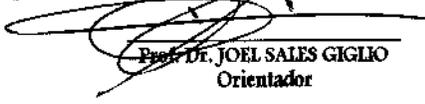


MARIA ALICE S. B. DE AZEVEDO

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, para obtenção do Título de Doutora em Saúde Mental, defendida pela psicóloga **MARIA ALICE SALVADOR BUSATO DE AZEVEDO** Campinas, 25 de Fevereiro de 1997.

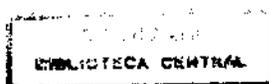

Prof. Dr. JOEL SALES GIGLIO
Orientador

UM ESTUDO EXPLORATÓRIO
DA PERSONALIDADE DA CRIANÇA OBESA
ATRAVÉS DO DESENHO DA FIGURA HUMANA E DOS
INDICADORES EMOCIONAIS DE KOPPITZ

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Mental.

ORIENTADOR: Prof. Dr. JOEL SALES GIGLIO

CAMPINAS - UNICAMP
1996



BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

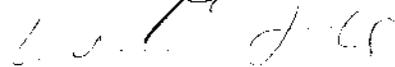
Orientador: Prof. Dr. JOEL SALES GIGLIO

Membros:

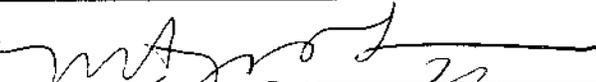
1.



2.



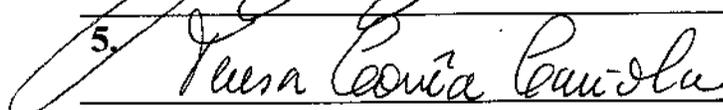
3.



4.



5.



Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 25/02/1997

DEDICATÓRIA

*Aos meus queridos filhos,
Sylvia Cristina e João Lúcio,
por serem o que são e pelo
carinho, apoio, compreensão e estímulo.*

AGRADECIMENTOS

- Ao Prof. Dr. Joel Sales Giglio, que confiou em mim e em meu trabalho.
- Ao Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro, sem o qual não teria sido possível a realização desta pesquisa.
- À Dra. Teresa Corrêa Cariola, pela amizade, apoio, incentivo e troca de idéias.
- Aos professores do curso de Pós-Graduação em Saúde Mental do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Estadual de Campinas, que contribuíram para a minha formação.
- Ao Prof. Dr. Neury José Botega, por ter gentilmente me emprestado o livro do Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil (QMPI), de autoria do Dr. Naomar de Almeida Filho, utilizado nesta tese.

- Aos diretores e professores das escolas primárias de Piracicaba, que comigo colaboraram (Colégio Dom Bosco/Cidade Alta; EEPG Honorato Faustino e EEPG Dr. Alfredo Cardoso) no trabalho com os alunos, bem como a estes, que contribuíram com os seus desenhos.
- À Psicóloga Fantina Duarte, pelas frutíferas conversas sobre o Desenho da Figura Humana.
- À Dra. Denise Barbieri Marmo, pelas sugestões, apoio e revisão do texto referente à conceituação e prevalência da obesidade.
- À Prof^a Dra. Eliana H. F. Marques, pela colaboração na análise estatística dos dados da pesquisa.
- À Sra. Lourdes C. Castilho, pela colaboração na análise estatística dos dados da pesquisa, bem como na elaboração dos gráficos e tabelas.
- Aos meus filhos, Sylvia Cristina de Azevedo e João Lúcio de Azevedo Filho, pelo apoio e compreensão quanto às horas de convívio que deixei de lhes proporcionar durante o período de Pós-Graduação e elaboração da tese.
- À minha mãe, pelo apoio contínuo.

EPÍGRAFE

“Um corpo é sempre a expressão de um ego e de uma personalidade e está dentro de um mundo. E nem sequer podemos dar uma resposta preliminar ao problema do corpo se não tentarmos esclarecer primeiro o da personalidade e o mundo.”

SCHILDER (1977)

UM ESTUDO EXPLORATÓRIO
DA PERSONALIDADE DA CRIANÇA OBESA
ATRAVÉS DO DESENHO DA FIGURA HUMANA E DOS
INDICADORES EMOCIONAIS DE KOPPITZ

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	iv
LISTA DE GRÁFICOS	vi
LISTA DE ANEXOS.....	vii
RESUMO	ix
1. INTRODUÇÃO.....	1
2 . CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA DO PROBLEMA.....	5
2.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE A OBESIDADE:.....	5
2.1.1. Conceituação	5

2.1.2. Prevalência	8
2.1.3. Etiologia	17
2.2. A ABORDAGEM PSICOLÓGICA DA OBESIDADE:	26
2.2.1. Aspectos Psicológicos da Obesidade.....	26
2.2.2. Obesidade e Personalidade.....	54
2.3. AS TÉCNICAS PROJETIVAS NO ESTUDO DA PERSONALIDADE... 57	
2.3.1. A Utilização do Desenho como Técnica Projetiva para o Estudo da Personalidade	57
2.3.2. A Utilização do Desenho da Figura Humana (DFH) para o Estudo da Personalidade da Criança	62
2.3.3. O Desenho da Figura Humana segundo KOPPITZ e os Indicadores Emocionais	66
3. METODOLOGIA.....	74
3.1. Sujeitos.....	74
3.2. Instrumentos	77
3.2.1. O Desenho da Figura Humana (DFH) e os Indicadores Emocionais de KOPPITZ.....	78
3.2.1.1. A Escala de KOPPITZ	78

3.2.2. Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil (QMPI).....	94
3.3. Procedimento.....	97
3.3.1. Coleta do Material.....	97
3.3.1.1. Desenho da Figura Humana (DFH).....	97
3.3.1.2. Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil (QMPI.)...	98
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	99
5. DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	116
6. CONCLUSÕES E SUGESTÕES.....	137
7. SUMMARY.....	141
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	144
9. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	163
10. ANEXOS.....	178

LISTA DE TABELAS

TABELA	Página
1 - Sujeitos dos dois grupos, com as respectivas idades e Índices de Massa Corporal (IMC).....	76
2 - Sujeitos, variação das idades, médias de idade e Índices de Massa Corporal (IMC).....	77
3 - Frequências dos Indicadores Emocionais da Escala de KOPPITZ, por sujeito e por item no Grupo Experimental (Obesos).....	100
4 - Frequências dos Indicadores Emocionais da Escala de KOPPITZ, por sujeito e por item no Grupo Controle (Não-obesos).....	101
5 - Síntese da incidência dos Indicadores Emocionais nos Grupos Experimental e Controle.....	102

TABELA	Página
6 - Comparação dos totais das frequências dos Indicadores Emocionais dos DFH de ambos os grupos.....	103
7 - Frequências dos Indicadores Emocionais apresentados pelas crianças dos Grupos Experimental e Controle.....	106
8 - Frequências dos Indicadores Emocionais, apresentados pelas crianças de ambos os grupos, e suas respectivas percentagens.....	108
9 - Distribuição dos Indicadores Emocionais, por sexo dos sujeitos, e total em cada grupo.....	110
10 - Postos ou Escores - Teste de Wilcoxon da Soma de Postos.	112
11 - Pontos obtidos com o Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil (QMPI).....	114

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO	Página
1 - Freqüências dos Indicadores Emocionais apresentados pelas crianças dos Grupos Experimental e Controle.....	107
2 - Percentagens dos Indicadores Emocionais apresentados pelas crianças dos Grupos Experimental e Controle.....	109
3 - Distribuição dos Indicadores Emocionais por sexo dos sujeitos nos Grupos Experimental e Controle.....	110

LISTA DE ANEXOS

ANEXO		Página
1 -	Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil (QMPI).....	179
	DFH de crianças do Grupo Controle (Não-obesas):	
2 -	NO2 (♀).....	180
3 -	NO3 (♀).....	181
4 -	NO4 (♀).....	182
5 -	NO8 (♀).....	183
6 -	NO12 (♀).....	184
7 -	NO13 (♀).....	185
8 -	NO2 (♂).....	186
9 -	NO4 (♂).....	187
10 -	NO6 (♂).....	188
11 -	NO11 (♂).....	189
12 -	NO13 (♂).....	190

ANEXO	Página
13 - NO14 (σ).....	191
DFH de crianças do Grupo Experimental (Obesas):	
14 - O7 (♀).....	192
15 - O8 (♀).....	193
16 - O9 (♀).....	194
17 - O10 (♀).....	195
18 - O11 (♀).....	196
19 - O15 (♀).....	197
20 - O1 (σ).....	198
21 - O9 (σ).....	199
22 - O10 (σ).....	200
23 - O12 (σ).....	201
24 - O13 (σ).....	202
25 - O14 (σ).....	203

UM ESTUDO EXPLORATÓRIO
DA PERSONALIDADE DA CRIANÇA OBESA
ATRAVÉS DO DESENHO DA FIGURA HUMANA E DOS
INDICADORES EMOCIONAIS DE KOPPITZ

RESUMO

A presente pesquisa é um estudo exploratório no sentido de estudar e comparar o Desenho da Figura Humana de crianças obesas e não-obesas, através dos Indicadores Emocionais propostos por KOPPITZ (1976), com o intuito de apreender algo da personalidade da criança obesa que possa ajudar a compreender o seu problema de hiperfagia e obesidade.

Os desenhos foram analisados objetivamente, detectando-se índices gráficos indicadores de distúrbios emocionais, os quais foram interpretados clinicamente quanto à dinâmica da personalidade.

A bibliografia sobre a obesidade e os seus aspectos psicológicos, assim como aquela sobre a utilização do Desenho da Figura Humana e dos Indicadores Emocionais de KOPPITZ (1976) na avaliação da personalidade e de distúrbios emocionais, foram cuidadosamente revistas.

Foram sujeitos da pesquisa 60 crianças de ambos os sexos, divididas em dois grupos: grupo experimental, composto por 30 crianças obesas (15 meninos e 15 meninas), e grupo de controle, formado por 30 crianças normais (15 meninos e 15 meninas), todas pertencentes à mesma faixa etária, de 7a.0m. a 12a.11m., alunas da 1ª à 6ª série do 1º grau, de três escolas primárias da cidade de Piracicaba, SP.

A análise dos desenhos revelou algumas diferenças entre os grupos. Os dados obtidos foram submetidos a provas estatísticas não-paramétricas. A análise dos dados indicou que as crianças obesas apresentaram uma maior quantidade de Indicadores Emocionais do que as normais, assim como mais escores superiores a 2, revelando um maior comprometimento emocional. Assim, na presente pesquisa, as crianças do grupo experimental revelaram-se mais patológicas, sob este aspecto.

Dos 30 Indicadores Emocionais de KOPPITZ (1976), três — omissão do nariz, figura inclinada e braços curtos — serviram para diferenciar os dois grupos, indicando um maior índice de distúrbios emocionais entre as crianças obesas. Dos três, o item omissão do nariz, que apresentou a maior significância estatística na discriminação dos dois grupos, é um indicador que KOPPITZ (1976) afirma aparecer significativamente com mais frequência no Desenho da Figura Humana de doentes psicossomáticos.

Os resultados obtidos revelaram que as crianças obesas do presente estudo apresentaram uma maior quantidade de distúrbios emocionais, o que confirma o pressuposto da abordagem psicossomática da obesidade. Os Indicadores Emocionais que se destacaram na discriminação do grupo experimental indicam maior insegurança, retraimento, dependência, imaturidade e agressividade reprimida nas crianças obesas, confirmando as características encontradas na literatura pesquisada sobre os aspectos psicológicos da criança obesa.

A discussão e a interpretação dos resultados foram desenvolvidas não somente apoiadas nos pressupostos teóricos da escala de KOPPITZ (1976), mas também com base na comparação com os resultados de pesquisas de outros autores.

Os resultados obtidos foram articulados com os dados fornecidos pela bibliografia pesquisada e estudada, a fim de se procurar entender a hiperfagia da criança obesa.

Este trabalho oferece algumas sugestões a partir dos resultados obtidos.

1. INTRODUÇÃO

O nosso interesse pela obesidade foi despertado, inicialmente, pelo atendimento psicoterápico a alguns pacientes obesos adultos, os quais nos procuraram por causa de problemas pessoais outros que não a sua insatisfação direta com a sua obesidade. Durante o atendimento dos mesmos, pudemos observar que o comer excessivo era utilizado como um mecanismo de reação a determinados problemas da sua vida e que a obesidade deles era a expressão sintomática de conflitos e, como tal, contava uma estória.

O interesse em compreender melhor os nossos pacientes levou-nos a procurar literatura específica para estudar o assunto e descobrimos a escassez da mesma em português, no tocante aos aspectos psicológicos do obeso. Passamos, então, a buscar material em outros idiomas, especialmente em inglês, percebendo a complexidade do assunto e constatando que a obesidade é considerada um desafio nas várias áreas da Medicina das quais é objeto de estudo. Descobrimos que dentro da própria Medicina existe uma dicotomia de pontos de vista a respeito da etiologia da obesidade. Por um lado, há a corrente organicista, defendendo que a obesidade é a expressão de uma constituição genética herdada

e, como tal, é considerada destino traçado para os descendentes de pais obesos. Por outro lado, há a corrente psicossomática, ou seja, a da abordagem holística do paciente obeso, defendendo que “*a constituição é herdada, mas a obesidade não*” (NEWBURGH, 1942) e que 95% dos casos de obesidade são unicamente devidos a um desequilíbrio energético decorrente da ingestão excessiva de calorias, resultante do comer em excesso. Esta corrente, embora não descarte a tendência hereditária, considera o comer compulsivo como uma expressão de desajustamento emocional, sendo a obesidade vista, então, como o sintoma deste, superdeterminado por causas psicológicas e emocionais inconscientes.

Por valorizarmos o conhecimento das experiências infantis para uma melhor compreensão dos problemas da vida adulta, passamos a buscar mais literatura, agora sobre a abordagem psicológica da criança obesa. Mais uma vez descobrimos a escassez daquela, inclusive em inglês, com a exceção dos trabalhos da médica norte-americana BRUCH (1940a, 1940b, 1941, 1952, 1955, 1961, 1964, 1969, 1971, 1973, 1976, 1977), que já nas décadas de 40 e 50 debruçou-se sobre o assunto e realizou vários estudos com crianças obesas, tanto na parte de pediatria como na de endocrinologia, observando e analisando o comportamento, a psicodinâmica e a constelação familiar das mesmas.

Isso, associado ao nosso interesse pelos métodos projetivos de estudo da personalidade, levou-nos a realizar a presente pesquisa, que se configura como um estudo de caráter descritivo-exploratório. Considerando que

dentre os testes para exploração da personalidade da criança são muito utilizados os gráficos, uma vez que o desenho é um modo natural de expressão para a criança, nos decidimos pela utilização do Desenho da Figura Humana em nosso estudo.

Como objetivo geral de nossa pesquisa visamos comparar crianças obesas e não-obesas, na faixa etária de 7a.0m. a 12a.11m., analisando os Desenhos da Figura Humana dos dois grupos, avaliados através dos Indicadores Emocionais de KOPPITZ (1966a e 1976), e das diferenças quantitativas e qualitativas dos indicadores.

Como objetivos específicos visamos:

1. Pesquisar a personalidade da criança obesa, através do uso da técnica projetiva do Desenho da Figura Humana e dos Indicadores Emocionais de KOPPITZ (1976).
2. Investigar a existência de sinais indicadores de distúrbios emocionais na produção gráfica da criança obesa, conforme detectados e estudados por KOPPITZ (1976) no Desenho da Figura Humana, e a possibilidade de uma compreensão psicanalítica do significado dos mesmos.

3. Procurar compreender a ligação entre a psicodinâmica da criança obesa e o seu comportamento de hiperfagia.

Esperamos que este estudo possa contribuir, embora modestamente, para uma melhor compreensão da obesidade, uma vez que a mesma é considerada a enfermidade nutricional de maior importância no mundo desenvolvido, ao mesmo tempo que sua prevalência vem se destacando também nos países em desenvolvimento.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA DO PROBLEMA

2.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE A OBESIDADE

2.1.1. Conceituação

Segundo a literatura médica, a obesidade tem sido conceituada, em termos gerais, como a presença de um excesso de tecido adiposo no organismo (NEWBURGH, 1942; KAPLAN & KAPLAN, 1957; DECOURT, SILVA, SANDOVAL, 1971; CORONHO, 1976; ABRAMSON, 1977; MOURA & SANTOS, 1988; BRAY, 1989b; GRAY, 1989).

De acordo com KAPLAN & KAPLAN (1957), sobrepeso não é sinônimo de obesidade e o diagnóstico não deve ser realizado simplesmente pela avaliação do peso de um indivíduo numa dada idade e, sim, utilizando-se critérios relacionando peso e altura. Em alguns casos, uma pessoa pode ser mais pesada do que o normal, devido a massa muscular e estrutura óssea muito desenvolvidas e não ao acúmulo de gordura. Cada caso deve ser considerado individualmente, analisando-se a composição corporal.

Observamos, a partir da literatura especializada sobre o assunto, a dificuldade de se quantificar a obesidade. Há uma variedade de métodos diretos e indiretos para a medição da massa gordurosa, muitos deles complexos e impraticáveis no consultório (LUKASKI, 1987; MARMO, 1988; GRAY, 1989). Dentre os diretos, alguns são considerados práticos e de uso corrente: exame clínico; comparação dos dados do indivíduo com tabelas padronizadas, por exemplo, de peso e relação peso/altura; medidas de pregas cutâneas (CORONHO, 1976) e índices de massa corporal como, por exemplo, o Índice de Quetelet* ou IMC (Índice de Massa Corporal). Este é usado em pesquisas e, cada vez mais, em estudos epidemiológicos, como indicador de obesidade (GARROW & WEBSTER, 1985; ANJOS, 1992).

O Índice de Massa Corporal (IMC) (GARROW & WEBSTER, 1985; ANJOS, 1992) tem sido recomendado para uso corrente pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos e pela Faculdade Real de Médicos de Londres (FLYNN & GIBNEY, 1991), para o diagnóstico da obesidade. Segundo estes autores, ele é um índice simples, que se correlaciona bem com os outros índices, que também utilizam o peso e a altura, oferecendo a grande vantagem de permitir a comparação de populações. Além disso, de acordo com GARROW & WEBSTER (1985), este índice tem sido largamente utilizado por

* Índice de Quetelet: P/A^2 , onde P = peso e A^2 = altura elevada ao quadrado.

causa da sua alta correlação com a gordura corporal e o seu crescente uso em estudos epidemiológicos é devido a considerações práticas, como baixo custo e facilidade operacional.

Os limites de corte sugeridos por vários autores (GARROW & WEBSTER, 1985; ANJOS, 1992) são:

Normal	(N):	$20 \leq \text{IMC} < 25$
Sobrepeso	(SP):	$25 \leq \text{IMC} < 30$ e
Obeso	(O):	$\text{IMC} \geq 30$

Recentemente, no entanto, um grupo de estudiosos da Organização Mundial de Saúde (OMS) (ANJOS, 1992), a fim de eliminar controvérsias sobre o assunto, definiu o valor 25 como ponto de corte, isto é, como limite máximo para a normalidade, tanto para homens como para mulheres, o que significa que é considerado obeso o indivíduo com $\text{IMC} \geq 25$. Assim, a classificação de obesidade para fins clínicos, baseada no IMC e estabelecida pela OMS, é (GARROW & WEBSTER, 1985; ANJOS, 1992):

25 a 29,9	-	Grau I	(leve)
30 a 39,9	-	Grau II	(moderada)
40 ou +	-	GRAU III	(severa ou mórbida)

2.1.2. Prevalência

Segundo especialistas do assunto, a obesidade é considerada a mais séria doença nutricional do mundo desenvolvido e sua prevalência vem aumentando, nas últimas décadas, em vários países desenvolvidos e em desenvolvimento, não apenas entre os adultos, mas também entre as crianças e os adolescentes (VAN ITALLIE, 1979; BRAY, 1989a; KISSEBAH, FREEDMAN, PEIRIS, 1989; BROWNELL & WADDEN, 1992).

BROWNELL & WADDEN (1992) citam que, nos Estados Unidos, 24% dos homens e 27% das mulheres são obesos, o que perfaz 51% da população adulta, segundo o critério de 20% de excesso de peso acima do peso ideal. ABRAMSON (1977) diz que de 40 a 80 milhões de pessoas, nos Estados Unidos, são obesas e VAN ITALLIE (1979) refere-se à obesidade como "*a doença americana*", sendo a mesma já discutida como um problema de saúde pública. ANJOS (1983) a considera como a "*doença da civilização*". De acordo com este autor, a revolução da agricultura, o aperfeiçoamento de técnicas de purificação dos alimentos, da maior concentração calórica dos mesmos e o amplo consumo de açúcar, que começou no século XVII, foram os principais fatores que contribuíram para o surgimento da obesidade. Por outro lado, diz ele, também colaboraram a Revolução Industrial, que atingiu o máximo no século atual, as facilidades de transporte, as máquinas e a ampla utilização do automóvel.

MARMO (1988) cita um outro fator importante: as mudanças ocorridas em relação às práticas de alimentação infantil, a partir dos anos 40. Segundo ela, houve um declínio do número de mães que amamentam ao peito, com a conseqüente introdução precoce de alimentos sólidos na dieta dos bebês, às vezes, já no primeiro mês de vida. Isto acarreta um excesso de ingestão calórica, podendo ou não favorecer a obesidade.

DIETZ (1983) calcula que de 5% a 25% das crianças e adolescentes dos Estados Unidos podem estar afetados pela obesidade. MUZZO (1989) refere-se a cifras que vão de 3% a 20% para ambos os sexos, nos Estados Unidos e Inglaterra. No Chile, segundo ele, os índices variam de 5% a 10%, em menores de 14 anos, e vão até 35%, entre 14 e 19 anos, para mulheres de classe média e baixa, sendo que, para os meninos até 19 anos de idade, o índice é de 5%. WOLFE et al. (1994) calculam que de 20% a 25% das crianças, nos Estados Unidos, são obesas. No Canadá, um estudo periódico de saúde, realizado recentemente pela Canadian Task Force (1994) estimou a prevalência da obesidade infantil entre 7% e 43% neste país. O mesmo estudo cita os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde e de Nutrição (NHANES - National Health And Examination Survey, 1987) dos Estados Unidos, realizada em 1987, mostrando que 27,1% das crianças de 6 a 11 anos de idade, e 21,9% dos adolescentes, de 12 a 17 anos, são obesos.

Segundo ANJOS (1992), são raros os estudos do Índice de Massa Corporal (IMC) e de composição corporal em populações de países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, onde o estudo da obesidade está aberto para investigações em todos os seus aspectos. Os dados estatísticos sobre a prevalência da obesidade em nosso país são escassos. A revista UNIMED (1990), cita que a obesidade atinge 10% da população brasileira economicamente ativa e três vezes mais a de diabéticos. Diz, ainda, que segundo pesquisa liderada pelo Dr. Mauro Fisberg, da Escola Paulista de Medicina, a obesidade está se tornando um problema de saúde pública também no Brasil, uma vez que a dieta alimentar da maioria da população baseia-se, cada vez mais, em farinhas e massas, pelo seu baixo custo.

De acordo com GRAY (1989), a obesidade é influenciada por fatores como idade, sexo, raça e atividade física. Diz ele que as porcentagens de gordura corporal variam, num mesmo indivíduo, segundo as diferentes fases da sua vida, havendo uma tendência ao aumento à medida em que se envelhece. O autor afirma que a gordura aumenta, em ambos os sexos, após a puberdade e durante a vida adulta. Entre as idades de 20 e 50 anos, o conteúdo de gordura dos homens praticamente dobra e o das mulheres, sofre um acréscimo de cerca de 50%. No entanto, diz ele, o peso total do corpo tem um aumento apenas de 10% a 15% e o acréscimo da gordura é decorrente, em parte, do aumento do peso corporal e, também, de uma redução da musculatura.

Segundo BRAY (1989a), a condição sócio-econômica e a raça também têm sido correlacionadas à obesidade. De acordo com o autor, esta é mais freqüente entre as mulheres de classe social baixa, do que entre as de classe alta, sendo a prevalência maior entre as negras, do que entre as brancas.

Entre as crianças, a obesidade é sempre maior entre as meninas, do que entre os meninos (WOLFE et al., 1994). A correlação da obesidade infantil à classe sócio-econômica das crianças não é clara e é um assunto muito contraditório, segundo aqueles autores. Eles acharam uma relação inversa entre *status* sócio-econômico e obesidade infantil em seu estudo e citam outros trabalhos que apóiam os seus achados. Segundo eles, porém, uma relação positiva e conflitante foi relatada por outros autores. Concluíram, após uma extensa revisão dos trabalhos sobre o assunto, que não há uma tendência clara, porém, a maioria das relações, para as meninas, é inversa, sugerindo uma tendência de as mulheres de classe sócio-econômica baixa serem mais gordas desde a infância. Assim, dizem eles, há uma relação não-linear entre classe sócio-econômica e obesidade, de tal modo que o sobrepeso é menor entre os muito pobres e os mais ricos e é maior entre os mais ou menos pobres. De acordo com os mesmos autores, ainda, existe uma relação inversa entre obesidade infantil e o número de crianças na família, relação apoiada por outros estudos. BÖRJESON (1976), DIETZ (1983) e EPSTEIN, WING, VALOSKI (1985)

também assinalam a prevalência de obesidade em famílias com um só filho, isto é, em casos de filhos únicos.

DIETZ (1983) cita, ainda, a observação de um maior índice de obesidade entre crianças cujos pais se separaram ou divorciaram, ou seja, as que sofreram uma experiência familiar traumatizante.

Muitos autores alertam para o fato de que a obesidade infantil tende a persistir na vida adulta, especialmente no caso das meninas (MAYER, 1963; HUENEMANN, 1968; CHARNEY et al. (1976); MYRES & YEUNG, 1979; EPSTEIN et al., 1985; DIETZ, 1983; GARN, 1986; KORSCH, 1986; CANADIAN TASK FORCE, 1994; WOLFE et al., 1994), embora existam controvérsias a respeito disso (WEIL, 1977; BANDINI & DIETZ, 1992). Os autores que alertam para a possível persistência da obesidade infantil na vida adulta, de modo geral, deixam claro, no entanto, que a idade de instalação da obesidade na infância e a severidade da mesma são muito significativas na determinação da futura permanência da mesma. WOLFE et al. (1994) expressam bem este ponto de vista, ao dizerem que *“crianças com excesso de peso têm um risco aumentado de obesidade na vida adulta, o qual aumenta com a idade da criança e a severidade do excesso de peso”*. Segundo os estudos destes autores, 27% de crianças obesas de 1 a 5 anos de idade, 41% a 43%, de 3 a 9 anos, e 80% a 86%, de 10 a 13 anos, permaneceram obesas na vida adulta.

EPSTEIN et al. (1985) observam que "*obesity runs in families*" e que a influência dos pais obesos na obesidade dos filhos é marcante. Embora considerando a influência dos fatores genéticos, observam que os familiares são muito importantes no desenvolvimento da obesidade infantil. Entre estes eles incluem mecanismos de identificação das crianças com os pais, modelagem, hábitos de alimentação, atividades físicas reduzidas, controle de estímulos e controle de reforço (condicionamento). Eles consideram esta uma área de pesquisa de muita importância, no futuro, para a compreensão de como a influência dos pais modela o desenvolvimento da obesidade infantil. DIETZ (1983), que liga o problema da obesidade infantil com os hábitos familiares, considera que só uma abordagem familiar pode realmente ajudar a criança obesa a emagrecer.

Vários autores enfatizam a influência da figura da mãe e suas atitudes no desenvolvimento da obesidade infantil. Dentre estes, BRUCH (1940a, 1940b, 1941, 1952, 1955, 1961, 1964, 1969, 1971, 1973, 1976, 1977) escreveu vários trabalhos sobre a criança obesa, traçando seu perfil psicológico e analisando a história das famílias das crianças obesas que atendeu. A partir destes estudos e observações, a autora ressalta a influência da figura materna e a descreve, em termos gerais, como uma figura ambivalente e dominadora no lar. Segundo ela, as mães estudadas demonstravam uma falta de sensibilidade às necessidades do seu filho e, conseqüentemente, um atendimento inadequado das

carências psicológicas e corporais da criança, acarretando nesta um déficit na aprendizagem da percepção e conceituação da fome, levando-a a uma confusão quanto aos seus estados de fome, saciação e de tensão emocional. Por trás deste comportamento materno, a autora percebeu uma ambivalência marcante para com a criança. Havia, ainda, restrição de atividades físicas e de contatos sociais para a mesma.

Outros autores, que estudaram crianças em estágios mais precoces (CHARNEY et al., 1976; WEIL, 1977; TAITZ, 1977; MYRES & YEUNG, 1979), também falam de alimentação excessiva de bebês por parte de algumas mães, o que, freqüentemente, pode vir a resultar em obesidade precoce.

MYRES & YEUNG (1979) colocam que o processo de amamentação e alimentação é mais do que apenas fornecer comida. De acordo com WEIL (1977), os sentimentos que uma mãe tem para com o seu filho podem se tornar um fator predisponente para a superalimentação e obesidade e o processo de alimentação pode vir a se tornar mais relacionado com as necessidades psicológicas da mãe do que com a necessidade de calorias da criança.

A prevalência da obesidade tem sido associada a vários efeitos nocivos à saúde do indivíduo e ao aumento da mortalidade (KAPLAN & KAPLAN, 1957; KISSEBAH et al. 1989; BRAY, 1989a; FLYNN & GIBNEY, 1991). Além disso, sempre que ocorre a associação da obesidade com alguma

outra doença, observa-se que a primeira tem um efeito deletério sobre o progresso e prognóstico da moléstia à qual se associa. Por isso, a obesidade tem sido considerada como fator de risco para a saúde e correlacionada ao *Diabetes Mellitus*; à doença cardiovascular; a desordens endócrinas (como a impotência e oligospermia; amenorréia e queda da fertilidade); neoplasias (endometriais, mamárias, prostáticas e do cólon); doença dos rins; toxemias gravídicas; artrite; aterosclerose; enfisema; cirrose; doenças pulmonares; hérnia; varizes; trombose e embolia em pós-operatórios; tendência a quedas e fraturas; complicações obstétricas, ginecológicas e outras.

De acordo com MARMO (1988), os riscos à saúde que a obesidade pode trazer para as crianças são, na maioria das vezes, graves e podem afetar o indivíduo tanto física quanto psicologicamente. As alterações decorrentes do excesso de gordura podem ser morfológicas e acarretar problemas estéticos, ou, devido ao excesso de peso em si, podem resultar em outros problemas, como os já mencionados anteriormente.

