



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

Renata Colturato Joaquim Gatto

***Bullying* e má oclusão relacionados a autoestima
e qualidade de vida em adolescentes**

Araçatuba

2015



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

Renata Colturato Joaquim Gatto

***Bullying* e má oclusão relacionados a autoestima
e qualidade de vida em adolescentes**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora.

Orientadora: Professora Titular Cléa Adas Saliba Garbin

Araçatuba

2015

Catálogo na Publicação
Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação - FOA / UNESP

G263b Gatto, Renata Colturato Joaquim
Bullying e má oclusão relacionados a autoestima e qualidade de vida em adolescentes / Renata Colturato Joaquim Gatto. -- Araçatuba, 2015.
80 f. : tab. + 1 CD-ROM.

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba.
Orientador: Profa. Cléa Adas Saliba Garbin

1. Qualidade de vida. 2. Bullying. 3. Adolescente. 4. Ortodontia. 5. Má oclusão. 6. Autoimagem. I. T.

Black D27
CDD 617.645

Dedicatória

Two horizontal bars are positioned below the title. The top bar is dark gray and the bottom bar is light gray. Both bars have rounded ends and are slightly offset from each other.

Renata Colturato Joaquim Gatto

Dedicatória

Dedico esse trabalho:

A **Deus**, por me dar a força necessária para sempre seguir em frente. Por me conceder saúde e equilíbrio emocional.... Obrigada Pai, sei que nunca estarei sozinha!!

Aos meus pais, **José Renato e Cláudia**, obrigada pela vida, por serem a minha base, o meu porto seguro!! Obrigada por me trazerem ao mundo num lar onde o amor é soberano. Obrigada pelos valores ensinados, as maiores riquezas dessa vida!!

Ao meu marido **André**, por sempre estar ao meu lado. Obrigada pelo companheirismo incondicional, por sempre me motivar e acreditar em mim. Juntos somos melhores...sempre!!! Obrigada por me fazer feliz todos os dias. Amo você!

*“Somos todos anjos de uma asa só e somente
abraçados podemos voar”*

Luciano de Crescenzo

Agradecimentos Especiais



Renata Colturato Joaquim Gatto

Agradecimentos Especiais

À **Professora Cléa Adas Saliba Garbin**, minha querida orientadora. Obrigada por ser tão gentil e dedicada em tudo que faz. A força que tem é infinita. Obrigada por sempre acreditar em mim, pela disposição em ensinar, pela dedicação e pelas oportunidades oferecidas. Serei eternamente grata!

Aos **Professores Nemre Adas Saliba e Orlando Saliba**, pelo pioneirismo e exemplo de vida. Suas ações sempre são envolvidas pelo amor ao próximo. Obrigada pela oportunidade de vivenciar o que realmente é saúde coletiva me proporcionando uma formação privilegiada. Exemplos de determinação.

À **Professora Suzely Adas Saliba Moimaz**, pela imensa contribuição para minha formação profissional e pessoal. Obrigada pelo exemplo de dedicação e entrega em tudo o que faz. Tenho muito o que aprender com você!

À **Professora Tânia Adas Saliba Rovida**, por sempre nos alegrar, pela voz serena que nos acalma, pelos ensinamentos e rigor profissional. Obrigada por ser tão carinhosa e humana.

Ao **Professor Artênio José Isper Garbin**, pelo exemplo de responsabilidade e seriedade em tudo o que faz.

Ao **Professor Renato Moreira Arcieri**, por ser sempre tão calmo e paciente. Agradeço a contribuição para minha formação.

Ao **Professor Ronald Junior Martins**, obrigada pelas considerações feitas no meu EGQ que, com certeza, contribuíram muito para a melhora desta pesquisa.

Ao **Nilton César Souza**, por sempre nos contagiar com a sua alegria de viver. Pela ajuda incondicional e necessária para que este trabalho pudesse ser realizado. Por tornar os dias mais leves. Muito obrigada!

Renata Colturato Joaquim Gatto

À **Valderez Freitas Rosa**, por todo serviço prestado, pelo carinho em suas ações, pela paciência e solidariedade. Obrigada por tudo!!

À **Universidade Estadual Paulista – UNESP**, por sempre incentivar a pesquisa e fornecer a infraestrutura necessária para que possa ser desenvolvida, e à Diretoria desta faculdade, **Professora Ana Maria Pires Soubhia** e **Professor Wilson Roberto Poi** pelo esforço empenhado para sempre oferecer melhoras no ensino e incentivo a pesquisa.

A coordenação do **Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social**, **Professora Suzely Adas Saliba Moimaz** e **Professora Cléa Adas Saliba Garbin**, pela excelência no ensino, pela constante motivação, pela infraestrutura necessária para o desenvolvimento desta pesquisa e principalmente pela contribuição científica possibilitada por suas ações.

Aos funcionários da **Seção de Pós-Graduação** da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, em especial a **Valéria de Queiroz Marcondes Zagato**, que nunca mediu esforços para nos ajudar, obrigada por toda a dedicação e paciência dispensada.

Aos funcionários da **Seção Técnica Acadêmica**, em especial ao **Diogo Reatto**, por sempre nos atender de prontidão e ajudar no que fosse preciso.

À todo os funcionários da **Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP** biblioteca, em especial a **Ana Claudia Grieger Manzatti**, por ser tão especial e dedicada, por sempre nos atender de prontidão, pela paciência e dedicação. Obrigada pelas orientações e disposição em ajudar sempre!

A todos os **servidores e funcionários** da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, que tornam possível o funcionamento desta Instituição.

Aos estagiários do departamento, que nos ajudam de alguma maneira facilitando o desenvolvimento de pesquisa e aquisição de conhecimento. Meus agradecimentos pela amizade e carinho!

Renata Colturato Joaquim Gatto

À **Dirigente Regional de Ensino, Aparecida Lúcia Cantareira F. Sabino**, por ter autorizado a realização da pesquisa nas escolas do município. À **direção e coordenação das escolas participantes** e a todos os **funcionários** que estiveram envolvidos que não mediram esforços para me ajudar na organização da coleta dos dados mesmo em meio à correria que o trabalho nas escolas exige, meu muito obrigado!

À **todos os pais e responsáveis** que autorizaram a participação de seus filhos na pesquisa e principalmente aos **adolescentes** que aceitaram fazer parte deste projeto. Sem vocês esse trabalho não seria possível. Muito obrigada.

À **Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior)** que me concedeu bolsa durante a realização do Doutorado, contribuindo, assim, para a viabilização deste trabalho. Deixo aqui meu profundo agradecimento.

*“A satisfação está no esforço feito para
alcançar o objetivo, e não em tê-lo alcançado”*

Mahatma Ghandi

Agradecimentos

Two horizontal bars are positioned below the title. The top bar is dark gray and the bottom bar is light gray. Both bars are slightly offset to the left and right, creating a layered effect.

Renata Colturato Joaquim Gatto

Agradecimentos

Aos meus irmãos **Priscila e João Paulo**, anjos na minha vida. Sem vocês não seria quem sou. Obrigada por saber que posso contar com vocês sempre que precisar. Amo vocês!

Aos meus sobrinhos **Leonardo, Felipe e Thomás**, o meu eterno amor. Obrigada por encherem a casa de alegria. Nos momentos mais difíceis, são vocês, mesmo sem saber, que me dão força. Obrigada!!

A todos meus **familiares**, pela união e companheirismo sempre presentes em nossas relações. Obrigada pelo apoio incondicional, sempre que precisei e por tornarem a vida mais leve!

A toda **família De Luca**, pelo carinho e acolhimento. Obrigada, por terem cruzado a minha vida e fazerem parte da minha história como uma grande família. Vocês são especiais.

A minha querida amiga e colega de turma **Paula Caetano Araújo**, pela amizade verdadeira. Por sempre me motivar e estar ao meu lado. Obrigada pelo carinho e sinceridade em tudo o que faz. Nosso convívio foi maravilhoso! Obrigada pelo trabalho em equipe e companheirismo! Essa conquista é nossa!!

Aos **colegas do Programa de Pós Graduação** em Odontologia Preventiva e Social das turmas de **Doutorado e Mestrado**, meus sinceros agradecimentos por tornarem minha rotina mais agradável, pela contribuição para o meu crescimento pessoal e profissional e, principalmente, pela amizade que levarei para a vida inteira. Muito obrigada.

Aos **meus queridos amigos**, em especial **Fabiana, Carmelita e Leticia** e meu irmão de coração **João Nayme** por sempre estarem presentes na minha vida, somando alegrias e dividindo tristezas. Mesmo que a distância nos afaste, nossos corações estarão para sempre ligados. Obrigada por tudo!

Renata Colturato Joaquim Gatto

E a todos que de alguma forma contribuíram e me auxiliaram na realização dessa pesquisa.

*“Amigos são a família que nos
permitiram escolher.”*

William Shakespeare

Minha sincera gratidão, hoje e sempre!

Renata Colturato Joaquim Gatto

Epígrafe

Two horizontal bars are positioned below the title. The top bar is dark gray and the bottom bar is light gray. Both bars have a slight 3D effect with a lighter gray shadow on their right side.

Renata Colturato Joaquim Gatto

*“Renda-se, como eu me rendi. Mergulhe
no que você não conhece como eu
mergulhei. Não se preocupe em entender,
viver ultrapassa qualquer entendimento.”*

Clarice Lispector

Resumo



Gatto RCJ. *Bullying* e má oclusão relacionados a autoestima e qualidade de vida em adolescentes [tese]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2015.

RESUMO

A adolescência representa um período de grandes transformações, os conceitos e a formação de caráter desenvolvidos nessa fase perpetuam ao longo da vida. A imagem corporal, muitas vezes é superestimada pelos jovens. Desvios do padrão estético de beleza, como a má oclusão, podem afetar negativamente o convívio social. O *bullying*, em idade escolar é cada vez mais reconhecido como um problema importante que afeta o bem-estar e o funcionamento social. Objetivou-se verificar a associação de *bullying* e necessidade de tratamento ortodôntico com nível de autoestima e qualidade de vida relacionada a saúde bucal em adolescentes brasileiros matriculados na rede pública de ensino. Trata-se de um estudo epidemiológico transversal de base populacional. A população foi composta por adolescentes de 11 a 16 anos, matriculados na rede pública de ensino de um município de médio porte do noroeste paulista. Para avaliar a necessidade de tratamento ortodôntico foi utilizado o índice Dental Aesthetic Index (DAI). As demais variáveis foram coletadas por meio de um questionário autoaplicável, contendo informações sobre tratamento ortodôntico prévio, desejo de corrigir o dente para melhorar a aparência, a escala Global Negative Self-Evaluation (GES) e o índice Oral Health Profile -14 (OHIP-14). Para avaliação do *bullying* foi utilizado o questionário Kisdcape. A análise dos dados foi feita utilizando estatística descritiva, análises de associação e regressão logística multivariada. No total, 815 adolescentes participaram da pesquisa. Houve associação estatisticamente significativa entre a autoestima e as variáveis: sexo ($p<.0001$), vontade de corrigir os dentes para melhorar a aparência ($p=0.0006$), vítima de *bullying* ($p<.0001$), frequência com que sofreu *bullying* ($p=0.0111$) e consequências do *bullying* ($p<.0001$). Apresentaram-se como fator de risco significativo para uma autoestima muito negativa a cor da pele não branca ($OR=1.914$) e vítimas de *bullying* que tiveram consequências negativas após o episódio ($OR= 3.343$). Em relação a qualidade de vida, houve associação estatisticamente significativa com as variáveis: tratamento ortodôntico prévio ($p=0.0270$), desejo de corrigir os dentes ($p=<.0001$), sexo ($p=0.0309$), *bullying* ($p<.0001$), frequência de episódios de *bullying* ($p=0.0170$) e consequências do *bullying* ($p=<.0001$). Apresentaram-se como fator de risco para

qualidade de vida ruim, aqueles que não realizaram tratamento ortodôntico prévio ($OR= 2.191$) e vítimas de bullying com consequências negativas ($OR= 3.042$). Conclui-se que houve associação entre as variáveis autoestima e *bullying*. Aqueles que relataram consequências negativas sobre o *bullying* apresentaram chances três vezes maiores de ter autoestima muito negativa, já as chances dos adolescentes com cor da pele não branca foram quase duas vezes maiores. Também houve associação entre as variáveis qualidade de vida relacionada a saúde bucal e bullying. Aqueles que relataram consequências negativas após sofrer bullying, apresentaram três vezes mais chance de terem a qualidade de vida ruim. O tratamento ortodôntico prévio representou um fator de proteção para qualidade de vida ruim. Não houve associação estatisticamente significativa entre necessidade de tratamento ortodôntico com autoestima e com qualidade de vida.

Palavras-chave: Adolescente. Qualidade de Vida. *Bullying*. Ortodontia. Má Oclusão. Autoimagem.

Abstract

Two horizontal bars are positioned below the title. The top bar is dark gray and the bottom bar is light gray. Both bars have rounded ends and are slightly offset from each other.

Gatto RCJ. The relation between bullying, malocclusion, self-esteem and quality of life in teenagers [thesis]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2015.

