



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

SANDRYENNE RAYANNE BARBOSA DE GOIS SANTOS

**REABILITAÇÃO ORAL ESTÉTICO-FUNCIONAL EM UMA CRIANÇA COM
RELATO DE *BULLYING***

**CAMPINA GRANDE-PB
2020**

SANDRYENNE RAYANNE BARBOSA DE GOIS SANTOS

**REABILITAÇÃO ORAL ESTÉTICO-FUNCIONAL EM UMA CRIANÇA COM
RELATO DE *BULLYING***

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de bacharelado em Odontologia.

Área de concentração: Clínica Odontológica

Orientador: Prof^ª. Dra. Edja Maria Melo de Brito Costa.

Co-orientador: Prof. Dr. Alexandre Durval Lemos

**CAMPINA GRANDE-PB
2020**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S237r Santos, Sandryenne Rayanne Barbosa de Gois.
Reabilitação oral estético-funcional em uma criança com relato de bullying [manuscrito] / Sandryenne Rayanne Barbosa de Gois Santos. - 2020.
19 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2021.

"Orientação : Profa. Dra. Edja Maria Melo de Brito Costa, Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS."

1. Bullying. 2. Reabilitação bucal. 3. Estética dentária. I.

Título

21. ed. CDD 617.6

SANDRYENNE RAYANNE BARBOSA DE GOIS SANTOS

**REABILITAÇÃO ORAL ESTÉTICO-FUNCIONAL EM UMA CRIANÇA COM
RELATO DE *BULLYING***

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de bacharelado em Odontologia.

Área de concentração: Clínica Odontológica.

Aprovada em: 17/12/2020.

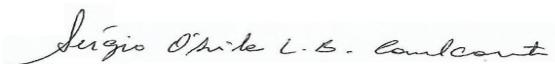
BANCA EXAMINADORA



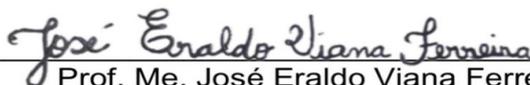
Prof^ª. Dra. Edja Maria Melo de Brito Costa (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Alexandre Durval Lemos
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Sérgio D'Ávila Lins Bezerra Cavalcanti
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. José Eraldo Viana Ferreira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Dedico o presente trabalho a Deus, minha mãe Risolene, minha avó materna Lia, irmãos, noivo, orientadora e amigos por todo apoio, amor, cuidado e contribuição expressiva para a realização deste sonho.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	RELATO DE CASO	8
3	METODOLOGIA	12
4	DISCUSSÃO	13
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
	REFERÊNCIAS	15

REABILITAÇÃO ORAL ESTÉTICO-FUNCIONAL EM UMA CRIANÇA COM RELATO DE *BULLYING*

Sandryenne Rayanne Barbosa de Gois Santos*
Edja Maria Melo de Brito Costa**

RESUMO

Bullying é um fenômeno de conduta insociável que sugere abuso de poder físico ou psicológico, que resulta na prática de agressões físicas ou verbais. Crianças e adolescentes são as principais vítimas de *bullying*, e podem desenvolver vários problemas psicossociais, incluindo ansiedade, depressão, insegurança, déficit de atenção, dificuldade de interação e isolamento social. As alterações buco-dentais e faciais são os principais fatores predisponentes à ocorrência dessa problemática. Este artigo relata um caso clínico de um paciente do gênero masculino, 09 anos de idade, ASA I, atendido na clínica de odontopediatria da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande -PB. Na anamnese foi identificado contato prévio com tratamento odontológico, a queixa principal foi fratura em dente anterior, que resultou em agressões verbais pelos colegas da escola. No exame clínico, foi identificado presença de biofilme, fratura coronária no dente 11, sem evidências de alterações radiográficas, recessão gengival no dente 31 com presença de mobilidade grau I, e relação de mordida cruzada anterior entre os dentes 21 e 31. O tratamento resultou em 7 sessões compostas durante um período de 4 meses e 19 dias, incluindo: orientação de higiene bucal e fluoroterapia para controle do biofilme; restauração de resina no dente 11 e tratamento ortodôntico, utilizando pistas diretas planas e placa removível com arco vestibular de Hawley e grampo interproximal do tipo Benac. O tratamento proposto devolveu harmonia do sorriso, que estava comprometido pela alteração de forma, posição e função, com resultados positivos no bem estar e autoestima da criança.

Palavras-Chave: *Bullying*. Reabilitação bucal. Estética dentária.