Os riscos de mortalidade também aumentam para os obesos, à medida que cresce o Índice de Massa Corporal (IMC), conforme atestam as estatísticas realizadas por companhias de seguro (FLYNN & GIBNEY, 1991). Estes autores acham que também devem ser incluídas dentro da avaliação dos riscos de saúde decorrentes da obesidade, as conseqüências psicológicas e sociais que a mesma acarreta. De acordo com eles, existem evidências acumuladas de

forte discriminação contra pessoas obesas, a qual independe da classe social de seus pais, da inteligência e da educação delas. Estes autores assinalam que a gordura é percebida como uma marca de inferioridade pessoal, que leva o obeso a sofrer discriminação na obtenção de cargos e empregos, no acesso ao casamento e a algumas universidades, nos Estados Unidos. Eles ainda mencionam a rejeição social e, até mesmo, a discriminação por parte de alguns profissionais de saúde, que consideram os obesos auto-indulgentes.

No caso das crianças obesas, estas são freqüentemente estigmatizadas por seus colegas de escola e folguedos, desde cedo, recebendo apelidos eivados de hostilidade, tais como: 'baleia', 'bolo-fofo', 'bola', 'bolão', etc. KORSCH (1986) relata a existência de estudos mostrando que crianças, já no jardim de infância, revelam atitudes negativas para com seus colegas obesos, evitando-os. Esta mesma autora cita um estudo indicando que escolares solicitados a darem características de crianças obesas, a partir de desenhos estilizados, tenderam a atribuir-lhes particularidades sociais indesejáveis. Estas atitudes negativas para com as crianças obesas resultam, para as mesmas, em sentimentos de inferioridade, rejeição e uma pobre auto-imagem. Além disso, esta discriminação persiste na adolescência e na vida adulta, pois os obesos continuam a ser alvo de críticas, de gozações, de discriminação no trabalho e nos relacionamentos sociais e amorosos.

Considerando o fato de que, uma vez instalada, a obesidade representa um problema clínico de difícil tratamento, TAITZ (1977) coloca a questão da prevenção e, portanto, da identificação das causas, como uma das problemáticas médicas atuais mais prementes.

Atualmente, cada vez mais, os autores que estudam a obesidade infantil enfatizam a questão da prevenção (NEUMANN, 1977; WEIL, 1977; MYRES & YEUNG, 1979; EPSTEIN et al., 1985). De acordo com MYRES & YEUNG (1979), a prevenção deve ser iniciada já cedo na vida, considerando-se que o tratamento da obesidade em adultos, crianças e adolescentes é difícil e é tido como ineficiente em atingir resultados duradouros.

Segundo DIETZ (1983), a abordagem familiar no tratamento da obesidade infantil é cada vez mais valorizada e enfatizada, através da conscientização e sensibilização dos pais, principalmente da mãe, para a gravidade da situação e do prognóstico desfavorável.

2.1.3. Etiologia

A questão da etiologia da obesidade é um assunto extremamente complexo e bastante discutido, tema de muitos trabalhos científicos. A revisão bibliográfica nos mostra que, na década de 30, era usual atribuir a causa da obesidade à uma disfunção glandular (NEWBURGH, 1942). Estudos realizados

nas décadas de 40 e 50, como os de NEWBURGH (1942) e os de KAPLAN & KAPLAN (1957), vieram nos mostrar e esclarecer que a obesidade nunca é diretamente produzida por uma atividade aumentada ou diminuída de uma glândula endócrina. Estes autores chegaram à conclusão de que, em última análise, a obesidade é, invariavelmente, consequência de uma desproporção entre a entrada e a saída de energia no organismo. No entanto, esta entrada de energia, maior do que o necessário, é decorrente da interação e influência de fatores constitucionais, ambientais, culturais, familiares, psicológicos e sociais.

Em décadas mais recentes, estudos realizados por diversos autores (SELTZER & MAYER, 1966; CORONHO, 1976; ABRAMSON, 1977; STUNKARD, 1988; BRAY, 1989a; BOUCHARD, 1989; BROWNELL & WADDEN, 1992) confirmaram as idéias de NEWBURGH (1942) e KAPLAN & KAPLAN (1957), de que a obesidade é uma desordem multicausal em sua origem e sofre a influência de uma complexa rede de fatores. A influência cultural, com hipernutrição e hipoatividade física, e os fatores genéticos, às vezes, difíceis de serem separados dos ambientais e familiares, que, por sua vez, estão intimamente associados aos psicológicos, são importantes contribuintes para a obesidade humana.

A influência da hereditariedade e dos fatores genéticos é ressaltada em muitos trabalhos, tendo sido extensamente estudada (MAYER, 1953; WITHERS, 1964; SELTZER & MAYER, 1966; GARN, CLARK, ULLMAN,

1975; ABRAMSON, 1977; STUNKARD, 1988; BOUCHARD, 1988, 1989; BROWNELL & WADDEN, 1992). Muitos destes estudos basearam-se em dados obtidos de pesquisas realizadas com pares de gêmeos idênticos e fraternos, obesos, filhos legítimos e adotados, famílias de obesos e seus descendentes. Há, porém, uma concordância geral conclusiva final, entre os autores, de que, na obesidade, *“o que é herdada é uma vulnerabilidade, uma probabilidade, que requer um ambiente adequado a fim de se manifestar”*, como bem expressa STUNKARD (1988). A influência dos fatores genéticos está provada, porém, como colocam SELTZER & MAYER (1966), *“faltam dados que permitam uma avaliação acurada dos graus de influência dos fatores genéticos e do mecanismo da transmissão hereditária”*. Estes achados, por outro lado, confirmam a colocação de NEWBURGH (1942), endossada, mais tarde, por KAPLAN & KAPLAN (1957), de que *“a constituição do corpo é herdada, mas a obesidade não”*.

Segundo estes últimos, uma certa predisposição constitucional genética realmente parece existir, através da qual o excesso de peso tende a ocorrer em certos grupos familiares e raciais. Entretanto, os hábitos ambientais e familiares também têm a sua influência. Dizem os autores que a ascendência relativa do ambiente, comparada à da hereditariedade, é variável em cada paciente obeso, mas a inevitável importância predominante do ambiente e de outros fatores exógenos, na maioria dos casos de obesidade, parece ser inquestionável.

ABRAMSON (1977) e STUNKARD (1988) citam uma outra teoria etiológica da obesidade, denominada Teoria do Ponto de Ajuste (*"The Set Point Theory"*), de autoria de NISBETT (1972). Esta teoria defende a idéia de que a obesidade é uma função de um *"ponto de ajuste"*, biologicamente determinado, de um indivíduo; ela demonstra o mecanismo através do qual as influências genéticas e ambientais podem exercer o seu efeito. De acordo com esse *"ponto de ajuste"*, a hereditariedade e as condições precoces de nutrição determinam, já na infância, o número total de células adiposas, o qual não pode ser alterado. Uma redução de peso do obeso somente ocorreria com a diminuição do tamanho das células adiposas, uma vez que não haveria decréscimo do número destas. Daí, a complexidade, em se perder peso, o que explicaria, então, a dificuldade dos obesos em aderirem a dietas hipocalóricas e conseguirem manter as perdas corporais obtidas em regime. Esta teoria foi extrapolada da observação e de estudos realizados com animais, os quais regulam o seu peso corporal em um nível constante em circunstâncias comuns, mas também o fazem em situações de migração, regulando-o antecipadamente nestes últimos casos. O mesmo foi observado em animais obesos. No entanto, a evidência da regulação do peso corporal é limitada a estudos de animais. STUNKARD (1988) cita a existência de dois estudos com seres humanos de peso normal, que evidenciam a existência do *"ponto de ajuste"* nos humanos, porém, diz que não conhece estudo algum deste tipo realizado com sujeitos humanos obesos.

Alguns autores, entre eles TAITZ (1977), ANJOS (1983), BROWNELL (1986), e BARBANTI (1990), colocam, ainda, que a obesidade pode ocorrer devido ao aumento do número de células adiposas, o que recebe o nome de **hiperplasia**, ou pelo aumento do tamanho das mesmas, fato denominado **hipertrofia**, ou ambos. Considerando estes fatos, alguns autores, como TAITZ (1977) e BROWNELL (1986) falam da "*Fat Cell Theory*", hipótese que tem ganho muita atenção nos últimos anos como explicativa da obesidade. Segundo o primeiro, esta hipótese sugere, com base na medida do tamanho e número das células adiposas, que a hipernutrição em um período precoce crítico do desenvolvimento determina a quantidade de células de gordura que um indivíduo terá e esta, por sua vez, determina o tamanho do órgão adiposo. Esta hipótese surgiu do questionamento: ganhos excessivos de peso em etapas críticas do desenvolvimento, como o início da infância, aumentam o risco de subsequente obesidade?

TAITZ (1977), porém, diz que os resultados destes estudos têm sido conflitantes e nada se pode dizer de seguramente conclusivo. Como na fase adulta o número de células adiposas se torna fixo e não pode ser diminuído, isto acarreta uma maior disposição à obesidade e também uma maior dificuldade para perder peso, mesmo com tratamento. Assim, o ideal seria prevenir o desenvolvimento inicial exagerado do número das células adiposas durante o crescimento, isto é, a hiperplasia. Muitos estudos com bebês pesados e obesos

sugerem uma associação entre sobrepeso ao nascimento e em estágios precoces da vida e obesidade. Também foram detectadas associações entre sobrepeso durante certas etapas da gestação da mãe e subsequente obesidade do indivíduo gerado.

KAPLAN & KAPLAN (1957) informam que há dois tipos de obesidade, segundo a definição clássica:

1. exógena, simples ou comum;
2. endógena, metabólica ou endócrina.

Estes autores esclarecem que esta distinção é criticada porque a separação em exógena e endógena pode dar a impressão de que a endógena não implica em hiperfagia, mas que seja causada por alguma anormalidade metabólica, o que não ocorre, na verdade, porque ambas são devidas à hiperalimentação. Apesar de criticada, constatamos que esta classificação é usada por vários autores.

1. **Obesidade exógena, simples ou comum:** este tipo ainda é conhecido como obesidade primária ou nutricional e tem sido estudado com maior interesse nas últimas décadas, porque já está sendo considerado uma das anormalidades mais comuns dos nossos tempos e a enfermidade nutricional de maior

importância no mundo desenvolvido (LAMAS, ALONSO, HERNANDEZ, 1980). A maioria dos investigadores do assunto concordam que de 95 a 97% dos casos de obesidade encaixam-se nesta categoria.

2. **Obesidade endógena, metabólica ou endócrina:** este tipo ainda é conhecido como secundário e, de acordo com KAPLAN & KAPLAN (1957), cerca de apenas 3% de todos os casos de obesidade caem nesta categoria. NEWBURGH (1942) assinala que *“a obesidade nunca é produzida diretamente por um aumento ou diminuição na atividade de uma glândula interna”*. Diz ele que *“a obesidade metabólica, quando existe, é o resultado de hiperalimentação causada por um distúrbio do apetite, o qual tem sua origem em fontes denominadas internas ou endógenas”*, tais como lesões neurológicas, alterações encéfalo-hipotalâmicas, hipofisárias, tireoidianas e da glândula supra-renal, que podem conduzir à hiperfagia e conseqüente obesidade. Além disso, afirma que as hipóteses metabólicas não resistiram à verificação clínica.

Alguns autores enfatizam e dão maior peso aos fatores biológicos da obesidade, enquanto que outros fazem isso em relação aos psicológicos e sociais, embora todos admitam uma interação de fatores de ambos os tipos na origem e desenvolvimento da obesidade. Por esta razão, ABRAMSON (1977) fala de teorias biológicas e psicossociais da obesidade, de acordo com a ênfase.

Dentre os autores que ressaltam a importância dos fatores psicológicos e sociais, encontramos duas abordagens diferentes: a **psicossomática**, embasada nos conceitos psicanalíticos e a **comportamental**.

A primeira trata a obesidade como um sintoma, uma expressão de conflitos emocionais inconscientes. Defendida por muitos estudiosos do assunto, esta abordagem surgiu em decorrência da Medicina Psicossomática, a partir dos trabalhos de BRUCH (1940a, 1940b, 1941) na área da obesidade infantil, que estudou a constelação familiar de crianças obesas, e dos psicanalistas RENNIE (1940), GRAY (1943), GILL (1946), RICHARDSON (1946), DUNBAR (1947), SCHICK (1947), SPERLING (1949), RASCOVSKY, RASKOVSKY, SHLOSSBERG (1950), BYCHOWSKI (1950), HAMBURGER (1951), CONRAD (1954), KAPLAN & KAPLAN (1957), ALEXANDER (1958), FENICHEL (1966), bem como de outros, que passaram a enfatizar os componentes psicológicos como causa da obesidade.

A **abordagem comportamental**, calcada na aprendizagem e nos conceitos de condicionamento, sustenta que a hiperfagia é controlada por 'pistas' externas ("*external cues*"), cognitivas e sociais, tais como o sabor e o cheiro da comida, a hora do dia e a visão de outras pessoas comendo (ABRAMSON, 1977). Alguns outros autores, ainda, como STUNKARD & KOCH (1964) * assinalam,

* STUNKARD & KOCH (1964) - Apud ABRANSON, E.E. - **Behavioral Approaches to Weight Control**, New York, Springer Publishing Co., 1977. 175p

nos obesos, uma falta de correspondência entre estados internos e sentimentos subjetivos de fome, o que os levaria a comer em resposta a estes estados, e, conseqüentemente, em demasia, mesmo não sentindo fome. Assim, o obeso comeria independentemente das 'pistas' viscerais, que deflagram a vontade de comer em indivíduos normais.

A maioria dos autores anteriormente citados, enfatizam a necessidade da prevenção, considerando os riscos à saúde, tanto físicos como psicológicos, que a obesidade pode acarretar para os indivíduos, além do fato de que, uma vez instalada, esta desordem revela-se de difícil tratamento. Alguns deles propõem programas preventivos de alerta não só aos indivíduos, mas dirigidos a comunidades inteiras, na tentativa de se conter o aumento da prevalência da mesma.

2. 2. A ABORDAGEM PSICOLÓGICA DA OBESIDADE

2.2.1. Aspectos Psicológicos da Obesidade

A análise da literatura relativa aos aspectos psicológicos da obesidade, revela-nos que a maioria dos trabalhos é de autores americanos, sendo poucos os trabalhos escritos por autores brasileiros sobre o tema. Encontramos, também, alguns trabalhos escritos por chilenos e franceses.

Dentro do enfoque psicológico da obesidade, notamos, como já anteriormente colocado (vide 2.1.3., pag. 17), duas abordagens distintas:

1. A **psicossomática**, que, embora não descarte uma tendência hereditária para a obesidade (a qual pode vir a se desenvolver ou não, dependendo do meio ambiente), considera o comer excessivo como um sintoma, superdeterminado por causas psicológicas e emocionais subjacentes inconscientes, cujo controle exitoso depende da compreensão e remoção destas causas.

2. A **comportamental**, que vê a hiperfagia do obeso como um comportamento aprendido, na linha dos reflexos condicionados e controlado por fatores externos (“*external cues*”), do meio ambiente do sujeito.

Em virtude de nossa orientação psicanalítica, nosso interesse e experiência clínica, privilegiaremos a **abordagem psicossomática**.

A literatura específica nos mostra que os aspectos psicológicos da obesidade passaram a receber atenção a partir da década de 40, com o surgimento da Medicina Psicossomática e com o trabalho de alguns psiquiatras e psicanalistas como BRUCH (1940a, 1940b, 1941), RENNIE (1940), GRAY (1943), GILL (1946), RICHARDSON (1946), DUNBAR (1947), SCHICK (1947), RASCOVSKY, RASCOVSKY, SCHLOSSBERG (1950), BYCHOWSKI (1950), HAMBURGER (1951), CONRAD (1954), KAPLAN & KAPLAN (1957), ALEXANDER (1958), FENICHEL (1966) e outros, que se utilizaram das idéias e conceitos psicodinâmicos da Psicanálise para uma melhor compreensão das disfunções e doenças do homem, salientando o quanto as mesmas se inserem na biografia do indivíduo. Nas décadas de 40 e 50 os trabalhos sobre o enfoque psicossomático da obesidade eram freqüentes nas revistas científicas, como se pode observar pelas citações bibliográficas. Desde então, no entanto, ficaram escassos, como se o assunto houvesse se esgotado, e os trabalhos mais recentes sobre os aspectos psicológicos da obesidade são, com poucas exceções, de base comportamental.

O fato da maioria dos casos de obesidade ser essencialmente do tipo exógeno, ou seja, causada por fatores psicológicos, coloca-a como uma desordem psicossomática, a qual pode ser considerada como a mais presente das desordens psicossomáticas, devido à sua prevalência (vide 2.1.2., pag.8), bem como a mais significativa.

RENNIE (1940) considera que o problema da obesidade envolve toda a personalidade da pessoa.

RICHARDSON (1946) considera que a obesidade pode ser considerada como um componente de uma neurose, cuja expressão física é o acúmulo de gordura e argumenta que, ao avaliarmos a evidência da obesidade como resultado de um distúrbio emocional, é preciso considerar que uma neurose pode existir independentemente ou coexistir com anormalidades nos mecanismos fisiológicos.

NICHOLSON (1946), num estudo que envolveu 93 pacientes obesos, concluiu que todos apresentavam algum tipo de psiconeurose em graus variados.

De acordo com GILL (1946), ao estudarmos a pessoa obesa, precisamos entender que a comida é mais do que uma necessidade orgânica para ela. Com toda probabilidade, diz o autor, a comida constitui a sua fonte principal de satisfação para uma variedade de interesses.

CONRAD (1954) afirma que a comida é como um narcótico para a pessoa obesa e que esta procura, no alimento, um escape das situações estressantes da vida.

KORNHABER (1970) refere-se à obesidade como “*the stuffing syndrome*”, cuja natureza considera primariamente psicológica.

A maioria dos investigadores concorda que, embora os fatores somáticos desempenhem algum papel na alimentação excessiva (vide 2.1.3., pag. 17), eles não podem responder totalmente pela hiperalimentação compulsiva vista na obesidade e que os fatores emocionais são cruciais no desenvolvimento da condição. Assim, os pacientes obesos podem ser caracterizados como pessoas emocionalmente perturbadas, as quais se utilizam da hiperfagia como um meio de lidar com os seus problemas psicológicos. Por outro lado, as motivações subjetivas que determinam este comportamento de hiperfagia podem ser objeto de interpretações. A história individual desempenha aqui o papel protagonista.

Nesta história, a compreensão da relação do indivíduo com o alimento, que ocorre desde o nascimento, e da ligação dele com os seus objetos primários, com a família, assim como com o seu meio social e, particularmente, com quem exerce as funções maternas, são de fundamental importância para o entendimento do indivíduo, como ser humano, e da sua personalidade.

Muitos autores de orientação psicanalítica têm estudado os fatores psicodinâmicos específicos que levam à relação entre conflitos emocionais e

obesidade. Eles a vêem como um mecanismo selecionado pelo obeso, dentre muitos possíveis, para lidar com os seus conflitos internos.

SCHICK (1947) considera a obesidade como um sintoma significativo da personalidade total, considerando o corpo como expressão das atitudes instintuais do indivíduo. Este autor considera a hiperfagia como um hábito nocivo e equipara a ingestão excessiva de comida à adição ao álcool ou a drogas. Ele fala da subjacente psicopatologia da adição no desejo inconsciente de experienciar novamente a satisfação que o bebê obtém da ingestão de comida. Na fase oral, a ingestão de comida está ligada ao prazer sexual e, segundo o mesmo autor, o prazer derivado do comer não está limitado à zona oral, mas envolve todo o trato digestivo e organismo. Todo o processo de digestão está carregado de libido, condição denominada de *“orgasmo alimentar”*, do qual se vê vestígios no adulto normal. Deste modo, argumenta SCHICK (1947), *“o hábito nocivo de comer em excesso pode ser, em alguns casos, como outros desejos anormais, uma manifestação de uma fixação na fase oral e uma regressão a ela. Assim, um apetite patológico pode indicar um anelo oral que implica um desejo sexual”*. Continua o autor dizendo que, em tais casos, a obesidade é uma histeria, uma neurose de órgão, na qual o acúmulo de gordura é o resultado físico e a expressão de atitudes orais inconscientes. Segundo ele, ainda, a tensão emocional, longamente recalcada, pode influenciar o sistema hormonal vegetativo e produzir sintomas somáticos secundários.

BYCHOWSKI (1950), que estudou a obesidade em mulheres, vê a mesma como expressão e resultado de processos autoplásticos dominados e regulados por várias motivações e defesas inconscientes. Segundo ele, para a obesa, a comida significa força e serve para fortalecer o seu ego fraco. Além disso, diz ele, simbolicamente, a comida significa amor, predominantemente maternal e os seios da mãe, fonte primeira de desejo e gratificação. Mas, afirma o autor, o comer em excesso também ocorre como resultado direto da angústia de separação em suas várias formas e em vários níveis. O comer excessivo, entretanto, garantiria a mãe, através da incorporação, e ocorreria, também, uma identificação, através da introjeção do seio materno, que conduziria à retenção da comida em forma de depósitos de gordura. Por outro lado, BYCHOWSKI (1950) considera que a alteração autoplástica da obesidade serve, também, para a negação da feminilidade e para evitar relações amorosas heterossexuais, já que a gordura serve como uma proteção para a mulher, pois a torna evitada e rejeitada pelos homens. O autor ainda fala da supervalorização da comida e do seu uso como adição.

Na tentativa de explicar psicologicamente a hiperfagia, alguns autores enfatizam a necessidade de se discriminar fome de apetite (NEWBURGH, 1942; HAMBURGER, 1951; KAHTALIAN, 1992).

HAMBURGER (1951) faz uma análise penetrante e clara do impulso da fome e uma discriminação detalhada entre o mesmo e o apetite. De

acordo com este autor, *“fome é a expressão fisiológica da necessidade do corpo por energia (comida), a qual opera involuntariamente no indivíduo sadio;.... esta necessidade (fome) pode bem estar sob o controle de regulação herdada, constitucional ou hipotalâmica. É digno de nota que a fome é uma sensação desconfortável localizada no epigastro. O desconforto da fome é aliviado pelo comer”*. Continua ele: *“Apetite, por outro lado, é um desejo psicológico de comer e dá um prazer antecipatório distinto. Normalmente, a fome produz appetite, mas o appetite também existe independentemente e pode ser estimulado por outros meios”*. Segundo o autor, o appetite é condicionado pela visão, cheiro e memória de certas comidas e experiências individuais durante o comer. *“Assim, o appetite de um dado indivíduo, o seu gosto por comidas específicas e os seus hábitos alimentares são condicionados pela sua vida inteira de experiências com a comida e o comer”*. Este autor esclarece, ainda, a relação entre o appetite e as emoções. Segundo ele, o estado emocional da pessoa reflete-se no seu appetite, aumentando-o ou diminuindo-o, como nos mostra a experiência universal do amor e da dor. A raiva também, diz ele, pode afetar o appetite, como bem sabem os pais que têm filhos pequenos; e nos estados emocionais mórbidos, como o da depressão, os distúrbios do comer evidenciam-se como sintomas. De acordo com HAMBURGER (1951), com freqüência, o indivíduo neuroticamente deprimido comerá demais e ganhará peso, enquanto que o psicoticamente deprimido

recusará comida. Portanto, tanto na doença como na saúde, há uma íntima relação entre o apetite e o estado emocional.

O estudo de pacientes obesos mostra que o comer em excesso serve a alguma forte necessidade emocional. Num estudo psiquiátrico detalhado de 18 pacientes, HAMBURGER (1951) detectou o comer em excesso como resposta a várias situações:

1. Comer como resposta a tensões emocionais não-específicas:

alguns dos pacientes revelaram que comiam quando se sentiam tristes, deprimidos ou nervosos, sem saber exatamente qual a causa do seu estado emocional. Também sentimentos de contrariedade, nervosismo, raiva, ansiedade e tédio foram mencionados; no entanto, os mais frequentemente citados foram os sentimentos de tristeza e depressão.

2. Comer como uma gratificação substituta para situações de vida insuportáveis:

alguns dos pacientes reagiam, comendo em excesso, a este tipo de situação, dizendo que obtinham algum tipo de gratificação emocional e alívio da tensão. O autor argumenta que a fixação psicológica no comer pode ter ocorrido na infância, devido a tendências maternas de superproteção e superalimentação. Assim, mais tarde na vida, ao se deparar com situações

difíceis e fracassos impossíveis de enfrentar e superar, o indivíduo volta-se para a gratificação infantil de comer.

3. Comer como um sintoma de doença emocional subjacente, especialmente a depressão e a histeria:

no caso dos pacientes estudados, às vezes, o comer em excesso antecedeu o eclodir da doença psicológica conhecida e tinha um significado específico para a pessoa doente. Dos 18 pacientes, alguns apresentavam distúrbios de caráter e psiconeuroses; outros expressavam, em estado subjacente, neuroses histérica e obsessivo-compulsiva, enquanto que outros mostravam apenas traços histéricos predominantes. O autor observou, também, que, em algumas pacientes histéricas, o comer estava associado a conflitos sexuais, realistas ou fantasiados, freqüentemente ligados a retraimento em relação ao sexo oposto, frigidez sexual ou mesmo fantasias e desejo de gravidez. Deste modo, para elas, comer tinha um significado sexual inconsciente reprimido.

4. Comer em excesso como uma adição à comida:

HAMBURGER (1951) considera este tipo de obesidade como o mais maligno, caracterizado por um desejo compulsivo por comida, iniciado na infância e sendo aparentemente independente de eventos precipitantes. Ele considera este comportamento uma verdadeira adição à comida,

principalmente por doces. Estes pacientes desejam comida como um alcoólatra deseja o álcool. Vários outros autores já escreveram sobre o assunto, incluindo FENICHEL (1966), na sua "*Teoria Psicanalítica das Neuroses*". O autor postula que o adicto por comida pode estar, inconscientemente, utilizando o alimento para satisfazer um outro desejo mais primitivo por amor, afeição e segurança. Muitos dos pacientes estudados tinham uma história de vida onde apareciam sentimentos de rejeição, solidão, falta de amor e privação emocional, embora nem sempre viessem de lares desfeitos ou de pais abertamente rejeitadores. O autor também detectou, em alguns casos, um tipo característico de mãe superprotetora e sufocante, do qual já falaram outros especialistas em obesidade, a qual tenta compensar tendências subjacentes de hostilidade, competição ou rejeição da criança.

CONRAD (1954), que considera a obesidade como um dos mais sérios problemas de saúde dos nossos tempos, também trata a hiperfagia como um sintoma. Segundo ele, o obeso utiliza-se da mesma para:

1. Enfrentar e combater a ansiedade, através de uma regressão à fase oral. Esta ansiedade pode estar ligada a eventos estressantes da vida do obeso, tais como entrada na escola, uma operação, um novo casamento, um novo emprego, a morte de alguém próximo, momentos difíceis, enfim. Neste caso, diz CONRAD (1954), a busca de alimento, principalmente doces, corresponde

simbolicamente à busca de amor, principalmente o materno. A implicação inconsciente da hiperfagia seria garantir a mãe, através da introjeção, isto é, da incorporação canibalista. Para o adulto a comida representa segurança, de acordo com o autor, devido a ligações com experiências infantis.

2. Gratificar-se durante momentos de infelicidade e autopiedade, o que corresponde a uma regressão a prazeres orais, para compensar alguns prazeres que a vida lhe nega. O obeso também pode se proporcionar o prazer da comida como um prêmio, por algo que ele acha que merece ser recompensado.
3. Expressar hostilidade. CONRAD (1954) argumenta que o papel da hostilidade na hiperfagia não tem sido enfatizado nos trabalhos escritos sobre o assunto, mas, diz ele, há evidências suficientes para se mostrar que a hostilidade reprimida é uma das mais freqüentes e importantes causas do comer em excesso. De acordo com o autor, o indivíduo obeso não tem habilidade para se afirmar e expressar hostilidade, devido a um condicionamento neste sentido na infância. Por isso, devido a sua constituição oral, ele recorre a mecanismos orais para resolver conflitos e expressar a sua agressividade. Assim, neste sentido, a hiperfagia pode, também, significar desafio.

De acordo com o autor, defensor da psicoterapia no tratamento dos casos de obesidade, o atendimento à mesma requer, por parte do clínico, a compreensão dos problemas psicológicos do indivíduo obeso.

KAPLAN & KAPLAN (1957) dizem que os psicanalistas entendem a obesidade como uma fixação à fase oral e uma regressão à mesma. Segundo eles, os obesos, diante das frustrações em sua vida e de seu funcionamento como adultos, regridem à fase oral em busca de uma gratificação infantil. Deste modo, a obesidade é vista por eles como um reflexo direto da oralidade infantil.

De acordo com estes autores, o comer excessivo, para os obesos, pode ser interpretado como um desejo de ser amado. Assim, ao lhes ser isso negado pela realidade externa, buscam a gratificação deste desejo regredindo à fase oral, através de um anelo de ser alimentado que, conseqüentemente, resultará no comer demais e na obesidade. Estes autores falam de uma “*psicologia da fome e do comer*”, através da qual explicam como o comer é utilizado para fins outros, que não apenas o de mitigar a necessidade da fome fisiológica, podendo levar um indivíduo a aprender a se utilizar do comer para se aliviar de vários estados emocionais desconfortáveis, como o medo e a ansiedade, resultando em excesso de peso.

Ainda KAPLAN & KAPLAN (1957) argumentam que muitos fatores específicos da história familiar, assim como da estrutura de personalidade do obeso, além do significado simbólico da comida e do tamanho do corpo, têm

sido sugeridos como desencadeantes da obesidade. Discutindo os achados de BRUCH (1940a, 1940b, 1941, 1952), que estudou muitas crianças obesas e suas famílias, os citados autores também falam de uma figura materna poderosa e dominadora, ao lado de uma figura paterna fraca, não-agressiva e pouco ambiciosa. Eles definem a mãe como “*sádico-oral*” e a comparam àquela descrita pelos que desenvolvem úlcera péptica. Os autores, assim como já o fizera BRUCH (1940a, 1940b, 1941, 1952), observaram que, nas famílias dos obesos, uma grande ênfase é colocada na comida, pelos pais, e no significado psicológico desta, assim como na sua disponibilidade e uso para outros fins, que não o nutricional. Eles concluíram que a história familiar influencia o desenvolvimento da obesidade de dois modos:

1. Determinando o grau de ajustamento psicológico de um indivíduo. A obesidade tende a ocorrer em indivíduos mal adaptados e emocionalmente perturbados.
2. Estabelecendo os hábitos e as atitudes familiares para com a comida, que podem predispor um indivíduo a escolher o comer em excesso como um mecanismo psicológico de defesa.

MENDELSON (1966), ao tentar categorizar psicologicamente os obesos, fala de um contínuo caracterizado por graus crescentes de instabilidade emocional. Diz ele que no início do espectro estão os que podem ser considerados emocionalmente estáveis e, provavelmente, representam apenas uma pequena proporção dos sujeitos obesos vistos em clínicas. A seguir, gradativamente, vêm os que são mais comprometidos em seu comportamento de comer em excesso, terminando com os obesos que comem compulsivamente para reduzir tensões, combater estados depressivos ou para obter algum tipo de gratificação substitutiva. Para estes, os problemas de comer e de peso podem representar o tema central de sua existência: são os obesos desde sempre.