Abstract

The adolescence is the period of life when all big transformations occur; concepts and character formation developed in this period last for the rest of a person's life. Because body image is often super estimated by teenagers, deviation from beauty standards and ideals, such as the malocclusion, may negatively affect the social interactions. Bullying in school ages is recognized as an important problem that affects welfare and social interactions. Based on this context, this study's goal was to verify the association of the need for orthodontic treatment and bullying with the level of self-esteem and the oral health-related quality of life of Brazilian teenagers enrolled in public schools. This is a population-based, cross-sectional epidemiological study. The population is comprised from 11 to 16 year-old teenagers, enrolled in public schools from a medium-sized city of the northwest region of the state of São Paulo, Brazil. Dental Aesthetic Index (DAI) was used to verify the need for orthodontic treatment. Other variables were collect through the use of a self-reporting questionnaire, containing information on previous orthodontic treatment, desire to correct the tooth to improve appearance, the Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) and Gloval Negative Self-Evaluation (GES) scales. Kidscape questionnaire was used to assess bullying. Descriptive statistics, association analysis and multivariable logistic regression were used for data analysis. Totally, 815 teenagers participated of the study. The variable self-esteem had a statistically significant association with gender ($p<.0001$), the desire to correct the tooth to improve appearance ($p=0.0006$), the fact of being a bullying victim ($p<.0001$), the frequency with which the teenager suffered bullying ($p=0.0111$) and the effects of bullying ($p<.0001$). The factors nonwhite teenagers ($OR=1.914$) and bullying victims that experienced negative effects after bullying ($OR= 3.343$) were significant for a quite low self-esteem. The variable quality of life had a statistically significant association with previous orthodontic treatment ($p=0.0270$), the desire to correct the tooth ($p=<.0001$), gender ($p=0.0309$), bullying ($p<.0001$), the frequency with which the teenager suffered bullying ($p=0.0111$) and the effects of bullying ($p<.0001$). Teenagers that had not previously received an orthodontic treatment ($OR= 2.191$) and had being victims of bullying ($OR=$

3.042) had a risk factor for a low quality of life. It was concluded that the variable self-esteem was associated with the variable bullying. Those who reported negative effects after suffering bullying had three times more chances of having a quite low self-esteem. Nonwhite teenagers had two times more chances. The variable oral health-related quality of life was associated with the variable bullying. Those who reported negative effects after suffering bullying had three times more chances of having a low quality of life. The previous orthodontic treatment is a factor of protection for a low quality of life. Self-esteem did not have a statistically significant association with the need for orthodontic treatment and quality of life.

Keywords: Adolescent. Quality of Life. Bullying. Orthodontics. Malocclusion. Self Concept.

Lista de Tabelas

Capítulo 1

Tabela 1	Distribuição absoluta e percentual das variáveis: idade, sexo, cor da pele, <i>Dental Aesthetic Index</i> , escala <i>Global Negative Self-Evaluation</i> e o desejo de corrigir os dentes para melhorar a aparência de adolescentes matriculados em escolas municipais.	41
Tabela 2	Distribuição absoluta e percentual das variáveis relacionadas a episódios de <i>bullying</i> em adolescentes matriculados em escolas públicas.	42
Tabela 3	Associação da autoestima com as demais variáveis dependentes.	43
Tabela 4	Análise de regressão logística considerando o desfecho “autoestima muito negativa” para as variáveis dependentes.	44

Capítulo 2

Tabela 1	Distribuição absoluta e percentual das variáveis: idade, sexo, cor da pele, <i>Dental Aesthetic Index</i> e <i>Oral Health Impact Profile</i> , em adolescentes matriculados em escolas municipais.	58
Tabela 2	Distribuição absoluta e percentual das variáveis relacionadas a episódios de <i>bullying</i> em adolescentes matriculados em escolas públicas.	59
Tabela 3	Associação da qualidade de vida relacionada a saúde bucal com as demais variáveis dependentes.	60
Tabela 4	Análise de regressão logística considerando o desfecho “qualidade de vida relacionada a saúde bucal ruim com as variáveis dependentes.	61

Lista de Abreviaturas

DAI – *Dental Aesthetic Index*

GES – *Global Negative Self-Evaluation*

IC – Intervalo de Confiança

OHIP – *Oral Health Profile -14*

OMS – Organização Mundial de Saúde

OR – *Odds Ratio*

QVRSB – Qualidade de Vida Relacionada a Saúde Bucal

SAS – *Statistical Analysis System*

Lista de Anexos

Anexo A	Aprovação Comitê de Ética e Pesquisa	65
Anexo B	Referência da Introdução Geral	66
Anexo C	Jornal de Pediatria - Instruções aos autores	67
Anexo D	The Angle Orthodontist – Instrução aos autores	76
Anexo E	Instrumento Coleta dos dados	79

Sumário

1	Introdução Geral	24
2	Proposição Geral	27
3	Capítulo 1 – Nível da autoestima de adolescentes brasileiros vítimas de <i>bullying</i> e sua relação com a necessidade de tratamento ortodôntico	29
3.1	Resumo	29
3.2	Abstract	30
3.3	Introdução	31
3.4	Materiais e Métodos	32
3.5	Resultado	34
3.6	Discussão	34
3.7	Conclusão	37
3.8	Referências	37
3.9	Tabelas	41
4	Capítulo 2 - Qualidade de vida relacionada a saúde bucal, necessidade de tratamento ortodôntico e bullying em adolescentes brasileiros	46
4.1	Resumo	46
4.2	Abstract	47
4.3	Introdução	48
4.4	Metodologia	49
4.5	Resultado	51
4.6	Discussão	52
4.7	Conclusão	54
4.8	Referências	54
4.9	Tabelas	58
5	Considerações Finais	63
	Anexos	65

Introdução Geral*



* Anexo B – Referências da Introdução Geral

Renata Colturato Joaquim Gatto

1 Introdução geral

A adolescência parece ser o período do desenvolvimento humano em que a formação da identidade se mostra mais nítida (LORDELO et al., 2002). Nessa fase, os afetos e os conflitos parecem estar ampliados. As relações de amizade têm forte influência na vida dos adolescentes, a opinião de amigos sobre a maneira de se vestir, os relacionamentos amorosos e eventos sociais são, por vezes, superestimados (SEBALD, 1989).

No entanto, quando o relacionamento com colegas é permeado por humilhações e violência, uma série de transtornos emocionais e comportamentais podem ser desencadeados (ASSIS et al., 2006). O *bullying*, considerado um subtipo de violência, vem sendo amplamente discutido no meio científico. Trata-se de um comportamento agressivo e persistente, aparentemente sem motivo, com a intenção de causar dano físico ou moral em um ou mais estudantes que sejam mais fracos e incapazes de se defender, existindo uma relação de desigualdade de poder entre os pares (OLWEUS, 1994). A prática de violência verbal ou física no ambiente escolar sempre existiu, mas, atualmente, sua importância tem sido discutida nas questões de saúde pública (RECH et al., 2013), pois as consequências desses episódios podem interferir no desenvolvimento psicossocial e comportamental dos indivíduos envolvidos.

As vítimas de *bullying* comumente apresentam características como: insegurança, ansiedade, depressão, solidão, infelicidade, sintomas físicos e mentais, e baixa autoestima (NANSEL et al., 2001). A frequência dos episódios repercute, muitas vezes, em comportamento social inibido, passivo ou submisso. Os envolvidos são mais vulneráveis, sentem medo, vergonha e têm sua autoestima cada vez mais baixa, podendo culminar na vitimização continuada, o que pode ser extremamente prejudicial ao adolescente, pois a autoestima tem grande influência na inserção exitosa de um adolescente em suas relações sociais (BANDEIRA; HUTZ, 2010).

Dessa forma, a motivação para episódios de *bullying* pode, muitas vezes, advir de estereótipos físicos, como a má oclusão, considerada um desvio no padrão estético de beleza e atualmente reportada como um problema de saúde pública, visto que ela apresenta alta prevalência na sociedade e pode interferir negativamente na qualidade de vida, prejudicando a interação social e o bem-estar psicológico dos indivíduos acometidos (MARQUES et al., 2005). O tratamento ortodôntico, embora tenha por

objetivo corrigir e reabilitar a função oclusal, é frequentemente motivada por questões psicológicas dos pacientes.

A partir do exposto, este trabalho foi dividido em dois capítulos: o Capítulo 1, que teve por objetivo analisar o nível de autoestima em adolescentes brasileiros e verificar as possíveis associações de desfecho com a necessidade de tratamento ortodôntico e *bullying*; e o Capítulo 2, que objetivou verificar a associação entre necessidade de tratamento ortodôntico, *bullying* e qualidade de vida relacionada à saúde bucal de adolescentes brasileiros.

Proposição Geral

Two horizontal bars are positioned below the title. The top bar is dark gray and the bottom bar is light gray. Both bars are slightly offset to the left and right, creating a layered effect.

2 Proposição Geral

Objetivou-se nesse estudo verificar a associação de *bullying* e necessidade de tratamento ortodôntico com nível de autoestima e qualidade de vida relacionada a saúde bucal em adolescentes brasileiros matriculados na rede pública de ensino.

Capítulo 1*



* Anexo C - Normatização do Capítulo 1 segundo o periódico Jornal de Pediatria

Renata Colturato Joaquim Gatto

3 Capítulo 1 - Nível da autoestima de adolescentes brasileiros vítimas de *bullying* e sua relação com a necessidade de tratamento ortodôntico

3.1 Resumo

Objetivo: Analisar o nível da autoestima de adolescentes brasileiros e verificar as possíveis associações de desfecho com a necessidade de tratamento ortodôntico e *bullying*. **Metodologia:** Estudo epidemiológico transversal de base populacional. A população foi composta por adolescentes de 11 a 16 anos, matriculados na rede pública de ensino de um município de médio porte do noroeste paulista. Foi realizado um exame bucal utilizando o índice *Dental Aesthetic Index* (DAI), para verificar a necessidade de tratamento ortodôntico, e um questionário autoaplicável, contendo os índices *Global Self-Evaluation* (GES), para identificar o nível de autoestima, e o *Kidscape*, para detecção de *bullying*. A análise dos dados foi feita utilizando estatística descritiva, análises de associação e regressão logística multivariada. **Resultado:** No total, 815 adolescentes participaram da pesquisa. Houve associação estatisticamente significativa entre autoestima e as variáveis: sexo ($p<.0001$), vontade de corrigir os dentes para melhorar a aparência ($p=0.0006$), vítima de *bullying* ($p<.0001$), frequência com que sofreu *bullying* ($p=0.0111$) e consequências do *bullying* ($p<.0001$). Apresentaram-se como fator de risco significativo para uma autoestima muito negativa a cor da pele não branca ($OR=1.914$) e vítimas de *bullying* que tiveram consequências negativas após o episódio ($OR= 3.343$). **Conclusão:** Houve associação entre as variáveis autoestima e *bullying*. Aqueles que relataram consequências negativas sobre o *bullying* apresentaram chances três vezes maiores de ter autoestima muito negativa, já as chances dos adolescentes com cor da pele não branca foram quase duas vezes maiores. Não houve associação estatisticamente significativa entre autoestima e necessidade de tratamento ortodôntico.

Palavras-Chave: Adolescente; *Bullying*; Má oclusão; Autoimagem

The relation between bullying, malocclusion, self-esteem and quality of life in teenagers

3.2 Abstract

Objective: This study's goal was to analyse the level of self-esteem of Brazilian teenagers and to verify its relation with the need for orthodont treatment and bullying.

Materials and Methods: This is a population-based, cross-sectional epidemiological study. The population is comprised from 11 to 16 year-old teenagers, enrolled in public schools from a medium-sized city of the northwest region of the state of São Paulo, Brazil. Using the Dental Aesthetic Index (DAI), a dental oral evaluation was performed aiming to verify the need for orthodontic treatment. A self-reporting questionnaire containing the Global Self-Evaluation (GES) and the Kikscape indexes was applied to identify the level of self-esteem and to detect bullying, respectively. Descriptive statistics, association analysis and multivariable logistic regression were used for data analysis. **Results:** Totally, 815 teenagers participated of the study. The variable self-esteem had a statistically significant association with gender ($p<.0001$), the desire to correct the tooth to improve appearance ($p=0.0006$), the fact of being a bullying victim ($p<.0001$), the frequency with which the teenager suffered bullying ($p=0.0111$) and the effects of bullying ($p<.0001$). The factors nonwhite teenagers ($OR=1.914$) and bullying victims that experienced negative effects after bullying ($OR= 3.343$) were significant risks for a quite low self-esteem. **Conclusion:** The variable self-esteem was associated with the variable bullying. Those who reported negative effects after suffering bullying had three times more chances of having a quite low self-esteem. Nonwhite teenagers had two times more chances. Self-esteem did not have a statistically significant association with the need for orthodontic treatment.

Keywords: Adolescent; Bullying, Malocclusion; Self Concept.

3.3 Introdução

As diferentes formas de manifestação da violência afetam a sociedade como um todo, repercutindo em diversos setores e níveis sociais. A criança e o adolescente são mais suscetíveis a situações violentas, com as quais convivem no meio social, familiar ou escolar.¹ O fenômeno chamado *bullying* ou a intimidação entre colegas ou pares em crianças com idade escolar é considerado um subtipo de violência, pode ser definido como uma forma específica de comportamento agressivo na qual o aluno é exposto, repetidamente e ao longo do tempo, à ações negativas por parte de um ou mais alunos². Essas ações referem-se a um desequilíbrio de poder entre a vítima e o agressor, manifestando-se em diferentes formas de agressões, podendo ser direta (agressão física e verbal) ou indireta (exclusão social, fofocas e isolamento), causando danos à vítima.³

Vítimas de *bullying* frequentemente desenvolvem problemas comportamentais e emocionais, como elevado nível de estresse, diminuição ou perda de autoestima, prejuízo no aprendizado e no desempenho acadêmico, ansiedade, depressão e, em casos mais extremos, esses problemas acabam por levar ao suicídio.^{2,4-6}

A autoestima pode ser considerada a variável mais crítica que afeta a inserção exitosa de um adolescente em suas relações sociais. Dessa forma, é considerada um importante indicador da saúde mental na adolescência⁷, pois ela pode desenvolver mecanismos que distorcem a comunicação de seus pensamentos e sentimentos, o que dificulta ainda mais a integração desses adolescentes com outros.⁸

Os padrões estéticos de beleza estão fortemente relacionados ao nível de autoestima. A má oclusão é considerada um desvio do padrão estético na sociedade, e não uma doença em si, e pode ser definida pela relação anormal dos dentes e o arco dentário, que assumem um contato indesejável com os elementos do arco antagonista.⁹ Uma aparência dental desagradável pode estigmatizar uma pessoa, dificultar a realização profissional, incentivar os estereótipos negativos e, ainda, prejudicar a autoestima.¹⁰⁻¹²

Dessa forma, os portadores dessa desordem possivelmente enfrentarão dificuldades na aceitação e no convívio social devido a razões estéticas, o que, nos casos mais graves, resulta em limitações funcionais.¹³

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi analisar o nível de autoestima em adolescentes da rede pública de ensino e verificar as possíveis associações de desfecho com necessidade de tratamento ortodôntico e *bullying*.

