

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

## **“Aspectos psicológicos de crianças com bruxismo”**

KARINA RODRIGUES

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia e Educação

RIBEIRÃO PRETO - SP

2008

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

KARINA RODRIGUES

## **“Aspectos psicológicos de crianças com bruxismo”**

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia e Educação  
Orientador: Profa. Dra. Cármen Lúcia Cardoso

RIBEIRÃO PRETO - SP

2008

## **FICHA CATALOGRÁFICA**

Rodrigues, Karina

Aspectos psicológicos de crianças com bruxismo.  
Ribeirão Preto, 2008.

182 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de  
Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP. Área  
de Concentração: Psicologia e Educação.

Orientador: Cardoso, Cármen Lúcia.

1. Psicologia. 2. Odontopediatria. 3. Bruxismo.
4. Técnicas Projetivas. 5. Psicanálise

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Karina Rodrigues

Aspectos psicológicos de crianças com Bruxismo

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão  
Preto da Universidade de São Paulo para a  
obtenção do título de Mestre.  
Área de Concentração: Psicologia

Aprovado em:

### Banca Examinadora

Prof(a).Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof(a).Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof(a).Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

*Aos meus pais e irmão, minha gratidão em palavras. Vocês caminharam comigo, celebrando conquistas, suportando dúvidas e angústias; e semeando sonhos e esperanças.*

*Ao meu noivo, Guilherme, que com seu amor, respeito, dedicação e carinho, tem me feito acreditar que a felicidade existe em todos os dias e momentos da vida; bastando para isso querer olhar e estar com ela.*

## **AGRADECIMENTOS**

- À professora Cármen Lúcia Cardoso, minha orientadora, pela dedicação, paciência, respeito, parceria e harmonia que demonstrou durante todo nosso trabalho.
- Às professoras Valéria Barbieri e Tânia Maria Aiello Vaisberg pela interlocução, sugestão de leituras, comentários oportunos e apoios oferecidos.
- À professora Kranya Diaz-Serrano pelo suporte técnico/teórico, pela crença na importância do trabalho e pela parceria profissional.
- À professora Laura Moura Martins pela generosidade nos ensinamentos; pela convivência prazerosa e por me permitir descobrir e aprimorar aspectos profissionais que eu não imaginava possuir.
- Às amigas e parceiras de profissão, Anelisa de Souza Frateschi e Gisele Cury de Barros, pela troca de conhecimentos, pela escuta fraterna e pelo intenso apoio e motivação.
- Aos profissionais da Clínica de Odontopediatria da FORP, pelo acolhimento e disponibilidade.
- Aos pacientes e pais que participaram do trabalho, por sua espontaneidade, tolerância, respeito e generosidade.
- À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro à pesquisa.
- Um agradecimento pessoal a Deus, pelo dom da vida.

## RESUMO

RODRIGUES, K. **Aspectos psicológicos de crianças com bruxismo**. 2008. 182f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

O Bruxismo é um hábito parafuncional, caracterizado pelo apertamento ou rangimento dos dentes, de modo contínuo. Tem sido relacionado a uma etiologia multifatorial, nas quais os aspectos psicológicos vêm sendo reconhecidos como importantes. Embora tenha sido estudado principalmente em adultos, tem sido observado um número cada vez maior de crianças com Bruxismo. Assim, o presente trabalho teve por objetivo investigar a dinâmica afetiva de crianças com bruxismo. Foi realizada uma análise comparativa de dois grupos de 15 crianças cada, pareadas por sexo, idade e escolaridade: Grupo 1 - crianças com Bruxismo e o Grupo 2 - sem Bruxismo atendidas pela Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com idades variando entre 6 e 12 anos, de ambos os sexos. Procedeu-se a aplicação individual dos participantes: com as crianças do Teste de Apercepção Temática Infantil (CAT – A), e com os acompanhantes responsáveis foi realizada uma Entrevista Semi-Estruturada. A análise dos resultados, a partir da abordagem Psicanalítica, possibilitou a discussão de aspectos específicos da dinâmica afetiva das crianças com Bruxismo quando comparadas ao grupo controle, dentre os quais destacamos: conduta marcada por evitação de problemas, tendência submissa ao lidar com conflitos, baixos indicadores de criatividade e imaturidade. O comportamento submisso pôde ser observado na categoria Problemática, onde as crianças com bruxismo mostraram lidar com seus principais conflitos através da submissão, dificultando o enfrentamento e resolução dos mesmos; evidenciaram ainda baixa auto-confiança e desfechos de sucesso no final de suas histórias apenas quando o comportamento submisso estava presente. As categorias de Herói, Conjunto e a subcategoria Histórias mostraram funcionamento rebaixado da criatividade, uma vez que as histórias foram descritivas, estereotipadas e restritas na apresentação de relacionamentos sociais para além dos familiares. As categorias Problemática, Necessidades, Conjunto e Mecanismos de defesa mostraram índices de imaturidade que foram corroborados por vários aspectos da entrevista realizada com os acompanhantes, tais como: medos atuais da criança, local onde criança dorme, descrição do sono atual, hábitos orais e descrição atual da criança. Observou-se ainda que o funcionamento da criatividade nestas crianças pode estar restringido por questões emocionais e tendo como principal forma de conduta adaptativa o comportamento submisso aliado a uma imaturidade emocional. Desta forma, este trabalho contribuiu para uma maior compreensão dos aspectos psicológicos das crianças que apresentam Bruxismo e aponta para a necessidade de trabalhos conjuntos entre a Psicologia e a Odontologia visando um olhar integral sobre estas crianças.

Palavras-chave: psicologia, odontopediatria, bruxismo, técnicas projetivas, psicanálise.



## ABSTRACT

RODRIGUES, K. **Psychological aspects of children with bruxism**. 2008. 182f. Master's Thesis – University of at Ribeirão Preto School of Philosophy, Sciences and Languages, Ribeirão Preto, 2008.

Bruxism is a parafunctional habit, characterized by continuous teeth clenching or grinding. Its etiology has been related to multiple factors, in which psychological aspects have been acknowledged as important. Although bruxism has been mainly studied in adults, an increasing number of children with this problem have been observed. This research aimed to examine the affective dynamics of children with bruxism. A comparative analysis was performed, involving two groups of 15 children each, paired by gender, age and education level: Group 1 – children with bruxism and Group 2 – without bruxism attended by the Pediatric Dentistry Clinic of the University of São Paulo at Ribeirão Preto School of Dentistry, with ages ranging from 6 to 12 years, male and female. The participants were subject to the individual application of: the Thematic Children's Apperception Test (CAT – A) to the children, and a semistructured interview to the responsible companions. Based on the psychoanalytic approach, the analysis of the results made it possible to discuss specific aspects of the affective dynamics of children with bruxism in comparison with the control group, among which the following stand out: behavior marked by problem avoidance, submissive tendency in dealing with conflicts, low creativity levels and immaturity. The submissive behavior could be observed in the Problem category, where the children with bruxism showed that they dealt with their main conflicts through submission, making problem coping and solving more difficult; they also evidenced low self-confidence and successful outcomes at the end of their stories only occurred when submissive behavior was present. The categories Hero, Group and the subcategory Stories showed decreased creativity functioning, as the stories were descriptive, stereotyped and restricted in the presentation of social relationships beyond the family. The categories Problem, Needs, Group and Defense mechanisms showed immaturity levels that were corroborated by different aspects in the interview with the companions, such as: the child's current fears, place where the child sleeps, description of current sleep, oral habits and current description of the child. It was also observed that the functioning of creativity in these children might be restricted by emotional issues and might take submissive behavior as the main form of adaptive conduct, allied with emotional immaturity. Thus, this research contributed to a further understanding about the psychological aspects of children with bruxism and points towards the need for collaboration between Psychology and dentistry, with a view to a comprehensive perspective on these children.

Key words: psychology, pediatric dentistry, bruxism, projective techniques, psychoanalysis

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
1.1. A Psicologia encontra a Odontologia .....	19
1.2. Caracterização do Bruxismo.....	22
1.3. Prevalência e Epidemiologia do Bruxismo .....	24
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>33</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>37</b>
3.1. Aspectos éticos .....	39
3.2. Caracterização da Situação de Estudo .....	39
3.3. Participantes .....	39
3.3.1 Critérios de Inclusão/ Exclusão .....	40
3.4. Avaliação Odontológica: Seleção das crianças para compor o Grupo 1 .....	40
3.5. Instrumentos .....	44
3.6. Procedimento .....	45
3.7. Análise dos Dados .....	46
3.8. Desenvolvimento Emocional.....	48
<b>4. APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....</b>	<b>53</b>
4.1. Análise do CAT-A.....	55
4.2. Análise das Entrevistas.....	98
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>117</b>
5.1. Dificuldades na adaptação inicial ao bebê.....	119
5.2 Submissão X Autonomia: quando a passagem rumo à independência foi interdita e a submissão se tornou realidade .....	122
5.3. Como criar diante da submissão? A baixa criatividade quando não se consegue “ser” no mundo .....	128
5.4. Quando o ambiente dificulta os processos de maturação emocional .....	135
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>145</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>151</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>165</b>

# ***1. INTRODUÇÃO***

## **1.1. A Psicologia encontra a Odontologia**

A Psicologia, como ciência, estuda o psiquismo (CHAUÍ, 2000; WOLF, 2002) e a Odontologia ocupa-se de uma parte específica do corpo que estuda o Sistema Estomatognático, que tem como porta de entrada a boca. À primeira vista, os universos desses dois campos parecem bem distantes. Porém, nas últimas décadas, tornou-se cada vez mais clara a interação e inter-relação entre ambos, tanto pelo desenvolvimento de um novo modelo de compreensão e atuação em saúde – Modelo Biopsicossocial; quanto pelas pesquisas desenvolvidas sobre as relações existentes entre “soma” e “psique”.

A relação hoje existente entre Psicologia e Odontologia pode ser melhor entendida através de uma breve retomada da história de como ambas se desenvolveram em nosso País. Nesse percurso, identifica-se uma raiz comum, que se encontra no Modelo Biomédico de compreensão do processo saúde-doença, como veremos a seguir. Porém antes, torna-se relevante rever a descrição e significado do Modelo Biomédico. Neste predomina o dualismo cartesiano mente-corpo (séc. XVII), onde o último é concebido como uma máquina que deve ser compreendida a partir do funcionamento de suas peças. Assim, este modelo levou ao estudo de partes cada vez menores do corpo; contribuindo, assim, para a especialização, medicalização e o curativismo (CAPRA, 1982).

A Psicologia enquanto profissão tem uma história recente no Brasil. A regulamentação da profissão no ano de 1962, através da Lei Federal 4.119, constituía quatro áreas tradicionais de atuação do psicólogo: clínica, escolar, magistério e industrial. Ou seja, a Psicologia, desde a sua criação, foi reconhecida como uma profissão liberal e, portanto, sua atividade profissional se centrou, nas décadas subseqüentes, no trabalho autônomo, clínico, individual, curativo e voltado para uma clientela particular (SILVA, 1992; DIMENSTEIN, 1998; CARDOSO, 2002). Dentro de um processo mais amplo de Reforma do Sistema de Saúde

Pública, porém, o psicólogo foi convidado, sobretudo no âmbito de atendimento hospitalar, a compor equipes de trabalho. O trabalho desenvolvido pelos psicólogos nesta nova área de atuação na saúde não se encaixava no que até então era conhecida como a atuação “tradicional” dos mesmos, posto que englobava desde serviços de promoção à saúde e prevenção da doença, até o tratamento e a reabilitação. Assim, a Psicologia da Saúde se iniciou e passou a contribuir com as demais profissões da área de saúde através da atuação em equipes multiprofissionais, tendo como foco de atenção as variáveis psicológicas e comportamentais que interferiam no processo de saúde/doença (BRANNON & FEIST, 1992). Como proposição geral, a Psicologia da Saúde visava trabalhar dentro de um modelo mais integrado, reconhecendo a saúde como um fenômeno multidimensional em que interagiam aspectos biológicos, psicológicos e sociais, na tentativa de superação do modelo biomédico. Chegou-se, então, a uma compreensão mais holística do processo saúde-doença, dentro do que se convencionou chamar de Modelo Biopsicossocial (CARDOSO, 2002).

Diferentemente da história recente da Psicologia, a Odontologia tem uma longa história, associada à Medicina. O exercício da profissão odontológica, no Brasil, foi regulamentado pelo Decreto nº. 7247 de 1879, através da criação do Curso de Cirurgia Dentária, ligado à Faculdade de Medicina.

FEBRES CORDERO (1985) contextualizou a evolução histórica da Odontologia, ressaltando a importância que adquiriu o aspecto técnico da profissão, assinalando a função exclusivamente ornamental, atribuída aos dentes no início da prática odontológica, e enfatizando o prestígio que alcançou a questão da destreza e da habilidade manual do profissional. Nesse contexto, assim como a Psicologia a princípio, a Odontologia foi ficando distante da realidade dos problemas de saúde bucal da população brasileira, devido a uma especialização precoce, com bases tecno-científicas importadas e sofisticadas. Segundo CARVALHO (1987, apud CARDOSO, 2002, pg.56):

[...] o dentista especialista é aquele ligado ao profissional com uma formação uni direcionada, o que levará conseqüentemente a um exercício isolado e altamente sofisticado da profissão. Há uma maior preocupação com o paradigma curativo, que o preventivo (...) Este modelo é considerado tradicional e seguido pela maioria das faculdades de Odontologia.

Verifica-se neste relato, a reprodução do Modelo Biomédico, com ênfase na doença (aspectos biológicos), na especialização, na técnica, na tecnologia e na prática curativa. A relação profissional/paciente, nesta perspectiva, fica marcada pela autoridade do primeiro e a submissão do segundo. WOLF (2002) centraliza esta questão como uma das principais causas de resistências, adiamentos e interrupções do tratamento por parte do paciente.

Com relação à forma de trabalho, PINTO (1997) salienta que a Odontologia no Brasil é predominantemente privada e curativa. Embora exista um número significativo de cirurgiões – dentistas (um profissional para cada 1241 pessoas), e também um bom número de faculdades, a saúde bucal do brasileiro é considerada precária. Afirma ainda que 75% da oferta de serviços odontológicos são privados, atendendo somente aos indivíduos que podem pagar; enquanto que 67% da população brasileira se encontra na faixa de baixa remuneração (400 dólares/mês), não podendo fazer uso da Odontologia privada.

Segundo ELI (1992) e FRANCHIN et al. (2005), as faculdades de Odontologia e seus currículos enfatizavam a aquisição de habilidades técnicas e precisão. As referidas autoras afirmam que é recente o reconhecimento de que os aspectos emocionais e comportamentais dos pacientes e dos dentistas são essenciais para o resultado final do tratamento odontológico e que o manejo dos comportamentos faz parte das tarefas e responsabilidades do clínico.

O entrelaçamento da Psicologia e da Odontologia torna-se então possível através da busca de ambas por um novo modelo de compreensão do processo saúde-doença, no intuito de transpor as barreiras até então encontradas e relatadas no e com o tratamento. À medida que a ciência odontológica se dá conta de que atender o ser humano-usuário do serviço é mais do que cuidar/lidar com uma parte de seu corpo, a Psicologia pode contribuir para a

compreensão desse ser como um todo, na sua integração. Nesta perspectiva de contribuições da Psicologia à Odontologia, SEGER (2002, p.17) aponta que:

[...] a Psicologia aplicada à Odontologia não é uma especialidade odontológica, nem um ramo da Psicologia. É uma atitude geral que postula uma visão integrada do homem, na sua unidade corpo-mente, considerando seu ambiente físico e seu meio sócio-cultural. (...) Portanto, Psicologia aplicada à Odontologia é a aplicação dos conhecimentos da Psicologia para um melhor e mais completo tratamento odontológico.

Ainda segundo essa mesma autora, as contribuições da Psicologia à Odontologia se aplicam a todas as especialidades odontológicas, bem como ao próprio Cirurgião-Dentista, no que diz respeito à sua personalidade, comportamento e demais questões profissionais. Em relação à proposta de integralidade do atendimento ao paciente odontológico, um dos aspectos mais evidentes investigados pela Psicologia diz respeito ao trabalho com estados de tensão e ansiedade. (WOLF, 2002).

Nesta perspectiva, uma das áreas atuais de maior contribuição da Psicologia tem sido na Odontopediatria. A clínica odontológica ressen-te-se da falta de métodos para a abordagem do paciente infantil, de modo a levar em conta suas angústias e medos diante dos procedimentos pelos quais irá passar (OLIVEIRA, 2003). Dentro do universo odontopediátrico, que engloba trabalhos de prevenção e problemas bucodentários de ordens variadas, tais como ortodontia, cárie e disfunções da ATM; um dos problemas onde tem sido maior a interface com a Psicologia é o das Disfunções na Articulação Têmporo-Mandibular (DTM) e em especial a questão do Bruxismo.

## **1.2. Caracterização do Bruxismo**

O Bruxismo é um hábito parafuncional, caracterizado pelo apertamento dos dentes ou rangimento dos mesmos, de modo contínuo, repetido, também conhecido pelo termo

briquismo. Foi introduzido na literatura odontológica como “bruxomania” por MARIE & PIETKIEWKZ (1907) e modificado posteriormente para Bruxismo por FROHMAN (1931).

Segundo ALVES (1993), o Bruxismo é uma alteração cérvico-incisal ou cérvico-oclusal, que pode ocorrer tanto na dentição decídua como na permanente, em consequência do hábito de ranger ou apertar os dentes. Geralmente, é mais severo em crianças em idade pré-escolar, devido às características estruturais e morfo-funcionais dos dentes decíduos, embora sua maior ocorrência seja na fase de dentição mista.

O Bruxismo pode ocorrer diurna ou noturnamente (JARDINI et al., 2006; ZUANON, 1999; GUSSON, 1998) de forma consciente ou inconsciente. ZUANON (1999) considera importante a distinção entre Bruxismo do sono (noturno) e o Bruxismo diurno, conhecido como Bruxismo acordado ou de vigília, no momento do seu diagnóstico. Quando o hábito é de vigília, o paciente desenvolve-o de maneira silenciosa, consciente ou inconsciente, rangendo e apertando os dentes e muitas vezes associando atividades parafuncionais como morder objetos, lábios e bochechas. No Bruxismo do sono, a atividade é inconsciente, resultando em contrações rítmicas dos músculos e muitas vezes produzindo sons de rangimento, estalos ou batimentos leves nos dentes (KATO et al., 2003).

Segundo a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (THORPY, 1997) este hábito é um distúrbio com movimentos estereotipados de ranger ou apertar dentes durante o sono, sendo classificado dentro das parasomnias (eventos físicos indesejáveis que ocorrem exclusiva ou predominantemente durante o sono, freqüentemente associados com estágios variados de despertar). Outras parasomnias podem estar associadas ao Bruxismo, como: sonambulismo, enurese, abrir os olhos, salivar durante o sono e falar dormindo (LAVIGNE et al. 1996).

Sobre as consequências desse hábito, pode haver severas complicações dentais, orais e faciais (HERRERA et al., 2006). ALVES (1993) menciona que estas complicações se



manifestam no nível dentário, podendo ocorrer desgastes oclusais e/ou incisais. O tecido gengival também é afetado. E nas estruturas adjacentes também se observam alterações, como hipertrofia do músculo masseter, dores e distúrbios na ATM, além de cefaléia ao acordar, ruídos articulares, otalgias, limitação de abertura e zumbido no ouvido.

CUNHA (apud CORRÊA, 2001) acrescentou que o Bruxismo em crianças pode causar outros traumas para a dentição decídua e seus tecidos de suporte, e incluem hipersensibilidade térmica, mobilidade dental, danos no ligamento periodontal, fratura de cúspides e mesmo pulpíte e necrose pulpar. Para DIAZ-SERRANO et al. (2005) o efeito do Bruxismo sobre os dentes depende de vários fatores: tempo, intensidade, localização do dente (maxila ou mandíbula), posição do dente no arco, relações mandibulares, número de dentes, grau de calcificação e dureza, altura ou angulação cuspídea, mobilidade e contatos proximais. Esse hábito induz a uma função muscular modificada, que pode manifestar-se com fadiga muscular que se mostra como uma ampla irritabilidade devido ao acúmulo de ácido láctico.

### **1.3. Prevalência e Epidemiologia do Bruxismo**

Até o presente momento, a etiologia e a patofisiologia deste fenômeno não é muito clara. Muitas têm sido as teorias formuladas para explicar sua etiologia e, devido ao caráter controversial da mesma, sugere-se falar de uma etiologia multifatorial, na qual, basicamente dois grupos de fatores etiológicos podem ser distinguidos: fatores periféricos (morfológicos) e fatores centrais (patofisiológicos e psicológicos). Há fortes evidências de que o papel dos fatores morfológicos é pequeno e que o bruxismo seja principalmente mediado centralmente e não perifericamente (LOBBEZZO & NAEIJE, 2001). Segundo JARDINI et al., (2006) existem inúmeros relatos que falam da importância e influência das desordens do sono, da Disfunção Temporomandibular e de fatores biopsicossociais na ocorrência do bruxismo.

Embora tenha sido estudado principalmente em adultos, tem sido observado um número cada vez maior de crianças com Bruxismo. Os sintomas deste hábito são semelhantes em todas as idades, embora em crianças possa se manifestar mais frequentemente associado a outras atividades como morder lábios, a bochecha, objetos, ou travar os dentes.

Quando aparece precocemente na infância, pode persistir durante toda a vida do indivíduo e quando não diagnosticado e tratado, pode gerar alterações profundas na cavidade bucal (ZUANON, 1999).

A prevalência do Bruxismo em crianças tem sido objeto de estudos epidemiológicos mais recentes quando comparados aos estudos em adultos. De acordo com BORSATTO et al. (1995) a prevalência do Bruxismo é muito variada, devido aos diferentes métodos usados, não podendo ser definida apenas pelas facetas de desgaste dos dentes, porque com a esfoliação dos dentes decíduos, os permanentes os substituem sem deixar sinais de desgaste.

A falta de padronização dos critérios para a avaliação do Bruxismo infantil tem resultado em uma grande variação de sua prevalência, podendo variar de 5% a 81% (ANTONIO et al., 2006; BADER & LAVIGNE. 2000; AHMAD, 1986) dificultando o estabelecimento de parâmetros comparativos.

O predomínio do Bruxismo encontrado por ALVES (1993) e MELO (2003) foi de 22% das crianças com idades entre 7 e 8 anos, no início da dentição mista. Segundo LIMA e LANZA (2002) o predomínio do Bruxismo infantil se dá no início da dentição mista, devido às interferências oclusais se desenvolverem naturalmente durante a erupção dos dentes.

Algumas pesquisas demonstram que o bruxismo é muito prevalente na infância e adolescência, não tendo preferência por sexo. O levantamento realizado por PORTO (1999), onde foram avaliadas 101 crianças, de ambos os sexos, com idades entre 4 e 12 anos, atendidas na Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (FO – UFJF) mostrou uma prevalência de 41%. Outra pesquisa,

realizada por LIMA e LANZA (2002) onde foram atendidas 83 crianças, meninos e meninas, com idades entre 3 e 10 anos, na Clínica e Odontopediatria da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) revelou 27,2% de prevalência do hábito. Ainda como último exemplo, temos a pesquisa de MELO (2003) que avaliou 224 crianças, com idades entre 2 e 12 anos, de ambos os sexos, atendidas na Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia do Centro Universitário do Maranhão (FO – UniCEUMA) em São Luis – MA, onde foi encontrada a prevalência de 18,3%.

Quanto à sua etiologia, não é específica, sendo portanto considerada uma desordem complexa e multifatorial, onde coexistem fatores predisponentes como: locais, sistêmicos, psicológicos, ocupacionais e hereditários (ALVES, 1993; CUNHA apud CORRÊA, 2001). Para MOLINA (1994); GUSSON (1998); e NÓBILO et al. (2000 apud SERRALTA & FREITAS, 2002) o Bruxismo é considerado uma doença psicossomática multifatorial, causada tanto pela oclusão anormal, como por fatores psicológicos.

Desta forma, torna-se oportuno descrever estes fatores em termos de desencadeantes do hábito.

**a) Fatores Locais:** são muito importantes no desenvolvimento do Bruxismo e incluem maloclusões, restaurações incorretas, cálculo dental, periodontite, relação oclusal traumática e oclusão funcionalmente incorreta (HADDAD, 1994).

MOLINA (1994) relatou que os problemas oclusais têm sido apontados desde longa data, como um dos fatores etiológicos no desencadeamento do Bruxismo. Esse hábito representa uma tentativa do paciente e dos mecanismos neuromusculares de eliminar a discrepância oclusal e obter uma oclusão balanceada e fisiológica. O Bruxismo pode ter origem antes mesmo da erupção dos dentes decíduos, pois nos períodos que a antecedem, a criança manifesta seus desejos de morder para compensar a dor provocada pelo excesso de erupção, esta tendência agressiva pode ser mais tarde dirigida para o apertamento dental.

Podemos entender por fatores oclusais: defeitos nas superfícies oclusais dos dentes, excessos das restaurações de amálgama, rugosidades superficiais, interferências dos dentes inclinados, dentes supra-irrompidos, dentes posteriores com torque lingual das coroas, cúspides fora do plano oclusal, contatos oclusais prematuros em indivíduos com mordida topo-a-topo na região anterior e posterior, mordidas cruzadas e dentes ou restaurações fraturados (HADDAD, 1994).

**b) Fatores Sistêmicos:** são considerados fatores sistêmicos determinadas patologias do Sistema Nervoso Central, problemas alérgicos, deficiências nutricionais, infecções e parasitoses intestinais, onde a taxa de imunoglobulina está aumentada (HADDAD, 1994).

CUNHA (apud CORRÊA, 2001) também concorda com o fato de que certas patologias gerais podem causar o Bruxismo e destaca as doenças alérgicas, como a rinite alérgica, asma e efusão do ouvido médio; e prurido anal ou oxiúro (uma vez que a coceira intensa causa sofrimento, levando a criança a cerrar ou ranger os dentes). Estes autores ainda assinalam que a má postura adotada por algumas crianças e o desequilíbrio que desta pode resultar, também podem estar enquadrados num dos agentes etiológicos do Bruxismo.

**c) Fatores Psicológicos:** VANDERAS (1996) analisou os níveis de catecolaminas (epinefrina, norapinefrina e dopamina) na urina de crianças com Bruxismo, concluindo que existe um forte e significativo aumento dos níveis de epinefrina e dopamina na urina dessas crianças. CORRÊA (2001) em estudo sobre a estimulação dos componentes do sistema límbico (hipotálamo, lobo límbico e núcleos amigdalóides) como sendo um resultado de tensões emocionais vividas pelas crianças, concluiu que o estado emocional das mesmas pode torná-las mais ou menos predispostas a desenvolver um padrão de Bruxismo; o que reforça o conceito de que o estado emocional é um fator desencadeante do Bruxismo.

CUNHA (apud CORRÊA, 2001) afirma que o Bruxismo tem sido considerado pelos psicólogos como hábito nervoso em resposta a problemas pessoais de difícil solução ou à

dificuldade de exprimir sentimentos de ansiedade, raiva ou agressividade. SERRALTA & FREITAS (2002) corroborando essas conclusões ressaltam que, em casos de depressão e raiva, onde a tendência a exteriorizar a agressividade for negada, suprimida ou reprimida, os sentimentos hostis acerca de outros significativos não são admitidos na consciência; o que levaria a sentimentos dolorosos de culpa, desencadeando o Bruxismo como uma forma de auto-agressão.

Vários autores (AHMAD, 1986; ALVES, 1993; ZUANON, 1999; MANFREDINI et al., 2005) apontam que existe uma relação entre ansiedade, repressão agressiva, estresse, problemas familiares e Bruxismo; o que merece estudos mais específicos.

**d) Fatores Ocupacionais:** fatores ocupacionais estão relacionados com as atividades extras que sobrecarregam a vida das pessoas. ALVES (1993) afirma que as crianças podem adquirir o estresse se forem muito requisitadas durante as aulas na escola, na prática de esportes, em problemas familiares e crises existenciais.

As atividades extra-escolares, como por exemplo, esportes, aulas de inglês, informática, balé, quando em excesso, refletem a necessidade dos pais em manter as crianças ocupadas, diminuindo e limitando o tempo delas brincarem e se divertirem como qualquer criança deseja. Ocorre então um favorecimento do aumento de estresse, pois elas se vêm obrigadas a cumprir os horários impostos pelos pais, conforme relatório de Urgências Médico – Escolares (URMES; 2003).

**e) Fatores Hereditários:** REDING et al. (1986 apud ALVES, 1993) observaram um grande número de pacientes com história de Bruxismo familiar, sugerindo haver predisposição hereditária para o problema. UETANABARA & MAZETTO (2000) afirmaram, com base nos resultados de suas pesquisas, que a frequência do Bruxismo em gêmeos monozigotos é de aproximadamente 23%; o que reforça, segundo os autores, a influência hereditária na etiologia do Bruxismo. CUNHA (apud CORRÊA, 2001) descreveram ainda

que o fator hereditário pode ser visto de outra maneira: ocorre que os pais que têm ou tiveram este problema sentem-se impotentes frente ao Bruxismo do filho. Não conseguem ajudá-lo a superar o problema, pois eles mesmos não conseguiram.

Diante dessa grande variedade de fatores etiológicos, faz-se necessário um exame clínico detalhado, além de uma anamnese minuciosa para o estabelecimento de um correto diagnóstico. PORTO et al (1999), através de entrevista padronizada com o responsável pela criança e exame clínico, associaram o Bruxismo às seguintes variáveis: presença ou ausência do hábito de ranger; idade e sexo dos pacientes afetados; comportamento da criança; presença de outros hábitos parafuncionais e patologias nas vias aéreas superiores; e obtiveram resultados que sugeriam associação do hábito, sobretudo com o comportamento ansioso da criança, com a presença de outros hábitos parafuncionais e com desordem temporomandibular, não encontrando associações com a fase de dentição, otite, bronquite e história de cárie. Segundo NOR (1991) a anamnese, o exame clínico intra e extra-oral tornam-se elementos indispensáveis para a determinação do diagnóstico do Bruxismo. Ainda segundo esse mesmo autor, no que diz respeito ao exame clínico, três características são muito importantes de serem avaliadas: a persistência do hábito, a intensidade do mesmo e a duração dos períodos de apertamento e deslizamento.

