
O DESENHO DA FIGURA HUMANA DE CRIANÇAS COM BRUXISMO

TERESA CORRÊA CARIOLA

Universidade de Marília (UNIMAR) Marília, SP
UNESP - Faculdade de Ciências - Campus Bauru, SP
Hospital de Anomalias Craniofaciais da USP - Bauru, SP

RESUMO

O Bruxismo é um hábito mórbido de ranger os dentes, que pode ocorrer durante o período diurno e noturno. Ele é considerado uma patologia de caráter multifatorial e complexa que acomete adultos e crianças. Esta pesquisa vê esta doença como uma manifestação do inconsciente e de distúrbios emocionais. Portanto o objetivo desta pesquisa foi o de analisar a personalidade de crianças com bruxismo de 7 a 12 anos e 11 meses de idade, através do Desenho da Figura Humana (DFH) e dos Indicadores Emocionais de Koppitz. Os desenhos de 22 crianças apresentaram um maior número de Indicadores Emocionais e escores mais altos, nos indicadores 7 (figura pequena), 17 (mãos cortadas) e 24 (omissão do nariz). Estes foram os que conseguiram refletir com maior margem de segurança a dificuldade emocional latente em crianças de ambos os sexos, nesta faixa etária.

Palavras-chave: *Bruxismo, avaliação da personalidade, Desenho da Figura Humana (DFH).*

ABSTRACT

HUMAN FIGURE DRAWING IN CHILDREN WITH BRUXISM

Bruxism is a morbid habit of grinding teeth, which may occur during diurnal and nocturnal periods. It is considered a complex and multifactorial pathology, appearing in both children and adults. This research envisages it as an unconscious manifestation of emotional disturbances. Therefore, the purpose of this study was to analyze the personality of bruxers aged between 7 and 12 years and 11 months, using the Drawing of the Human Figure and Emotional Indicators of Koppitz. The drawings of 22 children showed a larger number of emotional indicators and higher scores in the indicators 7 (small figure), 17 (no hands) and 24 (no nose). These indicators reflected with a bigger safety margin this latent emotional difficulty in children of both sexes at this age.

Key words: *Bruxism, personality assessment, Human Figure Drawing (HFD).*

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O BRUXISMO

Bruxismo é o hábito mórbido de ranger os dentes, também chamado de Bruxomania, Briquismo e Abrasão (Cardinal, 1958). As causas desta patologia ainda não são bem conhecidas, mas vêm sendo cada vez mais uma preocupação, de maneira especial, na Odontologia. Tal fato levou ao aprimoramento de técnicas de tratamento por vários profissionais da área da saúde em equipes interdisciplinares.

Para Silva (2003) o termo bruxismo data de 1907, quando foi utilizado por Marie e Pietkeiwiez como “la bruxomanie” (bruxomania) derivado da palavra grega “*brychein*” que significa triturar ou ranger os dentes, com a terminação mania, cujo significado é compulsão. Devido a este último termo foi rebatizado como bruxismo. Entretanto, a literatura odontológica define o bruxismo como movimentos não funcionais da mandíbula.

O bruxismo é considerado uma patologia de ocorrência comum, podendo ser observado em todas as faixas etárias, com prevalência semelhante em ambos os sexos e pode ocorrer durante o dia ou à noite. Estudos demonstram que o bruxismo é uma das distúrbios funcionais dentárias mais prevalentes, complexas e destrutivas que existem, podendo ter uma origem tão antiga quanto o próprio homem. A determinação da prevalência do bruxismo na população geral é difícil, pois este hábito é realizado de maneira inconsciente por muitos indivíduos.

De acordo com Cash (1988) o bruxismo noturno produz sons tão altos, que é impossível para o bruxista reproduzi-los conscientemente. Já para Molina (1983) esta alteração aparece precocemente na infância e, quando não diagnosticada e tratada, poderá gerar alterações profundas nos músculos mastigatórios provocando tensão, trismo, dor, inflamação e estalos na articulação têmporo-mandibular, além de possíveis desvios oclusais.

Os motivos que levam ao diagnóstico desta parafunção variam individualmente e podem ser apresentados pela atrição e desgaste de facetas dentais. Tendo como conseqüências odontalgias atípicas e comprometimento periodontal e da mucosa bucal (Kirveskari, Alamen e Jansa, 1992).