3.4 Metodologia

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal realizado com adolescentes de ambos os sexos, matriculados nas escolas públicas de um município de médio porte localizado no noroeste paulista, no ano de 2014.

O município possui 20 escolas de ensino fundamental na área urbana. Participaram da pesquisa 19 escolas, pois uma escola não consentiu em participar da pesquisa em tempo hábil para a coleta dos dados (N=4.283). Os escolares participantes da pesquisa pertenciam à faixa etária de 11 a 16 anos (7º, 8º e 9º ano do ensino fundamental). A escolha dessa faixa etária teve como justificativa o mínimo necessário de escolarização para responder ao questionário autoaplicável. Não participaram da pesquisa:

- Adolescentes cujos pais não autorizaram os exames;
- Adolescentes que tinham autorização, mas não quiseram participar da pesquisa;
- Adolescentes que não estavam presentes nas três datas programadas para os exames.

A amostra final foi composta por 815 adolescentes (19,03%).

Coleta de dados

Inicialmente, os sujeitos da pesquisa responderam ao questionário autoaplicável contendo a escala GES (*Global Negative Self-Evaluation*), para identificar o nível de autoestima, e o questionário *Kidscape*, para avaliar o *bullying*.

A escala GES (*Global Negative Self-Evaluation*) foi desenvolvido por Alsaker e Olweus¹⁴, em 1986, e adaptado para a presente investigação após a realização do estudo piloto. Consiste em uma escala com seis itens, sendo que cada item possui seis alternativas de resposta, que são quantificadas em ordem crescente (1 a 6), seguindo a disposição na escala. Por meio desse instrumento, é possível classificar o valor da autoestima individual em quatro categorias: 1-1,69, autoavaliação muito pouco negativa; 1,7-2,69, autoavaliação pouco negativa; 2,7-3,99, autoavaliação negativa; 4,0-6,0, autoavaliação muito negativa. Os resultados foram dicotomizados em autoestima pouco negativa (1-2,69) e autoestima muito negativa (2,7-6) para facilitar a análise de associação dos dados.

Para a avaliação de *bullying* entre os escolares, foi utilizado o KIDSCAPE, instrumento elaborado pela instituição inglesa homônima, que atua na prevenção do

bullying e do abuso sexual infantil.¹⁵ Para essa avaliação, foram consideradas as seguintes questões: frequência com que sofreu *bullying*, as consequências, o tipo de intimidação, o sexo do autor e se a vítima já foi alguma vez autor de *bullying*.

Posteriormente, o exame bucal foi realizado utilizando o DAI (*Dental Aesthetic Index*), instrumento proposto por Cons e colaboradores¹⁶ que avalia, além da oclusão, o comprometimento estético do indivíduo. Após o exame, a condição oclusal é categorizada em: nenhuma anormalidade ou má oclusão leve (sem necessidade de tratamento), má oclusão definida, má oclusão severa e má oclusão muito severa ou incapacitante. Para a análise da associação dos dados, os resultados desse índice foram dicotomizados em necessidade de tratamento (>25 - leve, moderada e severa) e sem necessidade de tratamento (≤25 - normal).

O exame bucal e a aplicação do questionário foram realizados na própria instituição de ensino por um único pesquisador, previamente calibrado. O estudo piloto antecedeu a pesquisa para testar a adequação do instrumento de coleta.

Análise dos dados

Os dados foram analisados utilizando o programa estatístico SAS for Windows, versão 9.3. Foi utilizado o teste do qui-quadrado ou teste de Fisher a um nível de 5% de significância para verificar a associação entre autoestima (pouco negativa e muito negativa) com as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, cor da pele, índice DAI, desejo de corrigir os dentes, *bullying*, frequência com que sofreram *bullying*, sexo do autor, tipo de *bullying* sofrido e se a vítima já foi autora de *bullying*. A análise multivariada foi realizada por meio de regressão logística considerando a autoestima como variável resposta e as demais como explanatórias. As variáveis que apresentaram significância estatística foram introduzidas no modelo e os resultados foram expressos como uma razão de chances (OR) na associação com autoestima muito negativa e o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC).

Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, sob o número de protocolo FOA-01080/2011. Os adolescentes foram examinadas apenas quando o termo de consentimento havia sido assinado pelos pais ou responsáveis. A coleta teve início após a autorização da dirigente regional de ensino e da direção das escolas envolvidas.

3.5 Resultados

Foram entregues 4.283 pedidos de autorização, cuja taxa de retorno foi de 19,03% (n=815). A Tabela 1 apresenta os resultados descritivos do estudo contendo as seguintes variáveis: idade, sexo, cor da pele, índice DAI, GSE e desejo de corrigir os dentes para melhorar a aparência. A análise descritiva dos resultados do questionário de *bullying* está demonstrada na Tabela 2.

Tabela 1

Tabela 2

A Tabela 3 revela a relação entre autoestima pouco negativa e autoestima muito negativa com as demais variáveis. Nota-se que não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis faixa etária, necessidade de tratamento ortodôntico, sexo do agressor, tipo de *bullying* sofrido e se a vítima já foi autor de *bullying*.

Tabela 3

As variáveis que apresentaram associações significativas foram dicotomizadas para possibilitar a análise de regressão logística multivariada. A frequência com que ocorreu o *bullying* foi categorizada em uma vez e mais de uma vez e as consequências, categorizadas em com consequências e sem consequências. Embora as variáveis sexo, desejo de corrigir os dentes para melhorar a aparência e frequência de episódios de *bullying* representem um fator de risco para as vítimas terem uma autoestima muito negativa, essas variáveis não apresentaram significância. Já a cor da pele não branca e a categoria com consequências apresentaram significância para a ocorrência da intimidação (Tabela 4).

Tabela 4

3.6 Discussão

O perfil dos estudantes pesquisados revela que a maioria pertence ao sexo feminino, com uma leve predominância de cor da pele parda; além disso, a idade se mostrou com uma distribuição equilibrada entre os participantes.

Os dados do último censo realizado em 2010 no município, compreendendo a faixa etária de 5 a 9 anos e de 10 a 14 anos, revelam que não existe predominância de meninas: na faixa etária de 5 a 9 anos, a proporção de meninos e meninas é a mesma

(2,9%) e, na faixa etária de 10 a 14 anos, existe uma pequena vantagem no percentual de meninos quando comparado às meninas (3,7% e 3,4%, respectivamente).¹⁷

O fato de mais meninas terem participado do estudo pode estar relacionada ao maior interesse de adolescentes mulheres em participar deste tipo de pesquisa. Essa variável apresentou uma associação estatisticamente significativa no teste do qui-quadrado e pode ser considerado um fator de risco para vítimas de *bullying* terem uma autoestima muito negativa, embora não tenha apresentado significância no modelo de regressão logística.

Uma possível explicação para esse achado está na diferença entre os fatores que influenciam a autoestima de meninos e meninas. As meninas são mais influenciadas por questões ligadas a relacionamentos, enquanto os meninos, pelo sucesso alcançado em seus objetivos. No período da adolescência, as meninas podem superestimar a opinião de amigos e de pessoas que consideram importantes; assim, as críticas vindas desses relacionamentos sobre a imagem delas são significativas.⁷ Dessa forma, pode-se concluir que o fato de as meninas sofrerem *bullying*, ou seja, terem a rejeição dos pares, influencia negativamente no nível da sua autoestima.

Embora não tenha sido a maioria dos adolescentes que declararam níveis ruins de autoestima, houve uma alta porcentagem em relação aos que declararam ter a autoestima muito negativa (39,02%). Essa informação é de grande importância porque o baixo nível de autoestima pode estar relacionado à prevalência de transtornos comportamentais e emocionais, bem como a comportamentos antissociais (agressividade/violência, atividades criminosas, pensamentos suicidas, tabagismo, uso de drogas ilícitas e baixo rendimento escolar).¹⁸

Os resultados demonstraram uma alta taxa de *bullying* (48,22%). Os alunos foram instruídos previamente ao preenchimento do questionário sobre o que caracterizava episódios de *bullying* para saberem diferenciá-los de brincadeiras entre colegas; ainda assim, a prevalência foi superior a outros estudos semelhantes^{6,19,20}. Esse fato pode ser justificado pelas diferenças metodológicas empregadas e pelas diferenças culturais. Além disso, no presente estudo, não houve uma limitação temporal, ou seja, o estudante foi questionado sobre episódios de *bullying* em qualquer período antecedente à pesquisa, aumentando, assim, as chances de detectar mais relatos. É importante ressaltar que, mesmo não sendo o objetivo da pesquisa, situações de violência nas

escolas da região são frequentemente divulgadas na mídia local, o que poderia justificar o alto percentual de jovens envolvidos em episódios de *bullying*.

Do total, a maioria dos adolescentes relatou vivenciar mais de uma vez esse tipo de situação. Embora possa acontecer uma única vez, a principal característica desse tipo de violência é o fato de a vítima ser perseguida por seus algozes²¹. Os resultados revelaram também que a intimidação mais comum foi a verbal e que os autores, na maioria das vezes, eram meninos. Esses dados são comumente encontrados em outros estudos sobre essa temática em diferentes regiões e países em todos os níveis de desenvolvimento^{4,19,20,22,23}.

A literatura relata que episódios de *bullying* estão fortemente relacionados a baixos níveis de autoestima entre os adolescentes^{21,22,24}. Da mesma forma, o presente estudo encontrou associação estatisticamente significativa entre as vítimas de *bullying* e o nível de autoestima. No modelo de regressão logística, pode-se observar que aqueles que sofreram *bullying* e tinham a cor da pele não branca apresentaram chances quase duas vezes maiores de ter a autoestima muito negativa. Poucos estudos discorrem sobre a influência racial em relação às vítimas de *bullying*.

O Brasil é um país de grande miscigenação, ainda assim, predominam certos padrões e estereótipos culturais e socialmente valorizados. Muitas vezes, esses estereótipos distanciam-se do encontrado na maior parte da população. Algumas das características mais valorizadas em relação à aparência são: pele branca, cabelos lisos e loiros e corpo magro. Faz-se necessário, portanto, pensar nas diferenças, pois a motivação para a prática do *bullying* advém justamente das diferenças, ou seja, daqueles que se diferem dos padrões socialmente valorizados²⁵. O preconceito racial existe em todos os setores, assim como no ambiente escolar, o que pode afetar negativamente a autoestima de vítimas de *bullying*.

As consequências do *bullying* na vida dos adolescentes repercute diretamente na autoestima muito negativa (*odds ratio*=3.343). Existem situações em que a autoestima pode estar tão comprometida que a vítima acredita ser merecedora da violência sofrida²⁶⁻²⁸. Algumas das características comumente encontradas nesses jovens são: afastamento social, poucos amigos, insegurança, falta de esperança quanto à possibilidade de adequação ao grupo, ser passivo, retraído, infeliz e ainda sofrer com a vergonha, o medo, a depressão e a ansiedade^{28,29}. Além disso, as consequências desses episódios na infância podem repercutir na vida adulta com problemas associados a

comportamentos antissociais e à perda de oportunidades, como a instabilidade no emprego e relacionamentos afetivos pouco duradouros.²⁶⁻²⁸

No que diz respeito à associação entre autoestima e necessidade de tratamento ortodôntico, embora tenha sido estatisticamente insignificante, nota-se que uma grande parte dos adolescentes avaliados necessita de cuidados odontológicos relacionados a problemas de má oclusão. Além disso, vale ressaltar que, independente da necessidade ou não de tratamento ortodôntico, quase a totalidade dos participantes (91,41%) demonstrou desejo de corrigir os dentes para melhorar a aparência. Essa variável pode ser considerada como fator de risco (*odds ratio*=1.805) para vítimas de *bullying* terem uma autoestima muito negativa, demonstrando uma expressiva preocupação dos adolescentes com a aparência dentária.

O presente estudo detectou elevados níveis de autoestima muito negativa e vítimas de *bullying* entre os escolares, o que gera consequências diversas na vida adulta. Dessa forma, faz-se necessário identificar os fatores de risco para que se possam desenvolver ações preventivas adequadas.

3.7 Conclusão

Conclui-se que houve associação entre as variáveis autoestima e *bullying*. Aqueles que relataram consequências negativas sobre o *bullying* apresentaram chances três vezes maiores de ter autoestima muito negativa, já as chances dos adolescentes com cor da pele não branca foram quase duas vezes maiores. Não houve associação estatisticamente significativa entre autoestima e necessidade de tratamento ortodôntico.

3.8 Referências

1. Cavalcanti AL. Maxillo facial injuries in victims of violence at school environment. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14:1835-42.
2. Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *J Child Psychol Psychiatry*. 1994;35:1171-90.
3. Fekkes M, Pijpers FI, Verloove-Vanhorick SP. Effects of antibullying school program on bullying and health complaints. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160:638-44.