Na anamnese, principalmente de crianças, é fundamental a participação dos pais, uma vez que somente estes terão condições de informar a respeito da história geral e médica, pregressa e atual, dos pacientes (NOR, 1991; HADDAD, 1994). A participação dos pais geralmente é efetivada através da aplicação de um questionário contendo indagações sobre: antecedentes pré e neonatais, aspectos gerais da rotina do paciente e aspectos psicológicos - como o paciente é visto pelos pais e se realiza ou já realizou algum tratamento nesta área.

No exame extra-oral devem-se examinar músculos e ATM, musculatura dolorida, *clicking* na articulação, e principalmente aumento da tonicidade na região do ângulo da

mandíbula. No exame-intra-oral devem-se avaliar o aumento da mobilidade dental, a perda dental, lesões na mucosa, como marcas de mordidas ou ulcerações, e as facetas de desgastes dentais (GUSSON, 1998). Segundo DURSO & BEAUCLAIR (1998) o esmalte dentário é a primeira estrutura que recebe a carga parafuncional do Bruxismo, sendo o desgaste anormal dos dentes o sinal mais freqüente da presença dessa patologia.

MOLINA (1994) afirma que os sinais e sintomas devem ser considerados em conjunto para se ter certeza de que o indivíduo é portador de Bruxismo. De acordo com GONDO (2001) dentro da sintomatologia da alteração, a dor muscular e a cefaléia são ocasionais e leves na criança.

Preferencialmente, o diagnóstico deve ser precoce, para evitar que ocorram danos dentais, danos periodontais e danos às estruturas adjacentes. Desta forma, dando seqüência ao diagnóstico, ALVES (1993) relatou que os tratamentos propostos abrangem vários aspectos: o dentário, o médico e o psicológico. E se necessário, o apoio farmacológico pode ser utilizado como base para a terapia.

A conduta do profissional frente a um paciente portador de Bruxismo, sendo ele criança ou adulto, na opinião de HADDAD (1994) e MOLINA (1994), deve estar voltada para: reduzir a tensão psicológica, tratar os sinais e os sintomas, minimizar as alterações oclusais e modificar o padrão neuromuscular habitual. Os mesmos autores ainda consideram que, devido à etiologia multifatorial do Bruxismo, a decisão por qualquer medida terapêutica deverá ser precedida por anamnese cuidadosa e exame clínico, com a finalidade de conhecer os fatores envolvidos.

GUSSON (1998) ressaltou que em crianças somente se indica tratamento se a freqüência, intensidade e duração do hábito ultrapassar o desenvolvimento normal da dentição. Nesses casos, o ideal seria uma equipe multidisciplinar composta de dentista, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e o próprio paciente motivado.

Para melhor compreensão, dividiu-se o tratamento em: ajuste oclusal, uso de placa miorrelaxante, terapia farmacológica, acupuntura, fisioterapia, laser de baixa intensidade e psicológico. Especificamente com relação ao tratamento psicológico, segundo ALVES (1993) e SILVA (2003), a psicoterapia pode reduzir ou até eliminar o Bruxismo, desde que tenha como objetivo a diminuição da tensão emocional e psíquica do paciente, que é tida como um dos principais fatores desencadeadores do hábito.





## ***2. OBJETIVOS***

O objetivo geral do trabalho foi conhecer a dinâmica afetiva de crianças com Bruxismo, tentando identificar suas necessidades emocionais, com ênfase em seus principais conflitos e maneiras de resolvê-los, através de técnicas projetivas gráfica e temática.

Por objetivos específicos tivemos:

- verificar diferenças no processo de desenvolvimento afetivo através da comparação de crianças com e sem Bruxismo.
- investigar peculiaridades das necessidades emocionais de crianças com e sem Bruxismo.



### ***3. METODOLOGIA***

### **3.1. Aspectos éticos**

O presente trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FORP/USP). Após a aprovação do mesmo, em 29/11/06 – Protocolo nº 2006.1.1071.58.8 (Anexo A), foi solicitada a autorização por escrito dos pais quando da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) onde enfatizamos o caráter voluntário da mesma, explicada a pesquisa, os seus objetivos e procedimentos utilizados e ainda foi explicitada a ausência de danos e riscos decorrentes da participação no trabalho. Os pais foram informados quanto à possibilidade de desistência a qualquer momento, sem nenhum ônus para os mesmos ou para o tratamento odontológico da criança. Após a concordância dos pais, as crianças foram informadas dos objetivos do estudo e convidadas a participarem dos mesmos voluntariamente.

### **3.2. Caracterização da Situação de Estudo**

A Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (FORP/USP) atende crianças de 0 a 12 anos, em dias específicos determinados a cada semestre nos períodos da manhã e vespertino. Os atendimentos são realizados por alunos do terceiro e quarto ano de Odontologia, sob a supervisão de docentes.

### **3.3. Participantes**

Foram avaliadas 30 crianças, de ambos os sexos, com idades entre 6 e 12 anos, que apresentaram idade compatível com a série que estavam cursando na época da pesquisa, e que

estivessem em atendimento odontológico na FORP / USP. Essas crianças foram distribuídas em dois grupos de 15 crianças cada, a saber:

**Grupo 1:** composto de 15 crianças com diagnóstico de Bruxismo.

**Grupo 2:** composto de 15 crianças sem o diagnóstico clínico de Bruxismo.

Os grupos foram pareados com relação a sexo e idade tendo-se como referência os participantes do grupo 1.

### **3.3.1 Critérios de Inclusão/ Exclusão**

a) foram incluídas crianças com o diagnóstico de Bruxismo há pelo menos 6 (seis) meses e estivessem apresentando o hábito no momento da pesquisa;

b) foram excluídas crianças que possuíam outros diagnósticos: doenças hereditárias, deficiências físicas ou doenças crônicas;

c) foram excluídas as crianças com tratamento psicológico anterior ou em curso;

d) foram excluídas as crianças que não estivessem vivendo junto com suas mães biológicas.

### **3.4. Avaliação Odontológica: Seleção das crianças para compor o Grupo 1**

As avaliações odontológicas foram realizadas na FORP/USP por uma docente especializada em Odontopediatria, de acordo com a descrição a seguir.

O diagnóstico de bruxismo é estabelecido com base na avaliação clínica dos seguintes aspectos: observação de facetas de desgaste dental, fratura de restaurações, relato de dor ou fadiga na musculatura mastigatória ao acordar, hipertonidade e/ou hipertrofia dos músculos

mastigatórios (LAVIGNE et al., 2006) e, sobretudo o relato dos responsáveis pelas crianças de sons de rangimento ocorridos, mais ou menos, três vezes por semana, nos últimos 6 meses (HERRERA et al., 2006; JARDINI et al, 2006). Este último critério é tido como o mais confiável.

Especificamente no caso do Bruxismo infantil, os critérios que definiram o diagnóstico nesta pesquisa foram, conjuntamente: *relato do(s) responsável(is) e do paciente, da manifestação do hábito* de ranger e/ou apertar os dentes nos últimos meses, por pelo menos 6 (seis) meses; *as facetas de desgaste dental* (considerando a presença de dentes decíduos e dentes permanentes recém-irrompidos em relação ao tempo); a *presença de dores na musculatura crânio-cérvido-facial e cefaléias*. Estas informações foram obtidas por meio do protocolo de avaliação constituído por um questionário/entrevista aplicado ao responsável pela criança e uma ficha de avaliação clínica, para o exame intra e extra-oral do paciente (ver Anexos C e C1).

Os dados foram anotados em fichas, considerando-se três aspectos principais:

3.4.1. - **Dados pessoais:** consistiram de questões relativas ao nome da criança, nome do responsável, idade da criança, data de nascimento, endereço e telefone para contato;

3.4.2 - **Questionário:** foram obtidas informações através do relato dos responsáveis, da presença de sons audíveis durante o sono, hábitos parafuncionais, posição para dormir, distúrbios do sono, dores faciais na hora de acordar, dores durante a mastigação e/ou excursões mandibulares, dores de cabeça, história de traumatismo na região mandibular ou de pescoço e problemas de ordem médica.

3.4.3. - **Exame clínico específico:** o exame clínico avaliou, inicialmente, peso e altura, partindo então para as avaliações específicas:



3.4.3.1 - **Hábitos parafuncionais:** foram observados através de sinais clínicos tais como desgastes e fraturas dentais, fratura de restaurações, aspecto das unhas, lábios, língua e parte interna das bochechas.

3.4.3.2. - **Facetas de desgaste:** foram avaliadas por observação direta, determinando-se a presença e o grau das mesmas, segundo escala descrita por NILNER & LASSING (1981).

Facetas de Desgaste (Graus)	Descrição
1	Presença de faceta de desgaste só em nível de esmalte.
2	Presença de faceta de desgaste com dentina exposta
3	Presença de faceta de desgaste em mais de 1/3 da coroa dentária.

#### 3.4.3.3. - Avaliação da Oclusão:

3.4.3.3.1 - **Relação intermaxilar:** anterior, posterior, tanto no sentido antero-posterior quanto no transversal.

#### 3.4.3.3.2. - **Movimentos mandibulares:**

3.4.3.3.2.1 - *Máxima abertura bucal:* neste exame a criança foi colocada sentada com o tronco em posição ereta e a cabeça apoiada, procurando-se manter o plano oclusal paralelo ao solo, direcionada para uma fonte abundante de luz natural. Para tornar mais agradável à criança, a avaliação foi efetuada incorporando-se elementos lúdicos. Esse procedimento foi realizado pedindo a cada paciente para juntar o dedo indicador-médio-anelar e, posteriormente, abrir ao máximo a boca, levando os dedos ao interior desta. Previamente foi medido o valor em mm dos três dedos juntos. O dado obtido foi classificado

da seguinte maneira, considerando-se que o valor normal oscila, segundo a literatura específica, entre 35 e 40 mm:

- 1 a 2 dedos - limitação severa;
- 2 a 3 dedos - limitação moderada; e
- mais de 3 dedos - sem limitação.

3.4.3.3.3. - **Trajetória de abertura / fechamento bucal:** neste exame, a criança manteve a posição descrita anteriormente, sentada com o tronco em posição ereta, com a cabeça apoiada, procurando-se manter o plano oclusal paralelo ao solo, direcionada para uma fonte abundante de luz natural. Tal procedimento foi realizado observando-se o paciente de frente, colocando na ponta do nariz um fio dental cujo comprimento chegará além do mento, o qual servirá de referência na verificação do trajeto no movimento de abertura/fechamento bucal. Uma diferença maior de 2mm entre o fio e o ponto médio da mandíbula durante o procedimento foi considerada desvio.

3.4.3.4. - **Palpação muscular:** foram palpados os grupos masseter, temporal, fazendo diferença entre o profundo e superficial, e anterior, médio e posterior, respectivamente, o esternocleidomastoideo, trapézios e os músculos cervicais. Foram registradas as diferenças entre ambos os lados, inerentes às manifestações de sensibilidade ou dor, referidas pelo paciente.

Cabe salientar que a coleta de dados na avaliação odontológica não teve só o intuito de diagnosticar o bruxismo para a formação do grupo, com fins de constituir a amostra para a pesquisa, segundo os critérios anteriormente citados; mas também descobrir, nos achados clínicos e no relato dos responsáveis, qual ou quais dos fatores etiológicos poderiam ser interceptados ou eliminados, evitando a perpetuação da parafunção.

### 3.5. Instrumentos

A avaliação psicológica foi realizada através de técnica de enfoque projetivo. Para ANZIEU (1978), as técnicas projetivas temáticas apontam conteúdos significativos da personalidade: natureza de conflitos, desejos fundamentais, relações com o ambiente e mecanismos de defesa, revelando, assim, a dinâmica da personalidade do examinado. Dentro das diversas técnicas projetivas possíveis de serem utilizadas para a realização do presente trabalho, optamos pelo teste de Apercepção Temática Infantil (CAT – A) sobretudo por nos permitir atingir os objetivos propostos (conhecimento da dinâmica afetiva de crianças com Bruxismo) dentro da faixa etária trabalhada, na qual a tarefa visual facilita o processo de identificação dos participantes.

**3.5.1. Teste de Apercepção Temática Infantil, na sua forma animal (CAT – A):** o teste consta de 10 pranchas com cenas de animais em situações humanas, solicitando-se às crianças que contem uma história sobre cada uma das pranchas. BELLAK & BELLAK (1971) afirmaram que o teste possibilita a compreensão da dinâmica das reações diante dos desejos e dos problemas e da maneira como a criança tenta resolvê-los. Segundo FELIPE (1997), o CAT – A acrescenta informações importantes quanto a fatores centrais da dinâmica de personalidade da criança. Assim sendo, sua utilização neste trabalho tem por finalidade a apreensão do mundo vivencial das crianças examinadas. O teste foi cotado de acordo com as normas de BELLAK & BELLAK (1971) e a análise total do Teste se deu em 4 etapas. Num primeiro momento foi realizada, de acordo com o Manual Prático de Teste de Apercepção Temática (JACQUEMIN et al, 2003) a Análise Horizontal, individual, que consiste na investigação de sinais, segundo um procedimento sistemático de 9 categorias avaliativas, a saber: Tema, Análise Formal, Herói, Necessidades, Conduta, Conjunto, Ação, Desfecho e Observações. O segundo momento foi o da Análise Vertical, também individual, que

possibilitou a organização e interpretação desses sinais em termos de uma significação manifesta nas 9 categorias mencionadas. Esta análise permitiu a formulação de hipóteses interpretativas do teste que culminou numa síntese geral do mesmo para cada um dos participantes. O terceiro momento que chamaremos de Análise Intraduplas, foi o de analisar e comparar as duplas separadamente, permitindo-nos verificar semelhanças e diferenças entre os participantes com Bruxismo e os do grupo controle de cada dupla. O quarto momento, que chamaremos de Análise Interduplas, permitiu estabelecer as diferenças e semelhanças dos grupos avaliados: com e sem Bruxismo, aproximando-nos, desta forma, do objetivo principal deste trabalho.

**3.5.2. Entrevista Semi-Estruturada:** foi realizada com o(s) acompanhantes responsável(is) pelo paciente. Trata-se de um conjunto de 9 tópicos elaborados pela pesquisadora, buscando identificar situações pertinentes aos objetivos do estudo. Tal instrumento visou à obtenção de dados de identificação da criança e de sua família. Dentre eles, enfatizamos: a investigação das condições de gestação e nascimento da criança, investigação de aspectos comportamentais da criança, ligados a tratamentos dentários e outros realizados anterior e atualmente, e dados sobre a constituição familiar (Anexo D).

### **3.6. Procedimento**

Num primeiro momento o diagnóstico odontológico realizado pela odontopediatra responsável identificava as crianças com ou sem o diagnóstico de Bruxismo, que cumprissem os critérios de inclusão/exclusão anteriormente referidos. Esta mesma profissional pareava as duplas de participantes com relação a sexo e idade e as encaminhava para a pesquisadora que não tinha acesso aos seus diagnósticos. Ou seja, foi utilizada nesta fase uma manobra de cegamento onde a pesquisadora não tinha conhecimento de quais participantes tinham o

diagnóstico de Bruxismo, no intuito de que estas informações não enviassem o processo de coleta e, posteriormente, a análise dos dados obtidos na mesma. Nesse contexto, toda coleta de dados foi realizada pela pesquisadora responsável pelo projeto e se deu da seguinte maneira:

Com as crianças: foram avaliadas individualmente, em sessões de aproximadamente 60 (sessenta) minutos, no próprio local onde a criança realizava o tratamento odontológico, em uma sala específica, com condições de iluminação e privacidade adequadas. Inicialmente foi estabelecido um *rapport* e posteriormente, foi aplicado o CAT-A, conforme recomendações técnicas.

Com o(s) acompanhante(s) responsável(is): foram entrevistados conjuntamente quando ambos os pais compareceram ou individualmente quando apenas um dos pais comparecia, em uma sessão, com duração aproximada de 60 (sessenta) minutos, no local supracitado. Após avaliação realizada com o paciente foi efetuada uma sessão devolutiva com o responsável sempre que os mesmos se mostrassem interessados. Nos casos em que foi avaliada a necessidade de encaminhamento do paciente para realização de psicoterapia, realizamos encaminhamento para a clínica-escola de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP).

### **3.7. Análise dos Dados**

A técnica de apercepção temática utilizada para a avaliação das crianças foi codificada de acordo com suas proposições técnicas, segundo as normas de BELLAK & BELLAK (1971).

Com relação às entrevistas realizadas com o acompanhante responsável, foi feita uma análise de conteúdo de suas questões, visando complementar a compreensão da dinâmica do funcionamento psíquico das crianças estudadas. O tratamento dos dados foi feito utilizando-se os princípios da Análise de Conteúdo, conceituada por BARDIN (1979) como um conjunto de técnicas para análise das comunicações, que se utiliza de procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição do conteúdo das mensagens, com o objetivo de obter indicadores que possibilitem a inferência de conhecimentos dessas mensagens, tanto no nível manifesto, quanto no latente. Apesar de reconhecermos os limites que a utilização de conceitos formais e objetivos, como os encontrados na Análise de Conteúdo, possam oferecer a um trabalho como este, que lida com questões psicodinâmicas, acreditamos que, neste momento de nossa análise, estes princípios nos auxiliaram tanto na estruturação quanto na compreensão dos dados que as entrevistas nos ofereceram. A referida autora trabalha com três etapas de análise, a saber:

1) Pré-análise: consiste na leitura flutuante das comunicações, tomando contato exaustivo com o material e com seu conteúdo. Nessa etapa é possível organizar o material, buscando o conteúdo das respostas para categorizá-los.

2) Exploração do material: realiza-se essencialmente a codificação do mesmo, entendida como o processo de transformação dos dados, feita através de recortes e agregação, permitindo atingir uma representação do conteúdo capaz de esclarecer o pesquisador acerca das características do texto. Nessa etapa, os conteúdos foram recortados e agrupados em temas com o intuito de facilitar a posterior interpretação.

3) Tratamento dos resultados e interpretação: o pesquisador realiza inferências a partir da análise do material. Essa etapa constitui-se na análise propriamente dita, ou seja, a partir das categorias, recortes e agrupamentos elaborados são realizadas interpretações sobre o conteúdo que se pretende analisar.

Especificamente em nossa análise e de acordo com a literatura da área, elaboramos uma entrevista semi-estruturada com as questões que julgávamos mais interessantes de serem abordadas, tendo em vista nossos objetivos. Essas questões em si formaram categorias de análise após a transcrição e leitura flutuante das mesmas.

Consideramos relevante ainda informar que as análises de todo material referido foram realizadas por 2 avaliadoras, uma das quais também é a autora deste trabalho e, sobretudo com relação à análise horizontal do CAT – A, vale a pena ressaltar que, assim como na coleta, procedeu-se a análise dentro da manobra de cegamento já descrita. Ambas as avaliadoras são psicólogas clínicas, com experiência no atendimento psicológico em Psicoterapia e Ludoterapia de orientação psicanalítica.

Para a análise qualitativa do material obtido foi utilizada a abordagem Psicanalítica, tendo por principal interlocutor a Teoria do Desenvolvimento Emocional de D.W.WINNICOTT. Abaixo explicitaremos basicamente alguns conceitos da Teoria do Desenvolvimento Emocional que propiciaram um aprofundamento teórico da discussão.

### **3.8. Desenvolvimento Emocional**

A psicanálise winnicottiana tem por base o estabelecimento do desenvolvimento mental do indivíduo nos seus estágios iniciais de vida, envolvendo basicamente os “processos de maturação” (impulso biológico para a vida, o crescimento e o desenvolvimento físico e emocional).

Dentro desta teoria WINNICOTT (1990) enfatiza que, a princípio, o bebê não constitui uma unidade em si mesmo e sim, que esta unidade corresponde a uma organização entre o indivíduo e o meio ambiente. No início a mãe é o ambiente favorável que, ao reconhecer a dependência absoluta do bebê e se adaptar às suas necessidades (“mãe

suficientemente boa”) cria, graças à sua devoção (“preocupação materna primária”), um *setting* favorável ao crescimento emocional do bebê (VALLER, 1990). Este crescimento emocional do lactente é sua jornada do período da Dependência Absoluta para o de Independência, passando pelo estágio de Dependência Relativa e, paralelamente a esta jornada, perfaz-se o caminho do princípio do prazer para o princípio da realidade.

No início da vida do bebê, nós o encontramos em estado de fusão com a mãe e, portanto, totalmente dependente de suas provisões físicas e emocionais, ou seja, para o bebê não existe objeto externo nesse período e, por isso mesmo, não se pode falar de um “self”, a não ser em termos de potencial do mesmo. O que existe neste momento é um “ego fraco”, amparado pelo ego materno através do “holding”, que nada mais é do que a adaptação da mãe às necessidades desse ego. Como visto anteriormente, esse “holding” ocorre devido à devoção materna e ainda representa, após o nascimento, a continuação de toda provisão característica do estado pré-natal (identificação com o bebê, sustentação, entre outros) que a mãe até então proporcionava em seu útero (VALLER, 1990).

Algum grau de falha ambiental nesse processo deve ocorrer, uma vez que essas falhas podem ser percebidas e corrigidas pela mãe devotada, o que proporcionará ao bebê tomar conhecimento do processo adaptativo da mãe e se sentir seguro. Quando, porém, ocorre uma “adaptação falha” às necessidades da criança, o ambiente é percebido de forma invasiva e WINNICOTT (1963) descreve duas possibilidades de o bebê lidar com a invasão: através do seu “isolamento” (organização em direção à invulnerabilidade); e/ou de uma aceitação da invasão através da “submissão” (que pode iniciar o estado de “falso self”). Para WINNICOTT o termo “self” se refere a uma descrição psicológica de como o indivíduo se sente subjetivamente (ABRAM, 2000). Ele tem sua origem no ambiente suficientemente bom e passa de potencial para total quando a pessoa é capaz de estabelecer a “diferenciação eu / não-eu” (MISHIMA, 2007).



Quando ocorre o progresso continuado dos processos de maturação, temos 3 ações interdependentes em termos de desenvolvimento do ego no estágio de Dependência Absoluta:

- **integração**: está atrelada às condições ambientais favoráveis que precisam fornecer experiências emocionais e afetivas; sobretudo neste momento é a mãe que, proporcionando um ambiente suficientemente bom, ou seja, adaptado às necessidades do bebê, capacita-o a começar a existir, ter experiências e, a partir dessas últimas, constituir um ego pessoal, integrado (PEREIRA & BERLINCK, 2006)

- **personalização** (ou inserção psicossomática): com o surgimento dos períodos de integração do ego, gradativamente, os aspectos da psique e do soma vão se envolvendo num processo de inter-relação que permite ao bebê desenvolver um sentimento de estar dentro do próprio corpo. Segundo WINNICOTT (1970) para que ocorra a inserção psicossomática a mãe precisa ser capaz de se envolver com o corpo de seu bebê e suas funções, de forma emocional (manejo).

- **realização** (ou início das relações objetais): após o bebê ter alcançado a integração por períodos mais longos e ter sua psique inserida no corpo, ele passa a lidar com o fenômeno do exterior e posteriormente com a questão da diferenciação eu / não-eu. Neste momento o meio ambiente se apresenta através da mãe (apresentação de objetos) que “traz um pedacinho do mundo até o lactente, de forma compreensiva, limitada e adequada às suas necessidades” (VALLER, 1990; p.163). Esta forma de apresentação proporciona ao bebê uma experiência de “onipotência” que permite que ele tenha a “ilusão” de que o que encontra é mesmo criado por ele. Como exemplo do que pode resultar num primeiro vínculo feito pelo bebê com um objeto externo temos a amamentação. Desta forma, a relação de objeto encontra-se estreitamente ligada à apresentação que a mãe faz de cada parte do mundo ao bebê.

Neste contexto, a “desilusão” para WINNICOTT (1982) é um fenômeno amplo que inclui o desmame, mas não se restringe a ele. O desmame está relacionado a uma alimentação

bem-sucedida, enquanto a desilusão está mais diretamente ligada a um fornecimento adequado de “oportunidades para ilusão”.

Quando o bebê passa a perceber que existem objetos e fenômenos externos a ele e que estes não estão sob seu controle onipotente, estabelece-se o “self autônomo potencial” (WINNICOTT, 2000) que está ligado ao “gesto espontâneo” (movimento que permite o bebê descobrir o mundo que o circunda, tal como um balbúcio ou um ato) e à capacidade da criança de se sentir real. Vale a pena ressaltar que, segundo WINNICOTT (2000) a mãe que não responde ao gesto espontâneo e que, ao invés disso, coloca ali seu próprio gesto, pode acabar contribuindo para a submissão do bebê.

Quando tudo corre bem nesse processo, a comunicação entre a realidade subjetiva e a externa passa a existir, fundando um campo intermediário de ilusão, no qual o bebê constrói um objeto que o consola e conforta: o “objeto transicional” (WINNICOTT 1982). Segundo SANTOS (1999) quando esse campo seguro para o desenvolvimento do fantasiar não se configura, o bebê terá interferências no processo de construção da própria intimidade, que é necessária para que ele se sinta forte o suficiente para deixar, em segurança, a proteção do isolamento primário.

Muito ainda poderia ser dito sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional, tamanha sua riqueza de idéias e conceitos, a ponto de contribuir de forma tão enriquecedora para a compreensão da pessoa e para a teoria psicanalítica. Porém, para efeito deste trabalho em particular, acreditamos ter abrangido os pressupostos mais importantes para a discussão posterior dos resultados.



## ***4. APRESENTAÇÃO DOS DADOS***

Os dados serão apresentados de modo a permitir uma análise comparativa dos participantes dos grupos 1 e 2 em relação às categorias do Teste de Apercepção Temática Infantil (CAT – A) e das Entrevistas.

A título de facilitação da exposição de dados, a mesma se fará na seqüência apresentada:

4.1. Análise do Teste de Apercepção Temática Infantil (CAT-A) tomando por base as categorias propostas no Manual Prático de Teste de Apercepção Temática (JACQUEMIN et al, 2003) a saber: Problemática, Análise Formal, Herói, Necessidades, Conjunto, Ação, Conduta, Desfecho e Observações.

4.2. Análise das categorias obtidas na transcrição das entrevistas realizadas com o(s) acompanhante(s) dos participantes dos dois grupos.

#### **4.1. Análise do CAT-A**

A análise realizada Intergrupos nos permitirá obter uma visão geral das similaridades e diferenças entre os grupos estudados.

Trabalhamos nesta etapa, com a análise das 9 categorias acima citadas. Descreveremos as duplas de participantes utilizando nomes fictícios, para a preservação da identidade dos integrantes da pesquisa. Participantes do grupo com Bruxismo serão sempre identificados com nomes iniciados pela letra “B” e o mesmo se dará com os participantes do grupo controle (nomes iniciados com a letra “C”) no sentido de facilitar a identificação dos mesmos, quando da apresentação dos resultados.

QUADRO A – Descrição dos participantes dos dois grupos de acordo com a idade e o sexo

DUPLA	NOME (Bruxismo)	NOME (Controle)	IDADE
<b>BC1</b>	Bárbara	Cíbele	06 anos
<b>BC2</b>	Bruna	Carla	07 anos
<b>BC3</b>	Breno	Cássio	07 anos
<b>BC4</b>	Brigite	Carina	07 anos
<b>BC5</b>	Beto	Cláudio	08 anos
<b>BC6</b>	Branca	Cristina	08 anos
<b>BC7</b>	Bosco	Cirilo	09 anos
<b>BC8</b>	Beatriz	Cora	09 anos
<b>BC9</b>	Bastos	Cauê	09 anos
<b>BC10</b>	Bruno	César	09 anos
<b>BC11</b>	Benício	Carlos	09 anos
<b>BC12</b>	Bernardo	Caetano	11 anos
<b>BC13</b>	Bolívar	Cesário	11 anos
<b>BC14</b>	Bóris	Camilo	11 anos
<b>BC15</b>	Bianca	Cida	12 anos

A primeira categoria de análise é a de **Problemática**. Esta foi obtida através da análise dos Temas das histórias. Veremos agora as problemáticas mais presentes entre os participantes do grupo com Bruxismo comparados aos participantes do grupo controle. A análise das duplas nos permitiu verificar quatro categorias básicas de problemáticas, a saber: 1) conflito, 2) medos, 3) sentimentos e 4) enfrentamentos. Cada uma das categorias apresentou as seguintes subdivisões:

1) Conflito

1.1) agressividade X culpa

1.2) submissão X autonomia (tendo este a submissão como tendência predominante)

1.3) autonomia X submissão (tendo este a autonomia como tendência mais forte)

1.4) parceria X rivalidade

2) Medos

2.1) de agressão (física e/ou emocional, sem que participante compreenda o por quê da mesma)

2.2) da morte

2.3) de abandono

2.4) da solidão

2.5) de punição (ligado a um sentimento de culpa por parte do participante; neste sentido a punição é sentida como um castigo por algo que o participante sabe que fez de errado e que aparece nas formas de abandono, rejeição e/ou agressão)

2.6) de rejeição

2.7) da sexualidade

2.8) de perder o amor da mãe

3) Sentimentos

3.1) solidão

3.2) carência

3.3) culpa

- 4) Enfrentamentos
  - 4.1) da agressividade
  - 4.2) da sexualidade

Apresentaremos em seguida o quadro referente ao número de respostas de cada um dos participantes que compõem os grupos, em cada uma das categorias encontradas. Destaca-se que podemos encontrar o mesmo participante referindo mais de uma categoria, o que ocasiona uma ultrapassagem no número total de participantes (15 em cada grupo).



QUADRO 1: Categorias das problemáticas dos participantes dos grupos com e sem Bruxismo

<b>Categorias</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
1) Conflito		
- agressividade X culpa	3	2
- submissão X autonomia	9	1
- autonomia X submissão	-	7
- parceria X rivalidade	3	2
2) Medos		
- agressão	9	3
- morte	7	1
- abandono	6	3
- solidão	7	5
- punição	-	3
- rejeição	2	-
- sexualidade	5	-
- perder o amor da mãe	2	-
3) Sentimentos		
- solidão	7	5
- carência	-	2
- culpa	4	2
4) Enfrentamentos		
- agressividade	-	7
- sexualidade	-	5

Podemos observar que a categoria de “Medos” foi a mais referida pelos participantes de ambos os grupos. As 53 respostas a essa categoria foram referidas por 24 participantes; sendo que destes 15 são do grupo com Bruxismo e 9 do grupo controle.