ABSTRACT

Bullying is a phenomenon of unsociable conduct that suggests abuse of physical or psychological power, which results in the practice of physical or verbal aggression. Children and adolescents are the main victims of bullying, and can develop several psychosocial problems, including anxiety, depression, insecurity, attention deficit, difficulty in interaction and social isolation. The oral-dental and facial changes are the main factors predisposing to the occurrence of this problem. This article reports a clinical case of a 09-year-old male patient, ASA I, seen at the pediatric dentistry clinic at the State University of Paraíba (UEPB), Campina Grande -PB. In the anamnesis, previous contact with dental treatment was identified, the main complaint was fracture of the anterior tooth, which resulted in verbal aggressions by schoolmates. On clinical examination, the presence of biofilm, coronary fracture in tooth 11 was identified, with no evidence of radiographic changes, gingival recession in tooth 31 with presence of grade I mobility, and an anterior crossbite relationship between teeth 21 and 31. The treatment resulted in 7 sessions composed over a period of 4 months and 19 days, including: oral hygiene guidance and fluorotherapy for biofilm control; resin restoration on tooth 11 and orthodontic treatment, using straight flat tracks and removable plate with Hawley's buccal arch and Benac type interproximal clamp. The proposed treatment returned harmony of the smile, which was compromised by the change in shape, position and function, with positive results in the child's well-being and self-esteem.

Keywords: *Bullying*. Oral rehabilitation. Dental aesthetics.

* Graduando em Odontologia - Campus I; Email: sandra_ryanne@hotmail.com

** Professora Doutora pela Universidade Estadual da Paraíba; Email: edjacosta@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O bullying é definido como um comportamento verbal, físico ou psicológico repetitivo de um indivíduo com a intenção de prejudicar ou perturbar a vítima com menor poder e controle da situação (NAVEED et al., 2019), ocasionando exclusão social (RISTUM, 2010). Existem diversas formas de expressão de *bullying*, podendo ser na forma direta, onde se configura com a presença de agressões físicas, verbais e psicológicas, ou indireta, que se caracteriza por disseminação de boatos, notícias falsas e segregação (MEDEIROS et al., 2015).

No âmbito escolar, essa violência ocorre com maior frequência com agressões oriundas principalmente das situações de desigualdade de poder. Gera um comportamento dotado de agressividade, com prejuízo moral ou de caráter físico, impactando desfavoravelmente no funcionamento social, qualidade de vida e no bem estar das vítimas (FONTAINE, 2004; SPEZZIA, 2018). O advento da internet e das mídias sociais potencializou essa problemática, e revelou um novo padrão *bullying*, conhecido como *cyberbullying* (SANTOS et al., 2014; JOHN et al., 2018)

Crianças e adolescentes vítimas de *bullying* podem desenvolver vários problemas psicossociais, incluindo ansiedade, depressão, insegurança, déficit de atenção, dificuldade de interação e isolamento social (KOWALSKI, LIMBER, 2007; MOURA et al., 2011; JOAQUIM, 2015; CHAN et al, 2017;). As alterações buco-dentais e faciais são os principais fatores predisponentes à ocorrência de *bullying*, principalmente, em grupos com maior vulnerabilidade aos agravos sociais e de saúde (GARBIN, 2016; BOFFI et al., 2017).

Alterações no sorriso que comprometam a estética, como fratura coronária ou perda do elemento dentário (SANTOS et al., 2016), cárie dentária (GÁLVEZ-CUBAS et al., 2015; BARASUOL et al., 2017), má oclusão (DIBIASE, SANDLER, 2001; SEEHRA et al., 2011; GÁLVEZ-CUBAS et al., 2015;), assim como, o uso de aparelhos ou dispositivos ortodônticos (DIBIASE, SANDLER 2001; SEEHRA et al., 2011), são condições críticas relacionadas à vulnerabilidade para o *bullying*.

Segundo o estudo de PIASSI et al. (2019), a má oclusão na dentição mista impactou na qualidade de vida relacionada à saúde bucal das crianças e suas famílias, independente da gravidade e o tipo da má oclusão. Corroborando com o estudo anterior, no estudo de PIRES et al., (2020), através de uma revisão sistemática avaliando a presença de *bullying* associado a

alterações dentofaciais, constatou que a maioria dos estudos descreveu consequências negativas relacionadas ao *bullying* e *cyberbullying*, incluindo relutância em ir à escola, mudança de escola, abandono da escola, baixa autoestima, mau funcionamento psicológico, problemas de comportamento, timidez, irritação, preocupação com a estética, reprimido sorriso, insegurança, ansiedade, um impacto negativo na qualidade de vida e um desempenho acadêmico diminuído.

Traumatismos dentários na infância são bastante comuns, sendo a região anterior à mais incidente, podendo atingir, em média, 36,8% das crianças (COSTA et al., 2014). As lesões incluem concussões dentárias, fraturas da coroa e / ou raiz, luxação ou afrouxamento e avulsões completas (HAMMEL, FISCHER, 2019).

Os incisivos centrais são os mais acometidos, 91,8% dos casos, seguidos pelos incisivos laterais superiores e centrais inferiores, representando, assim, um impacto negativo à estética do sorriso, além da alteração funcional de fonação e de mastigação (SANTOS et al., 2016). Desse modo, lança-se mão a realização da reconstrução adesiva direta (SANTOS et al., 2016), e colagem de fragmento de dente (PANCHAL, 2019), haja vista à devolutiva estética funcional, com impactos na vida social do indivíduo.

