

SINTOMAS DEPRESSIVOS, INDICADORES EMOCIONAIS E NÍVEL DE MATURIDADE MENTAL EM CRIANÇAS COM OBESIDADE

2012

Jenifer Malgarin Kitamura

Psicóloga.

jmalgarin@gmail.com

Josiane da Silva Delvan

Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo. Professora Titular da Universidade do Vale do Itajaí

josidelvan@univali.br

Adriano Schlösser

Psicólogo. Mestrando em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina-Brasil.

adriano.psicologia@yahoo.com.br

Antônio Carlos Lançoni Jr.

Psicólogo. Mestrando em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina- Brasil.

acarlos.psi@gmail.com

RESUMO

O presente estudo objetivou investigar a relação entre sintomatologia depressiva e obesidade em crianças, caracterizando-se como um estudo quantitativo de caráter exploratório e descritivo. Participaram das atividades 8 sujeitos: quatro do sexo masculino e quatro do sexo feminino, com idades entre 7 anos e 9 meses até 11 anos e 6 meses, que possuíam o diagnóstico de obesidade, indicados por um profissional médico especialista na área. Para a coleta dos dados fora utilizado um questionário estruturado com os pais das crianças (anamnese), aplicação do Inventário de Depressão Infantil- CDI e do teste do Desenho da Figura Humana- DFH nas crianças. O estudo revelou que seis crianças apresentaram o Nível de Maturidade Mental- NMN adequado à sua idade, sete crianças apresentaram dois ou mais indicadores Emocionais em seus DFH e uma alcançou o ponto de corte para a sintomatologia depressiva. Concluiu-se que crianças obesas não apresentam maiores indicadores de depressão por meio do CDI, entretanto,



apresentaram alguns indicadores emocionais em seus desenhos que merecem atenção em avaliações psicológicas no diagnóstico de depressão.

Palavras-chave: Psicologia pediátrica, crianças, obesidade, depressão

INTRODUÇÃO

Assim como na fase adulta, a infância é prejudicada pela obesidade, principalmente pela suscetibilidade às doenças e consequências sociais e emocionais, a exemplo da depressão, por vezes motivada pela discriminação e isolamento. Mas é preciso atenção no diagnóstico de depressão em crianças obesas, uma vez que os sintomas não devem ser considerados isoladamente e sim no seu contexto (Calderaro & Carvalho, 2005).

Os estudos realizados por Csabi, Tenye e Molnar (citado por Luiz, Gorayeb, Liberatore Júnior & Domingos, 2005) revelaram que crianças obesas demonstram maior número de sintomas depressivos em detrimento às crianças com peso normal. Luiz et al. (2005) destaca que embora não haja uma relação causal claramente estabelecida entre obesidade infantil e determinados aspectos psicológicos como depressão e ansiedade, a literatura aponta certa relação entre esses aspectos, merecendo melhores estudos.

Cataneo, Carvalho e Galindo (2005) consideram que crianças obesas são mais regredidas e infantilizadas e demonstram dificuldade em obter prazer nas relações, em lidar com sua sexualidade além de apresentarem baixo autoestima. Brito, Mottin e Repetto (2003) alertam sobre a discriminação social sofrida por crianças obesas, como ironias, falsa cordialidade, agressões implícitas ou explícitas, geradora de considerável carga de sofrimento psíquico predisponentes de mecanismos compensatórios ou deslocados sobre seus hábitos alimentares.

Crianças com menos de 6 anos de idade descreveram o perfil da criança obesa como “preguiçosa, suja, estúpida, trapaceira e mentirosa” e também “como aquela que menos desejam brincar” (Kaplan, 1999, p.1603). Diante de estudos e depoimentos, fica evidente que crianças obesas sofrem mais discriminação e são menos aceitas em grupos de amigos, quando comparadas com crianças magras (Damiani, Damiani & Oliveira, 2002).

O presente estudo objetivou investigar a relação entre sintomatologia depressiva e obesidade em crianças, atentando para os seguintes objetivos específicos: a) levantar os indicadores emocionais e o nível de maturidade mental das crianças estudadas; b) verificar a presença da sintomatologia depressiva em crianças diagnosticadas com obesidade; c) relacionar

os indicadores de sintomatologia depressiva, nível de maturidade mental e indicadores emocionais nas crianças obesas.