4. Kowalski RM, Limber SP. Psychological, physical, and academic correlates of cyberbullying and traditional bullying. *J Adolesc Health*. 2013;53:S13-20.
5. Malta DC, Silva MAI, Mello FCM, Monteiro RA, Sardinha LMV, Crespo C, et al. Bullying in Brazilian schools: results from the National School-based Health Survey (PeNSE), 2009. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15:3065-76.
6. Moura DR, Cruz ACN, Quevedo LÁ. Prevalence and characteristics of school age bullying victims. *J Pediatr (Rio J)*. 2011;87:19-23.
7. Bandeira, CM, Hutz CS. Implications of bullying in adolescents' self-esteem. *Psicol Esc Educ*. 2010;14:131-8.
8. Costa ACG. Protagonismo juvenil: adolescência, educação e participação democrática. Salvador: Fundação Odebrecht; 2000.
9. Campos FL, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Guerra LM, Ambrosano GMB, Meneghim MC, et al. A má oclusão e sua associação com variáveis socioeconômicas, hábitos e cuidados em crianças de cinco anos de idade. *Rev Odontol UNESP*. 2013;42:160-6.
10. Shaw WC, Meek SC, Jones DS. Nicknames, teasing, harassment and the salience of dental features among school school children. *Br Dent J*. 1980;7:75-80.]
11. Cons Nc, Jenny J, Kohout Fj, Freer Tj, Eismann D. Perceptions of occlusal conditions in Australia, the German Democratic Republic and the United States of America. *Int Dent J*. 1983;33:200-6.
12. Helm S, Petersen PE, Kreiborg S, Solow B. Effect of separate malocclusion traits on concern for dental appearance. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1986;14:217-20.
13. Scapini A, Feldens CA, Ardenghi TM, Kramer PF. Malocclusion impacts adolescents' oral health-related quality of life. *Angle Orthod*. 2013;83: 512-8.
14. Alsaker F, Olweus D. Global self-evaluations and perceived instability of self in Norwegian preschoolchildren and schoolchildren. *J Early Adolesc* 1986;6:269-78.

15. Kidscape: preventing bullying, protectin children. [cited 20 Maio 2015] Available from: <http://www.kidscape.org.uk>
16. Cons NC, Jenny J, Kohout FJ, Songpaisan Y, Jotikastira D. Utility of the dental aesthetic index in industrialized and developing countries. J Pub Health Dent. 1989;49:163-6.
17. Instituto Brasileiro de geografia e estatística (IBGE). Censo Brasil 2010. [cited 15 Abr 2015] Available from: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=350280
18. Khajehdaluae M, Zavar A, Alidoust M, Pourandi R. The relation of self-esteem and illegal drug usage in high school students. Iran Red Cres Med J. 2013;15:e7682.
19. Liang H, Flisher AJ, Lombard CJ. Bullying, violence, and risk behavior in South African school students. Child Abuse Negl. 2007;31:161-71.
20. Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. JAMA. 2001;285:2094-100.
21. Aalsma MC, Brown JR. What is bullying? J Adolesc Health. 2008;43:101-2.
22. Seals D, Young J. Bullying and victimization: prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self-esteem, and depression. Adolescence. 2003;38:735-47.
23. Rech RR, Halpern R, Tedesco A, Santos DF. Prevalence and characteristics of victims and perpetrators of bullying. J Pediatr (Rio J). 2013;89:164-70.
24. O'Moore M, Kirkham C. Self-esteem and its relationship to bullying behaviour. Aggress Behav. 2001;27:269-83.
25. Batista EHM. Bullying and ethnic-racial prejudice. POIÉSIS. 2013;7:302-23.
26. Pearce JB, Thompson AC. Practical approaches to reduce the impact of bullying. Arch Dis Child. 1998;79:528-31.

27. Ravens-Sieberer U, Kökönyei G, Thomas C. School and health. In: Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, et al, editors. Young people's health in context: Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Geneva: World Health Organization; 2004. p. 184-95.
28. Lopes Neto AA. Bullying: aggressive behavior among students. J Pediatr (Rio J). 2005;81:S164-72.
29. Kaltiala-Heino R, Rimpela M, Rantanen PI, Rimpela A. Bullying at school: an indicator of adolescents at risk for mental disorders. J Adolesc. 2000;23:661-74.

3.9 Tabelas

Tabela 1 - Distribuição absoluta e percentual das variáveis: idade, sexo, cor da pele, *Dental Aesthetic Index*, escala *Global Negative Self-Evaluation* e o desejo de corrigir os dentes para melhorar a aparência de adolescentes matriculados em escolas municipais.

VARIÁVEIS	n	%
Idade		
11	14	1.72
12	254	31.17
13	225	27.61
14	259	31.78
15	55	6.75
16	8	0.98
Sexo		
Feminino	488	59.88
Masculino	327	40.12
Cor da pele		
Branco	333	40.86
Negro	97	11.90
Pardo	385	47.24
<i>Dental Aesthetic Index</i>		
≤25 (Nenhuma Anormalidade Ou Má Oclusão Leve)	491	60.24
26-30 (Má Oclusão Definida)	179	21.96
30-35 (Má Oclusão Severa)	78	9.58
≥36 (Má Oclusão Muito Severa Ou Incapacitante)	67	8.22
<i>Global Negative Self-Evaluation</i>		
1.00-1.69 Muito Pouco Negativa	241	29.57
1.70-2.69 Pouco Negativa	256	31.41
2.70-3.99-Negativa	223	27.36
4.00-6.00- Muito Negativa	95	11.66
Desejo de corrigir os dentes para melhorar a aparência		
Sim	745	91.41
Não	70	8.59

Tabela 2 – Distribuição absoluta e percentual das variáveis relacionadas a episódios de *bullying* em adolescentes matriculados em escolas públicas.

VARIÁVEIS	n	%
Vítima de <i>bullying</i>		
Sim	393	48.22
Não	422	51.78
Frequência que sofreu <i>bullying</i>		
Uma vez	137	34.86
Diversas vezes	161	40.97
Quase todos os dias	57	14.50
Várias vezes por dia	38	9.67
Consequências do <i>bullying</i>		
Não teve consequências	214	54.44
Algumas consequências ruins	140	35.61
Consequências terríveis	22	5.96
Fez mudar de escola	17	4.31
Sexo do agressor		
Menino	256	65.14
Menina	91	23.16
Menino e menina	44	11.20
Não respondeu	2	0.51
Tipo de <i>bullying</i> sofrido		
Emocional	36	9.17
Verbal	183	46.56
Físico	55	14.00
Racista	48	12.21
Sexual	11	2.80
Mais de uma resposta	58	14.80
Não respondeu	2	0.21
Autor de <i>bullying</i>		
Sim	127	32.31
Não	266	67.69

Tabela 3 – Associação da autoestima com as demais variáveis dependentes.

VARIÁVEIS	Autoestima Muito Negativa n (%)	Autoestima Pouco Negativa n (%)	P VALOR
Sexo			
Feminino	218(26.75)	270(33.13)	<.0001*
Masculino	100(12.27)	227(27.85)	
Faixa etária			
11 – 13	195 (23.93)	298 (36.56)	0,6983
14 - 16	123 (15.09)	199 (24.42)	
Cor da pele			
Branca	110(13.50)	223(27.36)	0.0131
Parda	40(4.91)	57(6.99)	
Negra	168(20.61)	217(26.63)	
Dental Aesthetic Index			
≤ 25 (Não Necessita Tratamento)	185 (22.70)	306 (37.55)	0.3343
>25 (Necessita De Tratamento)	133 (16.32)	191 (23.44)	
Desejo de orrigir os dentes			
Sim	304 (37.30)	441 (54.11)	0.0006*
Não	14 (1.72)	56 (6.87)	
Vítima de bullying			
Sim	203 (24.91)	190 (23.31)	<.0001*
Não	115 (14.11)	307 (37.67)	
Frequência que sofreu bullying			
Uma Vez	60 (15.27)	77 (19.59)	0.0111*
Diversas Vezes	81 (20.61)	80 (20.36)	
Quase Todos Os Dias	39 (9.92)	18 (4.58)	
Várias Vezes Por Dia	23 (5.85)	15 (3.82)	
Consequências do bullying			
Não Teve Consequências	82 (20.87)	132 (33.59)	<.0001*
Algumas Consequências Ruins	94 (23.94)	46 (11.70)	
Consequências Terríveis	16 (4.07)	6 (1.53)	
Fez Mudar De Escola	11 (2.80)	6 (1.53)	
Sexo do Agressor			
Menino	128(32.57)	128(32.57)	0.0600
Menina	45(11.45)	46(11.70)	
Menino E Menina	30(7.63)	14(3.56)	
Não Respondeu	-	2(0.51)	
Tipo de bullying sofrido			
Emocional	18 (4.58)	18 (4.58)	0.1579
Verbal	85 (21.6)	5 (1.27)	
Físico	28 (7.12)	27 (6.87)	
Racista	26 (6.62)	22 (5.60)	
Sexual	5 (1.27)	6 (1.53)	
Mais De Uma Resposta	40 (10.18)	18 (4.58)	
Não Respondeu	1 (0.25)	1 (0.25)	
Vítima já foi autor de bullying			
Sim	68(17.30)	59(15.0)	0.6045
Não	135(34.35)	131(33.33)	

*estatisticamente significante

Tabela 4 – Análise de regressão logística considerando o desfecho “autoestima muito negativa” para as variáveis dependentes.

VARIÁVEIS		OR	IC 95%
Sexo	Feminino	1.326	0.856 - 2.055
	Masculino	1	
Cor da pele	Não branco	1.914	1.239 - 2.956*
	Branco	1	
Desejo de corrigir os dentes	Sim	1.805	0.756 - 4.307
	Não	1	
Frequência que sofreu <i>bullying</i>	Uma vez	1.202	0.763 - 1.893
	Mais de uma vez	1	
Consequências do <i>bullying</i>	Com consequências	3.343	2.152 - 5.192*
	Sem consequências	1	

* estatisticamente significativa

Capítulo 2*

Two horizontal bars, one dark gray and one light gray, positioned below the chapter title.

* Anexo D – Normatização do Capítulo 2 segundo o periódico The Angle Orthodontist

Renata Colturato Joaquim Gatto

4 Capítulo 2 - Qualidade de vida relacionada a saúde bucal, necessidade de tratamento ortodôntico e *bullying* em adolescentes brasileiros

4.1 Resumo

Objetivo: verificar a associação de necessidade de tratamento ortodôntico e *bullying* na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de adolescentes brasileiros. **Metodologia:** trata-se de um estudo epidemiológico transversal realizado com adolescentes de 11 a 16 anos, matriculados na rede pública de ensino de um município do noroeste paulista. Para avaliar a necessidade de tratamento ortodôntico, foi utilizado o *Dental Aesthetic Index*. As demais variáveis foram coletadas utilizando um questionário autoaplicável contendo informações sobre tratamento ortodôntico prévio, desejo de corrigir os dentes para melhorar a aparência e os índices *Oral Health Impact Profile-14* e *Kidscape*. Os dados foram analisados utilizando estatística descritiva, análises de associação e regressão logística multivariada. **Resultados:** 815 adolescentes participaram da pesquisa. Houve associação estatisticamente significativa entre qualidade de vida relacionada a saúde bucal e as variáveis: tratamento ortodôntico prévio ($p=0.0270$), desejo de corrigir os dentes ($p<.0001$), sexo ($p=0.0309$), *bullying* ($p<.0001$), frequência de episódios de *bullying* ($p=0.0170$) e consequências do *bullying* ($p<.0001$). Os adolescentes que apresentaram fator de risco para qualidade de vida ruim foram aqueles que não realizaram tratamento ortodôntico prévio ($OR= 2.191$) e as vítimas de *bullying* com consequências negativas ($OR= 3.042$). **Conclusão:** houve associação entre as variáveis qualidade de vida relacionada a saúde bucal e *bullying*. Aqueles que relataram consequências negativas após sofrer *bullying* apresentaram chances três vezes maiores de ter uma qualidade de vida ruim. Não houve associação estatisticamente significativa entre necessidade de tratamento ortodôntico e qualidade de vida. O tratamento ortodôntico prévio representou um fator de proteção para qualidade de vida ruim.

Palavras-chave: Adolescente. Qualidade de Vida. Bullying. Ortodontia. Má oclusão.

Quality of life related to oral health, need for orthodontic treatment and bullying in Brazilian teenagers

4.2 Abstract

Objective: This study's goal was to verify the association of the need for orthodontic treatment and bullying with oral health-related quality of life of Brazilian teenagers.

Materials and Methods: this is a cross-sectional epidemiological study which population is comprised from 11 to 16 year-old teenagers, enrolled in public schools from a medium-sized city of the northwest region of the state of São Paulo, Brazil. Dental Aesthetic Index (DAI) was used to verify the need for orthodontic treatment. Other variables were collected through the use of self-reporting questionnaire, with information on previous orthodontic treatment, desire to correct the tooth to improve appearance and the Oral Health Impact Profile-14 and Kidscape indexes. Descriptive statistics, association analysis and multivariable logistic regression were used for data analysis. **Results:** Totally, 815 teenagers participated of the study. The variable oral health-related quality of life had a statistically significant association with previous orthodontic treatment ($p=0.0270$), with the desire to correct the tooth ($p<.0001$), with gender ($p=0.0309$), with bullying ($p<.0001$), with the frequency with which the teenager the frequency with which the teenager suffered bullying ($p=0.0170$) and the effects of bullying ($p<.0001$). Teenagers that had not previously received an orthodontic treatment ($OR= 2.191$) and had being visctims of bullying ($OR= 3.042$) had a risk factor for a low quality of life. **Conclusion:** The variable oral health-related quality of life was associated with the variable bullying. Those who reported negative effects after suffering bullying had three times more chances of having a low quality of life. Self-esteem did not have a statistically significant association with the need for orthodontic treatment and quality of life. The previous orthodontic treatment was a factor of protection for a low quality of life.

Keywords: Adolescent. Quality of Life. Orthodontics. Malocclusion.

4.3 Introdução

A má oclusão é considerada um problema de saúde pública, pois apresenta alta prevalência e pode interferir negativamente na qualidade de vida.¹ Por consequência, a necessidade de tratamento emerge a fim de restabelecer os aspectos funcionais e psicossociais dos pacientes acometidos por essa desordem. A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua saúde como “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade”², enfatizando, assim, a relação direta entre qualidade de vida e estado de saúde geral.