Esta é, portanto, uma patologia de tipo multifatorial, que acomete adultos e crianças com características clínicas e etiologia bastante variável. Entretanto os fatores psicológicos como a ansiedade e o estresse emocional, podem ter um papel importante no desenvolvimento do bruxismo.

Para Campos, Campos e Zuanon (2002), a sua incidência é de 5 a 81% na população, durante alguma etapa de sua vida. De acordo com o estudo de Block et al. (1995) a faixa etária mais acometida pelo bruxismo é de 11 a 12 anos e representa 28,9% dos casos. Muitas vezes, entretanto, a patologia surge precocemente e a falta de atendimento poderá resultar em danos severos na cavidade bucal e na musculatura facial.

Os fatores etiológicos envolvidos, segundo Ahmad (1986), caracterizam-se como: locais, sistêmicos, psicológicos e ocupacionais. A sua identificação é fundamental para elaboração da terapêutica a ser utilizada e a determinação do prognóstico do caso.

Apesar das causas do bruxismo serem multifatoriais, Vanderas e Manetas (1995) relatam a importância do fator psicológico, uma vez que os sinais e sintomas característicos surgiram nos pacientes apenas nos momentos de grande concentração, ansiedade e nervosismo. Goldman e Gutheil (1991) e Feinmann e Harrison (1997) alertam para o crescimento do número de patologias relacionadas com as causas emocionais. O fator psicológico merece destaque para estes estudiosos, uma vez que é grande o número de pacientes infantis acometidos por medos, tensões e ansiedade. Estes autores também, descreveram a relação entre a Psiquiatria e a Psicologia na Odontologia, salientando a importância do conhecimento interdisciplinar como meio de se chegar ao diagnóstico correto do caso a ser avaliado.

Silva (2003), em estudos realizados em Montreal, Canadá, observou que 48% dos casos de bruxismo estavam relacionados com a alta ansiedade, correlacionando este distúrbio a dificuldades psicológicas. Nestes casos, segundo esta autora, é importante o encaminhamento do paciente para um psicólogo ou um psicanalista, entre outros profissionais, para proporcionar um tratamento eficaz e duradouro.

Para Zuanon et al. (1999), os fatores de origem oclusal e psicológica estão entre os principais desencadeadores desta patologia. Dentre os fatores oclusais, pode-se observar contatos prematuros ou restaurações imperfeitas, além de interferências que ocorrem durante a dentição decídua para a mista.

Corroborando neste sentido Attanasio (1991) relata que estes contatos levam o indivíduo a uma reação inconsciente, tentando eliminá-los para encontrar o equilíbrio. O fator psicológico está geralmente ligado ao estresse emocional, frustração, raiva, ansiedade ou medo, estando relacionado com a maioria dos casos.

Para Wolf (2000) o bruxismo é uma doença psicossomática, que se define pelo

apertamento e deslizamento expressivo e persistente das estruturas dentais, geralmente provocada pelo estresse e ansiedade. Ele é considerado como uma resposta de escape, porque a cavidade bucal possui um grande potencial afetivo e é um local privilegiado para a expressão dos impulsos reprimidos, de emoções e de conflitos latentes. Por não conseguirem obter a satisfação de seus desejos e necessidades importantes, alguns indivíduos utilizam o rangimento e apertamento dos dentes como um mecanismo compensador ou como uma resposta de auto-agressão. Durante a vigília, por estar consciente, o sujeito apresenta maior controle sobre suas emoções, esse hábito manifesta-se de forma mais acentuada durante o sono, quando as defesas estão relaxadas.

Attanasio (1991) concluiu que a terapia deve ser realizada através de placas inter-oclusais, psicoterapia e, quando necessário, o auxílio de fármacos. Para ele a importância da terapia psicológica nestes casos é considerada fator indispensável na evolução positiva da sintomatologia do paciente.

Portanto acreditamos que a determinação do prognóstico e da terapêutica a ser utilizada deverá estar baseada nos fatores etiológicos e ser desenvolvida de maneira interdisciplinar, levando-se em consideração os aspectos envolvidos: médico, odontológico e psicológico.