METODO

A presente pesquisa baseou suas atividades no modelo exploratório-descritivo, tendo como método utilizado a abordagem quantitativa, uma vez que pesquisas do tipo quantitativo-descritivas consistem em investigações de pesquisas empíricas, tendo como principal finalidade o delineamento de características de fatos (Marconi & Lakatos, 2002).

Para responder ao objetivo geral da pesquisa, que é o de investigar a relação entre sintomatologia depressiva e obesidade em crianças, participaram das atividades 8 sujeitos, quatro do sexo masculino e quatro do sexo feminino, com idades entre 7 anos e 9 meses até 11 anos e 6 meses, que possuíam o diagnóstico de obesidade, indicados por um profissional médico especialista na área.

Visando estabelecer o padrão de obesidade infantil, adotou-se o método proposto por Vítolo (2003), que utiliza tabelas e índices da OMS, as quais definem como criança obesa aquela que apresentar percentil de IMC maior que 97. Vale ressaltar que todos os participantes da pesquisa apresentaram percentil maior que 97.

Com relação aos instrumentos e sua utilização na análise dos dados, foram empregados dois: o Desenho da Figura Humana (DFH) conforme a proposta de Koppitz (1976), visando identificar possíveis sintomatologias de depressão infantil, uma vez que o desenho releva, além do nível evolutivo da criança, suas relações interpessoais e atitudes frente a si mesma e às pessoas significativas em sua vida, podendo servir como um retrato de determinado momento da vida, apresentando possíveis medos e ansiedades. Também o Inventário de Depressão Infantil (CDI), adaptado para o contexto brasileiro por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995), sendo este instrumento utilizado para auxiliar no diagnóstico de depressão em crianças e adolescentes de 07 a 17 anos, consistindo em 27 itens divididos em 5 categorias: humor depressivo (HD), problemas interpessoais (PI), ineficiência (I), anedonia (A) e baixa auto-estima (BA). A pontuação das questões vão de 0 a 3 pontos, sendo que, se a soma dos escores for igual ou maior que 17, significa que a criança deverá realizar uma avaliação clínica mais precisa, pois apresenta sintomatologias de depressão infantil.

A coleta de dados ocorreu na residência dos sujeitos da pesquisa - uma vez que algumas famílias tinham dificuldades de levarem os participantes da pesquisa no local estipulado - com duração em média de 40 minutos. Os dados referentes ao peso, estatura e IMC foram obtidos

com o auxílio do médico pediatra e endocrinologista dos sujeitos, tendo validade técnica confirmada pelos parâmetros atuais.

Para a análise dos dados, o CDI recebeu tratamento de escore do próprio instrumento, sendo utilizados outros estudos como base para a análise (Gouveia et al., 1995; Barbosa, Dias, Gaião & Di Lorenzo, 1996; Golfeto, Veiga, Souza & Barbeira, 2002; Cruvinel & Boruchovitch, 2003). Com relação ao DFH, este recebeu análise qualitativa proposta por Koppitz (1996), sendo que outros autores também deram embasamento teórico para a análise dos dados (Almeida, Loureiro & Santos, 2002; Arteche, 2006; Cunha & Wechsler, 2006; Cataneo, Carvalho & Galindo, 2005; Cardoso & Carvalho, 2007).

Por fim, tentou-se buscar uma relação entre os três indicadores levantados por meio destes instrumentos: Sintomatologia Depressiva, Nível de Maturidade Mental e Indicadores Emocionais.

Acerca dos aspectos éticos, conforme preconiza a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o protocolo nº 588a/07. Todos os sujeitos tiveram sua participação autorizada pelos pais/responsáveis, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nível de Maturidade Mental pelo desenho da Figura Humana

