as condutas consumativas predominaram sobre as outras, sendo em sua maioria condutas com iniciativa, força, coordenação, tenacidade, mas também rigidez. Essas condutas foram acompanhadas das condutas suspensivas e preparatórias, representadas com certa passividade, descoordenação e, em alguns casos, mesmo impulsividade, pois o herói, quando apresentava dificuldade de entrar em contato com seu conflito, terminava por se

sentir paralisado perante o mesmo ou agia de uma maneira impulsiva e descoordenada, sem conseguir resolvê-lo.

Na Tabela 23 há apresentação do conjunto que envolve os heróis, considerando o ambiente físico e o social, bem como as características predominantes em cada um deles.

Tabela 23 – Representação dos conjuntos físico e social e suas características.

PAIS	FÍSICO				SOCIAL			
	Posi- tivo	Nega- tivo	Ambi- valente	Au- sente	Posi- tivo	Nega- tivo	Ambi- valente	Au- sente
Paulo	4	5	-	1	7	3	-	-
Fernando	3	5	2	-	6	1	3	-
Márcio	-	9	1	-	3	1	6	-
João	1	6	3	-	7	2	-	1
Carlos	3	5	-	2	3	3	-	4
TOTAL	11	30	6	3	26	10	9	5

Segundo a Tabela 23 é possível perceber que o conjunto social foi predominantemente reconhecido com características positivas, indicando figuras que favoreciam a satisfação das necessidades dos heróis.

De forma mais específica, no plano relacional com a figura feminina, os heróis parecem servir como apoio e proteção, além de serem vistos como os únicos que conseguem solucionar os conflitos conjugais:

- João (prancha 16): *“Em 1987, Maria e João se conheceram num baile. Eles eram muito jovens, começaram a namorar. Com nove meses de namoro se casaram... Com o passar do tempo, os problemas vieram e a confiança entre eles já não era mais como antes. João por sua vez mentia para Maria, e Maria brigava com ele por ele mentir para ela. Então João vendo que seu casamento estava se acabando, resolveu nunca mais mentir”*;

- Carlos (prancha 04): *“Ele tá com um olhar que parece que discutiu, sei lá, como se tivesse acontecido alguma coisa e ele não gostou. Ela parece pelo jeito que a mão tá apoiada nele, que tá segurando ele, por causa da mão dela aqui nele. Eles tão numa sala, no fundo tem uma moça, não sei se é fotografia dela, ou que tem um vidro e a moça tá na outra sala. Ela olha no olho dele, mas ele vira o rosto, não quer olhar”*.

Por perceberem a mulher como dependente, necessitando de cuidados, há um certo comprometimento em vê-la com atributos sexuais, o que acaba por dificultar o envolvimento erótico genitalizado: Paulo (prancha 7RH) *“O fato de eu ser fiel ao meu casamento está relacionado à honestidade, o fato de eu zelar pelo meu casamento é de querer bem aos meus filhos”*.

No caso de Fernando, devido ao conflito entre as necessidades (exposto anteriormente), havia tendência a renunciar à sexualidade como maneira de viver bem no relacionamento e atingir seus objetivos profissionais, como se um fator excluísse o outro.

A figura paterna algumas vezes foi vista como aquela que abandonou os cuidados com o filho e outras como sustentadora, que dá força e apoio, apresentando características mais positivas que a figura materna:

- Paulo (prancha 7RH): *“Essa me parece a lembrança de todos os momentos que meu pai ensinou coisas. Ele não era de conversar, mas suas atitudes ensinaram muita coisa, dentre elas a honestidade”*;
- Fernando (prancha 7RH): *“Luís era um rapaz que gostava muito de seu avô, e por isso sempre que podia ia à casa de seu avô e ficavam conversando e contando estória. Luís adorava ver seu avô José a contar estória para ele”*;
- Márcio (prancha 7RH): *“Tinha um homem muito ambicioso, portanto sua ambição se afastava do dever de ser pai. Nunca tinha dado um beijo em seus filhos, um*

carinho. E seus filhos quando cresceram foram se afastando, porque seu pai nunca tinha dado carinho”;

- Carlos (prancha 7RH): *“A expressão do senhor é de ternura e a do jovem é de segurança, porque parece pai dele. (...) bom, pelo ar de ternura do senhor aqui ele deve tá sentindo missão cumprida, conseguiu criar o filho, um homem bão, sentimento de amigo, de pai mesmo”.*

A figura materna foi vista como apresentando características negativas (não é capaz de suprir o afeto do filho, é deprimida, incapaz, conflitiva, castradora), ou ainda com ambivalência:

- Paulo (prancha 3RH): *“Essa figura parece uma estória de quando minha mãe ficou muito doente, ela teve um problema mental (..) Lembro que eu chorava muito. E também eu vi que depois que ela voltou pra casa ela não tava bem ainda. Vi várias vezes ela chorando”;*
- Fernando (prancha 6RH): *“Juca era um rapaz (...) dedicando a sua própria vida à sua mãe, a qual era um pouco doente. (...) fica muito dividido, pois sabe também que sua mãe precisava dele. Desta forma não encontra muita alegria na maioria das vezes e acabava voltando cedo para sua casa. (...) O tempo passou e sua mãe veio a falecer. Ele então passa a ir, no começo, quase todos os dias no túmulo de sua mãe”;*
- João (prancha 3RH): *“Paula conheceu Antônio, conheceu Antônio e ali começou uma paquera (..) Antônio então foi até a mãe de Paula pra lhe pedir para namorá-la em casa, a mãe de Paula aceitou. (...) O tempo foi passando e o amor deles foi crescendo e a mãe de Paula começou a colocar obstáculos no namoro, dizendo-lhe, à Paula, que Antônio era pobre e não tinha responsabilidade para assumir um casamento, mas o amor dos dois falou mais alto”.*

O conjunto físico foi visto predominantemente com características negativas, indicando que os pais percebem o mundo exterior como ameaçador e com obstáculos, prejudicando a satisfação de suas necessidades: Fernando (prancha 17RH) “*Roger havia se acidentado e estava praticamente sem movimento, estava desiludido na cama e não fazia nada para se ajudar. Apenas pensava em se matar*”; Carlos (prancha 3RH) “*Muita coisa pode ter acontecido aqui, a posição que ele tá aqui é como se tivesse recebido uma notícia ruim, é o tipo de notícia desagradável, ela não se importa em como ela está, ou o lugar que tá, quando menos se espera vem a notícia ruim, não importa quando nem onde*”.

A Tabela 24 mostra os tipos de desfechos dados pelos pais em relação às necessidades expostas nas estórias, considerando-os como sucessos, fracassos, ambivalente, provável, contraditório ou ausente.

Tabela 24 – Representação dos tipos de desfechos das estórias contadas pelos pais

PAIS	Sucesso				Fracasso				Ambi- va-lente	Prová- -vel	Contra- ditório	Au- sente
	V*		I**		V		I					
	P***	T****	P	T	P	T	P	T				
Paulo	1	3	1	-	-	-	1	1	-	1	-	2
Fernando	1	5	-	3	-	-	-	-	-	-	-	1
Márcio	-	3	-	5	-	-	-	-	-	1	-	1
João	-	2	-	5	-	-	-	-	-	3	-	-
Carlos	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
TOTAL	2	14	1	13	-	-	1	1	-	5	-	13

* V = voluntário

** I = involuntário

*** P = parcial

**** T = total

De maneira geral, como exposto na Tabela 24, houve predomínio dos sucessos voluntários totais e involuntários totais, indicando satisfação das necessidades, tanto por

iniciativa própria quanto contando com a ajuda do outro, o que corrobora a visão positiva que eles têm do conjunto social e de sua capacidade para alcançar seus objetivos, lutando para isso até que consigam de fato realizá-los.

Outro tipo de desfecho que apareceu consideravelmente foi o ausente, sugerindo certa relutância em falar do futuro e dificuldade em solucionar os conflitos. Algumas vezes essa ausência de final foi acompanhada de passividade, inibição na ação e evasão: Carlos (prancha 2) *“O rosto da mocinha tá um pouco apreensivo, a senhora encostada na árvore tá com uma cara de satisfação. Tá meio confusa as coisas aqui, mas não tô vendo nada não. É isso. O título é vida no campo ou dia de campo, vida no campo fica melhor”*; Carlos (prancha 6RH) *“Eu acho que eles estão bem apreensivos, sentindo algum tipo de dor, com cara de ter recebido uma notícia desagradável. Eu acho que dar notícia pra uma pessoa de idade não deve ser fácil não. [mais alguma coisa?] Não”*.

De maneira geral, os pais apresentaram temáticas como trabalho, moralidade, religião, que acabavam por serem consideradas mais importantes que os relacionamentos e envolvimento amorosos. Para evitar o contato com o mundo interno, usaram de defesas como repressão, racionalização, intelectualização, isolamento, que podem ser demonstradas pela demora em iniciar as histórias e pela tendência a descrever as pranchas. Dessa forma, a criatividade se mostrou prejudicada, acompanhada de um vocabulário com o uso exagerado de ‘talvez’, ‘aparentemente’ e palavras como ‘grande pessoa’, ‘grande felicidade’, além do uso de datas, dando um sentido mais evasivo à história.

No decorrer das histórias foi possível notar a ausência de descrição dos sentimentos e pensamentos do herói, sugerindo certa distância dele e evitação do envolvimento. De forma geral, os pais demonstraram um funcionamento em um nível mais racional, deixando de lado o plano afetivo.

Em seqüência à análise horizontal e vertical do TAT, foi realizada a análise das funções do ego dos pais:

Tabela 25 – Representação do nível de funcionamento egóico dos pais das crianças obesas

Funções egóicas	Paulo	Fernando	Márcio	João	Carlos
Teste da realidade	CM***	CL**	P*	CL	CL
Julgamento	P	CL	CL	P	P
Identidade	CL	CL	CL	P	P
Regulação e controle	CL	P	CL	CL	CL
Relacionamentos interpessoais	CL	P	P	CL	CL
Processos de pensamento	CM	CL	CL	CL	CL
Regressão a serviço do ego	CL	CL	CL	CL	CL
Funcionamento defensivo	CL	CL	CL	CL	CL
Tolerância aos estímulos	P	P	P	CL	CL
Autonomia de funcionamento	CL	P	P	P	CL
Síntese e integração	CL	CL	P	CL	CL
Maestria e competência	P	P	P	P	CL

* P = preservada

** CL = comprometimento em grau leve

*** CM = comprometimento em grau moderado

**** CS = comprometimento em grau severo

De maneira geral os pais apresentaram boa participação e colaboração com a atividade, apesar de terem dificuldade em começar algumas histórias, principalmente em relação às pranchas com conteúdos depressivos e sexuais. Essa dificuldade indica leve comprometido nos processos de pensamento, ilustrados pelas dúvidas e questionamentos acerca daquilo que pensavam por receio de que as pulsões aparecessem. Conseqüentemente, houve prejuízo da capacidade de síntese e integração, que também se mostrou levemente comprometida.

A presença de heróis vistos como superiores, capazes de enfrentar as barreiras do mundo externo sem necessitar de muito esforço (por serem especiais), às vezes até superando

obstáculos de forma mágica, comprovam a idealização de si e comprometem a visão da realidade externa tal como ela é, sugerindo leve comprometimento do teste da realidade. Os heróis também evitavam envolver-se de forma mais profunda com os outros, o que pode ser visto pelas raras descrições de seus sentimentos e pensamentos. A única maneira possível de se relacionar era quando o outro tinha algo a oferecer, ou ainda quando precisava de apoio e atenção, indicando leve comprometimento nos relacionamentos interpessoais.

O julgamento esteve predominantemente preservado, diferentemente da regulação e o controle das pulsões, afetos e necessidades. Para controle dos afetos, faziam uso de defesas como repressão, racionalização, intelectualização, isolamento, para não deixar escapar seus impulsos afetivos, com receio de que houvesse um descontrole total das pulsões. Assim, o envolvimento com o outro era realizado superficialmente, havia recorrência de descrição de fatos e pouca fluidez das idéias.

Em função da rigidez das defesas e pouca espontaneidade, a criatividade acabou se mostrando prejudicada por conta da insegurança dos pais, havendo o uso de palavras repetitivas ('talvez', 'aparentemente'). Assim, a regressão a serviço do ego pareceu comprometida em alguns casos, já que demonstravam apego a fatos concretos, à realidade objetiva e ideal, ou à simples descrição das figuras quando não conseguiam ter fluência de idéias.

Posteriormente à análise dos dados do Teste do Desenho da Figura Humana e do Teste de Apercepção Temática, foi possível caracterizar a estrutura de personalidade dos pais das crianças obesas em:

Tabela 26 – Estrutura e sub-estrutura de personalidade dos pais das crianças obesas

PAIS	Estrutura de personalidade
Paulo	Neurótica (Obsessivo compulsivo)
Fernando	Neurótica (Obsessivo compulsivo)
Márcio	Neurótica (Obsessivo compulsivo)
João	Neurótica (Obsessivo compulsivo)
Carlos	Neurótica (Obsessivo compulsivo)

Assim, segundo Bergeret (1998), pode-se destacar que o nível de desenvolvimento libidinal se encontra predominantemente na fase genital, com fixações no estágio anal, a relação com o objeto pode ser descrita como total e à meia distância, e a angústia se refere ao temor da castração caso sejam descobertos os pensamentos eróticos e agressivos. O conflito se localiza entre o superego e o id, fazendo com que a temática predominante seja de ordem edípica, relacionada à sexualidade.

Foi possível notar funcionamento falso self em três dos pais (Paulo, João e Carlos), já que mostraram um ideal de ego muitas vezes inatingível e distinto da realidade, como se aquilo que realmente fossem estivesse distante do real, principalmente em relação ao seguimento de papel de um ‘pai’ e ‘homem’ perfeito.

Conforme as duas técnicas realizadas pelos pais (DFH e TAT), foi possível verificar uma separação entre vida profissional e vida pessoal, como se a aquisição de uma implicasse na perda da outra, fazendo com que eles precisassem se mostrar bons e úteis em uma das áreas, escolhendo a profissional como forma de sucesso e realização. Assim, houve conflito entre realização/conhecimento e sexualidade, sugerindo receio das pulsões agressivas e sexuais, indicando dificuldade de integração.

Os pais demonstraram necessidade de cuidar da figura feminina, servindo como apoio e sustentação, contudo, nem sempre foram capazes de exercer tal função. Quanto à relação

com a figura masculina, especialmente a paterna, eles demonstraram vê-la como acolhedora, apesar de em alguns momentos ser tida como castradora e punitiva.

No contato com a realidade interna e externa, às vezes os pais não conseguiam percebê-las como realmente eram, pois apresentavam altas exigências e ideais difíceis de atingir, sugerindo ideal de ego distante da realidade. Também tinham atitudes mais rígidas diante da resolução de conflitos, dificilmente mudando de idéia acerca daquilo que pensavam e pouco expondo seus sentimentos, esperando, assim, mudança de atitude do outro ou ainda uma solução mágica.

5 DISCUSSÃO

5.1 Características psicodinâmicas das crianças obesas

Após análise dos dados foi possível notar que, como já apontado por alguns autores (ADES; KERBAUY, 2002; BANIS; VARNI; WALLANDER, 1988), características como imaturidade, dependência, passividade e baixa auto-estima podem ser consideradas atributos psicológicos de crianças obesas. Essas qualidades se articulam na dinâmica psicossocial da criança e promovem sentimentos como aumento da tristeza, solidão e nervosismo (LOKE, 2002).

As crianças demonstraram indícios de timidez, insegurança, vergonha, chegando a acreditar que eram diferentes, já que também eram tratadas como tal, e tomadas por um sentimento de incapacidade e desmotivação (LEMES, 2005; CREFF; HERSCHBERG, 1983), inclusive, que podem ter sido exacerbados pela própria obesidade.

Essas características, passíveis de serem concebidas tanto como causas quanto consequências psicológicas do excesso de peso (DIETZ, 1997; STRAUSS, 1999; SCHWARTZ; PUHL, 2003; FISBERG, 2005; LEMES, 2005; SPADA, 2005) foram percebidas entre as crianças deste estudo, principalmente em relação ao ambiente familiar, já que apresentaram vontade de serem autônomas, mas também incapacidade para se desvencilhar do objeto de dependência que não era satisfatório para elas, mas, pelo contrário, não supria suas necessidades. Dessa forma, sentiam-se inseguras, sozinhas e desprovidas de apoio, precisando buscar outras formas de 'curar' esses sentimentos negativos, sendo o comer uma delas. Essa forma de ingerir alimentos como consequência de uma privação ambiental também foi sugerida por Christoffel e Forsyth (1989) e Felliti (1993).

A busca excessiva das crianças por alimento pode ser considerada um sintoma de grande ansiedade, sugerindo dificuldades psíquicas, afetivas e relacionais, conforme abordado por Soifer (1987). A ingestão de alimentos constituir-se-ia, assim, em uma tentativa de superar a dor mental e preencher a falta do objeto materno introjetado que cuida (MAC DOUGALL, 1996), consequência de uma lacuna no provimento das necessidades infantis realizado pela figura materna.

Nesse sentido, considerando os aspectos psicológicos da obesidade infantil, pode-se recorrer às falhas estruturais da relação mãe/filho (CAMPOS; FISBERG, 2005), pois as experiências emocionais iniciais influenciam o desenvolvimento da personalidade e dos processos cognitivos e intelectuais. Esse aspecto é sustentado, neste estudo, pelo fato de que as crianças não tiveram suas necessidades afetivas precoces suficientemente supridas pela figura materna. Pelo contrário, houve suficiente provimento das necessidades materiais em detrimento das emocionais. Como consequência, as crianças apresentaram prejuízo em seu desenvolvimento emocional, na expressão de sua criatividade e estilo de ser pessoal. Esse estilo está diretamente relacionado a ser uma pessoa real, e nenhuma criança se torna uma pessoa real se não estiver sob os cuidados de um ambiente sustentador e que facilite seus processos de amadurecimento emocional (DIAS, 2003). Assim, é possível ressaltar o sofrimento que essas crianças apresentam em relação à sua vivência no mundo, ao estar e se sentir pertencente a esse mundo, o quanto tudo isso parece frágil e distante para elas.

Levando em consideração a atitude apresentada pelas crianças deste estudo perante o mundo (incluindo o ambiente familiar), é preciso remeter à fase de dependência absoluta descrita por Winnicott, na qual elas crêem que tudo aquilo que desejam poderá ser criado por elas (WINNICOTT, 1993). Como essas crianças não tiveram suas necessidades supridas a contento nessa etapa de desenvolvimento, bem como holding insuficiente, isso resultou em prejuízo em sua adaptabilidade e conhecimento de seu mundo interno, dificultando o

desenvolvimento de seu sentido de self e da expressão de sua criatividade (ABRAM, 2000). Assim, elas buscaram fazer uso de um objeto que preenchesse a lacuna afetiva experienciada no processo de ilusão-desilusão, e o objeto escolhido foi o alimento.

As crianças, ao vivenciarem o processo de ilusão, tiveram presente uma figura materna que não possibilitou que elas tivessem a crença de serem capazes de criar um objeto. Dessa forma, houve dificuldades também no processo de desilusão, já que, sem a crença de terem criado algo, não poderiam vivenciar a experiência de frustração da onipotência. Tal aspecto acabou por acarretar prejuízos na passagem pela transicionalidade, momento no qual se apossariam de um objeto que pudesse representar tanto a mãe quanto o ambiente externo, o que, conseqüentemente, levou a dificuldades no processo de simbolização. Portanto, como houve falhas agudas no desenvolvimento da passagem pela transicionalidade e na relação simbólica com os objetos, restou às crianças, então, buscar algo concreto vindo do ambiente externo.

Em outras palavras, ao que tudo indica, a ausência da mãe suficientemente boa dificultou o processo de integração e, conseqüentemente, a vivência dos fenômenos e objetos transicionais, que oferecem à criança possibilidades de usar símbolos e criar, já que não permitiu a internalização de um objeto interno vivo e bom, que passa, então, a ser procurado no externo. Daí a dificuldade manifestada pelas crianças para conhecerem a si mesmas e se relacionarem com o ambiente externo de maneira que seu self possa existir e acontecer no mundo (SAFRA, 2005).

Como houve prejuízos no processo de ilusão-desilusão, e, em conseqüência, na ‘aquisição’ da transicionalidade, as crianças apresentaram dificuldade no contato integrado entre a psique e a realidade, o que acaba por acarretar prejuízos. De modo mais específico, pode ter ocorrido a cronificação patológica do objeto transicional ou fetichização do objeto (ABADI, 1998), pois elas se prenderam patologicamente ao comer como forma de substituir a

mãe. Dessa forma, a maneira de se relacionar com o exterior passa a ser o fazer e o ter, como modos possíveis de abrandar o sentimento de vazio e ansiedade.

A busca em se relacionar com algo concreto do ambiente externo, ligada ao comprometimento da capacidade de simbolização, sinaliza uma carência funcional do psiquismo. Essa forma de relação com o concreto é muito semelhante ao funcionamento do pensamento operatório (MARTY, 1993); neste, o ego não é capaz de conter uma carga excessiva de sentimentos e pensamentos, levando o indivíduo a agir ao invés de pensar. É possível denotar que não há representação do inconsciente, mas falhas do processo simbólico que levam a um alto investimento libidinal de tudo aquilo que há de concreto com os indivíduos, terminando por ficarem dependentes da realidade externa (ZIMERMAN, 1999). Assim, existiria uma similaridade no funcionamento psíquico das crianças obesas e o da patologia psicossomática.

Como a boa maternagem é condição *sine qua non* para o desenvolvimento do self verdadeiro, que tem como princípio o sentir-se real (ABRAM, 2000), se ela não for satisfatória, como visto no estudo presente, o self verdadeiro pode ficar oculto por um falso self, já que é impossível a destruição completa da capacidade do ser humano para o viver criativo (WINNICOTT, 1975; 1993). Vale ressaltar que o funcionamento falso self foi percebido em três das crianças deste estudo (Tiago, Antônio, Marcelo).

Como as crianças parecem não ter tido experiências que lhes dessem um sentido para o self, elas passam a acreditar que não podem ter ação e transformação no mundo, que não podem modificá-lo de maneira pessoal (SAFRA, 2005). Uma forma de expressão dessa maneira pessoal é o brincar, que no caso das crianças obesas deste estudo mostrou-se comprometido, principalmente pelo prejuízo no processo de simbolização, advindos das dificuldades na relação mãe-filho durante o estágio de dependência absoluta e relativa. Nesse caso, o brincar foi visto como compulsivo, ou seja, a criança busca no ambiente uma maneira

de gratificação sensorial e não uma forma de expressão espontânea de felicidade (MISHIMA; BARBIERI, 2006). Ao brincar, as crianças demonstraram estar presas a objetos concretos, mas esses objetos não pareciam fazer parte de seu self, pareciam estar soltos, sobrepostos a ele. É como se elas não tivessem tido a oportunidade de senti-los como seus, identificá-los, introjetá-los, para depois se darem conta de que fazem parte do mundo externo, e então se desfazerem deles após tê-los integrado a si mesmas; somente dessa forma é que o brincar acontece de maneira espontânea e criativa. Em função dessa dificuldade, é possível assinalar que as crianças não foram capazes de fazer uso do objeto apropriando-se dele de maneira pessoal e criativa, mas sim limitada pela gratificação momentânea que este proporciona.