O TESTE PROJETIVO DO DESENHO DA FIGURA HUMANA

A Técnica Projetiva Gráfica do Desenho da Figura Humana (DFH) procura avaliar os conflitos internos e as motivações subjetivas através dos indicadores emocionais infantis. Dentre as mais variadas técnicas que compõem o Psicodiagnóstico, o desenho tem sido considerado a técnica mais natural e agradável para refletir o conteúdo latente e a psicodinâmica infantil. Nesta fase o ato de desenhar é inerente aos interesses da criança, o que garante a cooperação do sujeito na realização do teste.

O primeiro trabalho importante sobre o desenho infantil, foi “A arte da criança” de autoria do historiador e crítico de arte C. Ricci. Ele foi publicado em Bolonha, em 1867, segundo Goodenough (1926). Esta autora utilizou o DFH como um teste de inteligência para crianças, de modo a obter a idade mental.

Em 1932, Schilder expressou pela primeira vez sua crença de que o modo pelo qual a criança desenha o seu corpo reflete seu conhecimento e sua experiência sensorial da

imagem corporal. Para esse autor, a “imagem corporal” é aquela representação que formamos mentalmente de nosso próprio corpo, isto é, a forma em que ele aparece ou a imagem tridimensional que todo mundo tem de si mesmo. Portanto, para ele a experiência de nosso próprio corpo constitui a base para todas as outras experiências vitais, para a experiência visual e para a relação com o mundo, que por sua vez exerce papel preponderante na formação da auto-imagem. Posteriormente, este autor afirmou que a imagem corporal é inconsciente e sua base é afetiva, e o esquema corporal é pré-consciente e sua base é neurológica.

Para Frank (1939), este instrumento é considerado um Raio-X, capaz de refletir o inconsciente do paciente, oferecendo dados objetivos e subjetivos do sujeito. Esta qualidade aliada a sua facilidade de avaliação e aplicação, bem como a simplicidade do material, garantem a sua utilização pelos psicólogos que atendem na área clínica e escolar.

Com algumas modificações, esta técnica inicialmente utilizada como medida de desenvolvimento intelectual passou a ser empregada também com finalidades clínicas por Buck (1991), em 1948, no teste “House-Tree-Person” (HTP), no qual se solicita à criança que desenhe uma casa, uma árvore e uma figura humana.

A psicanalista Machover (1949), em suas pesquisas, fundamentou-se no pressuposto de que, ao desenhar uma figura humana, o indivíduo se projeta no desenho, sendo que a folha representa o ambiente. Abraham (1963) considerou a utilização deste teste como uma prova complexa, que envolve: maturidade motora e afetiva, adaptação emocional e sua própria maneira de ver o mundo. Em suma, a pessoa desenhada é o próprio desenhista.

Koppitz (1966, 1976), psiquiatra americana, com base nos estudos de Machover e na sua própria experiência clínica, elaborou um teste que permite analisar possíveis distúrbios emocionais. Diz ela:

“Um desenho infantil é uma expressão e, como tal, é uma manifestação que basicamente não difere de qualquer outra manifestação. Assim como se pode analisar manifestações verbais para determinar estrutura e conteúdo, da mesma maneira se pode analisar os DFH para determinar estrutura e sinais e também conteúdo e significado” (1976, p.99).

Ainda nesse sentido trabalhando com crianças de 5 a 12 anos de idade, Koppitz elaborou duas escalas de índices gráficos, a primeira que permite a avaliação do nível de maturidade mental, que denominou como Indicadores Maturacionais, e a segunda, que permite detectar distúrbios emocionais em crianças, que ela chamou de Indicadores

Emocionais. Esta autora considera que os desenhos também podem refletir os medos e as ansiedades intensas, que podem afetar a criança, consciente e 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 à experiência. Ela afirma que o valor particular do DFH reside justamente em uma sensibilidade para detectar mudanças na criança, as quais podem ser evolutivas ou emocionais. O DFH expressa o conceito que a criança tem de si mesma, ou seja, como esta se vê, sente e se percebe, expressando o seu autoconceito ou a sua auto-imagem no momento em que o desenho foi confeccionado.

Koppitz definiu um Indicador Emocional como um sinal gráfico do DFH que:

1. Tem validade clínica para poder diferenciar crianças com problemas emocionais daquelas que não os têm.
2. É incomum e ocorre com pouca frequência no DFH de crianças normais que não são pacientes psiquiátricos, isto é, está presente em menos de 16% das crianças de uma determinada idade.
3. Não deve estar relacionado com a idade e a maturidade intelectual da criança.