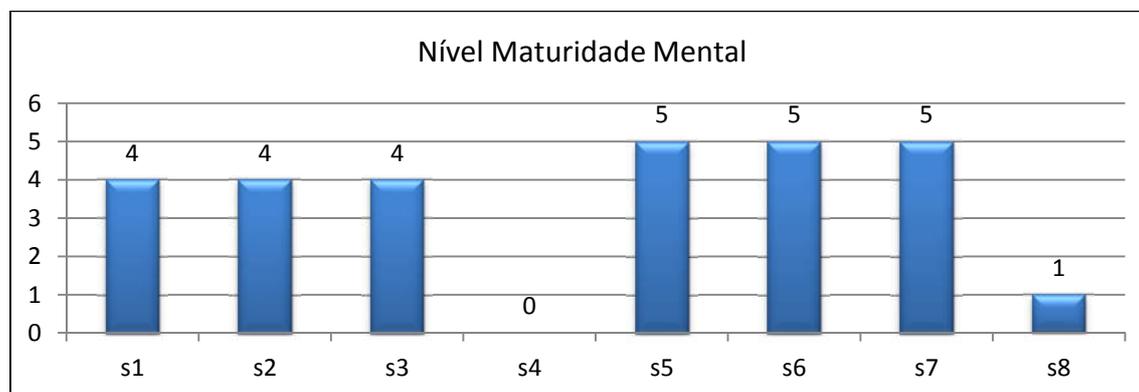
A lista de itens Evolutivos do Desenho da Figura Humana- DFH de Koppitz (1976) é composta por 30 indicadores. Desta lista podemos citar as quatro categorias definidas pela autora: 1ª categoria- itens esperados: compõem 86-100% dos DFH; 2ª categoria- itens comuns: 51-85% dos DFH; 3ª categoria- itens bastante comuns: 16-50% dos DFH; 4ª categoria- itens excepcionais: menos de 15% dos DFH. Os indicadores evolutivos do DFH revelam o Nível de Maturidade mental- NMM do indivíduo. A autora definiu que para cada item excepcional encontrado no desenho atribui-se 1 ponto (+1); para cada item esperado omitido subtrai-se um ponto (-1) e soma-se o valor (5), uma constante para evitar números negativos. O resultado é igual ao NMM. Logo, a fórmula é compreendida como: itens excepcionais – itens esperados + 5 = NMM. A tabela a seguir apresenta o NMM de acordo com o resultado obtido na pontuação do DFH:

Tabela 1. Nível de Maturidade Mental de acordo com o DFH proposto por Koppitz (1976)

Pontuação DFH	Nível de Maturidade Mental
8 ou 7	Normal alto a superior
6	Normal a superior
5	Normal a normal alto
4	Normal baixo a normal
3	Normal baixo
2	Boderline
1 ou 0	Mentalmente retardado ou funcionando em um nível retardado devido a sérios problemas emocionais

A análise do aspecto cognitivo da amostra revelou que três meninos obtiveram pontuação 5 e um a pontuação 1. Já as meninas, três obtiveram pontuação 4 e uma pontuação 0. Na figura abaixo, no gráfico é possível perceber a diferença. Evidencia-se que duas das crianças participantes do estudo não possuem o desenvolvimento cognitivo esperado para a idade.

Figura 1. Gráfico da distribuição do nível de maturidade Mental dos sujeitos



Indicadores emocionais do desenho da figura humana

Observou-se que os sujeitos s1, s2, s3, s4, s5, s7 e s8 apresentaram dois ou mais indicadores emocionais em seus DFH de dificuldades emocionais. De acordo com Koppitz (1976) a presença de um indicador emocional é aceitável por estar de acordo com a normatização. Entretanto, a presença de dois ou mais indicadores emocionais em um protocolo é sugestivo de possíveis

dificuldades emocionais. Somente um sujeito (s6) não apresentou indicadores emocionais válidos em seu desenho.

O dado mais relevante na avaliação dos Itens Emocionais foi a presença de um quatro desenhos *braços curtos* (s2, s3, s5, s8) e *assimetria acentuada entre as partes* da figura humana (s1, s3, s5, s7). O indicador *braço curto* parece refletir a dificuldade da criança em concentrar-se com o mundo circundante e com as outras pessoas. Pode estar associado com a tendência ao retraimento, ao fechar-se dentro de si com a inibição dos impulsos. Crianças que desenharam este indicador tendem a ser bem educadas. Sobre a *assimetria acentuada entre as partes* não se pode afirmar com certeza se diz respeito à falta de coordenação e pobreza de controle muscular fino ou se reflete o sentimento da criança de não estar bem coordenado e sem um equilíbrio adequado. Koppitz (1976) cita que Machover postulou a hipótese de que uma perturbação geral da *assimetria no DFH* é uma manifestação neurótica, mas também reflete a falta de coordenação, torpes física, inadequação física ou uma confusão da dominância lateral. A presença dos dentes em uma avaliação não pode ser considerada como significado de perturbação emocional se não houver outros Indicadores Emocionais na avaliação. Os sujeitos que desenharam dentes em seus desenhos nesta pesquisa (s1, s5) tiveram outros Indicadores Emocionais presentes em seus DFH, portanto, tornou-se válida a presença de dentes para indicar perturbação emocional.