Com relação aos participantes do grupo com Bruxismo, podemos observar que todos apresentaram 1 ou mais tipos de medos. A subcategoria “medo de agressão” foi a mais presente (citada por 9 participantes), seguida pelas subcategorias “medo da morte” e “medo da solidão” (com 7 participantes cada). Ainda nesta categoria ressaltamos os “medos do abandono” (com 6 participantes) e o “medo da sexualidade” (5 participantes) como importantes para a nossa compreensão da problemática do grupo. A segunda categoria mais presente para os integrantes do grupo com Bruxismo foi a de “conflitos”, que teve 15 citações; sendo que a subcategoria mais referida desta foi a do conflito de “submissão X autonomia”. A categoria de “sentimentos” foi a que apresentou menos referências, nas quais prevaleceram os “sentimentos de solidão” (7 participantes) e “culpa” (4 participantes). É importante ainda mostrar que nenhum participante do grupo com Bruxismo apresentou referências na categoria de “enfrentamentos”.

Com os participantes do grupo controle se deu o contrário, a categoria de “enfrentamentos” foi uma das mais referidas (12 citações) sendo a subcategoria de “enfrentamento da agressividade” a mais presente (7 participantes). Também com 12 referências a categoria de “conflitos” esteve presente neste grupo, com destaque para a subcategoria “conflito de autonomia X submissão” (7 participantes). A categoria que apresentou maior número de referências neste grupo, como já visto, foi a de “medos”; a mesma mais freqüente para o grupo com Bruxismo. Porém notamos algumas diferenças no grupo controle. O medo mais referido para os participantes deste grupo é o “medo da solidão” (5 participantes). Outros medos foram da “agressão”, do “abandono” e da “punição” (com 3

participantes cada). A categoria de “sentimentos” também foi a menos citada, sendo sentimento de “solidão” o que mais apareceu (5 participantes).

Partiremos agora para a segunda categoria a ser trabalhada, que é a **Análise Formal** das histórias composta de três itens, a saber: atitude do sujeito; adaptação ao estímulo e às instruções; história.

Ao analisarmos a atitude do sujeito, obtemos indicações sobre o modo como o mesmo reage a uma situação nova e uma tarefa imposta. A partir disto e de seus comentários e expressões verbais, podemos deduzir o seu nível de auto-confiança, de autonomia e sua necessidade de encorajamento. A análise da adaptação ao estímulo e às instruções indicam a percepção que o sujeito tem da realidade e permite levantar hipóteses sobre a vivência temporal do mesmo. E por fim, a análise da elaboração (aqui entendida nos aspectos de criatividade e tamanho) e da estruturação das histórias fornecem indicações sobre o funcionamento do pensamento e da inteligência do sujeito.

Com base nestas indicações faremos uma análise de cada um dos itens.

O primeiro item a ser analisado é a **atitude do sujeito**, pois, através dos dados a respeito da necessidade de encorajamento podemos avaliar o nível de autonomia do participante; atrelado a isso temos o modo como o sujeito consegue realizar a tarefa proposta, ou seja, precisando utilizar-se de defesas ou de comportamentos submissos, o que nos permite inferir sobre sua auto-confiança. Analisar a presença ou ausência de choque (quando o participante se nega a produzir a história) e/ou bloqueios (quando o participante inicia a história mas se recusa a continuá-la) a determinadas pranchas que também fornecem dados sobre auto-controle do sujeito. Consideramos autonomia baixa quando o participante necessitou de estimulação, por parte da pesquisadora, para realizar a tarefa em mais de 5 pranchas. Autonomia média quando o participante necessitou de estimulação em 5 pranchas e

autonomia alta quando o participante necessitou de estimulação em menos de 5 pranchas ou em nenhuma prancha.

QUADRO 2.1: Comparação dos participantes dos grupos com e sem Bruxismo frente à Atitude na tarefa

<b>Atitude do sujeito</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
Autonomia Alta	13 participantes	11 participantes
Autonomia Média	Nenhum	2 participantes
Autonomia Baixa	2 participantes	2 participantes
Presença choque/bloqueio	3 participantes	1 participante
Comentários da autonomia alta	Autonomia desenvolvida a partir de resistências.	Autonomia desenvolvida a partir da necessidade de encorajamento.

Podemos perceber que a maioria dos participantes apresentou autonomia alta, sendo ao todo 24 participantes, dos quais 13 do grupo com Bruxismo e 11 do grupo controle. Quatro participantes apresentaram autonomia baixa (Bruna, Breno, Cláudio e Cristina) e apenas 2 tiveram autonomia média (Cirilo e Caetano). Dos 13 participantes com Bruxismo que apresentaram autonomia alta, 10 não necessitaram de estimulação em nenhuma prancha. Diferentemente, os participantes do grupo controle tiveram a maioria dos participantes com autonomia alta (7) necessitando de estimulação da pesquisadora.

Observamos, contudo, que a característica de apresentar autonomia alta se dá em função de diferentes aspectos que caracterizam os dois grupos. Os integrantes do grupo com Bruxismo que tiveram autonomia alta apresentaram, na sua maioria, intensas resistências à realização da tarefa, do tipo: comentários negativos às pranchas, alto grau de ansiedade para

finalizar a tarefa, pausas/silêncios e dificuldade para finalizar as histórias. Já os participantes do grupo controle, necessitaram mais vezes de estimulação, a qual não chegou, na maior parte das vezes, a comprometer o nível de autonomia, e na qual foi percebido um decréscimo progressivo desta mesma estimulação a cada prancha, mostrando a capacidade destes participantes adquirirem, dentro de um vínculo de confiança, independência na realização de suas tarefas.

A título de resumir os dados encontrados nesta subcategoria, podemos dizer que a auto-confiança dos participantes com Bruxismo é baixa porque o desenvolvimento da tarefa se dá mais em função de mecanismos de defesa, de ansiedade para finalizar a tarefa e de comportamentos submissos. Já com os participantes do grupo controle, a auto-confiança é alta porque o desenvolvimento da tarefa se dá em função de uma aproximação progressiva com o novo (no caso, a tarefa proposta) possibilitando um sentimento gradual de confiança que estimula uma maior autonomia.

O segundo item da Análise Formal a ser trabalhado é a **adaptação ao estímulo**. Como já visto, esta nos dá indícios sobre a percepção que o sujeito tem da realidade, permitindo-nos levantar hipóteses sobre a vivência temporal do mesmo. Trabalharemos então com dois subitens: percepção da realidade e centração nos tempos. Com relação à percepção da realidade consideramos que esteja preservada se o sujeito percebe corretamente 5 ou mais pranchas, referindo personagens e a situação que se passa entre eles. Se o sujeito não percebe os personagens principais, inclui ou exclui personagens na prancha, e/ou não fala sobre a situação presente, em mais de 5 pranchas, consideramos a percepção incorreta da realidade e, portanto, comprometida. Com relação à centração nos tempos, consideramos aqueles mais presentes no conjunto das histórias de cada participante.

Apresentamos em seguida o quadro comparativo dos resultados dos grupos, encontrados a partir da análise das duplas.

QUADRO 2.2: Comparação dos participantes dos grupos com e sem Bruxismo frente à Adaptação ao estímulo.

<b>Adaptação dos participantes ao estímulo</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
<b>Percepção da realidade</b>		
- comprometida	8 participantes	5 participante
- preservada	7 participante	10 participantes
<b>Centração</b>		
- passado	3 participante	10 participantes
- presente	2 participante	1 participante
- futuro	Nenhum	Nenhum
- passado e presente	5 participantes	3 participantes
- passado e futuro	5 participantes	1 participante

Podemos observar que, dos 15 participantes do grupo com Bruxismo, 8 apresentaram percepção da realidade comprometida e 7 participantes apresentaram percepção da realidade preservada. As centranções temporais mais freqüentes neste grupo foram “passado e presente” conjuntamente e “passado e futuro” conjuntamente, com 5 participantes cada. A centração no passado apareceu em 3 participantes e a centração no presente em 2 participantes. Nenhum participante deste grupo referiu o tempo futuro sozinho. Vale ressaltar ainda que, como vimos, uma das centranções mais freqüentes para estes participantes é a conjunta passado-futuro, ou seja, o tempo futuro aparece para os participantes do grupo com Bruxismo, porém,

através da análise das histórias, observamos que o mesmo apresentava um forte componente de idealização e soluções mágicas.

Com relação à percepção da realidade nos participantes do grupo controle, observamos que 10 apresentaram percepção preservada, enquanto que os outros 5 participantes (Carla, Carina, Cora, Cauê e Cesário) apresentaram percepção comprometida. Relativamente aos tempos, a centração no passado teve a maior frequência - 10 participantes – e a centração no “passado e no presente”, conjuntamente, apareceu em 3 participantes (Carla, Caetano e Cida). Os participantes deste grupo também não apresentaram o tempo futuro sozinho.

Como já dito anteriormente, o item de adaptação ao estímulo fornece dados sobre a percepção que o participante tem da realidade. A partir da análise dos resultados deste item, pudemos perceber que os participantes do grupo com Bruxismo apresentaram, em sua maioria, uma percepção mais comprometida da realidade quando comparados aos do grupo controle que demonstraram, em sua maior parte, a percepção da mesma preservada.

O terceiro e último item da Análise Formal a ser trabalhado é a **História**, dentro dos seus aspectos de criatividade (no sentido de não se manterem descritivas, repetitivas e estereotipadas), estrutura (começo, meio e fim da história) e tamanho (pequenas – histórias com até quatro linhas; médias – histórias com no mínimo 5 e no máximo 12 linhas; e grandes – histórias com mais de 12, critérios estes estabelecidos a partir da digitação de todas as histórias). Para ilustrar o que estamos considerando uma história pouco criativa, mostraremos o trecho de uma história produzida por Bruno referente à prancha 5: “... a mãe acordou pra fazer o café. O pai acordou e foi tomar café. Aí eles (filhotes) acordaram e foram tomar café. Depois que tomou foi ver televisão. Depois foi tomar banho pra ir pra escola” (linha 2).

Como já visto, a análise destes aspectos nos fornecerá indicações sobre o funcionamento do pensamento e da inteligência do sujeito. Em seguida apresentamos o quadro.

QUADRO 2.3: Comparação dos grupos com e sem Bruxismo em relação às histórias produzidas.

<b>Histórias</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
Criatividade	presente em 6 participantes	presente em 11 participantes
Estrutura	presente em 8 participantes	presente em todos os participantes
Tamanho	pequenas em 3 participantes, médias para 7 participante, e grandes para 5 participantes.	pequenas em 1 participante, médias para 12 participantes e grandes em 2 participante.

O aspecto de criatividade chama a atenção nesta categoria, em termos de diferenças entre o grupo com Bruxismo e o grupo controle. Dos 15 participantes com Bruxismo, apenas 6 apresentaram criatividade (Brigite, Beatriz, Bastos, Bolívar, Boris e Bianca). No grupo controle, dos 15 participantes, 11 apresentaram criatividade.

A estrutura das histórias também é importante de ser avaliada, pois foi mantida por todos os participantes do grupo controle. No grupo com Bruxismo, 8 participantes conseguiram manter a estrutura das histórias (Bruna, Benício, Bárbara, Breno, Bosco, Beatriz, Bolívar e Bianca), sendo que entre os 8 participantes com Bruxismo que conseguiram manter a estrutura, Bruna não produziu 4 histórias (2 choques e 2 bloqueios) Bárbara não produziu 5



histórias (4 choques e 1 bloqueio) e Breno não produziu uma história (1 bloqueio). A análise da estrutura foi efetuada a partir do material produzido pelas crianças e, por isso, não temos como saber se as histórias que apresentaram choques ou bloqueios seriam ou não estruturadas.

Com relação ao tamanho das histórias, o grupo com Bruxismo teve 3 participantes que apresentaram histórias de tamanho pequeno (Bruna, Benício e Breno) 5 participantes que mostraram histórias de tamanho grande (Beto, Bosco, Bolívar, Bóris e Bianca) e 7 participantes que apresentaram histórias de tamanho médio (Bruno, Bárbara, Brigitte, Branca, Beatriz, Bastos e Bernardo).

No geral, podemos perceber que os participantes do grupo com Bruxismo apresentaram histórias sem criatividade, descritivas, com estrutura e na maioria de tamanho médio, o que nos permite inferir que, o funcionamento do pensamento e da inteligência aparecem prejudicados para a maior parte deles. Relativamente aos participantes do grupo controle, vimos histórias mais criativas, estruturadas e de tamanho médio, permitindo-nos dizer que, no geral, o funcionamento do pensamento e da inteligência nestes participantes aparece preservado.

A terceira categoria de análise diz respeito à figura do **Herói**. Ele é o personagem principal da história e pode ou não estar representado na prancha. Ou seja, não se trata necessariamente da figura central do quadro mas sim, daquela em função da qual a problemática existe e os acontecimentos se organizam. O estudo do conjunto dos heróis fornece indicações sobre as identificações sexuais do sujeito e sobre o seu status, ou seja, a idade e o papel que ocupa (filho, irmão, amigo, etc).

Através da análise das histórias dos participantes foi possível identificar quais as figuras de heróis mais presentes em cada prancha, possibilitando-nos assim analisar os participantes em termos de sua identificação sexual e status; e também em função de outras

duas características observadas por nós e que são relatadas nos resultados: a questão de indeterminação do herói e a questão de nomeação dos mesmos. Sendo assim, trabalharemos com estas 4 características e explicaremos a seguir os critérios de análise que utilizamos para as mesmas. Consideramos a identificação sexual positiva quando em mais de 5 pranchas os heróis foram do mesmo sexo que o participante e negativa quando isso ocorreu em menos de 5 pranchas. Com relação ao status, consideramos positivo quando em mais de 5 pranchas os heróis apresentaram a mesma faixa etária que o participante e negativa quando isso ocorreu em menos de 5 pranchas. Consideramos o herói indeterminado quando não há possibilidade de identificação do sexo (masculino ou feminino) e consideramos nomeação o fato de os participantes da pesquisa poderem atribuir nome próprio ao Herói.

A seguir apresentamos o quadro da análise geral dos heróis para todos os participantes, em cada uma das 10 pranchas.

QUADRO 3: Comparação da análise da figura do Herói em todas as pranchas para os participantes dos grupos com e sem Bruxismo

<b>Herói</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
<b>Identificação sexual</b>		
- Negativa	6 participantes	6 participantes
- Positiva	7 participantes	9 participantes
- Empate	2 participantes	-
<b>Status</b>		
- Negativo	2 participantes	2 participantes
- Positivo	12 participantes	13 participantes
- Empate	1 participante	-
<b>Indeterminação</b>		
- Presente	Todos os participantes	13 participantes
- Ausente	-	2 participantes
<b>Nomeação</b>		
- Presente	3 participantes	4 participantes
- Ausente	12 participantes	11 participantes

Podemos observar várias semelhanças entre os dois grupos com relação à categoria do Herói, sobretudo no que diz respeito às subcategorias de identificação sexual e de status. Nestas últimas observamos ainda que, apesar das semelhanças, os participantes do grupo com Bruxismo apresentaram empates que não apareceram para os integrantes do controle. Vemos ainda semelhanças nos resultados de indeterminação, porém nesta subcategoria os integrantes do grupo controle mostraram ausência de indeterminação do herói para 2 participantes e

mesmo entre os que apresentaram indeterminação com relação ao número de pranchas, os participantes do grupo com Bruxismo apresentaram mais vezes (45 pranchas do total de 150) que os integrantes do grupo controle (35 pranchas de um total de 150).

No que diz respeito à questão da nomeação do herói, esta se faz presente para 3 participantes do grupo com Bruxismo, em 4 pranchas (Bárbara em 1 prancha, Beatriz em 1 prancha e Bianca em 2 pranchas), e aparece para 4 participantes do grupo controle (Carla, Cristina, Camilo e Cida) em 17 pranchas.

Em resumo podemos observar que os resultados desta categoria não apresentam grandes diferenças entre os grupos estudados. Porém, reafirmamos que numa amostra com maior número de participantes pode ser que esta categoria apresente diferenças entre os participantes de ambos os grupos.

Daremos início agora à análise da quarta categoria, que diz respeito às **Necessidades** do herói. MURRAY (1950 apud JACQUEMIN et al, 2003; p.25) define “necessidade” como “*uma espécie de força que determina uma tendência ou um efeito no sujeito*”. Ao identificarmos estas necessidades, temos o que motiva a ação do herói em cada história, bem como o fato de que a frequência e intensidade destas fornecem uma idéia sobre sua importância relativa na vida do sujeito. Tendo estes princípios por base, apresentaremos a necessidade principal mais frequente para cada um dos participantes e a de maior frequência entre as secundárias. Quando ocorrer de duas necessidades apresentarem a mesma frequência estaremos considerando um “empate”. Temos por objetivo na análise desta categoria obter a relação básica existente entre as necessidades principais e secundárias (não necessariamente relacionaremos cada uma das necessidades principais com as secundárias e sim, identificaremos a relação mais importante). Trabalhamos com 2 tipos de relações, a saber: conflitivas e inter-relacionadas; sendo que a última relação se subdivide em inter-relação do tipo subordinação (identifica uma relação de dependência, hierarquia entre as necessidades) e inter-relação do tipo complementar (identifica uma relação de correspondência entre as necessidades).

QUADRO 4: Comparação dos participantes dos dois grupos em relação à categoria de análise das Necessidades do Herói.

<b>Necessidades</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
<b>Principais</b>		
- proteção	4 participantes	3 participantes
- afiliação	1 participante	2 participantes
- deferência	1 participante	-
- evitar culpa	1 participante	-
- agressão	1 participante	-
- autonomia	-	1 participante
- dominância	-	1 participante
- empate afiliação/proteção	1 participante	-
- empate afiliação/deferência	1 participante	-
- empate afiliação/agressão	-	2 participantes
- empate proteção/agressão	-	1 participante
- empate proteção/oposição	-	3 participantes
- empate proteção/evitar culpa	1 participante	-
- empate nutrição/agressão	-	1 participante
- empate afiliação/proteção/ agressão	1 participante	-
- empate afiliação/proteção/ deferência	1 participante	-
- empate afiliação/proteção/ oposição	1 participante	-
- empate deferência/agressão/	-	1 participante

dominância		
- não foi identificada uma necessidade principal	1 participante	-
<b>Secundárias</b>		
- afiliação	9 participantes	12 participantes
- diversão	1 participante	2 participantes
- empate afiliação/proteção	1 participante	-
- empate afiliação/nutrição	1 participante	-
- empate afiliação/deferência/ passividade	1 participante	-
- empate nutrição/passividade/ diversão	1 participante	-
- empate realização/diversão/ passividade	1 participante	-
- empate nutrição/excitação/ agressividade/dominância	-	1 participante
<b>Relação entre necessidades</b>		
- Complementares	5 participantes	5 participante
- Subordinadas	7 participantes	-
- Conflitivas	3 participantes	10 participantes

O grupo com Bruxismo apresentou como necessidade principal mais citada a proteção em 4 participantes (Bárbara, Beatriz, Bastos e Bernardo). É importante relatar que a

necessidade de afiliação ainda aparece entre as necessidades principais sozinha em 1 participante (Bruno) e nos empates para 5 participantes (Breno, Bosco, Bolívar, Benício e Bianca), sobretudo conjuntamente com as necessidades de proteção e deferência. Ainda para este grupo a necessidade secundária de maior frequência foi a de afiliação, com 9 participantes. Todas as demais necessidades secundárias contam com 1 participante cada. Observamos que a necessidade de afiliação ainda aparece combinada com as necessidades de proteção, nutrição, deferência e passividade para outros 3 participantes (Bosco, Benício e Bianca). Vale a pena ainda ressaltar que para 1 participante do grupo com Bruxismo (Bruna) não foi identificada uma necessidade principal mais presente, ou seja, esta participante apresentou uma necessidade principal diferente em cada prancha que produziu (lembrando que esta participante apresentou choques). Outro fato que ainda julgamos relevante é o de que as necessidades de deferência e evitar culpa somente aparecerem como as principais entre os participantes com Bruxismo, tanto sozinhas quanto nos empates; e a necessidade de passividade também somente aparecer para estes participantes entre as secundárias. Ainda neste grupo, a relação entre as necessidades (principal e secundária) de maior frequência foi a de subordinação em 7 participantes; as relações complementares apareceram para 5 participantes (Bárbara, Beatriz, Bastos, Bernardo, Benício) e as relações conflitivas para 3 participantes (Beto, Breno e Bosco).

O grupo controle apresentou como necessidades principais de maior frequência a necessidade de proteção e o empate das necessidades de “proteção/oposição”, com 3 participantes cada uma (respectivamente, Caetano, Camilo, César; e Carina, Cirilo, Cesário). Na sequência, em termos de frequência, também temos a necessidade de afiliação e o empate entre as necessidades de “afiliação/agressão”, com 2 participantes cada (Cláudio e Cida; e Cibele e Cristina). Podemos perceber que, já entre as necessidades principais existe uma relação de conflito. As demais necessidades principais referidas contam com 1 participante

cada e também confirmam a questão conflitiva posto que, na sua maioria, tratam de necessidades de autonomia, dominância e agressão. A necessidade secundária de maior frequência para este grupo foi a de afiliação, para 12 participantes; seguida da necessidade de diversão (2 participantes – Cibeles e Cláudio). A relação entre as necessidades (principal e secundária) de maior frequência foi a conflitiva para 10 participantes; sendo que as de complementaridade foram encontradas em 5 participantes (Cássio, Camilo, Cláudio, César, Caetano) e a subordinada para nenhum dos participantes deste grupo.

Quando comparados os dois grupos em relação às necessidades, pudemos observar nos participantes do grupo com Bruxismo uma maior tendência à submissão, com a ação do herói parece motivada pela obediência e passividade; enquanto que os participantes do grupo controle mostraram maior tendência ao conflito, com a ação do herói motivada pelo enfrentamento de seus conflitos.

Dando prosseguimento à análise das categorias, trataremos da **Conduta**. As condutas dizem respeito aos meios que o herói emprega para satisfazer suas necessidades. Com base em OMBREDANE (1969 apud JACQUEMIN et al, 2003) temos a seguinte divisão para avaliar as condutas: **Nível Evolutivo, Nível de Performance e Estilo**.

O **Nível evolutivo** diz respeito ao grau de socialização das condutas, que são classificadas basicamente em instintivas (que não exigem aprendizagem social, como por exemplo, chorar, rir, comer, beber, bater, etc) e de aprendizagem (como o próprio nome diz, exigem aprendizado e indicam o grau de controle do sujeito sobre as suas manifestações instintivas). O ideal de um protocolo é que ocorram tanto condutas instintivas quanto de aprendizagem, sendo esperado que as segundas apareçam em maior número que as primeiras, porém sem deixar de ocorrer uma coexistência harmônica entre ambas; o que é indicativo de que o sujeito vivencia emoções e, posteriormente, pode retomar o controle de si mesmo.



QUADRO 5.1: Comparação dos participantes dos grupos com e sem Bruxismo em relação ao Nível Evolutivo da conduta

<b>Nível Evolutivo</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
Predomina conduta instintiva	9 participantes	9 participantes
Predomina conduta de aprendizagem	6 participante	6 participante
Ambas condutas juntas	13 participantes	15 participantes

Em ambos os grupos ocorreu predomínio da conduta instintiva sobre a de aprendizagem (para 9 participantes em cada grupo). Em relação ao número de pranchas que os participantes apresentaram contendo as duas condutas juntas, foi encontrada uma diferença pequena. No grupo controle todos os participantes apresentaram ambas as condutas em várias pranchas, enquanto que no grupo com Bruxismo 2 participantes (Bruna e Breno) não apresentaram as duas condutas juntas em nenhuma prancha.

O segundo aspecto para avaliar as condutas é o **Nível de performance**, onde considera-se a organização e eficácia destas condutas, as quais indicam em que medida o sujeito é capaz de empregar recursos eficazes para atingir suas metas. Classifica-se em: condutas afetivas (estão ligadas às condutas instintivas, porque são reações associadas a emoções e sentimentos que ocorrem imediatamente após um acontecimento. Devem ser ultrapassadas para permitir uma ação eficaz); condutas preparatórias (orientadas para a realização da necessidade que, porém, não implicam na sua satisfação); condutas consumativas (realizam a satisfação da necessidade e aparecem com frequência no desfecho da história); condutas suspensivas (implicam na interrupção do comportamento e na espera do que vai acontecer); e condutas fictícias (o herói realiza suas necessidades em pensamento ou de modo mágico, como em sonhos ou delírio; trata-se de uma ação imaginária).

QUADRO 5.2: Comparação entre os participantes dos grupos com e sem Bruxismo em relação ao Nível de performance da conduta

<b>Nível de Performance</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
Conduta predominante	Afetiva – 9 participantes (73 pranchas); e apareceu para todos os participantes deste grupo (total de 112 pranchas).	Afetiva – 8 participantes (61 pranchas); e apareceu para todos os participantes deste grupo (total de 100 prs).
Demais condutas		
- Preparatórias	Todos os participantes, num total de 95 pranchas	Todos os participantes, num total de 111 pranchas
- Consumativas	Apareceu para 14 participantes, num total de 57 pranchas	Todos os participantes, num total de 85 pranchas)
- Suspensivas	11 participantes, totalizando 27 pranchas	10 participantes, totalizando 16 pranchas
- Fictícias	4 participantes, totalizando 8 pranchas	2 participantes, totalizando 7 pranchas

Novamente não vemos grandes diferenças entre os grupos neste aspecto da conduta. Ambos tiveram como conduta predominante a afetiva (para 9 participantes do grupo com Bruxismo e 8 participantes do grupo controle) e todos os participantes dos dois grupos apresentaram condutas preparatórias. Com relação às condutas consumativas apenas 1 participante do grupo com Bruxismo não a apresentou em nenhuma prancha. A conduta suspensiva apareceu para 11 participantes do grupo com Bruxismo e 10 do grupo controle. E a conduta fictícia apareceu para 4 participantes do grupo com Bruxismo e 2 participantes do

grupo controle. É relevante, porém, observar o número de pranchas que os participantes apresentaram em cada tipo de conduta analisada, para qualificarmos a importância dos mesmos na compreensão de suas dinâmicas internas.

As condutas consumativas apresentaram diferenças: os participantes do grupo controle a apresentam em mais de 50% das pranchas (85 de 150) enquanto que os do grupo com Bruxismo, em menos de 50% delas (57 de 150). Vale ressaltar que um dos participantes do grupo com Bruxismo (Branca) nem sequer apresentou a conduta consumativa em nenhuma prancha. Como já visto, esta conduta indica se a necessidade do herói é ou não satisfeita e, de acordo com os resultados obtidos, nesse sentido, os participantes do grupo controle realizam mais vezes suas necessidades do que os participantes com Bruxismo. É importante ainda vermos em função de quê está se dando a conduta consumativa e, nesse sentido, pudemos observar que nos participantes com Bruxismo esta acontece, muitas vezes, devido a atitudes submissas e passivas, enquanto que nos participantes do grupo controle se deu em função de atitudes ativas de enfrentamento. Atentando agora para as condutas fictícias e suspensivas, poucas foram as diferenças encontradas, posto que, para a primeira, os participantes com Bruxismo apresentaram 8 de 150 pranchas, enquanto que os participantes do grupo controle mostraram 7 pranchas das 150; e para a suspensiva estes últimos (controle) apresentaram 16 pranchas de 150, enquanto os participantes do grupo com Bruxismo apresentaram 27 de 150 pranchas no total. Vimos que a conduta suspensiva implica na interrupção do comportamento e na espera do que vai acontecer. Desta forma, apesar do pequeno número de condutas suspensivas observadas nos participantes com Bruxismo, este pode nos auxiliar a pensar e compreender um pouco mais o fato destes participantes apresentarem mais conflitos relacionados a medos e atitudes submissas (o que corrobora a análise das Problemáticas - ver quadro 1.5 e das Necessidades – quadro 4).

O terceiro e último aspecto da avaliação das condutas é o **Estilo**. Por ele podemos entender quais são as características das condutas, ou seja, como elas habitualmente se comportam. São diversas as direções que as características apresentam e, não necessariamente, elas estão presentes em todas as atividades do herói. Estas direções são: iniciativa – passividade (existe uma participação ativa do herói para alcançar seus objetivos ou ele se deixa levar pelos acontecimentos, esperando que alguém o faça em seu lugar); impulsividade – controle (o herói é ou não capaz de dominar sua impulsividade e, conseqüentemente, controlar sua conduta); força – fraqueza (o herói persiste, luta pelo que deseja ou desiste); coordenação – descoordenação (as diferentes ações do herói são ou não organizadas para alcançar seu objetivo); tenacidade – labilidade; e plasticidade – rigidez (frente a uma dificuldade, o herói apresenta capacidade de adaptação da conduta, modificando-a para atingir seu objetivo, ou não).

QUADRO 5.3: Comparação entre os participantes dos grupos com e sem Bruxismo em relação ao Estilo predominante da conduta

<b>Estilo predominante</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
Iniciativa	4 participante	12 participantes
Passividade	8 participantes	-
Labilidade	1 participante	-
Impulsividade	-	1 participantes
Empate entre iniciativa e passividade	1 participante	1 participante
Empate entre passividade e impulsividade	1 participante	-
Empate entre iniciativa e impulsividade	-	1 participante

O grupo com Bruxismo apresentou como estilo mais freqüente a passividade, que ocorreu em 8 participantes. Para 1 participante o estilo de maior freqüência foi um empate entre os estilos de passividade e impulsividade (Bruna) e para outro participante um empate entre iniciativa e impulsividade (Brigite). Para 1 participante o estilo predominante foi a labilidade (Beto) e para 4 participantes o estilo foi o de iniciativa (Benício, Bosco, Bastos e Boris).