De acordo com os resultados de sua pesquisa, Koppitz (1976) propôs a seguinte interpretação para o número de Indicadores Emocionais presentes em um DFH:

- 0 - ausência de distúrbios emocionais.
- 1 - não é concludente.
- 2 ou mais - indicam a presença de distúrbios emocionais na criança.

Lourenção Van Kolck (1973) procurou validar os Indicadores Emocionais de Koppitz no Brasil, comparando os desenhos de dois grupos de crianças, um de pacientes clínicos e outro de crianças bem adaptadas. Os seus resultados revelaram o valor do DFH e dos Indicadores Emocionais para discriminar os dois grupos.

Celli (1978) também empregou o mesmo instrumento com escolares atípicos (poliomielíticos, diabéticos, surdos e cardiopatas) e normais, concluindo pela validade desses indicadores.

Cariola (1983), estudando escolares da 1ª série do primeiro grau, concluiu pelo valor preditivo dos Indicadores Emocionais de Koppitz em relação a problemas emocionais futuros nas crianças, os quais poderiam causar efeitos deletérios sobre a aprendizagem. Em

outra pesquisa, realizada com crianças com fissuras lábio-palatais, Cariola (1985) mostrou o valor do DFH e dos Indicadores Emocionais de Koppitz para o estudo de crianças portadoras de fissura lábio-palatal. Em estudos posteriores realizados com crianças atípicas, os Indicadores Emocionais no DFH mostraram-se promissores no diagnóstico de problemática emocional (Cariola, 1985; Cariola e Sant'Anna, 1995; Cariola, Córdia e Palamin, 2001 e Cariola et al., 2003).

Azevedo (2003) em seu estudo com crianças obesas também obteve resultados estatisticamente significativos, confirmando a importância diagnóstica dos indicadores emocionais no DFH. Através desta escala foi discriminada com êxito a problemática emocional em sujeitos obesos.

O objetivo da presente pesquisa foi determinar se as crianças que apresentam bruxismo manifestam problemas emocionais avaliados por meio dos Indicadores Emocionais do DFH.

MÉTODO

Sujeitos

Participaram 22 crianças paulistas, com diagnóstico odontológico de bruxismo, na faixa etária de cinco anos completos a 12 anos e 11 meses, de ambos os sexos e pacientes da Clínica Odontológica da Universidade de Marília (UNIMAR) SP e de uma creche municipal da cidade de Nhandeara (SP).

Não foi utilizado um grupo de controle nesta pesquisa, pois foi considerado o critério estabelecido por Koppitz (1976) de que dois indicadores presentes no DFH refletem dificuldades emocionais.

Material

O instrumento utilizado foi o DFH, aplicado segundo a técnica de Koppitz (1966), e avaliado pelos Indicadores Emocionais. A seguir é apresentada a lista desses Indicadores:

1. Integração pobre das partes.
2. Sombreamento do rosto.
3. Sombreamento do corpo e membros.

4. Sombreamento das mãos e/ou pescoço.
5. Assimetria grosseira das extremidades.
6. Figura inclinada (15° ou +).
7. Figura pequena (5 cm ou menos).
8. Figura grande (23 cm ou mais).
9. Transparências.
10. Cabeça pequena.
11. Olhos estrábicos.
12. Dentes.
13. Braços curtos.
14. Braços compridos.
15. Braços colados ao corpo.
16. Mãos grandes.
17. Mãos cortadas.
18. Pernas apertadas.
19. Genitais.
20. Monstro ou figura grotesca.
21. Desenho espontâneo de três 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.

PROCEDIMENTO

Os pais assinaram o “termo de consentimento livre”, permitindo a participação de seu filho nesse estudo.

A aplicação do DFH foi realizada individualmente em sala própria para o exame psicológico. As crianças realizaram a tarefa proposta com interesse e satisfação.

A avaliação dos desenhos foi realizada por dois juizes, ambos psicólogos.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a frequência absoluta e percentual dos Indicadores Emocionais apresentados pelos participantes.