A *omissão do Pescoço* não é um indicador emocional clinicamente válido antes dos 9 anos para meninas e dos 10 anos para os meninos. Essa norma foi respeitada durante a correção dos desenhos deste estudo, apresentando a *omissão do pescoço* em dois desenhos (s1, s2). Crianças que não desenharam o pescoço tendem a desenvolver um bom controle interno sobre seus impulsos e ações. Segundo Koppitz (1976), a *omissão do pescoço* parece estar relacionada com imaturidade, impulsividade e controle interno pobre.

A *integração pobre entre as partes* não é um indicador emocional válido antes dos 7 anos para os meninos e 6 anos para as meninas. Respeitando esta indicação somente dois sujeitos tiveram este indicador emocional (s3, s7). Este indicador parece estar ligado com um ou mais dos seguintes fatores: instabilidade, personalidade pobremente integrada, coordenação pobre ou impulsividade. Parece indicar imaturidade por parte da criança, resultado de um atraso evolutivo, deterioração neurológica, regressão devido a sérias perturbações emocionais ou aos três fatores conjuntamente.

No Desenho da Figura Humana, a figura pequena parece refletir extrema insegurança, retraimento e depressão. Porém, nem todas as crianças deprimidas ou inseguras desenharam necessariamente figuras pequenas, embora crianças que o fazem são tímidas, retraídas e provavelmente deprimidas. Machover, Jolles, Levy e Lewinson (como citado em Koppitz, 1976) também destacam que a figura pequena indica sentimentos de inadequação, um Eu inibido,

preocupação pelas relações com o ambiente, e sobretudo a depressão. Neste aspecto, a figura pequena estava presente em dois DFH (s4, s7).

Desenhos de braços compridos podem estar associados com inclusão agressiva no ambiente. Hammer e Levy (como citado em Koppitz, 1976) informam que os braços compridos refletem necessidades agressivas dirigidas para fora. Machover, citada por Koppitz (1976), revela que isso reflete ambição de sucessos e aquisições, incluindo a busca pelo amor e afeto. Este indicador também esteve presente no DFH de dois participantes (s4, s7), coincidentemente com os mesmos sujeitos do indicador acima descrito. O que podemos relacionar com a questão da depressão, já que crianças depressivas podem apresentar como sintomatologia a agressividade, irritabilidade e a hiperatividade (Calderaro & Carvalho, 2005).

A omissão do nariz esteve presente no DFH de dois sujeitos da pesquisa (s4, s8) e parece estar associada com a conduta tímida e retraída e com a ausência da agressividade manifesta. Também associada com o escasso interesse social segundo Stone e Ansbacher (como citado em Koppitz, 1976). Segundo Koppitz (1976), quando uma criança omite o nariz em seu DFH, ela parece estar expressando um sentimento de imobilidade e indefesa, uma incapacidade de progredir.

A presença de mãos grandes parece estar associada com a conduta agressiva e atuante nas situações que envolvem as mãos. Este indicador apareceu em um desenho somente (s7). Reflete agressividade, mas não oferece nenhum indicador específico para a conduta infantil. Levy (como citado em Koppitz, 1976) sustenta que as mãos grandes refletem uma conduta compensadora de sentimentos de inadequação, insuficiência manipulatória ou dificuldade de estabelecer contato com os outros. Machover (como citado em Koppitz, 1976) relata que as mãos grandes são típicas de meninos que estão compensando uma debilidade física ou que se sentem culpados pelo que fazem com suas mãos.

As mãos amputadas parecem refletir sentimentos de inadequação ou de culpa por não atuar corretamente, ou pela incapacidade de atuar. Machover (como citado em Koppitz, 1976) menciona também a possibilidade da existência da ansiedade de castração. Como a omissão das mãos parece estar relacionada com uma ampla variedade de atitudes e ansiedades, não é possível determinar unicamente a base da presença deste indicador emocional em uma avaliação. Só é possível afirmar que o sujeito está preocupado e se sente inadequado. Pode-se observar a presença deste indicador em um DFH (s8). Uma figura grotesca, também presente em um DFH (s8), reflete bem os sentimentos de intensa inadequação, e um conceito muito pobre de si mesmo.