Este trabalho teve como objetivo apresentar um caso clínico de reabilitação bucal em uma criança com relato de *bullying*, associado à alteração estética no seu sorriso.

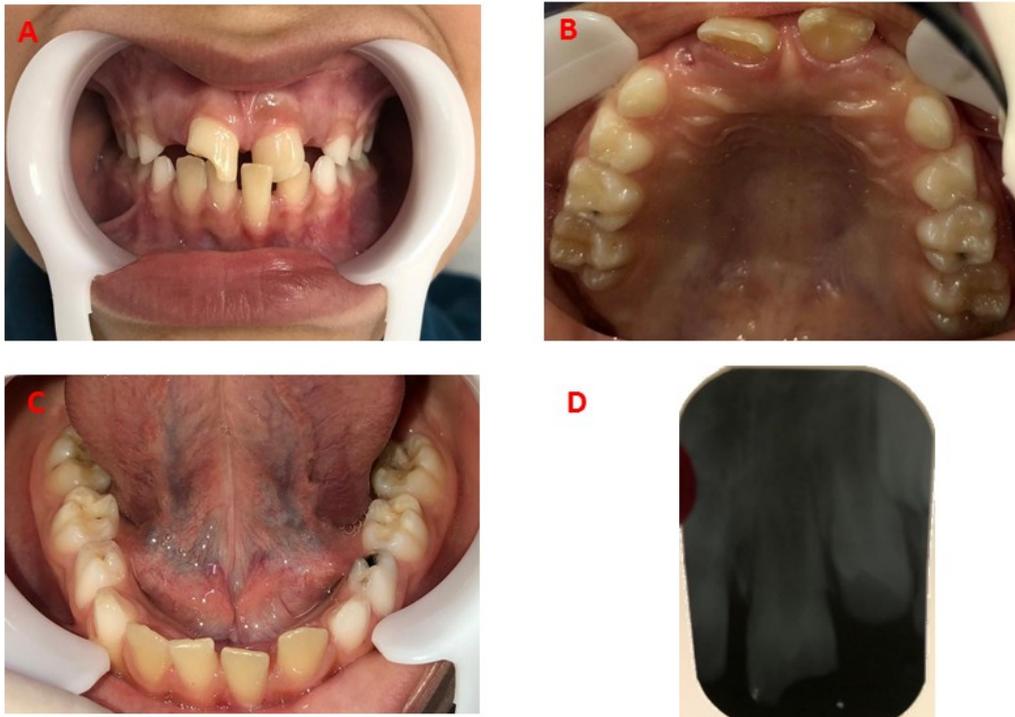
2 RELATO DE CASO

Paciente L.D.M., sexo masculino, 09 anos de idade, sem comorbidade, acompanhado por sua responsável, foi atendido na Clínica Infantil de Odontologia, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), campus I, na cidade de Campina Grande-PB. A queixa principal foi desconforto estético causado por fratura coronária no dente 11, após ter sofrido queda de própria altura ao brincar com o seu irmão, há cerca de dois meses. A responsável legal relatou que desde então os colegas começaram a praticar *bullying*, na forma de agressões verbais, o que resultou em resistência em ir à escola, isolamento social, aumento da ansiedade e onicofagia (hábito de roer as unhas).

Ao exame clínico, constatou a presença de dentição mista, fratura coronária no dente 11 sem exposição pulpar, freio labial superior com inserção baixa, mordida cruzada anterior, com contato incisal entre os dentes 21 e 31 (Figura 1A) ocasionando recessão do dente 31, sem

sinais de mobilidade. Notou-se, ainda, biofilme dentário visível na região anterior, sem sangramento gengival associado, pequenas e rasas lesões crônicas de cárie dentária na oclusal dos dentes 55 e 65 (Figura 1B) e no 74 (Figura 1C). Na análise da radiografia periapical do dente 11, observou-se que o dente estava no estágio de Nolla 8, sem sinais de lesão periapical e ausência de fratura radicular (Figura 1D).

Figura 1:



Diante dos dados, foi sugerido um plano de tratamento, que priorizasse o restabelecimento do sorriso da criança, com reforço das orientações sobre os cuidados de saúde bucal, com ênfase nos hábitos de higiene.

O tratamento restaurador foi iniciado na segunda sessão clínica, onde realizou-se a restauração com resina composta (z350- FGM) no dente 11 (Figura 2), o paciente expressou satisfação logo após a realização do procedimento, relatando não ter mais vergonha de sorrir e ir à escola, a responsável também relatou melhora significativa de comportamento nas sessões posteriores. O acabamento e polimento foram realizados na sessão seguinte. Na terceira sessão foi realizada a restauração do dente 74, com cimento de ionômero de vidro convencional .



Figura 2: Sorriso do paciente após restauração do dente 11.