Embora, tradicionalmente, os ortodontistas considerem a saúde bucal e o reestabelecimento da função como objetivos principais da intervenção clínica, os efeitos psicológicos e sociais acabam sendo o principal motivo da procura dos pacientes por tratamento.³ Dessa forma, pensando no bem estar geral dos pacientes, muitos pesquisadores têm conseguido evidenciar uma melhora na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) com o tratamento ortodôntico.⁴⁻⁷

Apesar da falta de evidências consistentes de que a má oclusão pode afetar o bem-estar psicossocial a longo prazo,⁸ as características faciais, especialmente a estética bucal, podem influenciar diretamente na maneira como as pessoas se veem em relação à aparência⁹, especialmente durante a fase da vida em que há interação social e afetiva intensa.¹⁰

A expressão da imagem corporal possui grande relevância no período da adolescência. A insatisfação com o corpo nessa fase pode ser bastante prevalente, pois as mudanças ocorridas fisicamente e as transformações biopsicossociais significativas inerentes a esse período da vida podem ser potencialmente negativas quando os indivíduos estão “morbidamente preocupados em como eles aparecem aos olhos dos outros”.^{11,12} Essa insatisfação com a imagem corporal pode aparecer como fator associado ao *bullying*.^{13,14}

O *bullying* entre adolescentes no ambiente escolar vem sendo amplamente estudado. Esse fenômeno é considerado um subtipo de violência e caracteriza-se por ações negativas de parte de um ou mais estudantes numa relação desigual de poder. Evidências recentes têm relatado a prevalência de *bullying* nos adolescentes com má oclusão.^{15,16}

Diante do exposto, e considerando importante a interferência na vida adulta das experiências vividas na adolescência, o presente estudo objetivou verificar a associação

da necessidade de tratamento ortodôntico e *bullying* na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de adolescentes brasileiros.

4.4 Metodologia

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal realizado com adolescentes de ambos os sexos matriculados nas escolas públicas do município de Araçatuba no ano de 2014.

O município possui 20 escolas de ensino fundamental na área urbana, destas, 19 participaram da pesquisa, pois uma escola não consentiu em participar em tempo hábil para a coleta dos dados (N=4.283). Os escolares participantes da pesquisa pertenciam à faixa etária de 11 a 16 anos (estudantes do 7º, 8º e 9º ano do ensino fundamental). A escolha dessa faixa etária teve como justificativa o mínimo de escolarização necessária para responder ao questionário autoaplicável. Não participaram da pesquisa:

- Adolescentes cujos pais não autorizaram os exames;
- Adolescentes que tinham autorização, mas não quiseram participar da pesquisa;
- e
- Adolescentes que não estavam presentes nas três datas programadas para os exames.

A amostra final foi composta por 815 adolescentes.

Coleta de dados

Inicialmente, os sujeitos da pesquisa responderam ao questionário autoaplicável contendo as variáveis: sexo, faixa etária, cor da pele, tratamento ortodôntico realizado previamente à pesquisa, desejo de corrigir os dentes para melhorar a aparência e os índices *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) e *Kidscape*.

O índice OHIP-14 mensura a repercussão dos problemas odontológicos na qualidade de vida do indivíduo. Sua primeira versão foi desenvolvida por Slade e Spencer em 1994¹⁷, contendo 49 questões (OHIP-49); posteriormente, Slade, 1997¹⁸ publicou uma forma reduzida do original contendo 14 questões (OHIP-14).

Oliveira e Nadanovsky, 2005,¹⁹ realizaram a validação do instrumento em língua portuguesa descrevendo as propriedades psicométricas da versão brasileira do OHIP-14. O resultado desse índice pode variar de 0 a 56. O valor mínimo obtido no presente

estudo foi 0 e o maior, 32. Consideramos a mediana como ponto de corte; dessa forma, foi considerado OHIP < 8 como bom e ≥ 8 como ruim.

Para avaliação de *bullying* entre os escolares, utilizou-se o *Kidscape*, instrumento elaborado pela instituição inglesa homônima que atua na prevenção do *bullying* e do abuso sexual infantil²⁰. Foram consideradas as questões relativas à frequência em que sofreu *bullying*, as consequências, o tipo de intimidação, o sexo do autor e se a vítima já foi alguma vez autora de *bullying*.

Posteriormente, o exame bucal foi realizado utilizando o *Dental Aesthetic Index* (DAI), instrumento proposto por Cons e colaboradores²¹ que avalia, além da oclusão, o comprometimento estético do indivíduo. Após o exame, a condição oclusal é categorizada em: nenhuma anormalidade ou má oclusão leve (sem necessidade), má oclusão definida, má oclusão severa e má oclusão muito severa ou incapacitante. Para a análise da associação dos dados, os resultados desse índice foram dicotomizados em necessidade de tratamento (>25: leve, moderada e severa) e sem necessidade de tratamento (≤ 25 : normal).

O exame bucal e o preenchimento do questionário foram realizados na própria instituição de ensino por um único pesquisador, previamente calibrado. O estudo piloto antecedeu a pesquisa para testar a adequação do instrumento de coleta.

Análise dos dados

Os dados foram analisados utilizando o programa estatístico *SAS for Windows*, versão 9.3. O teste do qui-quadrado ou teste de Fisher a um nível de 5% de significância foi aplicado para verificar a associação entre qualidade de vida relacionado à saúde bucal com as variáveis independentes (sexo, faixa etária, cor da pele, índice DAI, tratamento ortodôntico prévio, desejo de corrigir os dentes, *bullying*, frequência que sofreram *bullying*, sexo do autor, o tipo de *bullying* sofrido e se a vítima já foi autora de *bullying*). A análise multivariada foi realizada por meio de regressão logística considerando a qualidade de vida ruim como variável resposta e as demais como explanatórias. As variáveis que apresentaram significância estatística foram introduzidas no modelo e os resultados foram expressos como uma razão de chances (OR) na associação com QVRSB ruim e o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC).

Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, sob o número de protocolo FOA-01080/2011. Os adolescentes foram examinadas apenas quando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido havia sido assinado pelos pais ou responsáveis. A coleta teve início após a autorização da dirigente regional de ensino e da direção das escolas envolvidas.

4.5 Resultados

A taxa de retorno do presente estudo foi de 19,03%, totalizando 815 adolescentes participantes. Considerando que, para a faixa etária dos alunos, a prevalência de *bullying* na cidade de Araçatuba é desconhecida (50%), com uma margem de erro de 5% e confiabilidade de 95%, o tamanho amostral mínimo foi de 384 indivíduos.

Sendo consideradas todas as escolas do município, a coleta foi feita em duas etapas: uma que levava em consideração as escolas e a outra, os alunos. Desse modo, pode-se fixar que existe um efeito do delineamento amostral de dois (referente a dois estágios de coleta) e, neste caso, o tamanho amostral foi de, no mínimo, 768 indivíduos. Assim, a amostra pode ser considerada representativa.

Como foram coletadas informações de 815 indivíduos, a amostra pode ser considerada representativa. Além disso, a estimativa de *bullying* na amostra foi estimada em 48,22%, o que está próximo à prevalência estabelecida e dentro da margem de erro considerada.

O valor absoluto e percentual das variáveis idade, sexo, cor da pele, tratamento ortodôntico prévio, desejo de corrigir os dentes para melhorar a aparência e dos índices DAI e OHIP-14 foram expressos na Tabela 1.

Tabela 1

A Tabela 2 apresenta os dados do questionário *Kidscape*, que foi adaptado para o presente estudo. Para a questão referente ao sexo do autor do *bullying*, foram acrescentadas as seguintes categorias: menino, menina e não respondeu; para a questão sobre o tipo de *bullying* sofrido, foram incluídas: mais de uma resposta e não respondeu.

Tabela 2

A associação entre QVRSB e demais variáveis independentes foi exposta na Tabela 3. Houve associação estatisticamente significativa entre QVRSB e sexo, tratamento ortodôntico realizado previamente à coleta de dados, desejo do adolescente de corrigir os dentes para melhorar a aparência, *bullying*, frequência dos episódios de *bullying* e consequências negativas relacionadas ao *bullying*. Após a análise de associação, as variáveis sexo, cor da pele, desejo de corrigir os dentes, tratamento ortodôntico prévio frequência e consequências de *bullying* foram lançados no modelo de regressão logística para análise multivariada; os resultados foram expressos na Tabela 4.

Tabela 3

Tabela 4

4.6 Discussão

Os achados do presente estudo revelaram uma alta porcentagem de *bullying* entre os adolescentes participantes e uma associação estatisticamente significativa com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Adolescentes que sofrem com o *bullying* podem apresentar consequências devastadoras em sua vida emocional. Baixa autoestima, comprometimento no desempenho escolar, depressão, solidão, insegurança e timidez são comumente relatados na literatura como sequelas dessa mazela.²²⁻²⁴ O conceito de saúde, no sentido mais amplo, está diretamente relacionado com a qualidade de vida; a forte associação encontrada no presente estudo entre *bullying* e qualidade de vida justifica esse conceito, pois o possível comprometimento social e emocional das vítimas que relataram consequências negativas do *bullying* apresentaram chances três vezes maiores de ter qualidade de vida ruim.

Essa associação já relatada anteriormente na literatura⁴⁻⁷ e identificada no presente estudo gera preocupação, pois a adolescência é uma fase de grandes transformações.^{11,12} Os conceitos estabelecidos nessa idade repercutem nas relações comportamentais na vida adulta, podendo gerar consequências negativas tanto na área profissional como na área afetiva.²⁵⁻²⁷

Dessa forma, é importante intervir na prevenção desse fenômeno, que pode deixar sequelas emocionais por toda a vida. Nos casos mais graves de perseguição, a depressão pode comprometer gravemente o estado emocional da vítima e, infelizmente, não são raros os casos que, na busca desesperada de cessar a perseguição, terminam

tragicamente em suicídio.²⁸ Assim, evidenciar e dimensionar o problema ajuda no direcionamento de estratégias voltadas para ações preventivas. Tanto a escola como o ambiente familiar têm um importante papel no apoio a esses adolescentes.

É imprescindível ressaltar o valor da imagem corporal no período da adolescência. Diferenças do padrão estético de beleza divulgados pela mídia (má oclusão, obesidade, deficiência visual e cor da pele) podem motivar episódios de *bullying*.²⁹

Embora a associação entre qualidade de vida relacionada à saúde bucal e necessidade de tratamento ortodôntico não tenha sido estatisticamente significativa, quase a totalidade dos estudantes relataram o desejo de corrigir os dentes para melhorar a aparência, independente da necessidade do tratamento. Essa variável apresentou associação significativa com qualidade de vida, sugerindo grande preocupação do adolescente com a aparência dentária, o que indica a importância da imagem corporal. Esse fato confirma achados da literatura que revelam a importância do aspecto psicológico e social na procura do paciente na busca por tratamento.^{3,6,30}

Por consequência, os resultados do presente estudo demonstraram que adolescentes com tratamento ortodôntico realizado previamente à pesquisa apresentaram um fator de proteção para QVRSB ruim; aqueles que não tinham sido tratados anteriormente apresentaram duas vezes mais chances de terem uma QVRSB ruim.

Esse fato é de grande relevância tendo em vista o ambiente em que a pesquisa foi realizada. Os estudantes foram abordados no seu cotidiano escolar, diferente de outros estudos^{4,6} que abordam os adolescentes que procuram por tratamento ortodôntico. Dessa forma, sugere-se que o tratamento realizado anteriormente teve efeito significativo na qualidade de vida dos sujeitos pesquisados.

Os resultados deste estudo não podem ser generalizados para outras localidades; entretanto, é relevante salientar a necessidade de comparar os resultados do presente estudo com outros trabalhos conduzidos, no Brasil e em outros países, com similaridade de objetivos.

Alguns fatores limitantes do presente estudo devem ser considerados, como a pequena adesão da população-alvo. Embora a amostra tenha sido representativa, obteve-se um baixo índice de retornos das autorizações dos pais/responsáveis pelos adolescentes. Diferentemente de outros países, culturalmente, os brasileiros não têm o

hábito de participar de pesquisas científicas; o governo não incentiva esse costume, faltando um estímulo que ressalte a importância dessas pesquisas para o meio científico. Além disso, não há como afirmar se as autorizações foram entregues aos responsáveis pelos alunos; segundo relato da coordenação das escolas participantes, a faixa etária estudada não demonstra grande interesse por assuntos extracurriculares.

A abordagem longitudinal desses alunos seria de grande relevância para avaliar o impacto ao longo da vida dessas ações vivenciadas na adolescência. Além disso, outros estudos envolvendo uma metodologia de abordagem qualitativa seriam interessantes para investigar os sentimentos e as opiniões desses jovens, que são os atores principais deste estudo, para poder direcionar as estratégias de prevenção do problema.

4.7 Conclusão

- Houve associação entre as variáveis QVRSB e *bullying*.
- Os adolescentes que relataram consequências negativas após episódios de *bullying* apresentaram chances três vezes maiores de ter QVRSB ruim.
- Não houve associação estatisticamente significativa entre necessidade de tratamento ortodôntico e QVRSB.
- Os adolescentes que já haviam realizado tratamento ortodôntico previamente à pesquisa apresentaram um fator de proteção para QVRSB ruim.

4.8 Referências

1. Marques LS, Barbosa CC, Ramos-Jorge ML, Pordeus IA, Paiva SM. Malocclusion prevalence and orthodontic treatment need in 10-14-year-old schoolchildren in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: a psychosocial focus. *Cad Saúde Pública*. 2005;21:1099-1106.
2. OMS (Organização Mundial de Saúde) Carta de Constituição da Organização Mundial da Saúde. 1946. Disponível em <<http://www.onuportugal.pt/oms.doc>>. Acesso em 11 de junho de 2015.