O grupo controle apresentou como estilo mais freqüente a iniciativa (12 participantes) sendo que para 1 participante ocorreu empate entre o estilo de iniciativa e o de impulsividade (César) e para outro dos participantes o empate foi entre os estilos de iniciativa e passividade (Cássio). Para 1 participante (Carlos) o estilo predominante foi o da impulsividade.

A partir disto podemos concluir que nos participantes com Bruxismo predomina a passividade no comportamento do herói em relação a como atingir seus objetivos; enquanto que nos participantes do grupo controle prevalecem os comportamentos de iniciativa do herói.

Num fechamento da análise da conduta, podemos inferir que os participantes do grupo controle vivenciam suas emoções (conduta instintiva) e que, mesmo ainda temendo perder o controle sobre elas (predomínio da conduta instintiva sobre a de aprendizagem, e predomínio da conduta afetiva) eles, de maneira geral, empregam seus recursos para alcançar seus objetivos (condutas preparatórias e consumativas) de forma eficaz e menos defensiva (estilo de iniciativa mais freqüente) quando comparados aos participantes com Bruxismo. Já estes últimos, apesar de também vivenciarem suas emoções e temerem perder o controle sobre elas, empregam menos seus recursos para alcançarem seus objetivos, mantendo uma postura mais submissa e dependente (predomínio do estilo de passividade).

A sexta categoria de análise diz respeito ao **Conjunto**. Compreendido este último como sendo o ambiente ou conjunto de forças do meio que exercem influência sobre o herói,

temos a subdivisão desta categoria em: contexto físico (que pode ser um acontecimento específico, ou um objeto particular, cuja presença ou ausência favorece ou obstaculiza a ação do herói) e contexto social (ações e emoções dos outros personagens que cercam o herói). O estudo do contexto físico permite-nos obter a percepção que o sujeito tem do mundo exterior (mais ou menos promissor) sendo que esta percepção condiciona sua relação com este mundo, na medida em que ele pode investir mais ou menos energia no mesmo para alcançar seus objetivos. Já a análise do contexto social indica quais são os personagens significativos para o herói, com os quais ele estabelece relações.

Em relação ao **Contexto físico**, através da análise pudemos discriminar 12 tipos de contextos, a saber: situação de dificuldade (tristeza, insônia, não conseguir pensar, incompreensão, mudanças, passar fome, ter que fugir, preocupações); situação de agressividade (agressão física ou verbal, do tipo brigas, discussões, intrigas, punições, como por exemplo, ficar de castigo); situação de abandono (personagem está ou é deixado sozinho para enfrentar os problemas); situação assustadora/ameaçadora (doença, machucado, pesadelos, fantasma, morte, monstro, catástrofes como por exemplo, incêndio); situação de oposição/disputa (competição, medir forças, confrontar para manter sua opinião); situação de contrariedade (não poder escolher, ser adotado, fazer as coisas contra a vontade); situação de alegria/divertimento (festas de aniversário, reuniões com amigos e família, datas comemorativas como Páscoa e Natal; passeios e brincadeiras); rotina (que definimos como a descrição simples das ações de “dormir, acordar, comer, brincar, tomar banho, ir pra escola”, não necessariamente sempre nessa ordem); caçada, “aula” (não apenas no sentido de ir à escola, mas também, de ser ensinado por alguém), temas sobre sexualidade (casamento, gravidez, nascimento) e projetos/sonhos (personagem só consegue se ver realizado no futuro).

QUADRO 6.1: Comparação entre os participantes dos grupos com e sem Bruxismo em relação ao Contexto físico da análise do Conjunto

<b>Contexto Físico</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
Contexto físico mais freqüente	“Rotina”, para 6 participantes	Empate entre “situação de dificuldade” e “situação de de oposição”, com 3 participantes cada.
Demais contextos físicos		
Rotina	12 participantes	5 participantes
Situação de oposição	9 participantes	14 participantes
Situação ameaçadora	12 participantes	9 participantes
Situação de abandono	7 participantes	6 participante
Situação de dificuldade	8 participantes	9 participantes
Situação de agressividade	8 participantes	8 participantes
Situação de contrariedade	2 participantes	5 participantes
Situação de alegria/divertimento	14 participantes	10 participantes
Tema de sexualidade	2 participantes	5 participantes
Projeto/sonho	2 participantes	1 participante
Aula	1 participante	2 participantes
Caçada	3 participantes	7 participantes

O grupo com Bruxismo apresentou como contexto físico mais freqüente: “rotina” para 6 participantes (Bárbara, Breno, Branca, Beto, Bruno e Bianca); o que nos permite inferir que os participantes deste grupo demonstraram mais dificuldades de lidar com as questões de

espontaneidade e criatividade nas histórias, posto que recorrem à descritividade presente nestas “rotinas”. Vale a pena ainda ressaltar que o contexto físico de “rotina” apareceu, embora não como o mais freqüente, para outros 6 participantes deste grupo, totalizando 12 participantes que apresentaram este contexto.

O grupo controle apresentou um empate dos contextos físicos de maior freqüência, com 3 participantes cada, entre “situação de oposição” (Cibele, Cora, Cauê) e “situação de dificuldade” (César, Cida e Cesário).

Dentro da análise dos demais contextos, ressaltaremos algumas questões diferenciadoras dos grupos. A “situação de alegria/divertimento” foi a mais presente no grupo com Bruxismo (14 participantes) e a segunda mais freqüente para os participantes do grupo controle (10 participantes). Como já visto, correspondem ao grupo de situações de alegria/divertimento os eventos de brincadeiras, passeios e festas. Os 14 participantes do grupo com Bruxismo referiram mais vezes (21 citações) esses eventos do que os participantes do grupo controle (13 citações) e, no grupo com Bruxismo pudemos observar que esses eventos se apresentaram mais em forma de perigos (sobretudo as brincadeiras) ou de evitação do conflito principal (por exemplo, Páscoa na prancha 9; festa na prancha 3), o que não ocorreu com os integrantes do grupo controle. Pudemos ainda notar que praticamente não houve diferença no número de participantes de ambos os grupos para as situações de abandono, dificuldade e agressividade. Porém, a resposta que os participantes dos diferentes grupos encontram para lidar com estes mesmos contextos também nos ajudam a conhecer suas dinâmicas psíquicas. Os participantes do grupo com bruxismo, na sua maioria, ao lidarem com situações de abandono, agressão e dificuldades (sobretudo do tipo tristeza, fuga e incompreensão) fazem-no de forma passiva, enquanto que os participantes do grupo controle enfrentam essas situações de forma mais ativa, buscando outras parcerias (sobretudo quando lidam com a situação de abandono).



Este primeiro estudo do contexto físico nos permite inferir que, sendo o mundo exterior um espaço que os participantes têm para lutar pelo seu lugar, com recursos para o enfrentamento de situações adversas (como agressões, ameaças, medos e disputas) os participantes com Bruxismo demonstraram um maior conformismo e comportamento submisso diante destas situações, assim como menor capacidade de enfrentamento das mesmas (o que foi observado, sobretudo através de mecanismos de defesa do tipo negação e fuga da realidade) e de lutar por seu lugar no mundo. Em complementação ao exposto, observamos uma maior disposição para o enfrentamento por parte dos integrantes do grupo controle, em relação aos demais contextos apresentados.

O estudo do **Contexto social**, como sabemos, permite-nos ver *com quem* o participante estabelece sua(s) relação(s) mais significativa(s) no mundo.

QUADRO 6.2: Comparação entre os participantes dos grupos com e sem Bruxismo em relação ao Contexto social da análise do Conjunto.

<b>Contexto Social</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
Contexto mais freqüente		
- mãe	8 participantes (25 pranchas)	9 participantes (13 pranchas)
Demais contextos		
- pai	4 participantes	8 participantes
- pais	4 participante	7 participantes
- irmãos/amigos	8 participante	8 participantes
- filhos	9 participantes	8 participantes
- parentes	2 participantes	2 participantes
- avós	2 participantes	2 participantes
- tios	2 participantes	2 participantes
- Deus	2 participantes	-
- caçador	2 participantes	6 participantes
- povo	3 participantes	-
- visitas/vizinhos	-	3 participante
- ladrão	-	2 participantes
- guardas	-	2 participantes
- namorado	-	2 participantes
- bombeiros	-	1 participante
- babá	-	1 participante
- borboleta	-	1 participante

O grupo com Bruxismo apresentou relação mais significativa com o personagem “mãe”, para 8 participantes, para 4 participantes a figura mais freqüente foi a dos “pais” (Bárbara, Bruna, Bastos e Bolívar). A figura do pai apareceu como de maior freqüência para 1 participante (Bosco) e a representação dos amigos/irmãos apareceu como de maior freqüência, para 1 outro participante (Bernardo). E ainda para 1 participante a relação mais significativa foi um empate entre a personagem “mãe” e os “amigos/irmãos” (Boris). Cabe ressaltar que a relação do tipo “amigos/irmãos” foi assim nomeada quando os participantes iniciavam a história referindo uma relação de amigo e, ao longo da mesma, essa relação era trocada pela de irmão e vice-versa.

O grupo controle também apresentou o personagem “mãe” como relação mais significativa para 9 participantes. Outros dois participantes deste grupo elegeram a relação com os amigos/irmãos como mais significativa (Cláudio e Cesário). Para Cássio a relação mais significativa foi com os personagens “filhos”. Cauê apresentou como contexto social mais freqüente a figura do pai. E ainda tivemos dois empates de maior freqüência, com um participante cada, a saber: “mãe” e “amigos/irmãos” (Carina) e “família” e “filhos” (Cida).

Podemos observar que os grupos no tocante ao contexto social, são semelhantes, posto que ambos apresentaram como personagem de relação mais significativa a “mãe” e a família em geral. Vale ressaltar que os integrantes do grupo controle apresentaram maior variedade de relacionamentos no contexto social para além das relações familiares (pais, irmãos, filhos, avós, tios), o que pode estar relacionado a uma maior diversidade de contatos e possibilidade de relacionamentos sociais.

A sétima categoria de análise – **Ação** – ocorre em função da categoria anteriormente estudada, mais especificamente no que diz respeito ao contexto social. Este último nos permitiu ver *com quem* o participante estabelece sua(s) relação(s) mais significativa(s) no

mundo e a categoria presente nos permitirá ver *como* se dão essas relações, através das ações e pressões que os personagens exercem sobre o herói. Apresentaremos as ações e pressões de maior frequência para os participantes.

QUADRO 7: Comparação entre os participantes dos grupos com e sem Bruxismo em relação às ações e pressões sentidas pelo herói

<b>Ações/Pressões</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
Ações		
- afiliação	14 participantes	Todos os participantes
- agressão	1 participante	-
Pressões		
- perigo físico	6 participantes	9 participantes
- perda-falta de alguma coisa necessária ao herói	3 participantes	2 participantes
- empate entre as pressões de perigo físico e perda/falta	1 participante	2 participantes
-empate perigo e afiliação	1 participante	-
- empate perigo e agressivid.	1 participante	-
- empate perda/falta e rejeição	-	1 participante
- dominância	1 participante	1 participante
- rejeição	1 participante	-
- agressão	1 participante	-

O grupo com Bruxismo apresentou como ação de maior frequência a “afiliação” (14 participantes) e apenas 1 dos integrantes (Bruna) apresentou como sendo a ação de agressão. A pressão mais sentida foi a de “perigo físico” (6 participantes). Para Bruna houve um empate da pressão de “perigo físico” com “afiliação”; Benício apresentou empate entre “perigo físico” e “perda/falta de alguma coisa necessária ao herói” e Bastos teve empate das pressões de “perigo físico” e “agressividade”. Ainda neste grupo, Beto apresentou como pressão mais pregnante a “agressão”; Bruno a pressão de “rejeição” e Bianca a pressão de “dominância”.

O grupo controle também apresentou como ação mais exercida pelo meio sobre o herói a de “afiliação” para todos os participantes. E como pressões mais sentidas apresentaram “perigo físico” (9 participantes). A pressão de “perda ou falta de alguma coisa necessária ao herói” foi mais frequente para 2 participantes (Carina e Cristina), assim como o empate entre as pressões de “perigo físico” e “perda ou falta”, que também contou com 2 participantes (Cida e Camilo). O grupo ainda apresentou um empate para as pressões de “perda/falta” e “rejeição” (Cora) e apenas 1 participante (Cauê) apresentou a “dominância” como pressão mais frequente.

Pudemos verificar que dentro desta categoria praticamente não foram encontradas diferenças entre os participantes dos dois grupos.

Partimos agora para a oitava categoria de análise que diz respeito aos **Desfechos**. Nesta, analisamos a forma como termina a história, a qual se dará em relação à motivação do herói. Desta maneira, o desfecho mostra em que medida as necessidades do herói são ou não satisfeitas. Basicamente, e conforme a motivação do herói, temos os seguintes tipos de desfechos: sucesso (quando a necessidade se realiza de forma satisfatória, mesmo que tenham ocorrido obstáculos durante a trajetória) e fracasso (onde não ocorre a satisfação da necessidade; estes podem ou não ser voluntários, totais ou parciais); desfecho ambivalente

(quando sucesso e fracasso ocorrem ao mesmo tempo e nenhuma necessidade é plenamente satisfeita); desfecho provável ou indeciso (não há indicação clara de desfecho, como por exemplo, em “pode ser que...” ou “talvez”); desfecho contraditório (o sujeito não consegue se decidir por um único desfecho e apresenta dois ou mais finais); e ausência de desfecho (sujeito evita, de forma clara, falar do futuro, do que vai ocorrer; ou ainda quando faltam elementos que esclareçam o final da história).

QUADRO 8: Comparação entre os participantes dos grupos com e sem Bruxismo em relação aos Desfechos das histórias

<b>Desfechos</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
De maior frequência		
- Sucesso	12 participantes	11 participantes
- Ausência de desfecho	2 participantes	1 participante
- Fracasso	-	2 participantes
- Ambivalente	1 participante	-
- Empate entre sucesso e ambivalência	-	1 participante

O grupo com Bruxismo apresentou como desfecho mais freqüente o de sucesso para 12 participantes. A ausência de desfecho apareceu para 2 participantes (Bruna e Bruno). Apenas 1 dos participantes (Beto) apresentou como desfecho de maior frequência o ambivalente.

O grupo controle também apresentou como desfecho mais freqüente o de sucesso para 11 participantes. Dois participantes apresentaram como desfecho mais freqüente o fracasso

(Cássio e Caetano). A ausência de desfecho foi mais freqüente para 1 participante (César) e ainda houve empate dos desfechos de sucesso e ambivalente para 1 participante (Carlos).

Aparentemente os participantes dos dois grupos não mostraram diferenças nos desfechos que apresentaram. Porém, é relevante mostrar em função de quais variáveis estão se dando os desfechos de sucesso nos dois grupos, para compreendermos melhor o sentido que eles têm para os integrantes dos mesmos. Pudemos observar que para 10 participantes o sucesso não ocorre em função da utilização de estratégias adequadas de resolução de conflitos dos mesmos. Na verdade, ora ocorre devido à fuga de enfrentamentos e desistência da necessidade principal, esperando que alguém resolva os conflitos por eles, lidando, portanto, de forma passiva (como nos casos de Benício, Bárbara, Brigitte, Branca, Bastos, Bernardo, Bianca); ora se dá através da evitação dos conflitos, tendo por base uma atitude submissa (como acontece com Bianca, Bosco, Beatriz, Bastos, Bolívar). Se observarmos os desfechos de sucesso, quando os mesmos não foram os de maior freqüência, veremos que aconteceram com outros participantes deste grupo – Bruna, Beto e Bruno – os quais demonstraram características parecidas: sucesso com base na submissão e omissão de suas reais necessidades (Bruna), sucesso quando desiste da necessidade principal (Bruno), sucesso devido à idealização e passividade (Beto). Apenas para Breno e Bóris o sucesso realiza as necessidades de forma satisfatória.

No grupo controle os desfechos de sucesso ocasionalmente ocorrem devido a soluções mágicas e evitação de conflitos (como nos caso de Carla, Carina e Cida) porém com menor freqüência. Em sua maior parte, os desfechos de sucesso do grupo controle se deram em função de maiores capacidades de seus integrantes para lidarem com suas problemáticas, realizando, assim, suas necessidades de modo satisfatório.

A última categoria de análise proposta é a de **Observações e/ou Comentários**, onde serão referidos todos os aspectos relevantes de cada história, que não se encaixaram em nenhuma das outras categorias.

Nesta categoria são fornecidas informações a respeito da organização e da dinâmica da personalidade do sujeito (sobretudo no que diz respeito às suas ansiedades, mecanismos de defesa e funções do ego) que colocam perguntas para as quais é necessário buscar respostas, permitindo, assim, entrever hipóteses interpretativas, fundamentadas em uma teoria de referência. Por ser esta uma categoria sem aspectos “a priori” a serem estudados, enfatizaremos a abordagem de 4 aspectos: estereotipias (aspectos recorrentes nas histórias que podem estar ligados a mecanismos defensivos; trabalharemos com 2 tipos – “era uma vez” e “fim e/ou viveram felizes para sempre”); ansiedade para finalizar as histórias (caracterizada principalmente, por perguntas insistentes a respeito de quanto tempo e/ou pranchas ainda faltavam, e por intensa agitação motora durante toda a produção, como balançar pernas, tamborilar dedos, balançar tronco, e outros); resistências (estamos aqui considerando tempo de latência superior a 3 minutos para iniciar a tarefa, a presença insistente de silêncios durante a história e interrupções da mesma para comentar sobre outros assuntos não diretamente pertinentes às produções, como por exemplo, perguntar à pesquisadora o que almoçou, onde mora, e fazer comentários negativos às pranchas, por exemplo, dizendo que é difícil, chato, que as figuras são feias e que não vai conseguir fazer); e utilização de discurso direto na história (por exemplo, dizendo o que o personagem na primeira pessoa: “ – quero comida, quero comida”).



QUADRO 9: Comparação entre os participantes dos grupos com e sem Bruxismo em relação à categoria de Observações e/ou comentários

<b>Observações</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
Estereotipias		
- “era uma vez”	6 participantes, totalizando 43 pranchas	7 participantes, totalizando 45 pranchas
- “fim e/ou viveram felizes para sempre”	10 participantes, totalizando 76 pranchas	10 participantes, totalizando 43 pranchas
Ansiedade para finalizar a tarefa	6 participantes, totalizando 34 pranchas	3 participantes, totalizando 8 pranchas
Resistências	12 participantes, totalizando 70 pranchas	10 participantes, num total de 40 pranchas.
Discurso direto	6 participantes, totalizando 33 pranchas	4 participantes, totalizando 12 pranchas

No grupo com Bruxismo, o aspecto de maior frequência foi “Resistência” que teve 12 participantes. A “estereotipia” de maior frequência foi “fim/ viveram felizes para sempre”, com 10 participantes. A estereotipia “era uma vez” apareceu para 6 participantes. Outros aspectos foram: “ansiedade para finalizar a tarefa” teve 6 participantes e uso de “Discurso direto” que contou com 6 participantes.

No grupo controle, os aspectos de maior frequência em termos de participantes foram: estereotipia do tipo “fim/viveram felizes para sempre” que teve 10 participantes; e “resistências” também com 10 participantes. A estereotipia “era uma vez” teve 7 participantes. O uso do “Discurso direto” apareceu para 4 participantes deste grupo (Cirilo,

Cora, Cauê e Cesário). O aspecto de “ansiedade para finalizar as histórias” teve 3 participantes (respectivamente, Carina, Cauê, Caetano).

A comparação dos grupos nos permite evidenciar pequenas diferenças entre os mesmos. O aspecto de “ansiedade para finalizar as histórias” esteve mais presente para os participantes do grupo com Bruxismo e, assim como as estereotipias, pode estar relacionada a mecanismos de defesa do tipo negação, evitação e fuga. Esses resultados são confirmados pela análise das categorias de Problemáticas (ver quadro 1.5), das Condutas, no nível do estilo (ver quadro 5.3) e pela análise do Conjunto, sobretudo da subcategoria Contexto físico, onde a pregnante presença de “rotinas” confirma essas questões (ver quadro 6.1).

Em relação à “resistência”, apesar de não termos muitas diferenças com relação ao número de participantes de cada grupo - 12 participantes do grupo com Bruxismo e 10 participantes do grupo controle – notamos uma diferença com relação ao número de pranchas a que os mesmos apresentaram resistência. Os participantes do grupo com Bruxismo apresentaram “resistências” em 70 pranchas, contra 40 pranchas da parte dos integrantes do grupo controle; dados estes que corroboram os resultados expostos anteriormente, sobre as maiores dificuldades das crianças com Bruxismo enfrentarem seus conflitos e problemas.

Num resumo desta categoria podemos dizer que os participantes do grupo controle apresentaram menos uso de mecanismos defensivos, mais criatividade e recursos de enfrentamento, parecendo lidarem melhor com suas necessidades; enquanto que os integrantes do grupo com Bruxismo mostraram menos criatividade e maior uso de mecanismos defensivos, o que dificulta lidarem com suas problemáticas.

Ao considerarmos os resultados obtidos através da análise da categoria de Observações/Comentários, propomos a análise de mais duas subcategorias tendo por base as

questões propostas na Síntese Geral. São elas as subcategorias de **Mecanismos de Defesa e Potências**.

Compreendemos por mecanismos de defesa os processos psíquicos inconscientes que aliviam o ego do estado de tensão psíquica entre o id, o superego e as pressões da realidade externa. ANNA FREUD (1978) referiu que o maior temor do ego era retornar ao estado de fusão com o id e que por isso procurava se proteger da invasão das demandas instintivas provenientes do id.

QUADRO 10: Comparação entre os participantes dos grupos com e sem Bruxismo em relação aos Mecanismos de Defesa mais utilizados

<b>Mecanismos de Defesa</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
Evitação	11 participantes	8 participantes
Repressão	9 participantes	6 participantes
Dissociação	5 participantes	1 participante
Negação	9 participantes	-
Onipotência	6 participantes	2 participantes
Deslocamento	-	5 participantes
Formação Reativa	2 participante	-
Racionalização	1 participante	8 participantes

No grupo com Bruxismo os mecanismos de defesa mais freqüentes foram: evitação (11 participantes), negação em 9 participantes; repressão com 9 participantes; onipotência para 6 participantes, e dissociação que teve 5 participantes. Os mecanismos de formação

reativa e racionalização apareceram, respectivamente, para 2 participantes (Bruno, Bosco) e 1 participante (Bolívar).

O grupo controle apresentou como mecanismos mais freqüentes, com 8 participantes cada, a evitação e a racionalização. O mecanismo de repressão foi o segundo mais utilizado, com 6 participantes. O deslocamento apareceu para 5 participantes. A onipotência foi um mecanismo que apareceu para 2 participantes (Cora e Cesário). E com 1 participante apenas surgiu o mecanismo de dissociação (Carla).

Destacamos o fato de que os mecanismos de defesa do tipo negação e formação reativa apareceram apenas entre os participantes do grupo com Bruxismo. Já para o grupo controle o mecanismo específico deste grupo, que não apareceu entre os integrantes do grupo com Bruxismo, foi o deslocamento. Observamos ainda que 5 tipos de mecanismos de defesa apareceram em ambos os grupos: a evitação, na razão (Bruxismo/controle) de 11/8; a repressão que apareceu na razão de 9/6; a dissociação na razão 5/1; a onipotência na razão de 6/2 e a racionalização na razão de 1/8. Assim, avaliamos que os participantes do grupo com Bruxismo fazem maior uso de mecanismos primitivos de defesa - negação, dissociação, onipotência e evitação, enquanto que pelos participantes do grupo controle os mecanismos utilizados são mais desenvolvidos e mais adaptados à faixa etária de seus integrantes (evitação, repressão, deslocamento e racionalização).

Consideramos **Potências** as capacidades favorecedoras do desenvolvimento emocional dos sujeitos. A análise destas “potências” nos forneceria, então, indicativos sobre um melhor ou pior prognóstico dos participantes, dentro do seu processo de desenvolvimento. Em seguida apresentamos o quadro comparativo dos grupos para esta categoria.

QUADRO 11: Comparação entre os participantes dos grupos com e sem Bruxismo em relação à análise das Potências

<b>Potências</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
Funcionamento do pensamento e da inteligência preservados	8 participantes	13 participantes
Percepção da realidade preservada	7 participantes	10 participantes
Apresentação choques/bloqueios	3 participantes	1 participante

Através da análise das duplas percebemos algumas diferenças entre os grupos que nos possibilitam conhecer um pouco mais acerca de suas potências. Com relação ao grupo com Bruxismo, podemos perceber que o funcionamento do pensamento e da inteligência aparecem preservados para a maioria dos participantes; a percepção da realidade também aparece preservada para a maior parte do integrantes deste grupo, sobretudo em 4 participantes mais velhos (4 dos 7 participantes que apresentaram a percepção da realidade preservada têm idades entre 9 e 11 anos - Bruno, Benício, Bernardo e Bolívar) e que ainda 3 participantes apenas apresentaram choques e bloqueios (o fato da maioria dos participantes não ter apresentado choques/bloqueios (Bárbara, Bruna e Breno).

O grupo controle apresenta um perfil de potências dentro do qual destacamos: o funcionamento do pensamento e da inteligência preservados para a maioria dos seus integrantes (13 participantes); a percepção da realidade preservada também para a maioria (10 participantes) e apenas 1 dos participantes deste grupo apresentou choques/bloqueio (Camilo).

Podemos afirmar que, quando comparado ao grupo controle, o grupo de crianças com Bruxismo apresentou menor coesão e integração do funcionamento do pensamento e do desenvolvimento emocional.

A título de realizarmos uma síntese geral das categorias do CAT - A, apresentamos o quadro 12:

QUADRO 12: Síntese comparativa entre os participantes dos grupos com e sem Bruxismo em relação às categorias do CAT – A – principais diferenças encontradas nos dois grupos.

<b>Quadro Geral</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
Problemática central	Conflito de submissão X autonomia; e medos (solidão, abandono, sexualidade).	Conflito de autonomia x submissão; enfrentamento dos medos.
Necessidades	Proteção, afiliação, deferência culpa – relação predominante de subordinação.	Proteção, afiliação, oposição, agressão – relação predominante conflitiva.
Estilo da Conduta	Marcado pela passividade.	Marcado pela iniciativa.
Conjunto	Marcado pela rotina e por relacionamento com figuras familiares.	Marcado por situações de dificuldade e de oposição; e por relacionamento com figuras familiares e sociais.
Desfecho	Sucesso devido a atitudes passivas, evitação dos conflitos e por soluções mágicas.	Sucesso devido a atitudes ativas, de enfrentamento dos conflitos.
Mecanismos de defesa	Mais primitivos (negação, dissociação, onipotência e evitação)	Mais pertinentes à faixa etária estudada (repressão, deslocamento, racionalização).

Assim podemos perceber que os aspectos mais recorrentes dos participantes do grupo com Bruxismo podem ser resumidos em:

a) conduta marcada por *evitação* da problemática central que se mostrou baseada no *conflito de submissão X autonomia*, com base no tríptico aspecto passividade – submissão – desistência e nos *medos* (de agressão, abandono, morte, perda do amor materno e questões sobre sexualidade). Os dados referentes ao conflito de submissão X autonomia foram encontrados na análise da categoria de problemáticas (ver quadro 1.5) e também quando da avaliação das condutas que, tanto no nível de performance (ver quadro 5.2) quanto no do estilo (ver quadro 5.3), mostraram emprego de seus recursos mais para se defender do que para alcançar seus objetivos, tendo por modo habitual a passividade diante dos principais conflitos. Ainda corroborando a questão referente à dificuldade de enfrentamento de conflitos temos a análise das Observações/comentários (ver quadro 9). Relativamente aos medos, a análise da Problemática (quadro 1.5) evidenciou os medos que posteriormente foram corroborados pela análise das Necessidades, uma vez que os participantes com Bruxismo mostraram necessidades subordinadas, a saber: proteção, afiliação, deferência e evitar culpa (ver quadro 4) e do Conjunto (uma maior importância e apego às figuras familiares – ver quadro 6.2) que confirmaram a questão dos medos (de abandono, solidão e de perder o amor da mãe).

b) *baixos índices de criatividade*: aparecem na Análise Formal (sobretudo no item de análise das histórias) e são confirmados pela categoria de Conjunto, sobretudo da subcategoria de Contexto social, onde ficou evidenciada a centração das relações nas figuras familiares, não se expandindo para outras figuras sociais, levantando dados sobre a redução de criatividade das histórias (quadro 6.2). Outras categorias que ainda possibilitaram a observação de baixos índices de criatividade foram as de Observações (ver quadro 9) e Potências (ver quadro 11).

Com relação aos integrantes do grupo controle, pudemos observar como aspectos mais frequentes:

a) conduta marcada pelo *enfrentamento* de conflitos, sobretudo o de luta por autonomia. As análises de todas as categorias confirmam esses dados, porém destacamos as

de Problemática (ver quadro 1.5), Necessidades (ver quadro 4), Conduta (ver quadro 5.3), Conjunto (ver quadro 6.1), e Desfechos (ver quadro 8).

b) *bons índices de criatividade e espontaneidade* foram evidenciados quando na Análise Formal (ver quadro 2.3), na análise do Conjunto (Quadros 6.1 e 6.2), análise das Observações (ver quadro 9) e análise das Potências (quadro 11).

Ao realizarmos esta síntese temos ciência de perder muito dos aspectos particulares e relevantes dos dois grupos estudados, mas consideramos que a mesma facilita a apreensão geral dos resultados do CAT - A. Destacamos ainda que os aspectos particulares foram tratados quando da análise parcial de cada uma das categorias e serão retomados na medida em que se mostrarem relacionados e significativos para a compreensão da análise das categorias das entrevistas, durante a discussão do trabalho.

## **4.2. Análise das Entrevistas**

Traremos nesta sessão a apresentação dos resultados das entrevistas, a partir da análise das mesmas. As categorias foram previamente elaboradas através de perguntas diretas na entrevista semi-estruturada e a partir delas outras subcategorias foram encontradas após as leituras das transcrições. Trabalharemos, então, com 10 categorias, a saber: planejamento da gravidez; intercorrências durante a gestação; tipo de parto; percepções dos pais acerca do bebê; amamentação; hábitos orais atuais; descrição do sono atual; local onde a criança dorme; medos atuais; e descrição atual da criança.