Em função do recesso acadêmico, o paciente retornou para continuidade de tratamento, após 02 meses e 16 dias da última consulta. Nesse momento, observou-se avanço da recessão gengival do dente 31 e mobilidade grau I, causado pelo contato prematuro do dente 21 e 31 (Figura 3A).

Realizou-se planejamento para levantamento da mordida, com objetivo de reduzir o contato oclusal entre os dentes 21 e 31 e favorecer a correção da mordida cruzada, desse modo, a primeira conduta, nesta quarta sessão, primou a remoção do contato incisal, responsável pelo agravamento da recessão, desse modo, foi realizada a moldagem com alginato para obtenção de modelo de estudo e confecção de pistas diretas planas nos dentes superiores (54, 55, 64 e 65) e nos inferiores (74, 75, 84 e 85), no intuito de nivelar o plano oclusal, promover mudança de postura da mandíbula e sobretudo remover imediatamente o contato traumático entre os dentes 21 e 31 (Figura 3C).



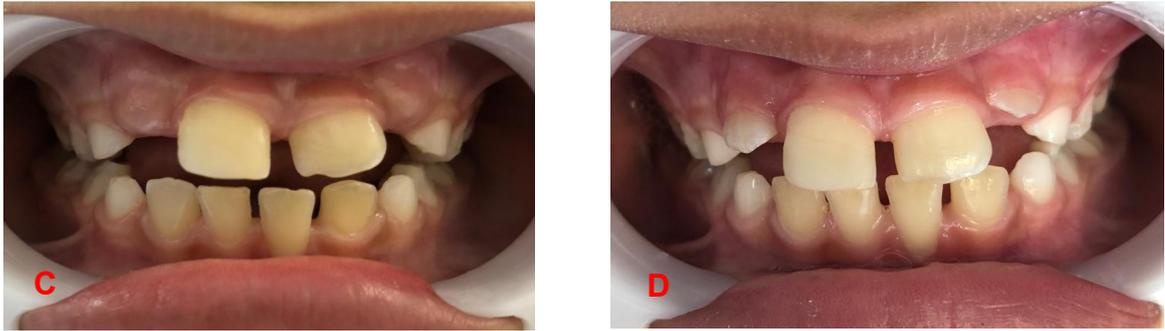


Figura 3: Imagens intrabucais obtidas 2 meses e meio após a finalização do tratamento restaurador: Aspecto da recessão gengival no dente 31 (Figura 3A); Vista oclusal das pistas diretas planas nos dentes 74, 75, 84 e 85 (Figura 3B); Aspecto dos dentes em oclusão após inserção das pistas diretas planas superiores e inferiores na quinta sessão clínica (Figura 3C), e aspectos dos dentes em oclusão após um mês e meio da inserção das pistas diretas planas, sétima sessão clínica (Figura 3D). Nota-se nesta última imagem a redução da recessão gengival e diminuição do levante de mordida, devido os ajustes gradativos das pistas diretas planas.

Após a confecção e inserção das pistas diretas em laboratório (técnica indireta) na quinta sessão clínica, como medida de urgência para estagnar o avanço da recessão gengival, cinco dias após a sessão anterior, foi iniciado o planejamento ortodôntico, com base nos exames clínicos, radiográficos e cefalométricos. Na análise cefalométrica observou-se protrusão maxilar, protrusão mandibular, classe I esquelética e inclinação vestibular superior.

Planejou-se, então, a instalação de uma placa removível, confeccionada no laboratório da UEPB, composta por arco vestibular de Hawley e grampo interproximal do tipo Benac, com mola digital na face palatina no dente 21, havendo a moldagem na sexta sessão clínica e instalação na sétima sessão clínica, vinte e nove dias após a sessão anterior (Figura 4 A e B), para correção da vestibularização e giroversão do dente 21, possibilitando abertura de espaço para os dentes 12 e 22.

Foi orientado o uso da placa removível em tempo integral, porém em virtude do recesso acadêmico, a orientação foi de uso apenas em um turno, de preferência do paciente, o mesmo escolheu durante o turno da tarde, pois, segundo ele, era o turno coincidente com o da escola. O tratamento não foi concluído dentro do prazo ofertado pelo componente, desse modo, foi necessário encaminhar o paciente para a turma que iria suceder. Durante o tempo de

tratamento, perceptivelmente nota-se o alcance das resoluções estéticas, funcionais e psicológicas do paciente.