3. Paula Júnior DF, Santos NCM, Silva ET, Nunes MF, Leles RL. Psychosocial impact of dental esthetics on quality of life in adolescents. *Angle Orthod.* 2009;79:1188-1193.
4. Feu D, Oliveira BH, Almeida MAO, Kiyak HA, Miguel JA. Oral health-related quality of life and orthodontic treatment seeking. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2010;138:152–159.
5. Locker D, Jokovic A, Tompson B, Prakash P. Is the child perceptions questionnaire for 11–14 year olds sensitive to clinical and self-perceived variations in orthodontic status? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35:179–185.
6. Feu D, Miguel JAM, Celeste RK, Oliveira, BH. Effect of orthodontic treatment on oral health–related quality of life. *Angle Orthod.* 2013;83:892-898.
7. Dahong X, Xiangrong C, Ying L, Yusong L, Ying G, Yan S. Effect of incisor position on the self-perceived psychosocial impacts of malocclusion among Chinese young adults. *Angle Orthod.* 2013;83:617-622.
8. Borzabadi-Farahani A. A review of the evidence supporting the aesthetic orthodontic treatment need indices. *Prog Orthod.* 2012;13:304-313.
9. Burden DJ. Oral health-related benefits of orthodontic treatment. *Semin Orthod.* 2007;13:76–80.
10. Claudino D, Traebert J. Malocclusion, dental aesthetic self-perception and quality of life in a 18 to 21 year-old population: a cross section study. *BMC Oral Health.* 2013;13:3.
11. Silva MLA, Taquette, SR, Coutinho ESF. Senses of body image in adolescents in elementary school. *Rev Saúde Pública.* 2014;48:438-444.
12. Holmqvist K, Frisén A. “I bet they aren’t that perfect in reality:” appearance ideals viewed from the perspective of adolescent with a positive body image. *Body Image.* 2012;9:388-395.

13. Brixval CS, Rayce SL, Rasmussen M, Holstein BE, Due P. Overweight, body image and bullying: an epidemiological study of 11- to 15-years olds. *Eur J Public Health*. 2012;22:126-130.
14. Rech RR, Halpern R, Tedesco A, Santos DF. Prevalence and characteristics of victims and perpetrators of bullying. *J Pediatr*. 2013;89:164-170.
15. Seehra J, Newton JT, DiBiase AT. Bullying in schoolchildren – its relationship to dental appearance and psychosocial implications: an update for GDPs. *Br Dent J*. 2011;210:411-415.
16. DiBiase AT, Sandler PJ. Malocclusion, orthodontics and bullying. *Dent Update*. 2001;28:464–466
17. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994;11:3-11.
18. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25:284-290.
19. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33:307-314.
20. Kidscape: preventing bullying, protectin children. Available at: <http://www.kidscape.org.uk/>. Accessed: May 20, 2013.
21. Cons NC, Jenny J, Kohout FJ, Songpaisan Y, Jotikastira D. Utility of the dental aesthetic index in industrialized and developing countries. *J Pub Health Dent*. 1989;49:163-166.
22. Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *J Child Psychol Psychiatry*. 1994;35:1171–1190.

23. Kowalski RM, Limber SP. Psychological, physical, and academic correlates of cyberbullying and traditional bullying. *J Adolesc Health*. 2013;53:S13-20.
24. Malta DC, Silva MAI, Mello FCM, et al. Bullying in Brazilian schools: results from the National School-based Health Survey (PeNSE), 2009. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15:3065-3076.
25. Pearce JB, Thompson AC. Practical approaches to reduce the impact of bullying. *Arch Dis Child*. 1998;79:528-531.
26. Ravens-Sieberer U, Kökönyei G, Thomas C. School and health. In: Currie C, Roberts C, Morgan A, et al., ed. Young people's health in context: Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Geneva: World Health Organization; 2004:184-195.
27. Lopes Neto AA. Bullying: aggressive behavior among students. *J Pediatr*. 2005;81:S164-S172.
28. Messias E, Kindrick K, Castro J. School bullying, cyberbullying, or both: correlates of teen suicidality in the 2011 CDC Youth Risk Behavior Survey. *Compr Psychiatry*. 2014;55:1063-1068.
29. Batista EHM. Bullying and ethnic-racial prejudice. *POIÉISIS*. 2013;7:302-323.
30. Andiappana M, Gaob W, Bernabe E, Kandalad NB, Donaldsone AN. Malocclusion, orthodontic treatment, and the Oral Health Impact Profile (OHIP-14): systematic review and meta-analysis. *Angle Orthod*. 2015;85:493-500.

4.9 Tabelas

Tabela 1 - Distribuição absoluta e percentual das variáveis: idade, sexo, cor da pele, *Dental Aesthetic Index* e *Oral Health Impact Profile*, em adolescentes matriculados em escolas municipais.

Variáveis	n	%
Idade		
11	14	1.72
12	254	31.17
13	225	27.61
14	259	31.78
15	55	6.75
16	8	0.98
Sexo		
Feminino	488	59.88
Masculino	327	40.12
Cor da pele		
Branco	333	40.86
Negro	97	11.90
Pardo	385	47.24
Tratamento ortodôntico prévio		
Sim	190	23.31
Não	625	76.69
Gostaria de corrigir os dentes para melhorar a aparência		
Sim	745	91.41
Não	70	8.59
<i>Dental aesthetic index (DAI)</i>		
≤25 (nenhuma anormalidade ou má oclusão leve)	491	60.25
26-30 (má oclusão definida)	179	21.96
30-35 (má oclusão severa)	78	9.57
≥36 (má oclusão muito severa ou incapacitante)	67	8.22
<i>Oral health impact profile (ohip- 14)</i>		
Boa (≤ 8)	439	53.86
Ruim (> 9)	376	46.14

Tabela 2 -Distribuição absoluta e percentual das variáveis relacionadas a episódios de *bullying* em adolescentes matriculados em escolas públicas.

VARIÁVEIS	N	%
Vítima de <i>bullying</i>		
Sim	393	48.22
Não	422	51.78
Frequência que sofreu <i>bullying</i>		
Uma vez	137	34.86
Diversas vezes	161	40.97
Quase todos os dias	57	14.50
Várias vezes por dia	38	9.67
Consequências do <i>bullying</i>		
Não teve consequências	214	54.44
Algumas consequências ruins	140	35.61
Consequências terríveis	22	5.96
Fez mudar de escola	17	4.31
Sexo do agressor		
Menino	256	65.14
Menina	91	23.16
Menino e menina	44	11.20
Não respondeu	2	0.51
Tipo de <i>bullying</i> sofrido		
Emocional	36	9.17
Verbal	183	46.56
Físico	55	14.00
Racista	48	12.21
Sexual	11	2.80
Mais de uma resposta	58	14.80
Não respondeu	2	0.21
Autor de <i>bullying</i>		
Sim	127	32.31
Não	266	67.69

Tabela 3 -Associação da qualidade de vida relacionada a saúde bucal com as demais variáveis dependentes.

Variáveis	QVRSB ruim n (%)	QVRSB boa n (%)	P valor
Sexo			
Feminino	260 (31.90)	228 (27.98)	0.0309*
Masculino	149 (18.28)	178 (21.84)	
Faixa etária			
11-13	255 (31.29)	238 (29.20)	0.2766
14-16	154 (18.90)	168 (20.61)	
Cor da pele			
Branca	158 (19.39)	175 (21.47)	0.4064
Parda	199 (24.42)	186 (21.47)	
Negra	52 (6.38)	45 (5.52)	
Tratamento ortodôntico prévio			
Sim	82 (10.06)	108 (13.25)	0.0270*
Não	327 (40.12)	298 (36.56)	
Desejo de corrigir os dentes			
Sim	390 (47.85)	355 (43.56)	<.0001*
Não	19 (2.33)	51 (6.26)	
Dental Aesthetic Index (DAI)			
≤ 25 (não necessita tratamento)	246(30.18)	246(30.18)	0.9539
>25 (necessita de tratamento)	163(20.0)	161(19.75)	
Vítima de bullying			
Sim	246(30.18)	147(18.04)	<.0001*
Não	163(20.0)	259(31.78)	
Frequência que sofreu bullying			
Uma vez	73(18.58)	64(16.28)	0.0170*
Diversas vezes	103(26.21)	58(14.76)	
Quase todos os dias	42(10.69)	15(3.82)	
Várias vezes por dia	28(7.12)	10(2.54)	
Consequências do bullying			
Não teve consequências	110(27.99)	104(26.46)	<.0001*
Algumas consequências ruins	106(26.97)	34(8.65)	
Consequências terríveis	18(4.58)	4(1.02)	
Fez mudar de escola	12(3.05)	5(1.27)	
Tipo de bullying sofrido			
Emocional	17(4.33)	19(4.83)	0.1289
Verbal	110(27.9)	73(18.5)	
Físico	33(8.40)	22(5.60)	
Racista	35(8.91)	13(3.31)	
Sexual	7(1.78)	4(1.02)	
Mais de uma resposta	43(10.64)	15(3.82)	
Não respondeu	1(0.25)	1(0.25)	
Vítima já foi autor de bullying			
Sim	75 (19.08)	52 (13.23)	0.3162
Não	171 (43.51)	95 (24.17)	

*estatisticamente significativa

Tabela 4 -Análise de regressão logística considerando o desfecho “qualidade de vida relacionada a saúde bucal ruim com as variáveis dependentes.

VARIÁVEIS		OR	IC95%
Sexo	Feminino	1.172	0.745 – 1.845
	Masculino	1	
Cor da pele	Não branco	1.331	0.856 – 2.069
	Branco	1	
Desejo de corrigir os dentes	Sim	1.226	0.524 - 2.865
	Não	1	
Frequência que sofreu <i>bullying</i>	Uma vez	1.482	0.935 – 2.340
	Mais de uma vez	1	
Consequências do <i>bullying</i>	Com consequências	3.042	1.715 – 4.831*
	Sem consequências	1	
Tratamento ortodôntico prévio	Não	2.191	1.302 – 3.687*
	Sim	1	

* estatisticamente significativa

Considerações Finais

Two horizontal bars, one dark gray and one light gray, positioned below the title.

5 Considerações finais

Com base nos resultados apresentados, pode-se concluir que as consequências negativas causadas pelo *bullying* entre os adolescentes estudados tiveram um alto impacto na autoestima muito negativa e na qualidade de vida ruim desses jovens. Esse fato é preocupante tendo em vista os reflexos negativos que essa situação pode gerar na vida adulta da vítima.

Houve também uma alta prevalência de má oclusão entre os jovens pesquisados, que, quase totalmente, desejavam corrigir os dentes para melhorar a aparência, independente da necessidade de tratamento. Esse dado reflete a importância dada à imagem corporal nesse período da vida.

Dimensionar e caracterizar o problema é de suma importância para a criação de estratégias preventivas voltadas para o enfrentamento dessas questões. A educação seria, talvez, o caminho mais assertivo para favorecer o convívio social e a aceitação das diferenças ainda na infância. Crescer num ambiente favorável e estimulado pelos pais e educadores sobre a igualdade social pode amenizar os episódios de *bullying* e todas as consequências a ele relacionadas.

Além disso, o apoio familiar à vítima de *bullying* ajuda a minimizar as sequelas deixadas por esses eventos, que podem ser fatais nos casos mais graves. Quando a criança se sente segura, ela tem mais facilidade para buscar ajuda, tanto dos pais como da direção da escola.

Programas de prevenção devem ser desenvolvidos para que todos os agentes sociais envolvidos nessa problemática saibam lidar com a questão nos diferentes estágios em que ela possa aparecer. A educação nas escolas deve contribuir para a formação dos estudantes de forma integral, o que inclui fomentar ações que envolvam promoção, prevenção e atenção à saúde, tendo como ponto de partida o enfrentamento de vulnerabilidades que possa comprometer o pleno desenvolvimento de crianças e jovens estudantes.

Anexos

Two horizontal bars are positioned below the title. The top bar is dark gray and the bottom bar is light gray. Both bars have rounded ends and are slightly offset from each other.

Anexo A - Comitê de Ética



CERTIFICADO

Certificamos que o Projeto "*Violência no âmbito escolar*", sob a responsabilidade da Pesquisadora **CLÉA ADAS SALIBA GARBIN**, está de acordo com os Princípios Éticos em Pesquisa e foi aprovado em 12/08/2011, de acordo com o Processo FOA-01080/2011.

Araçatuba, 23 de agosto de 2011.



ALBERTO CARLOS BOTAZZO DELBEM
Coordenador do CEP

ACBD/adm.

Faculdade de Odontologia e Curso de Medicina Veterinária
Rua José Bonifácio, 1193 CEP 16015-050 Araçatuba - SP
Tel (18) 3636-3234 E-mail: cep@foa.unesp.br

Anexo B - Referências da Introdução Geral

Assis SG, Avanci, JQ, Pesce RP, Deslandes SF. Superação de dificuldades na infância e adolescência: conversando com profissionais de saúde sobre resiliência e promoção da saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPq; 2006.

Bandeira CM, Hutz CS. Implications of bullying in adolescents' self-esteem. *Psicol Esc Educ*. 2010;14:131-8.

Lordelo LR, Bastos, ACS, Alcantara, MAR. Vivendo em contexto de violência: o caso de um adolescente. *Psicol. estud*, Maringá. 2002. 7(2): 31-40.

Marques LS, Barbosa CC, Ramos-Jorge ML, Pordeus IA, Paiva SM. Malocclusion prevalence and orthodontic treatment need in 10-14-year-old schoolchildren in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: a psychosocial focus. *Cad Saúde Pública*. 2005;21:1099-1106.

Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA*. 2001;285:2094-100.

Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *J Child Psychol Psychiatry*. 1994;35:1171-90.

Rech RR, Halpern R, Tedesco A, Santos DF. Prevalence and characteristics of victims and perpetrators of bullying. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89:164-70.

Sebald, H. Adolescent's peer orientation: changes in the support system during the past three decades. *Adolescence*, 1989. 24: 937-945.

