BULLYING E A ATUAÇÃO DA ODONTOLOGIA

BULLYING AND PRACTICE OF DENTISTRY

JENEFER CARINA **BOFFI**[1*], LUCIMARA CHELES DA SILVA **FRANZIN**[2]

1. Acadêmica do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Ingá - UNINGÁ; **2**. Doutora em Saúde Coletiva pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Mestre em Odontopediatria - Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo (FOB/USP), Professora Adjunta do Centro Universitário Ingá - UNINGÁ.

* Rua Quintiliano Diniz de Souza, 484, Jardim Paris III, Maringá, Paraná, Brasil, CEP: 87083-460. jeneferboffi@gmail.com

Recebido em 15/09/2016. **Aceito** para publicação em 25/01/2017

RESUMO

O bullying é uma transgressão com proporções significativas na atualidade, principalmente em ambientes escolares, onde crianças e adolescentes são vítimas, afetando seu bem-estar e o funcionamento social. Dentro deste contexto tem-se o bullying odontológico, relacionado a crianças e adolescentes que apresentam alterações buco-dentais e faciais, chamando a atenção de seus pares por diversos motivos. A hipoplasia do esmalte caracteriza-se por uma deficiência na formação do esmalte, e pode trazer transtornos 'a estética do indivíduo. Clinicamente, apresentam-se como manchas de cores diversas, rugosas, sulcos ou ranhuras, bem como, outras alterações na estrutura do esmalte, comprometendo a estética do sorriso, levando crianças que apresentam esta alteração a estarem sofrendo o bullying. Assim o objetivo deste trabalho foi apresentar um caso clínico, de paciente apresentando hipoplasia de esmalte nos incisivos inferiores. Embora apresentasse outros dentes com cáries dentárias, estes incisivos eram o motivo de bullying no ambiente escolar. A criança estava com 7 anos de idade, autoestima baixa, se recusando a frequentar a escola. Após a anamnese, exame clínico e radiográfico, o planejamento proposto pelo cirurgião-dentista foi o tratamento restaurador para as hipoplasias, e demais cáries dentárias diagnosticadas em outros dentes, acompanhado de educação e prevenção.

PALAVRAS-CHAVE: Bullying, hipoplasia, criança.

ABSTRACT

Bullying is a violation with significant proportions today, especially in school environments where children and adolescents are victims, affecting their well-being and social functioning. Within this context we have dental bullying related to children and adolescents who present oral and dental and facial changes, attracting the attention of their peers for several reasons. The enamel hypoplasia characterized by a deficiency in enamel formation, and can bring the aesthetic disorders of the individual. Clinically, it presents as different color spots, rough, grooves or slots, as well as other changes in enamel structure, compromising the aesthetics of the smile, making children with this change to be suffering from bullying. So the aim of this study was to present a case of a patient with enamel hypoplasia of the lower incisors. Though the patient had other teeth with tooth decay, these incisors were bullying cause for the school environment. The child was 7 years old, low self-esteem, refusing to attend school. After the anamnesis, clinical and radiographic examination, the plan proposed by the dentist was the restorative treatment for hypoplasia, and other dental caries diagnosed in other teeth, accompanied by education and prevention.

KEYWORDS: Bullying, hypoplasia, child.

1. INTRODUÇÃO

O termo *bullying* de acordo com Olweus (2013)[1] faz referência a uma forma de comportamento agressiva e violenta, que pode abranger a intencionalidade, repetitividade e desequilíbrio de poder. Para Camargo (2016)[2] a palavra *bullying* tem origem da palavra inglesa *bully*, com significado de valentão, brigão. Na esfera escolar, onde é mais frequente, este comportamento se caracteriza pelo desejo de agredir os colegas ou expô-los a situações desconfortáveis, gerando dificuldade de defesa do indivíduo exposto. Estes atos podem se tornar repetitivos ao longo do tempo[1,3], podendo manifestar-se nas formas: física - ato de bater, cuspir, verbal – por meio de apelidos pejorativos, ameaças, insultos, fofocas e o *cyberbullying* quando se utiliza as mídias sociais eletrônicas ou de comunicação (internet e telefone), ainda de forma indireta entre as partes envolvidas, ao se promover a exclusão social dos pares, fofocas[4,5].