É importante destacar que a criança só busca o alimento para preencher o vazio afetivo se houve uma privação anterior relativa ao processo gradual de ilusão-desilusão. Essa atitude de comer compulsivo pode ser considerada como uma manifestação da tendência anti-social, já que a criança busca ingerir comida como forma de curar a privação causada pelo ambiente e afeto insuficiente da mãe (WINNICOTT, 2000). Como não ocorreu a incorporação de fato do afeto, devido aos problemas na transicionalidade e na simbolização, que impediram o introjetar pleno do objeto, esse preenchimento do vazio falha, e a criança permanece em um círculo vicioso: alimento – busca por afeto – vazio – alimento.

Em síntese, as crianças parecem buscar o alimento como forma de preencher a lacuna afetiva resultante da insuficiente provisão de ilusão e estabelecimento da desilusão, períodos em que não receberam apoio afetivo e holding suficientes para que pudessem ser iludidas e desiludidas, completar o desenvolvimento dessa etapa e atingir a área transicional. Com isso, elas apresentam pouca capacidade de simbolização e reduzidos recursos secundários, agindo no mundo movidas pela pulsão com pouca intermediação pelo pensamento (*acting-out*), o que acarreta ansiedade, gerando intenso sentimento de culpa e a crença de que merecem punição e castigo pela expressão dos impulsos. Isso faz com que as crianças se sintam inseguras,

inferiores, não pertencentes ao meio familiar, causando mais ansiedade e novamente a busca por comida (o concreto nunca satisfaz o afetivo, mas é o que elas podem ter).

Nesse sentido, o trabalho psicoterapêutico que poderia ser realizado com crianças obesas precisaria abranger a recuperação da capacidade criativa, vista como a possibilidade de estar no mundo e de reconquistar ou constituir a capacidade de articular experiências em símbolos do self. É um trabalho de introdução destes símbolos no espaço potencial (transicional), local de junção da experiência de ser, que irá inscrever o self do indivíduo no campo cultural. Como é importante considerar o papel da família dentro do processo terapêutico, o trabalho deverá abranger os pais, o que será abordado mais adiante.

Por todos esses motivos é possível pensar que, quando a criança tem sua capacidade de criar prejudicada, isso gera um sentimento de não pertencer nem ter um lugar no mundo, um sentimento de que há uma ausência que não foi preenchida, um vazio que a acompanha. Assim, ela pode usar recursos para que esse vazio não a domine, como desenvolver um falso self. É um sofrimento que não se aplaca com o contato com a realidade externa ou com objetos materiais (como a comida), porque vem de dentro de si, de sua realidade interna que não está integrada e que não se sente parte de um todo maior (o ambiente).

5.2 Características psicodinâmicas das mães

Em muitos estudos o papel materno foi visto como de extrema importância na aquisição da obesidade da criança, pois as atitudes da mãe influenciam a forma como a criança vê e lida com os alimentos (BRUCH, 1975; CREFF; HERSCHBERG, 1983; SPADA, 2005; LEMES, 2005), o que vai além do simples oferecimento de um modelo alimentar. É possível assinalar que a forma como a mãe se relaciona com seu filho, a interação e o olhar

que lhe dirige, conduzem a maneira como ele vai se ver e se relacionar com outros objetos do mundo, como a comida.

Os resultados desta pesquisa mostraram que, a despeito de quatro das mães apresentarem organização borderline de personalidade, e uma estrutura neurótica, todas vivenciaram experiências de privação em relação à satisfação de suas necessidades na etapa de dependência absoluta. Ao que tudo indica, nesse estágio de desenvolvimento, elas não tiveram suas necessidades afetivas supridas, devido a prejuízos no holding e apoio emocional por parte das próprias figuras maternas.

As mães dos meninos obesos mostraram ver a própria figura materna como aquela que não provê cuidado, não enxerga suas necessidades e, assim, não é capaz de suprir sua dependência para que alcancem autonomia. Essa figura materna foi vista como distante afetivamente, além de ser considerada também como ambivalente, que ora apóia, ora agride, com muitas dificuldades para desempenhar seu papel de mãe.

As figuras paternas dessas mães também foram vistas como incapazes de suprir essas necessidades, compensando as falhas maternas, mesmo às custas de uma inversão de papéis com ela, apresentando uma relação pouco afetiva com as filhas e tendo como função principal punir e castrar. Dessa forma, é possível perceber que ambas as figuras parentais não foram capazes de suprir a dependência e auxiliar no processo de ilusão – desilusão vivido pelas mães na etapa de dependência absoluta. Tal incapacidade acabou por dificultar o desenvolvimento emocional das mães, levando, conseqüentemente, a dificuldades na introjeção de objetos. Como não puderam fazer uso pessoal dos objetos, a experiência de transicionalidade também se mostrou comprometida. Dessa forma, as mães permaneceram ‘presas’ entre os estágios de dependência absoluta e relativa.

Essa deficiência no cuidado afetivo fez com que as mães desenvolvessem dificuldades em entrar em contato com seu mundo interno, e, assim, não pudessem conhecê-lo e integrá-lo

à personalidade. Por conseqüência, houve o aparecimento de intensos sentimentos de incapacidade, insegurança, baixa auto-estima, demonstrado na maneira como as mães concebiam sua auto-imagem. Pode-se pensar que elas não acreditaram ser merecedoras de afeto, por não o terem recebido durante o processo de ilusão-desilusão, e, com isso, desenvolveram um ideal de ego distante da realidade, uma perfeição que não podem atingir.

Esse comprometimento no conhecimento do mundo interno está relacionado à dificuldade que as mães demonstraram em serem espontâneas, em exercerem sua criatividade e soltarem a imaginação, expressando a possibilidade de existir de forma verdadeira e pessoal no mundo. Conseqüentemente, há dificuldades de se relacionar com o ambiente externo; se não conseguem olhar para si mesmas, é muito difícil olhar e entender o que o outro quer e deseja. Dessa forma, na busca de vivenciar a experiência que falta, voltando ao ponto de congelamento do desenvolvimento emocional, em uma tentativa de cura passam a se relacionar com o outro através do estabelecimento de relações de dependência, em que esperam passivamente por satisfações proporcionadas por ele, que se torna indispensável. Assim, demonstraram ter e manter com seus maridos e companheiros esse tipo de relação, buscando seu apoio e cuidado, que deveriam ter sido experienciados com as próprias figuras parentais, especialmente a materna. Elas manifestam uma intensa necessidade de receber afeto do outro, chegando mesmo a sufocá-lo. Nessa busca de contato agem, muitas vezes, de maneira impulsiva, por levarem a necessidade e o desejo em primeiro lugar, que surgem pouco mediados pelo pensamento.

Essa dependência em relação ao outro e necessidade de tê-lo perto de si acarreta um sentimento ambivalente, por temer os perigos de uma aproximação grande demais, já que pensar que esse objeto anaclítico pode não estar mais por perto, causa-lhe grande angústia: a de perda de objeto (BERGERET, 1998). A percepção de que dependem do outro e de que não bastam a si mesmas, acarreta nas mães uma dolorosa ferida narcísica, por contrariar as

exigências de seu ideal de ego. Por outro lado, acreditar que podem ser independentes implica perder o objeto amado. Dessa forma, o conflito e a angústia continuam presentes, e, por não conseguirem solucioná-lo, acabam por sentirem mais ansiedade e intensificam o sentimento de desvalorização de si.

A fragilidade emocional apresentada pelas mães remete à pouca tolerância às frustrações que elas apresentam, pois estas remetem-nas àquelas vividas nas experiências infantis significativas. É importante destacar que as frustrações e limitações auxiliam na aquisição do processo de pensar; como as mães toleram pouco esses limites, houve prejuízo no estabelecimento do pensamento, acarretando na busca por algo concreto, típico do processo que acontece no pensamento operatório, o que faz reforçar a pouca tolerância às frustrações e a dificuldade de simbolizar.

A deficiência no provimento afetivo vivida pelas mães durante a fase de dependência e o relacionamento anaclítico com o outro acabam por dificultar sua maternagem (DEBRAY, 1998). Como buscam o outro com o intuito de suprir suas próprias necessidades, não conseguem fazer o inverso, ou seja, atender as necessidades dos filhos. Em suma, a criança é vista como alguém que também pode satisfazer as necessidades das mães, e não como aquela que precisa ser atendida por elas. Essa situação também indica o prejuízo das mães em relação à aquisição da autonomia, já que não tiveram possibilidades de conhecer seu mundo interno, sugerindo dificuldade de se doar afetivamente ao outro, de olhá-lo como ele realmente é e compreender quais são as suas reais necessidades. Esse tipo de relacionamento vivido com o filho faz com que ele passe a não confiar em seus próprios sentimentos, já que não proporciona a compreensão do self da criança, especialmente por não ter satisfeito a onipotência inicial. Sendo assim, o filho acaba por se sentir inseguro para criar soluções para seus problemas, em agir de modo espontâneo e se sentir pertencente a um lugar no mundo.

As mães demonstraram estar ‘presas’ no estágio ilusão-desilusão, assim como seus filhos, e, posteriormente, suas tentativas de cura não foram suficientes para abrandar a angústia vivenciada. Assim, a busca por relacionamento anaclítico com os maridos, buscando neles a satisfação de suas necessidades, é mal sucedida, porque eles não conseguem suprir suas necessidades afetivas devido à presença de defesas rígidas de tipo obsessivo, geradoras de dificuldades de contato com seus afetos. Assim, eles não conseguem estabelecer um relacionamento afetivo pleno com suas esposas, não correspondem às expectativas delas e não suprem suas necessidades. Dessa forma, a lacuna afetiva das mães continua existindo. Como em um círculo vicioso, essa dificuldade na relação com o esposo intensifica as dificuldades já existentes na relação da mãe com o filho, já que o desempenho da função materna depende de como elas são vistas e apoiadas pela figura masculina (WINNICOTT, 1997).

Em suma, por não se verem de uma maneira integrada e não terem suas necessidades supridas, as mães também não conseguem satisfazer as necessidades do filho, deixando de suprir a dependência deste, necessária para que ele alcance sua autonomia; assim, não criam possibilidades para que ele expresse seu self verdadeiro. Dessa forma, corrobora-se o fato de que o envolvimento da mãe com seu bebê depende da sua auto-imagem e da sua relação com aqueles que estão à sua volta, especialmente dentro do círculo familiar (WINNICOTT, 1993).

É importante destacar que a psicodinâmica das mães é muito semelhante a das crianças, ou seja, a dificuldade no processo de simbolização que elas apresentaram (expressa pelo pensamento operatório e busca do concreto) faz com que elas não consigam tolerar a frustração e permitir, assim, o processo de desilusão do filho. Conseqüentemente, elas terminaram também por manter a criança ‘presa’ na ilusão-desilusão, prejudicando o estabelecimento da autonomia. Para que a mãe pudesse exercer sua função materna e permitir ao filho que ele passasse pelos estágios de desenvolvimento iniciais, ela precisaria ter encontrado, em sua própria experiência, o equivalente daquilo que ia ensinar, ou seja, a mãe

apenas transmite tudo que está de acordo com suas possibilidades psicológicas reais (SOIFER, 1983).

Assim sendo, a deficiência da mãe em cuidar (holding) no momento da etapa de dependência absoluta da criança, a atitude ambígua em relação à sua dependência-autonomia e as deficiências afetivas na relação entre mãe e filho, parecem ter exercido papéis fundamentais na forma de a criança se relacionar com o ambiente externo. Como as mães vivenciaram dificuldades similares com suas próprias figuras maternas, terminam por apresentar prejuízos no cuidado com o filho. Como dito por Winnicott (2005), parte das dificuldades de alimentação apresentadas pelas crianças se devem ao imenso problema que cada mãe tem de se adaptar às necessidades de seu filho, daí advém a importância de conhecer suas características psicodinâmicas.

5.3 Características psicodinâmicas dos pais

O papel dos pais em relação à patologia dos filhos foi pouco discutido e abordado na literatura. Apesar dessa rara menção, a participação paterna pode ter conseqüências positivas e negativas no desenvolvimento da criança (LEWIS; DESSEN, 1999).

Os pais dos meninos obesos apresentaram estrutura neurótica obsessivo compulsiva, denotando pouco contato com seus próprios impulsos e desejos, temendo terem seus pensamentos descobertos, o que gerava grande ansiedade. Por temerem o contato com os próprios impulsos, eles acabavam por recorrer ao isolamento e repressão como formas de se distanciarem da angústia gerada pelo conflito entre o superego e o id, ou seja, o medo de serem tomados pelos impulsos e desejos e perderem o controle e a razão. Assim, comumente separam o desejo e o afeto, fazendo com que este se ligue a outra representação e reprimem o desejo. Em outras palavras, a representação da pulsão se destaca do seu afeto correspondente,

e este afeto se liga a outras representações que apresentem menos conflitos; dessa forma não se reconhece a pulsão original.

Nesse processo de se defenderem do conflito gerador de angústia, por meio do uso rígido do isolamento e da repressão, acabam por inflar a capacidade mental, em detrimento da integração do afeto no psique-soma. Essa inflação da mente promove uma falta de espontaneidade na relação com o mundo externo, resultando em pouca criatividade e prejuízo na expressão do self verdadeiro.

Com relação às próprias imagens parentais, os pais viram a figura materna como aquela que cuida através do exercício de autoridade, a 'matrona', que tem o poder e é difícil de ser satisfeita, exigindo muito deles para que cumprissem com suas responsabilidades e, assim, pudessem ser merecedores de afeto. Eram figuras vistas com 'imparcialidade', já que o uso do isolamento e repressão por parte dos pais fez com que se retirasse toda e qualquer conotação sexual em relação a elas, passando a vê-las como a santa (Virgem Maria) ou a matrona. Conseqüentemente, a visão que os pais têm da figura feminina também é a mesma, percebendo-a desprovida de conteúdos sexuais, dificultando um envolvimento erótico genitalizado, o qual é substituído pelo vínculo anaclítico em que ela se torna dependente deles.

As figuras paternas foram vistas como aquelas que possuíam características mais positivas do que as maternas, porém também faziam uso da autoridade por meio de punições e sanções, e deixavam de impor os limites por meio do apoio afetivo, exigindo dos filhos capacidade para solucionar sozinhos seus próprios conflitos e inseguranças. Essa atitude por parte das figuras paternas não ajudava os pais a integrar a razão e o afeto em sua personalidade, a criar segurança e autonomia. Pelo contrário, fazia com que eles optassem por atitudes que valorizassem mais os aspectos racionais e materiais de sua personalidade e de sua vida, o que gerava, por exemplo, a fantasia de que se apresentando como bons

profissionalmente, conseguiriam o reconhecimento e o afeto do outro. Dessa maneira, havia o aumento das exigências de perfeição que tinham para si mesmos, passando a transmitir a intensidade dessas exigências também para os demais, dificultando a relação com o outro, já que este precisaria ser muito bom para merecer o seu reconhecimento.

As rígidas defesas obsessivas dos pais, antagônicas da angústia de terem seus pensamentos descobertos, dirigiam-se especialmente às pulsões relacionadas aos desejos ou dificuldades sexuais da infância. Conseqüentemente, o contato com o outro acaba sendo permeado pelo controle e pelo desligamento do afeto, por receio de que esse afeto esteja unido à representação pulsional. Como eles têm pouco contato com a própria agressividade e sexualidade, não conseguem percebê-las no outro e aceitá-las como sendo parte integrante da personalidade. A rigidez defensiva faz com que eles não suportem ver a impulsividade dos filhos, agindo de maneira rígida e punitiva quando eles demonstram ser mais impulsivos. Assim, de maneira semelhante aos seus próprios pais, eles se tornam figuras que demonstram autoridade por meio de castigos e punições, não servindo como apoio afetivo aos filhos, já que entram na relação de uma maneira afetivamente “asséptica” e racional. Conseqüentemente, eles prejudicam a formação da capacidade de pensar da criança, condição realizada quando ocorre a adequada frustração, pela imposição de limites que promove um estímulo às funções do ego infantil (ZIMERMAN, 1999).

Como há dificuldade de contato com os próprios afetos, os pais não conseguem exercer o papel que lhes é imposto, tanto de auxiliar a mãe de seus filhos a exercer a sua função, quanto suprir as necessidades das crianças, de cuidado e apoio que não receberam das mães. Dessa maneira, uma de suas funções, a de conter os aspectos angustiantes que permeiam a relação mãe-bebê, oferecendo condições para se instalar a função materna, torna-se prejudicada. Tal função é imprescindível para que as mães possam exercer sua preocupação materna primária e, por meio dela, oferecer holding e cuidados emocionais ao

filho, já que o pai passa a cuidar dela e vê-la em sua totalidade (COLUCCI, 1997). Além disso, a figura paterna acaba por não romper a díade mãe-criança, fazendo com que os dois permaneçam em uma relação simbiótica, por não poder se assumir como pai, pois isso implica na aceitação dos seus afetos e de toda situação edípica.

Outra função paterna é servir como extensão da figura materna durante a fase de dependência absoluta, assumindo algumas de suas funções para, posteriormente, ser associado a regras, regulamentos, severidade e indestrutibilidade (OUTEIRAL, 2002). Já na fase de dependência relativa, o pai contribui para os processos de integração que ocorrem na criança (WINNICOTT, 1982). Neste estudo, os pais dificultaram a integração dos processos primário e secundário de seus filhos, devido ao prejuízo em entrar em contato com seus próprios impulsos, não permitindo que o filho também os expresse.

A maneira como os pais se vêem, não se permitindo cometer erros, é transmitida aos filhos, exigindo destes uma postura distante da realidade. A alta exigência de ser sempre perfeito e correto é impossível de ser atingida, já que fica em um plano longínquo, ilusório e abstrato, confundindo os filhos.

Sendo assim, o pouco contato que os pais têm com seus próprios conteúdos agressivos e sexuais, devido ao uso de defesas rígidas como a repressão, faz com que eles não permitam que o outro demonstre tais conteúdos. Conseqüentemente, quando percebem uma aproximação mais profunda desses conteúdos no outro, os pais acabam por usar de punição e castigos, não oferecendo possibilidades de que o filho estabeleça a capacidade de pensar, possa se expressar de uma forma real, verdadeira e espontânea, sentindo que ocupa um lugar no mundo.

5.4 Características psicodinâmicas da família

Conforme já exposto, além da influência em relação aos modelos comportamentais e padrões alimentares de seus filhos, os pais também influenciam a forma de a criança ver o mundo e se relacionar com os objetos, incluindo os alimentos, criando ou não um vínculo seguro com eles.

Após as considerações feitas sobre as características estruturais e psicodinâmicas das mães e dos pais dos meninos obesos, pode-se afirmar que houve prejuízos por parte da família quanto ao oferecimento de suporte afetivo para o desenvolvimento emocional da criança.

Essa carência no suporte ambiental familiar, demonstrada neste estudo, pode ser um dos fatores psicossociais causadores da obesidade (STRAUSS, 1999). Ela pode ser observada a partir de particularidades de funcionamento psíquico de ambos os pais, que acabaram por levar a uma dificuldade comum de doação afetiva. A mãe não foi capaz de atender as necessidades de dependência do seu filho por também não ter tido suas necessidades supridas, o que gerou uma lacuna em seu desenvolvimento emocional. Portanto, sua dificuldade em exercer sua função de modo suficientemente bom deveu-se a uma privação sofrida no estágio de dependência absoluta. Decorrente desta privação há prejuízos na constituição do espaço transicional e no desenvolvimento da capacidade de simbolização, processos que seriam constituídos caso as funções parentais existissem de forma adequada (OUTEIRAL, 2002).

O pai teve dificuldade para apoiar e cuidar afetivamente do filho pela distância que ele manteve em relação às suas próprias pulsões agressivas e sexuais, não permitindo entrar em contato com elas, o que dificultou ver o outro de uma forma completa. Assim, ao se relacionar com a criança, o pai buscava dominar a impulsividade que surgia, exercendo um controle severo por meio da autoridade punitiva, deixando de funcionar como um pai suficientemente bom, aspecto imprescindível para a presença de uma mãe suficientemente boa. O pai não

consegue cortar o vínculo simbiótico e anaclítico do filho com a mãe, já que vê os dois como necessitando de cuidados (vínculo não sexual), ao invés de compreender a situação triangular e edípica que se desenvolve. Dessa maneira, acaba por manter o filho na dependência, que também não é satisfeita pela mãe. Por não tolerarem os próprios impulsos e verem o outro destituído de sexualidade, não permitem o ingresso do filho no Complexo de Édipo, comprometendo as possibilidades de vivência dessa etapa por eles.

É imprescindível destacar que a entrada do pai na díade mãe – filho depende muito da maneira como esta reage, já que é ela quem permite ou não a participação paterna na relação (WINNICOTT, 1982). Se a mãe está emocionalmente frágil, ela demonstra sinais de que precisa de cuidado tanto quanto o filho, acabando por competir com este, prejudicando a doação afetiva de ambos os pais para com a criança.

A criança, ao receber um cuidado afetivo deficiente por parte da mãe busca, então, no pai a substituição desse apoio emocional. Como não o encontra também nessa relação, principalmente pelo fato de ter sua impulsividade punida e não ser olhada em suas necessidades reais, acaba por se sentir excluída do ambiente familiar, sem encontrar um lugar que possa ser verdadeiramente seu. Dessa forma, há sensação de ser diferente, de não pertencer a essa família, gerando angústia e sentimento de isolamento.

Tais prejuízos acabam por levar a uma dificuldade em se expressar de maneira pessoal e usar de criatividade no relacionamento com o mundo. Essa criança passa então a se sentir solitária e sem um lugar, com suas necessidades insatisfeitas e não vista pelos pais naquilo que realmente é e sente. Dessa forma, acaba por ter comprometida a vivência das experiências de transicionalidade, o que dificulta a aquisição da simbolização, podendo levar ao uso do pensamento operatório. Assim, a única maneira de se relacionar com o mundo é feita por meio de algo concreto, ou seja, a ingestão de alimento como forma de aliviar a ansiedade gerada por essa falta de reconhecimento (LEMES, 2005).

No processo de desilusão da criança, quando a mãe suficientemente boa falha na satisfação das exigências instintivas, ela o faz de uma forma que a criança não se sinta desamparada; dessa maneira, ela acaba por prover as necessidades egóicas do filho, permitindo que ele introjete uma mãe que apóia o ego, e mantenha essa introjeção apesar das falhas do ambiente. Contudo, se há malogros nessa etapa, como aconteceu com as crianças deste estudo, a sofreguidão passa a fazer parte da compulsão do filho para ter a cura. Essa busca sôfrega por afeto por meio do alimento é muito semelhante à atitude de roubo em relação ao corpo da mãe, compreendida como uma manifestação da tendência anti-social. É possível assinalar essa similaridade pelo fato de que o ato compulsivo de comer significa a tentativa de ingerir comida para curar a privação causada pelo ambiente e amenizar a carência do afeto da mãe. Neste caso, pode-se afirmar que é um ato anti-social, que pode ser considerado precursor da compulsão a roubar. (WINNICOTT, 2000). Por conseguinte, na raiz da tendência anti-social (e, acrescentamos, da obesidade) existe uma privação ou carência. A criança percebe que a causa desse imprevisto foi devido a uma falha do ambiente, por isso busca a cura em uma nova provisão ambiental.

As semelhanças entre a dinâmica da compulsão alimentar apresentada pelas crianças deste estudo e daquelas que apresentam tendência anti-social, também se estende à busca de apoio e segurança no ambiente externo, com o intuito de que possam suprir a lacuna afetiva interna. A procura por algo concreto, como o alimento, é similar à busca por qualquer outro objeto, assim como no ato de roubar, pois a criança, nessas duas circunstâncias, busca a mãe que ela pode criar no período de ilusão, mas que não foi capaz de permanecer em sua mente durante um período que lhe pudesse proporcionar segurança. Em ambas as situações, a criança está buscando a mãe que falta, o afeto que falta, o vazio provocado pela privação. Como diferença tem-se que a criança que apresenta tendência anti-social tem como principal aspecto a presença de uma mãe suficientemente boa que ficou ausente por um período longo demais, e, assim, a criança não foi

capaz de guardar a experiência positiva que teve. Já no caso das crianças obesas, os dados desse estudo mostram que a mãe pôde iludir parcialmente a criança e não foi capaz de desiludi-la de uma forma gradual, em que ela pudesse fortalecer seu ego e ingressar no período transicional. Ao contrário disso, a mãe desiludia de uma forma brusca, e depois voltava a iludir, permanecendo nesse círculo vicioso: ilusão – desilusão brusca – ilusão.