Anexo C – Jornal de Pediatria



Instruções aos autores

ISSN 0021-7557 versão impressa
ISSN 1678-4782 versão online
INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Submissão de Arquivos
Diretrizes para a preparação do original
Instruções para envio de material para publicação

Submissão de Arquivos

O Jornal de Pediatria é a publicação científica da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), com circulação regular desde 1934. Todo o conteúdo do Jornal de Pediatria está disponível em português e inglês no site <http://www.jped.com.br>, que é de livre acesso. O Jornal de Pediatria é indexado pelo Index Medicus/MEDLINE (<http://www.pubmed.gov>), SciELO (<http://www.scielo.org>), LILACS (<http://www.bireme.br/abd/P/lilacs.htm>), EMBASE/Excerpta Medica (<http://www.embase.com>), Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) Data Bases (<http://www.siicsalud.com>), Medical Research Index (<http://www.purplehealth.com/medical-research-index.htm>) e University Microfilms International.

O Jornal de Pediatria publica resultados de investigação clínica em pediatria e, excepcionalmente, de investigação científica básica. Aceita-se a submissão de artigos em português e inglês (<http://ees.elsevier.com/jped>). Na versão impressa da revista, os artigos são publicados em inglês. No site, todos os artigos são publicados em português e inglês, tanto em HTML quanto em PDF. A grafia adotada é a do inglês americano. Por isso, recomenda-se que os autores utilizem a língua com a qual se sintam mais confortáveis e confiantes de que se comunicam com mais clareza. Se um determinado artigo foi escrito originalmente em português, não deve ser submetido em inglês, a não ser que se trate de uma tradução com qualidade profissional.

Observação importante: A língua oficial de publicação do Jornal de Pediatria é o inglês e todo o site de submissão é apresentado exclusivamente em inglês.

Diretrizes para a preparação do original

Processo de revisão (Peer review)

Todo o conteúdo publicado pelo Jornal de Pediatria passa por processo de revisão por especialistas (peer review). Cada artigo submetido para apreciação é encaminhado aos editores, que fazem uma revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigência do Jornal de Pediatria e ao atendimento de todas as normas requeridas para envio dos originais. A seguir, remetem o artigo a dois revisores especialistas na área pertinente, selecionados de um cadastro de revisores. Os revisores são sempre de instituições diferentes da instituição de origem do artigo e são cegos quanto à identidade dos autores e ao local de origem do trabalho. Após receber ambos os pareceres, o Conselho Editorial os avalia e decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Conforme a necessidade, um determinado artigo pode retornar várias vezes aos autores para esclarecimentos e, a qualquer momento, pode ter sua recusa determinada. Cada versão é sempre analisada pelo Conselho Editorial, que detém o poder da decisão final.

Tipos de artigos publicados

O Jornal de Pediatria aceita a submissão espontânea de artigos originais, artigos especiais e cartas ao editor.

Artigos originais incluem estudos controlados e randomizados, estudos de testes diagnósticos e de triagem e outros estudos descritivos e de intervenção, bem como pesquisa básica com animais de laboratório. O texto deve ter no máximo 3.000 palavras, excluindo tabelas e referências; o número de referências não deve exceder 30. O número total de tabelas e figuras não pode ser maior do que quatro.

Artigos que relatam ensaios clínicos com intervenção terapêutica (clinical trials) devem ser registrados em um dos Registros de Ensaios Clínicos listados pela Organização Mundial da Saúde e pelo International Committee of Medical Journal Editors. Na ausência de um registro latino-americano, o Jornal de Pediatria sugere que os autores utilizem o registro www.clinicaltrials.gov, dos National Institutes of Health (NIH). O número de identificação deve ser apresentado ao final do resumo.

Artigos especiais são textos não classificáveis nas demais categorias, que o Conselho Editorial julgue de especial relevância. Sua revisão admite critérios próprios, não havendo limite de tamanho ou exigências prévias quanto à bibliografia.

Cartas ao editor devem comentar, discutir ou criticar artigos publicados no Jornal de Pediatria. O tamanho máximo é de 1.000 palavras, incluindo no máximo seis referências bibliográficas. Sempre que possível, uma resposta dos autores será publicada junto com a carta.

São publicados, mediante convite, editoriais, comentários e artigos de revisão. Autores não convidados podem também submeter ao Conselho Editorial uma proposta para publicação de artigos dessas classificações.

Editoriais e comentários, que geralmente se referem a artigos selecionados, são encomendados a autoridades em áreas específicas. O Conselho Editorial também analisa propostas de comentários submetidas espontaneamente.

Artigos de revisão são avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância clínica, com ênfase em fatores como causas e prevenção de doenças, seu diagnóstico, tratamento e prognóstico - em geral são escritos, mediante convite, por profissionais de reconhecida experiência. Metanálises são incluídas nesta categoria. Autores não convidados podem também submeter ao Conselho Editorial uma proposta de artigo de revisão, com um roteiro. Se aprovado, o autor pode desenvolver o roteiro e submetê-lo para publicação. Artigos de revisão devem limitar-se a 6.000 palavras, excluindo referências e tabelas. As referências bibliográficas devem ser atuais e em número mínimo de 30.

Orientações gerais

O arquivo original - incluindo tabelas, ilustrações e referências bibliográficas - deve estar em conformidade com os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (<http://www.icmje.org>). Cada seção deve ser iniciada em nova página, na seguinte ordem: página de rosto, resumo em português, resumo em inglês, texto, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas (cada tabela completa, com título e notas de rodapé, em página separada), figuras (cada figura completa, com título e notas de rodapé, em página separada) e legendas das figuras.

A seguir, as principais orientações sobre cada seção:

Página de rosto

A página de rosto deve conter todas as seguintes informações:

título do artigo, conciso e informativo, evitando termos supérfluos e abreviaturas; evitar também a indicação do local e da cidade onde o estudo foi realizado;
título abreviado (para constar no topo das páginas), com máximo de 50 caracteres, contando os espaços;
nome de cada um dos autores (primeiro nome e o último sobrenome; todos os demais nomes aparecem como iniciais);
endereço eletrônico de cada autor;
informar se cada um dos autores possui currículo cadastrado na plataforma Lattes do CNPq;
a contribuição específica de cada autor para o estudo;
declaração de conflito de interesse (escrever "nada a declarar" ou a revelação clara de quaisquer interesses econômicos ou de outra natureza que poderiam causar constrangimento se conhecidos depois da publicação do artigo);
definição de instituição ou serviço oficial ao qual o trabalho está vinculado para fins de registro no banco de dados do Index Medicus/MEDLINE;
nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência;
nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pelos contatos pré-publicação;
fonte financiadora ou fornecedora de equipamento e materiais, quando for o caso;
contagem total das palavras do texto, excluindo resumo, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas e legendas das figuras;

contagem total das palavras do resumo;número de tabelas e figuras.

Resumo

O resumo deve ter no máximo 250 palavras ou 1.400 caracteres, evitando o uso de abreviaturas. Não se devem colocar no resumo palavras que identifiquem a instituição ou cidade onde foi feito o artigo, para facilitar a revisão cega. Todas as informações que aparecem no resumo devem aparecer também no artigo. O resumo deve ser estruturado conforme descrito a seguir:

Resumo de artigo original

Objetivo: informar por que o estudo foi iniciado e quais foram as hipóteses iniciais, se houve alguma. Definir precisamente qual foi o objetivo principal e informar somente os objetivos secundários mais relevantes.

Métodos: informar sobre o delineamento do estudo (definir, se pertinente, se o estudo é randomizado, cego, prospectivo, etc.), o contexto ou local (definir, se pertinente, o nível de atendimento, se primário, secundário ou terciário, clínica privada, institucional, etc.), os pacientes ou participantes (definir critérios de seleção, número de casos no início e fim do estudo, etc.), as intervenções (descrever as características essenciais, incluindo métodos e duração) e os critérios de mensuração do desfecho.

Resultados: informar os principais dados, intervalos de confiança e significância estatística dos achados.

Conclusões: apresentar apenas aquelas apoiadas pelos dados do estudo e que contemplem os objetivos, bem como sua aplicação prática, dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares.

Resumo de artigo de revisão

Objetivo: informar por que a revisão da literatura foi feita, indicando se enfatiza algum fator em especial, como causa, prevenção, diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

Fontes dos dados: descrever as fontes da pesquisa, definindo as bases de dados e os anos pesquisados. Informar sucintamente os critérios de seleção de artigos e os métodos de extração e avaliação da qualidade das informações.

Síntese dos dados: informar os principais resultados da pesquisa, sejam quantitativos ou qualitativos.

Conclusões: apresentar as conclusões e suas aplicações clínicas, limitando generalizações ao escopo do assunto em revisão.

Após o resumo, inclua de três a seis palavras-chave que serão usadas para indexação. Utilize termos do Medical Subject Headings (MeSH), disponíveis em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>. Quando não estiverem disponíveis descritores adequados, é possível utilizar termos novos.

Abreviaturas

Devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título e nos resumos.

Texto

O texto dos artigos originais deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo:

Introdução: sucinta, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.

Métodos: descrever a população estudada, a amostra e os critérios de seleção; definir claramente as variáveis e detalhar a análise estatística; incluir referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e informação de eventuais programas de computação. Procedimentos, produtos e equipamentos utilizados devem ser descritos com detalhes suficientes para permitir a reprodução do estudo. É obrigatória a inclusão de declaração de que todos os procedimentos tenham sido aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por outro comitê de ética em pesquisa indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.

Resultados: devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto. Usar gráficos em vez de tabelas com um número muito grande de dados.

Discussão: deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já descritos na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais. As conclusões devem ser apresentadas no final da discussão, levando em consideração os objetivos do trabalho. Relacionar as conclusões aos objetivos iniciais do estudo, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares. Incluir recomendações, quando pertinentes.

O texto de artigos de revisão não obedece a um esquema rígido de seções. Sugere-se uma introdução breve, em que os autores explicam qual a importância da revisão para a prática pediátrica, à luz da literatura médica. Não é necessário descrever os métodos de seleção e extração dos dados, passando logo para a sua síntese, que, entretanto, deve apresentar todas as informações pertinentes em detalhe. A seção de conclusões deve correlacionar as ideias principais da revisão com as possíveis aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.

Agradecimentos

Devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. Integrantes da lista de agradecimento devem dar sua autorização por escrito para a divulgação de seus nomes, uma vez que os leitores podem supor seu endosso às conclusões do estudo.

Referências bibliográficas

As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver, também conhecido como o estilo Uniform Requirements, que é baseado em um dos estilos do American National Standards Institute, adaptado pela U.S. National Library of Medicine (NLM) para suas bases de dados. Os autores devem consultar Citing Medicine, The NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>) para informações sobre os formatos recomendados para uma variedade de tipos de referências. Podem também consultar o site "sample references" (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), que contém uma lista de exemplos extraídos ou baseados em Citing Medicine, para uso geral facilitado; essas amostras de referências são mantidas pela NLM.

As referências bibliográficas devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos sobrescritos. Para listar as referências, não utilize o recurso de notas de fim ou notas de rodapé do Word.

Artigos aceitos para publicação, mas ainda não publicados, podem ser citados desde que indicando a revista e que estão "no prelo". Observações não publicadas e comunicações pessoais não podem ser citadas como referências; se for imprescindível a inclusão de informações dessa natureza no artigo, elas devem ser seguidas pela observação "observação não publicada" ou "comunicação pessoal" entre parênteses no corpo do artigo.

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme recomenda o Index Medicus; uma lista com suas respectivas abreviaturas pode ser obtida através da publicação da NLM "List of Serials Indexed for Online Users", disponível no endereço <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lsiou.html>. Para informações mais detalhadas, consulte os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas". Este documento está disponível em <http://www.icmje.org/>.

Abaixo, apresentamos alguns exemplos do modelo adotado pelo Jornal de Pediatria:

Artigos em periódicos:

1. Até seis autores:

Araújo LA, Silva LR, Mendes FA. Digestive tract neural control and gastrointestinal disorders in cerebral palsy. J Pediatr (Rio J). 2012;88:455-64.

2. Mais de seis autores:

Ribeiro MA, Silva MT, Ribeiro JD, Moreira MM, Almeida CC, Almeida- Junior AA, et al. Volumetric capnography as a tool to detect early peripheral lung obstruction in cystic fibrosis patients. J Pediatr (Rio J). 2012;88:509-17.

3. Organização como autor:

Mercier CE, Dunn MS, Ferrelli KR, Howard DB, Soll RF; Vermont Oxford Network ELBW Infant Follow-Up Study Group. Neurodevelopmental outcome of extremely low birth weight infants from the Vermont Oxford network: 1998-2003. *Neonatology*. 2010;97:329-38.

4. Sem autor:

Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. Committee on Bioethics, American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*. 1995;95:314-7.

5. Artigos com publicação eletrônica ainda sem publicação impressa:

Carvalho CG, Ribeiro MR, Bonilha MM, Fernandes Jr M, Procianoy RS, Silveira RC. Use of off-label and unlicensed drugs in the neonatal intensive care unit and its association with severity scores. *J Pediatr (Rio J)*. 2012 Oct 30. [Epub ahead of print]

Livros:

Blumer JL, Reed MD. Principles of neonatal pharmacology. In: Yaffe SJ, Aranda JV, eds. *Neonatal and Pediatric Pharmacology*. 3rd ed. Baltimore: Lippincott, Williams and Wilkins; 2005. p. 146-58.

Trabalhos acadêmicos:

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant, MI: Central Michigan University; 2002.

CD-ROM:

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Homepage/website:

R Development Core Team [Internet]. R: A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2003 [cited 2011 Oct 21]. Available from: <http://www.R-project.org>

Documentos do Ministério da Saúde:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. v. 1. 192p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Apresentação de trabalho:

Bugni VM, Okamoto KY, Ozaki LS, Teles FM, Molina J, Bueno VC, et al. Development of a questionnaire for early detection of factors associated to the adherence to treatment of children and adolescents with chronic rheumatic diseases - "the Pediatric Rheumatology Adherence Questionnaire (PRAQ)". Paper presented at the ACR/ARHP Annual Meeting; November 5-9, 2011; Chicago, IL.