Crianças ou adolescentes vítimas de *bullying* podem se tornar adultos com baixa autoestima, ocasionando problemas de relacionamento preocupantes, com altas chances de possuir um comportamento agressivo, onde, em casos mais extremos, pode vir a tentar ou cometer suicídio[2].

Em um estudo realizado por Al-bitar *et al,* em 2013[6], com uma amostra de 920 crianças da sexta-série, de colégios da cidade de Amã – Jordânia, constatou uma prevalência maior em meninos do que em meninas, e concluíram que um dos principais motivos que levam ao

bullying diz respeito a aparência dos dentes (47%), gerando os insultos mais dolorosos, à frente de características como peso e altura. Também Costa (2015)[7] relatou ser as situações mais graves de bullying as de insultos e xingamentos. As vezes estas agressões aparentemente inocentes, rotineiras, são gratuitas e os alunos não as consideram como promotoras de violência e danosas aos relacionamentos.

A hipoplasia de esmalte por ser um fator negativo para a estética dentária contribui para a ocorrência do bullying se caracteriza como um distúrbio quantitativo de mineralização dos tecidos, ocorrendo uma insuficiência no depósito de matriz orgânica na síntese da amelogênese, durante o processo de formação do esmalte dentário[8,9]. Este defeito pode proporcionar um aspecto amarelado aos dentes[10], estando relacionado diretamente à deficiência de cálcio e fosfato, em crianças nascidas prematuramente abaixo do peso normal (2500 gramas)[11,12]. Ainda fatores sistêmicos como distúrbios neonatais, parto demorado, sífilis congênita e estresse, estão relacionados a este tipo de defeito[13]. A hipoplasia do esmalte pode se apresentar como manchas esbranquiçadas, rugosas, sulcos ou ranhuras na estrutura do esmalte, comprometendo o sorriso. É tida como comum na clínica odontológica infanto-juvenil, apresentando alterações que comprometem principalmente a estética, podendo estar acompanhada de sensibilidade, tornando os dentes mais fragilizados 'a ocorrência da doença cárie'[14,15].

Para o tratamento, têm-se as opções do uso de restaurações com resinas compostas, considerado um procedimento menos invasivo, conservador, proporcionando um menor desgaste da estrutura dentária, com longevidade dos resultados[9]. De acordo com Suman e Araujo (2010)[16] dentre as opções de tratamento para a hipoplasia dentária tem-se ainda o clareamento, a microabrasão, as coroas em porcelana[17].

Neste caso optou-se pelo uso da restauração de resina composta direta. Assim, o objetivo deste trabalho foi apresentar um caso clínico de paciente com hipoplasia de esmalte nos incisivos centrais inferiores, motivo de bullying no ambiente escolar.

2. RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, 7 anos de idade, leucoderma, procurou atendimento no Centro Universitário UNINGÁ, na Clínica Integrada de Odontopediatria e Ortodontia. Inicialmente foi realizado uma anamnese e o exame clínico (Figura 1 e 2), verificando-se a presença de lesões não cariosas na face vestibular dos elementos 31 e 41, diagnosticadas como hipoplasia de esmalte, promovendo perda de estrutura, e tártaro na face lingual dos referidos dentes. Ainda se observou a presença de cárie dentária nos dentes 51 e 61. Foi realizado o exame radiográfico periapical desta região (Figura 3), a fim de verificar se havia algum comprometimento do periápice. O resultado radiográfico se mostrou dentro dos padrões de normalidade.

Figura 1. Exame clínico – Hipoplasia de esmalte nos dentes 31 e 41 (Face vestibular)

Figura 2. Exame clínico - face lingual dos dentes 31 e 41 sem Hipolasia de esmalte, com tártaro dentário

Durante a anamnese a queixa principal era o comprometimento estético que ocasionava uma situação de bullying na escola. O responsável informou que a criança não tinha mais desejo de frequentar as aulas devido às outras crianças o apelidarem de "dente de canjica" decorrente da cor acastanhada nas faces vestibulares dos dentes 31 e 41. O responsável informou que as manchas acastanhadas estavam presentes desde a erupção dos incisivos permanentes, e que não havia histórico de trauma durante a dentição decídua, cujos dentes apresentavam cor nos padrões de normalidade.

