

Bruna Loureiro Oliveira de Sousa e Silva

Distúrbios alimentares:

Impacto na Saúde Oral

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012

Bruna Loureiro Oliveira de Sousa e Silva

Distúrbios alimentares

Impacto na Saúde Oral

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012

Bruna Loureiro Oliveira de Sousa e Silva

Distúrbios alimentares:

Impacto na Saúde Oral

Monografia apresentada à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau de
Mestre em Medicina Dentária.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
Objetivos.....	5
METODOLOGIA.....	6
DESENVOLVIMENTO	7
1. Distúrbios alimentares	7
i. Anorexia	7
ii. Bulimia.....	11
iii. Transtorno da compulsão alimentar periódica.....	16
iv. Síndrome do comer noturno	18
v. Obesidade	20
2. Complicações na cavidade oral	24
i. Erosão dentária	24
ii. Hipersensibilidade dentária	29
iii. Hipossalivação.....	31
iv. Hipertrofia das glândulas salivares	32
v. Restaurações proeminentes sobre a estrutura dentária erodida	33

vi. Cárie dentária.....	34
vii. Doença periodontal.....	35
viii. Mucosites.....	36
ix. Candidíase e Queilite angular.....	37
x. Bruxismo	37
xi. Quadro resumo das alterações na cavidade oral, devido á bulimia e anorexia.	38
3. Papel do médico dentista no diagnóstico e tratamento dos distúrbios alimentares....	39
CONCLUSÃO.....	42
BIBLIOGRAFIA	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Erosão dentária nas superfícies palatinas dos incisivos inferiores. Imagem retirada de: Guedes et al., 2007.....	27
Figura 2.	Erosão dentária numa fase avançada, nas superfícies vestibulares superiores e inferiores. Imagem retirada de: Branco <i>et al.</i> , 2008.....	28
Figura 3.	Desgaste dentário extenso que provoca hipersensibilidade. Imagem retirada de: Junior <i>et al.</i> , 2002.....	31
Figura 4.	Imagem ilustrativa de uma “ilha de amálgama”. Imagem retirada de: Guedes et al., 2007.....	34

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.	Critérios de diagnóstico da anorexia nervosa.....	10
Tabela 2.	Critérios de diagnóstico da bulimia.....	14
Tabela 3.	Complicações sistémicas da anorexia e da bulimia.....	15
Tabela 4.	Comparação entre bulimia nervosa/transtorno da compulsão alimentar periódica com síndrome do comer noturno.....	20
Tabela 5.	Diferentes níveis do excesso de peso	23
Tabela 6.	Quadro resumo das complicações na cavidade oral, provocadas pela bulimia e anorexia	38

RESUMO

Os distúrbios alimentares traduzem-se em comportamentos, quer pela falta, quer pelo excesso da ingestão de alimentos

O crescente aumento destes distúrbios, nomeadamente a obsessão pelos corpos magros, relaciona-se com o impacto que os *media* tem na sociedade, uma vez que a magreza é vista como mecanismo de atração sexual e mecanismo de integração social.

Das desordens alimentares fazem parte a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e a obesidade.

Ao contrário da obesidade, a anorexia nervosa e a bulimia nervosa são muitas vezes omitidas pelos indivíduos, tornando o seu diagnóstico ainda mais complicado, daí a importância dos profissionais de medicina dentária, pois a cavidade oral é um dos principais órgãos afetados pelas alterações dos hábitos alimentares, bem como dos métodos usados para atingir a tão desejada magreza.

Palavras-chave: Desordens alimentares; Saúde oral; Médico dentista.

ABSTRACT

Eating disorders result in behaviors, or by the lack or excess of food intake.

The increasing of these disorders, particularly the obsession by lean bodies, relates to the impact that the media has on society, since thinness is seen as a mechanism of sexual attraction and social integration.

Of eating disorders include anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity.

Unlike obesity, anorexia nervosa and bulimia nervosa are often omitted by individuals, making your diagnosis even more complicated, hence the importance of dental professionals, because the oral cavity is one of the major organs are affected by changes in dietary habits, as well as the methods used to achieve the much desired thinness.

Keywords: Eating disorders; Oral health; Dentist.

I. INTRODUÇÃO

Os distúrbios alimentares são doenças psiquiátricas, que se caracterizam-se quer pela abundância, quer pelo déficit na ingestão alimentar, e onde ocorre uma distorção quer a nível cognitivo, quer perceptivo por parte dos indivíduos que os apresentam. Em qualquer um dos casos deixa de se realizar uma alimentação saudável e equilibrada.

As condutas dos pacientes relativamente aos distúrbios alimentares são bastante nefastas pois, estes recorrem a métodos agressivos para reduzir o peso, podendo originar graves problemas de saúde. Estes desequilíbrios na dieta alimentar, podem originar distúrbios como a obesidade, bulimia, anorexia, síndrome do comer noturno, compulsão alimentar periódica e outros (Gomes *et al.*, 2010; Tirico *et al.*, 2010; Borges *et al.*, 2006; Cardoso, 2000).

Os profissionais de saúde, na área da medicina dentária, têm um papel extremamente importante no diagnóstico e no tratamento dos distúrbios alimentares, uma vez que a cavidade oral está diretamente exposta às alterações sofridas na dieta alimentar, bem como aos mecanismos utilizados para não ganhar peso, como é o caso da autoindução do vômito. Por esse motivo, podem ser os primeiros profissionais de saúde a identificar os distúrbios alimentares, através de uma detalhada anamnese e de um correto exame físico extra e intraoral, uma vez que estes são omitidos pela grande parte dos pacientes. Problemas como cáries, hipersensibilidade, erosão dentária, doença periodontal, hipertrofia das glândulas salivares, alterações nos tecidos moles, entre outros, afetam frequentemente a cavidade oral destes pacientes.