Diferentemente do que propôs Favaro e Santonastaso (1995), que características maternas são mais importantes que as paternas nos casos de obesidade, este estudo demonstra não ser possível definir quais características de qual genitor são mais preponderantes, já que a dinâmica familiar em si é que se mostra como fator influente na expressão da doença.

Dessa forma, é possível afirmar que ambos os pais, cada um apresentando uma forma de se relacionar, acabaram por ter seu papel na dificuldade da criança em entrar em contato com o mundo, integrando os processos primários e secundários da personalidade. A dificuldade da família em lidar com a autonomia, dependência e independência de seus filhos, acaba por levar a prejuízos no desenvolvimento da confiança, auto-suficiência e independência deles (ARAÚJO, 1993 apud SPADA, 2005).

Assim sendo, o desenvolvimento da obesidade pode advir, ao menos em parte e em paralelo com as contribuições de ordem genética e fisiológica, da qualidade da relação entre pais e filhos, já que, se essa relação for positiva, a criança será capaz de construir uma personalidade independente e autoconfiante, capaz de acolher a geração seguinte com mais ternura devido ao desejo de criar um lar semelhante para si. Caso isso não aconteça, a criança pode apresentar dificuldade em encarar a construção do seu lar com satisfação, bem como poucas possibilidades de ser autônoma e confiante, influenciando a maneira de ver o mundo, que passa a ser tido como hostil (KLEIN et al., 1973). É de grande importância ressaltar que muitas deficiências na interação familiar também foram demonstradas pelos pais e mães em relação às suas próprias figuras parentais.

Zimerman (1999) assinala esse aspecto conceituando-o como transgeracionalidade, ou seja, o pai e a mãe da criança mantêm a internalização de suas respectivas famílias originais, de acordo com seus valores, conflitos e estereótipos. Os conflitos não resolvidos pelos pais tendem, em grande parte, a serem reeditados na relação com os filhos, bem como a transmissão de valores e de significados, seja os de caráter pulsional, egóico, provindos do superego ou do ideal de ego.

Por todas essas considerações, é possível afirmar, como também o fez Lemes (2005), que o aspecto emocional está sempre ligado à obesidade, seja como causa ou como consequência dela. Neste estudo constatou-se que é como se o indivíduo obeso estivesse preso em um círculo vicioso: ele vivencia experiências que não lhe ofereceram segurança para aquisição de autonomia e desenvolvimento pleno da capacidade de simbolização, e busca excessivamente o alimento (o concreto da realidade externa) como forma de abrandar a angústia e o sentimento de insegurança, gerando o aumento de peso. Tal aumento, por sua vez, promove e reforça sua baixa auto-estima, não ameniza sua ansiedade e ele, então, busca mais alimento. Conseqüentemente, há dificuldade no tratamento dessa patologia, já que os profissionais pouco consideram os aspectos afetivos presentes nesse círculo vicioso.

Como consequência dessa situação, quando adultos os obesos acabam distantes do convívio social, isolados em suas famílias e com poucos amigos, mantendo o sentimento de inadequação pessoal, insegurança e baixa auto-estima. Nesse sentido, a obesidade promoveria o reviver dos sentimentos vinculados à sua etiologia. Por essas razões, faz-se necessário pensar nas dificuldades advindas da obesidade, seja para a saúde física ou mental, sem importar a idade do indivíduo.

Diante dessas considerações, o trabalho psicoterapêutico torna-se fundamental e, no caso das crianças, nele deve ser considerada a família como fator altamente relevante tanto no

desenvolvimento quanto na manutenção da doença, já que as crianças não devem ser consideradas como unidades isoladas, mas sim dentro do contexto familiar.

Winnicott (2005) aponta para o fato de que a maturidade do indivíduo pode ser considerada como o seu crescimento em relação à sociedade, por meio da capacidade de se identificar com esse conjunto sem sacrificar seu impulso individual. A família representa uma versão simplificada da sociedade e, como tal, é utilizada para que se alcance os propósitos do crescimento emocional essencial, até que o desenvolvimento capacite a criança a usar um círculo mais amplo. Sendo assim, a experiência vivida pela criança dentro do ambiente familiar é de suma importância, principalmente pelo fato de que irá refletir a vivência em sociedade. Conseqüentemente, torna-se de grande relevância oferecer e manter canais de comunicação entre os pais, especialmente dentro do processo psicoterapêutico. Neste é possível conhecer a dinâmica familiar, incluindo os fatores parentais que tendem a criar e a manter a estrutura familiar, além dos fatores que levam ao seu rompimento.

De maneira geral, a participação da família no processo terapêutico infantil permite uma melhor compreensão da interação familiar e ainda possibilita solucionar conflitos latentes, em um período mais breve (SOIFER, 1983).

Ao mesmo tempo, no trabalho terapêutico, é preciso considerar o encontro entre analista e paciente, com a entrega de ambos na construção de uma relação que traga o reconhecimento do outro, a possibilidade de brincar e criar, a crença de que se pode ter um estilo próprio. Assim, o sentimento angustiante de não pertencer a um corpo, a uma família ou a um mundo, não servirá como empecilho para a criação, mas prevalecerá o sentimento de que é possível se expressar de forma verdadeira, ser uma pessoa única e ter seu estilo pessoal de viver. É a família que, em grande parte, possibilita esse encontro, pois é facilitadora do relacionamento e estabelecimento de forte vínculo entre a criança e o terapeuta, fatores fundamentais para o bom andamento do tratamento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente às implicações de prejuízo à saúde física e psíquica relativas à obesidade infantil, a multicausalidade do quadro, e em função da literatura ressaltar que a criança obesa não deve ser compreendida isolada de seu contexto familiar, o objetivo desta pesquisa foi conhecer as características psicodinâmicas de crianças obesas e de seus pais e mães. Por meio da análise realizada, foi possível compreender a influência da relação familiar e o papel dos pais na doença da criança.

Ao investigar os psicodinamismos dos meninos obesos, observou-se um funcionamento semelhante entre eles, já que fazem uso do comer como única forma de se relacionar com o ambiente externo, levando-os a agir no ambiente ao invés de pensar (*acting-out*). Tal atitude é geradora de ansiedade, e, para amenizá-la, voltam a buscar o alimento. Como parecem ‘presos’ nesse círculo, o comer compulsivo não ameniza a ansiedade, é uma tentativa de cura que falha e ainda acaba por proporcionar sentimento de insegurança, baixa auto-estima e não pertencimento familiar.

Essa busca excessiva pelo alimento advém da dificuldade de simbolização e prejuízos na experiência de transicionalidade, devido à presença de uma figura materna que não possibilitou a vivência plena do processo ilusão – desilusão e posterior aquisição da autonomia, e uma figura paterna que não pôde auxiliar a mãe em sua função nem ajudar a criança a adquirir limites adequados para, assim, tolerar as frustrações e estabelecer seu processo de pensar.

Esse prejuízo da doação afetiva materna e paterna acarretou, para as crianças, o sentimento de não terem um lugar no mundo, já que não puderam se apropriar de si mesmas e conhecer, a partir daí, o ambiente externo, fazendo um uso pessoal dele. Essa situação levou a

um prejuízo na expressão da criatividade e no estilo de ser pessoal, o que, em alguns casos, fez com que o self verdadeiro ficasse encoberto pela falta de espontaneidade, sentimento de inutilidade e futilidade perante o mundo.

O conhecimento das características psicodinâmicas das mães dos meninos obesos permitiu compreender que sua dificuldade em exercer a função de mãe suficientemente boa advém da própria experiência que tiveram com suas figuras parentais, já que demonstraram também uma lacuna afetiva, uma dificuldade de integração e um prejuízo quanto à expressão de seu self verdadeiro. Elas apresentaram uma relação anaclítica (de dependência) em relação ao outro, como se precisassem dele para se sentirem 'vivas'. Como precisam do outro, demonstram dificuldade em serem autônomas e, conseqüentemente, de suprir as necessidades dos filhos para que eles também alcancem a autonomia.

Quanto aos pais, o conhecimento de suas características psicodinâmicas indica um funcionamento mais preservado, uma capacidade de ver o outro como diferente deles mesmos, porém acompanhada da dificuldade em vê-lo de uma forma completa e integrada, pois tinham-no como 'destituído' de sexualidade e agressividade (características próprias que eles tiveram dificuldade em entrar em contato). Com isso, percebem a necessidade de cuidado do filho, mas acabam por proporcionar um cuidado mais concreto, pouco afetivo e ligado à materialidade, revelando também dificuldade de doação emocional. Com isso, a autoridade aparecia principalmente através de castigos e punições, sem a característica do cuidado afetivo, o que intensificava a ansiedade dos filhos.

As características dos membros familiares, pai, mãe e filhos estão inter-relacionadas e fazem sentido principalmente se vistas no todo. Sua compreensão isolada é possível, porém pode gerar viéses quanto à forma de olhar a patologia da criança. É possível pensar que essa dinâmica serve como sustentação da doença, especialmente da forma como a criança se relaciona com o objeto externo, neste caso, o alimento.

É imprescindível assinalar a falta de destaque que é dada ao ambiente familiar nas pesquisas que tratam de patologias, em especial a obesidade, tão divulgada e disseminada no mundo todo, além do pouco valor que é atribuído a trabalhos mais complexos, que tentam conciliar pais, mães, filhos e suas dificuldades psicológicas.

Devido a essa rara menção na literatura, este estudo apresentou um caráter diferente e inovador, capaz de auxiliar os profissionais da saúde a discernir possibilidades de prevenção e tratamento da doença. Assim, esta pesquisa revela que muito além da compreensão que se tem do excesso de ingestão alimentar, como decorrente do modelo comportamental de nutrição dos pais transmitido para os filhos, é preciso considerar o aspecto latente, mais abstrato e pouco palpável dessa relação.

A viagem até os conteúdos mais profundos traz muita inquietude e receio de se perder em tantos fatos e vivências. Foi isso que aconteceu comigo, uma experiência repleta de vivências, emoções, conjugações, inter-relações... E, posteriormente, a dificuldade de transmitir tudo isso no papel (concreto), dando ênfase a tudo que fosse importante, ou seja, tudo do todo!

Não sei se isso foi possível, mas a tentativa foi, de certa forma, árdua e prazerosa. Algo como o paradoxo, descrito por Winnicott: uma experiência emocional triste e feliz, sadia e insana, concreta e abstrata...

Espero que a magia e o encanto desse trabalho possam contagiar a todos aqueles que o forem ler, pois também fui encantada por esses personagens, que souberam tão bem escrever e descrever suas histórias, contá-las e vivê-las com tamanha intensidade. Digo que tive muita sorte em poder compartilhar, com todos eles, seus segredos, às vezes tão secretos e inatingíveis. E, ao leitor, deixo a oportunidade de sonhar conosco e criar o que lhe for possível, dentro dos limites de seu mundo ilimitado!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABADI, S. **Transições**: o modelo terapêutico de D. W. Winnicott. Tradução Laila Yazigi de Massuh. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. 233p.

ABIPEME. Associação Brasileira de Anunciantes, Associação Nacional das Empresas de Pesquisa de Mercado (ANEP), Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME). **Critério de classificação sócio-econômica – Brasil** (CCSEB), 1997.

ABRAM, J. **A linguagem de Winnicott**: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Tradução Marcelo Del Grande da Silva. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. 305p.

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 Pediatria**, v. 78, n. 4, p. 335-340, 2002.

ADES, L.; KERBAUY, R. R. Obesidade: Realidades e Indagações. **Psicologia USP**, v. 13, n. 1, p. 197-216, 2002.

AGRAS, W. S.; HAMMER, L. D.; MCNICHOLAS, F.; KRAEMER, H. C. Risk factors for childhood overweight: a prospective study from birth to 9.5 years. **Journal of Pediatrics**, v. 145, n. 1, p. 20-25, 2004.

AGUIAR, F. Método clínico: método clínico? **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 14, n. 3, p. 609-616. 2001.

AJURIAGUERRA, J. **Manual de psiquiatria infantil**. Tradução Paulo César Gerales; Sonia Regina Pacheco Alves. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Masson, 1975. 952p.

ALMEIDA, G.A.N. **Obesidade mórbida em mulheres** – a imagem de si, os estilos alimentares e a qualidade de vida. São Paulo (Ribeirão Preto), 2000. 150 p.

AMILARIAN, M. L. T. M. Pesquisas com o método clínico. In: TRINCA, W. (Org.). **Formas de investigação clínica em psicologia**. São Paulo: Vetor, 1997. p. 157-178.

ANDRADE, T. M.; CAMPOS, A. L. R.; MORAES, D. E. B.; ESCRIVÃO, M. A. M. S.; OLIVEIRA, F. C.; VÍTOLO, M. R.; LOPEZ, F. A.; NÓBREGA, F. J.; FISBERG, M. Estudo psicológico de crianças e adolescentes obesos. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 13, n. 3, p. 88-91, 1995.

ANZIEU, D. La psychanalyse au service de la psychologie. **Nouvelle Revue de Psychanalyse**, v. 20, p. 59-75, 1979.

ATKINSON, P.; HAMMERSLEY, M. Ethnography and participant observation. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. **Handbook of qualitative research**. Califórnia: Sage, 1994. p. 248-261.

ATKINSON, R.; RINGUETTE, E. A survey of biographical and psychological features in extraordinary fatness. **Psychosomatic Medicine**, v. 29, p. 121-133, 1967.

ATTIE, I.; BROOKS-JUNN, J. Development of eating problems in adolescent girls: a longitudinal study. **Developmental Psychology**, v. 25, p. 70-79, 1989.

BAGWELL, C. L.; NEWCOMB, A. F.; BUKOWSKI, W. M. Preadolescent friendship and peer rejection as predictors of adult adjustment. **Child Development**, v. 69, p. 140-153, 1998.

BALABAN, G.; SILVA, G. A. P. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de uma escola da rede privada de Recife. **Jornal de Pediatria**, v. 77, p. 96-100, 2001.

BANIS, H. T.; VARNI, J. W.; WALLANDER, J. L. Psychological and social adjustment of obese children and their families. **Child Care Health & Development**, v. 14, p. 157-173, 1988.

BELLAK, L.; BELLAK, S. S. **Teste de apercepção infantil: com figuras de animais – CAT-A**. Tradução Maria Tereza Antonia Pacheco. São Paulo: Livro Pleno, 2000. 36p.

BERGERET, J. **A personalidade normal e patológica**. Tradução Maria Elísia Valliatti Flores. 3ª. ed. Porto Alegre: ArtMed, 1998. 261p.

BIRCH, L. L. Mother-child interaction pattern and the degree of fatness in children. **Journal of Nutrition Education**, v. 13, n. 1, p. 17-21, 1981.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Tradução Maria João Alvarez; Sara Bahia dos Santos; Telmo Mourinho Baptista. Porto: Editora Porto, 1997. 335p.

BRAET, C.; MERVIELDE, I.; VANDEREYCKEN, W. Psychological aspects of childhood obesity: a controlled study in a clinical and nonclinical sample. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 22, p. 59-71, 1997.

BRUCH, H. Obesity in childhood. IV. Energy expenditure of obese children. **American Journal of Diseases of Children**, v. 60, p. 1082-1109, 1940.

_____. Emotional aspects of obesity in children. **Pediatric Annals**, v. 4, p. 91-99, 1975.

_____. **Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and person within**. New York: Basic Books, 1993. p. 109-174.

BRUSS, M. B.; MORRIS, J.; DANNISON, L. Prevention of childhood obesity: sociocultural and familial factors. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 103, n. 8, p. 1042-1045, 2003.

BRYLINSKEY, J. A.; MOORE, J. C. The identification of body build stereotypes in young children. **Journal Research Personality**, v. 18, p. 170-181, 1994.

BUCHANAN, J. R. Five year psychoanalytic study of obesity. **American Journal of Psychoanalysis**, v. 33, p. 30-38, 1973.

BUSSE, S. R. (Org.). **Anorexia, bulimia e obesidade**. São Paulo: Manole, 2004. 380p.

CAMPBELL, K.; WATERS, E.; MEARA, S. O.; SUMMERBELL, C. Interventions for preventing obesity in childhood: a systematic review. **Obesity Reviews**, v. 2, p. 149-157, 2001.

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

_____. Aspectos psicológicos da obesidade. In: FISBERG, M. (Org.) **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 107-112.

CAMPOS, A. L. R. de; FISBERG, M. Quociente de inteligência de crianças e adolescentes obesos pela Escala Weschsler. In: FISBERG, M. (Org.) **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 113-120.

CHRISTOFFEL, K. K.; FORSYTH, B. W. C. Mirror image of environmental deprivation: severe childhood obesity of psychological origin. **Child Abuse and Neglect**, v. 13, p. 249-256, 1989.

CINTRA, I. P.; COSTA, R. F. de.; FISBERG, M. Composição corporal na infância e adolescência. In: FISBERG, M. (Org.) **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 33-46.

COLUCCI, A. M. Origen da família e mitos do nascimento: observações psicanalíticas. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 31, n. 1, p. 105-196, 1997.

CONDE, F. Las perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en el contexto de la historia de las ciencias. In: DELGADO, J. M.; GUTIÉRREZ, J. **Metodos y tecnicas cualitativas de investigación en ciencias sociais**. Madrid: Editorial Síntesis, 1995. p. 53 – 68.

_____. Procesos e instancias de reducción/formalización de la multidimensionalidad de lo real: proceso de institucionalización/reificación social en la praxis de la investigación social. 1995b. In: DELGADO, J. M.; GUTIÉRREZ, J. **Metodos y tecnicas cualitativas de investigación en ciencias sociais**. Madrid: Editorial Síntesis, 1995. p. 97 – 119.

CONSENSO LATINO AMERICANO. 1998. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.abeso.com.br.htm>>. Acesso em: 14 abr. 2004.

COSTA, R. F.; FISBERG, M. Atividade física e obesidade. In: GORGATTI, M. G.; COSTA, R. F. **Atividade física adaptada**. São Paulo: Manole, 2004. p. 115-132.

COUTINHO, W. Consenso Latino-Americano de obesidade. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 43, n. 1, p. 21-67, 1999.

CREFF, A. F.; HERSCHBERG, A. D. **Manual de Obesidade**. Masson Editeur: Paris, 1983. 240p.

DAMIANI, D.; DAMIANI, D.; OLIVEIRA, R. G. de. Aspectos genéticos da obesidade. In: FISBERG, M. (Org.) **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 25-32.

DAVILA, A. Las perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales: debate teorico e implicaciones praxeologicas. In: DELGADO, J. M.; GUTIÉRREZ, J. **Metodos y tecnicas cualitativas de investigación en ciencias sociais**. Madrid: Editorial Sintesis, 1995. Cap. 2, p. 69 – 83.

DAVISON, K. K.; BIRCH, L. L. Weight Status, Parent Reaction, and Self-Concept in Five-Year-Old Girls. **Pediatrics**, v. 107, p. 46-53, 2001.

DEBRAY, R. **Bebês/mães em revolta**. Tradução Leda Mariza Vieira Fischer. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 178p.

DELGADO, J. M.; GUTIÉRREZ, J. Introducción. In: _____. **Métodos y tecnicas cualitativas de investigación em ciencias sociales**. Madrid: Ed. Sinteses, 1995, p. 25 – 50.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introduction entering the field of qualitative research. In: _____. (Eds.). **Handbook of Qualitative Research**. California: Sage, 1994. p. 1-17.

DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. Rio de Janeiro: Imago, 2003. 339p.

DIETZ, W. H. Periods of risk in childhood for the development of adult obesity – what do we need to learn? **The Journal of Nutrition**, v. 127, p. 1884S-1886S, 1997.

DIETZ, W. H.; BELLIZZI, M. C. Introduction: the use of body mass index to assess obesity in children. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 70, p. 123S-5S, 1999.

ENGSTROM, E. M.; ANJOS, L. A. Relação entre o estado nutricional materno e sobrepeso nas crianças brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 233-239, 1996.

EPSTEIN, L. H.; VALOSKI, A.; WING, R. R.; McCURLEY, J. Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment of childhood obesity. **Health Psychology**, v. 13, p. 373-383, 1994.

ERICKSON, S. J.; ROBINSON, T. N.; HAYDEL, K. F.; KILLEN, J. D. Are overweight children unhappy? Body mass index, depressive symptoms, and overweight concerns in elementary school children. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 154, p. 931-935, 2000.

FAVARO, A.; SANTONASTASO, P. Effects of parents' psychological characteristics and eating behaviour on childhood obesity and dietary compliance. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 39, n. 2, p. 145-151, 1995.

FELLITI, V. J. Childhood sexual abuse, depression, and family dysfunction in adult obese patients. **Southern Medical Journal**, v. 86, p. 732-736, 1993.

FISBERG, M. Primeiras palavras: uma introdução ao problema do peso excessivo. In: _____. (Org.). **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 1-10.

FISBERG, M.; CINTRA, I. P.; OLIVEIRA, C. L. de. Epidemiologia e diagnóstico da obesidade: abordagem inicial. In: FISBERG, M. (Org.) **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 11-16.

FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. Volume VII. Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. [cd-rom]. Comentários e notas: James Strachey. Imago Editora, 1905.

FREUD, S. **Névrose, psychose e perversion**. 11^a. ed. Paris: PUF, 1999. 306p.

GANLEY, R. M. Epistemology, family patterns, and psychosomatics: the case of obesity. **Family Process**, v. 25, p. 437-451, 1986.

GEERTZ, C. Thick description: toward an interpretive theory of culture. In: _____. **The interpretation of cultures: selected essays**. New York: Basic Books, 1973, p. 3-30.

GORTMAKER S. L., MUST A., PERRIN J. M., SOBOL A. M.; DIETZ W. H. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. **New England Journal of Medicine**, v. 9, p. 131-138, 1993.

GRUNSPUN, H. **Distúrbios neuróticos da criança: psicopatologia e psicodinâmica**. 5^a ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. 584p.

HAMBURGER, W. W. Psychological aspects of obesity. **Bulletin of the New York Academy of Medicine**, v. 33, p. 771-782, 1957.

HAMMER, L. D.; KRAEMER, H. C.; WILSON, D. M.; RITTER, P. L.; DORNBUSCH, S. M. Standardized percentile curves of body-mass index for children and adolescents. **American Journal of Disease of Child**, v. 145, p. 259-263, 1991.

HILL, A. J.; DRAPER, E.; STACK, J. A. Weight on children's minds: body shape dissatisfaction at 9 years old. **International Journal of Obesity**, v. 18, p. 383-389, 1994.

HYDER, M. The caloric content, macronutrient composition, and portion size of children's meals in restaurants: A risk factor for childhood obesity? **Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering**, v. 64, n. 3B, p. 1478, 2003.

JACKEMIN, A.; BARBIERI, V.; OKINO, E. T. **O teste de apercepção temática – TAT**. (apostila do Centro de Pesquisa em Psicodiagnóstico da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo). Ribeirão Preto, 2001.

JONIDES, L.; BUSCHBACHER, V.; BARLOW, S. E. Management of Child and Adolescent Obesity: Psychological, Emotional, and Behavioral Assessment. **Pediatrics**, v. 110, p. 215-221, 2002.