O mesmo autor ainda fala dos “*thin fat people*”, os quais, embora não apresentando obesidade, apresentam problemas psicológicos estreitamente relacionados com os de obesos mais gravemente perturbados. São pessoas que uma vez já foram ou que têm medo de tornarem-se obesas. Elas sentem a mesma compulsão a comer que sente a maioria dos obesos, mas combatem a temida e depreciada imagem corporal dos mesmos, privando-se continuamente da comida que desejam. A anorexia nervosa constitui a forma mais patológica e extrema desta batalha.

ROTMAN & BECKER (1970), numa revisão de histórias de casos clínicos de 33 homens e mulheres extremamente obesos, que tinham sido entrevistados por psicanalistas, encontraram o comer em excesso como um

mecanismo de defesa utilizado contra sentimentos inconscientes de abandono e desesperança, originado por situações de perda de objeto.

Dentre os autores nacionais destaca-se KAHTALIAN (1992), que considera a obesidade como um desafio não só na área da terapia mental como em outras áreas do conhecimento humano. Segundo ele, para se compreender a psicodinâmica da obesidade é preciso distinguir a fome do apetite, tal como já propuseram alguns outros autores anteriormente citados. Dentro de uma ótica psicanalítica, ele analisa os mecanismos orais do obeso, considerando que o comer pode significar: a necessidade de receber amor, o medo de sofrer privações, a reação a uma separação ou a uma perda, o desejo hostil de eliminar um inimigo, etc. Ele também liga a hiperfagia do obeso com a sua sexualidade inconsciente. De acordo com este autor, a obesidade pode ser encontrada associada tanto a quadros neuróticos como psicóticos; ele ainda considera que, entre os obesos, as características psiconeuróticas são mais presentes do que entre os não-obesos.

PAIVA & SILVA (1994), em seu estudo *“Psicopatologia da Obesidade”*, admitem várias causas psicológicas para a mesma, como ansiedade, causas sexuais, proibição aos impulsos genitais, etc. Também a consideram como um mecanismo de regressão oral.

Pelo que já foi exposto, pode-se ver que os psicanalistas são unânimes em assinalar, na obesidade, uma fixação na fase oral e uma regressão a

ela. Neste contexto ganha destaque a figura materna, responsável pela nutrição da criança, e a mãe do obeso é discutida por vários autores, como BRUCH (1940a, 1940b, 1941, 1952, 1961, 1969, 1973, 1977), SCHICK (1947), HAMBURGER (1951), KAPLAN & KAPLAN (1957), MENDELSON (1966), SILVA & RIBEIRO (1973) e AJURIAGUERRA (1983).

Dentre os autores acima mencionados, destaca-se BRUCH (1940a, 1940b, 1941, 1952, 1955, 1961, 1964, 1969, 1971, 1973, 1976, 1977), pela sua volumosa obra sobre a obesidade, que cobre várias décadas de estudo e trabalho. Esta autora, que atendeu e estudou inúmeros casos de crianças, adolescentes obesos e suas respectivas famílias, considera o comer compulsivo como expressão de desajustamento emocional. Ela deu especial atenção à relação mãe-filho e à influência da figura materna e suas atitudes no desenvolvimento da obesidade infantil.

O estudo da sua obra nos mostra que ela começou como médica pediatra e endocrinologista e terminou como psicanalista especializada no atendimento a pacientes obesos.

Analisando os trabalhos escritos pela autora, da década de 40 até a de 70, observamos uma evolução no seu pensamento, tanto em relação ao refinamento de sua observação, quanto ao aprofundamento de sua compreensão do problema de obesidade.

Nos primeiros trabalhos da autora, escritos na década de 40, ela relata estudos feitos com crianças obesas e suas respectivas famílias, nos quais observou que uma alta porcentagem destas crianças (70%) eram filhos únicos ou caçulas. Nestes casos estudados, ela observou uma relação ambivalente entre a maioria das mães e as suas crianças. Segundo BRUCH (1940a, 1940b, 1941), a maioria destas provinha de lares desarmoniosos, com muitas brigas, nos quais as mães eram dominadoras e os pais fracos. Estas mães demonstravam uma ambivalência marcada para com os filhos e a rejeição fundamental era compensada com superproteção e alimentação excessiva. Neste contexto, a comida tinha uma importância exagerada e estava carregada de um alto valor emocional, simbolizando amor, segurança e satisfação, representando um laço importante na relação entre pais e filho. Por outro lado, as atividades físicas das crianças eram inexistentes, assim como os contatos sociais, os quais estavam associados a perigo, ameaça e insegurança.

Os trabalhos de BRUCH (1940a, 1940b, 1941, 1952, 1955, 1961, 1964, 1969, 1971, 1973, 1976, 1977) sobre os aspectos psicológicos dos obesos e, em particular, das crianças obesas, são mundialmente conhecidos. Em sua magistral obra *"Eating Disorders. Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within"*, publicada em 1973, ela condensa três décadas de estudos e apresenta um aprofundamento do seu enfoque e da análise e interpretação dos fenômenos observados no estudo dos seus pacientes obesos. A autora deixa claro,

inicialmente, que, no caso da obesidade, os fatores hereditários e os ambientais não se opõem, mas interagem e influenciam uns aos outros e que o importante é compreender a interação destes. Ela continua a focar e a valorizar a relação mãe-filho para explicar o quadro psicossomático da obesidade, como já o fazia na década de 40, porém, passa a analisar e descrever fenômenos mais precoces desta relação, remontando ao início do relacionamento, à fase da amamentação e princípio da alimentação sólida da criança. Ao deslocar o seu enfoque para a observação e compreensão das fases mais precoces da relação mãe-bebê e das experiências de alimentação da criança, ela faz uma análise detalhada da fome.

De acordo com a autora, a fome é um fenômeno universal e familiar a todos, através de experiências pessoais, o qual foi sempre considerado como um impulso inato. Entretanto, os seus estudos revelaram-lhe que a experiência da fome não é uma função realmente inata, mas que requer algum tipo de aprendizagem. Diz ela que, gradualmente, ao longo de décadas de observação e estudo, percebeu que os pacientes com distúrbios alimentares severos, tanto obesos quanto anoréxicos, são pessoas para quem algo saiu errado nos processos experiencial e interpessoal precoces na relação mãe-filho, referentes à satisfação das necessidades de nutrição e outras carências psicológicas e corporais. Segundo BRUCH (1973, 1977), essas experiências precoces incorretas e confusas, devido a uma falta de sensibilidade da mãe em reconhecer e atender adequadamente as necessidades do bebê, interferiram na habilidade destas pessoas para

discriminarem apropriadamente a fome e a saciação de outros sinais de desconforto, os quais nada têm a ver com a falta de comida, e de estados de tensão emocional, suscitados pela grande variedade de conflitos e problemas. Diz a autora que nos pacientes com sérios distúrbios alimentares pode-se reconhecer uma perturbação básica no modo como a sensação da fome é experienciada. Este déficit na consciência perceptual e conceitual da fome é funcional, não orgânico, estando relacionado a distúrbios em outras áreas de funcionamento, resultando de erros nas experiências precoces. Em síntese, os pacientes sofrem de um déficit de aprendizagem precoce na percepção e conceituação da fome e no seu processo de individuação, o que os leva a ter distúrbios não apenas na área da alimentação, mas também em outras áreas de funcionamento. Segundo a autora, o mesmo é válido para os pacientes que apresentam anorexia nervosa, doença que ela analisa, em sua obra, paralelamente à obesidade, e para a qual vê as mesmas raízes. Além da falta de habilidade destes pacientes para reconhecerem adequadamente a fome e outras sensações corporais, a autora também constatou neles um sentimento básico de não ter uma identidade própria, uma falta de consciência de viver a própria vida, o que ela considera de importância fundamental para o desenvolvimento de severos distúrbios alimentares.

Como outros psicanalistas, BRUCH (1941, 1952, 1961, 1964, 1969, 1973, 1976, 1977) também atribui significados simbólicos à ingestão desequilibrada de comida, reconhecida tanto nos obesos, como nos anoréxicos.

No caso, de acordo com a autora, a comida pode, simbolicamente, ser usada para satisfazer um desejo insaciável de amor inatingível, para expressar raiva, ódio, pode substituir gratificação sexual ou indicar uma negação ascética. Pode, também, representar o desejo de ser um homem e possuir um pênis, o desejo de engravidar ou o medo disto. Pode, ainda, proporcionar um sentimento de poder e conduzir a um auto-engrandecimento ou servir como defesa contra a adultícia e a responsabilidade. A preocupação com a comida pode representar um apego indefeso aos pais ou uma rejeição hostil dos mesmos. Estes pacientes, preocupados com o comer ou não-comer, usam a função de alimentar-se como uma pseudo-solução para problemas de personalidade.

BRUCH (1941, 1952, 1961, 1964, 1969, 1973, 1976, 1977) considera não apenas o comer excessivo como sintoma, mas também o tamanho aumentado do corpo, o qual, diz ela, preenche, num nível simbólico, primitivo, o desejo de ser importante (“big”). Diz ela que os obesos têm uma grave distorção do senso de realidade e é um traço comum o “*sentir-se especial*”, ou “*ter que ser maior e melhor do que qualquer outro*”. Argumenta ela que os obesos sentem ter que compensar as frustrações e ambições não preenchidas de seus pais e esta demanda conduz a uma fantástica interpretação da sua importância no mundo: eles têm uma imagem megalomaniaca de si mesmos. Segundo ela, subjacente a esta necessidade de sentir-se reconhecido como superior, há um medo desesperado de nulidade, de não ter identidade se não houver reafirmação e elogio

continuados. Como o nível de aspiração é muito alto e a falta de habilidade do obeso para corresponder à sua ambição é grande, ele tem que recorrer a um meio de aliviar a tensão, o que ele faz comendo. Entretanto, o comer nunca dá a satisfação que almeja sentir, porque não alcança as coisas especiais que deseja alcançar. Ainda, de acordo com BRUCH (1952), a dificuldade de seguir regimes e emagrecer tem a ver com o acima exposto: muitos obesos sentem um medo real de que emagrecendo eles perderão o seu *“potencial de poder especial”*.

BRUCH revela em seu livro *“Eating Disorders”* (1973) que, com a sua crescente experiência, passou da análise da relação mãe-filho para a análise e estudo de toda a família do paciente obeso, na tentativa de compreender as múltiplas interações dinâmicas dos seus membros, dentro do que é atualmente conhecido como estudo sistêmico, uma vez que a família é considerada um sistema de interações. Dentro deste enfoque, a ênfase é colocada em definir as forças que encorajam ou interferem no desenvolvimento da criança como um indivíduo distinto, com suas necessidades e impulsos claramente diferenciados dos de seus pais. A partir disto são identificados os padrões repetitivos perturbados nas experiências básicas de aprendizagem, os distúrbios de funcionamento na família, que resultam em déficits de aquisição de aspectos fundamentais no funcionamento mental da criança. De acordo com a autora, estas deficiências na aquisição do significado da linguagem, da apresentação de necessidades, ou de percepção de pistas comportamentais dos outros são

reconhecidas como o “background” dos fundamentos de futuros desajustamentos na vida adulta.

Em seus estudos de famílias de pacientes obesos, BRUCH (1973) descobriu, nos padrões básicos de interação e comunicação, muitas semelhanças com os das famílias de esquizofrênicos, sendo que uma grande proporção das dificuldades parece estar relacionada (e talvez seja derivada) à falta de habilidade dos pais para estabelecerem fronteiras definidas entre eles próprios e a criança. A mãe favorece uma ‘simbiose psicológica’ na criança, interferindo no desenvolvimento da iniciativa e autonomia da mesma, através de uma superproteção solícita, não permitindo um processo de individuação sadia e de delimitação de fronteiras do ego entre a criança e ela própria. No caso do pai também ser perturbado *“a criança será aprisionada na demanda de completar a vida do progenitor do sexo oposto e de unir a divisão entre os pais, em vez de investir suas energias e atenção em seu próprio desenvolvimento. A comunicação dentro dessas famílias é grosseiramente perturbada em conteúdo e conflitante em mensagens emocionais e definição de papéis”* (BRUCH, 1973). Todos estes aspectos, detectados em famílias de esquizofrênicos, também podem ser reconhecidos, em graus variados, na interação familiar associada com *“obesidade evolutiva”*, segundo a autora.

A orientação mais ampla do estudo das interações na família permite reconhecer padrões sutis de relações perturbadas em várias áreas da vida

familiar, que podem conduzir um membro à obesidade. BRUCH (1973) diz que antigamente, considerava o paciente obeso como uma vítima, mas, atualmente, o vê como um ativo participante no processo e que, por sua vez, ele tem um efeito na família, pois os seus sintomas provocam uma resposta na mesma: o empanturramento contínuo, no qual uma criança mergulha, pode despertar hostilidade e condenação por parte da sua família.

Em suas obras mais recentes, BRUCH (1973, 1976, 1977) também fala da diversidade de quadros clínicos e diz que é preciso distinguir diferentes formas de obesidade, com diferentes constelações e transações psicológicas. Segundo a autora, é impróprio afirmar que todas as pessoas obesas são emocionalmente perturbadas. Ela diz que a maioria dos pacientes obesos que estão funcionando bem não procura ajuda psiquiátrica. Para aqueles que procuram, os problemas psiquiátricos não são uniformes. Afirma, também, não ser possível falar de um tipo básico de personalidade como característico de todas as pessoas obesas, mas que a obesidade pode estar associada a qualquer desordem psiquiátrica concebível, tanto neurose como psicose. Além disso, coloca que é preciso diferenciar entre os aspectos psiquiátricos que têm um papel no desencadeamento da obesidade e aqueles que são criados por esta. A autora ainda fala dos problemas que podem ser precipitados pelo emagrecimento. Ela procura nos mostrar, assim, a complexidade do quadro e como os fatores fisiológicos e psicológicos interagem e se influenciam mutuamente.

BRUCH (1973) apresenta uma classificação dos pacientes obesos de acordo com a sua adaptação psicológica:

1. Pessoas competentes que são pesadas, de acordo com a sua constituição física, cujo excesso de peso não está relacionado a um funcionamento psicológico perturbado. Em geral, são pessoas nas quais a obesidade se desenvolveu depois da adolescência. Elas não têm uma imagem corporal distorcida, diferentemente daquelas que desenvolveram a obesidade cedo na vida. Elas podem sofrer de muitos tipos de dificuldades psiquiátricas, as quais, no entanto, não estão diretamente relacionadas ao problema de peso.
2. Pacientes que apresentam "*obesidade reativa*", isto é, que se tornaram obesos como uma reação a algum evento traumático. Nestes casos, o aumento de peso ocorre após uma experiência emocional traumática, em geral ligada a períodos de estresse existencial. A autora considera este tipo relacionado a problemas psicológicos e, segundo ela, é o tipo mais comumente observado em adultos, em decorrência da morte de um parente próximo ou quando se teme a morte ou algum dano. O comer em excesso e a obesidade neste caso, têm a função de combater a ansiedade ou uma reação depressiva. Estes indivíduos têm consciência de que comem mais quando ansiosos e conhecem a diferença entre a fome real e a necessidade neurótica de comer. Embora infreqüentemente, também pode ocorrer em crianças.

3. Pacientes que apresentam “*obesidade evolutiva*” (“*developmental obesity*”). São aqueles nos quais a obesidade está relacionada com problemas psicológicos e, também, com todo o seu desenvolvimento, o qual é caracterizado por muitos outros distúrbios de personalidade. Este tipo de obesidade tem início na infância, embora nem todas as crianças sofram dele. Mas, na maioria das crianças obesas e em muitos adultos que foram obesos desde a infância, há um entrelaçamento dos fatores constitucionais com sérios distúrbios emocionais e de personalidade. Este tipo de obesidade está relacionado com o que já foi anteriormente dito sobre os padrões perturbados de interação familiar e o déficit na consciência perceptual e conceitual da fome, em decorrência de uma relação mãe-filho doentia. Outro fator considerado muito importante pela autora para o desenvolvimento e a manutenção deste tipo de obesidade é a inatividade física da criança. Isto é decorrente do fato da mãe ou dos pais manterem o filho longe do contato com outras crianças e do fato de enfatizarem os possíveis perigos de atividades fora de casa.

BRUCH (1973), que na década de 40 tentou traçar um perfil da criança obesa, pelo que foi bastante criticada por outros autores, como LAPLANE, ETIENNE, LAPLANE (1956), reconheceu, mais recentemente, em decorrência dos seus estudos e maior experiência clínica com pacientes obesos,

que isso não é possível. Ela assinala que *“continua a existir confusão e desacordo marcantes a respeito da importância dos fatores emocionais na obesidade infantil, em relação a se eles contribuem para o seu desenvolvimento ou se os problemas psicológicos são secundários à rejeição social que essas pessoas sofrem”*. Em sua experiência, diz ela, estes dois aspectos estão estreitamente interligados.

Através do acompanhamento detalhado dos inúmeros casos de crianças obesas que atendeu e estudou meticulosamente, desde a infância até a idade adulta, tanto do ponto de vista fisiológico quanto psicológico, esta autora chegou a algumas conclusões. Ela divide os casos de obesidade infantil que estudou em casos que tiveram final feliz e aqueles com final infeliz. Nestes dois tipos percebeu alguns fatores psicológicos que caracterizam um e outro grupo. O primeiro era constituído por crianças que, apesar do sintoma de obesidade encontraram nos pais uma atitude calorosa e acolhedora, de apoio e incentivo e a ausência de perseguição e crítica à sua obesidade. A atmosfera do lar favorecia o crescimento de uma maturidade independente, em vez de desestimulá-la. Entre estas crianças o excesso de peso não era severo e não se constituiu em uma desvantagem em suas vidas. Nestas famílias, os pais aceitaram as orientações psicológicas de BRUCH (1973) e houve a correção dos problemas familiares subjacentes através do tratamento psicoterápico.

O segundo grupo era constituído por crianças que, na maioria, eram filhos únicos ou caçulas. Os pais buscaram ajuda médica pediátrica para tratar a obesidade da criança, mas se restringiram às prescrições dietéticas e pouco ou nada foi feito para alterar o modo de vida da criança ou dos membros da família. BRUCH (1973) considerou significativo o nível de ansiedade e discórdia que permeava estas famílias, o que fazia com que os pais não permitissem o desenvolvimento da criança, no sentido da independência. Igualmente significativa era a dominação dos pais e o seu apego possessivo à criança. A autora pôde delinear as forças subjacentes que interferiam no crescimento da criança como indivíduo distinto, com as suas próprias necessidades e impulsos, claramente diferenciados dos de seus pais. Ela reconhece *“que as crianças obesas que não superaram a sua obesidade infantil, nem fisicamente nem psicologicamente, sofriram de severos déficits no processo de diferenciação do ‘self’, o que está associado à falta de habilidade para identificar a fome e de diferenciá-la de outros estados corporais e emocionais; isso as deixava indefesas em seus esforços para controlarem a sua ingestão de comida ou para dirigirem suas vidas”*. Estas crianças tinham um pobre auto-conceito. Muitas delas eram exploradas como uma compensação para desapontamentos e falhas na vida dos pais. A criança era considerada por estes como uma possessão pessoal, que provava algo a respeito deles ou que refletia os seus sucessos. Apesar de algumas destas crianças serem muito bem cuidadas fisicamente, faltava um respeito

verdadeiro pela sua individualidade. De acordo com BRUCH (1973), em casos como estes, o tratamento psicoterápico intensivo é indispensável para a criança e para os pais, a fim de sanar os distúrbios familiares subjacentes à obesidade da criança.

Como pode ser observado pela revisão bibliográfica apresentada, a literatura, em inglês, sobre os aspectos psicológicos dos obesos é ampla; mas, em nosso meio, de autores brasileiros, é rara e, mais especificamente, sobre os aspectos psicológicos de crianças obesas é praticamente inexistente. Em nossa tentativa de entender isto, observamos que é muito reduzido o número de profissionais da área da saúde, entre nós, que consideram a obesidade uma doença psicossomática. Observamos, também, que existe uma falta de conscientização por parte da população brasileira, de modo geral, no sentido de considerar a obesidade uma doença. O campo da psicologia e da psicodinâmica do obeso, no Brasil, está aberto às investigações e estudos.

Em nossa pesquisa, nos propusemos a fazer um estudo exploratório da personalidade de crianças obesas de 7a.0m. a 12a.11m. de idade, através do teste projetivo gráfico do Desenho da Figura Humana e dos Indicadores Emocionais de KOPPITZ (1976).

2.2.2. Obesidade e Personalidade

Os estudos e trabalhos escritos sobre os aspectos psicológicos da obesidade têm como objetivo principal entender e explicar a razão da hiperfagia do obeso e da seleção deste comportamento, dentre outros possíveis, buscando relações entre as características físicas de tamanho e peso e os concomitantes correlatos psicológicos. A pergunta fundamental que buscam responder é: existe um padrão típico de personalidade obesa?

Sabemos que, popularmente, o gordo típico é considerado uma pessoa alegre, jovial e de fácil relacionamento e assim é caracterizado na literatura, tal como as figuras de Sancho Pança e Falstaff (KAPLAN & KAPLAN, 1957). Mas não é isso o que os estudiosos do assunto nos mostram em seus trabalhos sobre os sujeitos obesos.

Os autores pesquisados, defensores do ponto de vista psicossomático, são unânimes em considerar a obesidade um sintoma, ou seja, uma expressão física de um desajustamento emocional subjacente. Além disso, consideram todo sintoma como plurideterminado. Segundo o conceito da plurideterminação, há sempre várias causas e sentidos e não apenas um para um determinado sintoma, sendo que o mesmo pode ter múltiplas causas e sentidos em sujeitos diferentes. Isto tudo torna o assunto extremamente complexo no caso da obesidade.

Vários traços de personalidade dos obesos foram assinalados por diferentes autores, como já anteriormente colocado. De modo geral, eles concordam que o obeso é um sujeito com fixação oral, que apresenta uma regressão a esta fase libidinal e que possui um ego oral. Assim sendo, devido à sua estrutura oral, ele se utiliza de mecanismos orais para lidar com os seus conflitos.

RICHARDSON (1946), HAMBURGER (1951), CONRAD (1954), KAPLAN & KAPLAN (1957) e outros assinalam que os obesos apresentam estados de ansiedade, agressividade reprimida, estados depressivos e histéricos, etc., e, também, falam da sua impulsividade, imaturidade emocional e, freqüentemente, sexual, bem como da sua busca de gratificação substitutiva pela comida e pelo comer.

BRUCH (1940a, 1940b, 1941, 1961, 1969, 1973, 1977), KAPLAN & KAPLAN (1957), WUNDERLICH, JOHNSON, BALL (1973) assinalam a dependência, a passividade e a pobre adaptação social dos obesos.

Outros, ainda, assim como BRUCH (1940b, 1971, 1973, 1977), caracterizam o quadro familiar da criança obesa, a sua interação com os pais e, especialmente, com a figura materna típica, dominadora, manipuladora e ambivalente.

Os obesos são, assim, apresentados como pessoas que, de um certo modo, apresentam algum desajustamento emocional. Mas, afirmam KAPLAN &

KAPLAN (1957) que há pouco acordo sobre a natureza específica do distúrbio. Estes autores atribuem cerca de 50 significados simbólicos à obesidade, ao comer em excesso e à comida. De acordo com os mesmos, apesar dos estudos realizados darem a impressão da existência de tipos específicos de personalidade que resultem em obesidade, eles preferem ser cautelosos e dizer que não há um quadro específico de personalidade predizível que caracterize os pacientes obesos. Segundo os autores, muitos fatores psicológicos foram propostos como estando associados à obesidade, mas eles têm a opinião de que o grande número e variedade destes indicam que qualquer conflito pode, eventualmente, resultar no sintoma do comer em excesso. Por isso, preferem dizer que os fatores psicodinâmicos que causam a obesidade são não-específicos. Também BROSIN (1954) observou que experiências psiquiátricas demonstram que uma grande variedade de conflitos e síndromes psiquiátricas podem estar associados à obesidade. Argumenta o autor, que embora muitos pacientes obesos possam ter algumas características comuns, não é seguro generalizar sobre os fatores comuns; diz ele que tanto há pacientes neuróticos, como psicóticos, obesos. Além disso, afirma existirem relações recíprocas entre os quadros clínicos da obesidade e da anorexia nervosa.

KAPLAN & KAPLAN (1957) concluem dizendo que a única generalização psicopatológica passível de ser feita com segurança é dizer que os obesos são indivíduos que apresentam conflitos e muita ansiedade.

Para BRUCH (1973), que reconhece uma diversidade de quadros clínicos de obesidade, estes correspondem a tipos particulares de adaptação, ou seja, determinados indivíduos utilizam-se da hiperfagia-obesidade para responder a dificuldades vitais. O pensamento da autora ratifica o de BROSIN (1954) e o de KAPLAN & KAPLAN (1957), pois, segundo a mesma, não se pode falar de um tipo básico de personalidade característico de todos os obesos. Diz ela que a obesidade pode se associar a qualquer desordem psiquiátrica, tanto neurose como psicose e, freqüentemente, nos casos de “*obesidade evolutiva*”, pode resultar em esquizofrenia, devido às semelhanças nos padrões perturbados de comunicação e interação existentes nas famílias de obesos e esquizofrênicos.

2.3. AS TÉCNICAS PROJETIVAS NO ESTUDO DA PERSONALIDADE

2.3.1. A Utilização do Desenho Como Técnica Projetiva para o Estudo da Personalidade

Dentre as várias técnicas existentes para se estudar o mundo interno e as motivações subjetivas, ou seja, a psicodinâmica dos sujeitos, são amplamente

utilizadas, atualmente, as técnicas projetivas. Estas foram comparadas à análise espectral, na Física, e aos raios X em Anatomopatologia (FRANK, 1939).

Segundo este autor, *“o traço essencial de uma técnica projetiva é que ela evoca do sujeito aquilo que, de várias maneiras, é expressivo do seu mundo interno e da sua personalidade”*.

De acordo com LINDZEY*, *“uma técnica projetiva é um instrumento que é considerado especialmente sensível a aspectos inconscientes ou velados do comportamento, que permite ou encoraja uma ampla variedade de respostas do sujeito, que é altamente multidimensional e que evoca de modo incomum dados profusos em resposta com um mínimo de consciência do sujeito no que diz respeito ao objetivo do teste”*.

Atualmente existe uma grande variedade de técnicas projetivas que compõem a Psicologia Projetiva e enriquecem o arsenal clínico do psicólogo. Dentre elas, destacam-se os desenhos projetivos. Muitos são os trabalhos e pesquisas que ressaltam as inúmeras possibilidades psicológicas do desenho. Este é anterior à linguagem escrita e é considerado uma das mais antigas formas de comunicação do ser humano. Isto é atestado pelos desenhos e pinturas dos homens das cavernas e dos povos primitivos, que fizeram com que chegassem até nós os seus interesses e expressões de aspectos de sua vida. Através dos séculos,

* LINDZEY - Apud RABIN, A.I. *Assessment with Projective Techniques: A Concise Introduction*. New York, Springer, 1981, 342p.

povos primitivos ou civilizados exprimiram através dos desenhos, pinturas ou outras produções artísticas, as suas emoções, sentimentos, idéias religiosas, pensamentos e desejos. Convém lembrar, ainda, que os primeiros sistemas de escrita, como o egípcio e o assírio-babilônico, eram ideográficos, ou seja, eram mais constituídos de desenhos do que de letras (LOURENÇÃO VAN KOLCK, 1966). Também a atual escrita chinesa tem origem ideográfica.

Segundo DORKEN* , *“a avaliação psicológica da arte gráfica foi provavelmente a primeira técnica ‘projetiva’ estabelecida”* . Diz LEVY (1991) que *“sob o impacto das idéias de Freud ‘a arte se tornou ao lado dos sonhos, a via régia reconhecida de acesso às profundezas da mente’ ”*. HAMMER (1991) relata que um dos primeiros clínicos a observar a simbolização nos desenhos dos seus pacientes insanos foi um psiquiatra francês do século XIX, Max Simon, o qual também ficou chocado com o conteúdo obsceno dos mesmos.

Anos mais tarde, o desenvolvimento da Psicanálise, com os conhecimentos e discernimentos que ela nos propiciou, relativos à dinâmica do inconsciente e ao fenômeno de que este ‘fala’ em imagens simbólicas, bem como a descoberta da linguagem e do significado dos símbolos, através do estudo da psicopatologia humana, dos sonhos, dos mitos, do folclore, da arte, etc., muito contribuíram para o desenvolvimento, o progresso e aceitação do desenho como

* DORKEN - Apud HAMMER. E.F. - *Aplicações Clínicas dos Desenhos Projetivos*, São Paulo. Casa do Psicólogo, 1991. 500p.

técnica projetiva para o estudo da personalidade. Deste modo, a Psicanálise oferece uma teoria adequada para o embasamento e sustentação da análise e compreensão da personalidade de um indivíduo através do desenho, uma vez estabelecida, verificada e aceita a hipótese de que o sujeito projeta-se naquilo que desenha ou faz.

O conceito psicanalítico de projeção, conforme postulado por FREUD (1976c), não apenas na forma defensiva, mas, principalmente na forma direta, expressiva, é aqui fundamental. Diz ele em *"Totem e Tabu"* (Cap.II, pag.86):

"Mas a projeção não foi criada com o propósito de defesa; ela também ocorre onde não há conflito. A projeção de percepções internas para fora é um mecanismo primitivo, ao qual, por exemplo, estão sujeitas nossas percepções sensoriais, e que, assim, normalmente desempenha um papel muito grande na determinação da forma que toma nosso mundo exterior. Sob condições cuja natureza não foi ainda suficientemente estabelecida, as percepções internas de processos emocionais e de pensamentos podem ser projetadas para o exterior da mesma maneira que as percepções sensoriais. São assim empregadas para construir o mundo externo, embora devam, por direito, permanecer sendo parte do mundo interno".

As técnicas projetivas, aplicadas em vários estágios do processo de formação da personalidade, representam tentativas de se construir uma série substancial de inferências quanto aos fatores genéticos e dinâmicos significativos que moldaram a personalidade tal como ela se nos apresenta em um dado momento da história de vida do sujeito.

As técnicas projetivas vão oferecer dados subjetivos e objetivos que permitirão ao psicólogo clínico realizar um processo de inferência clínica. Esta, no procedimento de exploração da personalidade, vai permitir ao profissional estabelecer uma série de hipóteses dinâmicas e genéticas sobre o indivíduo, que serão utilizadas para se formular vários graus de adaptação.

No entanto, os dados projetivos nos fornecem apenas um corte analítico transversal da unidade e integração da personalidade em um dado momento da história de vida do sujeito estudado. As técnicas projetivas não têm como objetivo fornecer uma formulação completa da personalidade total de um sujeito, mas, sim, proporcionar uma série de informações descritivas e significativas a respeito da personalidade, que se mostram úteis para um propósito particular e, freqüentemente, bastante restrito. Os psicólogos utilizam-se dos dados projetivos para interpretação, através do processo de inferência, a fim de chegar a algumas concepções sobre o sujeito, as quais abarcam um pouco da sua história de vida passada e algumas das suas orientações para o futuro.