Tabela 1. Frequência absoluta e percentual do número de Indicadores Emocionais

Nº de indicadores	Frequência	%	
Sem Indicador	1	4,5	} 36,3
1	7	31,8	
2	8	36,4	} 63,7
3	1	4,5	
4	3	13,7	
5	2	9,1	
Total	22	100	

Os dados da tabela 1 demonstram que 63,7% das crianças com bruxismo apresentaram dois ou mais Indicadores Emocionais.

A Tabela 2 mostra a frequência absoluta e percentual de cada Indicador no grupo estudado.

Os indicadores que apresentaram mais de 16%, segundo Koppitz, e que são prognósticos de problemática emocional e conteúdos latentes não resolvidos, foram:

- 7. Figura pequena
- 17. Mãos cortadas
- 24. Omissão do nariz.

Tabela 2. Frequência de cada indicador emocional presente no DFH

Indicadores	N	%
1	3	13,6
2	2	9,0
3	0	0
4	0	0
5	3	13,6
6	1	4,5
7	16	72,7*
8	0	0
9	0	0
10	1	4,5
11	0	0
12	1	4,5
13	1	4,5
14	2	9,0
15	0	0
16	0	0
17	5	22,7*
18	1	4,5
19	0	0
20	1	4,5
21	1	4,5
22	1	4,5
23	1	4,5
24	5	22,7*
25	2	9,0
26	3	13,6
27	0	0
28	0	0
29	3	13,6
30	0	0

* maiores do que 16%

DISCUSSÃO

A revisão bibliográfica sobre o Bruxismo relaciona a influência do estresse, ansiedade e conflitos emocionais, tanto na origem como na manutenção desta patologia. Vanderas e Manetas (1995), Zuanon et al. (1999), Attanasio (1991) e Wolf (2000) foram enfáticos neste sentido.

Por outro lado, vários autores têm demonstrado a eficácia do DFH (Escala de Koppitz) na discriminação de crianças atípicas e a sua problemática emocional, Lourenção Van Kolck (1973), Celli (1978), Cariola (1983), Cariola (1985), Cariola e Sant'Anna (1995), Cariola, Cardia e Palamin (2001), Cariola et al. (2003) e Azevedo (2003).

Pela análise da Tabela 1 a aplicação deste instrumento comprovou através dos resultados obtidos, que a maioria das crianças com bruxismo apresentou uma quantidade de dois ou mais indicadores, refletindo segundo Koppitz (1966), dificuldades emocionais e conflitos latentes.

Embora a presente pesquisa não tenha utilizado grupo de controle, a frequência de dois ou mais indicadores neste grupo (63,7%) é similar ao obtido por Azevedo (2003), no qual 60% das crianças obesas tiveram dois ou mais indicadores.

Na Tabela 2 pode-se observar que os indicadores mais significativos, cuja frequência foi maior do que 16%, critério este estabelecido pela autora no prognóstico de problemática emocional, foram: o 7, o 17 e o 24.

O indicador 7 (figura pequena), nos estudos realizados por Lewinson (1964) apareceu em crianças com sentimento de inadequação, preocupação nas relações com o ambiente e depressão. Lourenção Van Kolck (1973) constatou que este indicador discriminava o grupo controle do grupo clínico.

Cariola (1983) encontrou este indicador em crianças que apresentavam problemas de aprendizagem, especialmente para serem alfabetizadas. Observou também que ficavam isoladas, tinham contato social restrito, dificuldades nas relações interpessoais e não participavam das brincadeiras durante o recreio.

Isto corrobora as afirmações de Koppitz (1976) de que os sinais de conflito aparecem através da timidez, dificuldade de relacionamento social e insegurança. Outro dado relevante é que esse indicador foi encontrado nos desenhos de 72,7% das crianças com

bruxismo, portanto pode ser considerado como patognomônico dessa patologia. No entanto, na pesquisa de Azevedo (2003) este indicador não mostrou diferença entre o grupo de controle e o de crianças obesas.

O indicador 17 (ausência das mãos) apareceu em 22,7% dos pacientes. Para Machover (1949) é um sinal de sentimento de culpa e angústia de castração. Já para Koppitz (1966) revela um sentimento de inadequação e culpa pela masturbação. Cariola e Sant'Anna (1995) encontraram este indicador em pacientes com deficiência auditiva e que apresentavam contato social restrito, bem como dificuldades nas relações interpessoais.