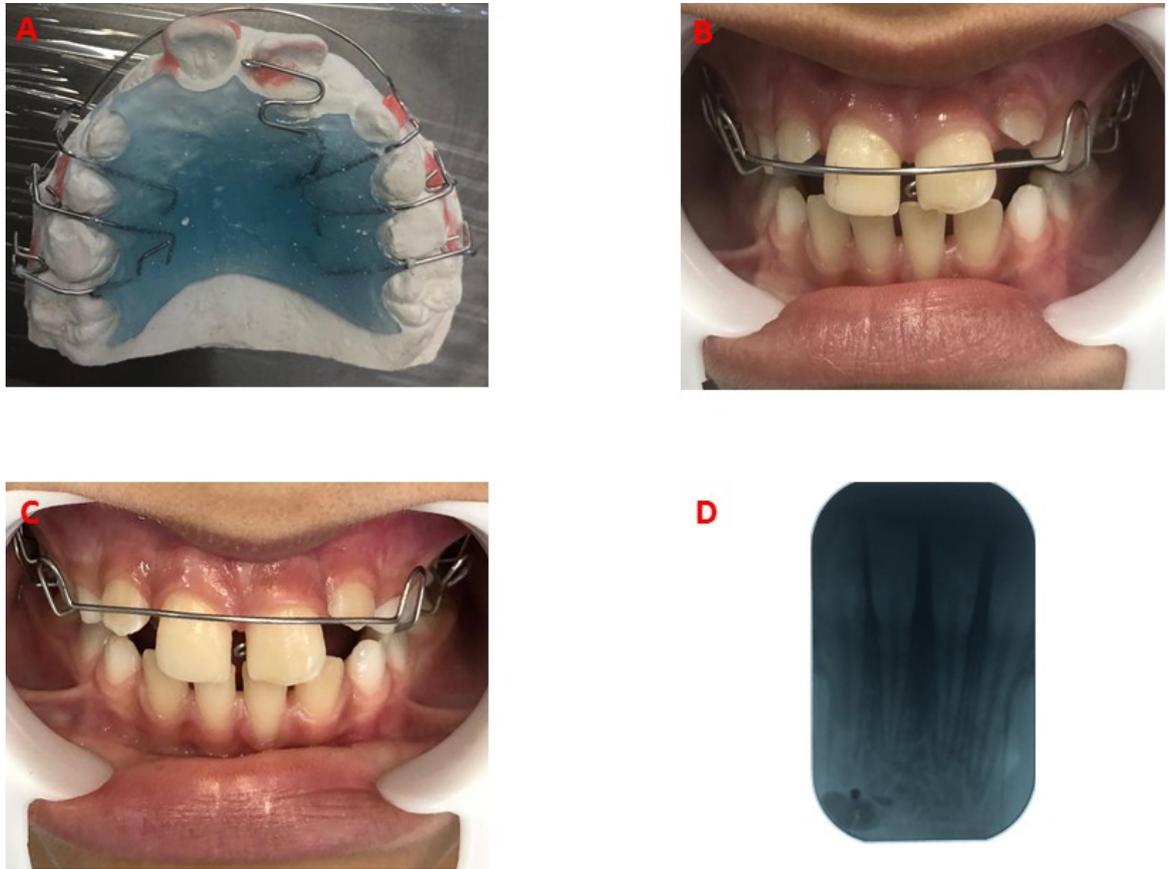


Figura 4: Aparelho ortodôntico de placa removível com grampo interproximal do tipo Benac com mola no dente 21 (A); Aspecto dos dentes em oclusão com aparelho ortodôntico (B); Aspecto dos dentes em oclusão após um mês e cinco dias de uso do aparelho ortodôntico (C); Radiografia periapical do dente 31, após uso das pistas diretas planas e aparelho ortodôntico (D).

3 METODOLOGIA

Estudo descritivo, de caráter narrativo, cujos dados foram extraídos da ficha clínica do componente (clínica infantil II), mediante aceitação prévia e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do responsável legal. O embasamento teórico do

presente estudo foi realizado nas bases bibliográficas eletrônicas PubMed e Medline, utilizando os descritores “*Bullying*”, “reabilitação bucal” e “estética dentária”.

4 DISCUSSÃO

As alterações na estética dental podem comprometer a qualidade de vida das pessoas, independentemente da idade. As crianças merecem uma atenção especial, tendo em vista que são mais propensas a sofrer com o processo de intimidação em comparação aos adultos (SEEHRA; NEWTON; DIBIASE, 2011; SANTOS *et al.*, 2014; GÁLVEZ-CUBAS *et al.*, 2015). Situação observada neste relato de caso, onde a criança em função dos problemas estéticos, estava se recusando a ir para a escola, como forma de se proteger do *bullying*.

Segundo Al-Bitar *et al.* (2013), a prevalência de *bullying* em crianças em relação a aparência dental, tem um registro de aproximadamente 15%. Além disso, a prevalência de fraturas dentárias coronárias é relativamente alta, sobretudo em crianças e adolescentes (VIEGAS *et al.*, 2014; KINA *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2016). Os dentes anteriores, especialmente os superiores, são os mais afetados e impactam diretamente na estética do sorriso, devido a sua anatomia e posição na arcada (COSTA *et al.*, 2014; FORCELLI; NUNES, 2015), o que reforça a importância do papel do cirurgião-dentista nessa fase.