As nuvens estiveram presentes em 3 DFH no presente estudo (s1,s4,s5). Koppitz (1976) revela que as nuvens encontram-se em desenhos de crianças muito ansiosas com dolências psicossomáticas. A princípio, as nuvens seriam desenhadas por crianças que não se atreveriam a



golpear outrem e em troca dirigem a agressão contra si mesma. As nuvens indicam que a criança se sente ameaçada pelo mundo adulto, principalmente pelos pais.

No quadro abaixo são apresentados a frequência em que os Indicadores Emocionais definidos por Koppitz apareceram nos desenhos das crianças participantes do estudo.

Quadro 2. Frequência dos Indicadores Emocionais nos DFH dos sujeitos da pesquisa

Indicadores Emocionais	Frequência
Integração pobre das partes	2
Sombreado do rosto	0
Sombreado do corpo e/ou extremidades	0
Sombreado das mãos e/ou pescoço	0
Assimetria acentuada das extremidades	4
Figura inclinada	1
Figura pequena	2
Figura grande	0
Transparências	0
Cabeça pequena	0
Olhos vessos ou desviados	0
Dentes	2
Braços curtos	4
Braços compridos	2
Braços colados ao corpo	0
Mãos grandes	1
Mãos amputadas	1
Pernas juntas	0
Genitais	0
Monstro ou figura grotesca	1
Desenho espontâneo de três ou mais figuras	0
Nuvens	3
Omissão de olhos	0
Omissão de nariz	2
Omissão de boca	0
Omissão de corpo	0
Omissão de braços	0
Omissão de pernas	0
Omissão de pés	0
Omissão de pescoço	2

Inventário de Depressão Infantil

O Inventário de Depressão Infantil é composto por 27 questões com o ponto de corte 17, sendo que os escores menores que 17 são considerados não sintomáticos e escores maiores ou iguais a 17 como sintomáticos. Analisando os resultados obtidos, verificou-se a presença da sintomatologia depressiva em 1 sujeito (12,5%) da amostra, enquanto 7 sujeitos (87,5%) apresentaram escore abaixo do ponto de corte.

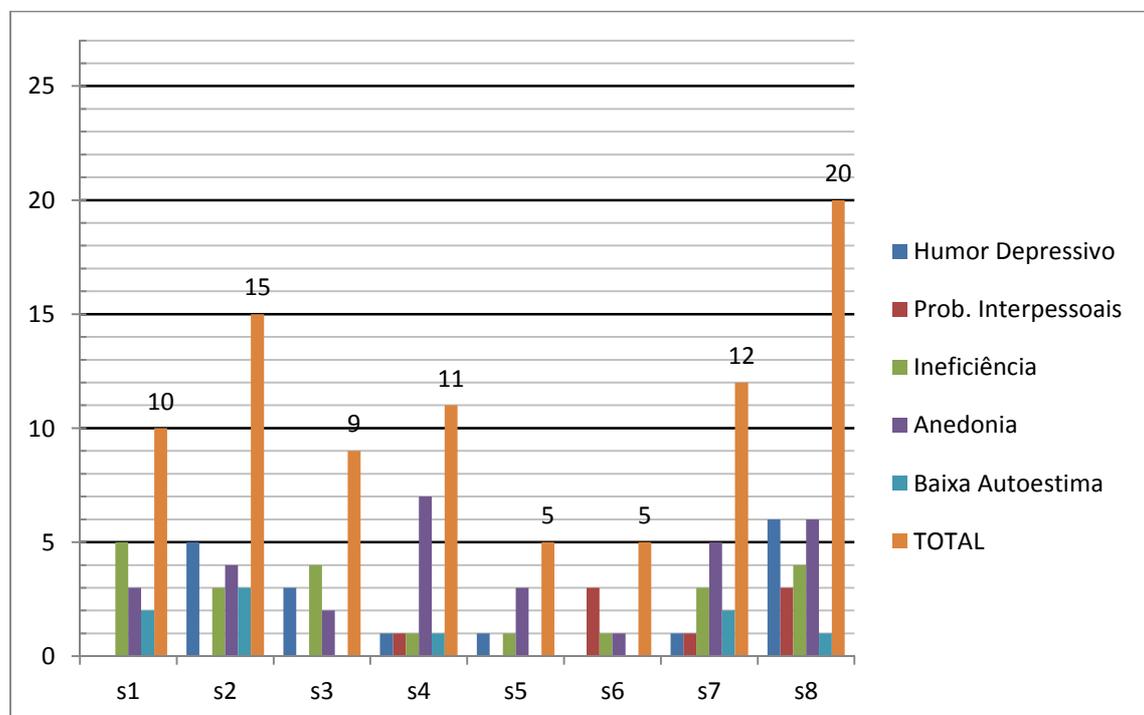
A *anedonia*, caracterizada pela perda da capacidade de sentir prazer em atividades que antes eram prazerosas, não conseguir se divertir, cansar-se facilmente, sentir-se só e preocupar-se com dores, foi o fator mais relevante encontrado nos sujeitos. Este indicador esteve presente em todos os sujeitos da pesquisa.