Figura 3. Radiografia periapical da região dos dentes 31 e 41

O planejamento deste caso constou de educação/prevenção ao paciente, instrução de higiene oral, raspagem periodontal, e tratamento restaurador nos dentes 31, 41, e 51 e 61. Para os dentes 31 e 41, realizou-se uma profilaxia profissional com escova de Robson e pedra polmes, após fez-se o isolamento absoluto nestes elementos. Fez-se um preparo cavitário com desgaste ultraconservador nos pontos de maior pigmentação com broca diamantada esférica tamanho 1/2, para então realizar o ataque com ácido fosfórico a 37,5% durante 30 segundos, lavagem e secagem, aplicação de adesivo, inserção de resina 3M – ESPE Z 100 cor A2, fotopolimerização do material restaurador por 20 segundos, e teste de oclusão com carbono. Na sessão seguinte se procedeu ao acabamento e polimento (Figura 4). A criança e a família se mostraram satisfeitos com o resultado estético final do tratamento.

Figura 4. Restauração concluída dos dentes 31 e 41

3. DISCUSSÃO

De acordo com Costa (2015)[7] o bullying é uma palavra de origem inglesa "Bull", com significado de "Valentão, tirano". O bullying pode ser classificado em três formas: "diretos e físicos", "diretos e verbais" e "indiretos". Neste artigo foi citado no relato de caso uma forma de bullying "diretos e verbais" que para Costa (2015)[7] pode ser considerado a ação de insultar, apelidar, "tirar sarro", fazer comentários racistas, ou homofóbicos ou relacionados à diferença no outro.

No relato de caso foi mencionado o bullying sofrido por uma criança do gênero masculino de 7 anos, que por ter uma hipoplasia do esmalte sofria com esta diferença estética e por consequência gerava-lhe uma baixa autoestima. O paciente não queria mais frequentar a escola. Gatto (2015)[18] contempla que a baixa autoestima pode estar ligada à transtornos comportamentais e emocionais, assim como a comportamentos antissociais.

Como mencionado acima é de extrema importância identificar o motivo pelo qual a criança não quis comparecer mais a escola, e se procurar resolve-lo com o tratamento adequado para que o mesmo não sofra por esta patologia. Gatto (2015)[18] cita que uma aparência dental desagradável pode estigmatizar uma pessoa e prejudicar a autoestima.

De acordo com Sydow *et al*. (2015)[19] a hipoplasia de esmalte é um distúrbio de desenvolvimento, resultante de uma injúria das células especializadas na secreção do esmalte, os ameloblastos.

Para Nascimento, Gasparelli e Takahashi (2014)[20] a causa da hipoplasia de esmalte pode ter causas sistêmica, genética, ou ambiental interferindo na formação da matriz do esmalte e na sua posterior calcificação e maturação. Dentre os fatores etiológicos tem-se: prematuridade, baixo peso ao nascimento, deficiências nutricionais (vitamínicas A, C,D, cálcio, fósforo e fosfato), lesões cerebrais e defeitos neurológicos, síndrome nefrótica, alergias, problemas respiratórios, trauma durante o nascimento, febres exantematosas, rubéola, envenenamento pediátrico crônico por chumbo, fenda labial e palatina, sífilis congênita, radiação excessiva, fluorose, infecções, ou traumatismos locais, doenças da infância e antibióticos.

No caso clínico apresentado acima, o paciente de 7 anos de idade, buscou atendimento na clínica odontológica da UNINGÁ, por apresentar hipoplasia de esmalte nos dentes 31 e 41, citando apresentar baixa autoestima corroborando com a literatura citada anteriormente.

Segundo Suman e Araujo (2010)[16] existem vários tipos de tratamento para a hipoplasia de esmalte que devem ser solucionados de acordo com a severidade da doença, as manchas leves pode-se realizar o clareamento dental, antecedido ou não pela microabrasão do esmalte. Para manchas hipoplásicas moderadas e severas, com envolvimento de dentina, indica-se procedimentos restauradores, diretos ou indiretos. Neste caso clinico optou-se pelo tratamento restaurador nos dentes 31 e 41.

Suman e Araujo (2010)[16] citam que atualmente a odontologia busca ser o menos invasiva possível visando preservar o tecido dentário sadio e assim, técnicas de preparo cavitário minimamente invasiva à estrutura dentária vem sendo desenvolvidas.

A estética dental proporciona um melhor convívio social, uma autoconfiança para o indivíduo, conforme o caso apresentado quando comprometida resulta em desajustes que irão influenciar todos os setores da vida do indivíduo inclusive estimular o bullying.