2.3.2. A Utilização do Desenho da Figura Humana (DFH) para o Estudo da Personalidade da Criança

Atualmente, os desenhos das crianças são considerados um meio privilegiado para a descoberta do seu mundo interno e da sua psicodinâmica, além de constituírem um modo natural de expressão para as mesmas. O desenho, que é um meio de expressão e de comunicação, revela muito do inconsciente daquele que desenha.

Dentre os vários testes projetivos gráficos existentes, o Desenho da Figura Humana destaca-se pela frequência com que é utilizado pelos psicólogos. O desenho projetivo da figura humana, hoje em dia, é considerado uma fonte frutífera de informação e compreensão da personalidade, além de econômica e profunda.

O Desenho da Figura Humana (DFH), conhecido em inglês como Draw-a-Person Test (DAP), foi criado em 1925 por FLORENCE GOODENOUGH*, inicialmente para medir o nível mental infantil. Em 1926 ela publicou seu livro *"Measurement of Intelligence by Drawings"*. A seguir, a autora descobriu que o teste também permitia a análise de fatores de

* GOODENOUGH, F.L. - Apud MACHOVER, K. - *Personality Projection in the Drawing of the Human Figure*. Illinois, USA, Charles C. Thomas, 1949. 181p.

personalidade, porque muitas crianças de Quociente Intelectual elevado não desenhavam a figura humana de acordo com o seu nível de inteligência.

Outros autores, através de estudos experimentais, também concluíram que *“as crianças emocionalmente perturbadas não desenhavam a figura humana de uma maneira compatível com a sua inteligência medida por uma escala padronizada de Q.I.”* (HANVIK, 1953).

MACHOVER (1949), por sua vez, utilizando-se da sua experiência com o Teste de GOODENOUGH, criou o Teste Projetivo da Figura Humana, partindo do pressuposto de que, ao desenhar uma figura humana, o indivíduo projeta-se no desenho. O DFH passou, então, a ser utilizado para avaliação de aspectos de estrutura e dinâmica da personalidade, com base numa interpretação psicanalítica e no conhecimento da história de vida do sujeito estudado. Em 1949 ela publicou seu livro *“Personality Projection in the Drawing of the Human Figure”*. Diz a autora que, ao desenhar a figura humana, a pessoa exercita a sua imaginação criadora, projeta suas necessidades, vontades e conflitos, de tal modo que revela íntima união entre a figura humana desenhada e a personalidade do indivíduo que está realizando o desenho. Ela ressalta que os aspectos estruturais e formais do desenho, tais como o tamanho, o porte, o tipo de traçado, a simetria ou assimetria da figura, a sua colocação na página, a completude ou incompletude da mesma, etc., revelam traços da estrutura da personalidade daquele que desenha

e têm valor para diagnóstico e análise psicológica. Segundo a autora, *“em um sentido, a figura desenhada é a pessoa e o papel corresponde ao meio ambiente”*.

De acordo com GRAHAM (1956) *“o desenho da figura humana traduz uma representação coerente da auto-imagem, mesmo quando os sujeitos tentam omitir ou dissimular os detalhes que eles sabem ou imaginam significar fraquezas das suas próprias personalidades”*.

Segundo DAVIDO (1972), *“a qualidade do desenho, sem levar em conta o seu caráter estético, não é somente representativa do nível intelectual, mas, também do equilíbrio afetivo da criança, do qual dependem quase sempre suas faculdades de adaptação, tanto familiar como escolar”*.

KOPPITZ (1976), uma outra estudiosa do Desenho da Figura Humana, baseando-se nos estudos precedentes de GOODENOUGH (1926) e de MACHOVER (1949), sistematizou o trabalho de ambas, elaborando uma escala própria de índices gráficos, que permitem tanto a avaliação do nível de maturação mental, quanto a detecção e avaliação de distúrbios emocionais em crianças, dependendo da faixa etária em que os mesmos aparecem. Estes sinais gráficos foram por ela denominados Indicadores Maturacionais e Indicadores Emocionais, respectivamente. Ela constatou que pacientes infantis com dificuldades em manifestar seus sentimentos pela verbalização o fazem, mais facilmente, através dos seus desenhos. A autora diz que *“um desenho infantil é uma expressão gráfica e, como tal, é uma manifestação que basicamente não difere de qualquer*

outra manifestação. Assim, como podemos analisar manifestações verbais para determinar estrutura e conteúdo, da mesma maneira podemos analisar os DFH para determinar estrutura e sinais e também conteúdo e significado”.

HAMMER (1991), referindo-se ao desenho infantil, diz que “*as crianças desenharam o que sabem, não o que vêem*”, sendo o mesmo considerado a expressão do modo como a criança percebe e compreende o mundo. De acordo com ele, as crianças transmitem no desenho aquilo que jamais teriam condições de verbalizar.

Atualmente, o Desenho da Figura Humana constitui-se em um dos testes de personalidade mais utilizados em pesquisa e na prática clínica. Segundo as pesquisas de SUNDBERG (1960), ele é um dos testes mais aplicados nas clínicas e hospitais dos Estados Unidos da América, só sendo ultrapassado, quanto à frequência de utilização, pelo Psicodiagnóstico de Rorschach. Segundo KLOPPER & TAULBEE (1976), o DFH, juntamente com o Rorschach e o TAT (Thematic Apperception Test), representa cerca de 70% das referências na literatura de técnicas projetivas.

2.3.3. O Desenho da Figura Humana segundo KOPPITZ e os Indicadores Emocionais

O trabalho de KOPPITZ (1976) foi elaborado a partir de uma intensa pesquisa com mais de mil desenhos, numa tentativa de validar os DFH infantis. Os resultados do seu trabalho foram publicados no seu livro *“Psychological Evaluation of Children’s Human Figure Drawings”*, em 1967. Ele foi publicado em espanhol em 1976, com o título *“El Dibujo de la Figura Humana en los Niños. Evaluación Psicológica”*. A partir dos conhecimentos já propiciados pelos trabalhos anteriormente realizados por GOODENOUGH (1926), MACHOVER (1949), GOODENOUGH & HARRIS (1950), JOLLES (1952), HAMMER (1991) e LEVY (1991), KOPPITZ (1976) realizou uma investigação exaustiva e sistemática dos diferentes aspectos do DFH, ou seja, tanto dos seus aspectos evolutivos, para se determinar a maturidade mental, quanto dos seus aspectos projetivos, isto é, como um teste projetivo de personalidade, que reflita as preocupações e atitudes interpessoais das crianças. A autora detectou e seleccionou alguns sinais gráficos no DFH que servem para detectar e avaliar tanto a maturidade mental como distúrbios emocionais em crianças. Ela denominou os primeiros de Indicadores Maturacionais e os segundos, Indicadores Emocionais.

Em virtude dos objetivos da presente pesquisa, interessa-nos o uso do DFH como instrumento projetivo, de modo que nos limitaremos a focar e discorrer sobre os Indicadores Emocionais de KOPPITZ para o DFH, deixando de lado os Indicadores Maturacionais.

Segundo a autora, como teste projetivo, o DFH reflete as relações interpessoais da criança, isto é, suas relações consigo mesma e com as pessoas significativas de sua vida. De acordo com KOPPITZ (1976), o DFH pode revelar as atitudes da criança para com as tensões e exigências da vida e seu modo de enfrentá-las. Diz ela que os desenhos também podem refletir os medos e as ansiedades intensas que podem afetar a criança, consciente ou inconscientemente, em um dado momento. Assim, o DFH é considerado como refletindo o estado evolutivo e afetivo atual e as atitudes e preocupações em um dado momento da história de vida da criança, o que poderá mudar com o tempo, devido à maturidade e experiência. A autora afirma que, para ela, o valor particular do DFH reside justamente em uma sensibilidade para detectar mudanças na criança, as quais podem ser evolutivas ou emocionais.

KOPPITZ (1976) não considera válida a hipótese de que o DFH expressa a "*imagem corporal*" do sujeito que desenha, hipótese aceita e defendida por muitos outros autores. Ela também não trata o DFH como um retrato de traços de personalidade básicos e permanentes, nem como uma imagem da aparência real. A autora considera que o DFH reflete as atitudes da criança

para consigo mesma e para com as pessoas significativas do seu ambiente em um dado momento da sua vida. Daí, vemos que, para ela, o DFH expressa o conceito que a criança tem de si, ou seja, como esta vê, sente e percebe a si própria, isto é, como expressa o seu auto-conceito ou a sua auto-imagem, no momento em que o desenho foi realizado. Entendemos que é neste sentido que ela fala do DFH, como “*um retrato interior da criança em um dado momento da sua vida*” com o que concordamos, e foi neste sentido que utilizamos o DFH em nossa pesquisa.

Baseada em sua experiência clínica, na literatura já existente e em sua pesquisa com os DFH de 1856 alunos de 5 a 12 anos, de escolas primárias públicas, KOPPITZ (1976) selecionou 30 itens de desenho, ou seja, índices gráficos, que têm validade clínica e que podem ser considerados verdadeiros indicadores emocionais nos DFH de crianças desta faixa etária. Ela demonstrou a validade clínica destes 30 indicadores emocionais, comprovando a capacidade dos mesmos para discriminar crianças com problemas emocionais daquelas que não os têm, sempre que aparecerem dois ou mais deles nos desenhos.

Segundo a autora, um Indicador Emocional é um sinal do DFH que:

1. Tem validade clínica para poder diferenciar as crianças com problemas emocionais das que não os têm.

2. É incomum e ocorre com pouca frequência nos DFH de crianças normais, que não são pacientes psiquiátricos. Isto quer dizer que o sinal deve estar presente em menos de 16% das crianças em uma dada faixa etária.

3. Não deve estar relacionado com a idade e a maturação, ou seja, sua frequência de ocorrência nos protocolos não deve aumentar somente sobre a base do crescimento cronológico da criança.

Em seu livro KOPPITZ (1976) apresenta muitos desenhos e exemplos dos casos por ela analisados. Antes de publicá-lo, ela já tinha realizado um outro estudo de validação dos Indicadores Emocionais (KOPPITZ, 1966a). Neste, ela trabalhou com 76 pares de crianças de escolas primárias públicas, pareadas por sexo e idade. As crianças foram separadas em dois grupos, A e B, cada um com 76 sujeitos. O grupo A era composto por crianças que recebiam atendimento como pacientes numa clínica de psicologia infantil e o grupo B, por crianças consideradas alunos razoáveis, com bom ajustamento social, emocional e escolar. Todas elas tinham inteligência média ou superior.

Os resultados obtidos apoiaram as suas hipóteses:

1. Os Indicadores Emocionais ocorrem mais frequentemente nos DFH de pacientes clínicos do que nos de crianças bem adaptadas.

2. Os DFH individuais dos pacientes clínicos mostram uma maior incidência de Indicadores Emocionais do que os dos alunos bem ajustados.

Como exemplo de um Indicador Emocional, podemos citar a omissão do pescoço no DFH. De um ponto de vista evolutivo, aos 5 anos de idade a omissão do pescoço não é incomum no DFH de uma criança normal. Logo, nesta idade, esta omissão não é considerada como tendo significação clínica. Mas, aos 10 anos de idade, devemos esperar, normalmente, que as crianças desenhem figuras humanas com pescoço, de tal modo que a omissão deste, muito provavelmente, indicará imaturidade ou problemas emocionais, sendo clinicamente significativa.

KOPPITZ (1966b) também utilizou os Indicadores Emocionais para investigar a relação entre estes e o desempenho escolar de crianças de 1^a e 2^a séries, comparando bons e maus alunos. Verificou que alguns Indicadores Emocionais mostraram ser significativamente relacionados com o desempenho escolar, indicando que estes itens podem ser usados também como indicadores de futuros problemas de aprendizagem na seleção de crianças que iniciam o curso primário.

Vários trabalhos já foram realizados por outros autores, utilizando os Indicadores Emocionais de KOPPITZ. Numa tentativa de validação dos mesmos, FULLER, PREUSS, HAWKINS (1970) concluíram que os seus

achados confirmam o trabalho da autora, admitindo que a presença de dois ou mais Indicadores Emocionais no DFH podem ajudar a identificar crianças com distúrbios emocionais.

HALL & LADRIERE (1970), em sua pesquisa, obtiveram resultados concordantes com os de KOPPITZ (1976), conseguindo discriminar crianças com problemas emocionais e orgânicos daquelas que não os apresentavam.

LOURENÇÃO VAN KOLCK (1973b), num estudo com crianças paulistanas, para a validação dos Indicadores Emocionais de KOPPITZ em nosso meio, comprovou o pressuposto desta, de que o número total de sinais de um dado DFH tem um significado diagnóstico no plano dos distúrbios emocionais.

CELLI (1978), num estudo comparativo dos Indicadores Emocionais em Desenhos da Figura Humana, realizados por escolares atípicos (poliomielíticos, diabéticos, surdos e cardiopatas) e normais, concluiu pela validade destes indicadores.

CARIOLA (1983), em pesquisa realizada com escolares de 1^a série do primeiro grau, concluiu pelo valor preditivo dos Indicadores em relação a problemas emocionais futuros nas crianças, os quais poderão causar efeitos deletérios sobre a aprendizagem. Por isso, recomenda o uso do DFH e seus Indicadores Emocionais pelos psicólogos escolares no início do ano letivo, em caráter preventivo. Esta mesma autora, em estudos posteriores, através do DFH,

realizados com crianças portadoras de problemas dermatológicos e deficiências auditivas, constatou que, em ambos os casos, o DFH mostrou-se promissor no diagnóstico de problemática emocional nestes pacientes (CARIOLA, 1989, 1995).

LINGREN (1971), numa tentativa de replicar uma pesquisa de KOPPITZ (1976), com crianças tímidas e agressivas, não obteve resultados equivalentes aos da autora, sugerindo que os Indicadores Emocionais devem ser mais estudados.

DIEFFENBACH (1978), por sua vez, diz que encontrou apenas um Indicador Emocional que serviu para discriminar crianças com distúrbios de comportamento, daquelas que não os tinham.

Considerando as colocações já previamente apresentadas em nossa revisão bibliográfica, a respeito da obesidade como expressão sintomática de conflitos emocionais (vide 2.2.1., pag.26 e 2.2.2., pag. 54); o valor do DFH como teste projetivo de personalidade (vide 2.3.1., pag. 57 e 2.3.2., pag.62) e os pressupostos teóricos de KOPPITZ (1976) de que:

1. o DFH é um retrato interior da criança em um dado momento da sua vida;
2. os Indicadores Emocionais permitem discriminar crianças com problemas emocionais daquelas que não os têm;

desenvolvemos a presente pesquisa, que será relatada nos capítulos que se seguem.

Através da utilização dos Indicadores Emocionais tentamos apreender como as crianças obesas vêm, sentem, percebem a si próprias e se projetam em seus desenhos. Tentamos, assim, captar como as crianças, por nós entrevistadas, expressam o seu autoconceito em seu DFH e o que nos comunicam. Utilizamos a inferência clínica, segundo orientação psicanalítica, para a interpretação dos Indicadores Emocionais detectados no grupo dos obesos, os quais foram, também, comparados com os identificados num outro grupo de crianças com peso normal (grupo-controle).

Os Indicadores Emocionais compõem uma escala de avaliação rápida e objetiva, que apresenta grande potencial de utilidade na avaliação psicológica da criança. Adiante, quando fizermos a descrição do instrumento da pesquisa, apresentaremos mais detalhes sobre a Escala de KOPPITZ e os seus Indicadores Emocionais.

3. METODOLOGIA

3.1. Sujeitos

Os sujeitos da pesquisa foram 60 crianças, com idades entre 7a.0m. e 12a.11m., sendo 30 obesas e 30 não-obesas, que compuseram um grupo experimental e um de controle.

O Grupo Experimental era composto pelas crianças obesas, sendo 15 meninos e 15 meninas, todos com Índice de Massa Corporal (IMC) determinado segundo a fórmula de Quetelet (Vide 2.1.1., pag.5). Foram selecionadas apenas as crianças com índice igual ou superior a 25, em função do fato da Organização Mundial de Saúde (OMS) ter definido este valor como ponto de corte, tanto para homens como para mulheres, considerando obeso o sujeito com $IMC \geq 25$ (GARROW & WEBSTER, 1985; ANJOS, 1992). O Índice de Massa Corporal, no grupo, variou de 25 a 39,51, compreendendo os graus I e II de obesidade (Vide 2.1.1., pag.5).

O Grupo Controle era formado pelas crianças não-obesas, 15 meninos e 15 meninas, todos considerados normais para a faixa etária, segundo as tabelas de peso e altura de TANNER & WHITEHOUSE (1976) para meninos e meninas.

Todas as crianças eram alunas de escolas primárias da cidade de Piracicaba, SP, cursando da 1ª. à 6ª. séries, com inteligência normal, sem comprometimento de natureza orgânica e com bom desempenho escolar.

Tivemos que contatar várias escolas primárias da cidade, a fim de conseguir que três se dispusessem a nos permitir trabalhar com seus alunos e obter o número necessário de crianças obesas. As não-obesas e obesas vieram das mesmas escolas.

Tivemos o auxílio dos professores na seleção dos sujeitos, uma vez que queríamos crianças com bom desempenho escolar e livres de problemas orgânicos comprometedores.

As mães das crianças selecionadas também participaram, através de uma entrevista, para que respondessem ao Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil (QMPI), que será apresentado adiante.

Os dados dos sujeitos dos dois grupos podem ser vistos nas TABELAS 1 e 2.

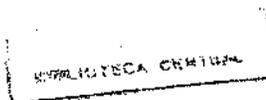


TABELA 1 - Sujeitos dos dois grupos, com respectivas idades e Índice de Massa Corporal (IMC)

Grupo Experimental (Obesos)			Grupo Controle (Não-obesos)		
Nº do Sujeito	Idade	IMC	Nº do Sujeito	Idade	IMC
♂			♂		
O1	11a. 4m.	25,22	NO1	9a. 3m.	16,08
O2	9a. 3m.	25,00	NO2	8a. 4m.	14,03
O3	9a. 10m.	27,20	NO3	9a. 1m.	16,47
O4	10a. 10m.	29,41	NO4	10a. 11m.	13,91
O5	12a. 1m.	32,42	NO5	8a. 4m.	15,06
O6	11a. 7m.	26,71	NO6	8a. 5m.	18,23
O7	12a. 10m.	37,41	NO7	10a. 5m.	16,20
O8	7a. 10m.	25,00	NO8	11a. 1m.	15,02
O9	10a. 5m.	29,75	NO9	9a. 9m.	15,26
O10	9a. 2m.	27,04	NO10	8a. 2m.	15,75
O11	9a. 8m.	25,10	NO11	11a. 2m.	15,30
O12	12a. 4m.	25,00	NO12	10a. 0m.	14,97
O13	7a. 2m.	25,26	NO13	10a. 0m.	14,35
O14	7a. 10m.	25,58	NO14	9a. 9m.	15,38
O15	10a. 6m.	25,00	NO15	8a. 8m.	16,66
♀			♀		
O1	10a. 8m.	28,04	NO1	9a. 1m.	18,71
O2	10a. 4m.	30,70	NO2	8a. 4m.	17,37
O3	11a. 8m.	30,08	NO3	9a. 1m.	14,70
O4	11a. 5m.	26,25	NO4	10a. 11m.	14,13
O5	10a. 7m.	26,03	NO5	8a. 4m.	14,03
O6	8a. 10m.	29,59	NO6	8a. 5m.	18,01
O7	8a. 4m.	27,10	NO7	10a. 5m.	16,95
O8	10a. 10m.	27,29	NO8	11a. 1m.	17,15
O9	10a. 3m.	39,51	NO9	9a. 9m.	15,23
O10	10a. 2m.	30,70	NO10	8a. 2m.	17,88
O11	10a. 2m.	28,22	NO11	11a. 2m.	17,75
O12	9a. 0m.	27,50	NO12	10a. 0m.	13,85
O13	7a. 0m.	25,31	NO13	10a. 0m.	18,42
O14	7a. 6m.	26,38	NO14	9a. 9m.	15,71
O15	10a. 6m.	28,57	NO15	8a. 8m.	18,87

TABELA 2 - Sujeitos, variação das idades, médias de idade e de Índice de Massa Corporal.

	Grupo Experimental	Grupo Controle
Número de sujeitos	30	30
Extremos de Idade	7a.0m. a 12a. 10m.	7a.4m. a 11a.2m.
Média de Idade	9a.11m.	9a.8m.
Média de IMC*	28,07	16,06

*IMC = Índice de Massa Corporal

3.2. Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram:

3.2.1. O teste do Desenho da Figura Humana (DFH), segundo a técnica de

KOPPITZ (1966a e 1976) (vide 2.3.2., pag.62 e 2.3.3., pag.66).

3.2.2. O Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil (QMPI)

(ALMEIDA FILHO, 1985).

3.2.1. O Desenho da Figura Humana (DFH) e os Indicadores Emocionais de KOPPITZ (1976)

Os 60 Desenhos da Figura Humana, coletados e selecionados para a presente pesquisa, foram analisados em função dos itens que integram a Escala de Indicadores Emocionais de KOPPITZ.

3.2.1.1. A Escala de KOPPITZ

Os Indicadores Emocionais são sinais gráficos objetivos no DFH e compõem um conjunto de 30 sinais, que não estão primordialmente relacionados com a maturidade da criança, mas, sim, com as suas ansiedades, preocupações e atitudes. Eles refletem características da personalidade da criança. Segundo KOPPITZ(1976), eles revelam problemas do estágio atual em que o desenho foi feito e não traços permanentes da personalidade.

Os 30 Indicadores Emocionais foram selecionados dentre muitos outros sinais, a partir de alguns critérios, conforme já previamente colocados (vide 2.3.3., pag.66) e são os seguintes (KOPPITZ, 1976):

I. Sinais Qualitativos:

- 1. Integração pobre das partes da figura:** uma ou mais partes não-conectadas com o resto da figura; parte meramente tocando ou ligada somente através de uma simples linha (Meninos, 7a.; meninas, 6a.)*

- 2. Sombreamento do rosto:** deliberado sombreamento do rosto ou de parte dele, incluindo sardas, manchas ou marcas de sarampo, etc. Um leve sombreamento uniforme do rosto ou das mãos, para indicar cor da pele de modo não-defensivo, não é avaliado.

- 3. Sombreamento do corpo e/ou membros** (meninos, 9a.; meninas, 8a.).*

- 4. Sombreamento das mãos e/ou pescoço** (meninos, 8a; meninas, 7).*

- 5. Assimetria grosseira dos membros:** um braço ou uma perna difere, marcadamente na sua forma, de outro braço ou perna. O item não é avaliado se braços e pernas são semelhantes na forma, porém um pouco desiguais no tamanho.

* Os indicadores assim marcados só são computados a partir da idade mencionada em cada item.

6. **Figura inclinada:** o eixo vertical da figura está inclinado de 15° ou mais, em relação à perpendicular.
7. **Figura pequena:** figura de 5 cm de altura ou menos.
8. **Figura grande:** figura de 23 cm de altura ou mais (meninos e meninas, 8a).*
9. **Transparências:** envolvendo as principais partes do corpo ou membros. Linha do chapéu através da cabeça, ou dos braços cruzando o corpo, não são avaliadas.

II. Detalhes Especiais:

10. **Cabeça pequena:** tamanho da cabeça menor que 1/10 da figura total.
11. **Olhos cruzados ou opostos:** ambos os olhos virados para dentro ou para fora. Um olhar de relance para o lado não é avaliado.
12. **Dentes:** qualquer representação de um ou mais dentes.

* Os indicadores assim marcados só são computados a partir da idade mencionada em cada item.

13. **Braços curtos:** pequeno toco como braço; braços não suficientemente compridos para alcançar a cintura.
14. **Braços compridos:** braços excessivamente longos; alcançam abaixo dos joelhos ou de onde estes deveriam estar.
15. **Braços colados ao corpo:** nenhum espaço entre o corpo e os braços.
16. **Mãos grandes:** mãos tão grandes quanto o resto da figura.
17. **Mãos cortadas:** braços sem mãos, nem dedos. Mãos escondidas atrás das costas, ou em bolsos, não são avaliadas.
18. **Pernas fechadas ou apertadas uma contra a outra:** ambas as pernas sem nenhum espaço entre elas; no desenho de perfil, somente uma perna.
19. **Genitais:** representação realística ou evidentemente simbólica dos genitais.
20. **Figura monstruosa ou grotesca:** deliberada representação não-humana, figura ridícula ou degradada (palhaço, vagabundo, diabo, monstro). Figura

confusa ou imatura, resultante da falta de habilidade para desenhar, não é avaliada.

21. **Três ou mais figuras espontaneamente desenhadas:** várias figuras não-inter-relacionadas ou não-engajadas em atividade de significado; desenho repetido de figuras, quando somente uma foi solicitada. O desenho de um menino e uma menina ou da família ou de um homem e uma mulher, não é avaliado.
22. **Nuvens:** qualquer representação de nuvens, chuva, neve ou pássaros voando.

III. Omissões

23. **Olhos:** completa ausência dos olhos. Olhos fechados ou círculos vazios, como olhos, não são avaliados.
24. **Nariz** (meninos, 6a; meninas, 5a).*
25. **Boca**

* Os indicadores assim marcados só são computados a partir da idade mencionada em cada item.

26. Tronco

27. Braços (meninos, 6a.; meninas, 5a.).*

28. Pernas: não-avaliado se as pernas estão cobertas por saia comprida

29. Pés: (meninos, 9a.; meninas, 7a.).*

30. Pescoço (meninos, 10a.; meninas 9a.).*

A autora dividiu os Indicadores Emocionais em três categorias, a saber:

1a. categoria: sinais qualitativos (itens 1 a 9), que refletem a qualidade do desenho.

2a. categoria: sinais especiais no DFH (itens 10 a 22), isto é, sinais raramente encontrados no DFH de crianças.

* Os indicadores assim marcados só são computados a partir da idade mencionada em cada item.

3a. categoria: omissões de 8 itens básicos (21 a 30), que podem, normalmente, ser esperados no DFH.

Segundo KOPPITZ (1976) estes Indicadores Emocionais aparecem nos DFH de crianças emocionalmente perturbadas, em número significativamente maior do que nos protocolos das sem problemas emocionais sérios. A presença de dois ou mais destes indicadores no DFH de uma criança é altamente sugestiva de problemas emocionais e relações interpessoais insatisfatórias. Um único sinal não é concludente e não garante a existência de distúrbio emocional; a ausência de indicadores mostra que a criança está livre de problemas emocionais graves.

A autora não estudou o nível de distúrbio que cada um dos itens é capaz de refletir; porém, do ponto de vista diagnóstico, é mais significativa a presença de indicadores freqüentemente encontrados em população clínica (por exemplo: 'figura pequena', 'mãos grandes', 'omissão da boca'), do que aqueles presentes em crianças bem adaptadas ou portadoras de problemas de ajustamento (por exemplo: 'dentes', 'pernas apertadas', 'braços colados ao corpo').

A seguir, apresentamos uma síntese dos principais significados de cada um dos Indicadores Emocionais de KOPPITZ, detectáveis no DFH, segundo a própria autora (KOPPITZ, 1976):

1. **Integração pobre das partes da figura:** é um fenômeno comum nos DFH de crianças pequenas e imaturas e só é considerado um indicador emocional após

os 7 anos, para os meninos, e após os 6, para as meninas. É encontrado com frequência no DFH de pacientes clínicos, de crianças agressivas, maus alunos de 1º grau, alunos especiais e, especialmente, nos desenhos de lesionados cerebrais. Este indicador está associado a um ou vários dos fatores: instabilidade, personalidade pobremente integrada, coordenação pobre ou impulsividade. Parece indicar imaturidade por parte da criança, a qual pode estar ligada a atraso evolutivo, deterioração neurológica, sérias perturbações emocionais ou a todos estes fatores em conjunto.

2. **Sombreamento do rosto:** é muito incomum em qualquer nível de idade e um indicador válido para todas as crianças entre 5 e 12 anos. É encontrado com mais frequência nos desenhos de pacientes clínicos e de crianças manifestamente agressivas e que roubam.
3. **Sombreamento do corpo e/ou membros:** é comum, em meninas, até os 7 anos e, em meninos, até os 8, portanto só é considerado um indicador emocional após estas idades. O **sombreamento do corpo**, em um DFH, indica ansiedade. Nas **pernas** está ligado à ansiedade pelo tamanho e crescimento físico ou à preocupação por impulsos sexuais. Quanto ao **sombreamento dos braços**, está ligado a alguma atividade real ou fantasiada na qual intervêm os braços, que pode incluir sentimentos de culpa por

impulsos agressivos ou por atividades masturbatórias. MACHOVER (1949) também fala de um sombreamento mais racionalizadamente desenhado e socialmente sublimado como roupa.

4. **Sombreamento das mãos e/ou do pescoço:** este indicador só é válido após os 7 anos, para meninas, e os 8, para meninos. É encontrado com frequência nos desenhos de pacientes clínicos e de meninos que roubam. Este sombreamento parece estar relacionado com ansiedade ligada a alguma atividade real ou fantasiada com as mãos.

5. **Assimetria grosseira das extremidades:** foi muito encontrada por KOPPITZ (1976) nos desenhos de pacientes clínicos, crianças agressivas, sujeitos com lesão cerebral e alunos de classes especiais. Parece estar associada com coordenação pobre e impulsividade. Este indicador não foi encontrado nos desenhos dos bons alunos, e nem nos dos tímidos.

6. **Figura inclinada em 15° ou mais:** ocorre significativamente nos DFH de pacientes clínicos, lesionados cerebrais, alunos deficientes e de classes especiais. Aparece em desenhos tanto de crianças tímidas, como agressivas e nos daquelas com problemas psicossomáticos. Este item sugere instabilidade

e falta de equilíbrio geral. Parece indicar uma personalidade lábil e, sobretudo, ausência de uma base firme.

7. **Figura pequena, com 5 cm ou menos:** foi encontrada nos protocolos de pacientes clínicos, alunos de classes especiais e crianças tímidas. Parece refletir insegurança, retraimento e depressão. Segundo MACHOVER (1949) e outros autores, as figuras pequenas indicam sentimentos de inadequação, um Ego inibido, preocupação com o ambiente e, sobretudo, depressão.
8. **Figura grande, com 23 cm ou mais:** só adquire significação clínica após os 8 anos. A partir desta idade ocorre com freqüência nos desenhos de pacientes clínicos, de crianças agressivas e das que roubam. Parece associada com expansividade, imaturidade e controle interno deficiente.
9. **Transparências:** aparecem mais nos DFH de pacientes clínicos e lesionados cerebrais. Parecem associadas à imaturidade, impulsividade e conduta de atuação. A transparência ocorre com bastante freqüência na área genital. Neste caso, indica ansiedade e preocupação com esta área do corpo.
10. **Cabeça pequena:** KOPPITZ (1976) encontrou este indicador exclusivamente nos desenhos de pacientes clínicos e de crianças

desadaptadas. Parece indicar intensos sentimentos de inadequação intelectual.