Tabelas

Cada tabela deve ser apresentada em folha separada, numerada na ordem de aparecimento no texto, e conter um título sucinto, porém explicativo. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé e não no título, identificadas com letras sobrescritas em ordem alfabética. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas e não usar espaços para separar colunas. Não usar espaço em qualquer lado do símbolo $\pm$.

Figuras (fotografias, desenhos, gráficos etc.)

Todas as figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento no texto. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive acerca das abreviaturas utilizadas. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, assim como devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; tarjas cobrindo os olhos podem não constituir proteção adequada. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória a inclusão de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo. As ilustrações são aceitas em cores para publicação no site. Contudo, todas as figuras serão vertidas para o preto e branco na versão impressa. Caso os autores julguem essencial que uma determinada imagem seja colorida mesmo na versão impressa, solicita-se um contato especial com os editores. Imagens geradas em computador, como gráficos, devem ser anexadas sob a forma de arquivos nos formatos .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi, para possibilitar uma impressão nítida; na versão eletrônica, a resolução será ajustada para 72 dpi. Gráficos devem ser apresentados somente em duas dimensões, em qualquer circunstância. Desenhos, fotografias ou quaisquer ilustrações que tenham sido digitalizadas por escaneamento podem não apresentar grau de resolução adequado para a versão impressa da revista; assim, é preferível que sejam enviadas em versão impressa original (qualidade profissional, a nanquim ou impressora com resolução gráfica superior a 300 dpi). Nesses casos, no verso de cada figura deve ser colada uma etiqueta com o seu número, o nome do primeiro autor e uma seta indicando o lado para cima.

Legendas das figuras

Devem ser apresentadas em página própria, devidamente identificadas com os respectivos números.

Lista de verificação

Como parte do processo de submissão, os autores são solicitados a indicar sua concordância com todos os itens abaixo; a submissão pode ser devolvida aos autores que não aderirem a estas diretrizes.

Todos os autores concordam plenamente com a Nota de Copyright.

O arquivo de submissão foi salvo como um documento do Microsoft Word.

A página de rosto contém todas as informações requeridas, conforme especificado nas diretrizes aos autores.

O resumo e as palavras-chave estão na língua de submissão (inglês ou português), seguindo a página de rosto.

O texto é todo apresentado em espaço duplo, utiliza fonte tamanho 12 e itálico em vez de sublinhado para indicar ênfase (exceto em endereços da internet). Todas as tabelas, figuras e legendas estão numeradas na ordem em que aparecem no texto e foram colocadas cada uma em página separada, seguindo as referências, no fim do arquivo.

O texto segue as exigências de estilo e bibliografia descritas nas normas de publicação.

As referências estão apresentadas no chamado estilo de Vancouver e numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto.

Informações acerca da aprovação do estudo por um conselho de ética em pesquisa são claramente apresentadas no texto, na seção de métodos.

Todos os endereços da internet apresentados no texto (p.ex., <http://www.sbp.com.br>) estão ativos e prontos para serem clicados.

Instruções para envio de material para publicação

Para submeter novos manuscritos ou verificar o status de seus manuscritos submetidos:
<http://ees.elsevier.com/jped/>

Creative Commons License Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons

Av. Carlos Gomes, 328, Conj. 304

90480-000 Porto Alegre RS - Brazil

Tel.: (55 51) 3328-9520 jped@jped.com.br

Anexo D – The Angle Orthodontist

ISSN: 0003-3219

Information for Contributors

Please organize and enter your Original Article manuscript using the following headings (Case reports and other types of articles may vary):

COVER LETTER - Must contain the following:

Copyright Releases - The following written statement, signed by one of the authors and acting on behalf of all of the authors, must accompany all manuscripts:

"The undersigned author transfers all copyright ownership of the manuscript (fill in the title of your manuscript) to *The Angle Orthodontist* in the event the work is published. The undersigned author warrants that the article is original, is not under consideration for publication by another journal and has not been previously published. I sign for and accept responsibility for releasing this material on behalf of any and all coauthors."

Direct quotations, tables or images that have appeared elsewhere in copyrighted material must be accompanied by a signed release from the copyright owner. Complete information identifying the source of the material is required.

Patient Releases - A signed release must be obtained for all images that contain identifiable patients or human subjects. These releases must be retained indefinitely by the Corresponding Author. A cover letter must be submitted with the manuscript attesting to the fact that all applicable patient releases were obtained and are on file with the Corresponding Author.

Each release statement must be on a separate page, include the manuscript title, all authors' names and contain a copy of the following statement signed by the patient:

"I hereby grant all rights to publish photographs or other images of me in the above manuscript where I appear as a patient or subject without payment of any kind. I have been informed that any images of me that do appear may be modified."

- **ARTICLE FILE**

Articles must be original and written in clear English. The total article file must be entered as one document and must contain the Title, Abstract, Text References and Figure Legends. The article file must not exceed a maximum of 3500 words. To determine the number of words in your document, go to the toolbar, click on tools and then click on word count.

For Systematic Reviews, use the PRISMA statement for uniformity in reporting format: (<http://www.prisma-statement.org/2.1.2%20-%20PRISMA%202009%20Checklist.pdf>). Follow the proposed structure and subheadings whenever possible.

Please enter only the following items in the article file:

- **Title** of the manuscript
- **Abstract** - *The Angle Orthodontist* is using a structured abstract which must be limited to 250 words. The abstract should conform to the following outline and not contain an introduction, literature review or discussion.

ABSTRACT

Objective: List the specific goal(s) of the research.

Materials and Methods: Briefly describe the procedures you used to accomplish this work. Leave the small details for the manuscript itself.

Results: Identify the results that were found as a result of this study.

Conclusion: List the specific conclusion(s) that can be drawn based on the results of this study.

- **Manuscript text** - Please remove all references to the author's identity or institutions as manuscripts are peer reviewed anonymously. An original article text will contain the following in order:

INTRODUCTION - This section states the purpose of the research and includes a brief summary of the literature describing the current state of the field.

MATERIALS AND METHODS - This section states exactly what was done and should enable a reader to replicate the work. Materials or methods described elsewhere in the literature can be referenced without repeating these details. Identify teeth using the full name of the tooth or the FDI annotation. If human subjects or animals were involved in the work, this section must contain a statement that the rights of the human or animal subjects were protected and approval was obtained from an identified institutional review board, or its equivalent.

RESULTS - This section should describe the objective findings without any comment on their significance or relative importance. Cite all tables and figures in sequential order in the text.

DISCUSSION - Only this section allows you freedom to interpret your data and to give your opinion of the value of your findings relative to previous work. All opinions must be limited to this section.

CONCLUSION - This section states what conclusions can be drawn specifically from the research reported. Bullet points are preferred. Do not repeat material from other sections..

REFERENCES - References cited must refer to published material. Number references consecutively in order of their appearance in the manuscript using superscript and Arabic numerals. References to "personal communication" or unpublished theses are not acceptable. The style and punctuation of references should strictly conform to *American Medical Association Manual of Style: A Guide for Authors and Editors*, 9th ed (Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1998). Consult previous issues of The Angle Orthodontist for guidance (Available at <http://www.angle.org>).

FIGURE LEGENDS - All figures must be numbered sequentially in the manuscript and a legend for each figure must appear in this section.

- **TABLE FILES**

Each table must be in WORD or EXCEL format and entered as a separate file. Each table must have its own legend accompanying it, numbered with Arabic numerals and sequentially referred to in the text. All abbreviations used in the table must be defined in a footnote. Use * $P \leq .05$; ** $P \leq .01$; *** $P \leq .001$; **** $P \leq .0001$ as needed. Tables cannot be in pictorial or image formats. Pictorial or image formats are figures and must be entered as figures.

- **FIGURE FILES**

Each figure must be of sufficient resolution for high quality publication usually in TIFF or EPS format. All images need to be at 300 DPI when the figure is of the size to be used in publication.

If you enter a large image at 300 DPI and reduce it to a much smaller size for publication, this will increase the DPI and the image will be very heavy and slow to open electronically. If you enter a small image (such as a 35 mm picture) and plan to enlarge it for publication, it needs to be entered at more than 300 DPI since enlargement will only reduce the resolution.

Figures in WORD or presentation software such as PowerPoint, Corel Draw or Harvard Graphics do not contain sufficient resolution for publication and will not be accepted. Authors will be charged for publication of figures in color.

Manuscript Review

After you have entered your manuscript, you will receive automated responses from the system as the manuscript is

processed. You may also follow the progress of your manuscript via the web site and your own password you created when you first entered the system.

Your manuscript will be peer reviewed and the reviewers' comments will be sent to you. Please allow adequate time for this process. Our automated system is instantaneous, but the reviewers are busy people who donate their expertise and time.

A manuscript returned to an author with suggested revisions must be returned within 3 months. Revised manuscripts returned after this time will be considered new submissions.

After the revisions are complete, the editor will submit the manuscript to the printer and an electronic copy of your galley proof will be sent to you for corrections and final approval. Expect the figures in the galley proof to be of low resolution for ease of transmission. The final publication will contain your high quality figures.

Reprints

Reprints are available through special order for a nominal charge. Your galley copy will contain an order form for you to request any reprints desired. When you complete this application, return it directly to the printer. Reprints are not sent out or billed to you until the printed copy of your article is mailed out.

General Information

The E. H. Angle Education and Research Foundation invites manuscripts concerning the dental and craniofacial complex. Original research, clinical observations and review articles as well as guest editorials, letters to the editor and case reports are welcome.

Articles are peer reviewed and subject to editorial revision. Statements and opinions expressed in articles are not necessarily those of the editor or publisher. The editor and the publisher disclaim any responsibility or liability for such material.

The Angle Orthodontist is now ONLINE for all manuscript submissions and review. Please go to the Internet: <http://angle.allentrack.net/> and follow the easy instructions for manuscript submission. If you have questions regarding the submission of your manuscript, please e-mail those questions to <rjisaacson@aol.com>.

Anexo E – Instrumento de Coleta dos Dados



Projeto de pesquisa: Relação de bullying, autoestima e qualidade de vida associada à saúde bucal em adolescentes



Instituição de ensino: _____ Data do exame: ____/____/____ Ficha: _____

Nome(iniciais): _____ Data de nascimento: ____/____/____ Cor da pele: _____ Sexo: ()Feminino ()Masculino

Exame Clínico:

Tratamento ortodôntico antes do exame: ()Sim ()Não

Você gostaria de corrigir os dentes para melhorar a sua aparência? ()Sim ()Não

Índice DAI (*Dental Aesthetic Index*)

Dentição	Espaço	Oclusão
Ausência de I, C e PMs, sup e inf. - nº de dentes	Apinhamento na região de incisivos Espçamento na região de incisivos Diastemas em mm Desalinhamento maxilar anterior em mm Desalinhamento mandibular anterior em mm	Overjet maxilar anterior em mm Overjet mandibular anterior em mm Mordida aberta vertical anterior em mm Relação Molar

Avaliação da autoestima (*Global Negative Self-Evaluation*)

1-As vezes sinto que sou um fracassado

- () Não sinto nunca
() Não sinto quase nunca
() Sinto pouco
() Sinto as vezes
() Sinto sempre
() Sinto exatamente

2- Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar

- () Não sinto nunca
() Não sinto quase nunca
() Sinto pouco
() Sinto as vezes
() Sinto sempre
() Sinto exatamente

3-As vezes eu realmente me sinto um inútil

- () Não sinto nunca
() Não sinto quase nunca
() Sinto pouco
() Sinto as vezes
() Sinto sempre
() Sinto exatamente

4-No geral, tenho tendência a sentir que sou um fracassado

- () Não sinto nunca
() Não sinto quase nunca
() Sinto pouco
() Sinto as vezes
() Sinto sempre
() Sinto exatamente

5-Eu gostaria de mudar muitas coisas em mim mesmo

- () Não sinto nunca
() Não sinto quase nunca
() Sinto pouco
() Sinto as vezes
() Sinto sempre
() Sinto exatamente

6-Muitas vezes eu quis ser outra pessoa

- () Não sinto nunca
() Não sinto quase nunca
() Sinto pouco
() Sinto as vezes
() Sinto sempre
() Sinto exatamente

OHIP 14 – (*Oral Health Impact Profile*)

	(0) Nunca	(1) Quase nunca	(2) Ocasionalmente	(3) Frequentemente	(4) Muito frequentemente
1- Você teve problemas para falar alguma palavra?					
2-Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?					
3-Você sentiu dores na sua boca ou nos seus dentes?					
4-Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento?					
5-Você ficou preocupado?					
6-Você se sentiu estressado?					
7-Sua alimentação ficou prejudicada?					
8-Você teve que parar suas refeições?					
9-Você encontrou dificuldades para relaxar?					
10-Você se sentiu envergonhado?					
11-Você ficou irritado com outras pessoas?					
12-Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias?					
13-Você sentiu que sua vida em geral, ficou pior?					
14-Você ficou totalmente incapaz de realizar suas atividades diárias?					

Questionário de Pesquisa - *Bullying* Kidscape simplificado

1)- Você já sofreu algum tipo de intimidação, agressão ou assédio?

☐ Sim ☐ Não

2)- Quais foram as consequências da intimidação, agressão ou assédio sofrido por você?

- ☐ Não teve consequências
☐ Algumas consequências ruins
☐ Consequências terríveis
☐ Fez você mudar de escola

3)- Quantas vezes você já sofreu intimidação, agressão ou assédio?

- ☐ Uma vez ☐ Quase todos os dias
☐ Diversas vezes ☐ Várias vezes ao dia

4)- Quem intimidou, agrediu ou assediou você é?

- ☐ Menino
☐ Menina
☐ Menino e Menina

5)- Que tipo de intimidação, agressão ou assédio você sofreu?

- ☐ Físico ☐ Verbal
☐ Sexual ☐ Emocional
☐ Racista

6)- Você já intimidou, agrediu ou assediou alguém??

☐ Sim ☐ Não

Muito obrigada por participar da pesquisa!!

Renata Colturato Joaquim Gatto