5. CONCLUSÃO

Na atualidade se faz necessária a atuação do cirurgião-dentista, para um bom diagnóstico e tratamentos adequados, a fim de solucionar alterações dentárias que comprometem a estética do paciente, evitando-se apelidos pejorativos e o bullying principalmente em escolares, crianças e adolescentes. Uma boa saúde bucal proporcionará um melhor convívio social e autoconfiança para o indivíduo, evitando-se baixa autoestima e proporcionado bem-estar e qualidade de vida, semelhante ao resultado final do caso reportado.

REFERÊNCIAS

[01] Olweus D. School bullying: development and some important challenges. Ann Rev Clin Psychol 2013; 9(1):751-80.

[02] Camargo O. Bullying. Brasil Escola. [Acesso 18 ago 2016]. Disponível em: http://www.brasil escola.com/sociologia/bullying.htm.

[03] Kouwenberg M, Rieffe C, Theunissen SCPM, Rooij M. Peer victimization experienced by children and adolescents who are death or hard of hearing, 2012; 7(12):521-74.

[04] Sawyer JL, Mishna F, Pepler D, Wiener J. The missing voice: parents' perspectives of bullying. Child Youth Serv Rev. 2011; 33(10):1795-803.

[05] Moura DR, Cruz ACN, Quevedo LÁ. Prevalência e características de escolares vítimas de bullying. J Pediatria. 2011; 87:19-23.

[06] Al-Bitar ZB *et al*. Bullying among Jordanian schoolchildren, its effects on school performance, and the contribution of general physical and dentofacial features. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2013 dez 144(6):872-8.

[07] Costa AA. Implicações do bullying no contexto escolar – percepção dos professores e a qualidade de vida dos adolescentes. 2015. 57fls. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Estadual Paulista UNESP. Araçatuba –São Paulo.

[08] Shaw WC, Meek SC, Jones DS. Nicknames, teasing, harassment and the salience of dental features among school children. Br J Orthod, 1980; 7(2):75-80.

[09] Neville BW, Damm DD, Allen JE, Bouquot JE. Anomalias dos dentes. In: Neville BW, Damm DD, Allen JE, Bouquot J, editor. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. 43-92.

[10] Almeida MF. Nutrição e cuidados com o recém-nascido. Pediatr Mod. 1992; 28(1):5-7.

[11] Consolaro A, Francischone L, Consolaro R. Hipoplasia do esmalte: fundamentos para nomenclatura e identifica- ção o dos tipos e causa. Revista Dental Press de Estética, 2011; 8(3):126-134.

[12] Seow WK, Perham S. Enamel hypoplasia in prematurely-born children: a scanning electron microscopic study. J Pedod. 1990; 14(4):235-9.

[13] Oliveira FV, Silva MFA. Nogueira RD, Martins VRG. Hipoplasia de esmalte em paciente hebiatrico: Relato de caso clinico. Rev. Odontol Bras. Central 2015; 24(68).

[14] Lima MGGC. Prevalência dos defeitos de esmalte em crianças com baixo peso ao nascer na faixa etária de 6 a 72 meses na grande João Pessoa. [Dissertação de mestrado]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 1999.

[15] Ribas AO, Czlusniak GD. Anomalias do esmalte dental: etiologia, diagnóstico e tratamento. Publ UEPG Ci Biol Saúde 2004; 10(1):23-35.

[16] SUMAN CM, ARAUJO, FB. Hipoplasia em dentes permanentes jovens: uma abordagem estética conservadora. 2010. 27fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Faculdade de Odontologia). Porto Alegre, Dezembro.

[17] Souza JB, Rodrigues PCF, Lopes LG, Guilherme AS, Freitas GC, Moreira FCL. Hipoplasia do esmalte: tratamento restaurador estético. Robrac. 2009; 18(47).

[18] Gatto RCJ. Bullying e má oclusão relacionados a autoestima e qualidade de vida em adolescentes. 2015. 80f. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva) – Universidade Estadual Paulista, UNESP – Araçatuba - São Paulo.

[19] Sydow DBH *et al.* Manejo da hipoplasia em incisivos e caninos permanentes. Clipe Odonto - UNITAU. 2015; 7(1): 32-6.

[20] Nascimento PM, Gasparelli MA, Takahashi K. Alterações do esmalte dentário em crianças na primeira infância. Colloq Vitae. 2014; 6(3):01-10.