11. **Olhos estrábicos:** este indicador só foi encontrado nos desenhos de alguns pacientes clínicos. Parece que é desenhado apenas por crianças agressivas. É interpretado como um reflexo de ira e rebeldia.

12. **Dentes:** aparecem nos protocolos de crianças bem e mal-adaptadas e, ainda, nos de pacientes clínicos; não aparecem nos desenhos de crianças tímidas. São um sinal de agressividade e não apenas de agressividade oral. Não são considerados sinal de patologia séria em crianças, mas, sim, em adultos.

13. **Braços curtos:** aparecem com maior frequência nos protocolos de pacientes clínicos, crianças com enfermidades psicossomáticas, tímidas e alunos especiais. Este indicador parece revelar dificuldades de contato com o mundo circundante.

14. **Braços compridos:** são mais presentes nos desenhos de pacientes clínicos e crianças manifestamente agressivas. Não aparecem no caso das tímidas. Parecem estar associados com uma inclusão agressiva no ambiente e com a conexão às demais pessoas.

15. **Braços colados ao corpo:** aparecem nos desenhos de pacientes clínicos. Parecem revelar um controle interno rígido e uma dificuldade de conectar-se com os demais. As crianças que apresentam este indicador carecem de flexibilidade e suas relações interpessoais são pobres. Não pode ser considerado sinal de psicopatologia, quando isolado, mas apenas em conjunto com outros indicadores.

16. **Mãos grandes:** ocorrem com frequência significativamente maior em pacientes clínicos e alunos de classes especiais e são especialmente mais comuns em crianças abertamente agressivas e que roubam. Revelam agressividade. Para Levy*, indicam uma conduta compensatória de sentimentos de inadequação.

17. **Mãos cortadas:** são mais encontradas nos DFH de pacientes clínicos, lesionados cerebrais e alunos de classes especiais. Sua frequência é maior nos desenhos de crianças tímidas, do que nos das agressivas. Revelam sentimentos de inadequação ou de culpa por incapacidade ou por não atuar corretamente.

* LEVY - Apud KOPPITZ, E.M. - *El Dibujo de la Figura Humana en los Niños. Evaluación Psicológica*, B. Aires, Guadalupe, 1976. 391p.

18. **Pernas apertadas:** não são comuns, mas ocorrem nos desenhos de pacientes clínicos e de crianças com afecções psicossomáticas. Sugerem tensão na criança, intento de controlar seus próprios impulsos sexuais ou temor de sofrer um ataque sexual.
19. **Genitais:** são raros, mas quando ocorrem é nos desenhos de pacientes clínicos muito perturbados e agressivos. É um sinal de psicopatologia séria, revelando angústia pelo corpo e pobre controle dos impulsos.
20. **Monstro ou figura grotesca:** é comum nos DFH de pacientes clínicos, alunos de classes especiais e maus alunos. Revela sentimentos de intensa inadequação e pobre conceito de si mesmo.
21. **Desenho espontâneo de três ou mais figuras:** é mais encontrado nos DFH de alunos com baixo rendimento e de classes especiais. Este indicador aparece quase exclusivamente nos desenhos de crianças de capacidade limitada, provenientes de famílias grandes e com privação cultural e/ou lesionados cerebrais.
22. **Nuvens, chuva e neve:** são encontrados nos desenhos de pacientes clínicos e alunos desadaptados. As nuvens aparecem nos desenhos de crianças muito

ansiosas, com doenças psicossomáticas e sugerem que elas se sentem ameaçadas pelo mundo adulto, especialmente pelos pais.

23. **Omissão dos olhos:** é um fenômeno raro, pois, habitualmente, é o primeiro detalhe que a criança desenha após a cabeça. Nunca deve ser considerada um descuido. Sempre tem importância clínica. Aparece em crianças socialmente isoladas, que tendem a negar seus problemas e fugir para a fantasia.
24. **Omissão do nariz:** mais presente nos desenhos de alunos de classes especiais, crianças tímidas, pacientes clínicos e doentes psicossomáticos. Está associada com conduta tímida e retraída, com a ausência de agressividade manifesta e interesse social reduzido.
25. **Omissão da boca:** é encontrada mais freqüentemente nos DFH de pacientes clínicos, alunos de classes especiais, medíocres e doentes psicossomáticos. É sempre significativa. Revela sentimentos de angústia, insegurança, retraimento e resistência passiva, assim como a incapacidade do sujeito ou a sua resistência a comunicar-se com os demais.

26. **Omissão do corpo:** aparece mais significativamente nos DFH de pacientes clínicos, lesionados cerebrais, estudantes medíocres, alunos de classes especiais e dos que roubam. Entre as crianças de idade escolar, é um sinal de séria psicopatologia e pode significar: atraso mental, disfunção cortical, imaturidade severa ou perturbação emocional com aguda ansiedade pelo corpo e angústia de castração.

27. **Omissão dos braços:** é encontrada expressivamente nos desenhos de pacientes clínicos, estudantes medíocres e alunos de classes especiais. Também ocorre entre crianças agressivas ou que roubam. Revela ansiedade e culpa por condutas socialmente inaceitáveis, que implicam no uso dos braços ou mãos.

28. **Omissão das pernas:** é extremamente rara e ocorre somente nos desenhos de alguns pacientes clínicos e alunos medíocres. Esta omissão nunca é acidental. Revela intensa angústia e insegurança.

29. **Omissão dos pés:** só é significativa após os 7 anos nas meninas e os 9 anos nos meninos. Ocorre amiúde nos desenhos dos pacientes clínicos e de crianças muito tímidas. Parece revelar um sentimento geral de insegurança e desvalimento.

30. **Omissão do pescoço:** só tem validade clínica, como indicador, após os 9 anos, para as meninas, e 10, para os meninos. A partir destas idades, ocorre mais comumente entre os pacientes clínicos, os lesionados cerebrais e as crianças que roubam. Está relacionada com imaturidade, impulsividade e controle interno pobre.

De acordo com a autora, estes trinta itens do DFH não sofrem influência da habilidade artística da criança ou do ensino que recebe na escola, nem do material gráfico utilizado para o desenho.

3.2.2. Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil (QMPI) (ALMEIDA FILHO, 1985)

A fim de melhor selecionarmos os sujeitos das amostras, utilizamos, também, o Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil (QMPI). A função do mesmo foi evitar que casos psiquiátricos graves participassem da nossa pesquisa, permitindo-nos triá-los.

O QMPI é um instrumento epidemiológico, especialmente desenvolvido para a detecção de transtornos mentais na infância, para crianças de 5 a 14 anos, e adaptado à realidade brasileira (ALMEIDA FILHO, 1985).

O questionário é dirigido à mãe da criança, que deverá responder questões pertinentes ao comportamento da mesma.

O questionário (Anexo 1) é composto de 35 itens ou questões, que cobrem 5 grupos sindrômicos:

- a. **Transtorno do desenvolvimento:** significando atraso ou anormalidade no desenvolvimento relacionado com maturação biológica, não sendo secundário a nenhuma outra síndrome psiquiátrica.

- b. **Distúrbios do comportamento:** comportamentos anormais que alcançam níveis de desaprovação social e que não são parte de nenhuma outra síndrome psiquiátrica, nem estão associados ao item c.

- c. **Desordens neuróticas e/ou psicossomáticas:** anormalidades de emoções sem perda do senso de realidade (como em psicoses) e desordens somáticas, nas quais fatores psicológicos podem ser responsabilizados pela sua etiologia.

- d. **Organicidade cerebral:** abrange os casos neurológicos, paralisias, epilepsias e outras desordens envolvendo o sistema nervoso.

- e. **Retardo mental:** como subnormalidade de nível intelectual de qualquer natureza.

Existem quatro opções para a avaliação do QMPI, denominadas MCE* 1, MCE 2, MCE 3 e MCE 4. Escolhemos a opção MCE 4, por nos parecer a mais adequada aos nossos objetivos, uma vez que, segundo o autor, é mais específica e possui a melhor validade preditiva, podendo ser empregada em pesquisas simplificadas. De acordo com ela, as respostas ao

* MCE = Modelo de Construção de Escore.

questionário são dadas em escala de Likert de 4 pontos em intensidade ou frequência.:

não/nunca	=	0
pouco/raramente	=	1
mais ou menos/às vezes	=	2
muito/sempe	=	3

A avaliação final é dada pela soma dos pontos obtidos nas questões, segundo a escala acima. O ponto de corte é 46, significando que, a partir dele, a criança já é considerada um caso psiquiátrico infantil mórbido. Quanto mais alto o escore final, maior a gravidade do caso. Para os objetivos da presente pesquisa, portanto, não foram aceitas crianças que, no questionário apresentaram um escore final maior que 46.

3.3. Procedimento

3.3.1. Coleta do Material

3.3.1.1. Desenho da Figura Humana

Após a seleção dos sujeitos, foi realizada a aplicação individual do teste. Esta foi realizada em local adequado em termos de espaço, iluminação, ventilação e mobiliário para sentar e desenhar.

Todas as aplicações foram feitas pela própria pesquisadora e de acordo com a técnica de KOPPITZ (1976). Foi dado aos sujeitos tempo livre para a execução.

Após a realização do desenho, as crianças eram pesadas e a sua altura era medida, usando apenas o uniforme escolar, sem sapatos ou tênis.

As crianças tinham sido informadas, por ocasião da seleção, que a pesquisadora era uma professora que estava fazendo um trabalho com desenhos infantis e queria a colaboração delas. Todas colaboraram com muito boa vontade.

3.3.1.2. Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil (QMPI)

Numa segunda etapa, após todas as crianças terem realizado o Teste da Figura Humana, as mães dos sujeitos foram entrevistadas. A participação destas foi obtida mediante uma carta que a pesquisadora enviou às mesmas, por ocasião da seleção dos sujeitos, na qual explicava sucintamente o trabalho a ser realizado e solicitava a participação delas e dos filhos. Todas colaboraram com boa disposição, respondendo oralmente ao questionário colocado pela pesquisadora.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os 60 desenhos da Figura Humana, realizados pelos sujeitos experimentais e de controle, foram analisados e avaliados usando-se a Escala de Indicadores Emocionais de KOPPITZ, descrita na parte dos instrumentos da pesquisa (vide 3.2.1.1. pag. 78). Cada desenho foi analisado em função da presença ou ausência dos 30 Indicadores Emocionais. Para isso foi utilizada a figura de igual sexo ao do examinando, usando-se a outra para as comparações necessárias. Tal procedimento apóia-se em hipóteses de MACHOVER (1949) e KOPPITZ (1976), que consideram a figura do próprio sexo mais reveladora, pela maior riqueza de aspectos projetivos. Os dados obtidos na análise e avaliação dos desenhos são apresentados nas tabelas seguintes.

Os dados das TABELAS 3 e 4 nos permitem constatar a frequência dos Indicadores Emocionais da Escala de KOPPITZ, por sujeito e por item.

A seguir, na TABELA 5, apresentamos uma síntese dos dados apresentados nas tabelas anteriores, mostrando o quadro geral de incidência dos Indicadores Emocionais nos Grupos Experimental e de Controle.

TABELA 4 - Frequências dos Indicadores Emocionais da Escala de KOPPITZ, por sujeito e por item, no Grupo Controle (Não-obesos)

	Meninos															Meninas																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	TOTAL					
1. Integração pobre das partes															X							X							X							
2. Sombreamento do rosto																						X														
3. Somb. do corpo e membros								X																X												
4. Somb. das mãos e/ou pescoço																																				
5. Assimetria gros. das extremid.												X													X											
6. Figura inclinada (150 ou +)																																				
7. Figura pequena (5 cm ou menos)															X																					
8. Figura grande (23 cm ou mais)																																				
9. Transparências																																				
10. Cabeça pequena										X																										
11. Olhos estrábicos						X																														
12. Dentes							X																													
13. Braços curtos											X																									
14. Braços compridos												X																								
15. Braços colados ao corpo																																				
16. Mãos grandes															X																					
17. Mãos cortadas																																				
18. Pernas apertadas																																				
19. Genitais																																				
20. Monstro ou figura grotesca											X																									
21. Desenho espontâneo de 3 ou + figuras																																				
22. Nuvens/chuva/neve, etc.																																				
23. Omissão dos olhos																																				
24. Omissão do nariz																																				
25. Omissão da boca																																				
26. Omissão do corpo																																				
27. Omissão dos braços																																				
28. Omissão das pernas																																				
29. Omissão dos pés																																				
30. Omissão do pescoço																																				
	3	1	1	0	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	0	1	2	1	0	1	2	1	2	0	2	3	2	1	1	1	1	1	1	39		

TABELA 5 - Síntese da incidência dos Indicadores Emocionais nos Grupos Experimental e Controle.

Indicadores Emocionais	Grupo e sexo		Gr. Experimental			Gr. Controle		
	Masc. (n.15)	Fem (n.15)	Total	Masc. (n.15)	Fem. (n.15)	Total		
1. Integração pobre das partes	2	2	4	1	1	2		
2. Sombreamento do rosto	1	0	1	0	1	1		
3. Sombreamento do corpo e membros	0	1	1	1	2	3		
4. Sombreamento das mãos e/ou pescoço	0	0	0	0	0	0		
5. Assimetria grosseira das extremidades	3	3	6	2	1	3		
6. Figura inclinada (15° ou +)	1	3	4	0	0	0		
7. Figura pequena (5 cm ou menos)	2	5	7	3	3	6		
8. Figura grande (23 cm ou mais)	0	0	0	0	0	0		
9. Transparências	0	0	0	0	0	0		
10. Cabeça pequena	1	0	1	1	0	1		
11. Olhos estrábicos	0	1	1	1	0	1		
12. Dentes	1	0	1	2	0	2		
13. Braços curtos	6	7	13	3	5	8		
14. Braços compridos	0	1	1	0	0	0		
15. Braços colados ao corpo	0	1	1	0	0	0		
16. Mãos grandes	1	1	2	1	0	1		
17. Mãos cortadas	0	1	1	1	2	3		
18. Pernas apertadas	0	0	0	0	2	2		
19. Genitais	0	0	0	0	0	0		
20. Monstro ou figura grotesca	3	0	3	2	0	2		
21. Desenho espontâneo de 3 ou + figuras	0	0	0	0	0	0		
22. Nuvens/chuva/neve, etc.	0	0	0	1	0	1		
23. Omissão dos olhos	0	1	1	0	0	0		
24. Omissão do nariz	3	3	6	0	0	0		
25. Omissão da boca	1	1	2	0	0	0		
26. Omissão do corpo	0	0	0	0	0	0		
27. Omissão dos braços	0	0	0	0	0	0		
28. Omissão das pernas	0	0	0	0	0	0		
29. Omissão dos pés	0	2	2	0	0	0		
30. Omissão do pescoço	1	0	1	0	3	3		
TOTAL	26	33	59	19	20	39		

A partir dos dados obtidos, foi realizada a comparação dos totais das freqüências dos Indicadores Emocionais dos DFH de ambos os grupos. Os resultados são apresentados na TABELA 6.

TABELA 6 - Comparação dos totais das frequências dos Indicadores Emocionais dos DFH de ambos os grupos.

ITENS	Grupo Experimental	Grupo Controle
1. Integração pobre das partes	4	2
2. Sombreamento do rosto	1	1
3. Sombreamento do corpo e membros	1	3
4. Sombreamento das mãos e/ou pescoço	0	0
5. Assimetria grosseira das extremidades	6	3
6. Figura inclinada (15° ou +)	4 (f)	0 (f)
7. Figura pequena (5 cm ou menos)	7	6
8. Figura grande (23 cm ou mais)	0	0
9. Transparências	0	0
10. Cabeça pequena	1	1
11. Olhos estrábicos	1	1
12. Dentes	1	2
13. Braços curtos	13 (f)	8 (f)
14. Braços compridos	1	0
15. Braços colados ao corpo	1	0
16. Mãos grandes	2	1
17. Mãos cortadas	1	3
18. Pernas apertadas	0	2
19. Genitais	0	0
20. Monstro ou figura grotesca	3	2
21. Desenho espontâneo de 3 ou + figuras	0	0
22. Nuvens/chuva/neve, etc.	0	1
23. Omissão dos olhos	1	0
24. Omissão do nariz	6 (f)	0 (f)
25. Omissão da boca	2	0
26. Omissão do corpo	0	0
27. Omissão dos braços	0	0
28. Omissão das pernas	0	0
29. Omissão dos pés	2	0
30. Omissão do pescoço	1	3
TOTAL	59	39

(f) frequências que se destacaram.

As freqüências que se destacaram (f) na comparação dos dois grupos foram analisadas estatisticamente, usando-se estatística não-paramétrica. Para tal foi utilizado o **Teste Exato de Fisher** (FLEISS, 1981). Foram obtidos os seguintes resultados:

Indicador n° 6 - Figura inclinada

	-	+	
Grupo Exp.	4	26	30
Grupo Cont.	0	30	30
	4	56	60

Monocaudal p-value: 0,0562

Bicaudal p-value: 0,0562

Em relação a este indicador, o resultado foi **significante**, em nível de 5%, com $p = 0,0562$

Indicador n° 13 - Braços curtos:

	-	+	
Grupo Exp.	13	17	30
Grupo Cont.	8	22	30
	21	39	60

Monocaudal p-value: 0,1395

Bicaudal p-value: 0,1911

Em relação ao indicador nº 13, foi constatada uma significância em nível de, aproximadamente, 20%, com $p = 0,1911$.

Indicador nº 24 - Omissão do nariz:

	-	+	
Grupo Exp.	6	24	30
Grupo Cont.	0	30	30
	6	54	60

Monocaudal p-value: 0,0119

Bicaudal p-value: 0,0237

Neste caso, o resultado foi significativo em nível de 2% com $p = 0,0237$, revelando ser este item um bom discriminador dos dois grupos, com frequência maior no grupo dos obesos.

Com base nos dados previamente apresentados nas TABELAS 3, 4 e 5, vimos que a distribuição da frequência dos Indicadores Emocionais entre os sujeitos dos dois grupos foi como se segue:

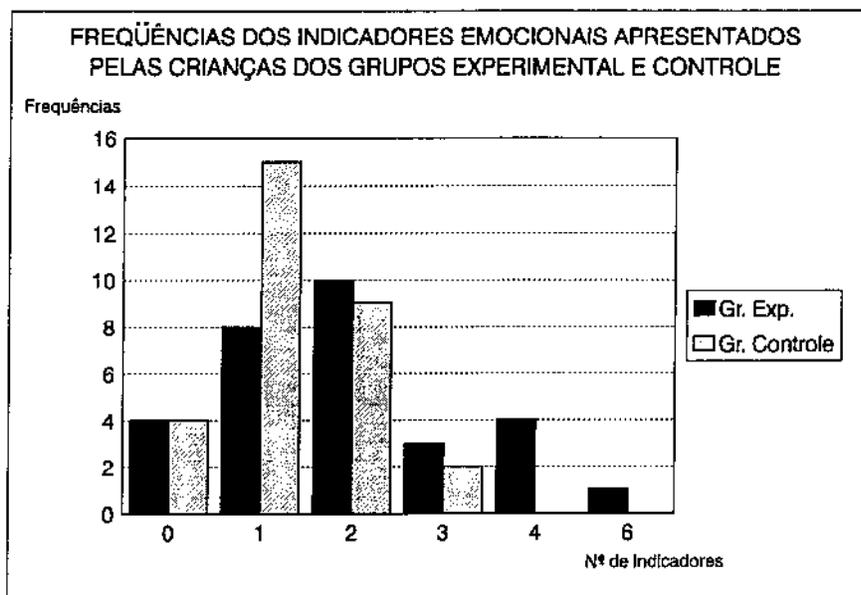
TABELA 7 - Frequências dos Indicadores Emocionais apresentados pelas crianças dos Grupos Experimental e Controle

Frequência dos Indicadores Emocionais	Grupo Experimental (Nº de Obesos)	Grupo Controle (Nº de Não-obesos)
0	4	4
1	8	15
2	10	9
3	3	2
4	4	0
6	1	0
	30	30

Os dados acima mostram que o grupo experimental apresentou uma maior quantidade tanto de Indicadores Emocionais, quanto de escores com 2 ou mais indicadores.

Graficamente, a representação destes dados é a seguinte:

GRÁFICO 1



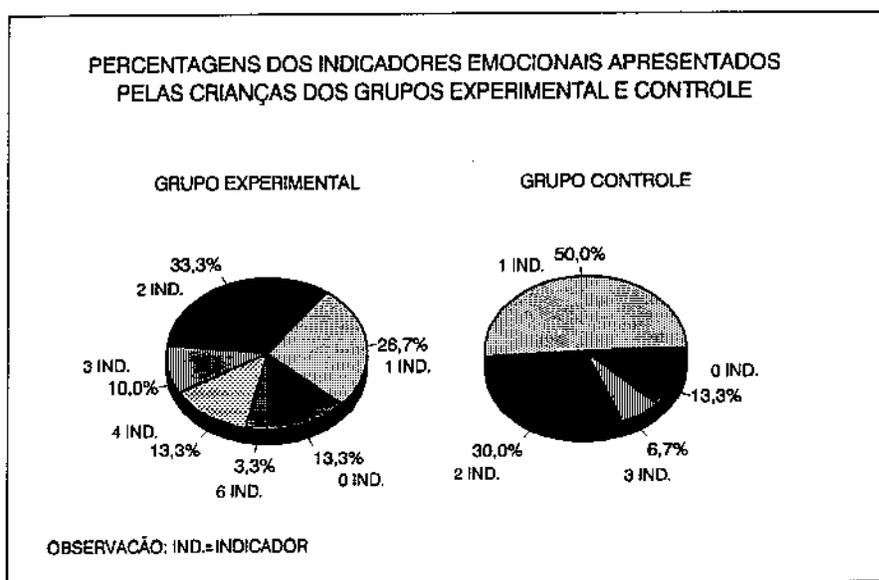
A partir disto foram calculadas as percentagens das frequências de distribuição dos Indicadores Emocionais nos grupos experimental e de controle, apresentadas na TABELA 8. Esta tabela mostra as frequências e as respectivas percentagens da distribuição dos Indicadores Emocionais nos dois grupos. No das crianças obesas, a maior parte dos sujeitos (60%) apresentou dois ou mais indicadores no DFH. No grupo controle, 36,6% dos sujeitos apresentaram mais do que dois indicadores. Como pode ser constatado, a frequência de crianças obesas com dois ou mais indicadores foi bem maior do que a apresentada pelo grupo controle.

TABELA 8 - Frequências dos Indicadores Emocionais, apresentados pelas crianças de ambos os grupos, e suas respectivas percentagens.

Grupo Experimental (Obesos)						Grupo Controle (Não-obesos)					
Freq. dos Indicadores	Nº de sujeitos		Percentagem			Freq. dos Indicadores	Nº de sujeitos		Percentagem		
0	=	4	=	13,3%	40%	0	=	4	=	13,3%	63,3%
1	=	8	=	26,6%		1	=	15	=	50,0%	
2	=	10	=	33,3%	60%	2	=	9	=	30,0%	36,6%
3	=	3	=	10,0%		3	=	2	=	6,6%	
4	=	4	=	13,3%		4	=	0	=	0%	
6	=	1	=	3,3%		6	=	0	=	0%	

Graficamente, a representação destes dados é a seguinte:

GRÁFICO 2



Analisando a distribuição dos Indicadores Emocionais, pelo sexo dos sujeitos e por grupo, temos os resultados que são apresentados na TABELA 9.

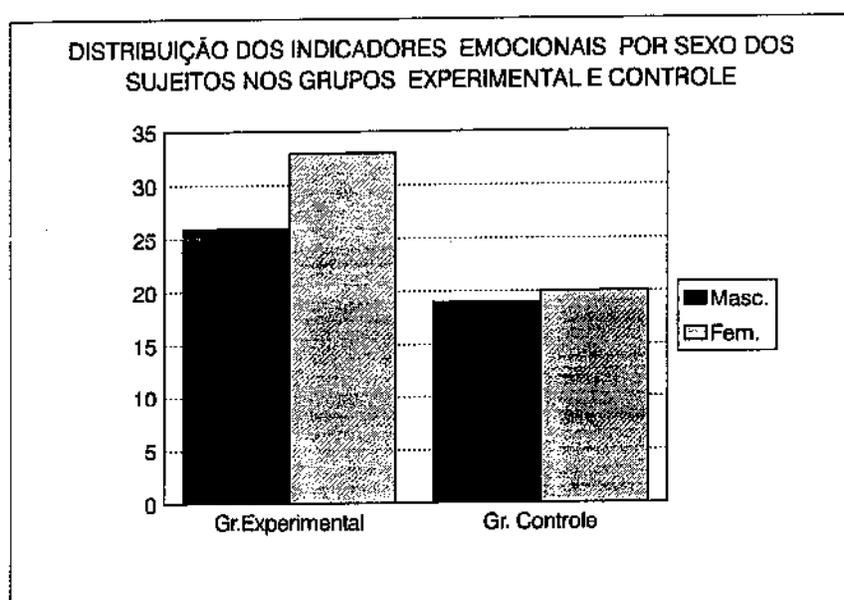
TABELA 9 - Distribuição dos Indicadores Emocionais, por sexo dos sujeitos, e total em cada grupo

Sexo dos sujeitos	Grupo Experimental (Obesos)	Grupo Controle (Não-obesos)
Masculino	26	19
Feminino	33	20
Total	59	39

Como pode ser constatado por esta tabela, o total dos Indicadores Emocionais apresentados pelo grupo experimental foi superior ao do grupo controle, com uma diferença de 20 pontos.

Graficamente, a representação dos dados acima é a seguinte:

GRÁFICO 3



Os dados apresentados na TABELA 7 também foram submetidos a um tratamento estatístico, o qual foi realizado usando-se estatística não-paramétrica, como se segue.

O **Teste de Wilcoxon da Soma de Postos** (BHATTACHARYYA & JOHNSON, 1977) foi usado para comparar as duas amostras de crianças obesas e não-obesas, com o objetivo de estudar se os dados indicam que as primeiras mostram uma carga maior de distúrbios emocionais do que as segundas. Para isso, foi construído o teste seguinte:

H_0 : as distribuições de probabilidade, correspondentes às crianças obesas e não-obesas, são idênticas.

H_1 : a distribuição de probabilidade para as crianças obesas indica um número maior de distúrbios emocionais do que a das não-obesas.

TABELA 10 - Postos ou Escores (Teste de Wilcoxon da Soma de Postos).

i	X	$X_{(i)}$	R_i	$a(R_i)$
1	4	0	6-8	7
2	8	0	9	9
3	10	1	11	11
4	3	2	5	5
5	4	3	6-8	7
6	1	4	3	3
7	4	4	6-8	7
8	15	4	12	12
9	9	8	10	10
10	2	9	4	4
11	0	10	1-2	1,5
12	0	15	1-2	1,5

i: numeração crescente

X: observações dos 2 grupos ou amostras

$X_{(i)}$ observações ordenadas (considerando como uma só amostra)

R_i : posição das observações X segundo as observações ordenadas $X_{(i)}$

$a(R_i)$ postos segundo as posições

O teste rejeitou H_0 em nível de significância de 5%.

O resultado do teste mostrou uma diferença significativa ($\alpha = 0,05$) entre os dois grupos, com a distribuição de escores dos obesos deslocados para a direita, portanto, com estes apresentando escores mais altos. Este resultado, de caráter puramente exploratório, vem reforçar a análise descritiva dos dados, que mostra uma diferença de escores de 20 pontos entre os dois grupos (TABELA 7).

Quando obesos e não-obesos foram tratados separadamente, o **Teste de Wilcoxon da Soma de Postos** não resultou significativo para possíveis diferenças em relação ao sexo.

Resta-nos, agora, apresentar os dados obtidos com o Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil (QMPI) (ALMEIDA FILHO, 1985) (ANEXO 1), os quais podem ser vistos na TABELA 11.

TABELA 11 - Pontos obtidos com o Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil (QMPI)

Grupo Experimental (Obesos)		Grupo Controle (Não-obesos)	
Sujeitos	Pontos	Sujeitos	Pontos
♂		♂	
O1	20	NO1	13
O2	10	NO2	9
O3	10	NO3	18
O4	4	NO4	8
O5	16	NO5	23
O6	18	NO6	15
O7	21	NO7	10
O8	16	NO8	14
O9	15	NO9	20
O10	9	NO10	18
O11	13	NO11	16
O12	12	NO12	18
O13	28	NO13	16
O14	12	NO14	20
O15	12	NO15	12
♀		♀	
O1	0	NO1	9
O2	22	NO2	18
O3	14	NO3	12
O4	22	NO4	13
O5	26	NO5	12
O6	16	NO6	22
O7	17	NO7	8
O8	17	NO8	9
O9	20	NO9	12
O10	25	NO10	16
O11	7	NO11	4
O12	13	NO12	25
O13	25	NO13	8
O14	23	NO14	23
O15	44	NO15	21

Como já previamente mencionado (Vide 3.2.2. pag.94), o questionário foi utilizado com a finalidade principal de triar casos psiquiátricos graves, evitando que crianças muito perturbadas participassem da nossa pesquisa. Como pode ser visto na TABELA 11, de todos os sujeitos selecionados, nenhum atingiu o ponto de corte, definido em 46 pelo autor do questionário. Um único caso, o sujeito O15 (♀), aproximou-se deste limite, atingindo 44 pontos, aquém do ponto de corte, sendo, por isso, mantido.

Todos os resultados serão discutidos e interpretados no capítulo seguinte.

5. DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

O ego "*é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal*".

FREUD (1976a)

Ao longo das últimas décadas, o Desenho da Figura Humana vem se impondo como técnica projetiva expressiva, na qual os fatores emocionais, mais do que os intelectuais, destacam-se, propiciando material de valor diagnóstico no estudo da personalidade e até fornecendo pistas para o prognóstico.

A análise do DFH nos revela, realmente, dados qualitativos importantes para a compreensão da dinâmica e do funcionamento da personalidade como podemos constatar pelo nosso trabalho. Semelhante constatação levou SWENSEN (1968), após uma ampla revisão crítica das pesquisas já realizadas sobre a confiabilidade e a validade do DFH no período de 1957 a 1966, a concluir pelo valor do mesmo para expressar o autoconceito do sujeito que desenha, através da figura desenhada, e como instrumento clínico para diagnóstico de distúrbios emocionais, confirmando o valor da técnica.

Acreditamos que o trabalho do psicólogo é buscar sempre uma melhor compreensão do 'espírito' e do comportamento humanos e vemos o DFH como um instrumento valioso nas mãos de um psicólogo bem treinado.

Considerando que o ser humano é uma unidade dinâmica e indivisível e, como tal, reflete-se no DFH, idealizamos a nossa pesquisa, a fim de investigarmos como as crianças obesas projetam-se em seus DFH e se os Indicadores Emocionais de KOPPITZ manifestam-se de forma diferente nos grupos estudados, em relação tanto ao número total de sinais, quanto aos diferentes indicadores. Estes evidenciam sinais de conflito, *locus* de conflito no DFH e, como tal, são reveladores de ansiedade.