KAHTALIAN, A. Obesidade: um desafio. In: MELLO FILHO, J. de (Coord.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 273-277.

KAUFMAN, A. **Obesity is Lifestyle**. (s/d). Disponível em: <http://www.revistapsicologia.com.br/ingles/m_estado_de_alerta_ingles.htm>. Acesso em: 07 mai. 2004.

KAUFMAN, A. Obesidade infanto-juvenil. **Pediatria Moderna**, v. 35, n. 4, p. 218-222, 1999.

KIESS, W.; GALLER, A.; REICH, A.; MÜLLER, G.; KAPELLEN, T.; DEUTSCHER, J.; RAILE, K.; KRATZSCH, J. Clinical aspects of obesity in childhood and adolescence. **Obesity Reviews**, v. 2, p. 29-36, 2001.

KIMM, S. Y. S.; SWEENEY, C. G.; JANOSKY, J. E.; MACMILLAN, J. P. Self-concept measures and childhood obesity: a descriptive analysis. **Development Behavior Pediatric**, v. 12, p. 19-24, 1991.

KLEIN, M.; SHARP, E. F.; MIDDLEMORE, M. P.; SEARL, N.; ISSACS, S. **A educação de crianças à luz da investigação psicanalítica**. Tradução Ana Mazur Spira. Rio de Janeiro: Imago, 1973. 186p.

_____, M. **Amor culpa e reparação** e outros trabalhos. Tradução André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996. 504p.

KUMANYIKA, S. Ethnicity and obesity development in children. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 699, p. 81-90, 1993.

LEMES, S. O. Acompanhamento emocional da obesidade na infância e adolescência. In: FISBERG, M. (Org.) **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 95-106.

LEWIS, C.; DESSEN, M. A. O pai no contexto familiar psicológico. **Teoria e Pesquisa**, v. 15, Suppl 1, p. 9-16, 1999.

LINET, O.; METZLER, C. Emotional status during weight reduction program. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 42, p. 228-232, 1981.

LISSAU, I.; SORENSEN, T. I. A. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. **Lancet**, v. 343, p. 324-327, 1994.

LOBSTEIN, T.; BAUR, L.; UAUY, R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. **Obesity Reviews**, v. 5, Suppl. 1, p. 4-85, 2004.

LOBSTEIN, T.; DIBB, S. Evidence of a possible link between obesogenic food advertising and child overweight. **Obesity Reviews**, v. 6, p. 203-208, 2005.

LOKE, K. Y. Consequences of childhood and adolescent obesity. **Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition**, v. 11, n. 3, p. S702-S704, 2002.

LOLI, M. S. A. **Obesidade como sintoma: uma leitura psicanalítica**. São Paulo: Vetor, 2000. 155p.

LUZURIAGA, I. **La inteligencia contra si misma**. Buenos Aires: Psique, 1987, 128p.

MAC DOUGALL, J. **Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1996. 194p.

_____. **Psicanalistas de hoje**. Tradução Mônica Seincman. São Paulo: Via Lettera, 1999. 158p.

MACHOVER, K. **Personality profection in the drawing of the human figure**. Springfield: Charles C. Thomas, 1949. 181p.

MALLORY, G. B. J. R.; FISHER, D.; JACKSON, R. Sleep-associated breathing disorders in morbidly obese children and adolescents. **Journal of Pediatric**, v. 115, p. 892-897, 1989.

MARTHA, T. B.; PERES, S. P. B. A.; FISBERG, M. Prevalência de sobrepeso ou obesidade em crianças com fissura labial e/ou palatal em atendimento ambulatorial. In: FISBERG, M.

(Org.) **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 65-78.

MARTORELL, R.; KHAN, L. K.; HUGHES, M. L.; GRUMMER-STRAWN, L. M. Obesity in Latin American Women and Children. **The Journal of Nutrition**, v. 128, p. 1464-1473, 1998.

MARTY, P. **A psicossomática do adulto**. Tradução Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 93p.

MAXWELL, J. A. Understanding and validity in qualitative research. **Harvard Educational Review**, v. 63, p. 279-300, 1992.

MAYNARD, L. M.; WISEMANDLE, W.; ROCHE, A. F.; CHUMLEA, WM. C.; GUO, S. S.; SIERVOGEL, R. M. Childhood Body Composition in Relation to Body Mass Index. **Pediatrics**, v. 107, p. 344-350, 2001.

MAYNARD, L. M.; GALUSKA, D.A.; BLANCK, H. M; SERDULA, M. K. Maternal Perceptions of Weight Status of Children. **Pediatrics**, v. 111, p. 1226-1231, 2003.

MEZAN, R. Pesquisa teórica em psicanálise. **Psicanálise e Universidade**, v. 2, p. 51-75, 1999.

MICIC, D. Obesity in children and adolescents – a new epidemic? Consequences in adult life. **Journal Pediatric Endocrinology**, v. 14, p. 1345-1352, 2001.

MILLS, J. K.; ANDRIANOPOULOS, G. D. The relationship between childhood onset obesity and psychopathology in adulthood. **The Journal of Psychology**, v. 127, n. 5, p. 547-551, 1993.

MISHIMA, F. K. T.; BARBIERI, V. A expressão da criatividade e do brincar em crianças obesas. In: CONGRESO LATINOAMERICANO DE RORSCHACH Y METODOS PROYECTIVOS, 13., 2006, Peru. **Resumos...** Lima: Congreso Latinoamericano de Rorschach y Métodos Proyectivos, 2006.

MONTEIRO, P. O. A.; VICTORA, C. G. Rapid growth in infancy and childhood and obesity in later life – a systematic review. **Obesity Reviews**, v. 6, p. 143-154, 2005.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; de SOUZA, A. L.; POPKIN, B. M. The nutrition transition in Brazil. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 49, p. 105-113, 1995.

MOORE, L. L.; LOMBARDI, D. A.; WHITE, M. J.; CAMPBELL, J. L.; OLIVERIA, S. A.; ELLISON, R. C. Influence of parents' physical activity levels on activity levels of young children. **Journal of Pediatrics**, v. 118, p. 215-219, 1991.

MORAN, R. Evaluation and treatment of childhood obesity. **American Family Physician**, v. 59, p. 861-868, 1999.

MORSE, J. M. Designing tunded qualitative reserch. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. **Handbook of qualitative research**. Califórnia: Sage, 1984. p. 220-235.

MORVAL, M. V. G. **Le TAT et les fonctions du moi – propêdeutique à l'usage du psychologue clinicien**. 2^a. ed. Canadá: Les presses de l'Université de Montréal, 1982. 125p.

MUDANÇA DE HÁBITO. Disponível em: <<http://jbonline.terra.com.br /papel/cadernos/vida/2004/02/13/jorvda20040213002.html>>. Acesso em: 15 abr. 2004.

MYERS, S.; VARGAS, Z. Parental perceptions of the preschool obese child. **Pediatric Nursing**, v. 26, p. 23-30, 2000.

NASIO, J. D. **Os grandes casos de psicose**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. 244p.

NEUMARK-SZTAINER, D; STORY, M.; HARRIS, T. Beliefs and attitudes about obesity among teachers and school health care providers working with adolescents. **Journal Nutrition Education**, v. 31, p. 3-9, 1999.

NÓBREGA, F. J.; CAMPOS, A. L. R. **Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe e filho**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. 88p.

OLIVEIRA, A. M. A. de; CERQUEIRA, E. M. M.; OLIVEIRA, A. C. de. Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil na cidade de Feira de Santana-BA: detecção na família x diagnóstico clínico. **Journal of Pediatric**, v. 74, n. 4, p. 325-328, 2003.

OUTEIRAL, J. A tradição freudiana de Donald Winnicott – a situação edípica. E sobre o pai? **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 36, n. 4, p. 757-778, 2002.

PARSONS, T. J.; POWER, C.; LOGAN, S.; SUMMERBELL, C. D. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. **International Journal of Obesity**, v. 23 (Suppl. 8), p. S1 – S107, 1999.

PIERCE, J. M.; WARDLE, J. Self-esteem, parental appraisal and body size in children. **Journal Child Psychology Psychiatry**, v. 34, p. 1125-1136, 1993.

PIETROBELLI, A.; FAITH, M. S.; ALLISON, D. B.; GALLAGHER, D.; CHIUMELLO, G.; HEYMSFIELD, S. B. Body mass index as a measure of adiposity among children and adolescents: a validation study. **Journal of Pediatrics**, v. 132, p. 204-210, 1998.

PINHAS-HAMIEL, O.; DOLAN, L. M.; DANIELS, S. R.; STANDIFORD, D.; KHOURY, P. R.; ZEITLER, P. Increased incidence of non-insulin diabetes mellitus among adolescents. **Journal of Pediatrics**, v. 128, p. 608-615, 1996.

POPKIN, B. M. The nutrition transition in low income countries: an emerging crisis. **Nutrition Review**, v. 52, p. 285-298, 1994.

PRICE, J. H.; DESMOND, S. M.; STELZER, C. M. Elementary school principals' perceptions of childhood obesity. **Journal School Health**, v. 57, p. 367-370, 1987.

PUHL, R.; BROWNELL, K. D. Bias, discrimination and obesity. **Obesity Research**, v. 9, p. 788-805, 2001.

RAMES, L. K.; CLARKE, W. R.; CONNOR, W. E.; REITER, M. A.; LAUER, R. M. Normal blood pressures and the elevation of sustained blood pressure elevation in childhood: the Muscatine Study. **Pediatrics**, v. 61, p. 245-251, 1978.

RAMOS, M.; STEIN, L. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de Pediatria**, v. 76, Suppl. 3, p. 229-237, 2000.

REITERER, E. E.; SUDI, K. M.; MAYER, A. Changes in leptin, insulin and body composition in obese children during a weight reduction program. **Journal Pediatric Endocrinology Metabolism**, v. 12, p. 853-862, 1999.

REPETTO, G.; RIZZOLLI, J.; BONATTO, C. Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso: here, there, and everywhere. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, v. 47, n. 6, p. 633-635, 2003.

RICHARDSON, S.; GOODMAN, N.; HASTORF, A.; DORNBUSCH, S. Cultural uniformity and reaction to physical disability. **American Social Review**, n. 26, p. 241-247, 1961.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dictionnaire de la psychanalyse**. Paris: Fayard, 1997. 1200p.

SAFRA, G. **A face estética do self**: teoria e clínica. São Paulo: Unimarco Editora, 2005. 174p.

SCHWARTZ, M. B.; PUHL, R. Childhood obesity: a societal problem to solve. **Obesity Reviews**, v. 4, p. 57-71, 2003.

SCOTT, R. W. Field methods in the study of organizations. In: MARCH, J. G. (Ed.). **Handbook of organizations**. Chicago: Rand McNally, 1965. p. 514-580.

SERDULA, M. K.; IVERY, D.; COATES, R. J.; FREEDMAN, D. S.; WILLIAMSON, D. F.; BYERS, T. Do obese children become obese adults? – A review of the literature. **Preventive Medicine**, v. 22, p. 167-77, 1993.

SHELOW, D.; HASSINK, W.; WALLACE, W.; DELANCEY, E. The relationship between self-esteem and depression in obese children. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 699, p. 289-291, 1993.

SINHA, D. P. Changing patterns of food, nutrition and health in the Caribbean. **Nutrition Research**, v. 15, p. 899-938, 1995.

SOIFER, R. **Psicodinamismos da família com crianças**: terapia familiar com técnica de jogo. Tradução Ephrain Ferreira Alves. Petrópolis: Vozes, 1983. 271p.

_____. **Psiquiatria infantil operativa**. Vol I: Psicologia Evolutiva e Vol. II: Psicopatologia. 2ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p. 112-172.

SOTHERN, M. S.; LOFTIN, J. M.; UDALL, J. N.; SUSKIND, R. M.; EWING, T. L.; TANG, S. C.; BLCKER, U. Inclusion of resistance exercise in a multidisciplinary outpatient treatment program for preadolescent obese children. **Southern Medical Journal**, v. 92, p. 585-592, 1999.

SPADA, P. V. **Obesidade infantil**: aspectos emocionais e vínculo mãe/filho. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. 39p.

STAKE, R. E. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Ed.). **Handbook of Qualitative Research Thousand Oaks**. 2. ed. London: Sage Publications, 2000. p. 435 – 454.

STETTLER, N. Comment: the global epidemic of childhood obesity: is there a role for the paediatrician? **Obesity Reviews**, v. 5, Suppl. 1, p. 1-3, 2004.

STEWART, J **Why Must we be Concerned About Obesity?** College of Liberal Arts - California Polytechnic State University: San Luis Obispo, Chapter 1, 1995.

STRADMEIJER, M.; BOSCH, J.; KOOPS, W.; SEIDELL, J. Family functioning and psychosocial adjustment in overweight youngsters. **International Journal of Eating Disorder**, v. 27, p. 110-114, 2000.

STRAUSS, R. S.; KNIGHT, J. Influence of the home environment on the development of obesity in children. **Pediatrics**, v. 103, n. 6, e85, 1999.

STRAUSS, R. S. Childhood obesity. **Current Problems in Pediatric**, v. 29, p. 1-29, 1999.

STUNKARD, A. J.; SORENSEN, T. I. A.; HANIS, C.; TEASDALE, T. W.; CHAKRABORTY, R.; SCHULL, W. J.; SCHULSINGER, F. News about obesity. **The New England Journal of Medicine**, v. 315, p. 130-131, 1986.

SUN, M.; SCHUTZ, Y.; MAFFEIS, C. Substrate metabolism, nutrient balance and obesity development in children and adolescents: a target for intervention? **Obesity Reviews**, v. 5, p. 183-188, 2004.

TADDEI, J. A. A. C. Epidemiologia da obesidade na infância. **Pediatria Moderna**, v. 29, n. 2, p. 111-115, 1993.

TAYLOR S.J.; BOGDAN, R. **Introducción a los métodos cualitativos de investigación**. Barcelona: Paidós, 1998. 344p.

THOMPSON, S. H.; CORWIN, S. J.; SARGENT, R. G. Ideal body size beliefs and weight concerns of fourth-grade children. **International Journal of Eating Disorder**, v. 21, p. 279-284, 1997.

TROIANO R. P.; FLEGAL, K. M. Overweight children and adolescents: description, epidemiology, and demographics. **Pediatrics**, v. 101, p. 497-504, 2001.

VALLES, M.S. **Técnicas cualitativas de investigación social**: Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Ed. Síntesis Sociología, 1997. 430p.

VAN KOLCK, O. L. **Testes Projetivos Gráficos no Diagnóstico Psicológico**. Temas Básicos de Psicologia, v. 5. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 1984. 101p.

VAUGHAN, D. Theory elaboration: the heuristics of case analysis. In: RAGIN, C. C.; BECKER, H. S. (Ed.). **What is a case? Exploring the foundations of social inquiry**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. p. 173-292.

VOTRUBA, S. B.; HORVITZ, M. A.; SHOELLER, D. A. The role of exercise in the treatment of obesity. **Nutrition**, v. 16, p. 179-188, 2000.

WALKER, A. R. P. Nutrition-related diseases in Southern Africa: with special reference to urban African populations in transition. **Nutrition Research**, v. 15, p. 1053-1095, 1995.

WARDLE, J.; VOLZ, C.; GOLDING, C. Social variation in attitudes to obesity in children. **International Journal of Obesity**, v. 19, p. 562-569, 1995.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Tradução João Octávio de Aguiar Abreu; Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975. 207p.

_____. **A criança e o seu mundo**. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1982. 270p.

_____. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 268p.

_____. **A família e o desenvolvimento individual**. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 1997. 247p.

_____. **Privação e delinquência**. Tradução Álvaro Cabral. 3ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 322p.

_____. **Da pediatria à psicanálise**. Tradução Davy Bogolometz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. 455p.

_____. **Pensando sobre crianças**. Tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005. 292p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: World Health Organization, 1995, WHO Technical Report Series 854. p. 1-452

ZAMETKIN, A. J.; ZOON, C. K.; KLEIN, H. W.; MUNSON, S. Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: a review of the past 10 years. **Journal of American Academy Child & Adolescent Psychiatry**, v. 43, n. 2, p. 134-150, 2004.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica** – uma abordagem didática. Porto Alegre: ArtMed, 1999. 478p.

ANEXOS

ANEXO A – Roteiro da Anamnese

I – Identificação

Data:

Criança

Nome:

Endereço:

Telefone:

Data de nascimento:

Idade:

Peso: Altura:

IMC-por-idade:

Cor: () Branca () Não branca

Escolaridade:

Tem irmãos? Quantos?

Pai

Nome:

Idade:

Profissão:

Escolaridade:

Naturalidade:

Procedência:

() Urbana

() Rural

Mãe

Nome:

Idade:

Profissão:

Escolaridade:

Naturalidade:

Procedência:

() Urbana

() Rural

II – História Pessoal da Criança

1 – Gestação e parto

- 1.1. Qual a posição da criança na ordem de gestação e dos nascimentos?
- 1.2. Em que circunstâncias ocorreu a gravidez? Como os pais se sentiram?
- 1.3. Qual a reação dos pais aos primeiros movimentos do bebê?
- 1.4. Qual foi a duração da gravidez? Como foi o parto?
- 1.5. Quais as condições da criança após o parto?
- 1.6. Como a mãe se sentiu após o nascimento? E o pai?
- 1.7. O nascimento acarretou modificações na vida familiar?
- 1.8. Há algo a acrescentar?

2 – Alimentação e sono

- 2.1. Como os pais reagem diante do choro da criança?
- 2.2. A criança foi amamentada no peito? Por quanto tempo? Com que frequência?
- 2.3. Quais as condições em que a amamentação acontecia?
- 2.4. Como a criança reagia no momento da amamentação?
- 2.5. Como a mãe se sentia no momento da amamentação?
- 2.6. Como ocorreu o desmame?
- 2.7. Qual era o temperamento da criança nesta fase?
- 2.8. Quando foi introduzida a papinha? Qual a reação da criança?
- 2.9. Quando a criança começou a comer sozinha?
- 2.10. Houve rejeição da alimentação alguma vez? Como os pais reagiram?
- 2.11. A criança teve preferência por algum tipo de alimentação? Como é hoje?
- 2.12. Quando surgiram os primeiros dentes? Qual a reação da criança?

2.13. A criança fez uso de chupeta? Ela chupou o dedo?

2.14. Como é o sono da criança?

3 – Desenvolvimento psicomotor

3.1. Quando a criança sustentou a cabeça, sentou e engatinhou pela primeira vez?

3.2. Quando começou a andar? Qual a participação dos pais neste processo?

3.3. Quando pronunciou as primeiras palavras?

3.4. A criança tem ou teve tiques?

3.5. Quando a criança adquiriu o controle dos esfíncteres? Quem ensinou?

4 – Sexualidade

4.1. A criança mostra curiosidade sexual?

4.2. Como os pais se sentem frente a esta curiosidade?

4.3. A criança costuma masturbar-se?

4.4. Como os pais se sentem?

4.5. A criança tem brincadeiras sexuais com outras?

III – Lazer

1. Quanto tempo a criança dispõe para brincar?

2. Quais as atividades de recreação e lazer que a criança prefere?

3. Ela encontra ou já encontrou dificuldades para desenvolver tais atividades por causa do seu peso?

Se sim, descreva-as.

4. O que os pais pensam das atividades que a criança prefere? Há algum tipo de controle por parte deles?

IV – História do peso e da alimentação

1. Quando se iniciou a obesidade da criança?

2. Como foi a evolução do peso da criança?

3. Como os pais vêem o peso atual da criança? O que acham que ela sente?

4. Existem situações específicas em que a criança come mais? Se sim, quais?

V – Situação de Saúde Atual

1. Como é a saúde da criança? Que doenças ela já teve?

2. Considerando este último mês, como a criança está se sentindo em relação à sua saúde física? Por que?

3. Considerando este último mês, como a criança está se sentindo em relação à sua saúde mental? Por que?

4. Ela sofre de alguma dessas doenças citada a seguir?

() Hipertensão arterial () Diabetes Mellito () Problema cardíaco. Qual?

() Problema ortopédico. Qual?

() Problema com relação ao sono? Qual?

() Tireoideopatia () Outras. Especificar:

4. Ela está sob tratamento de alguma doença? Se sim, especifique.

VI – Relacionamento Interpessoal

1. Com que idade a criança ingressou na escola? Como ela reagiu e como foi sua adaptação?

2. Como é o relacionamento da criança com colegas e professores?

3. De uma forma geral, como é o relacionamento da criança com as pessoas? Como os pais acreditam que ela se vê nos seus relacionamentos?

4. Ela é uma pessoa que faz amizades com facilidade ou não?
5. A criança acha que o seu peso interfere no relacionamento com as pessoas? Se sim, de que forma?

VII – Personalidade infantil

1. Como é o temperamento da criança?
2. Ela apresenta medo de alguma coisa? Como os pais reagem frente a isso?
3. A criança participa ou já participou de grupos que se envolveram em atividades não aceitas pelas normas sociais?
4. A criança faz ou já fez uso de drogas?
5. A criança é ou já foi apegada a algum objeto especial?
6. A criança já apresentou comportamentos como roer unhas, bater a cabeça ou balançar-se continuamente?

VIII – Caracterização da família

1. Como os pais se descrevem em termos de saúde?
2. Como os pais se descrevem em termos de personalidade?
3. Alguém da família já procurou assistência psicológica ou psiquiátrica?
4. Como cada um dos pais se relaciona com cada filho?
5. Para os pais, o que é mais importante na educação dos filhos? Que métodos eles empregam para educá-los?
6. Quais as expectativas que os pais têm em relação à criança?
7. A mãe trabalha fora do lar? Por quanto tempo? E o pai?
8. Quem cuida da criança quando os pais estão ausentes?
9. (Se a criança tem irmãos). Qual a idade e o sexo de cada irmão?
10. Como a criança se relaciona com cada um dos irmãos?
11. Há outras pessoas que compõem a família? (Se sim) Como a criança se relaciona com elas?
12. A família já morou em outros lugares ou não?
13. A família costuma frequentar lugares como clubes, parques ou igrejas? (Se sim) Qual a reação da criança nestas ocasiões?
14. Em geral, como é o dia de aniversário da criança?
15. Descreva um dia de vida da criança.

**ANEXO B – Inquérito abreviado para o desenho da figura humana (Machover, 1949),
adaptado de Van Kolck (1984), para crianças**

NOME:

IDADE:

SEXO:

INSTRUÇÃO:

AVALIADOR:

DATA DE APLICAÇÃO: / / .

I. Primeira figura

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
2. Qual a sua idade?
3. O que ele (a) está fazendo?
4. Está triste ou alegre?
5. Ele (a) é inteligente?
6. Tem boa saúde?
7. É bonito (a)?
8. Qual é a parte mais bonita do seu corpo? E a mais feia?
9. Tem muitos amigos? Mais velhos ou mais novos?
10. O que as pessoas dizem dele (a)?
11. O que mais deseja e o que mais detesta?

II. Segunda figura

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
2. Qual a sua idade?
3. O que ele (a) está fazendo?
4. Está triste ou alegre?
5. Ele (a) é inteligente?
6. Tem boa saúde?
7. É bonito (a)?
8. Qual é a parte mais bonita do seu corpo? E a mais feia?
9. Tem muitos amigos? Mais velhos ou mais novos?
10. O que as pessoas dizem dele (a)?
11. O que mais deseja e o que mais detesta?

**ANEXO C – Inquérito abreviado para o desenho da figura humana (Machover, 1949),
adaptado de Van Kolck (1984), para adultos**

NOME:

IDADE:

AVALIADOR:

SEXO:

INSTRUÇÃO:

DATA DE APLICAÇÃO: / / .