O indicador 24 (omissão do nariz) apareceu em 22,7% das crianças neste estudo. Para Koppitz (1976) foi freqüente em crianças de classes especiais, que apresentavam: timidez, interesse social restrito, ausência de agressividade manifesta bem como em crianças com doenças psicossomáticas. Segundo ela o nariz simboliza ousadia e independência. A autora diz que *“metemos o nariz quando nos aventuramos no mundo”*. Assim, quando no Desenho da Figura Humana a criança omite o nariz, ela pode estar expressando um sentimento de imobilidade, falta de defesa incapacidade para progredir na direção de seus objetivos.

Lourenção Van Kolck (1973), em sua pesquisa com crianças brasileiras, relatou que este Indicador discriminou entre crianças do grupo de controle e o clínico. No estudo de Cariola (1983) o indicador 24 apresentou potencial preditivo quanto ao fracasso escolar de crianças no início da escolaridade. Ainda neste sentido Cariola (1985) obteve através desse indicador, resultado semelhante com crianças portadoras de fissura lábio-palatal.

Hammer (1991) interpretou a omissão do nariz com base na Psicanálise como um símbolo fálico, que no caso representaria a angústia de castração. No estudo realizado por Azevedo (2003) este foi o indicador que conseguiu discriminar as crianças do grupo de obesos do grupo de controle.

CONCLUSÕES

Através da revisão bibliográfica foi possível observar que a etiologia do bruxismo ainda não está suficientemente definida entre os pesquisadores. Existe muita controvérsia a esse respeito, visto que esta síndrome é multifatorial, objeto de estudo em diferentes especialidades nas áreas da Odontologia, Psicologia e Medicina. Entretanto os fatores psicológicos, de maneira especial os emocionais, têm sido citado pelos autores em seus estudos.

O resultado aqui obtido vem corroborar nessa direção. A avaliação do número de indicadores mostrou que a maioria das crianças possuía dois ou mais indicadores em seus desenhos, o que sugere a presença de problemas emocionais não resolvidos. Elas podem estar passando por problemas emocionais (realidade externa) ou de maior gravidade, ter uma estrutura de personalidade rígida ou fixada em alguma das fases anteriores do desenvolvimento infantil (realidade interna).

Os indicadores 7 (figura pequena), 17 (ausência de mãos) e 24 (omissão do nariz), que apareceram em mais de 16% dos desenhos dessas crianças atípicas, sugerem a existência de conflitos emocionais e dificuldades latentes.

Este resultado permite sugerir que os indicadores emocionais para avaliação do DFH podem ser considerados um instrumento capaz de avaliar distúrbios emocionais, quase sempre presentes nessa sintomatologia.

Estudos realizados com crianças paulistas atípicas, analisados por vários pesquisadores, já demonstraram a eficácia do DFH no diagnóstico de dificuldades emocionais em outras patologias. Portanto essa técnica poderá auxiliar no diagnóstico psicológico do bruxismo. É importante salientar que a aplicação do DFH também traz outras vantagens para o psicólogo. A aplicação é favorecida por contar com a colaboração do sujeito, porque a grande maioria das crianças sente prazer ao desenhar. A avaliação é objetiva, facilitando a sua aplicabilidade em pesquisas e no atendimento comunitário. Por ser um teste gráfico pode ser aplicado em pacientes com deficiência na verbalização ou ainda em crianças estrangeiras, quando o idioma poderia ser uma barreira. Além dessas vantagens, o material utilizado é simples e econômico.

Com este estudo espera-se mostrar a utilidade do DFH no diagnóstico da criança com bruxismo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, A. (1963). *Le dessin d'une personne: le test de Machover*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Ahmad, R. (1986). Bruxism in children. *The Journal of Pedodontics*, 10, 2, 105-126.