A título de facilitar a identificação das mães entrevistadas com relação aos participantes dos diferentes grupos, as mães de crianças com Bruxismo serão identificadas por nomes cujas iniciais começam com a letra “M”; e as mães das crianças do grupo controle com nomes iniciados pela letra “S”.

Apresentaremos a seguir a tabela de caracterização sócio-demográfica das famílias dos participantes de ambos os grupos.



TABELA: Dados sócio-demográficos das famílias dos participantes.

<b>Dados sócio-demográficos</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
<b>Idade dos acompanhantes</b>		
- 21 a 30 anos	3	4
- 31 a 40 anos	5	7
- 41 a 50 anos	5	3
- 51 a 60 anos	1	1
- 61 a 70 anos	1	-
<b>Escolaridade do acompanhante</b>		
- Fundamental incompleto	4	6
- Fundamental completo	-	1
- E. Médio incompleto	-	3
- E. Médio completo	8	4
- Superior incompleto	3	-
- Superior completo	-	1
<b>Profissão do acompanhante</b>		
- autônomo	3	6
- do lar	4	5
- funcionário público	2	-
- frentista	1	-
- motorista	1	-
- vendedor	1	-
- recepcionista	1	-
- vigilante noturno	1	-

- porteiro	1	-
- trabalhador rural	-	2
- professora	-	1
- fiscal de caixa	-	1
<b>Estado civil acompanhante</b>		
- casado	7	10
- união estável	5	3
- separado	3	2
<b>Número de filhos</b>		
- 1	3	2
- 2	5	7
- 3	4	4
- 4	2	2
- 5	1	-
<b>Renda familiar</b>		
- até R\$ 1.000	4	10
- de R\$ 1.100 a 2.000	8	4
- de R\$ 2.100 a 3.000	2	-
- não soube informar	1	1

Com relação aos respondentes do grupo com Bruxismo, observamos que a faixa etária com maior número de entrevistados foi de 31 a 50 anos; a maior parte deles trabalha fora (3 respondentes referiram ser autônomos e 8 referiram profissões diversas) e 4 relataram trabalhar em casa (do lar). O nível de escolaridade destes respondentes variou de fundamental incompleto a superior incompleto, sendo o Ensino Médio Completo o mais referido (8

respondentes). No que diz respeito ao estado civil, a maior parte dos entrevistados está casada e há 3 casos de separação. O número de filhos variou de 1 a 5, tendo prevalecido os respondentes que referiram ter 2 filhos. A renda familiar da família variou de R\$ 1.100 a 2.000,00 para a maioria dos entrevistados deste grupo.

As acompanhantes respondentes do grupo controle apresentaram predominância da faixa etária de 31 a 40 anos, a maioria deles trabalha fora (6 autônomos e outros 4 referiram profissões diversas), e a escolaridade variou de ensino fundamental incompleto a superior completo, prevalecendo o Ensino Fundamental incompleto (6 respondentes). Relativamente ao estado civil, a maioria está casada e 2 estão separados. O número de filhos variou de 1 a 4, tendo prevalecido a referência de 2 filhos. A renda familiar da maioria dos integrantes deste grupo foi até R\$ 1.000,00 (para 10 respondentes).

Na seqüência apresentaremos as categorias e subcategorias organizadas a partir da leitura das entrevistas.

A primeira categoria diz respeito ao **Planejamento da gravidez do filho**. Nesta investigamos se os pais tinham ou não planejado ter um filho naquele momento específico de suas vidas.

**QUADRO 12:** Comparação entre os grupos de crianças com e sem Bruxismo no que se refere ao Planejamento dos pais em relação a ter o filho

<b>Planejamento</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
Sim	5 entrevistados	8 entrevistados
Não	10 entrevistados	7 entrevistados

Dos responsáveis por participantes do grupo com Bruxismo que responderam às entrevistas, 10 participantes afirmaram que não planejaram a gravidez e relataram ter vivido

dificuldades emocionais no início da mesma por diferentes situações, a saber: instabilidade da relação com os respectivos parceiros posto que a maioria dos respondentes não estava casado na época, muitas mudanças na rotina da vida para além das que o nascimento de uma criança implica, entre outras.

Entre os participantes do grupo controle, 8 planejaram a gravidez e 7 não planejaram. Os entrevistados responsáveis pelos participantes do grupo controle que planejaram a gravidez do filho, relataram que tiveram uma vivência gestacional satisfatória e uma boa adaptação inicial ao bebê.

A segunda categoria a ser trabalhada diz respeito às **Intercorrências** ocorridas durante a gravidez.

Definimos como “intercorrências” quaisquer aspectos que possam ter ocorrido no período de gestação e abalado emocionalmente a mãe, tais como: adoecimento da própria mãe e/ou de familiares significativos (câncer, depressão, drogadição, entre outros); falecimento de pessoas significativas; traumas (acidentes, roubos, seqüestros, cirurgias).

QUADRO 13: Comparação entre os grupos de crianças com e sem Bruxismo em relação às Intercorrências durante a gravidez

<b>Intercorrências</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
Sim	10 entrevistados	6 entrevistados
Tipos		
- adoecimento	7 entrevistados	6 entrevistados
- traumas	2 entrevistados	Nenhum
- falecimento de pessoa significativa da família	1 entrevistado	Nenhum
Não	5 entrevistados	9 entrevistados

Dos responsáveis pelos participantes do grupo com Bruxismo, 10 relataram intercorrências durante a gravidez, sendo que 8 participantes referiram adoecimento próprio (ou seja, a própria respondente havia adoecido na gestação). Dois respondentes relataram traumas que vivenciaram durante a gravidez (novamente a mãe respondente refere trauma que ela experienciou enquanto grávida). Houve apenas um relato de intercorrência do tipo falecimento de alguém significativo na família da respondente. Cinco entrevistados deste grupo não referiram intercorrências.

Entre os responsáveis pelos participantes do grupo controle a relação foi quase inversamente proporcional, ou seja, 9 respondentes deste grupo não relataram intercorrências, 6 dos quais relataram intercorrências do tipo adoecimento, sendo que dentre estes, 4 referiram adoecimento próprio e 2 relataram adoecimento do parceiro.

Observamos ainda que dos 10 entrevistados responsáveis por participantes do grupo com Bruxismo que relataram intercorrências, 8 não tinham planejado a gravidez e para todos estes a intercorrência referida foi do tipo “adoecimento próprio”.

Das mães de crianças do grupo controle, 6 relataram intercorrências (Selma, Selenia, Sabrina, Savana, Sol e Soraia) e 4 delas (Selenia, Sabrina, Savana e Soraia) não haviam planejado ficar grávidas.

A terceira categoria de análise diz respeito ao tipo de **Parto**. O parto é uma experiência na qual estão envolvidos múltiplos fatores (psíquicos, fisiológicos, sociais e culturais) e pessoas (familiares e profissionais) sendo a quantidade e qualidade destes mesmos fatores variável conforme a cultura (FIGUEIREDO et al, 2002). Os referidos autores afirmam que, quanto mais a mãe souber sobre seu processo de parto e puder se envolver com o mesmo, melhor será seu ajustamento psicológico a este acontecimento e, conseqüentemente, ao seu filho.

QUADRO 14: Comparação entre os grupos de participantes com e sem Bruxismo no que se refere ao Tipo de parto relatado pelos entrevistados

<b>Parto</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
Normal	11 entrevistados	8 entrevistados
Cesariana	4 entrevistados	7 entrevistados

Dos acompanhantes responsáveis por participantes do grupo com Bruxismo a maioria, ou seja, 11 referiram parto normal e 4 (Meire, Magda, Miranda e Mirela) relataram cesárea.

Entre os entrevistados do grupo controle não houve grande diferença, posto que 8 referiram parto normal e 7 relataram parto tipo cesariana.

A maioria das acompanhantes responsáveis, tanto de participantes do grupo com Bruxismo, quanto dos integrantes do grupo controle tiveram parto normal, o que, do ponto de vista do bebê, é positivo pois, por meio dos esforços convulsivos e da necessidade de respirar, entre outros motivos, o bebê participa deste momento, ou nas palavras de WINNICOTT (1994; p. 39) “ele próprio possibilitou a ocorrência do nascimento, porque estava preparado para o evento”.

A quarta categoria diz respeito à **Percepção acerca do bebê**, onde os acompanhantes falaram livremente sobre como seus filhos eram, na percepção delas, quando bebês. Nesta categoria de análise foram construídas duas subcategorias: uma que diz respeito à forma como eles descreviam emocionalmente os bebês, em termos de “calmo”, “agitado” e “normal” (sendo este último utilizado para designar o bebê que tinha momentos calmos e agitados de acordo com cada situação, sem predomínio de um deles durante a maior parte do tempo) e outra que diz respeito à presença ou ausência de choro dos bebês.

QUADRO 15: Comparação entre os grupos de crianças com e sem Bruxismo no que se refere à Descrição de quando eram bebês, feita pelos entrevistados

<b>Descrição do bebê</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
Estilo		
- calmo	9 entrevistados	3 entrevistado
- agitado	4 entrevistados	3 entrevistado
- normal	1 entrevistado	8 entrevistados
Choro		
- presente	4 entrevistados	11 entrevistados
- ausente	8 entrevistados	1 entrevistado
Não referiu comporta- mento de choro	2 entrevistados	2 entrevistados
Não soube dizer nada acerca do bebê	1 entrevistado (disse que não se lembrava como era o bebê)	1 entrevistado (idem)

Pudemos observar que dos responsáveis pelos participantes do grupo com Bruxismo 7 descreveram bebês calmos e que não choravam, sendo que 4 desses entrevistados relataram intercorrências durante a gravidez do tipo “adoecimento da mãe” e 3 referiram que não haviam planejado a gravidez do filho participante da pesquisa. Devemos ainda salientar o fato de que um dos entrevistados nem mesmo conseguiu fazer uma descrição do bebê e que este mesmo entrevistado mencionou anteriormente que não havia planejado a gravidez e que tinha vivido intercorrências durante a mesma.

Já os entrevistados do grupo controle apresentaram na sua maioria bebês descritos como “normais” e com menor frequência (3 participantes cada) bebês descritos como “calmos” e “agitados”. Também na sua grande maioria os bebês deste grupo, segundo relato

dos entrevistados, apresentaram comportamento de choro (11 participantes) sobretudo diante de momentos cruciais como fome, sono etc. Dois entrevistados deste grupo não ofereceram informações a respeito do choro do bebê. E ainda 1 entrevistado não soube falar sobre sua percepção acerca de seu bebê.

Outra categoria trabalhada diz respeito à **Amamentação**. Os acompanhantes responderam “se” e “por quanto tempo” seus bebês haviam sido amamentados no peito, o que está representado no quadro 16.

QUADRO 16: Comparação entre os dois grupos no que se refere ao número de mães que amamentaram e por quanto tempo

<b>Amamentação</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
Sim	14 entrevistados	Todos os entrevistados
Não	1 entrevistado	-
Duração		
- até 6 meses	6 entrevistados	3 entrevistados
- de 7 meses a 1a	2 entrevistados	9 entrevistados
- de 1a e 1mês a 2 anos	5 entrevistados	3 entrevistados
- de 2a e 1 mês a 3 anos	-	-
- acima de 3a e 1mês	1 entrevistado	-

Com base nas entrevistas pudemos observar que todos os responsáveis por participantes do grupo controle referiram que os filhos foram amamentados, apresentando na sua maioria o período de amamentação até 1 ano (9 entrevistados). Apenas 3 entrevistados referiram amamentação no período de até 6 meses e ainda outros 3 respondentes relataram amamentação no período de 1 ano e 1 mês até 2 anos. Podemos ver que a maior parte dos



responsáveis por participantes do grupo controle referiu que os filhos foram amamentados no peito em torno de 1 ano.

Dos responsáveis pelos participantes do grupo com Bruxismo, apenas 1 entrevistada referiu que não amamentou; trazemos um recorte de sua entrevista para descrever essa informação: *“Não amamentei porque eu não tinha paciência pra amamentar. Eu era, sou muito ansiosa; então acho que passava isso pra ele”* (linha 67). Todos os demais respondentes deste grupo relataram que seus bebês foram amamentados, sendo que os períodos de maior frequência foram de até 6 meses (6 entrevistados) e de 1 ano e 1 mês a 2 anos (5 entrevistados). Os períodos de menor frequência foram de 7 meses a 1 ano (2 entrevistados) e acima de 3 anos (1 participante).

A sexta categoria diz respeito aos **Hábitos orais atuais** das crianças com e sem Bruxismo.

De acordo com as entrevistas, investigamos os seguintes hábitos: roer unha, morder objetos, chupar chupeta e chupar dedo.

Partiremos agora para a análise dos hábitos orais pesquisados nas entrevistas com relação à presença/ausência dos mesmos nos relatos dos acompanhantes.

QUADRO 17: Comparação dos dois grupos de crianças em relação aos Hábitos orais atuais das crianças, obtidos através dos relatos dos acompanhantes.

<b>Hábitos orais deletérios</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
Não apresentam	2 participantes	9 participantes
Apresentam	13 participantes	6 participante
Tipos:		
- roer unha	7 participantes	3 participante
- morder objetos	9 participantes	3 participantes
- chupar chupeta	2 participante	Nenhuma

Dentre os responsáveis por participantes do grupo com Bruxismo, 13 relataram hábitos orais em seus filhos, respectivamente de: morder objetos (9 participantes), roer unhas (7 entrevistados) e chupar chupeta (2 acompanhantes). Como podemos perceber, alguns entrevistados referiram mais de um hábito por participante e dois entrevistados não relataram hábito oral em seus filhos.

Dos participantes do grupo controle 9 não referiram hábitos orais em seus filhos. Os demais entrevistados referiram os seguintes hábitos orais: roer unha (3 respondentes) e morder objetos (outros 3 respondentes).

Como sétima categoria de análise temos a **Descrição do sono atual** dos participantes.

Tendo por base as entrevistas, trabalhamos com os seguintes aspectos: a classificação geral do sono como sendo “normal” (sem interrupções, tranquilo) ou “agitado” (criança se mexe muito durante o sono e/ou acorda várias vezes durante a noite) e quanto à presença ou ausência de pesadelos, sonambulismo, sonilóquio, enurese noturna e insônia.

QUADRO 18: Comparação dos dois grupos de crianças em relação ao Sono atual das mesmas, obtidos através dos relatos dos entrevistados

<b>Descrição do sono atual</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
Tipo de sono		
- normal	4 entrevistados	12 entrevistados
- agitado	11 entrevistados	3 entrevistados
Transtornos do Sono		
- pesadelos	8 entrevistados	2 entrevistados
- enurese noturna	1 entrevistado	nenhuma
- sonambulismo	1 entrevistado	1 entrevistado
- falar dormindo	2 entrevistados	2 entrevistados
- insônia	1 entrevistado	Nenhum

A maior parte dos responsáveis por participantes do grupo com Bruxismo referiu sono agitado dos filhos (11 acompanhantes). Os demais referiram sono normal (4 acompanhantes). Deste grupo, 5 entrevistados não referiram transtornos do sono de seus filhos. Todos os demais, independente da descrição do tipo de sono, relataram transtornos como: pesadelo que foi o de maior frequência, com 8 entrevistados; falar dormindo (2 respondentes) e com 1 citação cada, os transtornos de enurese noturna, sonambulismo e insônia.

O contrário aconteceu com os acompanhantes responsáveis pelos integrantes do grupo controle, tendo a maior parte referido sono normal (12 entrevistadas). Ainda neste grupo 2 acompanhantes relataram transtornos do sono do tipo pesadelo, sonambulismo e falar dormindo. E um entrevistado referiu os distúrbios de pesadelo e falar dormindo.

Em resumo, podemos observar que os participantes do grupo com Bruxismo, a partir dos relatos dos acompanhantes, apresentaram mais distúrbios do sono, quando comparados aos integrantes do grupo controle, sobretudo do tipo pesadelo.

A oitava categoria de análise diz respeito ao **Local onde a criança dorme**.

Os hábitos associados à transição do local de dormir, tais como: dormir na cama dos pais, no colo ou na sala, e depois ser levada para o berço ou a cama, dificultam e desestimulam a criança a adormecer sozinha, impedindo a resolução de distúrbios do sono (BUSSE & BALDINI, 1994).

Observamos, com base nas entrevistas, a existência de dois lugares referidos pelos acompanhantes para as crianças dormirem, a saber: no próprio quarto (o qual podia ou não ser dividido com outros irmãos) e no quarto dos pais.

QUADRO 19: Comparação dos dois grupos de crianças em relação Local onde dormem, segundo relatos dos entrevistados

<b>Local onde participante dorme</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
Quarto próprio	6 entrevistados	13 entrevistados
Quarto dos pais	9 entrevistadas	2 entrevistados

A maioria dos respondentes do grupo com Bruxismo (9 participantes) referiram o fato dos filhos dormirem no mesmo quarto que os pais. Cabe ressaltar que todos os acompanhantes referiram que os filhos têm quarto próprio. Ainda destes 9 entrevistados, 6 falaram que os filhos dormem na cama dos pais, com um deles ou com ambos. Os demais entrevistados deste grupo (6 acompanhantes) referiram que os filhos dormem no próprio quarto.

Dentre os acompanhantes de crianças do grupo controle, apenas 2 referiram que os participantes dormem no quarto com os pais e, ainda assim, em uma cama própria e devido ao fato destas famílias não possuírem condições financeiras que lhes permitissem ter um quarto só pra cada um dos filhos, ou um quarto que pudesse ser dividido pelos irmãos (ver tabela A para verificar questão da baixa renda). As demais entrevistadas deste grupo relataram que os filhos dormem em seus próprios quartos.

A nona categoria de análise das entrevistas se refere aos **Medos atuais** que os acompanhantes percebem em seus filhos.

Partiremos agora para análise dos medos relatados pelos responsáveis entrevistados, lembrando que cada um deles pode ter referenciado um ou mais medos.

QUADRO 20: Comparação dos dois grupos de participantes no que se refere aos Tipos de medos das crianças, a partir do relato dos entrevistados.

<b>Medos</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
Apresentam	11 entrevistados	11 entrevistados
Tipos		
- ficar sozinho	8 entrevistados	3 entrevistados
- escuro	5 entrevistados	1 entrevistado
- morte	1 entrevistado	4 entrevistados
- monstros	1 entrevistado	2 entrevistados
- bichos	-	2 entrevistados
- doenças	-	1 entrevistado
- dentista/anestesia	-	3 entrevistados
- situações trágicas	-	1 entrevistado
Nenhum	4 entrevistados	4 entrevistados

A maioria dos responsáveis por participantes do grupo com Bruxismo relatou medos dos filhos, a saber: medo de ficar sozinho (8 referências); medo do escuro (5 referências); medo da morte (1 referência) e medo de monstros (1 referência).

Os acompanhantes de integrantes do grupo controle também relataram, na sua maioria, os seguintes medos: medo da morte (4 citações), medo de ficar sozinho (3 citações), medo dentista/anestesia (3 citações), medo de bichos (2 citações) e com 1 citação cada os medos de escuro; de doenças e de situações trágicas (o entrevistado referiu medo de assalto e de afogamento). É importante, porém, observarmos que o medo mais referido por esses acompanhantes, que teve 4 citações (medo da morte), teve a mesma frequência dos respondentes que referiram que seus filhos não apresentavam nenhum tipo de medo.

Apesar da frequência de entrevistados que referiram medos dos filhos terem sido as mesmas nos dois grupos (11 respondentes, tanto no grupo com Bruxismo, quanto no grupo controle) notamos diferenças quanto aos tipos de medos e a frequência dos mesmos em cada grupo.

A última categoria a ser analisada é a **Descrição atual** do participante por seus responsáveis.

Nesta, os entrevistados falam sobre como vêm os filhos, no presente, em termos emocionais.

QUADRO 22: Comparação entre os dois grupos de crianças no que se refere à categoria de Descrição dos participantes, de acordo com o relato dos responsáveis

<b>Descrição atual</b>	<b>Bruxismo</b>	<b>Controle</b>
Características		
- ansiedade/agitação	10 entrevistados	5 entrevistados
- introspecção	9 entrevistados	4 entrevistados
- irritabilidade	5 entrevistados	1 entrevistado
- ciúmes	4 entrevistados	7 entrevistados
- timidez	4 entrevistados	Nenhuma
-comportamento de choro	3 entrevistados	Nenhuma
- imaturidade	3 entrevistados	Nenhuma
- isolamento	3 entrevistados	1 entrevistado
- extroversão	3 entrevistados	10 entrevistados
- carente	3 entrevistados	2 entrevistados
- preguiça	2 entrevistados	2 entrevistados
- prestatividade	1 entrevistado	2 entrevistados
- vaidade	1 entrevistado	1 entrevistado
- desconfiança	1 entrevistado	Nenhuma
- teimosia	nenhuma	7 entrevistados
- comportamento carinhoso	nenhuma	5 entrevistados
- revolta	nenhuma	1 entrevistado
- tranquilidade	nenhuma	1 entrevistado

Em relação à descrição atual das crianças, observamos que foram encontradas características diferentes na comparação das crianças dos dois grupos. Destacamos a seguir essas características. No grupo de participantes com Bruxismo, as características que mais apareceram foram “ansiedade e agitação” (10 citações) e introspecção (9 citações). Outras características desse grupo que ainda merecem destaque são: irritabilidade (5 citações), ciúmes e timidez (com 4 citações cada), comportamento de choro, imaturidade, isolamento, extroversão e carência (com 3 citações cada).

No grupo controle a característica de extroversão foi relatada pela maioria dos acompanhantes entrevistados (ao todo 10 citações). Outras características observadas foram teimosia e ciúmes (7 citações cada), sendo que a teimosia foi definida pelos entrevistados no sentido de teimar, ou seja, dos participantes lutarem por fazer as coisas do jeito que querem e no momento que desejam. O comportamento carinhoso e a ansiedade/agitação estiveram presentes nas entrevistas de 5 acompanhantes para cada uma destas características. A introspecção apareceu para 4 entrevistados.

Inicialmente falaremos sobre as características presentes em ambos os grupos, que demonstram semelhanças e diferenças entre eles. As características de ansiedade/agitação, introspecção, irritabilidade e isolamento aparecem mais entre os participantes do grupo com Bruxismo. O inverso ocorre com as características de extroversão e ciúmes que, apesar de também aparecerem para ambos os grupos, ocorre mais entre os participantes do grupo controle. Algumas características foram específicas do grupo com bruxismo, tais como timidez, comportamento de choro, imaturidade e desconfiança. Características específicas do grupo controle foram tranquilidade, comportamento carinhoso, teimosia e revolta.

Sendo assim, podemos dizer que, segundo a percepção dos responsáveis entrevistados, as crianças com Bruxismo são mais ansiosas, introspectivas e irritáveis, ao passo que as crianças do grupo controle se apresentam mais extrovertidas, ciumentas e teimosas.

A fim de realizarmos uma síntese geral das categorias elaboradas a partir das entrevistas, mostraremos os aspectos mais marcantes dos participantes do grupo com Bruxismo, que foram resumidos em:

a) com relação às mães das crianças deste grupo, a maioria ***não pôde planejar a gravidez*** do filho e também a maioria ***vivenciou dificuldades*** tanto no início quanto no decorrer da gestação (***intercorrências***)

b) com relação aos relatos dos entrevistados sobre as crianças quando bebês: em geral apresentavam ***comportamento de não-choro***, foram descritas na sua maioria como “***calmos***”, e também na sua maioria, amamentadas nos períodos de até 6 meses ou superior a 1 ano e 1 mês;

c) relativamente ao momento atual: ***apresentaram hábitos orais*** (sobretudo onicofagia e de morder objetos), ***distúrbios do sono*** (sobretudo pesadelos), sendo que em sua maioria ***dormiram ou ainda dormem no quarto dos pais*** (apesar de terem o próprio quarto) apresentando ainda ***medos*** (sobretudo o de ficar sozinho) e foram descritas pelos acompanhantes como ***crianças introspectivas, ansiosas e facilmente irritáveis***.

Com relação aos integrantes do grupo controle, pudemos observar como aspectos mais freqüentes:

a) com relação às mães das crianças deste grupo, a ***maioria pôde planejar a gravidez*** do filho e apresentaram ***menos intercorrências*** no início e durante o período gestacional quando comparadas às mães do grupo de crianças com bruxismo;

b) com relação aos relatos dos entrevistados sobre as crianças quando bebês: apresentavam ***comportamento de choro***, foram descritas na sua maioria como “***normais***” (com momentos de agitação e de calma) e ***amamentadas em média por 1 ano***;

c) relativamente ao momento atual: ***praticamente não apresentaram hábitos orais***, ***não apresentaram distúrbios do sono***, sendo que em sua maioria ***dormem no próprio quarto***,



apresentaram *medos diversos*, mas concretos (anestesia, cemitério, doenças que, por serem medos nomeados e limitados, no tempo e no espaço, podem auxiliar na diminuição da ansiedade e favorecer lidar com os medos) e foram descritas pelos acompanhantes como *crianças extrovertidas, teimosas e ciumentas*.



## ***5. DISCUSSÃO***

A partir dos objetivos propostos pelo trabalho, a saber: conhecer aspectos da dinâmica afetiva de participantes com Bruxismo através da comparação dos mesmos com um grupo controle, pudemos analisar os resultados obtidos, tanto em relação ao CAT-A, quanto em relação às categorias das Entrevistas. Assim foi possível caracterizar e discutir os principais aspectos psicológicos dos integrantes do grupo com Bruxismo.

Um primeiro aspecto a ser tratado abrange algumas peculiaridades referentes ao ambiente das crianças com Bruxismo, quando estas eram bebês e de como se estabeleceu o vínculo destes últimos com suas mães, através do relatos dos entrevistados.

### **5.1. Dificuldades na adaptação inicial ao bebê**

Pudemos observar que os pais de participantes com Bruxismo, em sua maioria, não planejaram a gravidez (ver quadro 12) e relataram condições difíceis de vida tanto no início da gravidez (como por exemplo o fato de que a maioria ainda não tinha um relacionamento estável com o parceiro; no caso das mães o fato de ter que parar de trabalhar ou estudar; a não aceitação dos familiares, entre outros), quanto no decorrer da mesma (ver análise das Intercorrências - quadro 13), levando-nos a pensar num conjunto de dificuldades que estes pais, sobretudo as mães, possam ter enfrentado, dificuldades estas que podem ter repercutido no processo de adaptação inicial aos seus bebês.

Refletindo especificamente acerca da questão do planejamento, ARAGÃO (2002) coloca que o desejo de ter um filho e da própria gestação possibilitam o planejamento destes acontecimentos, o que constitui um estado “fértil” para a produção do imaginário feminino. O fato de a maior parte das mães de participantes com Bruxismo não ter planejado a gravidez não necessariamente implica não ter desejado e/ou rejeitado o filho, depois de saber que estava grávida, mas sim que a mãe pode viver uma maior ansiedade por conta de uma

adaptação inesperada, podendo os sentimentos e emoções envolvidos neste processo influenciar o período de gestação como um todo. A não desejabilidade do filho, porém, pôde ser observada em 1 dessas mães: Maísa afirmou que chegou a pensar em abortar, como observamos na sua própria fala: “Olha, nem devia te falar isso, mas a verdade é que se eu pudesse, eu teria tirado. Eu tava muito confusa, sabe? Eu cheguei até a procurar uma clínica, sabe? Fui lá e a própria secretária conversou comigo, me explicou um monte de coisas, e me convenceu a não fazer” (linha 32). Neste sentido, BRAGA & AMAZONAS (2005) afirmam que quando uma mulher deseja ter um filho, ela constrói uma demanda, elabora um pedido.

Ainda refletindo acerca das dificuldades encontradas pelas mães na gestação, VERNY (1989) menciona a existência de três canais básicos de comunicação entre mãe-bebê durante a gestação: canal da comunicação fisiológica, que se dá pela passagem do alimento através do cordão umbilical; canal da comunicação comportamental, onde o feto manifesta, através de movimentos, seu desconforto, medo e ansiedade; e o canal de comunicação emocional, que diz respeito ao sentimento de aceitação e às sensações emocionais da mãe que afetam o bebê durante a gestação. Neste sentido, podemos dizer que assim como as substâncias ingeridas e/ou injetadas pela mãe atingem o feto, que o mesmo se dá quando se trata de suas emoções, que podem ser positivas ou negativas. Estas últimas fazem com que a mãe descarregue em seu próprio corpo hormônios (catecolaminas) que irão atravessar a placenta e alterar o ambiente em que o bebê está sendo formado, podendo provocar vários tipos de problemas, tanto físicos, quanto psicológicos (NAVARRO, 1996; PAPALIA & OLDS, 2000; RELIER, 1998 apud VOLPI, 2004). Segundo BOADELLA (1992) as sensações de desconforto e tensão, bem como os sentimentos de rejeição, culpa e/ou hostilidade da mãe em relação ao bebê, podem ser comunicadas a este último e, sendo assim, todas as experiências da gestação assumem importância na formação e estruturação da personalidade do ser humano.

WINNICOTT (1982) refere, ainda com relação às experiências da gestação, que os sentimentos da mãe são importantes durante este período e também no parto e puerpério, enfatizando o desenvolvimento, sobretudo no período final da gestação, também quando do nascimento e início da convivência com o bebê, de um estado psicológico que denominou de “*preocupação materna primária*”; estado este que nos permite compreender a qualidade do vínculo mãe-bebê. Como vimos, o bebê é uma organização em marcha e seu ímpeto para a vida, para se desenvolver e crescer, é algo inato que, porém, depende de um ambiente facilitador, o qual tem por característica principal a adaptação às suas necessidades (WINNICOTT, 1982). A *preocupação materna primária* se caracteriza por um estado de fusão emocional da mãe com seu bebê, no qual a primeira se adapta às necessidades do segundo e se identifica com ele, sendo esta identificação fundamental para o estabelecimento das relações objetais. Ainda segundo o autor, quando a mãe se coloca no lugar do seu bebê é que ela se torna capaz de transformar as necessidades dele em comunicação. Contudo, ao mesmo tempo em que se identifica com o bebê, a mãe deve manter o próprio senso de subjetividade, distinta como indivíduo separado que é, que lhe permite interpretar as experiências do seu bebê (ABRAM, 2000). A citada autora refere ainda que a saúde física e emocional do bebê depende da capacidade da mãe entrar e sair deste estado especial.