I. Primeira figura

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
2. Qual a sua idade?
3. O que esta pessoa está fazendo? O que está pensando?
4. Está triste ou alegre?
5. É casada? Tem filhos?
6. Está mais ligada ao pai ou à mãe?
7. Qual a melhor parte de seu corpo? Por quê?
8. E a pior? Por quê?
9. O que as pessoas dizem dela?
10. O que mais deseja e o que mais detesta?

II. Segunda figura

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
2. Qual a sua idade?
3. O que esta pessoa está fazendo? O que está pensando?
4. Está triste ou alegre?
5. É casada? Tem filhos?
6. Está mais ligada ao pai ou à mãe?
7. Qual a melhor parte de seu corpo? Por quê?
8. E a pior? Por quê?
9. O que as pessoas dizem dela?
10. O que mais deseja e o que mais detesta?

ANEXO D – Classificação sócio-econômica (ABIPEME, 1997)

NOME: _____ DATA: ____/____/____

Classificação sócio-econômica – ABIPEME (1997)

Dados de Classificação

A- Quem é o chefe-de-família na sua casa?

() o próprio entrevistado

() outrem: Quem: _____

B- Qual foi o grau de instrução mais alto que o chefe-de-família obteve? Qual o último ano de escola que o chefe-de-família cursou?

Categorias para a classificação

Pontos ABIPEME

- não estudou primário completo	0
- primário completo e ginásio incompleto	5
- ginásio completo e colegial incompleto	10
- colegial completo e universitário incompleto	15
- universitário completo	21

C- Na sua casa tem (cada item abaixo)?

Não

Sim

- aparelho de vídeo cassete	()	10
- máquina de lavar roupa	()	8
- geladeira	()	7
- aspirador de pó	()	6

D- Quantos (cada item abaixo) existem em sua casa?

Itens possuídos	Nenhum	1	2	3	4	5	6/+
carros		4	9	13	18	22	26
TV a cores		4	7	14	14	18	22
banheiros		2	5	10	10	12	15
empregados mens.		5	11	21	21	26	32
rádios		2	3	6	6	8	9
Total: _____							

Classe sócio-econômica pelo total de pontos ABIPEME:

Total: _____

A > ou = a 89

B 59 a 88

C 35 a 58

D 20 a 34

E < ou = 19

ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Senhores pais,

Apresento-me como psicóloga e participante do curso de Pós-graduação de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, sob orientação da Profa. Dra. Valéria Barbieri do Departamento de Psicologia e Educação. Neste momento estou desenvolvendo um projeto de pesquisa sobre a obesidade infantil e os aspectos psicológicos relativos à dinâmica familiar nela envolvidos. Este estudo tem como objetivo conhecer as características psicodinâmicas de pais e crianças, buscando identificar aquelas que estejam sustentando a obesidade infantil. Para tanto, como seu filho apresenta obesidade infantil, venho por meio desta solicitar a sua colaboração, autorizando a participação dele nesta pesquisa.

Além das atividades com a criança, o método envolve um trabalho com os pais que, ao seu final, terão uma devolutiva do andamento do trabalho. Como o estudo envolve a dinâmica familiar e aspectos referentes à personalidade dos pais, também será feita uma avaliação de vocês. Em termos mais específicos, os procedimentos aplicados serão os seguintes:

1. com a criança: duas sessões, nas quais serão realizadas atividades envolvendo aplicações de testes e desenhos.

2. com os pais: haverá uma entrevista em que preferencialmente ambos os pais estarão presentes, nas quais se abordará a história de vida do filho; depois serão realizadas duas sessões com cada um dos pais, em que haverá a aplicação de uma técnica de investigação da personalidade e devolução dos resultados.

Assim, estão previstos dois encontros com a criança, um com ambos os pais e dois com cada um deles, totalizando cinco sessões. Todos os casos serão atendidos por mim, e as sessões serão realizadas no Centro de Psicologia Aplicada da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da USP, em horário a combinar, respeitando a disponibilidade da família.

Se ao final do tratamento for constatada necessidade de atendimento psicológico, seu filho poderá ser encaminhado para o próprio Centro de Psicologia Aplicada (CPA) ou para outras instituições que ofereçam este serviço.

Todas as informações obtidas durante o trabalho são de caráter confidencial, e embora os dados possam ser divulgados em congressos e artigos científicos de circulação restrita entre os profissionais da área, haverá alteração da identificação dos participantes, de modo a preservar o sigilo ético.

Gostaria de salientar que sua colaboração é voluntária, sendo que a recusa a participar ou a desistência ao longo do processo não implicam em qualquer tipo de penalidade ou ônus. Ainda, o seu filho também será consultado quanto ao desejo de participar do trabalho, e a sua opinião, será respeitada. Se vocês necessitarem de qualquer informação adicional anterior ao início da pesquisa ou no decorrer dela, poderão requerê-la diretamente comigo ou com a psicóloga e docente Valéria Barbieri. Caso concordem em assinar, solicito que assinem o termo de autorização em anexo. Sem mais para o momento, agradeço e coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Fernanda Kimie Tavares Mishima
Telefone: (16) 36023798
(16) 37264377

Profa. Dra. Valéria Barbieri
Centro de Psicologia Aplicada
FFCLRP-USP

AUTORIZAÇÃO

Concordo em participar da pesquisa desenvolvida pela aluna da Pós-graduação Fernanda Kimie Tavares Mishima, e também autorizo a participação de meu filho _____ nela. Declaro estar ciente das informações contidas no Termo de Consentimento Esclarecido, do qual guardo uma cópia.

Em caso de recusa:

() Não concordo em participar da pesquisa.

Pai

Mãe

Data: __/__/____

ANEXO F – Autorização do médico responsável pelo Ambulatório de Obesidade da Infância e Adolescência do HC-FMRP-USP

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, por meio desta, que a Psicóloga Fernanda Kimie Tavares Mishima (CRP: 06/74330), pesquisadora responsável pelo projeto intitulado “*Investigação das características psicodinâmicas de crianças obesas dentro do contexto familiar*”, sob orientação da Psicóloga Prof. Dra. Valéria Barbieri, mediante programa de pós-graduação, nível mestrado, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, irá desenvolver parte de sua pesquisa (referente à coleta de dados) no Ambulatório de Obesidade da Infância e Adolescência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, submetido à minha responsabilidade.

Ribeirão Preto, 22 de setembro de 2004.

Prof.ª Dr.ª Heloisa Bettiol
CRM: 40459

Responsável pelo Ambulatório de Obesidade
da Infância e Adolescência do HC-FMRP-USP

ANEXO G – Aprovação do projeto de Mestrado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 29 de outubro de 2004

Ofício nº 2962/2004
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado
“INVESTIGAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS PSICODINÂMICAS DE CRIANÇAS OBESAS DENTRO DO CONTEXTO FAMILIAR” foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em sua 191ª Reunião Ordinária realizada em 25.10.2004, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 10863/2004.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
FERNANDA KIMIE TAVARES MISHIMA
PROFª DRª VALÉRIA BARBIERI (Orientadora)
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras-USP
Depto. de Psicologia e Educação
Em mãos

ANEXO H – Anamnese realizada com os pais de Antônio – Sueli e Fernando

I – Identificação

Data: 17/09/05

Criança

Nome: Antônio

Endereço:

Telefone:

Data de nascimento: 14/05/96

Idade: 9 anos

Peso: 46kg

Altura: 1,44m

IMC-por-idade: 22,18 $\geq$ 95%

Cor: (X) Branca () Não branca

Escolaridade: 3ª. Série do ensino fundamental

Tem irmãos? Quantos? Sim, um irmão de 12 anos.

Pai

Nome: Fernando

Idade: 36

Profissão: analista de sistemas

Escolaridade: Técnico

Naturalidade: Brasileira

Procedência: Orlândia

(X) Urbana

() Rural

Mãe

Nome: Sueli

Idade: 46

Profissão: escriturária

Escolaridade: Superior Completo

Naturalidade: Brasileira

Procedência: Orlândia

(X) Urbana

() Rural

II – História Pessoal da Criança

1 – Gestação e parto

1.1 Qual a posição da criança na ordem de gestação e dos nascimentos?

Filho mais novo.

1.2 Em que circunstâncias ocorreu a gravidez? Como os pais se sentiram?

Ele foi planejado. Sentiram-se bem.

1.3 Qual a reação dos pais aos primeiros movimentos do bebê?

Eu amei, adorava ver o pezão dele enorme, na barriga (mãe), ele já era grande quando tava na barriga.

1.4 Qual foi a duração da gravidez? Como foi o parto?

Nove meses. Parto normal.

1.5 Quais as condições da criança após o parto?

Super bem.

Ele dormia a noite inteira, deitava à noite, acordava às seis da manhã, do jeito que punha ficava (pai).

1.6 Como a mãe se sentiu após o nascimento? E o pai?

Foi bem melhor, eu me senti aliviada, do primeiro filho eu tive depressão pós-parto, e desse não (mãe).

Fiquei contente, mas começar tudo de novo... acordar de noite... desanimava um pouco (pai).

1.7 O nascimento acarretou modificações na vida familiar?

Modifica, ensinar o outro a compartilhar, a dar carinho, por que dar mais cuidado ao outro, tinha que explicar isso ao outro filho (pai).

1.8 Há algo a acrescentar?

Tem ciúmes do irmão mais agora (pai).

Durante a gestação, eu briguei muito com F. (marido), por causa da minha cunhada, fiquei extremamente nervosa, até deixava de comer (mãe).

2 – Alimentação e sono

2.1. Como os pais reagem diante do choro da criança?

Era até gostoso de ouvir, difícil ele chorar. O choro era geralmente fome, trocar fraldas. Só preocupava quando era dor de ouvido (mãe).

2.2. A criança foi amamentada no peito? Por quanto tempo? Com que frequência?

Infelizmente não, porque eu não tive leite, pra nenhum deles. Ele foi amamentado pelo pai, com a mamadeira (mãe).

2.3. Quais as condições em que a amamentação acontecia?

Normal. Nunca foi acordado pra mamar, acordava sozinho. Eu colocava a mamadeira na boca enquanto ele dormia, mas quando tirava, ele acordava (mãe).

2.4. Como a criança reagia no momento da amamentação?

Ele gostava, mamava bem, era rápido, não demorava muito. Brincava menos com a mamadeira que o irmão (mãe).

2.5. Como a mãe se sentia no momento da amamentação?

Eu adorava, ver escorrendo, ele ficava brincando, cutucando o nariz, às vezes eu amamentava com pressa (mãe).

2.6. Como ocorreu o desmame?

Foi simples, comecei a colocar na canequinha. Foi uma ou duas semanas (mãe).

2.7. Qual era o temperamento da criança nesta fase?

Já demonstrava ser meio bravinho, quando errava a temperatura do leite ele ficava bravo. Isso acontece até hoje (mãe).

2.8. Quando foi introduzida a papinha? Qual a reação da criança?

De dois a três meses. Ele não fez careta não, aceitou mais. Dependia da papinha, foi mais fácil aceitar que o irmão (mãe).

2.9. Quando a criança começou a comer sozinha?

Uns três anos, quando ia pra escola. Já sabia comer antes, mas tinha preguiça, a S. (babá) dava pra ele, ela dava muito duma vez, eu acho que isso fez com que ele ficasse guloso (mãe).

2.10. Houve rejeição da alimentação alguma vez? Como os pais reagiram?

Não queria comer fígado de jeito nenhum. Tentava insistir, mas quando dizia que não era não, até hoje ele não aceita (mãe).

2.11. A criança teve preferência por algum tipo de alimentação? Como é hoje?

Sempre gostou muito de arroz, feijão, cambuchá e ovo, com frango e bife (mãe).

- 2.12. Quando surgiram os primeiros dentes? Qual a reação da criança?
Já tava com um aninho. Ficou muito irritado, coçava muito, punha a mão no dente, mostrava (mãe).
- 2.13. A criança fez uso de chupeta? Ela chupou o dedo?
Usou até os quatro anos. Não chupou o dedo (mãe).
- 2.14. Como é o sono da criança?
Extremamente pesado e agitado, pula, mexe muito (mãe).
É normal (pai).

3 – Desenvolvimento psicomotor

- 3.1. Quando a criança sustentou a cabeça, sentou e engatinhou pela primeira vez?
Sustentou cabeça com 8 meses. Já andou direto (mãe).
- 3.2. Quando começou a andar? Qual a participação dos pais neste processo?
Anda desde os 9 meses, punha em cima do pé da gente (mãe).
- 3.3. Quando pronunciou as primeiras palavras?
Foi perto de um ano, demorou um pouco mais que o irmão (mãe).
- 3.4. A criança tem ou teve tiques?
Não.
- 3.5. Quando a criança adquiriu o controle dos esfíncteres? Quem ensinou?
Com 2 anos, fui tirando a fralda, não foi nem necessário ensinar (mãe).
Um pouco quem ensinou foi a avó (paterna) que colocava o penico, quem criou mesmo foi ela, porque a gente trabalhava fora, ele ficava com ela (pai).

4 – Sexualidade

- 4.1. A criança mostra curiosidade sexual?
Por enquanto não. Olha na TV, mas não faz comentários (mãe).
- 4.2. Como os pais se sentem frente a esta curiosidade?
Já perguntou como a criança nasce, nós explicamos na hora certa; quando ele era menor nós tentamos explicar, ele não entendeu nada (pai e mãe).
- 4.3. A criança costuma masturbar-se?
Não (ambos).
- 4.4. Como os pais se sentem?
Ele não faz isso (ambos).
- 4.5. A criança tem brincadeiras sexuais com outras?
Não que a gente tenha notado (mãe).

III – Lazer

1. Quanto tempo a criança dispõe para brincar?
Praticamente a parte da tarde. Faz a tarefa e vai brincar (pai).

2. Quais as atividades de recreação e lazer que a criança prefere?

Jogar vídeo game, gosta de brinquedos, principalmente com o primo dele. O mais velho também brinca, mas quando eu chego perto ele pára de brincar (mãe).

3. Ela encontra ou já encontrou dificuldades para desenvolver tais atividades por causa do seu peso?

Se sim, descreva-as.

Jogar bola, andar de bicicleta, sente dificuldade. Na Educação Física ninguém escolhia ele, aí agora ele tem atestado. Na escola ele passou a não gostar da aula de artes, falava que a professora só chamava uns alunos, tirou nota baixa de participação. Eu fui na escola e a professora falou que ele não levantava a mão para responder, aí eu pedi que ela perguntasse diretamente para ele, ela fez e deu certo, agora ele participa, faz as atividades (mãe).

4. O que os pais pensam das atividades que a criança prefere? Há algum tipo de controle por parte deles?

É pouco, é tudo atividade muito parada (pai).

IV – História do peso e da alimentação

1. Quando se iniciou a obesidade da criança?

A partir dos 4 anos. Com o fato de ser alimentado com a colher grande e cheia dada pela babá, e com os doces da avó (paterna). A gente pedia pra ela não fazer, mas nada adiantava. Eu também acho que foi por causa da depressão da minha sogra. Ela era muito deprimida, por causa de uma hérnia nos joelhos, e ele pegou bem essa fase dela, diferente do irmão. Pode ter passado algo pra ele (mãe).

2. Como foi a evolução do peso da criança?

Deu uma engordada e ficou assim.

3. Como os pais vêem o peso atual da criança? O que acham que ela sente?

Pra mim tá gordinho, podia tá melhor (mãe).

Ele não gosta que fala que ele é gordo, mas também não faz força pra se ajudar (pai).

4. Existem situações específicas em que a criança come mais? Se sim, quais?

Aniversário (mãe).

V – Situação de Saúde Atual

1. Como é a saúde da criança? Que doenças ela já teve?

Excelente, só teve bronquite quando pequeno, mas agora não tem mais (mãe).

2. Considerando este último mês, como a criança está se sentindo em relação à sua saúde física? Por que?

Bem.

3. Considerando este último mês, como a criança está se sentindo em relação à sua saúde mental? Por que?

Não, tudo bem.

4. Ela sofre de alguma dessas doenças citada a seguir?

() Hipertensão arterial () Diabetes Melito () Problema cardíaco. Qual?

() Problema ortopédico. Qual?

() Problema com relação ao sono? Qual?

() Tireoideopatia () Outras. Especificar:

5. Ela está sob tratamento de alguma doença? Se sim, especifique.
Não.

VI – Relacionamento Interpessoal

1. Com que idade a criança ingressou na escola? Como ela reagiu e como foi sua adaptação?
Foi com três anos. Ele teve um trauma que não se explicou até hoje. Quando eu levava ele na escola, ele ficava duro parado na frente do portão. Não queria entrar, só chorava. Eu perguntei pra professora o que tinha acontecido, ela falou que uma vez pediu para ele sentar no colo dela, junto com outras crianças, como ele não quis, ela falou que não gostava mais dele. Mas eu acho que não foi esse apenas o motivo, porque ele passou a ter medo de gritos e a não querer ir na escola de jeito nenhum. Até hoje ele tem medo de gritos, quando eu falo mais alto, ele tapa os ouvidos. Ele nunca quis contar direito o que aconteceu nessa época, sempre chorava ao falar. Aí eu mudei ele de escola, pedi para os professores irem com calma e no começo eu tinha que mentir que o esperava na cozinha durante a aula. Agora tá tudo bem (mãe).
2. Como é o relacionamento da criança com colegas e professores?
Relacionamento bom, ele seleciona de acordo com alguma atitude dos colegas. Ele respeita as professoras, num tempo queria dar presente todos os dias para as professoras (mãe).
3. De uma forma geral, como é o relacionamento da criança com as pessoas? Como os pais acreditam que ela se vê nos seus relacionamentos?
Muito vergonhoso, demora pra fazer amizade, mas quando pega... (pai)
Ele acha que ele é o certo, não vê os defeitos dele, principalmente quando não gosta de alguém (mãe).
4. Ela é uma pessoa que faz amizades com facilidade ou não?
Quando quer, sim (pai).
5. A criança acha que o seu peso interfere no relacionamento com as pessoas? Se sim, de que forma?
Nunca comentou, só falou da educação física (mãe).

VII – Personalidade infantil

1. Como é o temperamento da criança?
Ele é meio explosivo, tem dia que é água tem dia que é vinho (pai).
2. Ela apresenta medo de alguma coisa? Como os pais reagem frente a isso?
Escuro. Eu tento falar, conversar e mostrar de maneira concreta (mãe).
Vai demorar pra passar, o irmão também teve (pai).
3. A criança participa ou já participou de grupos que se envolveram em atividades não aceitas pelas normas sociais?
Não.
4. A criança faz ou já fez uso de drogas?
Não.
5. A criança é ou já foi apegada a algum objeto especial?
Não.

6. A criança já apresentou comportamentos como roer unhas, bater a cabeça ou balançar-se continuamente?

Roer unhas sim, até hoje. Quando era pequeno bateu a cabeça, aí eu bati nele e ele parou (mãe).

VIII – Caracterização da família

1. Como os pais se descrevem em termos de saúde?

Razoável, bem (mãe).

Saúde boa, defeito que estou acima do peso (pai).

2. Como os pais se descrevem em termos de personalidade?

Difícil os dois, até pra casar, ele foi me pedir em casamento, minha mãe falou que eu era difícil (mãe).

Sou fácil, é só não tirar do sério.

3. Alguém da família já procurou assistência psicológica ou psiquiátrica?

Não.

4. Como cada um dos pais se relaciona com cada filho?

Dou super bem com eles, todo lugar que eu vou eles vão (pai).

O pai é mais acessível, eu vou podendo mais, mas a decisão precisa ser conjunta (mãe).

5. Para os pais, o que é mais importante na educação dos filhos? Que métodos eles empregam para educá-los?

Não tem uma coisa específica, tudo tem que haver diálogo (pai).

Tudo, e tem que ter religião. Uso do diálogo, mostro fatos concretos, mas de vez em quando eu bato, não que eu goste de fazer isso. O pai já fala mais alto, grita, mas não gosta de bater.

Só fez uma vez (mãe).

6. Quais as expectativas que os pais têm em relação à criança?

Ele não vai mudar muito o gênio, vai ser genioso, precisa trabalhar muito com ele, não tenho muita paciência (mãe).

Ele é uma caixa de surpresas, mas ele é carinhoso (pai).

7. A mãe trabalha fora do lar? Por quanto tempo? E o pai?

Mãe trabalha oito horas por dia e o pai dez horas.

8. Quem cuida da criança quando os pais estão ausentes?

A mãe do pai.

9. (Se a criança tem irmãos). Qual a idade e o sexo de cada irmão?

Sim, G. de 12 anos.

10. Como a criança se relaciona com cada um dos irmãos?

Super bem, ele é muito ciumento, mas tem admiração (ambos).

11. Há outras pessoas que compõem a família? (Se sim) Como a criança se relaciona com elas?

O avô paterno, foi tudo antes do avô ficar doente, pegou mais difícil do avô que o irmão, ele adora ficar na casa da avó, dormir lá (mãe).

12. A família já morou em outros lugares ou não?

Já. Três mudanças, não teve diferença, só de espaço físico (mãe).

13. A família costuma freqüentar lugares como clubes, parques ou igrejas? (Se sim) Qual a reação da criança nestas ocasiões?

Sim. Depende do dia, ele adora parque, clube. Na igreja sempre pergunta por que devo ir? Por que rezar? (mãe)

14. Em geral, como é o dia de aniversário da criança?

Agora não tem mais festinha, a gente leva ele pra comprar algo no shopping, antes ele tinha festa (ambos).

15. Descreva um dia de vida da criança.

Acorda às 6:15, fácil de acordar. Troca, toma café, escova os dentes, e esquece de escovar os cabelos. Vai pra escola às 7, até ao meio dia. O pai busca ele às 12 horas. Se não almoçou na escola, ele almoça em casa. Logo depois faz a tarefa, até uma hora. À tarde brinca, vê TV, só de segunda, quarta e sexta que tem jiu-jitsu (das 18:00 até 19:00). Toma banho, janta, assiste TV, dorme em frente da TV, quando o pai não está (mãe).

ANEXO I – DFH e inquérito realizados com Antônio (Criança 02)

NOME: Antônio
IDADE: 9 anos
AVALIADOR: Fernanda

SEXO: M

INSTRUÇÃO: 3ª. série
DATA DE APLICAÇÃO: 05/11/05.

I. Primeira figura

TL: 13”
TT: 5’05”

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
Acho que mais ou menos com meu irmão.
2. Qual a sua idade?
13 anos.
3. O que ele (a) está fazendo?
Agora, ele tá assistindo TV.
4. Está triste ou alegre?
Alegre.
5. Ele (a) é inteligente?
É.
6. Tem boa saúde?
Tem.
7. É bonito (a)?
Hum, é.
8. Qual é a parte mais bonita do seu corpo? E a mais feia?
Meu cabelo, quer dizer, o cabelo.
A cara (mais feia).
9. Tem muitos amigos? Mais velhos ou mais novos?
Tem. Tem um mais velho, os outros mais novos.
10. O que as pessoas dizem dele (a)?
Elas falam que ele é bonito, que ele é inteligente da classe, acho que só.
11. O que mais deseja e o que mais detesta?
De presente, assim? Internet rápida.
Briga (detesta).

II. Segunda figura

TL: 2”
TT: 4’

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
Minha mãe.
2. Qual a sua idade?
Da minha mãe? Não lembro não. Uns 47, por aí.

3. O que ele (a) está fazendo?

Ajudando meu avô a por uma cerquinha pra proteger as orquídeas dela.

4. Está triste ou alegre?

Alegre.

5. Ele (a) é inteligente?

É.

6. Tem boa saúde?

Tem.

7. É bonito (a)?

É.

8. Qual é a parte mais bonita do seu corpo? E a mais feia?

A cara.

A mão (mais feia).