Independente da faixa etária, o tratamento restaurador em pacientes com dentes anteriores fraturados, objetiva devolver a beleza do sorriso, recuperar a autoestima do paciente e muitas vezes restituir seu convívio social e qualidade de vida (KRASSTL *et al.*, 2011, KINA *et al.*, 2015). Quando existe a impossibilidade de colagem do fragmento do dente, a reconstrução adesiva direta constitui o tratamento de eleição (SANTOS *et al.*, 2016), condição que justificou o tratamento selecionado para este caso, com a avaliação positiva por parte da criança e sua mãe. O paciente expressou satisfação logo após a realização do procedimento, e relatou não ter mais vergonha de sorrir e ir à escola. Esse comportamento coincide com os relatos de estudos anteriores, que discutem a influência dos aspectos da condição bucal no convívio social (CAMPOSA *et al.*, 2013; SCAPINI *et al.*, 2013; GATTO, 2015).

O estudo de Tristão *et al.* (2020), sugeriu por meio de uma revisão sistemática, que a má oclusão, com evidência na região anterior, pode estar relacionada à ocorrência de *bullying* entre crianças e adolescentes. Esta observação reforça o fato de que além da fratura coronária,

a mordida cruzada anterior, neste caso, pode ter sido um agente catalizador do *bullying*. Além disso, a má oclusão predispõe ao trauma, sendo os incisivos centrais superiores os dentes mais acometidos (CARVALHO *et al.*, 2013), sua frequência possui relação estatisticamente significativa com o overjet acentuado e proteção labial inadequada (SOTO *et al.*, 2011), desse modo, a vestibularização mais acentuada do dente 11, pode ter sido um fator predisponente para a ocorrência da fratura coronária.

A prevalência de mordida cruzada anterior varia em torno de 7,6% das crianças, acometendo ainda, cerca de 1% das crianças entre dois e seis anos de idade (FIGUEIREDO *et al.*, 2014). A mordida cruzada anterior pode ocorrer ainda por uma interferência oclusal na região anterior, o que caracteriza um deslizamento secundário da mandíbula para anterior (ROSSI *et al.*, 2012; ULISOV, BODRUMLU *et al.*, 2013). No caso do paciente, durante a anamnese foi relatado episódio de trauma e alterações que estão relacionados à má oclusão, podendo haver relação com a etiologia. O trauma oclusal gerou perda de inserção e perda óssea (FAN J *et al.*, 2018), causando recessão gengival e mobilidade dentária, cujo tratamento foi baseado na remoção do agente causal (MURCHIE, 2017). Os dois fatores principais que podem desafiar a integridade dos tecidos de suporte periodontal são, biofilme dentário e trauma de oclusão (PASSANEZI E SANT'ANA, 2019). Em virtude da presença de mobilidade grau I no dente 31, a remoção do trauma, o controle adequado da higiene bucal e a intervenção ortodôntica foram fatores indispensáveis no tratamento do paciente com oclusão traumatogênica.

Muitos são os tratamentos propostos para a mordida cruzada anterior, os desgastes dentais compensatórios, planos inclinados em acrílico, arco palatino com molas para vestibularização de incisivos, Bionator de Balters tipo reverso, mentoneiras, máscaras para tração reversa e os aparelhos ortodônticos com arco progênico modificado (ROSSI *et al.*, 2012, FERNANDEZ *et al.*, 2013). A escolha do tipo de tratamento dependerá da idade e da necessidade de cooperação do paciente (ULISOV, BODRUMLU *et al.*, 2013). Frente ao exposto, levando em consideração à idade do paciente e sua boa colaboração, os dispositivos de eleição deste caso foram as pistas diretas planas, para levante de mordida e reprogramação mandibular, e uma placa ortodôntica removível com arco vestibular de Hawley e com molas palatinas para vestibularização (ou correção de giroversão) dos incisivos.

A colaboração do paciente foi um fator bastante importante, o que permitiu a instalação da placa removível em resina acrílica com mola frontal palatina. Esta placa

corresponde a primeira opção de tratamento, por ser um procedimento mais biológico e efetivo no movimento ortodôntico do dente (FIGUEIREDO *et al.*, 2014).

Em decorrência do relato de *bullying* associado à fratura do dente 11, priorizou-se remover o agravo estético e de imediato retirar o dente 31 do trauma oclusal. As moldagens das arcadas superior e inferior foram realizadas na mesma sessão, com o objetivo de confeccionar a placa ortodôntica superior, assim como, servir de modelo para confecção das pistas diretas planas.

Mesmo com boa cooperação do paciente durante os procedimentos e em relação ao uso do aparelho ortodôntico, evidenciou-se, inicialmente, dificuldades no controle do biofilme dentário, com evidente melhora em torno da terceira sessão. A adoção de hábitos comportamentais coerentes na infância começa em casa com os pais, principalmente com a mãe, que desempenha um importante papel no estilo de vida relacionado à saúde bucal dos filhos (CASTILHO *et al.*, 2013), desse modo, a orientação de higiene bucal é bastante importante que ocorra conjuntamente.