Há mães, no entanto, que não conseguem se adaptar totalmente às necessidades do bebê. Algumas por terem uma forte identificação masculina, outras por terem preocupações alternativas grandes que não conseguem abandonar prontamente e ainda existem aquelas que se preocupam excessivamente e continuam identificadas com o bebê por tempo demais (WINNICOTT, 2000). Nestes casos o bebê, que tem no rosto da mãe um “espelho”, não se vê refletido e sim vê um rosto preocupado ou doente, o que faz com que perca sua naturalidade e passe a se sentir invadido, reagindo contra uma ameaça de aniquilamento. Caso estas falhas maternas se prolonguem, provocarão fases de reação à intrusão por parte do bebê e estas

reações interrompem sua “continuidade de ser”, gerando ameaça de aniquilamento (CLARE WINNICOTT et al, 1994). WINNICOTT (1994) ainda refere que todas as experiências que afetam o bebê são armazenadas em seu sistema de memória e possibilitam, posteriormente, a aquisição de confiança no mundo ou a falta da mesma.

A partir desta consideração, podemos questionar se o fato das mães de crianças com Bruxismo terem enfrentado várias dificuldades no início e no decorrer da gestação teve impacto no estabelecimento de suas relações com seus bebês, o que pode ter levado a falhas na adaptação inicial ao mesmo, com prejuízo no desenvolvimento da preocupação materna primária e no vínculo estabelecido com seus filhos. Essa hipótese requer novos estudos de base longitudinal que investiguem as situações de dificuldades enfrentadas pelo casal e a adaptação inicial ao bebê e seus futuros desdobramentos.

## **5.2 Submissão X Autonomia: quando a passagem rumo à independência foi interdita e a submissão se tornou realidade**

Pudemos observar que o comportamento de submissão esteve presente na análise das histórias dos participantes com Bruxismo (análise do CAT-A) e também na análise de categorias das Entrevistas realizadas com os responsáveis. Retomamos estas categorias, a começar pelas de Entrevista, no sentido de discutir e compreender melhor esse aspecto encontrado.

Na análise das entrevistas, especificamente na categoria “Descrição do bebê”, observamos a presença do comportamento de “não choro” no relato da maioria dos entrevistados responsáveis pelos participantes com Bruxismo. A literatura indica que o choro é uma das poucas formas de que o bebê dispõe para comunicar-se com o mundo externo, sendo emitido para solicitar a atenção da mãe ou do adulto responsável por seu bem estar e,

por isso mesmo, sendo de extrema importância para o desenvolvimento deste bebê (SPITZ, 1988; PROTOPAPAS & EIMAS, 1997; SANTOS, 2000). Segundo WINNICOTT (2000; p. 306),

[...] bebês sadios choram, de modo algum aceitam tudo de boa vontade, têm vontades próprias, são na verdade um problema. Para sua própria mãe, o bebê sadio é obviamente mais gratificante do que um bebê doente jamais conseguirá ser, porque, junto com o aborrecimento que causa, também mostra sentimentos espontâneos de amor, que são muito mais encorajadores do que as virtudes negativas.

Podemos, então, pensar acerca dos participantes com Bruxismo que apresentaram o comportamento de não-choro, segundo relatos dos entrevistados. Por um lado, destacamos o fato de que esses resultados são limitados por se tratarem de entrevistas retrospectivas dos eventos; sabe-se que numa avaliação retrospectiva o humor atual do entrevistado pode distorcer alguns fatos ocorridos no passado (PAYKEL & HOLLYMAN, 1983; ROY-BYRNE et al, 1987). Entretanto, o fato do mesmo relato ter aparecido para a maior parte dos entrevistados responsáveis pelos participantes do grupo com Bruxismo possibilita-nos refletir acerca dessa questão, ou seja, o quanto estas crianças já poderiam estar lidando com certas dificuldades para expressar suas próprias vontades e sentimentos desde bebês.

Dentro da análise do CAT-A a questão da submissão também foi encontrada em várias categorias e retomaremos cada uma delas.

Pudemos ver que os integrantes do grupo com Bruxismo, de modo geral, se comportam de forma submissa diante de seus principais problemas, com menos atitudes de enfrentamento e mostrando mais medos diante dos mesmos. Este aspecto apareceu na análise da Problemática (ver quadro 1) em que conflito de submissão X autonomia foi o mais importante para os participantes do grupo com Bruxismo; enquanto o conflito de autonomia X submissão foi apresentado apenas por participantes do grupo controle.



Na Análise Formal, sobretudo na subcategoria Atitude do Sujeito (ver quadro 2.1) observamos que a autonomia alta dos participantes com Bruxismo não estava se dando em função de uma independência e espontaneidade na execução da tarefa, mas sim em função de comportamentos submissos. Neste sentido, os participantes do grupo controle, apesar de também apresentarem autonomia alta, na sua maioria, demonstraram no início da tarefa, maior necessidade de estimulação que os integrantes do grupo com Bruxismo, mostrando, com esse comportamento, estranhamento diante do novo (tarefa proposta pela pesquisadora), o que é esperado para o desenvolvimento emocional saudável, como indicativo de testar a realidade antes de investir diretamente nela, na busca de manter sua privacidade. LA TAILLE et al (1992) em seus estudos sobre a “fronteira de intimidade”, dizem que o indivíduo coloca um limite para controlar o acesso que as outras pessoas terão a ele. Segundo estes mesmos autores, a questão da intimidade é essencial para a construção da identidade do ser humano e quando isso não acontece, ocorrem desequilíbrios emocionais decorrentes do sentimento de vergonha, advindo do fato de não ter conseguido preservar a própria intimidade e seus segredos. FONSECA (2001) corrobora a questão da intimidade e nos possibilita pensar em como este limite passa a ser construído entre as pessoas, ao estudar o fenômeno da apresentação do objeto ao bebê, bem como suas implicações para o desenvolvimento emocional do mesmo. A referida autora relata, através de estudos de caso, que a intimidade do bebê só pode ser construída se, anteriormente, o mesmo pôde viver uma fase inicial de fusão com a mãe e esta, por sua vez, soube introduzir gradualmente a realidade externa e a si mesma como objeto diferente do bebê. Ou seja, a apresentação parcial da mãe como objeto diferente do bebê, feita aos poucos, é o que permitiria a formação de uma relação dialética entre as realidades externa e interna, entre eu e não-eu (OGDEN, 1995; apud FONSECA, 2001). Essas relações dialéticas entre mãe e bebê, por sua vez, possibilitariam, posteriormente, a criação do sentimento de intimidade a ser vivenciado pela criança.

Como vimos, os participantes com Bruxismo apresentaram pouca necessidade de estimulação ao realizarem prontamente a tarefa proposta, demonstrando com isso um alto nível de autonomia; todavia, essa prontidão nos parece estar mais vinculada às suas dificuldades de manter e lidar com a própria intimidade e com suas necessidades defensivas (do tipo evitação e fuga dos conflitos, percebidos através dos comentários negativos às pranchas, ansiedade para finalizar a tarefa e dificuldade de finalizar as histórias) do que a um real sentimento de independência na realização da tarefa. Este dado, por sua vez, também nos ajuda a pensar, complementarmente à questão já levantada, sobre o fato de terem ocorrido possíveis falhas na adaptação inicial das mães de crianças com Bruxismo. Como já referido, estas mães vivenciaram dificuldades no início e durante a gestação, que podem ter interferido no desenvolvimento do estado de preocupação materna primária e no processo de fusão com o bebê que, segundo FONSECA (2001) é o que permite a construção da intimidade do mesmo. Podemos, a partir disto, pensar que, se estas mães tiveram dificuldades em introduzir, gradualmente, a si mesmas e à realidade externa como objetos diferentes do bebê, podem ter ocorrido interferências na formação de uma relação entre as realidades externa e interna do bebê, as quais possibilitariam a criação do sentimento de intimidade no mesmo.

Sendo assim, a dificuldade de lidar com a própria intimidade observada nos participantes com Bruxismo e os possíveis sentimentos de vergonha e inferioridade que advêm dela (LA TAILLE et al, 1992) estão consoantes com a questão do baixo nível de auto-confiança, também encontrado na análise da subcategoria Atitude do sujeito. Isto ainda nos possibilita pensar sobre a auto-estima baixa destes participantes, uma vez que a questão da auto-confiança é tida como diretamente relacionada à de auto-estima (HARTER, 1983, 1985; ALVES MARTINS & PEIXOTO, 2000; BERNARDO & MATOS, 2003; PEIXOTO, 2004).

Passemos agora a outra categoria que nos possibilitou entrar em contato com o conflito de submissão X autonomia, presente nos participantes com Bruxismo, que foi a

análise das Necessidades (ver quadro 4). Nesta, o grupo com Bruxismo apresentou mais necessidades subordinadas do tipo deferência, evitar culpa, e passividade, indicando-nos que os mesmos parecem acreditar que para realizarem suas necessidades principais de afiliação e proteção seja preciso recorrer à submissão. Os participantes do grupo controle, por sua vez, apresentaram mais necessidades conflitivas (agressão, oposição, proteção, afiliação) que condizem com as problemáticas que vivenciam: conflito de autonomia X submissão e enfrentamentos de questões ligadas à agressividade e à sexualidade. Neste sentido podemos pensar no quanto o comportamento de submissão pode estar sendo utilizado pelos participantes com Bruxismo como uma forma adaptativa.

A análise da Conduta, sobretudo na subcategoria Nível de Performance (ver quadro 5.2) mostrou que os participantes do grupo com Bruxismo, além de apresentarem menos condutas consumativas (as quais indicam se a necessidade do herói foi ou não satisfeita) quando as apresentavam, estas se davam em função de atitudes submissas e passivas, enquanto que nos participantes do grupo controle, davam-se em função de atitudes ativas de enfrentamento. Ainda com relação à Conduta, a subcategoria Estilo (ver quadro 5.3) mostrou que, em geral, os participantes do grupo com Bruxismo apresentaram como estilo prenhe a passividade diante dos conflitos mobilizados pelas pranchas.

Por fim, a análise do Conjunto, sobretudo na subcategoria de Contexto Físico (ver quadro 6.1) mostrou que os participantes do grupo com Bruxismo, na sua maioria, ao lidarem com situações de abandono, agressão e dificuldades (sobretudo do tipo tristeza, fuga e incompreensão) o faziam de forma passiva, enquanto que os participantes do grupo controle enfrentavam mais essas situações de forma ativa, buscando inclusive parcerias (sobretudo quando lidam com a situação de abandono, eles buscam resolução em novas amizades e em relações não familiares). A partir disto podemos refletir mais aprofundadamente acerca da

questão da submissão e da sua importância no contexto do desenvolvimento emocional dos participantes.

De acordo com WINNICOTT (1971; p. 95) o comportamento de submissão é responsável pelo desencadeamento, no indivíduo, de um sentimento de futilidade associado à idéia de que nada é importante, o que ocasionaria uma vivência muito pouco criativa, tornando-se o que o autor refere como “*base doentia para a vida*”. Como visto na análise do item anterior, o bebê traz em si um potencial inato para o desenvolvimento e a continuidade do mesmo só é interrompida à medida que ocorrem falhas do ambiente em prover suas necessidades essenciais. Nestes casos o bebê passaria a reagir ao invés de “continuar existindo” no mundo e acreditamos que uma das formas de reação ao sentimento de ameaça provocado pelas falhas ambientais seja a submissão. Desta maneira, podemos dizer que a nossa hipótese de que tenham ocorrido falhas maternas iniciais no cuidado destas crianças parece ser mais uma vez corroborada pelo fato destas apresentarem comportamentos submissos como uma forma reativa de adaptação aos sentimentos de invasão do mundo externo. Entretanto, fazem-se necessários novos estudos, como já apontado, de cunho longitudinal, que abordem especificamente a questão da relação mãe-bebê, para que estes achados possam ser aprofundados.

Pudemos ver ainda na presente pesquisa um tríplice aspecto de funcionamento psíquico dos participantes com Bruxismo, a saber: submissão, passividade e desistência. Nestes casos, a submissão parece ter proporcionado o estabelecimento de atitudes cada vez mais passivas (no sentido de serem conformistas) o que por sua vez pode ter levado ao comportamento de desistência (que surgiu na análise dos Desfechos) pela crença de que as situações vividas não possam ser diferentes algum dia; ou pior, pela descrença em si mesmos.

ZIMERMAN (1999) refere que a desistência sempre viria acompanhada de um estado afetivo de indiferença, o qual replicaria os moldes da indiferença que o sujeito acreditaria ter

sofrido por parte das pessoas mais significativas de sua vida. Ao fazer uma análise etimológica da palavra “desistência”, o autor nos mostra que “o étimo ‘*sistência*’ deriva de ‘*sistere, sistens*’ que em latim tem o significado de ‘continuar a existir’” (pág. 312) e que, como o prefixo “*de*” significa privação, ao tratarmos da desistência estaríamos lidando com um estado mental de “não existência”, o que, segundo ele, seria funesto. O contrário desse estado seria “existir”, ou numa perspectiva não tão favorável, mas ainda assim positiva, “resistir”. Nesse sentido ZIMERMAN ainda realiza uma análise da importância das resistências, que dentro da teoria psicanalítica, seriam possibilidades de buscar ativamente (prefixo “*re*”) continuar a existir. Desta forma, poderíamos dizer que a resistência está sintonizada com o fato de continuar existindo, no sentido de sobreviver e não no sentido de existir no mundo, porque para tanto se fazem necessários os sentidos criativos e espontâneos de querer ser, desejar e ter esperanças, possibilitados, sobretudo, por um ambiente provedor (WINNICOTT, 1994).

No que diz respeito aos participantes com Bruxismo, pudemos perceber que a desistência não é preponderante e que ainda estão presentes resistências/defesas que, apesar de serem mais primitivas quando comparados aos participantes do grupo controle (ver Mecanismos de Defesa - quadro 10) primam pelo desejo de continuarem a existir.

### **5.3. Como criar diante da submissão? A baixa criatividade quando não se consegue “ser” no mundo**

Retomamos as categorias de Entrevista e do CAT-A, que nos permitiram visualizar o aspecto da baixa criatividade, no sentido de poder discutir e compreendê-lo, integrando-o aos anteriormente apontados.

WINNICOTT (1975) se refere à criatividade como sendo “um colorido de toda a atitude com relação à realidade externa” (pág. 95). Para este autor a criatividade como proposta universal relaciona-se ao fato de estar vivo e deve ser diferenciada da idéia de criação, como por exemplo, de uma obra de arte. Segundo o mesmo, o indivíduo só não se torna criativo quando é doente ou quando foi prejudicado por fatores ambientais que sufocaram esses processos. Referindo-se ainda aos processos da criatividade, o autor elege como tema principal a ser estudado a questão do impulso criativo, o qual se relaciona com a qualidade e quantidade das provisões ambientais que ocorreram nas fases primitivas da experiência de vida do bebê. O autor ressalta ainda que a destruição completa da capacidade do indivíduo ser criativo é impossível, porque mesmo nos casos de extrema submissão, em alguma parte oculta existe uma vida secreta satisfatória e de qualidade criativa.

Passemos às categorias de Entrevista que nos auxiliam na compreensão do aspecto de baixa criatividade.

Um primeiro aspecto a ser abordado diz respeito à questão da Amamentação (ver quadro 16). ROCHADEL & SANTOS (2006) apontam que a prática da mesma traz vantagens, tanto físicas quanto psíquicas, para a díade mãe-bebê. Dentre as vantagens físicas vivenciadas pela mãe podemos citar: aceleração da involução uterina, proteção da mulher contra o desenvolvimento de alguns tipos de câncer de mama e ovário, ajuda no processo de emagrecimento pós-parto, ativação de hormônios que geram sensação de calma, entre outros. Para o bebê as vantagens físicas estão ligadas à implementação do sistema imunológico, uma vez que o leite materno possui a dosagem certa de gordura e proteínas que ajudam a prevenir infecções, diarreia e doenças respiratórias, além do fato da sucção da mama auxiliar na sua formação oral-facial. Segundo GIUGLIANI (1994) o bebê alimentado com leite materno tem menor possibilidade de ter diabetes, problemas cardíacos, pressão alta, câncer e obesidade. As vantagens psíquicas decorrentes do ato de amamentar são tão importantes quanto as físicas,

pois refletem diretamente na formação da personalidade do bebê (ARAÚJO, 2006). Quando o infante suga o seio da mãe, além de sentir-se aliviado e saciado, a experiência também resulta na estimulação do vínculo afetivo entre eles, mãe e bebê. A mãe, por sua vez, recebe através do olhar do bebê a gratidão, o apego, que contribuem para afastar suas tensões e inseguranças (ALMEIDA, 1998). A questão da Amamentação se insere no estágio de desenvolvimento emocional que WINNICOTT (1994) definiu como sendo de Dependência Absoluta ou das Experiências Subjetivas. Este estágio se caracteriza, sumariamente, por ser o primeiro estágio da constituição do self (a qual se dá através do fenômeno da ilusão), dos processos iniciais de amadurecimento e integração do bebê; também pelo fato da mãe ter funções importantes como: oferecer eco à criatividade narcísica da criança (adaptação e identificação da mãe para que ocorram os processos iniciais de integração do bebê) e *holding*, em seu sentido de provisão ambiental para o bebê (BARBIERI, 2002). O final deste estágio é marcado pelo processo de desilusão que precede o desmame e que tem neste último um importante representante.

Sendo assim, WINNICOTT (1994; p. 24) nos fala que a experiência de alimentação é muito rica para o bebê porque grande parte de sua vida de vigília está voltada para isso; também pelo fato de que, enquanto se alimenta, o bebê está “acumulando material para o sonho”.

Tão importante quanto a amamentação é o momento do desmame para o bebê porque o desmame faz parte do processo de desilusão. Estamos agora no estágio denominado por WINNICOTT (1994) de Dependência Relativa ou das Experiências Transicionais no qual, ao experienciar o desmame, o bebê deixa aos poucos de viver uma situação de onipotência. Segundo o autor, seria desejável que o desmame ocorresse por volta dos 9 meses e que, idealmente, não ultrapassasse 1 ano de idade, pois essa seria a fase em que o bebê já não faz mais tantas exigências à mãe e pode, então, iniciar seu processo de “surpreender o ambiente e

ser surpreendido por ele”, o que possibilitará, futuramente, o bebê “ser no mundo” de modo criativo. Sobre este momento ainda podemos dizer que é o período em que os bebês começam a lidar com a questão da agressividade (a qual irá se estabelecer no estágio seguinte), o que torna possível que a criança abandone gradativamente o estado fusional com a mãe e amplie seu contato com a realidade externa, constituindo gradualmente sua subjetividade.

Se levarmos em conta as considerações de WINNICOTT (1994) acerca do período desejado para o desmame, podemos observar que a maioria das mães de participantes com Bruxismo desmamou antes do período esperado (até 6 meses) ou após o mesmo (depois de 1 ano e 1 mês). Ou seja, o desmame ocorreu antes ou após o período apontado por WINNICOTT (1994) como desejável; o que pode ter interferido no processo de desilusão do bebê, o qual, como visto, intervém entre outros fatores no desenvolvimento da criatividade, do lidar com a agressividade e da tolerância à frustração.

No caso das mães que desmamaram antes do período esperado, podemos dizer que ocorreu um desmame precoce que, aliado à possibilidade de terem ocorrido falhas na adaptação inicial ao bebê, o que interferiria no processo de fusão e de apresentação do objeto ao mesmo, pode ter interrompido o sentimento de continuidade de ser do bebê, interferindo no acúmulo de material para o sonho, o qual, por sua vez, prejudicaria seus processos criativos. No caso das mães que desmamaram após o período esperado (desmame tardio) podemos também pensar acerca de possíveis falhas no processo de fusão dessas mães, que provavelmente se preocuparam em excesso com seus bebês, permanecendo identificadas com eles por tempo demais (WINNICOTT, 2000). Esta identificação prolongada pode ter interferido no processo onde a apresentação da própria mãe e da realidade externa como separadas do bebê possibilitariam ao mesmo uma diferenciação das realidades interna e externa e, conseqüentemente do eu/não-eu. Este prolongamento da fusão pode ter gerado sentimento de dependência para além do necessário no bebê. Auxiliando-nos na compreensão



desta questão, SAFRA (1995) trabalha com a idéia da necessidade de *interdições* ao longo do desenvolvimento emocional. O autor refere que “a criança precisa encontrar um objeto que interdite a satisfação compulsiva da pulsão pré-genital e que a ajude a dar um novo destino a essa pulsão” (p. 123). A partir disso as pulsões podem ser abandonadas e simbolizadas, possibilitando a continuidade saudável do desenvolvimento emocional do indivíduo. Dentro desta linha de pensamento, especificamente no caso do desmame tardio, estamos lidando com pulsões orais que não sofreram interdição e que, segundo SAFRA (1995) não permitem a diferenciação dos corpos mãe-bebê e dificultam, entre outros fatores, que a criança continue a desenvolver a alimentação, suas trocas lingüísticas com a mãe e que se instrumentalize fisicamente para lidar com os objetos do mundo.

Podemos, a partir do já exposto, pensar nas crianças com Bruxismo, que conforme apontado anteriormente, apresentaram uma tendência à submissão, que esta última pode estar atrelada a sentimentos de invasão ou de dependência excessiva, os quais podem estar influenciando outro aspecto observado nestes participantes, que é a questão da imaturidade.

Apresentamos em seguida as categorias do CAT-A que também nos possibilitaram ver o aspecto de pouca expressão da criatividade nos participantes com Bruxismo.

A análise das Histórias, sobretudo na categoria Análise Formal (ver quadro 2.3) mostrou que, no geral, as mesmas se dão no contexto da descrição, baixa criatividade e alto nível de ansiedade para finalização das mesmas.

Uma outra categoria foi a do Conjunto. Sobretudo a análise da subcategoria Contexto Físico (ver quadro 6.1) mostrou que o grupo com Bruxismo na sua maioria, apresentou “rotina” como sendo o contexto mais freqüente. Com isso, demonstraram maiores dificuldades de lidar com as questões de espontaneidade e criatividade nas histórias, já que precisavam recorrer à descritividade presente nestas “rotinas” para a elaboração das mesmas.

Acreditamos que esta descritividade pode estar relacionada às dificuldades e impedimentos dos participantes de entrarem em contato com os principais conflitos mobilizados pelas pranchas. Ainda dentro da análise do Conjunto, a subcategoria Contexto Social mostrou que os participantes do grupo controle apresentaram maior variedade de relacionamentos, para além das relações familiares (pais, irmãos, filhos, avós, tios) o que foi considerado positivo, posto que é esperado para crianças nesta faixa etária. O mesmo não ocorreu com os participantes do grupo com Bruxismo que, para além das relações de ordem familiar apresentaram apenas 3 tipos de relações: “Deus”, “caçador” e “povo”, sendo que 2 delas – Deus e povo – apresentam características abstratas. Segundo ERICKSON (1976) e WINNICOTT (1990) o laço com a figura materna e outros familiares é importante para o desenvolvimento emocional da criança como um todo, porém é mais comumente intenso nos primeiros anos da infância e passa gradualmente a incorporar outros relacionamentos significativos à medida em que avança o desenvolvimento. Para ERICKSON (1976) a faixa etária dos participantes (6 a 12 anos) se caracteriza pelo desenvolvimento psicossocial, ou seja, por uma maior socialização, que vai além da convivência familiar, a qual permitirá o desenvolvimento de habilidades como trabalho em conjunto e cooperatividade.

Passemos então, a discutir melhor o aspecto de pouca criatividade encontrado nos participantes com Bruxismo.

WINNICOTT (1971) refere que o oposto de uma apercepção criativa, na qual o indivíduo sente dignidade e prazer na vida, seria o indivíduo que se relaciona com a realidade externa tendo por base a submissão, posto que essa realidade é reconhecida apenas como algo a que este indivíduo tem de se ajustar ou adaptar. Para o referido autor, a questão circunda o fato de que as pessoas submissas estão tão fortemente presas na realidade objetivamente percebida e que, por algum ou vários motivos, perdem seu contato com o mundo subjetivo e com a abordagem criativa dos fatos. Os motivos dessa perda, ainda segundo o mesmo autor, excluindo-se o caso de doenças

mentais/neurológicas, estariam atrelados a prejuízos nos fatores ambientais que sufocaram os processos criativos desses indivíduos. Nas palavras de WINNICOTT (1971; p. 102):

[...] Descobrimos que os indivíduos vivem criativamente e sentem que a vida merece ser vivida ou, então, que não podem viver criativamente e têm dúvidas sobre o valor do viver. Essa variável nos seres humanos está diretamente relacionada à qualidade e à quantidade das provisões ambientais no começo ou nas fases primitivas da experiência de vida de cada bebê.

SAFRA (1995; p. 55) localiza a potencialidade criativa na área de ilusão do espaço transicional, o qual surge da intersecção entre a realidade psíquica do bebê e a da mãe. Segundo o autor, é esta ilusão que favorece o surgimento e a simbolização da realidade interna e também é esta ilusão que, sem negar a realidade externa, permite que se estabeleça com esta última um contato de forma criativa.

[...] A existência desse espaço possibilita que a criança encontre e crie o objeto de que necessita sem se sentir invadida pelas injunções do meio ambiente. É nesse espaço – que contrasta com a realidade interna do bebê e da mãe e também com a realidade externa – que surge a possibilidade de o bebê existir sem precisar reagir às experiências do meio ambiente, ser capaz de olhar o mundo criativamente, encontrar e usar o objeto necessitado, ter experiências de relações objetais que, uma vez internalizadas, passam a estruturar o seu mundo interno.

Desta forma e retomando WINNICOTT (1971) podemos afirmar que a criatividade implica em ter uma atitude/gesto com relação à realidade externa e que interferências no processo de introdução desta realidade podem trazer problemas para a construção da criatividade. Assim, podemos dizer que, pela baixa criatividade encontrada nas histórias, a presença de bloqueios/choques e descritividade (apresentada, sobretudo no contexto de “rotinas”) as crianças com Bruxismo dão sinais de que, provavelmente, existiram falhas na apresentação do objeto e da desilusão, aspectos estes que requerem a realização de novos estudos, visando uma maior compreensão de como se deu o desenvolvimento inicial da relação mãe-bebê nestas crianças. Podemos ainda pensar, a partir dessas falhas nas provisões

ambientais, que as crianças com Bruxismo não sentiram que podiam viver criativamente tendo prejudicado, com isso, seu processo rumo à independência.

#### **5.4. Quando o ambiente dificulta os processos de maturação emocional**

Os processos de amadurecimento têm início nas primeiras semanas de vida da pessoa (WINNICOTT, 1994). Dentro desses processos, a capacidade de o indivíduo ficar só, é um dos mais importantes sinais de amadurecimento do desenvolvimento emocional (WINNICOTT, 1983).

O referido autor propõe o estudo dessa capacidade de ficar só, através da expressão “eu estou só”. Numa primeira análise, temos a palavra “eu”, indicando que o indivíduo “se estabeleceu como unidade” (pg. 35). Ou seja, no momento do “eu”, a integração já é um fato. Acreditamos que uma maior exploração do processo de integração possa nos auxiliar numa melhor compreensão do amadurecimento emocional.

A integração no desenvolvimento humano implica processo, ou seja, pensar em algo a ser alcançado, tanto em termos de tendências biológicas, quanto psicológicas. No caso das últimas, WINNICOTT (1990) refere que a integração vai se produzir a partir de um estado de não-integração, o qual é acompanhado da não-consciência e identificado como “uma ausência de globalidade tanto no espaço quanto no tempo” (pg. 136). A partir deste estado de não-integração, a integração vai se produzindo gradualmente, por breves períodos/momentos, até se transformar num estado geral de integração ou num fato. Nas palavras do próprio autor (WINNICOTT, 1990; pg. 140):

[...] a integração e a manutenção do estado de unidade trazem consigo outros desenvolvimentos de grande importância. A integração significa responsabilidade, ao mesmo tempo que consciência, um conjunto de memórias, e a junção de passado, presente e futuro dentro de um relacionamento.

O referido autor ainda relata que a personalidade do indivíduo se revelará bem estruturada quando a integração se acentuar principalmente em duas bases: experiências instintivas e raiva (a qual mantém sua relação com o desejo). Caso não haja bastante de qualquer das duas, a integração não se estabelece por inteiro ou se estabelece de forma extremamente defensiva e estereotipada (WINNICOTT, 1990). Segundo o autor haveria ainda um terceiro modo de estabelecimento da integração, no qual a base recai sobre uma reação excessiva à intrusão de fatores ambientais, sendo esta reação uma consequência de falhas no cuidado da criança. Neste modo, “a intrusão passa a ser esperada, tornando-se até mesmo necessária, e é possível encontrar nesta estrutura o fundamento muito precoce para uma disposição paranóide (não herdada)” (pg. 140).

Retornemos agora à análise da expressão inicial proposta pelo autor no seu segundo momento: a expressão “eu sou”. WINNICOTT (1983) relata que no início do “eu sou” o indivíduo é vulnerável, indefeso, “cru” (pág. 35) e que, portanto, só pode atingir o estágio geral do “eu sou” devido à existência de um meio protetor, representado, sobretudo, pela mãe, através da preocupação materna primária. Neste estágio, WINNICOTT (1990, p. 139) diz que o cuidado físico é um cuidado psicológico e refere que:

[...] quando o ato de segurar o bebê é perfeito (e de um modo geral assim é, já que as mães sabem exatamente como fazê-lo), o bebê pode adquirir confiança até mesmo no relacionamento ao vivo, e pode não integrar-se enquanto está sendo seguro. Esta é a experiência mais enriquecedora.

Assim, no estágio do “eu sou”, podemos perceber a importância de um estado intermediário onde a regressão para a não integração (possível quando o bebê se sente seguro e bem cuidado) possibilita o relaxamento do bebê. Quando, porém, o ato de segurar o bebê for irregular, envolvendo ansiedades e angústias da mãe, o referido autor diz que “o bebê não pode se dar o luxo de relaxar. O relaxamento acontece, então, nestes casos, apenas por pura exaustão” (pg. 139).