A *ineficiência* indica que o sujeito precisa de grande esforço para fazer as atividades e tem a sensação de estar fazendo as coisas erradas, também esteve presente em todos os sujeitos da pesquisa. O *humor depressivo*, que engloba tristeza, pessimismo preocupante, culpa, choro e incapacidade de tomar decisões, esteve presente em seis dos oito sujeitos (s2,s3,s4,s5,s7,s8).

Em seguida, a *baixa auto-estima*, caracterizada pelo pessimismo, ódio em relação a si mesmo, ideação suicida, imagem corporal negativa e sentimentos de desamor, apareceu em cinco sujeitos (s1, s2, s4, s7, s8). O indicador que menos apareceu foi o de *problemas interpessoais*, presente em quatro sujeitos (s4, s6, s7, s8).

Este indicador revela que a criança não gosta de estar com outras pessoas, desobedece a ordens, envolve-se em brigas e percebe-se como uma criança má. Todos os indicadores estiveram presentes nos sujeitos, mas o escore destes variou entre os sujeitos como podemos perceber no gráfico abaixo, que demonstra a pontuação para cada indicador e também o escore total para cada participante da pesquisa.

Figura 2. Gráfico do Escore parcial e total do CDI nos sujeitos da pesquisa



Nível de Maturidade Mental, Indicadores Emocionais e Inventário de Depressão Infantil

Na tentativa de encontrar uma relação entre o Nível de Maturidade Mental, Indicadores Emocionais e o Inventário de Depressão Infantil, os dados referentes ao presente trabalho foram cruzados.

No DFH deve-se considerar que o NMM esperado para a idade sejam os níveis normais (normal baixo, normal baixo a normal ou normal a normal alto) e a presença de dois ou mais Indicadores Emocionais em um protocolo é sugestivo de prováveis dificuldades emocionais.

Já no CDI, o ponto de corte é 17, ou seja, sujeitos que apresentarem escore igual ou superior, devem realizar uma avaliação clínica para um diagnóstico mais preciso, pois sendo CDI um instrumento de screening, este não objetiva o diagnóstico.

Pode-se esperar que indivíduos com níveis de maturidade mental adequado à sua idade, ou superior ao esperado, saibam lidar melhor com conflitos internos e externos, sabendo inclusive lidar melhor com a depressão. O contrário também é verdadeiro – indivíduos com NMM inferior ao esperado não conseguem lidar com questões emocionais, resultando em prejuízos devido à questão do não enfrentamento (Sun, 2006). Acrescenta-se que nesta pesquisa, as crianças possuem um diagnóstico em comum, a obesidade.

No quadro abaixo podemos observar o NMM, o escore do CDI e a quantidade de Indicadores Emocionais presentes nos DFH das crianças do presente estudo.

Quadro 3. Resultados do Nível de Maturidade Mental, Indicadores Emocionais e Inventário de Depressão Infantil no presente estudo.

Sujeitos	Nível de Maturidade Mental	CDI	Indicadores Emocionais
s1	Normal baixo a normal	10	5
s2	Normal baixo a normal	15	2
s3	Normal baixo a normal	9	3
s4	Mentalmente retardado ou funcionando em um nível retardado devido a sérios problemas Emocionais	11	4
s5	Normal a normal alto	5	4
s6	Normal a normal alto	5	0
s7	Normal a normal alto	12	5
s8	Mentalmente retardado ou funcionando em um nível retardado devido a sérios problemas emocionais	20	4

É possível concordar com indicação de que o NMM se relacione positivamente ao CDI e aos Indicadores Emocionais ao se observar o sujeito s6, o qual apresentou NMM adequado à sua idade, não atingiu o ponto de corte sintomático do CDI e não apresentou nenhum indicador emocional em seu desenho. O que indica que esse sujeito, além de estar mentalmente de acordo com sua faixa etária, sabe lidar com situações que envolvam problemas emocionais.