Os nossos resultados demonstram que os sujeitos do grupo experimental apresentaram maior número de Indicadores Emocionais do que os do controle, apoiando o pressuposto de KOPPITZ (1976), de que o número total de sinais de um dado DFH tem um significado diagnóstico no plano de desajustamentos emocionais. No conjunto, comparando os dois grupos, os Indicadores Emocionais discriminaram significativamente o grupo dos obesos daquele dos não-obesos. Isto também apoia o pressuposto da abordagem psicossomática da obesidade, que considera este quadro clínico como uma expressão sintomática de conflitos emocionais. Além disso, os sujeitos do grupo experimental também apresentaram mais escores acima de 2 indicadores do que os do grupo controle. Segundo KOPPITZ (1976), quando o DFH não mostra

nenhum Indicador Emocional, a criança está livre de problemas emocionais. A presença de apenas um Indicador Emocional não é conclusiva e não é necessariamente um sinal de distúrbio emocional. No entanto, dois ou mais Indicadores Emocionais no DFH, diz ela, são altamente sugestivos de problemas emocionais e relacionamento pessoal insatisfatório. A autora deixa entender que, quanto mais alto o número de Indicadores Emocionais, maior o comprometimento emocional da criança. Portanto, na presente pesquisa, as crianças do grupo experimental revelaram-se mais patológicas, sob este aspecto, do que as do controle.

Quanto à variável sexo, a constatação da ausência de diferenciação desta nos dois grupos, com relação ao número de Indicadores Emocionais apresentados pelos sujeitos, não nos causou estranheza, pois os dados de KOPPITZ (1966a, 1966b, 1976), em seu trabalho com crianças de 5 a 12 anos de idade; de KOPPITZ e MOREAU (1968); de LOURENÇÃO VAN KOLCK (1973b) ao trabalhar com os Indicadores Emocionais com crianças brasileiras de mesma faixa etária; assim como os de ANDRADE (1979) e, ainda, os de CARIOLA (1985), também não revelaram diferença por sexo nesta faixa de idade. Nenhum destes trabalhos faz menção à diferenciação de sexo no tocante ao número de Indicadores Emocionais apresentados, apesar da composição dos grupos revelar sempre a presença de meninos e meninas em proporção equilibrada.

O valor do DFH na avaliação global da personalidade, para discriminar os sujeitos com variados graus de distúrbios emocionais daqueles adaptados, tem sido amplamente constatado em várias pesquisas, tanto nos Estados Unidos, como no Brasil.

ALBEE & HAMLÍ (1949) utilizaram o DFH para discriminar pacientes clínicos severamente comprometidos daqueles menos perturbados, tendo obtido resultados estatisticamente significativos.

HOLZBERG & WEXLER (1952) também obtiveram resultados estatisticamente significativos na confirmação do valor diagnóstico do DFH como teste projetivo, em seus estudos para discriminar sujeitos esquizofrênicos de sujeitos normais, através de indicadores gráficos do DFH.

FOX et al. (1958) também conseguiram discriminar crianças com alta ansiedade daquelas pouco ansiosas, através de índices gráficos do DFH previamente selecionados, obtendo resultados positivos na discriminação dos grupos.

LOURENÇÃO VAN KOLCK (1973b), numa tentativa de validação dos Indicadores Emocionais de KOPPITZ com crianças do nosso meio, ao comparar as que eram pacientes clínicos com as normalmente adaptadas, também constatou o valor do DFH e dos Indicadores Emocionais na discriminação dos dois grupos (experimental e controle), no sentido esperado. Em outro trabalho,

cita duas outras pesquisas, de HINRICHS (1935)* e de BAUGH & CARPENTER (1962)*, nas quais jovens delinquentes foram discriminados daqueles socialmente adaptados, através de índices gráficos do DFH.

CELLI (1978), em sua pesquisa, comparou escolares normais com aqueles atípicos aparentes (poliomielíticos e cardiopatas) e com os atípicos não-aparentes (surdos e diabéticos), descobrindo que os Indicadores Emocionais de KOPPITZ tenderam a discriminar significativamente o grupo atípico aparente do atípico não-aparente, apresentando, o primeiro, maior desajustamento emocional do que o segundo.

CARIOLA (1985), em pesquisa realizada com crianças normais e portadoras de fissuras lábio-palatais, na faixa etária de 7 a 12 anos, utilizando o DFH e os Indicadores Emocionais de KOPPITZ, constatou que a maior parte das crianças fissuradas apresentaram escores com dois ou mais Indicadores Emocionais. No grupo das normais, a maioria apresentou zero ou apenas um indicador. As crianças fissuradas expressaram, no DFH, através dos Indicadores Emocionais, um alto grau de perturbação emocional em decorrência das suas deformidades faciais.

* HINRICHS- Apud LOURENÇÃO VAN KOLCK - O desenho da Figura Humana em Casos Especiais. *Boletim de Psicologia*, 24 (64):89-121, 1972.

* BAUGH & CARPENTER- Apud LOURENÇÃO VAN KOLCK - O desenho da Figura Humana em Casos Especiais. *Boletim de Psicologia*, 24 (64):89-121, 1972.

Quanto ao valor de discriminação dos Indicadores Emocionais de KOPPITZ, os nossos resultados confirmaram as colocações da autora do teste neste sentido, na medida em que permitiram discriminar o grupo das crianças obesas daquele das não-obesas, de um modo significativo.

Por outro lado, a análise do valor discriminativo de cada indicador, em nossa pesquisa, mostrou que três deles destacaram-se na discriminação dos dois grupos:

Indicador n^o 6 - **figura inclinada**, que foi significativa no nível de 5% ($p = 0,0562$).

Indicador n^o 13 - **braços curtos**, que foi significativa no nível aproximado de 20% ($p = 0,1911$).

Indicador n^o 24 - **omissão do nariz**, que foi mais significativa do que os anteriores, no nível de 2% ($p = 0,0237$).

Estes indicadores discriminaram as crianças obesas das não-obesas, aparecendo mais no grupo experimental.

Ao estudar a significância estatística dos seus 30 Indicadores Emocionais na discriminação de pacientes clínicos de crianças bem ajustadas,

KOPPITZ (1976) verificou que alguns eram significantes no nível de 1%, outros, em 5% e outros, ainda em 10%. Em seu estudo, a autora diz que, dos 30 indicadores, 12 aparecem mais freqüentemente nos DFH de pacientes clínicos infantis. São os seguintes, agrupados segundo o grau de significância que ela obteve:

- significantes em nível de 1%: **integração pobre** (nº 1); **figura inclinada** (nº 6); **figura pequena** (nº 7); **sombreamento do rosto e membros** (nº 3);
- significantes em nível de 5%: **figura grande** (nº 8); **braços curtos** (nº 13); **mãos cortadas** (nº 17); **omissão do pescoço** (nº 30);
- significantes em nível de 10%: **sombreamento das mãos e/ou pescoço** (nº 4); **assimetria das extremidades** (nº 5); **transparências** (nº 9); **mãos grandes** (nº 16).

Vemos que, dos 12 indicadores tidos como mais significativos pela autora, dois deles destacaram-se na comparação dos nossos dois grupos: **figura inclinada** (nº 6), que, em nosso estudo, mostrou-se significativa no nível de 5% ($p = 0,0562$), e **braços curtos** (nº 13), que mostrou uma significância no nível de, aproximadamente, 20% ($p=0,1911$). Quanto ao indicador **omissão do nariz**

(n^o 24), que em nossas pesquisas apresentou o mais alto índice de significância estatística, no nível de 2% ($p = 0,0237$), o mesmo não se encontra entre os 12 considerados como os mais significativos por KOPPITZ (1976). No entanto, LOURENÇÃO VAN KOLCK (1973b) em pesquisa com crianças brasileiras, utilizando os mesmos Indicadores Emocionais de KOPPITZ, relata que dentre os vários indicadores apresentando valor discriminativo em seu estudo, na discriminação do grupo experimental (composto por pacientes clínicos) do controle (formado por alunos bem adaptados de escola primária), o item **omissão do nariz** foi um dos sinais gráficos que discriminaram os grupos na direção esperada, pois apareceu mais no experimental. Também CARIOLA (1985), em estudo realizado com crianças normais e portadoras de fissuras lábio-palatais, constatou que este Indicador Emocional foi um dos que discriminaram o grupo experimental (dos fissurados), que apresentou maior comprometimento emocional, do controle (crianças normais).

Quanto a esse item, **omissão do nariz** (n^o 24), que apareceu como o mais significativo em nossa pesquisa, na discriminação das crianças obesas das não-obesas, cabem algumas considerações. Inicialmente, desejamos ressaltar que as crianças obesas, que compunham o nosso grupo experimental, não eram pacientes clínicos. KOPPITZ (1976), quando realizou a sua pesquisa para validação dos seus Indicadores Emocionais, trabalhou com um grupo experimental composto por crianças que eram pacientes de uma clínica de

Indicadores Emocionais apresentados pelas crianças portadoras de problemas psicossomáticos podem ser associados à ansiedade e hostilidade dirigidas, primariamente, contra si mesmas, contrariamente ao que foi constatado no outro grupo com problemas de roubo, que apresentava agressividade dirigida para fora e conseqüente ansiedade de culpa.

Achamos significativo KOPPITZ (1976) assinalar que os itens **omissão do nariz** (que, em nossa pesquisa apareceu como o mais significante na discriminação do grupo de obesos daquele de não-obesos) e **braços curtos** aparecerem mais freqüentemente no DFH de crianças com problemas psicossomáticos, uma vez que a nossa abordagem teórica defende a visão psicossomática da obesidade. Segundo a autora, a **omissão do nariz** está associada à conduta tímida e retraída, com a ausência de agressividade manifesta e interesse social reduzido. Quanto ao item **braços curtos**, ela o associa à tendência ao retraimento, ao 'fechamento' em si mesmo e à inibição dos impulsos. Estes dados vêm ao encontro do que constatamos na literatura sobre o assunto. Ela comenta que as crianças agressivas revelam um pobre controle dos impulsos, daí voltarem a agressividade para fora, enquanto que os meninos menos impulsivos ou reprimidos podem desenvolver sintomas psicossomáticos quando frustrados e ressentidos, por dirigirem a agressividade contra si próprios.

Neste ponto desejamos lembrar as colocações de CONRAD (1954) a respeito da agressividade reprimida dos obesos, dirigida contra si mesmos (vide

2.2.1., pag. 26). Este autor, que trata a obesidade dentro do enfoque psicossomático, analisa as implicações psicológicas do comer em excesso. Segundo ele, o papel da hostilidade na hiperfagia não tem sido suficientemente enfatizado na literatura. Ele considera a hostilidade uma causa freqüente e, provavelmente, a mais importante para a hiperfagia. Além da hostilidade, ele também considera como causas a ansiedade e a autogratificação. Diz o autor que, talvez, a razão pela qual a hostilidade passe despercebida na obesidade consiste no fato da mesma ser fortemente reprimida no obeso. Para ele, a aparência jovial e alegre, comumente atribuída a obesos, é uma máscara para cobrir os seus intensos e profundamente enraizados sentimentos hostis. A repressão da hostilidade ocorre porque o obeso tem medo de desaprovação e de retaliação, o que lhe dá uma aparência de passividade e submissão. De acordo com o autor, a dificuldade do obeso em se auto-afirmar ou expressar hostilidade é o resultado de um condicionamento de infância, uma vez que, no ambiente da criança obesa, um dos pais costuma ser sempre rígido e um disciplinador cruel, de modo que expressões de hostilidade não são toleradas. Assim, o comer em excesso pode representar desafio e independência. Além disso, devido à insegurança e sensibilidade do obeso, o qual sente-se facilmente magoado por frustrações, rejeições e críticas triviais, ele reage a isto com hostilidade, a qual ele reprime por medo de retaliação. Ao reprimir esta hostilidade, ele a volta contra si mesmo, comendo em excesso para aplacar a ansiedade que a mesma lhe desperta.

Em algumas situações a hiperfagia é utilizada para negar a hostilidade e a competição do obeso e, ainda, em casos de raiva, para 'devorar' o objeto odiado, mediante a destruição simbólica do mesmo, através da voracidade e incorporação oral canibalista. Em todas estas situações, a hostilidade e o ódio a ela associado são voltados e descarregados no próprio corpo, através do comer em excesso.

CELLI (1978), em um estudo com crianças brasileiras de 7 a 12 anos de idade, comparou escolares normais com atípicos aparentes (poliomielíticos e cardiopatas) e atípicos não-aparentes (surdos e diabéticos). Esta autora descobriu que o item **omissão do nariz** discriminou o grupo dos escolares normais daquele dos atípicos aparentes, em nível de significância de 5%, sendo a sua freqüência maior neste último grupo. Discriminou, também, o grupo dos atípicos aparentes daquele dos não-aparentes, no mesmo nível de significância. Quanto ao item **braços curtos**, o mesmo discriminou significativamente os cinco grupos entre si (normais, poliomielíticos, cardiopatas, surdos e diabéticos). Também distinguiu o grupo dos atípicos aparentes (poliomielíticos e cardiopatas) daquele dos não-aparentes (surdos e diabéticos), sendo a maior freqüência deste item entre os surdos e diabéticos (atípicos não-aparentes).

Quanto ao Indicador Emocional **figura inclinada** (nº 6), que para KOPPITZ (1976) foi significante no nível de 1% na discriminação do grupo de crianças pacientes clínicos daquele de crianças normais, em nossa pesquisa foi

significante na discriminação das crianças obesas e não-obesas, no nível de 5% ($p = 0,0562$).

Do conjunto de dados por nós obtidos na presente pesquisa, destacam-se alguns pontos que merecem uma tentativa de interpretação, que faremos a seguir.

Inicialmente, porém, desejamos comentar que, em sua obra, KOPPITZ (1976) faz uma análise dos significados específicos de cada um dos seus 30 Indicadores Emocionais, separadamente, embora a mesma deixe claro que *“parece haver um consenso entre os especialistas no DFH em relação a que não existe uma relação unívoca entre nenhum sinal isolado do DFH e um traço determinado de personalidade ou comportamento por parte do menino ou menina que faz o desenho. As ansiedades, os conflitos ou as atitudes podem ser expressados no DFH de maneiras distintas por crianças diferentes, ou por uma mesma criança em momentos distintos”*. Esta autora chama a atenção para o que outros já enfatizaram: *“não é possível efetuar um diagnóstico ou uma avaliação significativa da conduta ou dificuldades de uma criança com base em um só sinal isolado do DFH. O desenho total e a combinação de vários sinais e indicadores deveriam ser considerados sempre e deve-se analisar levando-se em conta a idade, maturação, estado emocional, nível sócio-cultural, assim como relacioná-los com os dados disponíveis de outros testes”*.

No entanto, a respeito dos três itens do DFH anteriormente mencionados — **figura inclinada, braços curtos e omissão do nariz** — a autora diz o seguinte:

Indicador n.º 6 - **Figura inclinada**: ocorre significativamente com mais frequência nos DFH de pacientes clínicos, lesionados cerebrais, alunos deficientes e de classes especiais, do que nos desenhos de alunos bons e bem adaptados. Não está associado a nenhum tipo específico de comportamento ou sintoma. Sugere instabilidade, e falta de equilíbrio geral e, sobretudo, insegurança.

Indicador n.º 13 - **Braços curtos**: ocorre frequentemente e com mais significância nos DFH de pacientes clínicos, crianças com enfermidades psicossomáticas, ou tímidas e alunos de classes especiais. Segundo KOPPITZ (1976), este item parece refletir a dificuldade da criança em conectar-se com o mundo circundante e com as outras pessoas. Ela o associa à tendência ao retraimento, ao 'fechamento' em si mesmo e à inibição dos impulsos.

Indicador n.º 24 - **Omissão do nariz**: aparece significativamente com mais frequência nos DFH dos alunos de classes especiais, nas crianças tímidas, nos pacientes clínicos e nos doentes psicossomáticos. A autora associa este item à conduta tímida e retraída e à ausência de agressividade manifesta, bem como a escasso interesse social. MACHOVER (1949) e outros interpretaram esta

omissão como um sinal de culpa por masturbação ou angústia de castração. Entretanto, KOPPITZ (1976) crê que este pode ser o caso na maioria dos pacientes adultos, porém não considera isto válido para as crianças. A autora verificou, em seu estudo, que para as crianças que cometeram esta omissão em seus desenhos, o nariz simbolizava ousadia e independência. Diz ela que "*metemos o nariz*", quando nos aventuramos no mundo. Assim, segundo a autora, quando uma criança omite o nariz em seu DFH, ela pode estar expressando um sentimento de imobilidade e falta de defesa, uma incapacidade de progredir e avançar com aprumo. A autora também relaciona isto com a tendência a retrair-se e à timidez, podendo, sugerir, ainda, angústia pelo corpo e culpa por masturbação.

Consideramos que a figura apresentada no DFH evoca o auto-conceito, o sentimento que a criança tem de si, e está saturada de experiências emocionais.

As mutilações, omissões e distorções no Desenho da Figura Humana comunicam-nos algo, têm um significado simbólico como bem expressam MACHOVER (1949) e KOPPITZ (1976).

A nosso ver, os três itens acima mencionados, que se destacaram discriminando o grupo dos obesos daquele dos não-obesos em nossa pesquisa, nos parecem interligados. Se o item **figura inclinada** sugere insegurança; o item **braços curtos**, dependência, inadequação, dificuldade em conectar-se com as

peças do seu ambiente, fechamento em si mesmo e inibição dos impulsos; a **omissão do nariz**, dificuldade em “*meter o nariz*”, isto é, timidez, retraimento, dificuldade de se auto-afirmar, cremos ver aqui delineadas características compatíveis com as descrições que encontramos, de modo geral, na literatura revisada sobre os aspectos psicológicos de sujeitos e crianças obesos, previamente já apresentados por vários autores (vide 2.2.1., pag. 26) e, em particular, por BRUCH (1940a, 1940b, 1941, 1973, 1976, 1977).

As características de imaturidade, superdependência em relação à mãe, sentimentos de inadequação, insegurança, dificuldade de conectar-se com as peças do seu ambiente, retraimento, falta de agressividade e incapacidade de se auto-afirmar entre os colegas, são as características principais que BRUCH (1940a, 1940b, 1941, 1973, 1976, 1977) descreve como o “*comportamento peculiar*” às crianças obesas que observou e estudou, como especialista em obesidade infantil.

Os dados e resultados obtidos evidenciam que a obesidade do grupo experimental é uma expressão dos distúrbios emocionais do grupo, como um todo. Considerando a obesidade como expressão sintomática de problemas emocionais, como defende a abordagem psicossomática, devemos lembrar que FREUD (1976b) nos ensinou que os sintomas têm sentido.

Sabemos que o corpo é considerado o campo de batalha em que se defrontam as necessidades e as pressões, sendo, por isso, considerado propício

para o estudo da personalidade. O corpo humano conta uma estória. Ele é muito mais do que um corpo anatômico. Estamos falando do corpo simbólico, que conta a estória nele inscrita. É a 'fala' do sintoma, o qual tem conexão com a experiência vivida do sujeito. No caso, então, a obesidade conta uma estória. Trata-se da linguagem dos sintomas, que FREUD (1976b) nos ensinou a entender e que nos remete às necessidades pulsionais, recalques, desejos e conflitos inconscientes do sujeito. No caso da obesidade, não apenas a hiperfagia, mas também o tamanho aumentado do corpo tem sido considerado um sintoma. Este é considerado como o "*órgão expressivo do conflito*" (BRUCH, 1952).

Perguntamo-nos, então, como podemos articular todos estes dados, por nós obtidos, para entender a hiperfagia da criança obesa representante do nosso grupo experimental. Aqui lembramo-nos de uma citação de LEVY (1991), a qual nos parece muito oportuna:

"A profissão do psicólogo se parece com a vida, que Samuel Butler definiu como 'a arte de derivar conclusões suficientes de premissas insuficientes'. Não se encontram premissas suficientes e aquele que, ao delas carecer, não tentar derivar conclusões provisórias, não poderá avançar."

A partir dos dados que obtivemos e articulando os nossos achados com o que já lemos na revisão bibliográfica sobre os aspectos psicológicos dos obesos adultos e infantis, desejamos apresentar alguns comentários, que teceremos considerando a nossa amostra de crianças obesas.

Achamos extremamente significativo o fato dos Indicadores Emocionais, que se destacaram nos DFH das crianças do nosso grupo experimental (crianças obesas) evidenciarem exatamente as características delineadas por BRUCH (1940a, 1940b, 1941, 1973, 1976, 1977) a respeito do comportamento das crianças obesas que estudou. Isto vem nos mostrar e confirmar, mais uma vez, o valor do DFH como técnica projetiva para a compreensão das características da personalidade e do autoconceito daquele que desenha. Pudemos constatar, confirmando, a colocação de KOPPITZ (1976), de que o DFH nos oferece realmente um “*retrato interior*” da criança no momento em que desenha; neste caso, da criança obesa representante do nosso grupo experimental. Entretanto, vemos que os Indicadores Emocionais que se destacaram na produção gráfica deste grupo, tomados globalmente, refletem um autoconceito negativo: o de um ser inseguro, retraído, reprimido e inibido. Enfim, o autoconceito de um ser inadequado numa sociedade como a nossa, ocidental, que valoriza a facilidade de contato, a comunicação, a auto-afirmação, características de liderança e a esbeltez de corpo.

Os achados a respeito da criança obesa representante do nosso grupo experimental encaixam-se no quadro de “*obesidade evolutiva*” descrito por BRUCH (1973). Este tipo inicia-se na infância e acompanha a criança em seu processo evolutivo, quando não devidamente cuidada e tratada. A autora, que reconhece vários quadros clínicos de obesidade, considera a “*obesidade evolutiva*” como a de pior prognóstico.

Sabemos que a criança na faixa etária com a qual trabalhamos (7 a 12 anos) é totalmente dependente do círculo familiar. Sabemos também, não somente através de leituras e estudos, mas, principalmente, pela nossa experiência clínica, que os problemas e distúrbios das crianças acham-se intimamente relacionados com os seus objetos primários e o seu meio familiar, no qual destaca-se a figura materna.

No caso específico da “*obesidade evolutiva*”, BRUCH (1973) estudou, através do atendimento de inúmeros casos de crianças obesas, as interações e transações psicológicas das fases precoces da relação mãe-filho e a influência que a figura materna tem no desenvolvimento deste quadro clínico na criança. Ela observou que as mães de crianças com “*obesidade evolutiva*” têm uma falta de sensibilidade em reconhecer e atender adequadamente as necessidades corporais e psicológicas dos seus filhos. Em função dos seus próprios problemas psicológicos, estas mães acabam induzindo nas crianças um ‘deficit’ de aprendizagem na percepção e conceituação da fome e de estados de

saciação, bem como, também, interferem no processo de individuação da criança. Em consequência, estas crianças não aprendem a discriminar adequadamente a fome e a saciação de outros sinais de desconforto e de estados de tensão emocional, o que resulta numa utilização perversa da comida, não apenas para fins nutricionais, mas como um meio de reduzir a ansiedade, de se tranquilizar e autogratar. A consequência disto é a obesidade. Por trás do comportamento materno inadequado, o 'olho psicanalítico' capta uma atitude materna ambivalente, hostil e controladora para com a criança. Essa mãe, cujas características psicológicas foram detalhadamente observadas e descritas por BRUCH (1973), será por nós, aqui, designada como '*mãe obesogênica*', num paralelo ao termo '*mãe esquizogênica*', conhecido na literatura psiquiátrica. A '*mãe obesogênica*' interfere no processo normal de individuação da criança através de uma superproteção solícita, fomentando a imaturidade na criança, prejudicando o desenvolvimento da sua iniciativa e da sua autonomia, não permitindo o desenvolvimento de fronteiras do ego entre a criança e ela própria. Para BRUCH, a "*obesidade evolutiva*" delata uma dinâmica patológica na família, a qual desencadeia e perpetua o problema.

SPERLING (1949), em um notável trabalho intitulado "*The Role of the Mother in Psychosomatic Disorders in Children*", também nos fala de uma variedade de reações somáticas, em crianças, produzidas em resposta a conflitos maternos não-resolvidos. Em seu trabalho ela apresenta vários casos clínicos que

ilustram e mostram um tipo de relacionamento patológico, entre a mãe e a criança, funcionando como uma força dinâmica e desencadeando, assim como perpetuando, a doença da criança.

BRUCH (1973) reconheceu, nos padrões perturbados de comunicação e interação das famílias de crianças obesas que estudou, semelhanças com os de famílias de pacientes esquizofrênicos e alertou que casos de “*obesidade evolutiva*”, quando não devidamente tratados, podem resultar em esquizofrenia. Para a prevenção disto, ela indica o tratamento psicoterápico de toda a família, o que considera indispensável, a fim de corrigir os problemas psicológicos subjacentes às perturbações na comunicação e interações familiares.

A tentativa de articular e interpretar os nossos dados e achados dentro de uma visão psicodinâmica, de acordo com a nossa formação e com base na literatura pesquisada e estudada, nos evidencia que, embora a criança obesa não tenha consciência da sua doença, ela já se sente desconfortável, o que nos é revelado através do seu autoconceito negativo. Isto, a nosso ver, implica em algum grau de sofrimento mental para a criança.

Sabemos, no entanto, que trabalhamos com número reduzido de sujeitos e que outras pesquisas, de maior refinamento com crianças brasileiras e com amostras mais abrangentes, poderão vir a fornecer dados mais completos.

6. CONCLUSÕES E SUGESTÕES

A análise dos resultados obtidos, neste estudo, e as contribuições bibliográficas nos indicaram as conclusões que se seguem:

- Fica comprovada a validade dos Indicadores Emocionais, em conjunto, no estudo da personalidade, pois, tomados em bloco, distinguiram os dois grupos, mostrando que os sujeitos do grupo experimental apresentaram um maior número de Indicadores Emocionais no DFH revelando, assim, maiores dificuldades emocionais.
- As crianças obesas, além de produzirem uma maior quantidade de Indicadores Emocionais, tenderam a mostrar mais escores acima de 2, portanto, uma tendência a resultados marcadamente patológicos no DFH.
- Foram três os Indicadores Emocionais de KOPPITZ que serviram para diferenciar os dois grupos: **figura inclinada** (n^o 6), **braços curtos** (n^o 13) e **omissão do nariz** (n^o 24).

- O indicador n° 24, **omissão do nariz**, que apresentou o maior índice de significância, é assinalado por KOPPITZ como significativamente mais freqüente no DFH de doentes psicossomáticos.

- Os três Indicadores Emocionais que serviram para discriminar o grupo experimental (das crianças obesas) indicam, coincidentemente, características tidas como peculiares ao comportamento da criança obesa, descrito por BRUCH (1940a, 1940b, 1941, 1973, 1976, 1977) em seus trabalhos sobre obesidade infantil.

- Os resultados do presente estudo, com base nos dados das amostras utilizadas, mostram o quadro clínico da obesidade como expressão sintomática de problemas emocionais e, como tal, confirmam a visão psicossomática da obesidade.

- Com base nos resultados obtidos, recomendamos a abordagem holística no tratamento da obesidade e a utilização de atendimento psicológico (psicoterapia) paralelamente ao tratamento médico, a fim de que possam ser trabalhados e elaborados os conflitos inconscientes que levam os obesos a comer em excesso e, conseqüentemente, à obesidade. Recomendamos,

também, a orientação e a psicoterapia do grupo familiar, principalmente nos casos de “*obesidade evolutiva*”.

- É de fundamental importância que o papel do psicólogo seja valorizado e que o mesmo faça parte de equipes interdisciplinares voltadas para o tratamento da obesidade.
- Sugerimos programas de orientação, na área de saúde pública, para as comunidades, a fim de que a população seja conscientizada de que a obesidade é uma doença, alertando-a quanto aos riscos de saúde e morbidade que a mesma acarreta.
- Considerando a estreita relação entre as características de personalidade da mãe da criança obesa, as quais a constituem como uma ‘*mãe obesogênica*’, e a doença da criança, sugerimos, também, mais especificamente, programas de orientação e aconselhamento às **mães de crianças obesas**, através de **grupos de mães**, nos Centros de Saúde, ambulatórios e consultórios, a fim de:
 1. alertá-las e conscientizá-las da gravidade da obesidade infantil como doença;
 2. ajudá-las a melhor lidarem com a sua angústia e os seus próprios problemas psicológicos, assim como com os dos seus filhos;

3. levá-las, através da conscientização e orientação, a diminuir a prevalência da obesidade na infância e, conseqüentemente, na população adulta, uma vez que já são bastante conhecidas as dificuldades para o tratamento e controle da doença;
4. prevenir e controlar a crescente prevalência da obesidade em nossa população.

Finalmente, desejamos ressaltar a importância de uma abordagem preventiva em relação à obesidade, como parte do nosso compromisso com a saúde mental.

“ E o que se descobriu é que o corpo, esta coisa que aparece como mistura de carne, sangue e nervos, não é feita destas coisas. O corpo é feito de palavras. Carne, sangue e nervos são apenas uma fina camada visível que envolve um segredo invisível, uma estória que mora em nós” (ALVES).*

* ALVES, R.- Apud SOUZA, P.R.- **Os Sentidos do Sintoma: Psicanálise e Gastroenterologia.** Campinas, 1991. [Tese- Doutorado-UNICAMP]. p.35.

7. SUMMARY

This research is an exploratory study having in view to study and compare the Human Figure Drawings of obese and non-obese children through the Emotional Indicators proposed by KOPPITZ, in order to apprehend something of the obese child's personality that may help to understand his /her problem of overeating and obesity.

The drawings were objectively analysed and graphic itens indicating emotional disturbances were detected, which were clinically interpreted as to the dynamics of personality.

The literature regarding obesity and its psychological aspects, as well as the literature about the utilization of the Human Figure Drawing and the Emotional Indicators of KOPPITZ in the evaluation of personality and emotional disturbances were carefully revised.

The subjects of this research were 60 children of both sexes, divided into two groups: experimental group, constituted by 30 obese children (15 boys and 15 girls) and control group, constituted by 30 normal children (15

boys and 15 girls). Their ages ranged from 7y.0 mo. to 12y.11 mo. All children attended elementary schools from 1st to the 6th grade and were pupils of three primary schools of Piracicaba city in São Paulo state.

The analysis of the drawings showed some differences between the groups. Non-parametric statistical proofs were utilized for the study of obtained data. The statistical analyses of the data showed that the obese children presented a major quantity of Emotional Indicators in their drawings than do the normal children, as well as more scores above 2, expressing more severe emotional disturbance. So that, in the present study, the children of the experimental group showed themselves more pathological as far as this aspect is concerned.

From the 30 Emotional Indicators of KOPPITZ, three — **no nose**, **slanting figure** and **short arms** — differentiated the groups, revealing a major incidence of emotional disturbances among the obese children. Of those three items, **no nose** was the one most statistically significant in the discrimination of both groups. According to KOPPITZ, it is significantly more frequent in the Human Figure Drawings of psychosomatic patients.

The results obtained showed that the obese children in this study presented a major quantity of emotional disturbances, what supports the assumption of psychosomatic approach to obesity. The Emotional Indicators that outstood in the discrimination of the experimental group indicate more insecurity, shyness, overdependence, immaturity and restrained aggressivity in the obese

children, confirming the characteristics found in the revised literature regarding the psychological aspects of the obese child.