Retomando a análise da proposta de WINNICOTT para a compreensão da capacidade de ficar só, temos, em última instância, as palavras “eu estou só”. Esse estágio implica que haja uma apreciação da criança sobre a existência contínua de uma mãe disponível, a qual possibilita à criança estar só e sentir prazer nisto, por períodos limitados. De acordo com WINNICOTT (1990, p. 137)

[...] à medida que o self se constrói e o indivíduo se torna capaz de incorporar e reter lembranças do cuidado ambiental e, portanto, de cuidar de si mesmo, a integração se transforma num estado cada vez mais confiável. Desta forma a dependência diminui gradualmente.

Neste sentido, o autor justifica e explica que a capacidade de ficar só tem por base a experiência de estar só na presença de alguém. A partir de uma quantidade suficiente de experiências de estar só na presença do outro, a criança vai adquirindo segurança e confiança no mundo e em si mesma.

Como já referido, a capacidade de ficar só faz parte do processo de maturidade emocional. O fato dos participantes com Bruxismo terem apresentado mais medos diante de seus principais conflitos, quando comparados com os participantes do grupo controle (com destaque para os medos de solidão, agressão e morte) e, segundo relato dos responsáveis, terem apresentado principalmente os medos de ficar sozinho e do escuro, chama-nos a atenção para refletir sobre o amadurecimento emocional dos mesmos. Aliados a este aspecto, dados acerca do local onde o participante dorme e seus principais mecanismos de defesa também nos auxiliam a refletir sobre o amadurecimento emocional destas crianças. Analisemos mais detidamente estes dados.

Relativamente à questão do medo, sabemos que não é fácil definir o que vem a ser o medo em si, sendo esta uma evidência de sua complexidade e das dificuldades encontradas para investigá-lo. AINSWORTH (1981) define o medo como sendo a consciência de uma ameaça que pode assumir várias formas. MORRIS & KRATOCHWILL (1983) dizem que o

medo é uma reação emocional mais ou menos intensa, perante um perigo físico, real ou imaginário.

Estas definições contribuem para que possamos pensar na premência do medo de ficar sozinho dos participantes com Bruxismo, que pode ser um indicador de imaturidade dos mesmos, uma vez que trabalhamos com participantes com idades variando entre 6 e 12 anos e que este tipo de medo foi encontrado nas histórias e relatado pelos acompanhantes responsáveis por estes participantes. O medo de ficar sozinho está intrinsecamente relacionado à forte dependência da presença de um outro. Como já visto, ao tratar do processo de integração, WINNICOTT (1990) relata a importância do indivíduo desenvolver a capacidade de incorporar e reter lembranças do cuidado ambiental que é o que, posteriormente, possibilita o cuidar de si mesmo contribuindo, conseqüentemente, para a diminuição gradual da dependência. Podemos, a partir disto, pensar acerca do fato de que os participantes com Bruxismo podem ter sofrido interferências no processo de integração, que remetem ao estado do “eu sou”, o que comprometeria o desenvolvimento da capacidade de ficar só e da independência. Como já apontado, a existência de um meio protetor, representado sobretudo pela mãe, através da preocupação materna primária, possibilita a incorporação e retenção dessas lembranças, o que parece ter sido dificultado no caso das crianças com Bruxismo. Esta hipótese vem de encontro à análise anteriormente realizada sobre a possibilidade das mães de crianças com Bruxismo terem tido comprometimento no desenvolvimento da preocupação materna primária, bem como de terem ocorrido falhas no cuidado ambiental em decorrência deste comprometimento. Estas falhas estas envolveriam as questões do desmame e do fenômeno de apresentação do objeto.

Outro dado que corrobora e compõe o cenário da imaturidade envolve a questão do Local onde o participante dorme (ver quadro 20). A análise desta categoria nos mostrou que

os participantes com Bruxismo, em sua maioria, dormem no quarto dos pais, muitas vezes na própria cama dos mesmos; ainda que possuindo quartos próprios.

RABINOVICH & CARVALHO (2001) apontam para uma relação entre os conceitos de apego e autonomia e os conceitos de ‘lugar’ e ‘espaço’ da organização do ambiente doméstico. As autoras compreendem essa relação como uma expressão do sistema de desenvolvimento que inclui a organização psicológica da díade mãe-criança e as condições concretas de vida, criando-se a partir disso uma tipologia da relação mãe-bebê associada aos modos de morar e cuidar. No referido trabalho, o berço do bebê foi considerado um índice de espaço potencial materno que possibilitava o início da diferenciação eu/não-eu. Em continuidade a isso podemos dizer que o quarto da criança representaria uma noção de “si próprio”, através da demarcação de espaço. WHITING (1981) em estudo sobre os modos de dormir diz que a criança que dorme junto à sua mãe é como se não tivesse nascido, pois ainda continua se sentindo parte dessa mãe.

Podemos dizer que, de acordo com RABINOVICH & CARVALHO (2001) os participantes do grupo com Bruxismo apresentaram uma menor privacidade e independência emocional quando comparados com os do grupo controle, o que novamente concorda com nossa hipótese de que possam ter ocorrido interferências no processo de integração, gerando dependência e insegurança nessas crianças; uma vez que o fato de continuarem dormindo no quarto dos pais interfere no processo de diferenciação eu/não-eu. Pesquisas ainda apontam para uma interligação do fato de dormir no quarto dos pais, com outros aspectos sinalizadores de imaturidade que foram observados nos participantes com Bruxismo, tais como hábitos orais deletérios (CRATO et al.; 2004) e distúrbios do sono (BUSSE & BALDINI, 1994).

Analisando a categoria de Hábitos orais atuais (ver quadro 17) observamos que os participantes com Bruxismo, na sua maioria, os apresentaram, sobretudo os de roer unhas e morder objetos. WINNICOTT (1990) refere que, para a personalidade se revelar bem



estruturada, a integração precisa se dar através de quantidades suficientes de experiências instintivas e de raiva; do contrário, esta integração se daria de maneira parcial, estabelecendo-se de forma defensiva e estereotipada. Podemos, então, pensar acerca do fato de que se as experiências de raiva envolvendo os impulsos orais não foram suficientemente vividas pelas crianças com Bruxismo, resultaria em prejuízos para o processo geral de integração, possibilitando a presença de hábitos orais na vida atual das mesmas. ABRAHAM (1927) e FADIGMAN & FRAGER (1979) referem estes hábitos como esperados na faixa etária de até 6 anos, e também os relacionam com as questões de agressividade. Assim, o fato dos participantes com Bruxismo, na comparação com os participantes do grupo controle, apresentarem mais hábitos orais nos remetem à questão de possíveis fixações na fase oral, que podem estar relacionadas a dificuldades no lidar com questões de agressividade (o que pode ser observado quando da análise da Problemática – ver quadro 1).

Partindo agora para a análise da categoria de Descrição do sono atual dos participantes (ver quadro 18) verificamos que as crianças com Bruxismo, em sua maior parte, apresentaram distúrbios do sono, sobretudo do tipo “pesadelo”, ao contrário do que aconteceu com as crianças do grupo controle que quase não apresentaram nenhum tipo de transtorno, o que, por si só fornece indicadores de que as primeiras têm, devido à presença destes distúrbios, dificuldades para manter uma boa qualidade de alerta e de bem-estar físico e mental durante o dia (Sociedade Brasileira de Sono, 2003).

Sabe-se que o sono é um processo fisiológico complexo, influenciado por propriedades biológicas, psicológicas e ambientais e importante para a recuperação física e psicológica do ser humano. Conhecer suas características e funções permite a compreensão de muitos distúrbios de comportamento. De acordo com BUSSE & BALDINI (1994) essas perturbações podem ser consideradas esperadas e normais numa faixa etária e patológicas em outras. As perturbações do sono são divididas em dissonias (caracterizadas por anormalidades

na quantidade, qualidade ou tempo de sono; como por exemplo, insônia e hipersonia) e parassomnias (caracterizadas por eventos comportamentais ou fisiológicos anormais que ocorrem em associação com o sono, como terrores noturnos, sonilóquios, sonambulismo, pesadelos, enurese noturna e Bruxismo).

Segundo SOIFER (1992) a insônia (dificuldade em iniciar o sono ou em se manter dormindo), os terrores noturnos (criança senta subitamente, com os olhos abertos, fica agitada, gritando, chorando com expressão de terror, e raramente acorda), os pesadelos (sonhos que causam medo ou ansiedade), o Bruxismo, o sonilóquio (falar dormindo) e o sonambulismo (automatismos variáveis desde sentar na cama até andar e abrir portas) são alguns dos transtornos comuns no sono das crianças, que possuem causas psíquicas bastante complexas e muitas vezes inconscientes. Especificamente no caso dos pesadelos, podemos defini-los em termos de sonhos que geram ansiedade e/ou medo, sendo mais recorrentes em crianças menores de 5 anos, quando a confusão entre realidade e fantasia é mais intensa (SHIRLEY & KAHN, 1980 apud REIMÃO, et al. 1983; BUSSE & BALDINI, 1994). O fato dos participantes com Bruxismo terem apresentado, na sua maioria, sono agitado e pesadelos (sendo que o contrário foi encontrado nos participantes do grupo controle) pode também ser indicativo de conflitos relativos à questão da imaturidade. Gostaríamos, porém, de aprofundar essa questão no sentido de compreender o significado disto dentro do desenvolvimento emocional dessas crianças.

Como vimos em WINNICOTT (1990) é o ato de segurar o bebê de forma suficientemente boa que possibilita ao mesmo ter vivências de confiança nos estados de não integração; ao passo que, quando o ato de segurar é irregular, envolvendo ansiedades da mãe (do tipo controle exagerado para não deixar o bebê cair) ou angústia da mesma (no sentido da mãe trêmula ou cujo coração bate com muita força), o que ocorre é um bebê que não consegue relaxar, a não ser por exaustão. A partir disto podemos refletir acerca do fato de que

os participantes com Bruxismo podem ter vivenciado experiências de não relaxamento, ou seja, o rosto do outro (mãe) não se mostrou em condições de acolher as demandas/necessidades das crianças, o que pode estar conectado com as vivências atuais de intensa ansiedade durante o sono.

Por fim, discutiremos os mecanismos de defesa que, como sabemos, fornecem indicadores de como os indivíduos lidam com seus conflitos (BLAYA et al, 2004; FREUD, 1978).

A categoria de Mecanismos de Defesa (ver quadro 10) do CAT-A nos possibilitou observar que os participantes com Bruxismo fazem uso de mecanismos primitivos, tais como negação, onipotência e dissociação; enquanto que nos participantes do grupo controle os mecanismos apareceram mais desenvolvidos e mais adaptados à faixa etária de seus integrantes (repressão, deslocamento e racionalização). O uso destes mecanismos de defesa primitivos dificulta o contato com o ambiente e nos permite inferir que estas crianças podem estar apresentando mais dificuldades emocionais e uma imaturidade afetiva. Ainda dentro das questões referentes às dificuldades no contato com o ambiente, os resultados da Análise Formal, sobretudo na subcategoria de Percepção da Realidade, nos permitiu observar o comprometimento da mesma para os participantes do grupo com Bruxismo (ver quadro 2.2) o que a nosso ver pode favorecer a questão da imaturidade, uma vez que também dificulta a relação do participante com seu próprio meio.

Retomamos aqui os modos de estabelecimento da integração, sobretudo o modo que recai sobre o que WINNICOTT (1990) define como uma reação intensa à intrusão de fatores externos. De acordo com o referido autor esta reação deriva de falhas do cuidado ambiental com a criança, onde a intrusão tornou-se necessária, passando a ser esperada pelo bebê, o que poderia se configurar como base precoce de uma disposição paranóide. Como vimos, os

mecanismos de defesa indicam a forma como os indivíduos lidam com seus conflitos e o fato das crianças com Bruxismo fazerem uso de mecanismos de defesa mais primitivos pode estar ligado ao desenvolvimento precoce de uma disposição paranóide no sentido de estar sempre esperando um “ataque”/intrusão, o que também poderia facilitar a compreensão do fato dessas crianças terem apresentado comprometimento na percepção de suas realidades. Esta hipótese vem de encontro à questão já discutida sobre as mães de crianças com Bruxismo poderem ter tido interferências no processo da preocupação materna primária, o que teria ocasionado possíveis falhas no cuidado com seus bebês, comprometendo o desenvolvimento emocional dos mesmos.

Como pudemos observar, vários são os dados que apontam para um fator de imaturidade dos participantes com Bruxismo, os quais acreditamos estar entrelaçados com as questões anteriormente trabalhadas sobre falhas ambientais ocorridas no desenvolvimento emocional destas crianças, dentro do que pudemos observar até o presente momento.

Neste sentido, podemos refletir acerca de que a possibilidade de alcançar a integração se dá através do gesto pessoal, que é parte da criatividade e que possibilita colocar questões do humano em processo, tais como a sexualidade, a agressividade, e a capacidade de estar só. Este desenvolvimento permite que a pessoa continue a vir a ser e quando o mesmo não ocorre, a pessoa se vê frente a situações que dificultam os processos de integração, tendo a sensação de que não pode ir além, de que está parada no mesmo, no já conhecido. Dentro deste último contexto, pela análise realizada até aqui, parece-nos que as crianças com Bruxismo apresentam sentimentos de desconfiança e insegurança em relação a viver e a existir no mundo, que as levam a reagir ao mesmo, na tentativa de se defender dos medos e das ansiedades, com conseqüente prejuízo da criatividade e da espontaneidade.



## ***6. CONSIDERAÇÕES FINAIS***

Ao lançarmos um olhar sobre as crianças com Bruxismo, vários ângulos de visão se abriram, possibilitando-nos a apreensão de uma imagem mais focada no que diz respeito aos seus contornos (desenvolvimento emocional) e cores (aspectos psicológicos).

Um dos focos que gostaríamos de retomar é a hipótese de terem ocorrido falhas nas provisões ambientais destas crianças; as quais podem ter contribuído, entre outros fatores, para o desenvolvimento do hábito de ranger. Em nossa pesquisa pudemos observar “contornos emocionais” presentes na formação da imagem das crianças com Bruxismo, tais como a questão da integração, do desmame, do fenômeno de apresentação do objeto e da capacidade de ficar só. Estes contornos apareceram distorcidos e nos permitiram supor questões de interferências no ato de segurar o bebê que produz relaxamento, questões de interdição precoce e/ou tardia das pulsões orais nestes bebês, questões de comprometimentos na apresentação que suas mães fizeram do mundo externo e de si mesmas para seus filhos, bem como questões de interferência no processo de estar só na presença do outro, as quais nos permitiram olhar para os traços esboçados do medo de aniquilação, sentimentos de invasão, ansiedades persecutórias e reações ao mundo externo nestas crianças. A partir disto pudemos pensar sobre um possível entrelaçamento das questões de vivências difíceis no início e decorrer da gestação das mães de crianças com Bruxismo, como fatores de dificuldades na adaptação inicial dessas mães aos seus bebês; o que, por sua vez, pode ter interferido no desenvolvimento da preocupação materna primária e, conseqüentemente, no processo de fusão mãe-bebê.

A partir destes contornos vacilantes foi se dando o preenchimento das “cores” das imagens dessas crianças. A lente de nossa pesquisa nos permitiu focar, sobretudo o colorido esmaecido da tendência à submissão, e as cores embaçadas e manchadas dos baixos índices de criatividade e da imaturidade. Com relação à submissão, pudemos ver que a tinta forte e vibrante de “continuar a existir” de todo bebê, foi esmaecida pelos sentimentos de medo e de

invasão que estes bebês possivelmente vivenciaram através das falhas ambientais, passando a apresentarem um colorido de reação ao mundo que teve como cor adaptativa o comportamento de submissão. Esta cor adaptativa opaca dificultou que estas crianças tivessem uma atitude/gesto com relação à realidade externa, o que possibilitou uma imagem tingida pelas cores fracas dos baixos índices de criatividade. A mistura das cores desvitalizadas da submissão e da baixa criatividade interferiu, até onde pudemos ver, no processo de independência e autonomia, favorecendo o tingimento de suas imagens atuais com a cor embaçada da imaturidade. Esta última, visível nos aspectos de medos, hábitos orais, distúrbios do sono, no local onde essas crianças dormem, e no uso de mecanismos defensivos primitivos, ainda nos permitiu observar coloridos de desconfiança e insegurança que estas crianças têm de existir no mundo.

Consideramos relevante ainda apontar limites deste estudo. A variabilidade das idades das crianças participantes da pesquisa se justifica, uma vez que os dados foram colhidos no contexto de serviço, nas condições de ocorrência do mesmo, onde não havia qualquer interferência por parte da pesquisadora; ou seja, trabalhamos com os participantes que o serviço podia oferecer dentro de nossa disponibilidade de tempo. Destacamos ainda a necessidade de aprofundar aspectos do desenvolvimento inicial destas crianças como: práticas educativas adotadas pelos pais e a formação do vínculo entre pais e filhos, os quais poderiam enriquecer a compreensão acerca das crianças com bruxismo.

Gostaríamos de ressaltar que não temos a pretensão de rotular as crianças com Bruxismo, mas sim, de ampliar a visão sobre as mesmas, no intuito de potencializar a ajuda oferecida a estas crianças, e também a seus pais e aos profissionais que a acompanhem. Compreendemos que a riqueza do ser humano não pode se restringir a traços comuns; porém, a consciência de que os mesmos possibilitam uma aproximação geral das crianças com Bruxismo, auxilia o cuidado com essas mesmas e permite-nos ter sempre em mente que cada



pessoa é singular, e que suas particularidades apenas podem ser captadas na convivência cotidiana. Neste sentido, acreditamos que o alcance deste trabalho seja sustentado pelo delineamento de corte transversal, duplo cego e de comparação entre grupos, que contribuiu para uma maior compreensão dos aspectos psicológicos das crianças com Bruxismo, bem como para uma ampliação dos questionamentos intrigantes a respeito das mesmas. O que nos permite afirmar a necessidade de novas pesquisas que sejam focadas nas relações familiares e interpessoais destas crianças e que, adotando um delineamento longitudinal, contribuam para o enriquecimento e aprofundamento destas questões.

Concluimos que o desenvolvimento de um estudo sistemático sobre aspectos psicológicos de crianças com bruxismo, apontou para a necessidade de um olhar integral sobre esta criança e seus familiares, que dê suporte a práticas de saúde numa perspectiva interdisciplinar, campo fértil para a associação entre a Psicologia e a Odontologia.



## ***7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

- ABRAHAM, K. A short study of the development of the libido, viewed in the light of mental disorders. In: **Selected Papers**; London: Hogarth; p. 442-453, 1927.
- ABRAM, J. **A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott**. Trad. Marcelo Del Grande da Silva. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. 306p.
- AINSWORTH, S. **O Poder Emocional Positivo: Como governar seus sentimentos**. São Paulo: Cultrix.; 1981. 190p.
- AJURIAGUERRA, J. **Manual de psiquiatria infantil**. Rio de Janeiro: Masson do Brasil; 1980. 952 p.
- ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação – repensando o paradigma**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. 166 p.
- ALVES, V. C. S. Alguns aspectos do bruxismo de interesse do odontopediatra. **Revista Odontopediatria**, v. 2, n. 4, p. 157-163, jul./set. 1993.
- ALVES MARTINS, M., & PEIXOTO, F. Self-esteem, social identity and school achievement in adolescence. **Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society**, n. 7; p. 278-289. 2000.
- AHMAD, R. Bruxism in Children. **J. Pedontics**, v. 10, p. 105 – 126. 1986.
- ANTONIO, A.G.; PIERRO, V.S.S.; MAIA, L.C. Bruxism in children: A warning sign for psychological problems. **Journal Can. Dent. Assoc.**, v. 72, p. 155-60, 2006.
- ANZIEU, D. **Os métodos projetivos**. Ed. Campus, RJ., 1978.
- ARAGÃO, R.O. **De mães e de filhos**. Estados Gerais da Psicanálise. Disponível em: <http://www.estadosgerais.org>; 2002. Acesso em 22 mai. 2006.
- ARAÚJO, N. **Benefícios e influência psicológica**. Disponível em: <http://www.infonet.com.br>, 2006. Acesso em 01 mai. 2006.

- BADER, G.; LAVIGNE, G.J. Sleep bruxism; an overview of an oromandibular sleep movement disorder. **Sleep Medicine Review**, v. 4, p. 27-43, 2000.
- BARBIERI, V. A família e o psicodiagnóstico como recursos terapêuticos no tratamento dos transtornos de conduta infantis. **Tese de Doutorado**. São Paulo: IPUSP, 2002.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antônio Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1979. 291 p.
- BELLACK, L.; BELLACK, S.S. **Teste de apercepção infantil: com figuras de animais – CAT-A**. Trad. de Olga Mantovani; São Paulo: Mestre Jou, 1971. p. 19.
- BERNARDO, R.P.S; MATOS, M.G. Desporto aventura e auto-estima nos adolescentes em meio escolar. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v.3, n.1, p. 33-46; 2003.
- BLAYA, C.; KIPPER, L. HELDT, E.; ISOLAN, L.; CEITLIN, L.H.; BOND, M.; MANFRO, G.G. Versão em português do Defense Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n.4, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462004000400010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000400010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 Set 2008. doi: 10.1590/S1516-44462004000400010.
- BOADELLA, D. **Correntes da vida**. São Paulo. Ed: Summus; 1992.
- BOLETIM DO INSTITUTO DE SAÚDE (BIS). **Aleitamento Materno**. Publicação quadrimestral do Instituto de Saúde. São Paulo, n.27, agosto, 2002. 23 p. Disponível em: <http://www.isaude.sp.gov.br>. Acesso em 21 dez. 2007.
- BORSATTO, M. C.; OVIEDRO, M. P. **Bruxismo infantil**. Faculdade de Odontologia de Araraquara, 1995 (apostila).
- BRAGA, M. G. R. & AMAZONAS, M. C. L. A. *Família: maternidade e procriação assistida*. **Psicologia em Estudo**, vol. 10, n.1, jan./abr. 2005.

- BRANNON, L.; FEIST, J. Understanding stress and illness. In: **Health Psychology – An introduction to behavior and health**. Belmont, California: Wadsworth, 1992.
- BUSSE, S.R.; BALDINI, S.M. Distúrbios do sono em crianças. **Pediatria**. São Paulo, v. 16, n. 4, p. 161 – 166. 1994.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultriz, 1982. 449 p.
- CARDOSO, C. L. **Tratamento odontopediátrico no contexto de uma clínica-escola: avaliação do estresse da criança, do acompanhante e do aluno**. Dissertação (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; Ribeirão Preto - SP, 2002.
- CHAUI, M. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 2000. 424 p.
- CORRÊA, M. S. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 2001. 679 p.
- CRATO, A.N.; OLIVEIRA, D.B.; CUNHA, T.O.; MOTTA, A.R. Hábitos orais deletérios e relação com aspectos comportamentais e psicológicos de crianças de creches públicas de Belo Horizonte. In: **Anais do 7º Encontro de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais**; p. 1-7, setembro; 2004.
- DIAZ-SERRANO, K. V.; PORCIÚNCULA, H. F. Disfunção temporomandibular em crianças e adolescentes. In: SADA ASSED. **Odontopediatria: bases científicas para a prática clínica**. São Paulo: Artes Médicas, p. 993-1031. 2005.
- DIMENSTEIN, M. D. B. **O psicólogo no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS): perfil profissional e perspectivas de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)**. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.
- DURSO, B. C.; BEAUCLAIR, B. S. Bruxismo noturno: aspectos clínicos e tratamento. **Revista Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais**, v. 4, n.2, p. 90-3. 1998.

- ELI, L. **Oral psychophysiology: stress, pain and behavior in dental care**. Florida: CRC Press, 1992.
- ERIKSON, E.H. **Infância e sociedade** (2ª. ed.). Trad. G. Amado. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- FADIGMAN, J.; FRAGER, R. **Teorias da Personalidade**. São Paulo: Harbra, 1979. p. 400.
- FEBRES – CORDERO, F. **Orígenes de la odontología**. São Paulo: Santos; p. 132; 1985.
- FELIPE, S.S.R. (1997) - A contribuição do Teste de Apercepção Infantil (CAT-A) e do Procedimento de Desenhos de Família com Estórias (DF-E) na avaliação de crianças envolvidas em disputas judiciais. **Dissertação de Mestrado**. São Paulo (SP), Instituto de Psicologia da USP, 322 pp.; 1997.
- FIQUEIREDO, B.; COSTA, R. & PACHECO, A. Experiência de parto: alguns fatores e conseqüências associadas. **Análise Psicológica**, vol. 2, n. 20, p. 203-217. 2002.
- FONSECA, V.R.J.R.M. O fenômeno da apresentação do objeto e suas implicações para o desenvolvimento. **Psicanálise**, v. 3, n. 1. Porto Alegre: SBP de PA, 2001.
- FRANCHIN, V.; BASTING, R.T.; MUSSI, A.A.; FLÓRIO, F.M. A utilização de recursos humanos não-odontológicos como uma estratégia para a promoção de saúde bucal pode representar uma alternativa à ineficiência do atendimento odontológico clássico. **Revista da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO)**, vol. 6, n. 2, p. 102-108; 2005.
- FREUD, A. **O ego e os mecanismos de defesa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978. p. 150.
- FROHMAN, B. S. **The application of phisicotherapy to dental problem**. D. Cosmos, v. 73, p. 1117-1122. 1931.
- GIUGLIANI, E.R.J. et al. Amamentação: como e porque promover. **Jornal de Pediatria**. São Paulo, v.70, n 3, p. 138-47.1994.

- GONDO, S. Bruxismo infantil. **Rev. Paulista de Odontologia**. São Paulo, v. 13, n.6, p. 33-35, nov./dez. 2001.
- GUSSON, D. G. D. Bruxismo em crianças. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria (JBP)**, v. 1, n.2, p. 75-97, 1998.
- HADDAD, A. E. Bruxismo em crianças. **Revista Odontopediatria**, v. 3, n.2, p. 91-8, abr./mai./jun. 1994.
- HANSON, M.L.; BARRET RH. Sucção e outros hábitos orais. In: HANSON, M.L.; BARRET R.H. **Fundamentos da miologia orofacial**. Rio de Janeiro: Enelinos, p. 331 – 375; 1995.
- HARTER, S. Developmental perspectives on the selfsystem. In E. M. Hetherington (Ed.), **Handbook of Child Psychology**. New York: Wiley, 1983.
- \_\_\_\_\_. **Manual for the self-perception profile for children**. Denver: University of Denver; 1985.
- HERRERA, M.; VALENCIA, I.; GRANT, M.; METROKA, D.; CHIALASTRI, A.; KOTHARE, S.V. Bruxism in children: Effect on sleep architecture and daytime cognitive performance and behavior. **Sleep**, v. 29, p. 1143-47, 2006.
- JACQUEMIN, A.; BARBIERI, V. & OKINO, E. T. K. **O teste de apercepção temática – TAT**. (apostila). Centro de Pesquisa em Psicodiagnóstico da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2001. p. 46.
- JARDINI, R.S.R.; RUIZ, L.S.R.; MOYSÉS, M.A.A. Electromyographic analysis of the masseter and buccinator muscles with the pro-fono facial exercise use in bruxers. **The Journal of Craniomandibular Practice**, v. 24, p.29-37, 2006.



- KATO, T.; THIE, N.M; HUYNH, N.; MIYAWAKI, S.; LAVIGNE, G.J. Topical review: Sleep bruxism and the role of peripheral sensory influences. **Journal of Orofacial Pain**, v. 17, p. 191-213, 2003.
- LA TAILLE, Y. de; MAIORINO, C.; ROOS, L.; STORTO, D. A construção da fronteira da intimidade: a humilhação e a vergonha na educação moral. **Cadernos de Pesquisa**, v. 84, p. 43-55, 1992.
- LAVIGNE G.J.; HUYNH, N.; KATO, T.; OKURA, K.; ADACHI, K.; YAO, D.; SESSLE, B. Genesis of sleep bruxism: Motor and autonomic-cardiac interations. **Arquives of Oral Biology**, v. 52, p. 381-84, 2006.
- LAVIGNE, G. J.; ROMPRE, P. H.; MONTPLAISIR, J. Y. Sleep bruxism. Validity of clinical research diagnostic criteria incotrolled polysomnographic study. **J. Dent. Res.**, v. 75, p. 546-552, 1996.
- LIMA, L. F.; LANZA, C. R. M. Prevalência do Bruxismo excêntrico noturno e suas variáveis. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria Odontol. Bebê. Suplemento 1. Anais 18 Congresso Brasileiro de Odontopediatria**, v.5, n.26, p. 1-64, jul./ago. 2002.
- LINO, A. P. **Ortodontia preventiva básica**. São Paulo: Artes Médicas, 1990.
- LOBBEZZO, F.; NAEIJE, M. Bruxism is mainly regulated centrally, not peripherally. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 28, p. 1085-91, 2001.
- LOCKS, A. et al. Aspectos Psicológicos do hábito de sucção não-nutritiva. **Jornal Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial**, São Paulo v.6, n. 36, nov./dez. 2001.
- MANFREDINI, D.; LANDI, N., FANTONI, F.; SEGÙ, M. & BOSCO, M. Anxiety symptoms in clinically diagnosed bruxers. **Journal of Oral Rehabilitation**, vol. 32; p. 584 – 588. 2005.
- MARIE, M.; PIETKIEWIEZ, L. La bruxomanie. **Rev. Stomatol.**, v. 14, p.107. 1907.

