

O *bullying* na esfera de atuação do ortodontista

Flavia Artese¹

Apesar da Ortodontia contemporânea ter ampliado as indicações para o tratamento ortodôntico em adultos, os adolescentes irão sempre constituir a maior parte de nossos pacientes. Afinal, sabe-se que o tratamento ortodôntico, por si só, apenas provê mudanças dentofaciais significativas durante o surto de crescimento puberal, as quais podem beneficiar nossos pacientes tanto em termos de função quanto de estética, além do aspecto psicossocial.

E foi exatamente a associação entre a necessidade de tratamento ortodôntico, a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) e o *bullying* que o artigo original de Gatto *et al.*, publicado nessa edição da DPJO, avaliou em uma amostra de 815 adolescentes brasileiros. Os autores observaram que existe uma associação entre a QVRSB e o *bullying*. Por exemplo, adolescentes sofrendo as consequências negativas oriundas de *bullying* foram três vezes mais propensos a ter QVRSB ruim. Uma correlação similar foi encontrada em crianças da Jordânia, em um estudo feito por Al-Omari *et al.*¹, em 2014. Eles concluíram que uma relação significativa foi encontrada entre o *bullying* motivado por características dentofaciais e os efeitos negativos na QVRSB. Na verdade, os dentes têm sido descritos como sendo o alvo mais frequente para o *bullying*, seguido de força física e peso corporal. Os alvos mais comuns dos agressores foram espaços entre os dentes, dentes ausentes, forma e coloração dos dentes, e incisivos superiores proeminentes².

Entretanto, olhando de perto para essas informações, me questiono o quanto, como profissional da saúde, eu sei sobre *bullying*. Como ortodontista, compreendo o padrão de atendimento para o tratamento das más oclusões; mas, já que lido com tantos adolescentes, será que realmente conheço as consequências do *bullying*? Posso perceber quando meu paciente é vítima de *bullying* por causa de sua má oclusão? E, caso não perceba e aguarde para tratá-lo, quais as possíveis consequências em longo prazo?

O *bullying* é definido como uma forma específica de agressão, com um desequilíbrio de poder, onde um indivíduo mais forte causa sofrimento repetido e intencional a um indivíduo mais fraco³. Existem diferentes formas de *bullying*, que pode ser direto ou indireto. O *bullying* direto inclui atos de agressão verbal ou física, como xingar ou bater; enquanto o indireto é descrito como exclusão social ou espalhar rumores⁴. Sua prevalência pode variar de 10 a 60% dos adolescentes, atingindo, no mundo, entre 100 e 600 milhões de indivíduos diretamente envolvidos em casos de *bullying* por ano³.

Acredita-se que o *bullying* não deve ser considerado como uma simples disfunção de conduta⁴, e propõe-se que pode ser o resultado de fatores ambientais ou individuais empobrecidos e de um consequente desenvolvimento adaptativo³. No entanto, por mais estranho que possa parecer, atualmente é considerado por psicólogos como uma adaptação evolutiva com o propósito de melhorar os recursos somáticos, a seleção

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Departamento de Odontologia Preventiva e Comunitária (Rio de Janeiro/RJ, Brasil).

de parceiros, a afirmação de dominância e o *status* social³. Isso pode explicar porque o *bullying* é encontrado em diferentes culturas e regiões geográficas, porque não é limitado à civilização moderna e porque tantos adolescentes estão envolvidos nisso.

A dinâmica do *bullying* não é tão simples quanto parece, com apenas a relação agressor/vítima. Existem grupos distintos, que podem ser divididos em: agressores, vítimas e um terceiro grupo chamado agressores/vítimas. Os agressores são caracterizados como agressivos, hostis, dominadores e exibem pouca ansiedade e insegurança. Por outro lado, as vítimas são mais depressivas, ansiosas e inseguras, com um baixo nível de autoestima e um comportamento mais introspectivo. Elas, em geral, são mais solitárias na escola, têm poucos amigos e apresentam comportamento de fuga, como evitar ir à escola ou outros lugares públicos. O terceiro grupo, o qual eu desconhecia, o grupo agressores/vítimas, é composto por aqueles que agredem e são agredidos. Pouco se conhece sobre esse grupo, mas parece também ter características extrovertidas e agressivas de comportamento, fraca performance acadêmica e aceitação social⁵.

Os efeitos em longo prazo do *bullying* foram muito bem descritos em um recente artigo de revisão que avaliou estudos prospectivos controlados sobre condições de saúde preexistentes, situação familiar e outras formas de exposição à violência⁴. Vítimas que foram acompanhadas da infância até a idade adulta tiveram um maior risco para problemas mentais, ansiedade e depressão, assim como relatos de pior saúde

geral, mais dor corporal e recuperação mais lenta de doenças. Além disso, as vítimas apresentavam nível educacional mais baixo, eram piores em administração financeira e ganhavam menos do que seus pares. Os agressores/vítimas tinham um risco levemente maior para ansiedade, depressão, eventos psicóticos e tentativas de suicídio do que as vítimas. Pouco se conhece em longo prazo sobre os agressores, mas esse grupo parece não ter risco aumentado para doenças mentais ou outros problemas de saúde; porém, são mais propensos a ter menor nível educacional, ficar desempregados e se envolver em crimes.

Em resumo, o *bullying* é um comportamento bastante frequente entre adolescentes, com efeitos de saúde e mentais, em longo prazo, tanto nas vítimas quanto nos agressores/vítimas; e a má oclusão pode ser um importante alvo para o *bullying*. Fica muito evidente que nós, como ortodontistas, devemos aprofundar nosso conhecimento sobre essa questão. Por exemplo, abordagens adequadas devem ser criadas para se discutir esse assunto na primeira consulta com os pais e/ou o paciente, e, se o *bullying* for reportado, um apoio psicológico deve ser indicado. Afinal, nossa atuação nesse problema, como ortodontistas, parece requerer extrema responsabilidade. Podemos ser os primeiros profissionais da área da saúde a ter acesso aos relatos de *bullying*, já que estão intimamente ligados à nossa especialidade^{1,2}. Algo para se pensar na nossa prática clínica...

Boa leitura!

REFERÊNCIAS

1. Al-Omari IK, Al-Bitar AB, Sonbol HN, Al-Ahmad HT, Cunningham SJ, Al-Omiri M. Impact of bullying due to dentofacial features on oral health-related quality of life. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2014;146:734-9.
2. Al-Bittar ZB, Al-Omari IK, Sonbol HN, Al-Ahmad HT, Cunningham SJ. Bullying among Jordanian schoolchildren, its effects on social performance, and the contribution of general and physical dentofacial features. *Am J Orthod Dentofac Orthop*. 2013; 144:872-8.
3. Volk AA, Camilleri JA, Dane AV, Marini ZA. Is adolescent bullying an evolutionary adaptation? *Aggr Behav*. 2012;38:222-38.
4. Wolke D, Lereya ST. Long-term effects of bullying. *Arch Dis Child*. 2015;100:879-885.
5. Haynie DL, Nansel T, Eitel P, Crump AD, Saylor K, Yu K, Simons-Morton B. Bullies, victims and bully/victims: distinct groups of at-risk youth. *J Ear Adolesc*. 2001;21:29-48.

Identificação dos autores (ORCID[®])

Flavia Artese (FA): 0000-0003-2690-2152[®]