Percebe-se também o contrário no sujeito s8, que apresentou NMM inferior ao esperado, escore sintomático (acima do ponto de corte 17) e 4 Indicadores Emocionais em seu DFH. A análise revela que o NMM pode também se relacionar negativamente ao CDI e aos Indicadores Emocionais, mostrando que este sujeito está suscetível a problemas emocionais e à sintomatologia depressiva.

Porém os sujeitos s1, s2, s3, s5 e s7 apresentam um NMM esperado para a sua idade e escore do CDI não sintomático, ou seja, não atingiram o ponto de corte 17. Em contraponto, nota-se que apresentaram Indicadores Emocionais suficientes para indicar prováveis dificuldades emocionais, o que de certa maneira, vai de encontro com o que Sun (2006) propôs, indicando assim, que nem todos os sujeitos com NMM adequado a sua idade sabem lidar com problemas emocionais.

Também em oposição a Sun (2006), pode-se observar o sujeito s4, que apresentou NMM inferior ao esperado e número significativo de indicadores emocionais em seu DFH, não atingiu o escore sintomático do CDI, indicando apenas uma possível relação da maturidade mental inferior com a presença de indicadores emocionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE, a frequência do excesso de peso praticamente triplicou nos últimos 20 anos em crianças entre 5 e 9 anos de idade e entre adolescentes (Brasil, 2010). A obesidade causa vários prejuízos na vida das crianças, como discriminação social, isolamento, frustração e retraimento. Alguns autores demonstram que dentre as crianças obesas observou-se um alto índice de depressão.

Este trabalho utilizou o Inventário de Depressão Infantil (CDI) e o Desenho da Figura Humana (DFH), a fim de verificar a sintomatologia depressiva, os Indicadores Emocionais e o Nível de Maturidade Mental (NMM) nas crianças do estudo. Optou-se por incluir o método do DFH no estudo por conter valiosas contribuições para possíveis estudos de relação entre os Indicadores Emocionais e a sintomatologia depressiva.

Identificou-se que seis crianças possuem um NMM indicado para sua faixa etária, e duas crianças apresentaram um déficit na sua maturidade mental. Já nos aspectos emocionais observou-se que sete sujeitos apresentaram dois ou mais Indicadores Emocionais em seu desenho, enquanto um participante não revelou nenhum Indicador Emocional em seu desenho.

Com o CDI verificou-se que um sujeito da pesquisa apresentou escore acima do ponto de corte do instrumento, enquanto os outros sete não atingiram o escore para sugerir indicadores depressivos. Quanto à relação entre os indicadores de sintomatologia depressiva, Nível de Maturidade Mental e indicadores Emocionais nas crianças obesas, em alguns momentos foi possível relacionar as três variáveis dos instrumentos com êxito, quando se pode perceber a presença do baixo nível de Maturidade Mental com o ponto de corte para a sintomatologia depressiva e a presença de vários Indicadores Emocionais em seu DFH. Também, foi possível relacionar o NMM adequado à idade, a ausência de indicadores da sintomatologia depressiva e de indicadores Emocionais no DFH.

Porém, como se trata de um estudo com uma população reduzida, não se pode generalizar para uma amostra maior, necessitando para isso, um estudo com maior número de sujeitos. Esta é uma das indicações para futuras pesquisas, pois o campo de estudo que envolve tanto a obesidade infantil, quanto a depressão infantil encontra-se aberto, necessitando de um maior número de pesquisas para aprofundamento do tema.

A partir dos resultados encontrados neste estudo, conclui-se que crianças obesas não apresentam maiores indicadores de depressão através do CDI, mas que apresentam alguns Indicadores Emocionais em seus desenhos que merecem maior atenção em avaliações psicológicas no diagnóstico da depressão. É preciso cautela no encaminhamento de crianças obesas para atendimento psicológico, pois a necessidade não é generalizada. Ser obeso não significa ter problemas psicológicos. É preciso desmistificar esta crença, especialmente junto aos pais que buscam enxergar problemas de ordem emocional como fatores de explicação para a ocorrência do excesso de peso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, G. A. N. de, Loureiro, S. R., & Santos, J. E. dos. (2002). A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do Desenho da Figura Humana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 283-292.