9. Tem muitos amigos? Mais velhos ou mais novos?

Não tem nenhum. Deixa eu ver... tem, mais ou menos uns quatro. Tem bastante, acho que mais novos.

10. O que as pessoas dizem dele (a)?

Que ela é bonita, que ela faz bastante coisas, acho que só.

11. O que mais deseja e o que mais detesta?

Ter bastante orquídea. Briga e bichos na orquídea dela (detesta).

ANEXO J – Histórias contadas no CAT-A por Antônio

Prancha I

TL: 3”

TT: 3’32”

Aqui, tinha uma família de pintinho com sua mãe dando comida pra eles (...) [que acontece aí?] Que que acontece? A mãe deles chega, fala para eles arrumá a mesa pra ela fazer a janta pra eles comerem. Ela fala pra eles virem pra mesa, primeiro lavá a mão antes de vir na mesa e falá pra eles serem educados, e pra agradecer a comida que eles tem e comerem. [e eles? Fazem tudo isso?] Fazem. [qual que é o final da história?] O final é quando eles terminam de comer, escovam o dente e vão pra cama.

TÍTULO: A mãe e os pintinhos.

Prancha II

TL: 6”

TT: 5’15”

Aqui era uma família de urso que eles estavam brincando de cabo de guerra. Eu posso fazer uma fala? [pode] E um urso falou pro outro: “ocê é fraco”, disse o urso. O ursinho ajudando a mãe a puxar o cabo contra o pai. O pai estava vencendo, daí a ursa puxou o cabo o mais forte possível, não estava conseguindo puxar o cabo, o menino puxou também com toda força, mas o pai arrebentou a corda com sua força e venceu. Daí depois pegaram outro cabo, começou de novo a brincar, mas dessa vez quem ganhou foi o filho e a mãe. [como eles se sentiram?] Sentiram alegres, brincalhões. É, depois, eles foram para sua casa. [todos juntos?] É.

TÍTULO: A família urso.

Prancha III

TL: 4”

TT: 11’42”

Era uma vez um leão que era o rei da floresta. Mas se sentia ... ah... (pára um pouco)... sozinho e resolveu dar um passeio na floresta. E encontrou uma onça e ele falou: “onça, gostaria de vim para meu reino?”, disse o leão. E a onça respondeu: “sim, se você me proteger dos caçadores, vou com você”. E o leão foi para seu reino junto com sua adorável mulher. O ratinho falou para o leão: “você deve-se casar”, e o leão respondeu: “mas como vou me casar?”, disse o leão. Ele sentou em seu trono e disse para os guardas do leão: “tragam a princesa até mim e depois achem algo para mim dar a princesa”. Depois o leão perguntou a rainha, que era sua mãe: “devo me casar, mãe?”. E a mãe do leão falou: “meu filho, se você se sente alegre com ela se case, mas tem que dar você mesmo a aliança”. E depois de ... hum... dois meses ele perguntou à onça: “você quer casar comigo (é....) depois de

amanhã?”. Daí chegou o grande dia que o leão vai se casar com a onça (...) e o ratinho era o padrinho do casamento. E a mãe chamou o pai para ver seu filho se casar. E começou o casamento, e eles viveram felizes para sempre.

TÍTULO: O leão... não.... O casamento do leão.

Prancha IV

TL: 2”

TT: 8’58”

Era uma vez uma família de (...) isso aqui é raposa? [o que parece?] Não lembro o nome desse animal... [o que você acha?] Ah... de raposas que pulavam igual sapo, gostavam de comer bastante coisas. Num belo dia, a mãe falou para os filhotes: “não saiam daqui, vou buscar comida”. E a mãe achou várias coisas para eles comerem. E o pai chegou do trabalho e disse: “querida, vamos sair hoje para pegar madeiras para acender o fogo”. Um filhote disse ao pai ... é ...: “olha lá! O ladrão!”. E o pai falou: “vai para o seu quarto lavar as mãos, porque daqui a pouco nós vamos jantar”. E a mãe começou a preparar a comida. E depois alguém bateu na porta. Tlac, tlac. E o filhote mais velho perguntou quem era. Falou que era o lobo da floresta. E a mãe perguntou ao filhote: “o que que foi?”. E o filhote responde: “não é nada, deve ser um maluco que deve estar batendo na nossa porta”. E depois eles jantaram e foram para a cama dormir. E viveram felizes para sempre.

TÍTULO: A raposa e os filhotes.

Prancha V

TL: 3”

TT: 4’51”

Era uma vez, um filhote de urso que gostava de acabar com seus brinquedos com a boca. E aí o filhote dormiu. O pai e a mãe chegaram e foram dormir. Um belo dia, a mãe perguntou ao pai: “temos que cuidar do nosso filho, senão ele acaba com a casa inteira”, disse a mãe. E o pai falou: “ele não faria isso”, o pai falou. E a mãe foi buscar comida para eles. E depois eles jantaram, escovaram o dente e foram para cama. Acho que só. [e o filho? Faz mais alguma coisa?] Ele morde o brinquedo mais caro e dorme, só.

TÍTULO: O filho urso.

Nesta prancha a criança parecia mais ansiosa e um pouco mais impaciente.

Prancha VI

TL: 3”

TT: 8’35”

Era uma vez, o pai e a mãe urso e o filhote urso. Eles gostavam de comer carne. O filhote urso já era ao contrário, ele era vegetariano. Ele gostava de comer maçã, era a principal comida que ele

gostava. Um belo dia o ursinho saiu para procurar maçãs para comer. Sua mãe e seu pai acordaram com mau humor. O ursinho voltou e a mãe ficou muito brava porque ele saiu sem sua mãe deixar. E o ursinho começou a comer as maçãs. Chegou na tarde, sua mãe e seu pai foram procurar comida para eles comer. E o pai falou para mãe: “o nosso filho não gosta de carne”. E o filhote foi procurar mas maçãs para comer à noite. Chegou a noite eles comeram e foram dormir em sua toca, que era uma caverna, (...), cheia de flores e bastante escura (...) [acontece mais alguma coisa?] Não.

TÍTULO: O urso que era vegetariano.

A criança pareceu ter dificuldade em terminar essa história.

Prancha VII

TL: 1”

TT: 6’08”

Era uma vez uma onça que gostava de caçar macacos. Num belo dia ela saiu para caçar e viu um macaco prego e começou a correr atrás dele. E o macaco, espertalhão, subiu na árvore e a onça deu um pulo muito grande e conseguiu catar o macaco e daí a onça começou a comê-lo. Veio um papagaio e disse: “nossa, que onça rabugenta”. E a onça ficou muito nervosa e começou a correr atrás do papagaio e um macaco foi na frente dela e ela abocanhou o macaco e jogou ele para cima e o papagaio desceu o bico na onça. A onça foi embora e falou: “da próxima vez, eu te cato”. E o papagaio imitou a onça: “da próxima vez eu te cato”. Só.

TÍTULO: A onça, o macaco e o papagaio.

Prancha VIII

TL: 3”

TT: 10’12”

Era uma vez uma família de macacos grandes que gostavam de tomar chá de bambu. E a mãe falou para o filho: “meu filho, vá até a casa de sua bisavó e peça bambu para fazer mas chá”. E o macaco falou: “mamãe, eu também posso pegar aqueles biscoitinhos de bambu?”. E ela respondeu: “sim, pode, mas só não pode comer muitos”, respondeu a mãe. O macaquinho saiu para ir buscar o bambu e encontrou um lobo no caminho. O lobo perguntou para o macaquinho: “na onde você vai?”. E o macaquinho respondeu: “vou pra casa da minha bisavó buscar bambu”. E o lobo falou: “pra que você vai buscar bambu?”. O macaquinho respondeu: “pra fazer chá de bambu”. E o macaquinho chegou na casa de sua vó e perguntou: “vovó, você tem bambu?”. E a vó do macaquinho respondeu: “tenho, estou fazendo aqueles biscoitinhos de bambu que você gosta”. E a vó do macaquinho deu os biscoitinhos e o bambu para o menino. E depois ele foi a caminho de sua casa. E chegou em sua casa e a mãe perguntou: “trouxe o bambu?”, o macaquinho respondeu: “trouxe, e trouxe também os biscoitinhos de bambu”. E o pai falou: “vamos dormir, já está tarde”. E daí eles foram dormir e

acordaram no dia seguinte para festejar a festa de seu filho e quando o macaquinho acordou eles falaram: “feliz aniversário”. Deram um brinquedo muito caro, e o macaquinho viveu feliz para sempre.
TÍTULO: A família macaco.

Prancha IX

TL: 1”

TT: 5’21”

Era uma vez um coelhinho muito triste com seu berço. Seu berço era quebrado demais, ele mal conseguia dormir. E depois a mãe dele falou: “você tem que compreender que nós não temos muito dinheiro, por isso não conseguimos comprar um berço aconchegante”. E o coelhinho falou: “mamãe, estou com fome, que que tem para comermos?”. A mãe respondeu: “só temos cenouras”. E o coelhinho falou: “então traga para nós comermos”. O coelhinho comeu a cenoura e foi escovar o dente e foi para cama dormir. E a mãe também. No meio da noite, o coelhinho disse à mãe: “mamãe, no dia em que eu ganhar bastante dinheiro vou ajudar você a comprar uma casa aconchegante”. Fim.

TÍTULO: A mãe e o coelho pobre.

Prancha X

TL: 9”

TT: 6’12”

Era uma vez uma família de cachorros que não gostavam de tomar banho. Num belo dia o pai e a mãe saíram para arranjar comida para a família comer. Quando eles chegaram perceberam que o filhote mais novo não estava ali. E a mãe e o pai saíram para procurarem ele e quando achou o filhote, pegou ele, levou ele para o banheiro e o pai começou a bater nele. O pai falou: “por que você saiu sem nossa ordem?”. E o filhote falou: “estava muito cansado de ficar trancado em casa”. E depois eles foram tomar água e jantar. Jantaram e depois foram dormir. O filhote mais velho falou para o filhote mais novo: “não pode sair sem avisar nós”, e começaram a dormir. E o filhote pensou bastante. Fim.

TÍTULO: A família cachorro.

[o que achou da atividade?]

achei legal.

[qual você gostou mais?]

posso ver de novo? (olhou uma por uma). Foi da 10.

[qual você gostou menos?]

(olhou de novo). Da 8.

ANEXO K – DFH e inquérito realizados com Sueli (mãe de Antônio)

NOME: Sueli

IDADE: 46

SEXO: F

INSTRUÇÃO: 3º. GC

AVALIADOR: Fernanda

DATA DE APLICAÇÃO: 05/11/05.

I. Primeira figura

TL: 9”

TT: 51”

“Fui sempre uma péssima desenhista, posso fazer como sempre fiz?”

“Ai, ai... ficou tão pequeno nessa folha grande”.

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?

Eu acho que consigo mesma.

2. Qual a sua idade?

46.

3. O que esta pessoa está fazendo? O que está pensando?

Pensando em... pegar alguma coisa, pela posição das mãos.

4. Está triste ou alegre?

Alegre.

5. É casada? Tem filhos?

É, tem.

6. Está mais ligada ao pai ou à mãe?

À mãe.

7. Qual a melhor parte de seu corpo? Por quê?

Eu acho que o rosto. Porque é através dele que vem as expressões, não gosto de falar por telefone, gosto de ver as pessoas, olhar a expressão.

8. E a pior? Por quê?

Sempre achei que era o nariz e os pés. O nariz sempre muito feio, os pés tive problemas com as unhas, nunca gostei.

9. O que as pessoas dizem dela?

Olha, que não parece a idade que tem, que é muito amável, compreensiva, no trabalho dela, em casa o marido fala o contrário, que é uma pessoa muito agitada, extremamente agitada.

10. O que mais deseja e o que mais detesta?

A felicidade dos filhos. Poder participar mais da vida familiar, o trabalho toma muito tempo. Errar. Eu detesto errar. Não admito erros (mais detesta).

II. Segunda figura

TL: 3”

TT: 30”

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?

Eu acho que se parece com G., meu filho mais velho.

2. Qual a sua idade?

Agora tem 13.

3. O que esta pessoa está fazendo? O que está pensando?

Eu acho que se divertindo, pensando em dançar, sair com os amigos, brincar.

4. Está triste ou alegre?

Alegre.

5. É casada? Tem filhos?

Não.

6. Está mais ligada ao pai ou à mãe?

Meu Deus, eu acho que é muito relativo, aos dois, em certas partes ao pai, outras à mãe.

7. Qual a melhor parte de seu corpo? Por quê?

Eu acho que a cabeça, porque tem uma cabecinha muito boa, tem muita capacidade, ele é simples, mas tem uma capacidade invejável.

8. E a pior? Por quê?

O cabelo e o nariz, tadinho. O cabelo ele pegou todas as desvantagens, e o nariz é muito avantajado.

9. O que as pessoas dizem dela?

Olha, sempre é elogio atrás de elogio, sempre, tanto na educação dele quanto na escola. Só elogios, graças a Deus.

10. O que mais deseja e o que mais detesta?

Eu tenho a impressão de ser um ótimo profissional, e bem sucedido. Ele sempre fala.

É você querer saber da vida dele, se tem namorada, qual a idade dela, não gosta que pergunta da vida dele, que atrapalhe. Nem de injustiça, não suporta (mais detesta).

ANEXO L – Histórias contadas no TAT por Sueli (mãe de Antônio)

Prancha I

TL: 16”

TT: 3’26”

Arthur (lembra muito a carinha de um amigo nosso) era um menino muito estudioso, mas que gostava muito de música. E seu maior interesse era principalmente o violino. Certo dia, foi convidado para conhecer um grande professor de violino, que dava aula de violino, né? E depois de conversar com esse professor e obter melhores e maiores informações sobre o instrumento, ficou muito mais interessado e impressionado com o instrumento, não via a hora de poder por em prática a sua vontade e usar o instrumento que ele já havia ganhado do avô há alguns anos atrás. É isso, tem começo, meio e fim.

TÍTULO: O menino e o violino.

Prancha II

TL: 11”

TT: 4’21”

Vou dar o nome de Estela. Gosto de começar assim, dando um nome. Estela era uma pessoa simples, que sempre viveu no campo com seus pais. Mas, como gostava muito de estudar e por ser uma ótima aluna, conseguiu ganhar uma bolsa de estudos para se formar em professora... não dá... para se formar em magistério, mais bonito. Ela aproveitou essa grande oportunidade e se formou e voltou para casa (perdeu-se na história) ... para dar aulas às crianças daquele vilarejo, pois o que ela havia recebido de graça também poderia dar de graça e assim formou uma escola onde as crianças se divertiam e aprendiam. E Estela se sentia cada vez mais ... é... qual a palavra? ... gratificada por aquilo que fazia.

TÍTULO: Oportunidade para todos.

Prancha III

TL: 23”

TT: 5’25”

Vamos lá... Uhm... figura de tristeza é difícil, né? Ana, isso, um bom nome, era uma moça de boa família que morava numa cidade onde todos a conheciam e também à sua família. Certo dia chegou à cidade uma família... é ... onde se instalaram, onde ficaram morando, sei lá, por algum tempo e como a cidade era pequena logo todos da cidade fizeram amizade com a nova família, inclusive a família de Ana. Os integrantes dessa família havia um moço muito bonito chamado Marcos, que logo que Ana o viu, gostou dele. Agora vamos resumir a história. Com o passar do tempo, Ana foi se envolvendo cada vez mais com o rapaz. Até que um dia, vamos dizer assim, apaixonada demais,

perdeu-se. O pai de Ana, ao saber disso a colocou para fora de casa. Acho que é isso. [o que Ana sentiu?] Muita tristeza, saiu chorando. O peso do erro, vamos dizer assim.

TÍTULO: O peso do erro.

Prancha IV

TL: 36”

TT: 5’04”

Como é difícil, né? Ta ficando mais difícil que a outra. Gosto de começar dando nomes. Raquel e Fernando eram casados há dez anos, não tinham filhos, mas se relacionavam muito bem no casamento. Até que um dia Raquel (era esse o nome que eu falei?) começou a notar uma certa indiferença em Fernando, esperando que ele, com o tempo, né?, contasse o que estava acontecendo. Ficou aguardando. Mas Fernando não se decidia a falar e cada vez mais distante e distraído foi se afastando de Raquel. Certo dia, sem agüentar mais esta situação, Raquel o interrogou sobre esses problemas e ele, muito irritado, levantou-se dizendo que nada estava acontecendo, que aquilo era só sua imaginação. Mas, Raquel, muito preocupada continuou notando a indiferença do marido, achando que talvez pudesse haver uma outra pessoa, por causa da mulher ali atrás (aponta para a figura), não tem nada a ver com a história, mas tem uma mulher na figura. Termina aí a história.

TÍTULO: A dor da indiferença.

Prancha V

TL: 15”

TT: 4’30”

Ta parecendo uma secretária. Vamos lá, já sei. Oto, era um empresário muito bem sucedido e muito respeitado nesse meio. Certo dia, precisando de uma nova secretária, colocou um anúncio, ah, nos jornais da cidade, é... com todos os requisitos para as interessadas. Apareceram várias interessadas e Oto fez questão de entrevistá-las pessoalmente. A que mais o impressionou nas entrevistas foi Cecília, pela sua rapidez de pensamento e espontaneidade. Ó, to falando difícil. E por esse motivo a sua entrevista foi a mais longa e Oto realmente, é... como é que eu vou explicar... fez perguntas à Cecília que chegaram a embaraçá-la. Mas, mesmo assim, foi ela quem ficou com o emprego. Dá impressão daqueles cara chato, que fica em volta da gente. Há muita coisa que dá para pensar em cima disso. Mas é isso.

TÍTULO: A entrevista.

Prancha VI

TL: 1’17”

TT: 6’20”

Ai, meu senhor da Glória. Meu Deus, o que vou falar dessa daqui. O que dá a impressão? Não houve briga, não houve nada porque não to vendo nada aqui... Já sei! Francisco era um estudante de medicina muito conceituado na cidade onde morava e também na faculdade onde estudava. Morava numa casa de uma velha senhora, juntamente com sua neta que a ajudava nas tarefas domésticas. Certo dia, chegando em casa, cansado da faculdade, notou, ao se aproximar da sua casa, um certo movimento estranho. Apressou o passo e ao chegar no portão viu vários vizinhos preocupados e falando muito alto que a neta da senhora, a neta da dona da pensão, estava muito doente. Francisco, como já estava praticamente terminando a faculdade, correu para ver se podia ajudá-la por já ser praticamente médico. Tentou tudo que o estudo havia lhe ensinado, mas infelizmente não foi possível ajudar. A moça realmente morreu. Francisco, extremamente exausto e triste, se levantou e saiu do quarto da moça para levar a triste notícia à avó. E só, acabou. É muito difícil. Eu quase nunca dou um final para a história, você viu?

TÍTULO: A dor da morte.

Prancha VII

TL: 41”

TT: 5’01”

Nossa, Fernanda, que que a menina ta segurando na mão? Será uma boneca, um gato? To sem meus óculos... Vamos lá, vou imaginar... Beatriz era uma menina nascida numa boa família, e que tinha todas as oportunidades para ser uma ótima aluna. Mas, com o passar do tempo, sua mãe foi notando que, apesar de estudar nas melhores escolas, ela não conseguia nota suficiente e nem conseguia manter a sua atenção por muito tempo nas matérias. Começou então a ler história, a fazer perguntas a Beatriz para ver se podia ajudá-la de alguma forma. Mas, infelizmente, ela sentiu que a menina deveria ter algum problema mais sério, pois não conseguia se concentrar por muito tempo nos estudos, levando a menina em um médico, descobriu-se ter um pequeno retardamento mental. Acho que é só. Nos meus finais eu não gosto de falar se conseguiu ou não (risos), eu prefiro deixar sem final, não gosto de final.

TÍTULO: Amor de mãe.

Prancha VIII

TL: 18”

TT: 3’06”

Susana era uma senhora extremamente vaidosa, se preocupava muito com sua aparência física e principalmente com a sua estética. Procurava todos os tipos de tratamentos, ah, cremes, exercícios físicos, para manter-se sempre esbelta e com uma boa pele. Mas com o passar dos anos começou a ficar desesperada, pois notou que, por mais que tentasse e procurasse os melhores produtos e os

melhores médicos, não conseguia vencer as rugas e se sentia muito velha. Acho que tá bom. Acho que é só isso.

TÍTULO: O peso da idade, que eu já tenho sentido também (risos).

Prancha IX

TL: 48”

TT: 4’21”

Se tivesse colocado um espelho aqui, ficava mais fácil. Só tinha coisa triste até agora, vou pensar em algo alegre... Não vendo nada é difícil Júlia era uma menina muito alegre, expansiva e cheia de idéias. Certo dia resolveu fazer uma surpresa para sua amiga ... como vou pôr o nome da amiga?... bem simples... como é difícil... Sueli, pois era seu aniversário. Reuniu-se com todas as amigas, discutiram a festa e o que cada uma ia levar e a forma como chegaram para a surpresa. Ficou resolvido que iriam todas juntas, juntamente com o carro de som, aqueles que fazem barulheira (olhar para mim para explicar), para fazer a surpresa à boa amiga que certamente não estaria esperando. [e o final?] Ai, eu não gosto de final, chega no final eu não quero, prefiro deixar sem... A surpresa deu certo, Sueli ficou muito feliz e todos viveram felizes para sempre. Eu não gosto de final, você notou? Não gosto de fim.

TÍTULO: Amizade sincera.

Prancha X

TL: 43”

TT: 6’29”

Isso te leva a muitas coisas... pirataria... uma moça querendo se jogar... aqui é sol ou lua? Em uma certa parte sombria da cidade do Rio de Janeiro, figuras estranhas saindo de um barco carregando algo suspeito. Era o único movimento no qual Júlia, que estava sobre a ponte, podia ouvir e ver razoavelmente. Seu pensamento perdido olhando fixamente as águas do mar traziam todos os seus problemas de volta ao seu pensamento (suspiro) e ela estava travando uma luta ferrenha entre a vida e a morte. Como haviam muitas nuvens no céu ... vou falar que era lua aqui... um pequeno brilho, um pequeno... como é que é... raio de luar ao sair de trás das nuvens se refletiu na água e Júlia pareceu ter lido no reflexo esperança. Respirou fundo, levantou a cabeça e lentamente atravessando a ponte voltou para casa. Agora vamos achar um título... deixa eu ver... tá difícil, né? Pela forma... luar salvífico.

TÍTULO: Luar salvífico.

Qual a prancha que mais gostou? Da II.

Qual a que menos gostou? Da história do médico, da XIII.

O que achou da atividade? Interessante, “nunca tinha feito nada assim”.

ANEXO M – DFH e inquérito realizados com Fernando (pai de Antônio)

NOME: Fernando

IDADE: 36

SEXO: M

AVALIADOR: Fernanda

INSTRUÇÃO: Técnico

DATA DE APLICAÇÃO: 12/11/05.

I. Primeira figura

TL: 5"

TT: 5'31"

"Uma pessoa?" (risos)

"Vai ficar desproporcional, mas tudo bem".

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?

Eu tentei fazer Jesus Cristo, só tentei.

2. Qual a sua idade?

36.

3. O que esta pessoa está fazendo? O que está pensando?

No caso aqui está pregando. Está pensando de como seria bom se todos ouvissem.

4. Está triste ou alegre?

(...) Alegre.

5. É casada? Tem filhos?

Não, não é casado.

6. Está mais ligada ao pai ou à mãe?

Em ambos.

7. Qual a melhor parte de seu corpo? Por quê?

Coração, por causa da bondade.

8. E a pior? Por quê?

Julgamento. Porque muitas vezes machuca muito as pessoas.

9. O que as pessoas dizem dela?

Muitos têm dúvida de quem realmente é, muitos acreditam que é uma pessoa boa.