The discussion and interpretation of results were conducted not only based on the theoretical assumptions of KOPPITZ's scale (1976) as well as on the basis of comparison with results of other authors' works.

The obtained data were articulated with the data got from the revised and studied literature in order to help understanding the overeating problem of the obese child.

This paper offers some suggestions based on the results obtained in the work done.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMSON, E.E. - **Behavioral Approaches to Weight Control**. New York, Springer Publishing Co., 1977. 175p.

AJURIAGUERRA, J. - A Esfera Oroalimentar (sua organização e seus distúrbios). In: _____ - **Manual de Psiquiatria Infantil**, 2 ed. R. Janeiro, Masson do Brasil, 1983. p.175-208.

ALBEE, G.W. & HAMLII, R.M. - An Investigation of the Reliability and Validity of Judgments of Adjustment Inferred from Drawings. **J. Cl. Psychology.**, 5(4):389-392, 1949.

ALEXANDER, F. - **Psiquiatria Dinamica**. B. Aires, Paidós, 1958. 474p.

ALMEIDA FILHO, N. - **Epidemiologia das Desordens Mentais da Infância no Brasil**. Salvador, C.E.D. da UFBA, 1985. 112p.

ANDRADE, M.R. - **Os Indicadores Maturacionais e Emocionais de Koppitz para os Testes de Bender e do Desenho da Figura Humana em Crianças em Dois Níveis Sócio-Econômicos.** São Paulo, 1979. [Tese - Doutorado - Instituto de Psicologia da USP].

ANJOS, L.A. - **Índice de Massa Corporal (Massa Corporal. Estatura²) como Indicador do Estado Nutricional de Adultos: Revisão da Literatura.** *Rev. Saúde Púb.*, 26(6):431-436, 1992.

ANJOS, M.N. - **Obesidade. Doença da Civilização. Mitos e Verdades.** Rio de Janeiro. Cultura Médica Ltda, 1983. 67p.

BANDINI, L.G. & DIETZ, W.H. - **Myths about Childhood Obesity.** *Pediatr. Annals*, 21(10):647-652, 1992.

BARBANTI, V.J. - **Aptidão Física: Um Convite à Saúde.** São Paulo, Manole, 1990. 146p.

BHATTACHARYYA, G.K. & JOHNSON, R.A. - **Statistical Concepts and Methods.** Wiley Series in Probability and Mathematical Statistics. New York, 1977.

BÖRJESON, M. - The Aetiology of Obesity in Children. A Study of 101 Twin Pairs. **Acta. Paediatr. Scand.** 65:279-281, 1976.

BOUCHARD, C. - Génétique et Obésité chez L'Homme. **Diab. et Metabolisme (Paris)**, 14:407-413, 1988.

BOUCHARD, C. - Genetic Factors in Obesity. **Med. Cl. North America**, 73(1):67-81, 1989.

BRAY, G.A. - Classification and Evaluation of the Obesities. **Med. Cl. North America**, 73(1):161-181, 1989.

BRAY, G. A - Obesity: Basic Considerations and Clinical Approaches. **Disease-a-Month**, 35(7):454-459, 1989.

- BROSIN, H.W. - The Psychiatric Aspects of Obesity. **J. Am. Med. Assoc.**, 155(10):1238-1239, 1954.
- BROWNE, K.D. - Public Health Approaches to Obesity and its Management. **Ann. Rev. Public Health**, 7:521-533, 1986.
- BROWNE, K.D. & WADDEN, T.A. - Etiology and Treatment of Obesity: Understanding a Serious, Prevalent and Refractory Disorder. **J. Cons. and Cl. Psych.**, 60(4):505-517, 1992.
- BRUCH, H. - A Importância de Excesso de Peso. In: Collip, P. J. (ed.) - **Tratamento da Criança Obesa**. S.P., Manole, 1977. p.83-90.
- BRUCH, H. - **Eating Disorders. Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within**. London, Basic Books Inc., 1973. 396p.
- BRUCH, H. - Family Transaction in Eating Disorders. **Compr. Psychiatry**, 12(3):238-248, 1971.
- BRUCH, H. - Fat Children Grown Up. **Am. J. Dis. Child**, 90:501, 1955.

BRUCH, H. - Hunger and Instinct. **J. of Nerv. and Mental Dis.** 149(2):91-114, 1969.

BRUCH, H. - Obesity in Childhood: III - Physiologic and Psychologic Aspects of the Food Intake of Obese Children. **Am. J. Dis. Child**, 59:739-781, 1940a.

BRUCH, H. - Obesity in Childhood: V- The Family Frame of Obese Children. **Psychosom. Med.**, 2(2):141-206, 1940b.

BRUCH, H. - Obesity in Childhood and Personality Development. **Am. J. Orthopsychiatry**, 11:467-474, 1941.

BRUCH, H. - Psychological Aspects of Overeating and Obesity. **Psychosomatics**, 5:269-274, 1964.

BRUCH, H. - Psychological Aspects of Reducing. **Psychosom. Med.**, 14(6):337-346, 1952.

BRUCH, H. - Transformation of Oral Impulses in Eating Disorders: A Conceptual Approach. **Psychiat. Quart.** 35(3):458-481, 1961.

BRUCH, H. - The Treatment of Eating Disorders. **Mayo Clin. Proc.** 51(2):266-272, 1976.

BYCHOWSKI, G. - On Neurotic Obesity. **The Psychoanal. Review**, 37(4):301-319, 1950.

CANADIAN TASK FORCE - Periodic Health Examination 1994 Update:1 - Obesity in Childhood. **Can. Med. Assoc. J.** 150(6):871-879, 1994.

CARIOLA, T.C. - **Indicadores Emocionais no Desenho da Figura Humana e Rendimento Escolar.** São Paulo, 1982 [Tese - Doutorado - Instituto de Psicologia da USP].

CARIOLA, T.C. - **Indicadores Emocionais no Desenho da Figura Humana Realizados por Crianças com Fissuras Lábio-palatais.** São Paulo, 1985 [Tese - Livre-Docência - UNESP].

CARIOLA, T.C. & SANT'ANNA, E.J. - O DFH em Crianças Portadoras de Deficiência Auditiva. **Ped. Moderna**, 31(5):723-734, 1995.

CARIOLA, T.C. & SANTOS DA SILVA, A. - Análise do DFH, Através dos Indicadores de Snyder e Gaston, Realizado por Crianças com Problemas Dermatológicos. **Ped. Moderna**, 24(4): 158-164, 1989.

CELLI, A. - **Estudo Comparativo dos Indicadores Emocionais de Koppitz em Desenhos da Figura Humana, Realizados por Escolares Atípicos (poliomielíticos, diabéticos, surdos e cardiopatas)**. São Paulo, 1978. [Tese - Doutorado. - Instituto de Psicologia da USP].

CHARNEY, E.; GOODMAN, H.C.; MACBRIDE, M.; LYON, B.; PRATT, R.- Childhood Antecedents of Adult Obesity. **New England J. Med.**, 195:6-9, 1976.

CONRAD, S.W. - The Psychologic Implications of Overeating. **Psychiat. Quart.** 28:211-224, 1954.

CORONHO, V. - Revisão de Obesidade. Atualização. **A Folha Médica**, 72(1):45-50, 1976.

DAVIDO, R. - **A Descoberta de seu Filho pelo Desenho**. Rio de Janeiro, Artenova, 1972. 180p.

DECOURT, L.; SILVA, A.M.; SANDOVAL, A.C. - **Obesidade**. **Ars Curandi**, (8):42-55, 1971.

DIEFFENBACH, E.W. - **Koppitz's Human Figure Drawing (HFD) Test: The Reliability and Clinical Validity of its Emotional Indicators**. **Dissert. Abstr. Internat.**, 38 (10-A):6053, 1978.

DIETZ, Jr., W.H. - **Childhood Obesity: Susceptibility, Cause and Management**. **J. of Pediatr.**, 103(5):676-686, 1983.

DUNBAR, F. - **O corpo e a Mente**. Rio de Janeiro, Atheneu, 1958. 436p.

EPSTEIN, L.H.; WING, R.R.; VALOSKI, A. - **Childhood Obesity**. **Ped. Cl. North America**, 32(2):363-379, 1985.

FENICHEL, O. - **Teoria Psicanalítica de las Neurosis**. Buenos Aires, Paidós, 1979. 814p.

FLEISS, J.L. - **Statistical Methods for Rates and Proportions**. 2 ed. N. York, Wiley & Sons, 1981.

FLYNN, M.A. T. & GIBNEY, M.J. - Obesity and Health: Why Slim? **Proc. Nutr. Society**, 50:413-432, 1991.

FOX, C.; DAVIDSON, K.; LIGHTHALL, F.; WAITE, R.; SARASON, S.B. - Human Figure Drawings of High and Low Anxious Children. **Child Development**, 29:298-302, 1958.

FRANK, L.K. - Projective Methods for the Study of Personality. **J. Psychology**, 8:389-413, 1939.

FREUD, S. - O Ego e o Id. In: _____ - **Obras Psicológicas Completas**. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro, Imago, 1976a, vol. XIX. p.13-83.

FREUD, S. - O Sentido dos Sintomas. In: _____ - **Obras Psicológicas Completas**. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro, Imago, 1976b, vol. XVI. p.305-322.

- FREUD, S. - Totem e Tabu. In: _____ - **Obras Psicológicas Completas**.
Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro, Imago, 1976c, vol. XIII.
p. 13-194.
- GARN, S.M. - Family-line and Socioeconomic Factors in Fatness and
Obesity. **Nutr. Reviews**, 4(12):381-386, 1986.
- GARN, S.M.; CLARK, D.C.; ULLMAN, B.M. - Does Obesity have a Genetic
Basis in Man? **Ecol. of Food and Nutr.**, 4:57-60, 1975.
- GARROW, J.S. & WEBSTER, J. - Quetelet's Index (W/H^2) as a Measure of
Fatness. **Int. J. Obesity**, 9:147-153, 1985.
- GILL, D.J. - The Role of Personality and Environmental Factors in Obesity. **J.**
Amer. Dietet, 22:398-400, 1946.
- GOODENOUGH, F. L. & HARRIS, D.B. - Studies in the Psychology of
Children's Drawings: II, 1928-1949. **Psych. Bulletin**, 47(5):369-433,
1950.

- GRAHAM, S.R. - A Study of Reliability of Human Figure. **J. of Proj. Techniques**, 20(1):92, 1956.
- GRAY, D.S. - Diagnosis and Prevalence of Obesity. **Med. Cl. North America**, 73(1):1-13, 1989.
- GRAY, H. - Obesity: A Challenge to the Psychiatrist. **Stanford Med. Bull.**, 1(7):195-199, 1943.
- HALL, L.P. & LADRIERE, M.L. - A Comparative Study of Diagnostic Potential Efficiency of Six Scoring Systems Applied to Children's Figure Drawings. **Psych. in the Schools**, 7(3):244-247, 1970.
- HAMBURGER, W.W. - Emotional Aspects of Obesity. **Med. Clin. North America**, 35:483-499, 1951.
- HAMMER, E.F. - **Aplicações Clínicas dos Desenhos Projetivos**. S. Paulo, Casa do Psicólogo, 1991. 500p.

HANVIK, L.J. The Goodenough Test as a Measure of Intelligence of Child Psychiatric Patients. **J. Cl. Psychology**, 9:71-72, 1953..

HOLZBERG, J.D. & WEXLER, M. - The Validity of Human Form Drawings as a Measure of Personality Deviation. **J. Proj. Techniques** (14):343-361, 1952.

HUENEMANN, R.L. - Consideration of Adolescent Obesity as a Public Health Problem. **Public Health Rep.**, 83(1):491-495, 1968.

JOLLES. I. - **A Catalogue for the Qualitative Interpretation of the H.T.P.** Beverly Hills, Western Psychological Services, 1952.

KAHTALIAN, A. - Obesidade: Um Desafio. In: MELO FILHO, J. e col. - **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. p.273-278.

KAPLAN, H.I. & KAPLAN, H.S. - The Psychosomatic Concept of Obesity. **J. Nerv. Mental Dis**, 125:181-201, 1957.

KISSEBAH, A.H.; FREEDMAN, D.S.; PEIRIS, A.N. - Health Risks of Obesity. **Med. Cl. North America**, 73(1):111-131, 1989.

KLOPFER, W.G. & TAULBEE, E.S. - Projective Tests. **Ann. Rev. of Psychology**, 27:543-567, 1976.

KOPPITZ, E.M. - **El Dibujo de la Figura Humana en los Niños. Evaluación Psicológica**. B. Aires, Guadalupe, 1976. 391p.

KOPPITZ, E.M. - Emotional Indicators on Human Figure Drawings of Children: A Validation Study. **J. Cl. Psychology**, 22(3):313-315, 1966a.

KOPPITZ, E.M. - Emotional Indicators on Human Figure Drawings and School Achievement of First and Second Graders. **J. Cl. Psychology**, 22:481-483, 1966b.

KOPPITZ, E. M. & MOREAU, M. - A Comparison of Emotional Indicators on Human Figure Drawings of Children from Mexico and from the United States. **Rev. Interamer. Psicol.**, 2(1):41-48, 1968.

KORNHABER, A. - The Stuffing Syndrome. **Psychosomatics**, 11:580-584, 1970.

- KORSH, B. - Childhood Obesity. **J. Pediatr.**, 109(2):299-300, 1986.
- LAMAS, R.P.; ALONSO, L.P.; HERNANDEZ, J.G. - Obesidad Exógena Primária. **Bol. Med. Hosp. Inf. Méx.**, 37(4):657-665, 1980.
- LAPLANE, R.; ETIENNE, M.; Mme. LAPLANE. - Étude Psychologique de L'Obesité Infantile. **Sem. Hôp.**, 32(54):55-57, 1956.
- LEON, G.R. & ROTH, G. - Obesity: Psychological Causes, Correlations and Speculations. **Psych. Bulletin**, 84(1):117-139, 1977.
- LEVY, S. - Desenho Projetivo da Figura Humana. In: HAMMER, E.F. (ed.) - **Aplicações Clínicas dos Desenhos Projetivos**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1991. p.61-85.
- LINGREN, R.H. - An Attempted Replication of Emotional Indicators in Human Drawings by Shy and Aggressive Childrem. **Psych. Reports**, 29(1):35-38, 1971.
- LOURENÇÃO VAN KOLCK, O. - O Desenho da Figura Humana em Casos Especiais. **B. Psicologia**, 24(64):89-121, 1972.

LOURENÇÃO VAN KOLCK, O. - O Desenho da Figura Humana no Estudo de Problemas Específicos. **B. de Psicologia**, 25(65):151-180, 1973a.

LOURENÇÃO VAN KOLCK, O. - Sinais de Ansiedade e de Distúrbios Emocionais no Desenho da Figura Humana de Crianças. Tentativa de Validação. **B. Psicologia**, 25(65):11-45, 1973b.

LOURENÇÃO VAN KOLCK, O. - Sobre a Técnica do Desenho da Figura Humana na Exploração da Personalidade. São Paulo, Boletim nº 293, **Psic. Educacional** nº 7. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP, 1966.

LUKASKI, H.C. - Methods for the Assessment of Human Body Composition: Traditional and New. **Am. J. Clin. Nutr.**, 46:537-556, 1987.

MACHOVER, K. - **Personality Projection in the Drawing of the Human Figure**. Illinois, USA, Charles C. Thomas, 1949. 181p.

MARMO, D.B. - **Análise Comparativa de Cinco Critérios Antropométricos para o Diagnóstico de Obesidade em Escolares da Cidade de Paulínia - São Paulo, 1988 [Tese - Mestrado - UNICAMP].**

MAYER, J. - Genetic, Traumatic and Environmental Factors in the Etiology of Obesity. **Physiol. Rev.**, 33:472-508, 1953.

MAYER, J. - Obesity. **Ann. Rev. Med.**, 14(III):111-131, 1963.

MENDELSON, M. - Psychological Aspects of Obesity. **Int. J. Psychiatry**, 2(6):599-616, 1966.

MOURA, M.T. & SANTOS, S. - **Como Enfrentar a Obesidade.** São Paulo. Ed. Univers. Est. Campinas, 1988, 106p.

MUZZO, S.B. - Obesidad del Niño y Adolescente. **Rev. Chil. Pediatr.**, 60(Supl.1):22-24, 1989.

MYRES, A.W. & YEUNG, D.L. - Obesity in Infants: Significance, Aetiology and Prevention. **Can. J. Public Health**, 70:113-119, 1979.

NEUMANN, C.G. - Obesity in Pediatric Practice: Obesity in the Preschool and School-Age Child. **Ped. Cl. North America**, 24(1):117-122, 1977.

NEWBURGH, L.H. - Obesity. **Arch. Int. Medicine**, 70(6):1033-1096, 1942.

NICHOLSON, W.N. - Emotional Factors in Obesity. **Am. J. Medical Sc.**, 211:443-447, 1946.

NISBETT, R.E. - Eating Behavior and Obesity in Men and Animals. **Adv. in Psychos. Med.**, 7:173-193, 1972.

PAIVA, L.M. & SILVA, A.M.A.P.N. - Psicopatologia da Obesidade. In: _____ - **Medicina Psicossomática**. 3 ed. São Paulo, Artes Médicas, 1994. p.393-404

RABIN, A.I. - **Assessment with Projective Techniques: A Concise Introduction**. N. York, Springer, 1981. 342p.

RASCOVSKY, A.; RASCOVSKY, M.W., SCHLOSSBERG, T. - Basic
Psychic Structure of the Obese. **Int. J. Psychoanalysis**, 31(1/2):144-149,
1950.

RENNIE, T.A.C. - Obesity as a Manifestation of Personality Disturbance. **Dis.
Nerv. System**, 1(8):238-247, 1940.

RICHARDSON, H.B. - Obesity as a Manifestation of Neurosis. **Med. Cl.
North America**, 30:1187-1202, 1946.

ROTMANN, M. & BECKER, D. - Traumatic Situations in Obesity. **Psychoth.
and Psychos.**, 18:372-376. 1970.

SCHICK, A. - Psychosomatic Aspects of Obesity. **The Psychoanal. Review**,
34:173-183, 1947.

SCHILDER, P. - **Imagen y Aparencia del Cuerpo Humano**. B. Aires,
Paidós, 1977. 301p.

SELTZER, C.C. & MAYER, J. - A Review of Genetic and Constitutional Factors in Human Obesity. **Ann. N.Y. Acad. Sc.**, 134:688-695, 1966.

SILVA, P.P. & RIBEIRO, B.I. - Aspectos Psicossomáticos da Obesidade. **Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo**, 28:31-36, 1973.

SPERLING, M. - The Role of the Mother in Psychosomatic Disorders in Children. **Psychosom. Med.**, 11:377-385, 1949.

SOUZA, P.R. - **Os Sentidos do Sintoma: Psicanálise e Gastroenterologia**. Campinas, 1991. [Tese - Doutorado - UNICAMP].

STUNKARD, A.J. - Some Perspectives on Human Obesity: Its Causes. **Bull. N.Y. Acad. Med.**, 64:902-923, 1988.

SUNDBERG, N.D. - Clinical Assessment Problems and Procedures: A National Survey. **Am. Psychologist**, 15(7):404, 1960 (Abstract).

SWENSEN, C.H. - Empirical Evaluation of Human Figure Drawings. **Psych. Bulletin**, 70(1):20-44, 1968.

TAITZ, L.S. - Obesity in Pediatric Practice: Infantile Obesity. **Ped. Cl. North America**, 24(1):107-115, 1977.

TANNER, J.M. & WHITEHOUSE, R.H. - Clinical Longitudinal Standards for Height, Weight, Height Velocity, Weight Velocity and Stages of Puberty. **Arch. Dis. Child.**, 51:170-179, 1976.

UNIMED - **Revista Ano II**, No 8, Maio:22-25, 1990 (Obesidade).

VAN ITALLIE, T.B. - Obesity: The American Disease. **Food Techn.**, Dec.:43-47, 1979.

9. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ABRAMSON, E.A. & WUNDERLICH, R.A. - Anxiety, Fear and Eating: A Test of the Psychosomatic Concept of Obesity. **J. of Ab. Psych.**, 79(3):317-321, 1972.

ABT, L.E. & BELLAK, L. - **Projective Psychology. Clinical Approaches to the Total Personality.** 2 ed. N. York, Grove Press, 1959.

ANARUMA, S.M. - **Encontro com o Corpo: Um Programa de Intervenção Psicológica para o Atendimento de Pessoas com Excesso de Peso.** Campinas, 1995. [Tese - Doutorado - UNICAMP].

ANASTASI, A. - **Testes Psicológicos,** São Paulo, E.D.U.S.P, 1975. 762p.

ANDERSON, H.H. & ANDERSON, G.I. - **An Introduction to Projective Techniques.** 2 ed. N. York, Prentice-Hall, 1952.

APFELDORF, M. & SMITH, W.J. - The Representation of the Body Self in Human Figure Drawings. **J. Proj. Techniques and Pers. Assessment**, **30(3):283-289**, 1966.

APPEL, K.E. - Drawings by Children as Aids to Personality Studies. **Am. J. Orthopsychiatry**, **1:129-144**, 1931.

ARBIT, J. ; LAKIN, M.; MATHIS, A.G. - Clinical Psychologists' Diagnostic Utilization of Human Figure Drawings. **J. Cl. Psychology**, **15:325-327**, 1959.

ARMENDARES, S. - La Herencia de la Obesidad. Evidencia Epidemiologica. **Rev. Invest. Clin.**, **43(3):269-275**, 1991.

BABCOCK, C.G. - Food and Its Emotional Significance. **J.Am. Dietet.**, **24:390-393**, 1948.

BAILEY, W.; SHINEDLING, M.M.; PAYNE, I.R. - Obese Individuals' Perception of Body Image. **Perc. and Motor Skills**, **31:617-618**, 1970.

BARRA, F.M. - Aspectos Psicosociales de la Obesidad en Niños. **Rev. Chil. Pediatr.**, 60 (Supl.1):25-28, 1989.

BENETT, V.D.C. - Combinations of Figure Drawings Characteristics Related to the Drawer's Self Concept? **J. Proj. Techniques and Pers. Assessment**, 30(2):192-196, 1966.

BENETT, V.D.C. - Does Size of Figure Drawing Reflects Self-Concept? **J. Cons. Psychology**, 28(3):285-286, 1964.

BENNETT, D.H. - The Body Concept. **J. Mental Science**, 106:56-75, 1960.

BERMAN, S. & LAFFAL, J. - Body Type and Figure Drawing. **J. Cl. Psychology**, 9:368-370, 1953.

BETARELLO, S.V. - Aspectos Psicológicos da Obesidade. Trabalho Apresentado no I Simpósio Internacional de Obesidade: Nova Fronteira Metabólica, 1987.

BODWIN, R.F. & BRUCK, M. - The Adaptation and Validation of the Draw-a-Person Test as a Measure of Self Concept. **J. Cl. Psychology**, 16(4):427-429, 1960.

BOYD, M.A. - Living with Overweighth. **Persp. in Psych. Care**, 25(3/4):48-52, 1989.

BRICARELLO, S.G.A. - Etiologia, Quadro Clínico e Conduta em Obesidade na Infância. **Ped. Moderna**, 25(1):2-11, 1990.

CASH, T.F.; WINSTEAD, B.A.; JANDA, L.H. - The Great American Shape-Up. **Psych. Today**, April, 1986.

CHALLMAN, R. - Methodological and Normative Considerations in the Use of Drawings of Human Figures as a Projective Method. **Am. Psychologist**, 4:267, 1949.

CRADDICK, R.A. - The Self-Image in the Draw-a-Person Test and Self-Portrait Drawings. **J. Proj. Techniques**, 27:288-291, 1963.

DI LEO, J.H.- **A Interpretação do Desenho Infantil.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1985. 215p.

ELLIS, R.W.B. & TALLERMAN, K.H. - Obesity in Childhood. **Lancet**, 2:615-620, 1934.

FISHER, L.J. - An Investigation of the Effectiveness of Human Figure Drawings as a Clinical Instrument for Describing Personality. **Am. Psychologist**, 7:345-346, 1952.

FISHER, S. & CLEVELAN, S.F. - The Role of Body Image in Psychosomatic Symptom Choice. **Psych. Monographs**, 69(17):1-15, 1955.

FREED, S.C. - Psychic Factors in the Development and Treatment of Obesity. **J. Am. Med. Assoc.** 133(6):369-373, 1947.

FREITAS, Jr., O. - Contribuição ao Estudo do Desenho da Figura Humana, como Parte do Exame Psíquico. **Neurobiologia**, 1(1 e 2):49-71, 1956.

FULLER, G.B.; PREUSS, M. & HAWKINS, W.F. - The Validity of the Human Figure Drawings with Disturbed and Normal Children. **J. of Sch. Psychology**, 8(1):54-56, 1970.

GARMA, A. - **El Psicoanálisis. Teoría, Clínica y Técnica**. 3 ed. B. Aires, Paidós, 1978. 486p.

GELLERT, E. - Children's Constructions of their Self Images. **Perc. and Motors Skills**, 40:307-324, 1975.

GINSBERG, A.M. - Técnicas Projetivas no Estudo da Personalidade. **Rev. de Psic. N. e Patológica, Ano XII**, 1-2:90-108, 1966.

GOLDSTEIN, A.P. & RAWN, M.L. - The Validity of Interpretive Signs of Aggression in the Drawing of the Human Figure. **J. Cl. Psychology**, 8:169-171, 1957.

GOLDMAN, R.K. & WARREN, D. - Preliminary Analyses of Human Figure Drawings as a Kindergarten Screening Measure. **Perc. and Motor Skills**, 43:58, 1976.

- GUINAM, J.F. & HURLEY, J.R. - An Investigation on the Reliability of Human Figure Drawings. **J. Proj. Techniques and Pers. Assessment**, 29(3):300-304, 1965.
- GURNEY, R. - The Hereditary Factor in Obesity. **Arch. Intern. Med.**, 57:557-561, 1936.
- HAMMER, E.F. - Relationship Between Diagnosis of Psychosexual Pathology and the Sex of the First Drawn Person. **J. Cl. Psychology**, X:168-170, 1954.
- HAMMER, M. & KAPLAN, A.M. - The Reliability of Children's Human Figure Drawings. **J. Cl. Psychology**, 22(3):316-319, 1966.
- HUNT, R.G. & FELDMAN, M.J. - Body Image and Ratings of Adjustment on Human Figure Drawings. **J. Cl. Psychology**, 16(1):35-38, 1960.
- HUNT, V.V. & WEBER, M.E. - Body Image Projective Test. **J. Proj. Techniques**, 24(1):3-10, 1960.

JAKAB, I. - Le Rôle Diagnostique du Contenu et du Style des Dessins d'Enfants. **Ann. Medico-Psychologiques, Soc. Médico-Psychologique**, 12:451-466, 1957.

KAMANO, D.K. - An Investigation on the Meaning of Human Figure Drawing. **J. Cl. Psychology**, 16(4):429-430, 1960.

KOTKOV, B. & GOODMAN, M. - The Draw-a-Person Tests of Obese Women. **J. Cl. Psychology**, 9:362-364, 1953.

LEWINSON, P.M. - Psychological Correlates of Overall Quality of Figure Drawings. **J. Cons. Psychology**, 29(6):504-512, 1965.

LEWINSON, P.M. - Relationship Between Height of Figure Drawings and Depression in Psychiatric Patients. **J. Cons. Psychology**, 28(4):380-381, 1964.

LOLAS, M.T.S. - Diagnosis of Obesity: Psychological Aspects. **Rev. Méd. Chile**, 117(4):365-486, 1989.

LOURENÇÃO VAN KOLCK, O. - Correlações entre Índices de Ansiedade e de Perturbações Emocionais nos Desenhos da Figura Humana de Crianças. **B. de Psicologia**, 25(66):7-12, 1974.

LOURENÇÃO VAN KOLCK, O. - **Interpretação Psicológica de Desenhos**. São Paulo, Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais, 1968. 179p.

LOURENÇÃO VAN KOLCK, O. - **Testes Projetivos Gráficos no Diagnóstico Psicológico**. São Paulo, E.PU., 1984. 101p.

LUDWIG, D.J. - Self-perception and the Draw-a-Person Test. **J. Proj. Techniques and Pers. Assessment**, 33(3):257-261, 1969.

MACHOVER, K. - Drawing of the Human Figure: a method of personality investigation: In: ANDERSON & ANDERSON-**Projective Techniques**. N. York, Prentice-Hall, 1952.

MACHOVER, K. - Human Figure Drawings of Children. **J. Proj. Techniques**, 17:85-91, 1953.

MACHOVER, K. - **Proyeccion de la Personalidad en el Dibujo de la Figura Humana**. Habana, Cultural S.A. 1962. 192p.

MARTINS DE SOUZA CAMPOS, D. - **O Teste do Desenho como Instrumento de Diagnóstico da Personalidade**. 19 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes, 1990. 99p.

MCHUGH, A.F. - Children's Figure Drawings in Neurotic and Conduct Disturbances. **J. Cl. Psychology**, 22:219-221, 1966.

MEYER, E.E. & NEUMANN, C.G. - Management of the Obese Adolescent. **Ped. Cl. North America**, 24(1):123-132, 1977.

MORGENSTERN, S. - Le Symbolisme et la Valeur Psychanalytique des Dessins Infantiles. **Rev. Française de Psychanalyse**, 11(1):39-48, 1939.

MUSTAJOKI, P. - Psychosocial Factors in Obesity. **Ann. of Clinical Res.**, 19:143-146, 1987.

PIHL, R.O. & NIMROD, G. - The Reliability and Validity of the Draw-a-Person Test in I.Q. and Personality Assessment. **J. Cl. Psychology**, 32(2):470-472, 1976.

POLIFKA, J. - A Factor Analysis of Children's Human Figure Drawings. **Dissert. Abstr. Internat.** (The Humanities and Social Sciences), 39(9):5419A-5420A, 1979.

POSKITT, E.M.E. & COLE, T.J. - Nature, Nurture and Childhood Overweight. **Brit. Med. J.**, 1:603-605, 1978.

PRYTULA, R.E. & THOMPSON, N.D. - Analysis of Emotional Indicators in Human Figure Drawings as Related to Self-esteem. **Perc. and Motor Skills**, 37:795-802, 1973.

ROBACK, H.B. - Human Figure Drawings: Their Utility in the Clinical Psychologist's Armamentarium for Personality Assessment. **Psych. Bulletin**, 70(1):1-19, 1968.

ROCHA, Z. - Sobre a Utilização do Desenho no Diagnóstico e no Tratamento dos Distúrbios Emocionais da Criança. **Neurobiologia**, 28(1):101-113, 1955.

RODIN, J.; SCHANK, D., STRIEGEL-MOORE, R. - Psychological Features of Obesity. **Med. Cl. of North America**, 73(1):47-66, 1989.

RODRIGUES, M. do S. **Dicionário Brasileiro de Estatística**. 2 ed., Rio de Janeiro, Fundação IBGE, 1970. 350p.