Arteche, A. X. (2006). *Indicadores emocionais do desenho da figura humana: construção e validação de uma escala infantil*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Barbosa, G. A., Dias, M. R., Gaião, A. A., & Di Lorenzo, W. F. (1996). Depressão infantil: Um estudo de prevalência com o CDI. *Infanto*, 4(3), 36-40.

Brasil - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2010). *Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE.

Brito, C. L. de S., Mottin, C. C., Repetto, G. (2003). Obesidade: tratamento, aspectos psiquiátricos e comorbidades. In: A. Cataldo Neto, G. J. C. Gauer e N. R. Furtado (Orgs). *Psiquiatria para estudantes de medicina* (pp. 519-525). Porto Alegre: EDIPUCRS.

Calderaro, R. S. dos S., & Carvalho, C. V. de. (2005). Depressão na infância: um estudo exploratório. *Psicologia em estudo*, 10(2), 181-189.

Cardoso, L. K. de O., & Carvalho, A. M. P. (2007). Avaliação psicológica de crianças acompanhadas em programa de atenção multiprofissional à obesidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(22), 297-312.

Cataneo, C., Carvalho, A. M. P., & Galindo, E. M. C. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 39-46.

Coutinho, M. da P. de L. (2001). *Depressão infantil: uma abordagem psicossocial*. João Pessoa: Editora Universitária.

Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2003). Depressão infantil: uma contribuição para a prática educacional. *Psicologia Escolar e Educacional*, 7(1), 77-84.

Cunha, G. A. de V., & Wechsler, S. (2006). Indicadores emocionais nos desenhos de crianças obesas. In: *Anais do XIX Encontro de Psicologia de Assis* (p.1-7). Assis: Unesp.

Damiani, D., Damiani, D., & Oliveira, R. G. de. (2002). Obesidade - fatores genéticos ou ambientais? *Pediatria moderna*, São Paulo, 38(3), 57-80.

Drachler, M. de L., Macluf, S. P. Z., Leite, J. C. de C., Aerts, D. R. G. de C., Giugliani, E. R. J., & Horta, B. L. (2003). Fatores de risco para o sobrepeso em crianças no Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 19(4), 1072-1081.

Fisberg, M. (2005). *Atualização em obesidade na infância e adolescência*. São Paulo: Atheneu.

Golfeto, J. H., Veiga, M. H., Souza, L. de, & Barbeira, C. (2002). Propriedades psicométricas do Inventário da Depressão Infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29(2), 66-70.

Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F. de, & Gaião, A. de A. (1995). Inventário de depressão infantil - CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(7), 345-349.

Kaplan, H. (1999). *Tratado de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kaplan, H. I., Grebb, J. A., & Sadock, B. J. (1997). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7.ed. Porto Alegre: ARTMED.

Koppitz, E. M. (1976). *El dibujo de la figura humana en los niños: evaluación psicológica*. Buenos Aires: Guadalupe.

Lewis, M. (1995). *Tratado de psiquiatria da infância e da adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Luiz, A. M. A. G., Gorayeb, R., Liberatore Júnior, R. Del R., & Domingos, N. A. M. (2005). Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*, 10(3), 371-375.

Marconi, M. de A., & Lakatos, E. M. (2002). *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas; amostragens e técnicas de pesquisa; elaboração, análise e interpretação de dados*. 5.ed. São Paulo: Atlas.

Pizzinatto, V. T. (1992). *Obesidade infantil: processo psicossomático evolutivo*. São Paulo: Sarvier.

Regina, S. Garotada gordinha, sinal de problema. (2007). *Revista Viva Saúde*, 44, 1-5.

Resolução 196/96 - Normas para Pesquisa envolvendo Seres Humanos. *Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde* (BR). (Outubro 1996).

Sun, H. (2006). Chinese children's physical and mental development. In: J. Xi, Y. Sun e J. J. Xiao. *Chinese youth in transition* (pp. 19-32). Ashgate: USA.

Vasques, F., Martins, F. C., & Azevedo, A. P. de. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista Psiquiatria Clínica*, 31(4), 195-198.

Vítolo, M. R. (2003). *Nutrição: da gestação à adolescência*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.