- MELO, E. **Estudo da prevalência do bruxismo e suas variáveis em crianças de 2 a 12 anos atendidas na Clínica de Odontopediatria da FO – UNICEUMA.** São Luís – MA. Monografia de conclusão do curso de Odontologia, São Carlos – SP, 2003.
- MISHIMA, F.K.T. **Investigação das características psicodinâmicas de crianças obesas e de seus pais.** Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP – Dep. de Psicologia e Educação; 2007. 254p.
- MOLINA, O. Contribuição ao estudo do bruxismo em crianças de 6 a 9 anos de escolas particulares em Florianópolis. Florianópolis, 1983. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Apud Ver. Odontopediatr., v.3, n.2, p.91-98, abr./jun. 1994.
- MORRIS, R.J. & KRATOCHWILL, T.R. **Treating children's fears and phobias.** New York: Pergamon Press., 1983.
- NAVARRO, F. **Somatopsicopatologia.** São Paulo: Summus, 1996. p. 64.
- NILNER, M.; LASSING, S. Prevalence of functional disturbances and diseases of the stomatognathic system in 7-14 years olds. **Swed. Dent. J.**, Jönköping, v. 5, no. 5-6, p.173-87, 1981.
- NOR, J. E. Bruxismo em crianças. **Revista Fac. Odontol. Porto Alegre**, v. 32, n.1, p. 18-21, jul. 1991.
- OLIVEIRA, F. C. M. (2003). **Um Método para a Apreensão dos Conteúdos Emocionais da Criança em Odontopediatria.** Pulsional Revista de Psicanálise; ano XIV, n. 50; p. 32-35. Disponível em <http://www.odontologia.com.br>. Acesso em 24 abr. 2006.
- PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento humano.** 7<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 684.
- PAYKEL, E. S.; HOLLYMAN, J. A. Life events and depression: a psychiatry view. **Trends Neurosc.**;4:478-81; 1983.

- PEIXOTO, F. Qualidade das relações familiares, auto-estima, autoconceito e rendimento acadêmico. **Aná. Psicológica**. [online]. mar., vol.22, no.1 [citado 30 Dezembro 2007], p.235-244; 2004. Disponível em [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid). Acesso em 04 jan. 2008.
- PEREIRA, C. A.; BERLINCK, L. C. Pensamento winnicottiano acerca da esquizofrenia infantil. **Psicol. Am. Lat.** [online]. nov. 2006, no.8 [citado 29 Agosto 2008], p.0-0. Disponível na World Wide Web: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php>.
- PINTO, V. G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: **ABOPREV. Promoção de saúde bucal** ( L. Kriger, org.). São Paulo: Artes Médicas; p. 27-41. 1997.
- PORTO, F. R.; MACHADO, L.R.; LEITE, I.C.G. Variáveis associadas ao desenvolvimento do bruxismo em crianças de 4 a 12 anos. **Revista JBP – Jorn. Brás. De Odontop.**, v.2, n.10, p.447-453, 1999.
- PROTOPAPAS, A. & EIMAS, P. Perceptual differences in infant cries revealed by modifications of acoustic features. **J. Acoust. Soc. Am.**, v. 102, n. 6, december. 1997.
- RABINOVICH, E.P.; CARVALHO, A.M.A. Modo de morar e modo de cuidar: uma proposta de tipologia. **Psicologia: ciência e profissão**; Brasília; v. 21; n. 2; p. 74-85, junho. 2001.
- REIMÃO, R.; LEFÈVRE, A.B., DIAMENT, A.J. Prevalência de distúrbios do sono na infância. **Pediatria**. São Paulo, v. 5, p. 49 – 55. 1983.
- ROCHADEL, G.M.M. & SANTOS, M.B. A importância da amamentação e seus reflexos no mercado de trabalho. **Pesquisa realizada pelo PNDU** (Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas. Disponível em: [www.pnud.gov.br](http://www.pnud.gov.br). Acesso em 29 abr. 2006.
- ROY-BYRNE, P. P.; GERACI, M.; UHDE, T. W. Life events obtained via interview: the effect of time of recall on data obtained in controls and patients with panic disorder. **J Affect Disord**; 12:57-62; 1987.

- SAFRA, G. **Momentos mutativos em psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1995. 213p.
- SANTOS; A.S.C. Sobre o choro: análise de perspectivas teóricas. *Rev. Análise Psicológica*; 3 (XVIII); p. 325-334; 2000.
- SANTOS, M.A. A constituição do mundo psíquico na concepção winnicottiana: uma contribuição à clínica das psicoses. **Psicologia Reflexão e Crítica**; Porto Alegre: Brasil, v.12, n. 3. 1999.
- SEGER, L. **Psicologia e odontologia: uma abordagem integradora**. São Paulo: Santos, 2002. p. 448.
- SERRALTA, F. B.; FREITAS, P. R. R. Bruxismo e afetos negativos: um estudo sobre ansiedade, depressão e raiva em pacientes bruxômanos. **JBA – Jorn. Brás. Oclus., ATM e dor orofacial**, v.2, n.5, p.20-25, jan./mar. 2002.
- SILVA, R. C. A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública. In: CAMPOS, F. C. B. **Psicologia e Saúde: repensando práticas**. São Paulo: Hucitec, p. 25-40.1992.
- SILVA, S.R. Bruxismo. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**; vol. 57; n.6; p. 409-417; 2003.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DO SONO. I Consenso Brasileiro de Insônia. **Hypnos - Journal of Clinical and Experimental Sleep Research**, vol. 4, supl. 2, p. 9 – 18; 2003.
- SOIFER, R. **Psicodinamismos da família com crianças**. Petrópolis: Vozes, 1983. p. 272.
- \_\_\_\_\_. **Psiquiatria infantil operativa – psicologia evolutiva e psicopatologia**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 424.
- SPITZ, R.A. **O primeiro ano de vida** (5.<sup>a</sup> ed.).São Paulo: Ed. Martins Fontes; 1988.

- THORPY, M.J. **Diagnostic Classification Steering Committee. International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual**, Revised: Rochester, Minn: American Sleep Disorders Association, pg. 598-604; 1997.
- UETANABARA, R.; MAZETTO, M. O. Bruxismo: uma visão atual. **Revista Odontol. INICID**, v. 12, n.2, p. 163-169, jul./dez. 2000.
- URGÊNCIAS MÉDICO – ESCOLARES (URMES). **Relatórios de 2003**. Retirado de <http://www.urmes.com.br> , em setembro de 2007.
- VALLER, E.H.R. A teoria do desenvolvimento emocional de D.W.Winnicott. **Revista Brasileira de Psicanálise**. São Paulo:ABP, vol. XXIV, n.2, p. 155-170. 1990.
- VANDERAS, A. P. Synergistic effects of malocclusion on oral parafunction on craniomandibular dysfunction in children with unpleasant life events. **Jorn. Oral Rehabil**, v.23, n.1, p.61-65, jan. 1996.
- VERNY, T. **A vida secreta da criança antes de nascer**. São Paulo: C. J. Salmi, 1989. p. 214.
- VOLPI, J.H. O meio ambiente estressante comprometendo o desenvolvimento neuropsicofisiológico da criança. Curitiba: Centro Reichiano, 2004. Disponível em: [www.centroreichiano.com.br/artigos.htm](http://www.centroreichiano.com.br/artigos.htm) . Acesso em 25 mar. 2006.
- WHITING, J.W.M. Enviromental constraints on infant care practices. In: **Handbook of cross-cultural human development**. New York: Galrland; p. 155-180; 1981.
- WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. **Explorações psicanalíticas – D.W.Winnicott**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994. 462p.
- WINNICOTT, D.W. (1963). Fear of breakdown. In: **Psycho-Analytical Explorations**. London, Karnac Books, 1989.
- \_\_\_\_\_. (1970). Basics for self in body. In: **Psycho-Analytical Explorations**. London, Karnac Books, 1989.
- \_\_\_\_\_. (1971). **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. 203p.

- \_\_\_\_\_. **A criança e seu mundo.** Rio de Janeiro: Zahar, 1982. 270p.
- \_\_\_\_\_. **O ambiente e os processos de maturação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. 268p.
- \_\_\_\_\_. **Natureza humana.** Rio de Janeiro: Imago, 1990, 222p.
- \_\_\_\_\_. **Os bebês e suas mães.** São Paulo: Martins Fontes, 1994. 98p.
- \_\_\_\_\_. **Da pediatria à psicanálise.** Rio de Janeiro: Francisco Alves; 2000. p. 455.
- WOLF, S. **Psicologia no consultório odontológico.** – São Paulo: Arte e Ciência, 2002. 173p.
- ZIMERMAN, D.E. Resistências. In: **Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática.** Porto Alegre: Artmed; 1999. 478p.
- ZUANON, A. C. Bruxismo infantil. In: **Odontologia Clínica.** São Paulo, v.9, p. 41-44, jan./jul., 1999.



***A N E X O S***



**ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA****UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Avenida do Café, s/nº - Telefone: (016) 3602-3963  
14040-904 - Ribeirão Preto - SP - Brasil  
Fax: (016) 3633-0999

OF.CEP/423/FORP/29112006

Prezado(a) Professor(a),

**Ref.: Processo n. 2006.1.1071.58.8**  
**Caae n. 0051.0.138.000-06**

De ordem da Senhora Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa desta Faculdade, informamos que o referido Comitê, em sua 73ª Sessão realizada no dia 29 de novembro de 2006, deliberou **aprovar** o Projeto de Pesquisa envolvendo seres humanos intitulado: **"Aspectos psicológicos de crianças com bruxismo"**, a ser desenvolvido por Vossa Senhoria na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, devendo o atestado para publicação final ser expedido pelo Comitê de Ética em Pesquisa, após a entrega e aprovação do Relatório Final pelo referido Comitê.

Na oportunidade, lembramos da necessidade de entregar na Secretaria do Comitê, com o formulário preenchido pelo pesquisador responsável, o **Relatório Parcial** até o dia **30 de novembro de 2007** e o **Relatório Final** até o dia **30 de novembro de 2008**.

Atenciosamente,

**Glauce Della Rosa**  
Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa

Ilma. Sra.

**Profa. Dra. CARMEM LÚCIA CARDOSO**

Professora Doutora do Departamento de Psicologia e Educação - FFCLRP/USP

## ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui convidada(o) a participar da pesquisa “Aspectos Psicológicos de Crianças com Bruxismo”, conduzida pela professora Carmen Lúcia Cardoso e a mestrande Karina Rodrigues, da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, e pela professora Kranya Victoria Díaz Serrano da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

Assim, por este instrumento de autorização, na qualidade de \_\_\_\_\_, autorizo que o paciente \_\_\_\_\_ participe da pesquisa acima referida.

O propósito do estudo será :1) Conhecer aspectos emocionais de crianças com e sem bruxismo; 2) Entender melhor como essas crianças lidam com a realidade e se há diferenças entre esses dois grupos de crianças.

Estou ciente de que minha participação e de meu filho(a) é voluntária; e de que esta pesquisa é científica e poderá ser publicada em jornais, revistas e/ou congressos científicos no país e no exterior, mantendo-se o sigilo quanto à identidade e respeitando-se o código de Defesa do Menor e do Adolescente.

Declaro que fui devidamente esclarecido (de forma oral e por escrito) que:

- O material obtido será utilizado para uma pesquisa na área psicológica e odontológica;
- Este procedimento não irá causar nenhum prejuízo à integridade física, emocional ou moral da criança, e não causará risco;
- Tenho plena liberdade de recusar que o menor sob minha responsabilidade participe desta pesquisa, assim como tenho liberdade de retirá-lo da mesma a qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo;
- Será realizada comigo (responsável) uma entrevista, que será gravada em fita de áudio e posteriormente transcrita. Com o menor será realizada uma avaliação, onde serão desenvolvidas atividades de desenho e de contar histórias;
- Os pesquisadores se comprometem a prestar assistência, caso seja detectada alguma dificuldade emocional na criança e, se necessário, os mesmos encaminharão a criança para atendimento psicológico;
- Não é previsto o ressarcimento de despesas ou indenizações, já que as condutas da pesquisa não são agressivas à saúde física ou moral;
- Estou ciente de que esta pesquisa tem como responsável a mestrande Karina Rodrigues (R. Antônio Ache, 545, Apto. 12, Jd. Irajá, Ribeirão Preto. Fone: 16 – 3623. 8968).

Assino este documento de livre e espontânea vontade, estando ciente do seu conteúdo.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável

RG:

CPF:

\_\_\_\_\_  
Karina Rodrigues (CPF: 305.556.428-60)  
Aluna de Mestrado

\_\_\_\_\_  
Carmen Lúcia Cardoso (CPF: 122260538-40)  
Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
Kranya Victoria Díaz Serrano (CPF: 212.556.128-47)  
Pesquisadora participante

## ANEXO C - PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA

### AVALIAÇÃO CLÍNICA

DATA \_\_\_\_\_

FICHA Nº \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_

*\* Classificação*

**Respiração:**

Mista <sup>1</sup>	Bucal <sup>2</sup>
Período Diurno <sup>3</sup>	Período Noturno <sup>4</sup>

Você sente que não consegue respirar pelo nariz?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>
Isso acontece...	Sempre <sup>1</sup>	Às vezes <sup>2</sup>	Quase nunca <sup>3</sup>
Você respira de boca aberta?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>
Isso acontece...	Sempre <sup>1</sup>	Às vezes <sup>2</sup>	Quase nunca <sup>3</sup>
Você respira pela boca durante...	Dia <sup>1</sup>	Noite <sup>2</sup>	

Alterações: Palato profundo (   )      Presença de olheiras (   )  
 Atresia de zigomático (   )      Teste do espelho/fossas  

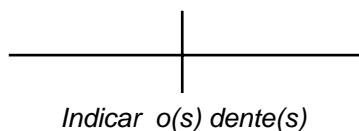
0 (   ) 1 (   ) 2 = (   ) 2 ≠ (   )

**Hábitos Parafuncionais:** têm algumas crianças com muitos costumes diferentes e nós gostaríamos de saber se você já fez ou faz alguma dessas coisas.

Dedo	Chupeta	Morder objetos	Interposição de língua e lábios
Chiclete	Roer unhas	Morder bochecha	Bruxismo

Você já chupou o dedo?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	Até quando? (    anos    meses)
Ainda chupa o dedo?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	
Você já chupou chupeta?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	Até quando? (    anos    meses)
Ainda chupa chupeta?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	
Você tem o costume de morder objetos? Ex: caneta, brinquedos, etc.	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	Até quando? (    anos    meses)
Você masca chiclete?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	Com que frequência?
				Diariamente <sup>1</sup>
				3x semana <sup>2</sup>
				1x semana <sup>3</sup>
Você já roeu as unhas?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	Até quando? (    anos    meses)
Ainda roe as unhas?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	

Você morde a bochecha?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	
Você tem o costume de por a língua e/ou lábios entre os dentes?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	
Você já notou se range os dentes?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	Até quando? (    anos    meses)
Ainda range os dentes?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	
Você range os dentes durante...				Dia <sup>1</sup> Noite <sup>2</sup>
E apertar os dentes, você já fez isso?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	Até quando? (    anos    meses)
Ainda aperta os dentes?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	
Você aperta os dentes durante...				Dia <sup>1</sup> Noite <sup>2</sup>

**Facetas de desgaste dentário:**\* *Classificação*

	Grau 1 (Não apresenta ou só no esmalte) <sup>1</sup>
	Grau 2 (Dentina exposta) <sup>2</sup>
	Grau 3 (Desgaste severo/exposição pulpar) <sup>3</sup>

**Avaliação da Oclusão:**

Você sente dor na hora de abrir e fechar a boca?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>
	Sempre <sup>1</sup>	Às vezes <sup>2</sup>	Quase nunca <sup>3</sup>
Você sente dificuldade em abrir e fechar a boca?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>
	Sempre <sup>1</sup>	Às vezes <sup>2</sup>	Quase nunca <sup>3</sup>
Sua boca já ficou travada?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>
	Sempre <sup>1</sup>	Às vezes <sup>2</sup>	Quase nunca <sup>3</sup>
Na hora de mexer a boca de lado a lado, você sente que ela se desencaixa?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>
	Sempre <sup>1</sup>	Às vezes <sup>2</sup>	Quase nunca <sup>3</sup>
De que lado a boca se desencaixa?	Direito <sup>1</sup>	Esquerdo <sup>2</sup>	

Obs: \_\_\_\_\_

*Em caso de dor, determinar a área (associar com os músculos pterigóideo media e lateral).*

**\* Limite da Abertura bucal: medir o valor dos dedos juntos**

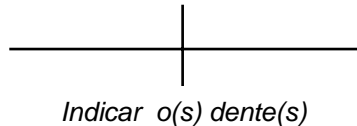
Agora você vai juntar estes 3 dedos e nesta posição vai levá-los na sua boca.

	1 a 2 dedos (limitação severa)
	3 dedos (limitação moderada)
	+ que 3 dedos (sem limitação)

Valor em mm: \_\_\_\_\_

**\* Trajetória de abertura/fechamento:**

( ) simétrica ( ) desviada \_\_\_\_ D \_\_\_\_ E

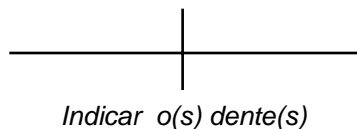
**\* Lateralidade:**

Obs: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Interferências NÃO ( ) SIM ( )

\_\_\_\_ Trabalho

\_\_\_\_ Balanceio

**\* Protrusão:**

Obs: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Interferência Posterior NÃO ( ) SIM ( )

\_\_\_\_ D

\_\_\_\_ E

**\* RELAÇÃO INTERMAXILAR:**

	Normo-oclusão
	Maloclusão

*Região anterior*

Desvio da linha média ( ) NÃO ( ) SIM \_\_\_\_ D  
 \_\_\_\_ E

**Overjet** ( ) 0= m. cruzada ant.  
 1= topo a topo  
 2= normal  
 3= moderado  
 4= acentuado  
 5= em erupção

**Overbite** ( ) 0= m. aberta ant.  
 1= topo a topo  
 2= normal  
 3= moderado  
 4= acentuado  
 5= em erupção

*Canino primário e/ou permanente:*

( ) ( ) Normo-oclusão ( ) ( ) Disto-oclusão ( ) ( ) Mésio-oclusão

## Região posterior

*Molar primário:*

(   ) (   ) Reto      (   ) (   ) Degrau mesial      (   ) (   ) Degrau distal

*Molar permanente:*

(   ) (   )      Normo-oclusão

(   ) (   )      Disto-oclusão

(   ) (   )      Mésio-oclusão

*Mordida cruzada posterior:* (   ) NÃO (   ) SIM \_\_\_\_ unilateral

\_\_\_\_ bilateral

**Palpação muscular:***\* Manifestação de Dor:*

Porção anterior do Temporal      (   Grau) D      (   Grau) E

Porção média do Temporal (   Grau) D      (   Grau) E

Porção posterior do Temporal      (   Grau) D      (   Grau) E

Masseter superficial      (   Grau) D      (   Grau) E

Masseter profundo      (   Grau) D      (   Grau) E

Músculos cervicais      (   Grau) D      (   Grau) E

Esternocleidomastóideo      (   Grau) D      (   Grau) E

Trapézio      (   Grau) D      (   Grau) E

**Assimetria facial:**

(   ) NÃO      (   ) SIM      Descrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Avaliação comportamental dos pais/responsável pelo profissional:**

Autoritário (a)	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>
Superprotetor (a)	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>
Ausente	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>
Presente	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>

**Avaliação comportamental da criança pelo profissional:**

Tímido <sup>1</sup>	Agitado <sup>4</sup>	Introvertido <sup>7</sup>
Calmo <sup>2</sup>	Nervoso <sup>5</sup>	Extrovertido <sup>8</sup>
Medroso <sup>3</sup>	Ansioso <sup>6</sup>	Comunicativo <sup>9</sup>



## ANEXO C.1 - PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA

## QUESTIONÁRIO/ENTREVISTA COM O RESPONSÁVEL

Data: \_\_\_\_\_

FICHA Nº \_\_\_\_\_

## DADOS PESSOAIS

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Antecedentes pré-natais:

1. O parto foi	natural <sup>1</sup>	cesárea <sup>2</sup>	Fórceps <sup>3</sup>	2. Teve alguma complicação?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>
				3. Qual?			

## Antecedentes neo-natais:

4. A criança mamou no peito?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	5. Por quanto tempo?	( ) meses	( ) anos
6. A criança mamou na mamadeira?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	7. Por quanto tempo?	( ) meses	( ) anos
8. Que idade a criança tinha quando foi introduzida a mamadeira?	( ) meses				
	( ) anos				

**Sono:** a seguir serão realizadas algumas perguntas em relação ao como tem sido, o sono e jeito de dormir da criança.

9. No último ano a criança tem tido o costume de dormir depois do almoço?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	10. Quantas horas?
11. Em geral, quantas horas dorme por dia?				Nº Horas
12. No último ano tem tido o costume de travesseiro para dormir?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	13. Alto <sup>3</sup> ou Baixo <sup>4</sup>

14. Qual é a posição em que a criança costuma dormir?				Não sei <sup>8</sup>	Lado E <sup>1</sup>	Lado D <sup>2</sup>
					Barriga para cima <sup>3</sup>	
					De bruços <sup>4</sup>	
					Interpondo as mãos <sup>5</sup>	
15. No último ano a criança teve pesadelos?		Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	16. Com que frequência?	
					1x semana <sup>1</sup>	
					Mais de 1x semana <sup>2</sup>	
					1x mês <sup>3</sup>	
					Mais de 1x mês <sup>4</sup>	
17. No último ano você alguma vez notou que a criança tem parado de respirar enquanto dorme?		Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	18. Com que frequência?	
					1x semana <sup>1</sup>	
					Mais de 1x semana <sup>2</sup>	
					1x mês <sup>3</sup>	
					Mais de 1x mês <sup>4</sup>	
19. No último ano a criança tem roncado à noite?		Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>		
20. A criança baba enquanto dorme?		Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>		
21. No último ano você alguma vez notou que a criança tem falado enquanto dorme?		Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>		
22. A criança acorda durante a noite?		Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	23. Com que frequência?	
					1x noite <sup>1</sup>	
					Mais de 1x noite <sup>2</sup>	

**Hábitos Parafuncionais:** têm crianças com alguns hábitos. A seguir, farei algumas perguntas a esse respeito.

#### A criança...

24. Em algum momento, mesmo por pouco tempo, chupou o dedo?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	25. Até quando? (    anos    meses)
26. Ainda chupa o dedo?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	
27. Em algum momento, mesmo por pouco tempo, chupou chupeta?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	28. Até quando? (    anos    meses)
29. Ainda chupa chupeta?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	
30. Em algum momento, mesmo por pouco tempo, teve o hábito de morder objetos? Ex: caneta, brinquedos, blusa, etc.	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	31. Até quando? (    anos    meses)
32. Nos últimos 3 meses tem-se repetido o hábito?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	

33. Nos últimos 3 meses tem mascado chicle?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	34. Com que frequência?	
				Diariamente <sup>1</sup>	
				3x semana <sup>2</sup>	
				1x semana <sup>3</sup>	
35. Teve o hábito de roer as unhas?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	36. Até quando? (    anos    meses)	
37. Ainda roe as unhas?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>		
38. A criança morde a bochecha?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>		
39. A criança coloca a língua e/ou lábios entre os dentes?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>		
40. Teve o hábito de ranger os dentes?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	41. Até quando? (    anos    meses)	
42. Nos últimos 3 meses a criança tem rangido os dentes?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>		
43. Em que período do dia range os dentes?				Dia <sup>1</sup>	Noite <sup>2</sup>
44. Teve o hábito de apertar os dentes?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	45. Até quando? (    anos    meses)	
46. Nos últimos 3 meses a criança tem apertado os dentes?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>		
47. Em que período do dia aperta os dentes?				Dia <sup>1</sup>	Noite <sup>2</sup>

**Alterações auditivas:** muitas crianças sofrem de problemas de ouvido. Será que citar nome já se queixou de...

48. Ter sensação de ouvido tampado?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>
49. Com que frequência?	Sempre <sup>1</sup>	Às vezes <sup>2</sup>	Raramente <sup>3</sup>
50. Escutar apitos no ouvido?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>
51. Com que frequência?	Sempre <sup>1</sup>	Às vezes <sup>2</sup>	Raramente <sup>3</sup>
52. Escutar zumbidos no ouvido?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>
53. Com que frequência?	Sempre <sup>1</sup>	Às vezes <sup>2</sup>	Raramente <sup>3</sup>
54. A criança já se queixou de dor de ouvido?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>
55. Com que frequência?	Sempre <sup>1</sup>	Às vezes <sup>2</sup>	Raramente <sup>3</sup>
56. A criança já teve infecção de ouvido?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>
57. Com que frequência?	Sempre <sup>1</sup>	Às vezes <sup>2</sup>	Raramente <sup>3</sup>

**Caracterização do quadro de dor:** gostaria saber se a criança apresentou dor de cabeça e/ou pescoço.

58. Nos últimos três meses a criança tem se queixado de dores de cabeça?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>
59. Com que frequência?	Sempre <sup>1</sup>	Às vezes <sup>2</sup>	Raramente <sup>3</sup>
60. Em que área?	Não sei <sup>8</sup>	(    ) na face (frente-frontal) <sup>1</sup> (    ) na frente das orelhas (ATM) <sup>2</sup> (    ) do lado da cabeça (Temporal) <sup>3</sup>	
61. Nos últimos três meses a criança tem se queixado de dores no pescoço e nos ombros?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>
62. Com que frequência?	Sempre <sup>1</sup>	Às vezes <sup>2</sup>	Raramente <sup>3</sup>
63. Nos últimos três meses a criança tem se queixado de dor de dente?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>
64. Com que frequência?	Sempre <sup>1</sup>	Às vezes <sup>2</sup>	Raramente <sup>3</sup>

**Avaliação da Oclusão:** na hora de mastigar, falar ou mesmo sem fazer nada...

65. A criança nos últimos três meses tem tido dificuldade em abrir e fechar a boca?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>
66. Com que frequência?	Constantemente <sup>1</sup> ou		Esporadicamente <sup>2</sup>
67. A criança nos últimos três meses já ficou com a mandíbula travada ?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>
68. Com que frequência?	Constantemente <sup>1</sup> ou		Esporadicamente <sup>2</sup>

- Constantemente = 1 a 3x semana
- Esporadicamente = períodos de tensão: provas, competição esportiva, aniversário.

**Antecedentes de ordem médica:** a seguir as últimas perguntas serão sobre a saúde geral da criança.

***A criança...***

69. Está sob tratamento médico?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	70. Qual?	
71. Está tomando algum medicamento?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	72. Qual?	
73. A criança já tomou remédio para vermes?		Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	74. Quando?
75. Já esteve hospitalizada?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	76. Quando?	77. Por quê?
78. Já tomou anestesia geral?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	79. Quando?	80. Por quê?

***Alérgicos:*** a senhora percebeu ou o médico já falou que a criança...

81. Respira mais pela boca que pelo nariz?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>
82. Tem o teve rinite alérgica?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>
83. Tem o teve asma?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>
84. Tem o teve bronquite?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>
85. Tem ou teve adenóide?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>
86. Já operou das amígdalas?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>

***Psicológicos:*** para fechar, farei algumas perguntas sobre o jeito de ser da criança.

87. A senhora acha que seu filho é:	Tímido <sup>1</sup>	Agitado <sup>4</sup>	Introvertido <sup>7</sup>	
	Calmo <sup>2</sup>	Nervoso <sup>5</sup>	Extrovertido <sup>8</sup>	
	Medroso <sup>3</sup>	Ansioso <sup>6</sup>	Comunicativo <sup>9</sup>	
88. A criança já foi ou vai ao psicólogo?	Sim <sup>1</sup>	Não <sup>2</sup>	Não sei <sup>8</sup>	89. Quando?

DIAGNÓSTICO DE BRUXISMO

---



---



---

**POSSÍVEIS FATORES ETIOLÓGICOS**

---

---

---

---

***PROGNÓSTICO E CONDUTAS TERAPÊUTICAS***

---

---

---

---

---

Nome e Assinatura do Profissional Responsável

## ANEXO D

### ENTREVISTA SEMI - ESTRUTURADA

#### IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

01. Nome da criança: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ anos Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Escola que estuda: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

02. Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Idade da mãe: \_\_\_\_ anos Estado civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade da mãe (anos): \_\_\_\_\_

Profissão da mãe: \_\_\_\_\_ Exercício: ( ) Sim ( ) Não

Outras atividades: \_\_\_\_\_

03. Nome do pai: \_\_\_\_\_

Idade do pai: \_\_\_\_ anos Estado civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade do pai (anos): \_\_\_\_\_

Profissão do pai: \_\_\_\_\_ Exercício: ( ) Sim ( ) Não

Outras atividades: \_\_\_\_\_

04. Pessoas com quem reside:

Nome	Idade	Escolaridade	Parentesco

05. Renda familiar (mais ou menos em reais): \_\_\_\_\_

Quem contribui: \_\_\_\_\_

06. Moradia: ( ) própria ( ) alugada ( ) cedida

07. Posição na ordem de gestação (primogênito, segundo, terceiro, etc)?

08. Foi uma gravidez planejada?

09. Alguma intercorrência durante a gravidez (enfermidade, uso de medicação, luto)?

10. Qual foi o tipo de parto (natural, cesárea, fórceps)? Teve alguma complicação?

11. Como o(a) Sr(a) o descreveria quando bebê (tranquilo, agitado, quieto, etc)?

12) Ela(e) foi amamentado no peito? Por quanto tempo?

13) Ela(e) apresenta hábitos de:

13 A) Chupar dedo?

13 B) Chupar chupeta?

13 C) Morder objetos?

13 D) Roer unhas?

Por quanto tempo???

14. Como é sono dela(e) atualmente?

15. O Sr(a) observa algum desses comportamentos enquanto ela(e) dorme:

15A) Enurese noturna?

15B) Fala dormindo?

15C) Tem pesadelos?

Percebe aumento ou diminuição de acordo desse(s) hábito(s) com quais circunstâncias???

16. Ela(e) dorme sozinho, com irmãos ou no quarto dos pais?

17. Ela(e) tem medo de algo específico?

18. Quando começou a falar? Apresentou alguma dificuldade?

19. Quanto à escola:

19A) Apresenta bom rendimento?

19B) Gosta de estudar?

19C) Pais estudam com ela(e)?

19D) Como é a interação com colegas da mesma idade?

20. Além do tratamento dentário ela(e) fez ou faz algum outro tipo de acompanhamento (fisioterapia, fonoaudiologia, psicoterapia etc)?

21. Atualmente está sob tratamento médico? Tomando alguma medicação?

22. Já esteve hospitalizada(o)? Por qual motivo?

23. Conte-me como o(a) Sr(a) a(o) descreveria hoje?

24. É o senhor(a) que vai trazer sempre a criança para o tratamento dentário? Por que?

26. Quais as brincadeiras favoritas?

27. Descreva um dia típico da criança

Respondente: \_\_\_\_\_

Vínculo com a criança: \_\_\_\_\_



# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)