SCHAEFFER, R.W. - Clinical Psychologists' Ability to Use the Draw-a-Person Test as an Indicator of Personality Adjustment. **J. Cons. Psychology**, 28(4):383, 1964.

SCHOPBACH, R. & MATTHEWS, R.A. - Psychologic Factors in the Problem of Obesity. **Arch. Neurol. and Psychiat.**, 54:157-158, 1945.

SECORD, P.F. & JOURARD, S.M. - The Appraisal of Body-Cathexis: Body-Cathexis and the Self. **J. Cons. Psychology**, 17(5):343-347, 1953.

SILVERSTONE, J.T. - Obesity. **Proc. R. Soc. Med.**, 61(4):371-375, 1968.

SILVERSTEIN, A.B. & ROBINSON, H.A. - The Representation of Orthopedic Disability in Children's Figure Drawings. *J. Cons. Psychology*, 20(5):333-341, 1956.

SLOCHOWER, J. - Emotional Labeling and Overeating in Obese and Normal Weigh Individuals. *Psychosom. Med.*, 38(2):131-139, 1976.

STUNKARD, A. & MENDELSON, M. - Obesity and the Body Image: I. Characteristics of Disturbances in the Body Image of Some Obese Persons. *Amer. J. Psychiat.*, 123(10):1296-1300, 1967.

STUNKARD, A. & BURT, V. - Obesity and the Body Image: II. Age at Onset of Disturbances in the Body Image. *Amer. J. Psychiat.*, 123(11):1443-1447, 1967.

VANE, J.R. & EISEN, V.W. - The Goodenough Draw-a-Man Test and Signs of Maladjustment in Kindergarten Children. *J. Cl. Psychology*, 18:276-279, 1962.

WERNECK, D.; GOMES, M.B.; QUADRA, A.A.F. - Contribuição da Psicologia ao Atendimento Ambulatorial de Obesos Infanto-juvenis. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.**, 23(3):108-110, 1979.

WEXLER, M. & HOLZBERG, J.D. - A Further Study of the Validity of Human Form Drawings in Personality Evaluation. **J. Proj. Techniques**, 16:249-251, 1952.

YATES, W. - Psychological Management of Obesity. **Iowa Med. Society**, 82(8):325-326, 1992.

10. ANEXOS

Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil (QMPI)

Responda as questões utilizando o seguinte código:

NÃO, NUNCA - 0
 POUCO, RARAMENTE - 1
 MAIS OU MENOS, ÀS VEZES - 2
 MUITO, SEMPRE - 3

Nº da ordem de nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: masc. (), fem. ()

- | | |
|--|-----|
| 01 - Demorou a andar | () |
| 02 - Não consegue ficar quieto | () |
| 03 - Tem (ou teve) dificuldade de falar | () |
| 04 - Tem (ou teve) gagueira | () |
| 05 - Urina na cama ou nas calças | () |
| 06 - Faz cocô nas calças | () |
| 07 - Tem tiques, cacoetes | () |
| 08 - Chupa dedos | () |
| 09 - Roe unhas | () |
| 10 - Tem manias | () |
| 11 - Mentira | () |
| 12 - Rouba | () |
| 13 - É nervoso | () |
| 14 - Zanga-se com facilidade | () |
| 15 - Não se dá bem com os de casa | () |
| 16 - É brigão, agressivo | () |
| 17 - É cruel com menores e animais | () |
| 18 - É uma criança triste | () |
| 19 - Tem medo de muitas coisas | () |
| 20 - Tem medo de algumas coisas | () |
| 21 - Tem dificuldade de dormir | () |
| 22 - Acorda gritando, tem pesadelos | () |
| 23 - É tímido, retraído | () |
| 24 - Acha que é pouco estimado | () |
| 25 - É excessivamente preocupado | () |
| 26 - Chora com facilidade | () |
| 27 - Dá "ataques" quando chora | () |
| 28 - Sente falta de ar (se contrariado) | () |
| 29 - Tem dor de barriga (se contrariado) | () |
| 30 - Tem dor de cabeça frequentemente | () |
| 31 - Tem "desmaios", perde a consciência | () |
| 32 - Tem crises convulsivas | () |
| 33 - É esquecido, não presta atenção às coisas | () |
| 34 - Tem dificuldade de aprender | () |
| 35 - É retardado, abobalhado | () |

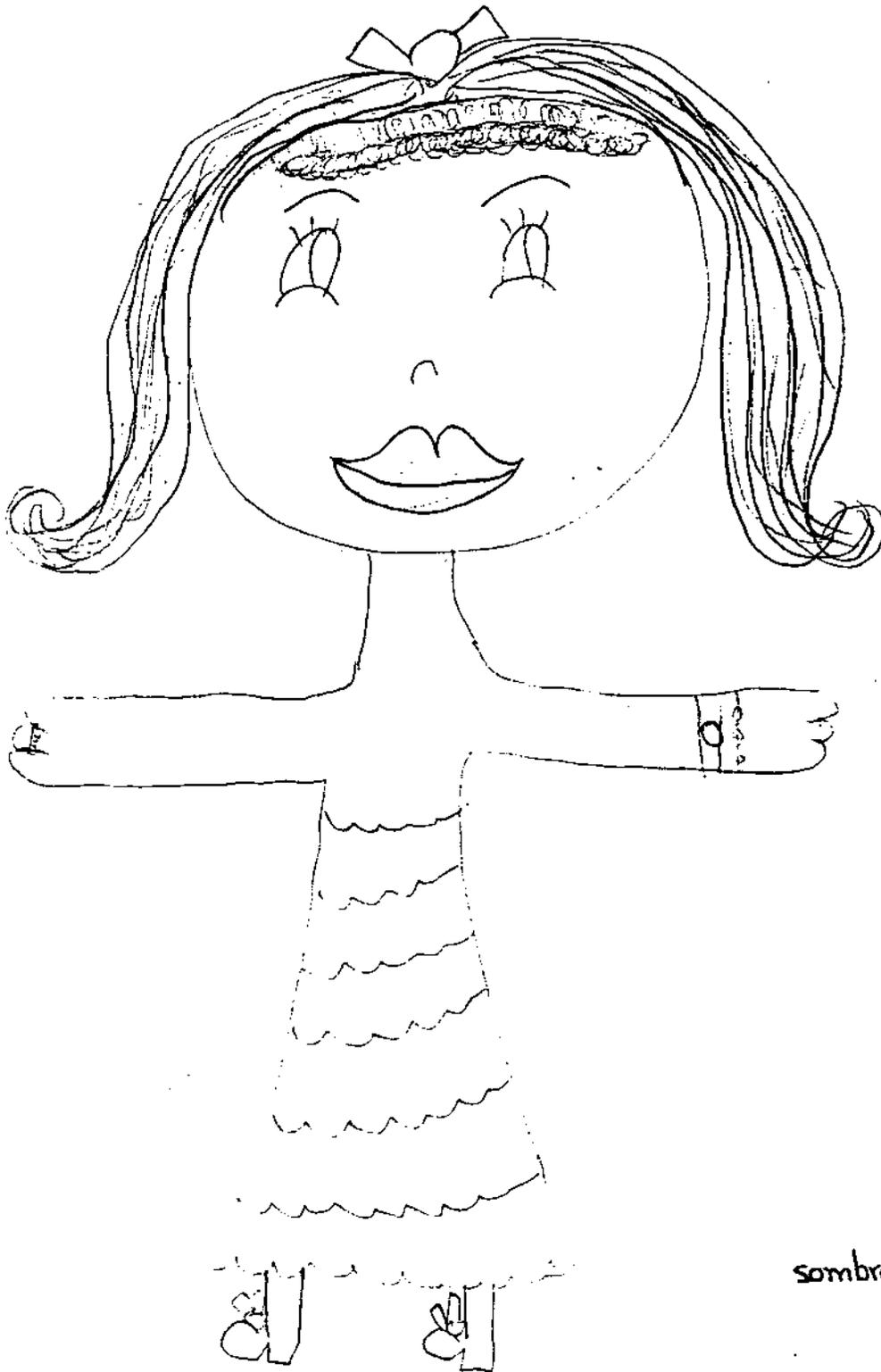
Escore: _____ Data: ___/___/___ Entrevistador: _____

ANEXO 1

ANEXO 2

NO2 (9)

8a. 4m.

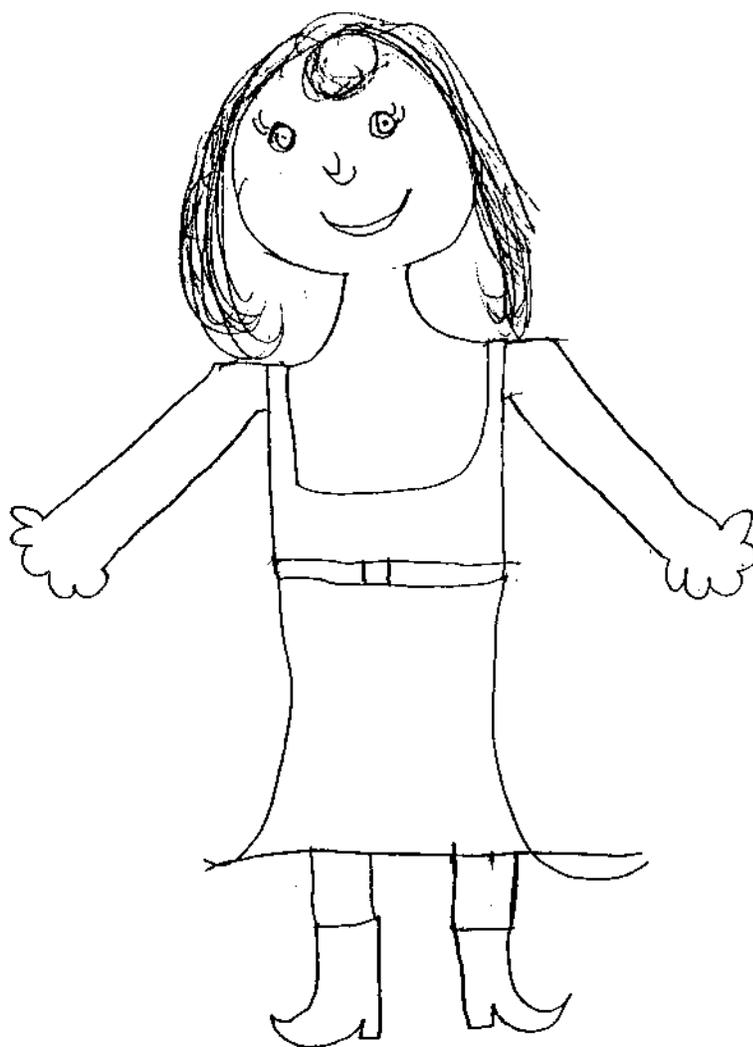


sombreado

ANEXO 3

NO3 (9)

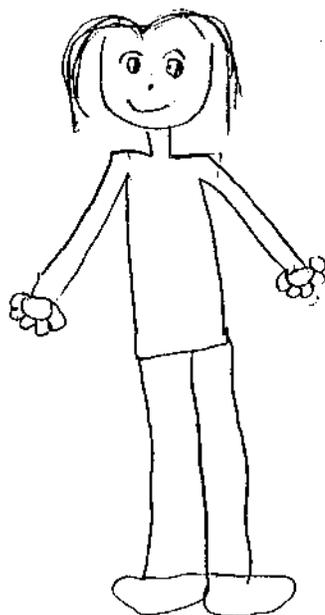
9a. 1m.



ANEXO 4

NO4 (9)

10a. 11m.

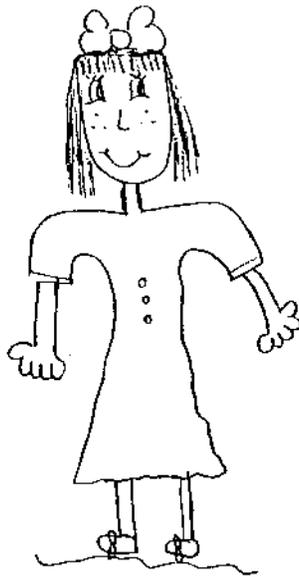


pernas apertadas

ANEXO 5

NO8 (9)

11a. 1m.

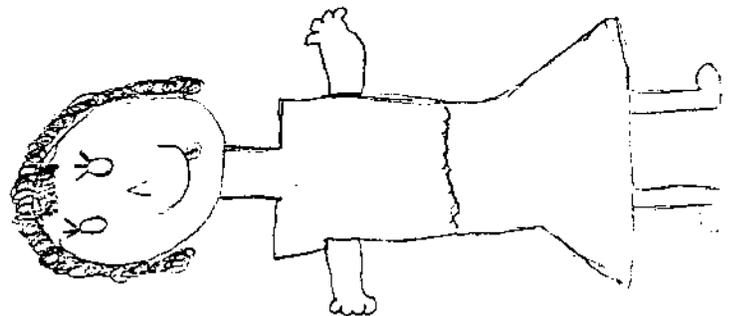


ANEXO 6

NO12 (9)

10a. 0m.

barajas curules



ANEXO 7

NO13 (9)

10a. 0m.

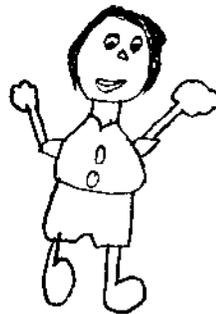


mão cortada

ANEXO 8

NO₂ (σ)

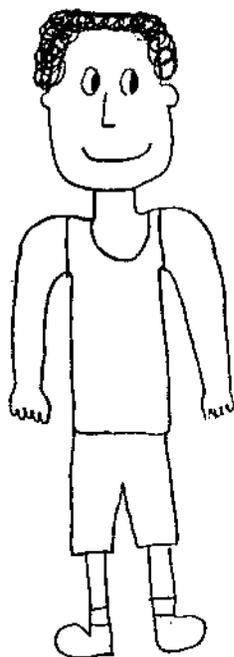
7a. 4m.

*figura pequena*

ANEXO 9

NO4 (σ)

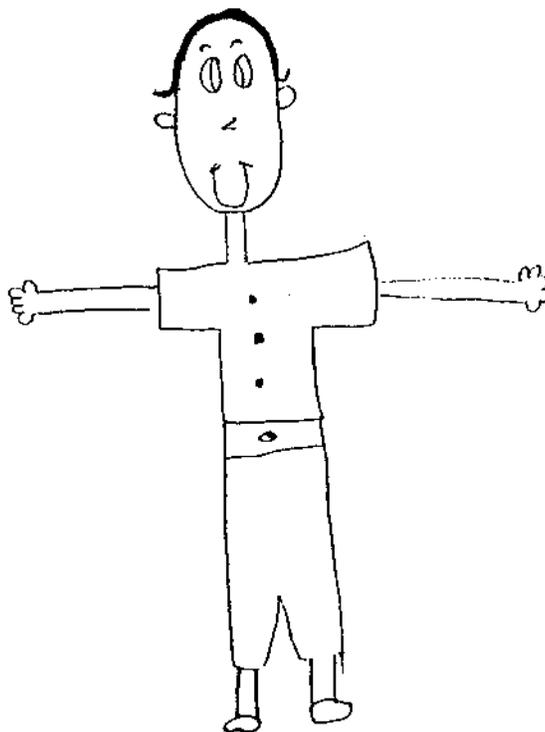
10a. 11m.



ANEXO 10

NO6 (σ)

8a. 5m.

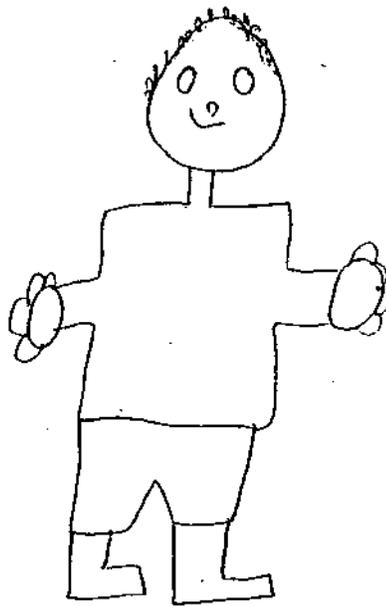


olhos verdes

ANEXO 11

NO11(σ)

11a. 2m.

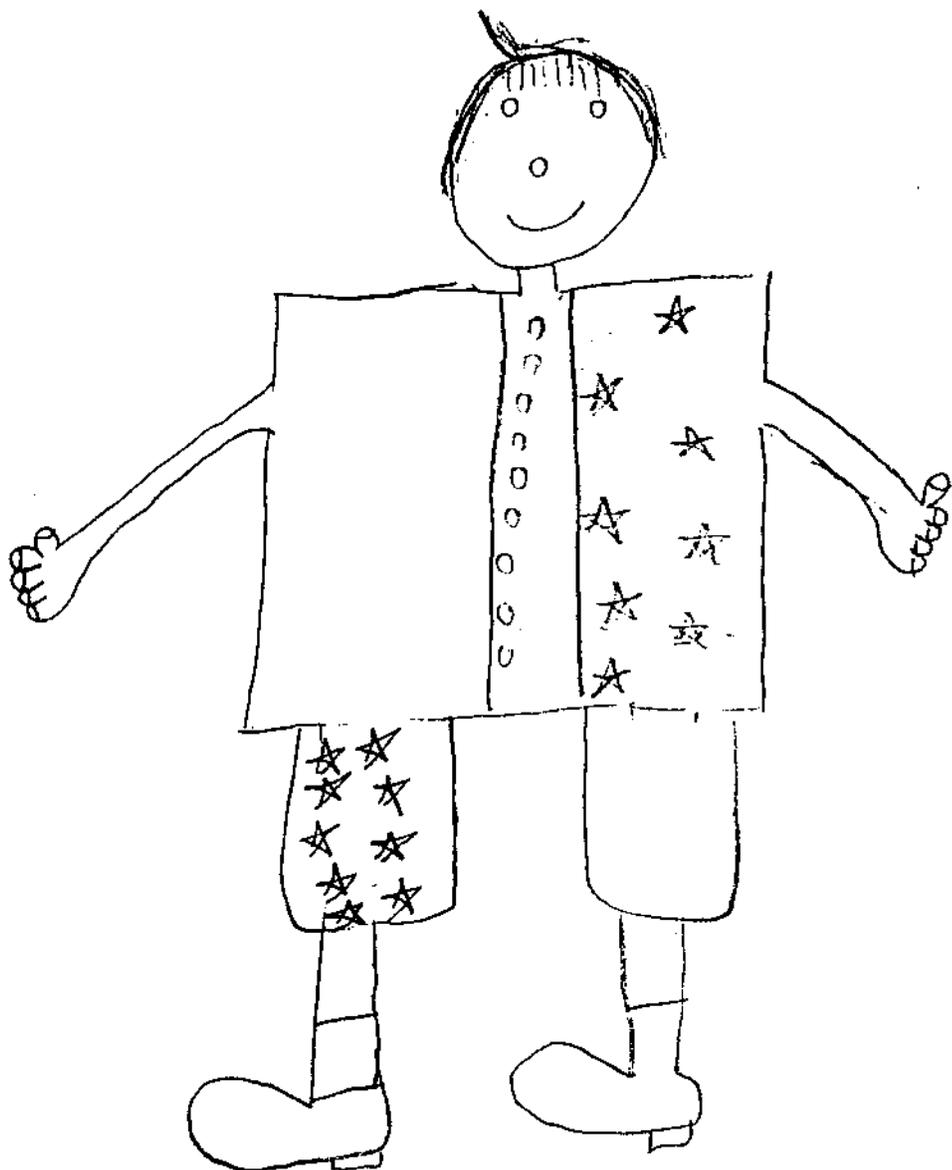


braços curtos

ANEXO 12

NO13(σ)

10a. 0m.

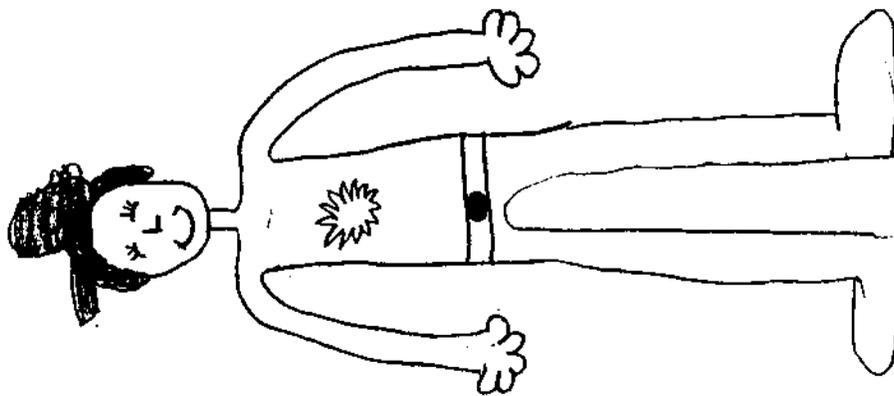


bracos centos

ANEXO 13

NO14(σ)

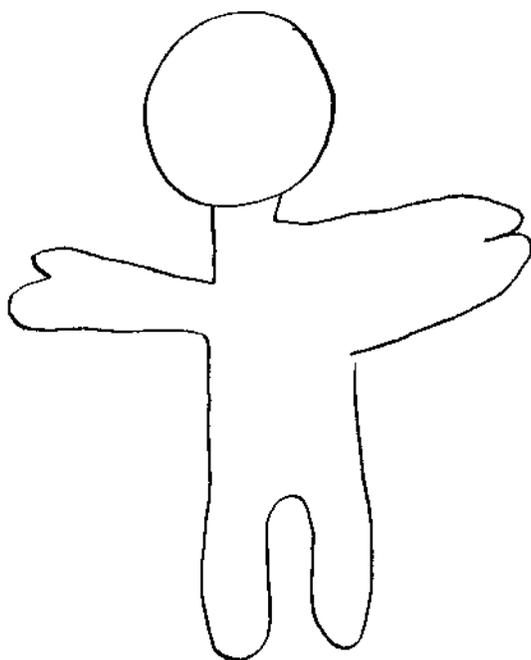
9a. 9m.



ANEXO 14

O7(9)

8a. 4m.

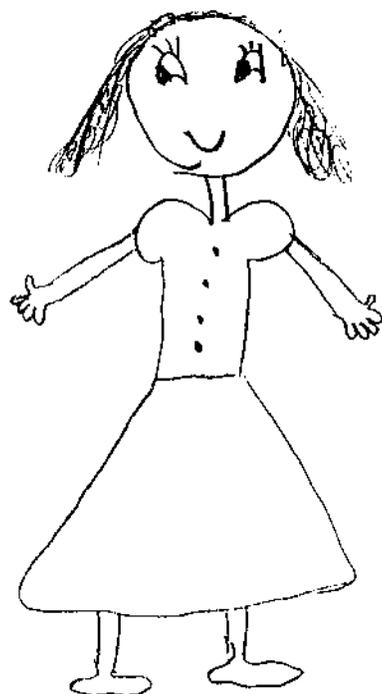


omissões dos olhos
omissões do nariz
omissões da boca
omissões dos pés
assimetria
mãos grandes

ANEXO 15

08(9)

10a. 10m.



braços curtos
omissão do nariz

ANEXO 16

O9(9)

10a. 3m.

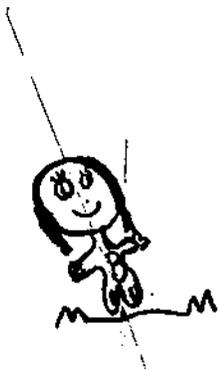


figura inclinada

figura pequena

bracos curtos

omissas dos pés

ANEXO 17

O10(9)

10a. 2m.

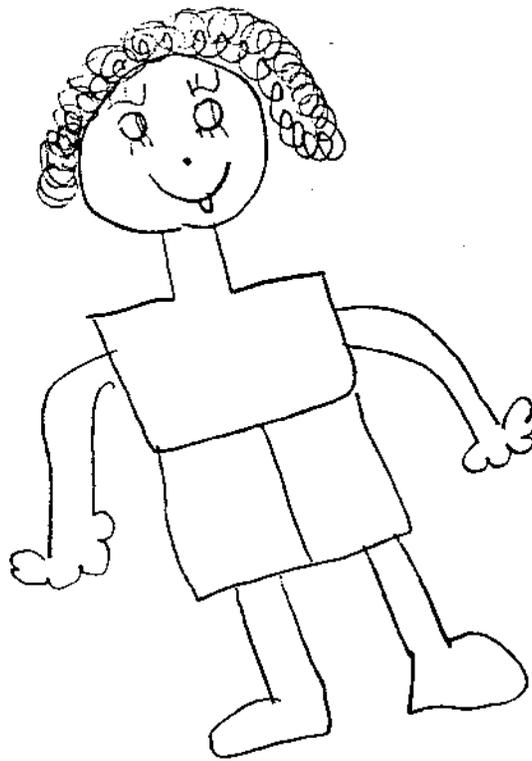


figura inclinada

ANEXO 18

O11(9)

10a. 2m.

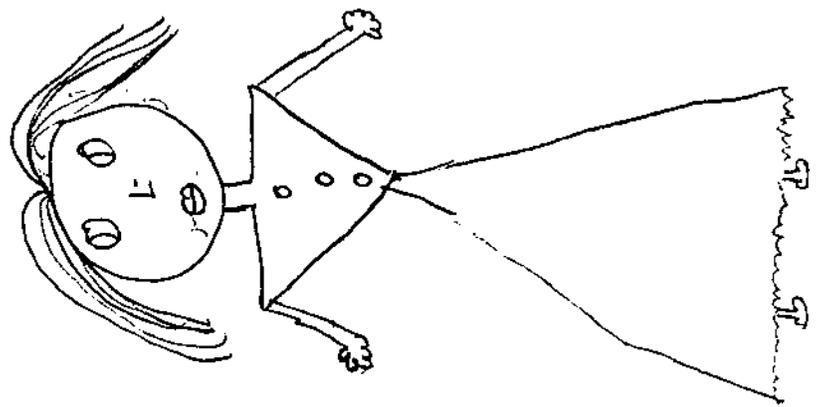


braços longos
mãos cortadas
assimetria
pobre integração

ANEXO 19

O15(9)

10a. 6m.



assimetria
braços curtos

ANEXO 20

01(σ)

11a. 4m.



figura pequena
omissão de nariz
omissão de pernas

ANEXO 21

O9(σ)

10a. 5m.



figura grotesca
brazos cortos
dientes

ANEXO 22

O10(σ)

9a. 2m.

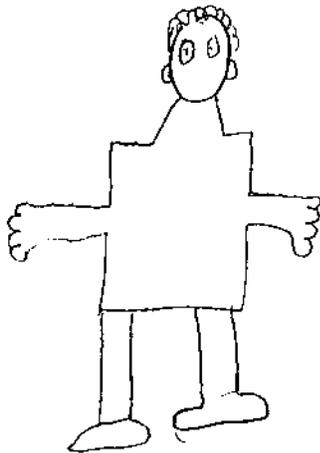


figura grotesca
braços curtos
omissão de base
omissão do nariz

ANEXO 23

O12(σ)

12a. 4m.

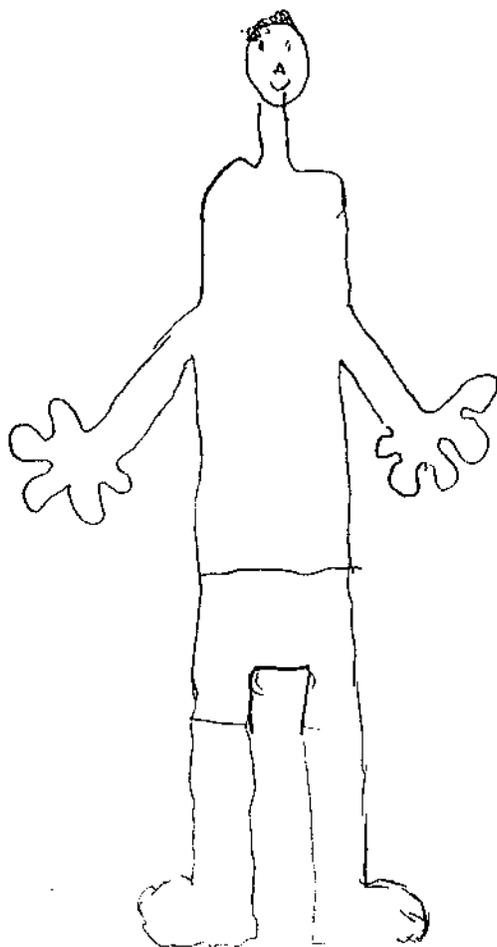
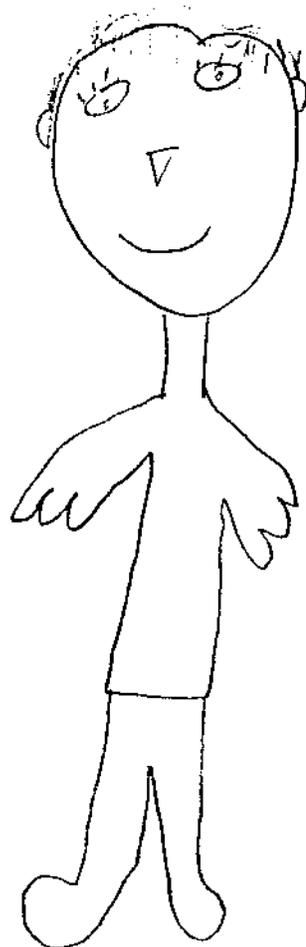


figura gítesca
cabeça pequena
braços curtos
mãos grandes

ANEXO 24

O13(σ)

7a. 2m.

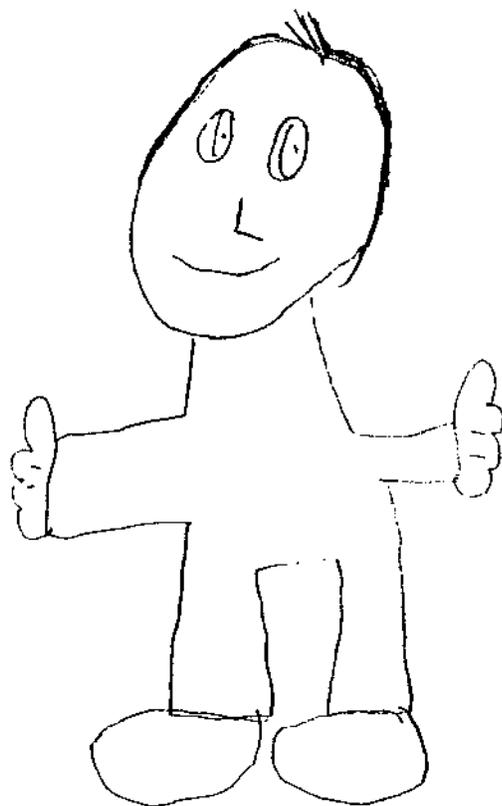


asimetria
bracos curtos

ANEXO 25

O14(σ)

7a. 10m.



assimetria
braços curtos
(orelhas do pescoço)