A redução do tempo de tratamento da adequação do meio bucal, que antecede o tratamento ortodôntico é indispensável. Neste caso, o tempo foi um fator limitante relacionado ao acompanhamento da evolução do caso, em função da interrupção do tratamento pelo recesso acadêmico. No entanto, mesmo em pouco tempo de intervenção, foi possível notar diferenças estéticas e funcionais,

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As intervenções restauradoras e o tratamento ortodôntico contribuíram de maneira positiva no tratamento do paciente, tanto em relação à estética como no combate ao *bullying*. É fundamental o acompanhamento do cirurgião-dentista durante o desenvolvimento da criança, primando o diagnóstico precoce e tratamento adequado.

REFERÊNCIAS

BOFFI, J C; FRANZIN, LCS. *Bullying* e a atuação da Odontologia. **Revista Uningá Review**, 2017.

CASTILHO, A.R.F et al . Influência do ambiente familiar sobre a saúde bucal de crianças: uma revisão sistemática. **J. Pediatr. (Rio J.)**, v. 89,n. 2,p. 116-123,Apr. 2013.

CAMPOSA, F. L. D 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, v. 42, n. 3, p. 160–166, 2013.

CARVALHO, B; BRITO, A.S; HEIMER, M; VIEIRA, S; COLARES, V. Traumatismo Dentário em Adolescentes entre 15 e 19 Anos na Cidade do Recife – PE e Fatores Associados – Estudo Preliminar. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v.13, n.1, p.95-100, 2013

CARREIRA, A.L.F. **Bullying em pacientes com fissura labiopalatina: avaliação da ocorrência, consequências e aspectos legais relacionados**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

CHAN, A; ANTOUN, J.S; MORGANE, K.C; FARELLA, M. Accounts of bullying on Twitter in relation to dentofacial features and orthodontic treatment. **J Oral Rehabil**, v.44, p.244-250, 2017.

CARRANZA, J.R. F.A.; NEWMAN M.G.; TAKEI H.H.KLOKKE-VOLD, Perry R. **Rev. Periodontia clínica**, 11° ed., Ed. Elsevier, Rio de Janeiro, 2012.

DE MOURA, D.R; CRUZ, A.C.N; DE ÁVILA QUEVEDO, L. Prevalência e características de escolares vítimas de *bullying*. **Jornal de Pediatria**, 2011.

FIGUEIREDO, P.B.A, FERRAZ, R.P, SILVA, V.C, JUNIOR, J.M.P, SILVA, A.R.Q; SILVA A.I. Plano inclinado no tratamento da mordida cruzada anterior: relato de caso clínico. **RFO UPF**, v.19,n.2, p. 229-233, 2014.

FERNADEZ, M.M; LINARES, A.I; YAÑEZVICO R.M; MENDONZA-MENDONZA A; SOLANO REINA, E.E. Bone and dentolaveolar anchored dentofacial orthopedias for class III malocclusion: new approaches, similar objectives?. **Angle Orthodontist**, v.83, n.3,p.540-52, 2013.

FAN, J; CATON, J. G. Occlusal trauma and excessive occlusal forces: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. **Journal of Periodontology**, v. 89, n. 1, p.214-222, ju n. 2018.

FONTAINE, R; RÉVEILLÈRE, C.H. Le *bullying* (ou victimisation) en milieu scolaire: description, retentissements vulnérabilisants et psychopathologiques. In: Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Local: **Elsevier Masson**, 2004.

GARBIN, C.A.S et al. Violência na população infantil: perfil epidemiológico dos abusos verificados no ambiente escolar. **Revista Ciência Plural**, 2016.

GATTO, R. C. J. **Bullying e má oclusão relacionados a autoestima e qualidade de vida em adolescentes**. Tese doutorado, 2015.

OHN, A. Et al. Self-Harm, Suicidal Behaviours, and *Cyberbullying* in Children and Young People: Systematic Review. **J Med Internet Res**, v.20, n.4, 2018.

KOWALSKI, R.M; LIMBER, S.P. Electronic *bullying* among middle school students. **Journal of adolescent health**, 2007.

KINA, M; SANTOS, A.R; KINA, J; MARTIN, O.C.L; PIRES, H.C; BOER, N.P; FABRE, A.F. Anterior fractured tooth: diagnosis, prognosis and clinical case retreatment. **Arch Health Invest**. v.4, n.1, p.20-25, 2015.

LEVANDOSKI, G; CARDOSO, F. L. Characteristics of the Body Composition of Aggressors and Victims of *Bullying*. **International Journal of Morphology**, 2013.

MEDEIROS, E.D et al. Escala de Comportamentos de *Bullying* (ECB): Elaboração e evidências psicométricas. **Psico-USF**, 2015.

MURCHIE, B.D. Complications of an ageing dentition part 1: occlusal trauma and cracked teeth. **Dental Update**, v. 44, n. 4, p.295-305, 2017.

NAVEED, S et al. Association of bullying experiences with depressive symptoms and psychosocial functioning among school going children and adolescents. **BMC Res Notes**, 2019.