10. O que mais deseja e o que mais detesta?

O que mais deseja? Que de fato todos possam viver em harmonia, em paz, buscando o melhor de si.

Descaso, hipocrisia, falta de humanidade (mais detesta).

II. Segunda figura

TL: 10"

TT: 3'52"

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?

(...) Eu tentei representar Maria, o símbolo das mulheres.

2. Qual a sua idade?

Do desenho, né? 50.

3. O que esta pessoa está fazendo? O que está pensando?

Tá tentando anunciar às pessoas a boa nova. Está pensando em como fazer as pessoas

escutarem, entender a sua missão.

4. Está triste ou alegre?

Alegre, mas ao mesmo tempo, triste.

5. É casada? Tem filhos?

É casada. Tem um filho.

6. Está mais ligada ao pai ou à mãe?

Ao pai.

7. Qual a melhor parte de seu corpo? Por quê?

O coração também, porque não faz a decepção com as pessoas e deseja que todos possam ter uma vida melhor.

8. E a pior? Por quê?

Pior parte? (...) é se torna o julgamento também, porque muitas vezes não consegue almejar o seu objetivo e acaba julgando as pessoas e julgando a si mesmo.

9. O que as pessoas dizem dela?

Que é uma pessoa boa, caridosa, mas que também tem os seus defeitos.

10. O que mais deseja e o que mais detesta?

Que todas as pessoas possam ser felizes, possam encontrar a Deus.

Detesta a falta de humanidade das pessoas, a falta de carinho e falta de amor ao próximo.

ANEXO N – Histórias contadas no TAT por Fernando (pai de Antônio)

Prancha I

TL: 22”

TT: 13’16”

Um dia João estava sentado observando o violino de seu pai e estava muito curioso para aprender a tocar (...) e ficava imaginando como era possível tirar tantas melodias com apenas um bastão e as cordas que compõem o violino de seu pai. Sempre que seu pai tocava ficava maravilhado com o instrumento. E por isso sempre que podia tentava aprender (...) Mas sozinho dificilmente conseguia tocar as melodias que via seu pai. [e o que ele sentia?] Por não conseguir? [é]. Sentia tentado a sempre insistir, sempre buscar o seu objetivo. João realmente era uma criança que tinha muita paciência e muito amor, e por isso nunca desistia, mesmo vendo que não conseguia tocar sequer uma melodia. (...) Certo dia, chegando em casa, pediu para que seu pai lhe ensinasse, que desse algumas aulas para aprender a tocar como ele. Seu pai, porém, disse-lhe que naquele momento não poderia pois estava muito ocupado para atendê-lo naquele momento. João se desanima um pouco com a atitude, com a resposta de seu pai, mas como era uma criança muito persistente, não desiste e continua a tentar sozinho. E sempre na esperança de que um dia seu pai possa ajudá-lo. Certo dia, seu pai vendo a persistência e a vontade que ele tinha, resolve então ajudá-lo e chama João e diz a ele que irá dar aulas de violino para que ele possa aprender. João então fica todo contente e pergunta imediatamente ao seu pai: “a partir de quando?”. Seu pai lhe responde: “a partir de hoje mesmo”, e pede a ele que vai buscar seu violino. Então seu pai começa a ensiná-lo e ele, muito atencioso e sempre atento começa agora a aprender a tirar pequenas melodias e fica mais encantado ainda e muito feliz. E o tempo foi passando e a cada dia ele ia melhorando e ia aprendendo cada vez mais. João foi crescendo e com ele seu talento também, até que um dia se tornou um grande músico, uma grande pessoa. João realmente foi uma pessoa que lutou para alcançar seus objetivos, por isso sempre que senta na mesa com seu violino recorda todo seu passado e toda sua luta e percebe que nada foi em vão (...) [pronto?] Acho que sim.

TÍTULO: Sabedoria.

Prancha II

TL: 27”

TT: 10’20”

Olga era uma adolescente que morava com seus pais na fazenda. Mas já estava meio cansada daquela vida no campo. Por isso era uma adolescente muito estudiosa, que buscava nos estudos uma formação para que um dia pudesse ter uma vida melhor, pois apesar de nunca ter lhe faltado nada, achava aquela vida de seu pai muito sofrida. Dessa forma, então, com incentivo sempre de seus pais, apesar de quererem sua permanência ali, pois ali nada faltaria para ela, seus pais a apoiaram. Os anos

foram se passando e ela foi crescendo e cada dia crescendo também a idéia de um dia poder viver na cidade. E a cada momento se tornava mais próximo, pois ela estava prestes a se formar. Olga queria ser professora. Essa idéia de ser professora vinha desde criança, pois admirava seu professor. E realmente ela conseguiu realizar esse sonho e se tornou uma professora muito boa. Não só como professora, mas como pessoa também. Começou lecionando no campo, mas na primeira oportunidade foi para cidade, pois era seu grande sonho. Passavam os dias, passavam-se os meses e Olga sentia muita saudade de seus pais. E começou aí a bater uma grande dúvida se realmente era aquilo que ela queria, mas como era muito persistente, continuou, mesmo com tanta saudade, com tanta dor, buscou seu objetivo, até que um dia também conheceu uma grande pessoa a qual viria se casar após alguns anos (...). Olga constituiu então uma família também, assim como seu pai e sua mãe, e sempre que podia levava os seus filhos para a fazenda de seus pais, para que eles pudessem enxergar que a vida é muito difícil, mas que com muito trabalho, muito amor, muita dedicação podiam também ser grandes pessoas. Acho que só.

TÍTULO: Exemplo de vida.

Prancha III

TL: 30”

TT: 7’33”

Dulce era uma pessoa muito sozinha. Vivia muito deprimente. Já estava cansada daquela solidão, daquela vida onde só poderia conversar com as paredes. Certo dia, após uma grande crise, resolve tomar uma atitude, e vai em busca de seus sonhos, de realizar realmente. (...). Começa então a freqüentar diversos lugares que até então não freqüentava. E vai fazendo grandes amizades, desta forma se dá início a uma vida nova, a uma vida a qual não havia mais lugar para tanta depressão, para tanta infelicidade. Pois ali agora habitava a felicidade, amor, carinho, amizade. Começa então a meditar o quanto realmente perdeu tempo nas suas crises, que realmente perdeu parte de sua vida. Mas agora não havia mais tempo para ficar pensando no passado, nas coisas tristes, mas sim nas coisas boas as quais pudessem ajuda-la. O tempo foi passando e dessas grandes amizades surge também o seu grande amor. E, juntamente com ele e todos aqueles que fizeram parte e fazem parte de sua vida hoje, constituiu a sua própria família. Hoje sua casa não tem mais espaço para a solidão, para o silêncio, mas sim para a felicidade, para a alegria, não só sua, mas de seus filhos, de seu marido. Por isso tenta passar desde cedo já para seus filhos que não cometam o mesmo erro que cometeu, que vão em busca de seus sonhos, de seu objetivo, da felicidade (foi falando bem rápido).

TÍTULO: Em busca da felicidade.

Prancha IV

TL: 23”

TT: 8’12”

Paulo e Carmem eram um casal muito feliz. Namoravam já há alguns anos, até que resolveram se casar. O tempo foi passando e se aproximou-se o dia do casamento. Neste dia, que foi o dia mais feliz do casal, houve uma grande festa, uma grande celebração, na qual puderam receber todas as pessoas que haviam convidado para seu casamento. E dividiram ali sua felicidade com os demais. A partir desse dia deu-se início a uma outra vida, uma vida de marido e mulher. Os primeiros anos foram muito felizes, mas, com o passar do tempo, vieram as primeiras discussões, as primeiras divergências. Carmem andava já muito desconfiada de seu marido, porque já não era como antes e Paulo achava que estava muito preso, muito sem liberdade. E nessa individualidade, cada um pensando mais em si que em ambos, foi ruindo cada vez mais seu casamento. Até que um dia Carmem resolve ceder e chama seu marido para uma grande conversa, para que possam reconstruir o seu casamento novamente. Conversaram durante horas, cada um expondo seus pensamentos e deram início à reconstrução do casamento. Construíram de novo aquilo que haviam destruído. E resolvem, então, depois de mais alguns anos, a constituírem sua família, realmente terem filhos. Desta forma conseguiram não só reconstruir seu casamento, mas constituir uma grande família, que de fato não era pouca, pois ela acabou tendo seis filhos. E apesar de nem tudo ser um mar de rosas, conseguem educar seus filhos e transmitir a eles e a si mesmos sabedoria.

TÍTULO: Reconstruir.

Prancha V

TL: 35”

TT: 8’53”

Juca era um rapaz já próximo aos 40 anos, que vivia com sua mãe. (...) Era um filho muito dedicado, mas que deixou o tempo se passar e esqueceu da sua própria vida, dedicando a sua própria vida à sua mãe, a qual era um pouco doente. O tempo foi passando e sua mãe a cada dia adoecendo mais, resolve então ter uma grande conversa com seu filho e diz a ele: “Juca, você é meu único filho, tem cuidado de mim até hoje, muito bem e com muito carinho, mas já passou da hora de você constituir a sua família também, você tem que ir em busca da sua felicidade também”. E após conversarem muito ele resolve então seguir os conselhos de sua mãe. E começa então a sair um pouco mais e freqüentar lugares que não havia freqüentado na sua vida. Mas fica muito dividido, pois sabe também que sua mãe precisava dele. Desta forma não encontra muita alegria na maioria das vezes e acabava voltando cedo para sua casa. Sua mãe, a cada dia que passa, vendo que realmente ele estava preocupado com ela, novamente tem outra conversa com ele. E dessa vez um pouco mais áspera, um pouco mais rígida, para que ele possa realmente escuta-la. O tempo passou e sua mãe veio a falecer. Ele então passa a ir, no começo, quase todos os dias no túmulo de sua mãe, sempre orando por ela, sempre pedindo a Deus que realmente a coloque num lugar bom. E ali, muitas vezes se recorda do que sua mãe dizia, pra ir em busca da sua felicidade, pois ela tarda, mas não falha. E nessas indas e vindas

ao cemitério, foi ali que acabou conhecendo uma grande pessoa, a qual viria mais tarde a se casar com ele e formarem uma grande família.

TÍTULO: Conselhos.

Prancha VI

TL: 30”

TT: 8’45”

Lucas, após ter uma grande noite ao lado de sua mulher, acorda desesperado, pois estava atrasado para o serviço. Levanta-se rapidamente, se veste de qualquer forma e vai para o seu serviço. Mas, para sua infelicidade, naquele dia seu chefe não estava de bom humor, e toma a atitude de demiti-lo. Lucas se desespera, a princípio, e começa a perambular pelas ruas se perguntando o que seria dele a partir daquele momento, sendo que tinha responsabilidade para com sua família. E aí vão passando várias coisas pela sua cabeça até pensa em tirar a vida, pois aquele foi seu emprego durante 30 anos e único serviço até então que tinha feito. Então resolve ir pra casa, pra conversar com sua esposa e explicar o que havia acontecido. Mas não sabe nem como ainda irá dar essa notícia à sua esposa para que ela não se desespere com ele. Então primeiro resolve passar na igreja e conversa bastante com Deus através da oração, pedindo que de fato ilumine ele e o ajude a não tomar atitudes errôneas. Chegando à sua casa, sua esposa, ainda deitada, percebe que há algo errado e pergunta a ele o que tava acontecendo, pois estava com uma feição desfigurada que não era dele. Ele então pede a ela que ela levante e começa a ter uma conversa com ela. Ao contrário do que pensava, sua esposa não se desespera, e passa a aconselhá-lo a lutar pela vida por um emprego e ele se anima. Os meses foram passando e ele não conseguia arrumar emprego. Então ele se desespera novamente e sua esposa não sabe mais como ajudá-lo. Até que um dia recebe um telefonema de seu ex-patrão convidando para ele novamente trabalhar. Ele não acredita e quase morre de tanta felicidade, pois realmente Deus ouviu suas orações. Então sua esposa o chama novamente e diz para que ele nunca duvide de Deus e nunca perca as esperanças, porque às vezes demora. Ele vendo que realmente teve atitudes loucas pede perdão à sua esposa e a Deus e começa novamente a reerguer sua vida.

TÍTULO: Desespero

Prancha VII

TL: 20”

TT: 7’08”

Luís era um rapaz que gostava muito de seu avô, e por isso sempre que podia ia à casa de seu avô e ficavam conversando e contando história. Luís adorava ver seu avô José a contar história para ele, pois a época que seu avô viveu de certa forma tinha mais liberdade que hoje e também sempre que podia levava seu avô para pescar, mais conversava que pescava. Quando outras pessoas iam junto, elas achavam ruim, porque na pescaria é preciso não fazer barulho para conseguir pescar e Luís não se

incomodava nenhum pouquinho com o que os outros diziam, e pedia que seu avô continuasse com as histórias. O tempo foi passando e o seu avô ficando mais de idade, assim, como ele também. Mas seu avô veio a adoecer. Foi então que Luís teve uma grande decepção, uma grande perda, seu avô veio a falecer. E ele começa então a se perguntar: “quem irá agora me contar aquelas grandes histórias?”. Sua mãe, vendo que ele murmurava, reclamava, tem uma conversa com ele e lhe diz que as histórias têm que ser passadas de um para outro, as histórias que ele ouviu uma hora teria que contá-las para seus filhos e para seus netos. E então ele vê ali algo que nunca tinha imaginado, que era partilhar essas histórias com outras pessoas, algo que a vida inteira pensou que era só dele e de seu avô. E começa a contar para seus filhos e mais tarde para seus netos também. E nessa atitude vê então o quanto é importante não deixar que as raízes morram, pois a vida passa e se você não passar para frente as histórias, as atitudes, para as pessoas, você pode matar as histórias, não só a vida. E foi desta forma que Luís conseguiu manter viva na sua memória as histórias de seu avô até os dias de hoje.

TÍTULO: História da vida.

Prancha VIII

TL: 26”

TT: 6’01”

Carlos era um pai muito dedicado, mas que pouco tinha tempo de ver seus filhos. Por isso toda noite que chegava do trabalho ia ao quarto, mas seus filhos já estavam dormindo. Aí fazia o sinal da Cruz e ia jantar para descansar para o outro dia. Toda manhã acordava bem cedo e seus filhos ainda não tinham acordado, então ele saía sem ver os filhos de novo. Aí seus filhos perguntavam para a mãe cadê seu pai e sempre com a mesma resposta. E o tempo foi passando, as crianças se tornaram homens feitos e não viam seu pai. E Carlos viu o quanto era duro, pois perdeu toda a infância, toda a adolescência de seus filhos. Por isso, certa vez reuniu toda a família pra que pudesse pedir perdão por toda ausência e falta de pai que tiveram. As crianças, que não eram mais crianças já eram homens, dizem que compreendem, mas que de fato sentiram muito essa falta de pai. Carlos então diz que não há como recompensar esse tempo perdido, mas que faria de tudo a partir daquele momento para demonstrar outro lado seu, que seus filhos não conheceram. Apesar de toda essa ausência, Carlos foi um homem de sorte, pois seus filhos e suas filhas se tornaram grandes pessoas e souberam achar um tempo para seus filhos mais tarde, pois viram o quanto faz falta a ausência de um pai. E até hoje, quando Carlos percebe que um de seus filhos está sendo muito ausente, senta e conversa com eles para que eles não tenham a mesma atitude que ele teve.

TÍTULO: Ausência.

Prancha IX

TL: 24”

TT: 4’26”

Essa, deu branco (risos). Muitas vezes tornamos a vida um vazio, por não saber ter atitudes corretas, buscar felicidade, buscar alegria, então tornamos a vida vazia, é por isso que temos que a cada dia lutar para que a vida não seja uma página em branco, mas escrever uma história de amor, de paz, de felicidade, escrever para que nossa vida seja um exemplo para o próximo, e não um exemplo de destruição, para o qual se vai destruir a humanidade ao invés de reconstruir. A vida não pode ser realmente um livro apenas com página em branco, um livro sem histórias, mas sim com virtudes, com alegria, com felicidade, com expressões na qual nós próprios possamos reconhecer a felicidade. É por isso que a cada dia da nossa vida temos que ir em busca dos nossos objetivos, da nossa felicidade, de Deus, para que realmente seja uma história e não uma página em branco.

TÍTULO: Vida.

Prancha X

TL: 27”

TT: 4’52”

Roger havia se acidentado e estava praticamente sem movimento, estava desiludido numa cama e não fazia nada para se ajudar. Apenas pensava em se matar, pois estava sem movimentos. Certo dia, assistindo um programa pôde ver o quanto é possível ir atrás de seus objetivos, lutar por eles e então começa a pedir ajuda para que possa recuperar seus movimentos. E mesmo vendo que sua recuperação é lenta, não desiste como antes. E começa a buscar a voltar a andar, mesmo que seja devagar. Os anos vão se passando e ele vai conseguindo aos poucos. Até que um dia consegue realizar seus sonhos e começa a andar. Consegue ir em busca de uma felicidade, da alegria, e vê que conseguiu atingir seus objetivos e pode conseguir chegar a realizar coisas, e parar com toda aquela perseguição a si mesmo. E vê que se tornou também um grande exemplo para outras pessoas, assim como aquelas tinham sido um exemplo para ele também, e pode ver que os nós das cordas se entrelaçavam e pode ver que ele mais aqueles que tinham sido exemplos para ele, formavam uma união como os nós da corda, para ser exemplo de vida para muitos.

TÍTULO: Superação.

Qual a prancha que mais gostou?

“A primeira”.

Qual a prancha que menos gostou?

“A terceira”.

ANEXO O – DFH e inquérito realizados com Tiago (Criança 01)

MEME!

NOME: Tiago

IDADE: 7 anos

SEXO: M

INSTRUÇÃO: 1ª. série

AVALIADOR: Fernanda

DATA DE APLICAÇÃO: 06/04/05.

I. Primeira figura

TL: 10"

TT: 1'27"

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
Parece um pouco com meu pai.
2. Qual a sua idade?
Não sei o ano dele, ele acabou... eu acho que ele tem 13 anos.
3. O que ele (a) está fazendo?
Ele trabalha na C., ele ajuda a minha mãe, e ele leva a gente pra passear, briga, faz piadinhas algumas vezes.
4. Está triste ou alegre?
Às vezes triste, às vezes alegre, depois fica bravo, meio esprimido.
5. Ele (a) é inteligente?
Um pouco.
6. Tem boa saúde?
Peraí, deixa eu lembrar... um pouco. Ele precisa fazer exercício.
7. É bonito (a)?
Um pouco, quando ele tira o óculos ele fica mais bonito.
8. Qual é a parte mais bonita do seu corpo? E a mais feia?
Gosto mais da barba dele.
Nenhuma (mais feia).
9. Tem muitos amigos? Mais velhos ou mais novos?
Não sei.
10. O que as pessoas dizem dele (a)?
Não sei.
11. O que mais deseja e o que mais detesta?
Não sei.
Eu ou ele? Ele detesta ficá brigando, quando eles brigam, eu fico triste, não gosto de ver briga (detesta).

II. Segunda figura

TL: 10"

TT: 1'34"

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
Com a minha mãe.
2. Qual a sua idade?

Mais ou menos 300 anos.

3. O que ele (a) está fazendo?

Ela não é empregada, ajuda a cuidar dos meus irmãos, faz comida, faz tudo, às vezes eu brigo com os meninos.

4. Está triste ou alegre?

Mais ou menos dos dois.

5. Ele (a) é inteligente?

Um pouco.

6. Tem boa saúde?

Tem.

7. É bonito (a)?

É.

8. Qual é a parte mais bonita do seu corpo? E a mais feia?

Tudo.

Não tem (mais feia).

9. Tem muitos amigos? Mais velhos ou mais novos?

Ela não tem amigos, tem irmãos e brinca muito com eles, a mais velha, tia G., e o mais novo é o tio C.

10. O que as pessoas dizem dele (a)?

Nada, não sei ainda, por isso não falei nada.

11. O que mais deseja e o que mais detesta?

Ganhar uma casa nova.

De ver a gente brigando (detesta).

ANEXO P – DFH e inquérito realizados com Joaquim (Criança 03)

NOME: Joaquim

IDADE: 8 anos

SEXO: M

INSTRUÇÃO: 2ª. série

AVALIADOR: Fernanda

DATA DE APLICAÇÃO: 29/09/05.

I. Primeira figura

“ai, não sei desenhar”...

TL: 20”

TT: 3’05”

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?

Meu irmão.

2. Qual a sua idade?

18 anos.

3. O que ele (a) está fazendo?

Trabalhando.

4. Está triste ou alegre?

Alegre.

5. Ele (a) é inteligente?

É.

6. Tem boa saúde?

Tem.

7. É bonito (a)?

É.

8. Qual é a parte mais bonita do seu corpo? E a mais feia?

Não sei.

Cabelo dele (mais feia).

9. Tem muitos amigos? Mais velhos ou mais novos?

Eu? Ele tem, velhos.

10. O que as pessoas dizem dele (a)?

Não sei também.

11. O que mais deseja e o que mais detesta?

Casar.

Bater na minha irmã (detesta).

II. Segunda figura

TL: 5”

TT: 3’30”

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?

Minha irmã.

2. Qual a sua idade?

4 anos.

3. O que ele (a) está fazendo?
Agora? Assistindo TV lá em casa.
4. Está triste ou alegre?
Alegre.
5. Ele (a) é inteligente?
Mais ou menos.
6. Tem boa saúde?
Tem bronquite.
7. É bonito (a)?
É.
8. Qual é a parte mais bonita do seu corpo? E a mais feia?
O cabelo.
Não sei (mais feia).
9. Tem muitos amigos? Mais velhos ou mais novos?
Não.
10. O que as pessoas dizem dele (a)?
Coisa boa.
11. O que mais deseja e o que mais detesta?
Não sei.
Também não sei (detesta).

ANEXO Q – DFH e inquérito realizados com Hugo (Criança 04)

NOME: Hugo
IDADE: 7 anos
AVALIADOR: Fernanda

SEXO: M

INSTRUÇÃO: 2ª. série
DATA DE APLICAÇÃO: 23/02/06.

I. Primeira figura

TL: 6”
TT: 1’20”

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
Com meu pai.
2. Qual a sua idade?
37.
3. O que ele (a) está fazendo?
No jardim.
4. Está triste ou alegre?
Alegre.
5. Ele (a) é inteligente?
É.
6. Tem boa saúde?
Tem.
7. É bonito (a)?
É.
8. Qual é a parte mais bonita do seu corpo? E a mais feia?
Não sei.
Também não sei – risos (mais feia).
9. Tem muitos amigos? Mais velhos ou mais novos?
Tem, mais novo.
10. O que as pessoas dizem dele (a)?
Falam bão.
11. O que mais deseja e o que mais detesta?
Ter um carro.
Aqueles brincadeiras bobas (detesta).

II. Segunda figura

TL: 5”
TT: 1’16”

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
Minha mãe.
2. Qual a sua idade?
37 também.

3. O que ele (a) está fazendo?
Andando na rua.
4. Está triste ou alegre?
Alegre.
5. Ele (a) é inteligente?
É.
6. Tem boa saúde?
Tem.
7. É bonito (a)?
É.
8. Qual é a parte mais bonita do seu corpo? E a mais feia?
Também não sei.
Também não sei (mais feia).
9. Tem muitos amigos? Mais velhos ou mais novos?
Tem, mais novo.
10. O que as pessoas dizem dele (a)?
Diz que ela é boa.
11. O que mais deseja e o que mais detesta?
Ter um carro, tirar carta.
Moto (detesta).