- Attanasio, R. (1991). Nocturnal bruxism and its clinical management. *Dental Clinics of North America*, 35, 1, 245-252.
- Azevedo, M.A.S.B. (2003). A criança obesa: um estudo exploratório da personalidade através do Desenho da Figura Humana e os indicadores emocionais de Koppitz. *Boletim de Psicologia*, 53, 118, 49-72.
- Bloch, M.; Riba H.; Redensky D. & Munoz R. (1995). Cranio-mandibular disorder in children. *The New York State Dental Journal*, 61, 3, 48-50.
- Buck, J. (1991) O caso R: antes e depois da terapia. In: E. F. Hammer, *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. (pp. 207-229). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Campos, A.D.B.; Campos, A.G. & Zuanon A.C.C. (2002). Bruxismo em crianças. *Revista Odontopediatria*, 50, 2, 74-76.
- Cardinal, L. (1958). *Dicionário terminológico de ciências médicas*. Barcelona: Salvat.
- Cariola, T.C. (1983). *Indicadores emocionais no Desenho da Figura Humana e rendimento escolar*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Cariola, T.C. (1985). *Indicadores emocionais no Desenho da Figura Humana realizados por crianças com fissuras lábio-palatais*. Tese Livre Docência. Universidade Estadual Paulista, Assis.
- Cariola, T.C.; Cardia, M. F. & Palamin, M. E. G. (2001). O Desenho da Figura Humana na evolução clínica da arteterapia com crianças deficientes auditivas. *Pediatria Moderna*, 37, 3, 75-92.
- Cariola, T.C.; Sakashita, M.S.; Manzini, K.R.; Benefatti, S.V.; Bausells, J. & Carvalho, S. M.R. (2003). O Desenho da Figura Humana, segundo a escala de Koppitz, em crianças com hábitos orais deletérios. *Pediatria Moderna*, 39, 8, 289-293.
- Cariola, T.C. & Sant'Anna, E.J. (1995). O Desenho da Figura Humana em crianças portadoras de deficiência auditiva. *Pediatria Moderna*, 31, 5, 723-734.
- Cash, R.C. (1988). Bruxism in children: review of the literature. *The Journal of Pedodontics*, 12, 21, 107-127.
- Celli, A. (1978). *Estudo comparativo dos indicadores emocionais de Koppitz em Desenhos da Figura Humana, realizados por escolares atípicos (poliomielíticos diabéticos, surdos e cardiopatas)*. Tese Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Feinmann, C. & Harrison S. (1997). Liaison psychiatry and psychology in dentistry. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 5, 467-476.
- Frank, L.K. (1939). Projective methods for the study of personality. *Journal of Psychology*, 8, 389-413.
- Goldman, M.J. & Gutheil, T.G. (1991). Bruxism and sexual abuse: a possible association? *Journal of American Dental Association*, 122, 3, 22.
- Goodenough, F.L. (1926). *Measurement of intelligence by drawings*. New York: World Book.
- Hammer, E.F. (1991). *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Original publicado em 1980).
- Kirveskari, P.; Alamen, P. & Jansa, T. (1992). Association between craniomandibular disorders and occlusal interferences in children. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 67, 5, 331.
- Koppitz, E.M. (1966). Emotional indicators on Human Figure Drawings of children: a validation study. *Journal of Clinical Psychology*, 22, 3, 313-315.
- Koppitz, E.M. (1976). *El Dibujo de la Figura Humana en los niños: evaluación psicológica*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Lewinson, P.M. (1964). Relationship between height of Figure Drawings and depression in psychiatric patients. *Journal of Consulting Psychology*, 28, 380-381.
- Lourenção Van Kolck, O. (1973). Sinais de ansiedade e de distúrbios emocionais no Desenho da Figura Humana de crianças: tentativa de validação. *Boletim de Psicologia*, 25, 65, 11-45.
- Machover, K. (1949). *Personality projection in the Drawing of the Human Figure*. Illinois: Charles C. Thomas.
- Molina, O. (1983). *Contribuição ao estudo do bruxismo em crianças de 6 a 9 anos de escolas particulares de Florianópolis*. Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Schilder, P. (1980). *A imagem do corpo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Silva, S. R. (2003) Bruxismo. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, 57, 6, 409-417.

- Vanderas, A.P. & Manetas K.J. (1995). Relationship between malocclusion and bruxism in children and adolescents: a review. *Pediatric Dentistry*, 17, 1, 7-12.
- Wolf, S.M.R. (2000). *Psicologia no consultório odontológico*. São Paulo: Editora Unimar.
- Zuanon, A.C.C.; Campos, C.G.A.; Giro, E.M.A. & Pansani, C.A. (1999). Bruxismo infantil. *Odontologia Clínica*, 9, 1, 41-44.

Recebido em 23/05/05

Revisto em 03/07/06

Aceito em 15/07/06