OLWEUS, D. *Bullying* at school: basic facts and effects of a school based intervention program. **J Child Psychol Psychiatry**, 1994.

PASSANEZI, E; SANT'ANA, P.C.A. Role of occlusion in periodontal disease. **Periodontology** 2000, v.79, n.1, p.129–150, 2019.

RISTUM, M. **Impactos da violência na escola: Um diálogo com professores**. Rio de Janeiro: Ministério da Educação/Editora Fiocruz, 2010.

ROSSI, L.B, PIZZOL, K.E.D, BOECK, E.M, LUNARDI, N, GARBIN, A.J.I. Correção de mordida cruzada anterior funcional com a terapia de pistas diretas planas: relato de caso. **FOL/UNIMEP**, v.22, n.2, p.45-50, 2012.

SANTOS, F.G et al. Reabilitação Estética em Dentes Anteriores Permanentes Traumatizados. Local: **Journal of Health Sciences**, 2016.

SCAPINI, A et al. Malocclusion impacts adolescents oral health – related quality of life. **Angle Orthodontist**, v. 83, n. 3, p. 512–518, 2013.

SANTOS, J.A et al. Prevalência e Tipos de *Bullying* em Escolares Brasileiros de 13 a 17 anos. Local: **Revista de Salud Pública**, 2014.

SEEHRA, J; NEWTON, J. T; DIBIASE, A. T. Interceptive orthodontic treatment in bullied adolescents and its impact on self-esteem and oral-health-related quality of life. **European Journal of Orthodontics**, v. 35, n. 5, p. 615–621, 2013.

SPEZZIA, S. IMPLICAÇÕES ODONTOLÓGICAS DO *BULLYING* NA ADOLESCÊNCIA. Local: **Revista Fluminense de Odontologia**, 2018.

TRISTÃO, S.K.P.C., MAGNO, M.B., PINTOR, A.V.B. *et al.* Is there a relationship between malocclusion and *bullying*? A systematic review. **Prog Orthod**, v.21, n.26, 2020.

ULSOL, A.V; BODRUMLU, E.H. Management of anterior dental crossbite with removable appliances. **Contemp Clin Dent**, v.4, n.20, p.223-6, 2013.

VIEGAS, M.V; PAIVA, S.M; CARVALHO, A.C; SCARPELLI, A.C; FERREIRA, F.M; PORDEUS, I.A. Influence of traumatic dental injury on quality of life Brazilian preschool children and their families. **Dental Traumatology**, v.30, n.5, p.338-347, 2014.

XAVIER, K.M; BRITTO, D.B.O; DI NINNO, C. Q. M. S. Fissura palatina: prevalência regional no estado de Minas Gerais em centro especializado referencial. Local: **Rev Méd Minas Gerais**, 2015.

YARED, K.F,G; ZENOBIO, E.G; PACHECO, W. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v.11, n.6, p.45-51, 2006.

AGRADECIMENTOS

A Deus que é o maior mestre, autor do meu destino e meu guia, por ter iluminado meu caminho durante esta caminhada, me dado sustento, sabedoria e coragem para superar as dificuldades.

À minha orientadora, Prof. Dra. Edja Maria Melo Brito da Costa, pelo suporte, carinho e empenho dedicado durante toda a caminhada e elaboração deste trabalho. Muito obrigada por toda paciência, disponibilidade e amor.

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. Alexandre Durval Lemos, pela sua disponibilidade, pelo seu incentivo, apoio e direcionamento. Agradeço por todos ensinamentos compartilhados e pelas valorosas sugestões.

Aos membros da banca examinadora, Prof. Dr. Sérgio D'Ávila Lins Bezerra Cavalcanti e Prof. Me. José Eraldo Viana Ferreira, pela disponibilidade de participar, pelas contribuições e sugestões. Sou grata em poder dividir esse momento especial com vocês, pessoas que tenho uma grande admiração.

A Universidade Estadual da Paraíba e todos seus colaboradores, em especial, aos professores que me proporcionaram o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por toda dedicação e ensinamentos.

A minha turma, em especial a minha dupla Yuri Lins, que dividiu comigo momentos que ficarão para sempre em minha memória.

Aos pacientes que em mim depositaram confiança e que contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal.

Ao meu noivo, meus irmãos e demais familiares, pelos incentivos, alegrias, tristezas e dores compartilhadas. A minha avó Maria Barbosa de Gois e minha mãe Risolene de Fátima Barbosa de Gois, pelo amor, apoio incondicional, cuidado e dedicação, que me deram esperança e segurança para seguir e conquistar meus objetivos.

Aos meus amigos que fizeram parte da minha formação e que nos momentos da minha ausência por dedicação ao curso que tanto amo, sempre fizeram entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente. A todos aqueles que me ajudaram e me compreenderam nos momentos mais difíceis, e que tantas vezes me fizeram crer que não estou sozinha nessa caminhada.