ANEXO R – DFH e inquérito realizados com Marcelo (Criança 05)

NOME: Marcelo
IDADE: 10 anos
AVALIADOR: Fernanda

SEXO: M

INSTRUÇÃO: 4ª. série
DATA DE APLICAÇÃO: 03/03/06.

I. Primeira figura

TL: 8"
TT: 46"

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
Ninguém, com ninguém.
2. Qual a sua idade?
10 anos.
3. O que ele (a) está fazendo?
Tá brincando.
4. Está triste ou alegre?
Alegre.
5. Ele (a) é inteligente?
É.
6. Tem boa saúde?
Tem.
7. É bonito (a)?
Mais ou menos.
8. Qual é a parte mais bonita do seu corpo? E a mais feia?
Acho que o rostinho ficou bonito aqui.
Essas mãos ficou torta (mais feia).
9. Tem muitos amigos? Mais velhos ou mais novos?
Tem, de qualquer idade.
10. O que as pessoas dizem dele (a)?
Que ele é inteligente, esperto.
11. O que mais deseja e o que mais detesta?
Ele? Ser feliz.
Vou pensar... de gente malvada (detesta).

II. Segunda figura

TL: 2"
TT: 33"

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
Também ninguém, não parece ninguém nesse desenho feio.
2. Qual a sua idade?
9 anos.

3. O que ele (a) está fazendo?
Comemorando o ano novo.
4. Está triste ou alegre?
Alegre.
5. Ele (a) é inteligente?
Muito esperta.
6. Tem boa saúde?
Até demais.
7. É bonito (a)?
É.
8. Qual é a parte mais bonita do seu corpo? E a mais feia?
O rosto também.
Aqui (aponta para o desenho), na coxa mais ou menos (mais feia).
9. Tem muitos amigos? Mais velhos ou mais novos?
Tem, variadas idades.
10. O que as pessoas dizem dele (a)?
Que ela é esperta, que ela gosta de todas as coisas que as pessoas gostam...
11. O que mais deseja e o que mais detesta?
Ter mais amigos.
Armas (detesta).

ANEXO S – DFH e inquérito realizados com Irani (mãe de Tiago)

NOME: Irani

IDADE: 42

SEXO: F

INSTRUÇÃO: 2º Grau Incompleto

AVALIADOR: Fernanda

DATA DE APLICAÇÃO: 11 / 04 / 05.

I. Primeira figura

TL = 16"

TT = 3'10"

"Ai, meu Deus, não sei desenhar não..."

"O corpo agora é difícil, hein?"

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
Fiz pensando na minha mãe.
2. Qual a sua idade?
A minha? 42.
3. O que esta pessoa está fazendo? O que está pensando?
Nossa! Difícil... sei lá, ser feliz ou não sentir dor, estar sempre pronta a ajudar os outros.
4. Está triste ou alegre?
Parece que tem hora que ela tá triste, tem hora que fica alegre.
5. É casada? Tem filhos?
É. Tem.
6. Está mais ligada ao pai ou à mãe?
Quem? A do desenho ou eu? Acho que está mais ligada à mãe.
7. Qual a melhor parte de seu corpo? Por quê?
Aí no caso seria tudo dele, as mãos, as pernas, pra poder andar, ajudar, ela sempre gostou muito de ajudar os outros. O rosto, tinha uma beleza diferente.
8. E a pior? Por quê?
Não sei se seria bem o coração, não sei... de ser muito machucada pela vida. Ao mesmo tempo que machucam, não guarda rancor, uma pessoa que sabe amar.
9. O que as pessoas dizem dela?
Olha, muitas gostam, mas há muitas que chamam de louca, extravagante, não sei se ela gosta de chamar a atenção, ela usa roupas extravagantes, de tanto a gente falar, ela parou um pouco.
10. O que mais deseja e o que mais detesta?
Acho que ver os filhos feliz, os netos, acho que mais que ela mesma. (pensa).
Sabe que não me lembro do que ela detesta, acho que de pessoas falsas.

II. Segunda figura

TL = 5"

TT = 2'54"

Desenhou na ordem normal, fez por último a boca.

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
Fiz pensando no meu pai.
2. Qual a sua idade?

Do meu pai? Acho que 69 mesmo.

3. O que esta pessoa está fazendo? O que está pensando?
Que será que ele deve estar pensando? De ter cumprido a missão como pai, como empregado, apesar de ser bravo. De por os filhos no bom caminho.
4. Está triste ou alegre?
Sabe que não acabei de fazer? Não sei... acho que uma parte alegre outra parte triste.
5. É casada? Tem filhos?
Sim. Tem.
6. Está mais ligada ao pai ou à mãe?
Sabe que eu não sei? Nunca percebi, sempre falou muito pouco do pai, da mãe...
7. Qual a melhor parte de seu corpo? Por quê?
O que ele me diria? Qual a melhor? Acho que tudo, sei lá, que tinha condição pra trabalhar, pra sustentar.
8. E a pior? Por quê?
Acho que as mãos. Porque tinha hora que as mãos, a cabeça... ia fazer agir com violência com minha mãe.
9. O que as pessoas dizem dela?
Como pessoa, um bom amigo, mas como profissional, no serviço dele, era bravo, severo, uma pessoa que podia contar também.
10. O que mais deseja e o que mais detesta?
Acho que poder ser feliz, que os filhos estão bem, que progride. Sei lá. Missão de pai cumprido.
Que ele mais detesta? Acho que se mexesse nas coisas dele sem permissão. Acho que é isso.

ANEXO T – DFH e inquérito realizados com Lúcia (mãe de Joaquim)

NOME: Lúcia

IDADE: 36

SEXO: F

INSTRUÇÃO: 1º Grau Incompleto

AVALIADOR: Fernanda

DATA DE APLICAÇÃO: 30 / 09 / 05.

I. Primeira figura

TL = 5"

TT = 1'48"

Ela desenha de uma maneira que não vejo.

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
Com meu filho mais velho.
2. Qual a sua idade?
18.
3. O que esta pessoa está fazendo? O que está pensando?
Tá vestido de peão, sem chapéu, né? Tá pensando em boi, qualquer coisa assim.
4. Está triste ou alegre?
Tá triste.
5. É casada? Tem filhos?
Não. Tem.
6. Está mais ligada ao pai ou à mãe?
Quem, ele? À mãe.
7. Qual a melhor parte de seu corpo? Por quê?
Dessa pessoa? Acho que os braços, porque trabalha muito.
8. E a pior? Por quê?
Cabeça, não ajuda muito, não pensa muito.
9. O que as pessoas dizem dela?
Que é uma excelente pessoa, combina com todo mundo.
10. O que mais deseja e o que mais detesta?
Que ele realize o sonho dele.
Seu nervosismo.

II. Segunda figura

TL = 0"

TT = 1'09"

Nem terminei de falar, já foi desenhando.

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
Com A. L. (filha).
2. Qual a sua idade?
4 anos.
3. O que esta pessoa está fazendo? O que está pensando?
Tá na escola. Tá pensando em ir pra piscina.

4. Está triste ou alegre?
Tá alegre.
5. É casada? Tem filhos?
Não.
6. Está mais ligada ao pai ou à mãe?
Ao pai.
7. Qual a melhor parte de seu corpo? Por quê?
Seus olhos, porque são muito sinceros.
8. E a pior? Por quê?
A boca, chora muito.
9. O que as pessoas dizem dela?
Que ela é linda, meiga, mas chorona.
10. O que mais deseja e o que mais detesta?
Que seja muito feliz.
Ela dormir cedo, eu não gosto.

ANEXO U – DFH e inquérito realizados com Rosa (mãe de Hugo)

NOME: Rosa

IDADE: 37

SEXO: F

INSTRUÇÃO: 1º Grau Incompleto

AVALIADOR: Fernanda

DATA DE APLICAÇÃO: 10 / 03 / 06.

I. Primeira figura

TL = 7"

TT = 1'38"

“Tinha que fazer o pé, vou fazer de tênis mesmo”.

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
Ah, sei lá... acho que... eu fiz por fazer... pensei e não pensei... minha mãe que é meio complicada...
2. Qual a sua idade?
61 anos.
3. O que esta pessoa está fazendo? O que está pensando?
Ela sempre, ela nunca traz uma paz, uma alegria, traz muita complicação, problema, julga muito. Faz muita separação de filho.
4. Está triste ou alegre?
Ela é sempre uma pessoa complicada, só fala de coisas ruins, ela torna as pessoas tristes, meu filho nem quer ficar lá, não se sente bem.
5. É casada? Tem filhos?
Viúva, tem mais dois filhos.
6. Está mais ligada ao pai ou à mãe?
Ela nunca falou, nunca comentou, falava que a mãe dela era geniosa.
7. Qual a melhor parte de seu corpo? Por quê?
Ai... nenhuma... a cabeça é complicada, sempre reclama. Nenhuma, não tem utilidade.
8. E a pior? Por quê?
A cabeça e a boca. Cabeça porque só pensa coisas ruins, e a boca porque fala, maltrata.
9. O que as pessoas dizem dela?
É... eu e meu irmão que comenta, as pessoas lá fora falam bem, o resto que sabe a verdade, ela se afasta, quem convive é que vê. As outras pessoas têm uma outra visão.
10. O que mais deseja e o que mais detesta?
Ela tá bem quando tem dinheiro. Qualquer problema ela desaba e joga em cima das pessoas. Tem muita coisa... tipo assim... não gosta muito de serviço de casa, é muito dependente, tem o corpo mole pra trabalhar.

II. Segunda figura

TL = 3"

TT = 1'26"

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
Eu fiz mais pensando no P. (filho mais novo).
2. Qual a sua idade?

7 anos.

3. O que esta pessoa está fazendo? O que está pensando?
Ah., eu desenhei por desenhar.. o cabelo eu pus por causa dele.
4. Está triste ou alegre?
Criança é meio imprevisível, está inseguro, é meio inseguro.
5. É casada? Tem filhos?
Não.
6. Está mais ligada ao pai ou à mãe?
Aos dois.
7. Qual a melhor parte de seu corpo? Por quê?
Do meu? Pra mim é tudo, é muito carinhoso, amoroso, preocupado. Acho que é o coração, e a cabeça também, é muito inteligente, criança não pensa nada.
8. E a pior? Por quê?
Às vezes é complicado, ele dá birra, não entende, é uma pessoa difícil de lidar, maneira de agir.
9. O que as pessoas dizem dela?
Que nem a avó não dão carinho, que se ele não melhorar vai tomar ele de mim, não passa coisas boas, não tem elogio. Ele precisa de apoio, não cabe ficar julgando que sou errada.
10. O que mais deseja e o que mais detesta?
Ele não gosta que eu e meu marido briga, gosta que fica bem, deseja paz.
(detesta) Briga.

ANEXO V – DFH e inquérito realizados com Noêmia (mãe de Marcelo)

NOME: Noêmia

IDADE: 38

SEXO: F

AVALIADOR: Fernanda

INSTRUÇÃO: 3º Grau Completo

DATA DE APLICAÇÃO: 17 / 03 / 06.

I. Primeira figura

TL = 1''

TT = 1'01''

Desenhou na ordem normal.

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
Acho que uma criança. Quis desenhar uma criança.
2. Qual a sua idade?
Uns 8 anos.
3. O que esta pessoa está fazendo? O que está pensando?
Ai, esperando alguma coisa.
4. Está triste ou alegre?
Alegre.
5. É casada? Tem filhos?
Não.
6. Está mais ligada ao pai ou à mãe?
À mãe.
7. Qual a melhor parte de seu corpo? Por quê?
Dessa criança ou do meu? Acho que a cabeça, porque ela pensa.
8. E a pior? Por quê?
As mãos, porque não param quietas.
9. O que as pessoas dizem dela?
Que ela é inquieta.
10. O que mais deseja e o que mais detesta?
(deseja) Crescer.
(detesta) Ficar parada.

II. Segunda figura

TL = 1''

TT = 1'04''

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
Acho que mais nova, uma menina de 4 anos.
2. Qual a sua idade?
4 anos.
3. O que esta pessoa está fazendo? O que está pensando?
Também está parada, esperando algo.

4. Está triste ou alegre?
Alegre.
5. É casada? Tem filhos?
Não.
6. Está mais ligada ao pai ou à mãe?
À mãe.
7. Qual a melhor parte de seu corpo? Por quê?
Não sei, dessa menina eu não sei qual seria a melhor parte.
8. E a pior? Por quê?
Também não sei.
9. O que as pessoas dizem dela?
Que ela é calma, boazinha.
10. O que mais deseja e o que mais detesta?
(deseja) Brincar.
(detesta) Ficar triste.

ANEXO W – DFH e inquérito realizados com Paulo (pai de Tiago)

by 5

Sorrindo
mundo melhor
alegre
casado
tem filhos
pai

Rosto pp
alegria
pernas

boa,

feliz,

mentira, falsidade

māe^v
65
Rosto

NOME: Paulo

IDADE: 44

SEXO: M

INSTRUÇÃO: Nível Técnico

**AVALIADOR: Fernanda
/2005.**

DATA DE APLICAÇÃO: 05/ 05

I. Primeira figura

TL = 13"

TT = 1'56"

"Hoje em dia não dá pra diferenciar homem de mulher, é tudo igual".

"Esse eu não sei se é homem ou mulher".

"Parece mais masculino".

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?

Charlie Brown. Sinceramente eu não sei. Não fiz pensando em ninguém. Nem me parece alguém.

2. Qual a sua idade?

Uns 35, mais ou menos.

3. O que esta pessoa está fazendo? O que está pensando?

Sorrindo. Tá parecendo comigo... um mundo melhor.

4. Está triste ou alegre?

Alegre.

5. É casada? Tem filhos?

Acho que sim. Tem.

6. Está mais ligada ao pai ou à mãe?

Ele ou os filhos? Ele? O pai.

7. Qual a melhor parte de seu corpo? Por quê?

O rosto. Porque demonstra alegria.

8. E a pior? Por quê?

Tá parecendo as pernas... acho que as pernas simbolizam/representam para o ser humano uma forma de se locomover, de ir até os outros, de caminhar, de manifestar a vontade. Por que estão debilitadas no meu desenho? Nem tudo que queremos fazer a gente consegue, as atribulações. Eu como pai quero fazer mais, fazer mais pelos filhos, nem sempre consigo.

9. O que as pessoas dizem dela?

Que é uma pessoa boa. O boa é muito genérico, superficial, que se predispõe a ser honesto, boa carinhosa. Se predispõe, nem sempre consegue. Mas as pessoas percebem sua boa vontade de ser assim.

10. O que mais deseja e o que mais detesta?

Acho que o que mais deseja é ser feliz, feliz é muito abrangente, é estar bem físico, na consciência, sentir que o que está fazendo diferente corresponde ao que foi formado, o propósito de vida. O que deixa essa pessoa feliz é saber que depois da morte existe outra vida, por isso essa pessoa expressa alegria, seriedade.

Que eu detesto é mentira, falsidade, tudo muito relacionado com mentira. Mentira e falsidade se resumem em tudo, tudo aquilo que não é honesto.

OBS: Ia apagando e desenhando de novo, enquanto era feito o inquérito.

II. Segunda figura

TL = 3''

TT = 2'48''

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
Minha mãe.

2. Qual a sua idade?
Tá meio idosa, cara de velha, 60, 65, sei lá.

3. O que esta pessoa está fazendo? O que está pensando?
Só observando, sei lá o quê, está observando alguma coisa. Que poderia ter feito algumas coisas mais jovem e não fez.

4. Está triste ou alegre?
Triste.

5. É casada? Tem filhos?
Viúva, tem.

6. Está mais ligada ao pai ou à mãe?
À mãe.

7. Qual a melhor parte de seu corpo? Por quê?
O rosto, o rosto também. Porque o rosto ainda expressa uma feição de verdade, de honestidade, de carinho.

8. E a pior? Por quê?
Tá parecendo as pernas, que nem aparece aqui direito. Porque ela quer ir à frente, mas não tem jeito, não é mais possível.

9. O que as pessoas dizem dela?
Que fez seu papel de mãe, que ainda demonstra uma força muito grande, convicção de muitas coisas.

10. O que mais deseja e o que mais detesta?
Viver.
Ser abandonada ou ignorada.

ANEXO X – DFH e inquérito realizados com Márcio (pai de Joaquim)

NOME: Márcio

IDADE: 32

SEXO: M

INSTRUÇÃO: 1º Grau Incompleto

AVALIADOR: Fernanda

DATA DE APLICAÇÃO: 30 / 09 / 05.

I. Primeira figura

TL = 1''

TT = 1'37''

Parece tampar o desenho, depois o mostra.

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
Com meu menino jogando bola.
2. Qual a sua idade?
8 anos.
3. O que esta pessoa está fazendo? O que está pensando?
Ele tá brincando, aprendendo, tá no Pró (escola profissionalizante).
(pensando) Na hora de ir embora, chegar em casa.
4. Está triste ou alegre?
Ah, agora ele tá alegre.
5. É casada? Tem filhos?
Não.
6. Está mais ligada ao pai ou à mãe?
Muito dividido, às vezes com o pai, às vezes com a mãe, não tem uma ligação direta com os dois não.
7. Qual a melhor parte de seu corpo? Por quê?
O seu rosto, porque é um rosto bonito.
8. E a pior? Por quê?
A rebeldia, porque às vezes é meio agressivo, diz coisas que magoa a gente.
9. O que as pessoas dizem dela?
Às vezes as pessoas elogiam, às vezes fala mal.
10. O que mais deseja e o que mais detesta?
(deseja) Acho que às vezes ter um pouquinho mais de carinho.
(detesta) Difícil, ele gosta de muita coisa. Detesta quando os outros gritam com ele, fica meio, sei lá...

II. Segunda figura

TL = 3''

TT = 1'24''

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
Parece com a minha filha.
2. Qual a sua idade?
4 anos.

3. O que esta pessoa está fazendo? O que está pensando?
Tá brincando, pensando na hora de ir embora pra casa, não vê a hora de ir embora.
4. Está triste ou alegre?
Ela é sempre alegre.
5. É casada? Tem filhos?
Não.
6. Está mais ligada ao pai ou à mãe?
Tá mais ligada a mim.
7. Qual a melhor parte de seu corpo? Por quê?
O sorriso dela, parte do sorriso. Ela tem um sorriso bonito.
8. E a pior? Por quê?
A pior parte é a tristeza dela. Porque ela fica triste com pouca coisa, às vezes quer, não dá.
9. O que as pessoas dizem dela?
Todas bem, acham que ela é bonitinha, é uma criança meiga.
10. O que mais deseja e o que mais detesta?
(deseja) Às vezes agora tá junto de mim, em casa.
(detesta) A hora que tem que mandar ela ir pra dentro, pra dormir, que não pode sair mais.

ANEXO Y – DFH e inquérito realizados com João (pai de Hugo)

NOME: João

IDADE: 37

SEXO: M

INSTRUÇÃO: 3º Grau Completo

AVALIADOR: Fernanda

DATA DE APLICAÇÃO: 17 / 03 / 06.

I. Primeira figura

TL = 5"

TT = 4'44"

"Não consigo fazer o corpo aqui não, sou péssimo pra desenho (...) mas vou tentar".

"Não consigo fazer o corpo, não tem jeito".

"O que eu consigo fazer é isso".

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
Eu fiz baseado um pouco parecido com a S. (mulher).
2. Qual a sua idade?
Uns 36 anos.
3. O que esta pessoa está fazendo? O que está pensando?
Aqui eu fiz ela como se fosse uma fotografia, tinha tirado foto aí, sei lá.
4. Está triste ou alegre?
Está alegre.
5. É casada? Tem filhos?
Sim, três.
6. Está mais ligada ao pai ou à mãe?
Praticamente a nenhum dos dois.
7. Qual a melhor parte de seu corpo? Por quê?
O rosto, porque eu acho bonito.
8. E a pior? Por quê?
Pra mim não tem, pra falar a verdade.
9. O que as pessoas dizem dela?
Fala que é uma pessoa boa, trabalhadeira.
10. O que mais deseja e o que mais detesta?
(deseja) É ter paz.
(detesta) A mentira.

II. Segunda figura

TL = 10"

TT = 3'34"

"Esqueci de colocar orelha na mulher".

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
Fiz ele, apesar de não parecer ninguém, baseei mais no filho mais velho, o L.
2. Qual a sua idade?
17.

3. O que esta pessoa está fazendo? O que está pensando?
Aqui tá numa fotografia também, numa foto.
4. Está triste ou alegre?
Alegre.
5. É casada? Tem filhos?
Não.
6. Está mais ligada ao pai ou à mãe?
Aos dois.
7. Qual a melhor parte de seu corpo? Por quê?
Pra mim é tudo, eu gosto dele.
8. E a pior? Por quê?
Não tem pior.
9. O que as pessoas dizem dela?
Que é um menino bom, estudioso, responsável, educado, calmo.
10. O que mais deseja e o que mais detesta?
No meu pensamento ele deseja fazer uma faculdade, estudar, se formar.
(detesta) Briga, conflito familiar.

ANEXO Z – DFH e inquérito realizados com Carlos (pai de Marcelo)

NOME: Carlos

IDADE: 43

SEXO: M

INSTRUÇÃO: 2º Grau Completo

AVALIADOR: Fernanda

DATA DE APLICAÇÃO: 23 / 03 / 06.

I. Primeira figura

TL = 14"

TT = 2'50"

"Sou péssimo pra desenho... Faço pessoa com o corpo ou só o rosto? Posso fazer uma caricatura?"

Tampa o desenho.

"Não sei o que saiu aqui não..."

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
Com ninguém... não pensei. Como vou passar alguém aqui?
2. Qual a sua idade?
Pode pôr uns 7 anos aí, tá com cara de moleque aí.
3. O que esta pessoa está fazendo? O que está pensando?
Ela está observando eu desenhar ela.
4. Está triste ou alegre?
Tá normal, nem triste, nem alegre.
5. É casada? Tem filhos?
Não, é solteira.
6. Está mais ligada ao pai ou à mãe?
Ao pai.
7. Qual a melhor parte de seu corpo? Por quê?
Do meu corpo? Do desenho assim... acho que são os olhos, porque são os olhos que dá luz, dá visão, é a parte mais importante, uma pessoa sem enxergar deve ser péssimo.
8. E a pior? Por quê?
Eu acho que é o cabelo, porque tá péssimo.
9. O que as pessoas dizem dela?
Que ele precisa melhorar.
10. O que mais deseja e o que mais detesta?
(deseja) Uma roupa colorida, porque tá preto e branco aí.
(detesta) Acho que são essas pintinhas, essas sardinhas que tem no rosto.

II. Segunda figura

TL = 3"

TT = 4'19"

"Vou ver se capricho mais nessa então... tô economizando folha".

Não mostra o desenho.

1. Com quem se parece a pessoa do desenho? Quem lhe lembra a pessoa do desenho?
Com quem? Deixa eu ver se tem alguém... Com ninguém.

2. Qual a sua idade?
Pode colocar uns 20 anos aí, tem colar, pulseira.
3. O que esta pessoa está fazendo? O que está pensando?
Tá me observando também.
4. Está triste ou alegre?
Normal.
5. É casada? Tem filhos?
Solteira.
6. Está mais ligada ao pai ou à mãe?
À mãe.
7. Qual a melhor parte de seu corpo? Por quê?
Acho que o rosto, né? Toda mulher é vaidosa, pode estar ruinzinha, dá-se um jeito.
8. E a pior? Por quê?
O pé, ficou muito grande, mulher não gosta de pé grande.
9. O que as pessoas dizem dela?
Que precisa procurar um cabeleireiro, vai desenhar cabelo mal lá adiante!
10. O que mais deseja e o que mais detesta?
Arrumar um namorado, né?
(detesta) O cabelo, toda mulher detesta cabelo, por mais que esteja bonito, nunca tá contente.