Os dois distúrbios que causam mais malefícios a nível oral são a bulimia e a anorexia do tipo purgativo. Além do papel fulcral no diagnóstico destas patologias, o médico dentista deve também fazer o encaminhamento para profissionais de outras áreas, uma vez que o tratamento destes distúrbios é multidisciplinar (Barboza *et al.*, 2011; Navarro *et al.*, 2011; DeBate *et al.*, 2009; Izidio *et al.*, 2006; DeBate *et al.*, 2005).

Segundo DeBate *et al.* (2007), a cavidade oral pode funcionar como um sistema precoce para alertar, relativamente à existência de problemas de saúde física e mental.

Nos dias de hoje a preocupação extrema com a imagem corporal, deve-se à criação de um ideal de beleza, por influência dos *media*, onde há uma obsessão por corpos magros,

pois a aparência física é um parâmetro importante para a integração e aceitação social. Esta preocupação excessiva com o peso corporal leva a um aumento da procura de recursos para atingir o aspeto que estes indivíduos consideram ideal (Barboza *et al.*, 2011; Izidio *et al.*, 2006; Cardoso, 2000).

Os distúrbios alimentares são o terceiro distúrbio mental crónico mais frequente em mulheres adolescentes, afetando esta faixa etária em cerca de 85%. Cerca de 90 a 95% dos casos de anorexia e bulimia surgem no sexo feminino e destes distúrbios, a bulimia é a desordem mais frequente. Os homens apresentam uma prevalência de 5% a 10% em relação aos distúrbios alimentares, sendo a sua proporção relativamente às mulheres de 1 para 10 (Barboza *et al.*, 2011; Navarro *et al.*, 2011; Vilela *et al.*, 2004).

A adolescência é uma fase de grandes modificações, quer físicas, quer emocionais, que por vezes os jovens não estão preparados para as enfrentarem. Várias modificações físicas assumem uma grande relevância nas mulheres, como é o caso do acúmulo de gordura que se prolonga ao longo da adolescência, e pode atingir um aumento de tecido adiposo de 27% aos 16 anos (Barboza *et al.*, 2011; Santos *et al.*, 2010; Vilela *et al.*, 2004; Dunker *et al.*, 2003).

Nos últimos anos a prevalência e a magnitude dos transtornos alimentares tem vindo a aumentar de forma significativa, causando uma crescente preocupação dos profissionais de saúde. Há estudos que comprovam que fatores genéticos também podem estar associados a estes distúrbios uma vez que familiares de indivíduos anoréticos tem maior propensão para desenvolver este distúrbio alimentar. Indivíduos que apresentam pré-disposição para o desenvolvimento de distúrbios alimentares caracterizam-se por serem muito perfeccionistas, ansiosos, obsessivos e por serem muito críticos em relação ao seu comportamento (Barboza *et al.*, 2011; Gomes *et al.*, 2010; Aranha *et al.*, 2008; Vilela *et al.*, 2004).

Relativamente á obesidade sabe-se que a sua prevalência também tem aumentado ao longo dos anos, e é considerada como uma epidemia mundial, pois afeta a população quer dos países desenvolvidos, quer em desenvolvimento. Ao contrário da bulimia e da

anorexia que atingem sobretudo a mulheres, a obesidade atinge homens e mulheres praticamente na mesma proporção (Francischi *et al.*,2000).

A etiologia dos distúrbios alimentares é desconhecida e bastante complexa, contudo fatores biológicos, psicológicos, ambientais e socioculturais podem interferir com o seu desenvolvimento. Estão relacionados com alterações metabólicas, predisposição genética, *stress*, fatores hormonais, apetite, ritmo circadiano sono/vigília, diminuição da atividade física, entre outras (Barboza *et al.*, 2011; Navarro *et al.*, 2011; Bernardi *et al.*, 2009; Aranha *et al.*, 2008).

O diagnóstico tardio dos distúrbios alimentares além de originar problemas irreversíveis na cavidade oral, leva também ao aparecimento de doenças sistêmicas (DeBate *et al.*, 2007).

Os distúrbios alimentares afetam gravemente o desenvolvimento do indivíduo, uma vez que como já foi referido, surgem com maior frequência na adolescência, sendo esta uma fase de modificações abruptas em todo o organismo. O tratamento destes distúrbios passa por uma terapêutica multidisciplinar (psicologia, nutrição, medicina dentária, endocrinologia) com atuação precoce para que se obtenham melhores resultados, uma vez que estas desordens alimentares podem originar vários tipos de patologias graves como distúrbios hidrelétricos, metabólicos (hipercolesterolemia e hipoglicemia), endócrinos (amenorreia) e patologias sanguíneas (anemia), que devem ser intercetados o mais precocemente possível (Barboza *et al.*, 2011; Aranha *et al.*, 2008; DeBate *et al.*, 2005; Pinzon *et al.*, 2004; Assumpção *et al.*, 2002).

A realização do diagnóstico correto dos distúrbios alimentares nem sempre é fácil, visto que, na maior parte das vezes só os casos mais graves procuram a ajuda dos profissionais de saúde. Normalmente os pacientes com estes distúrbios não admitem que estão doentes e os que admitem pensam que se conseguem tratar sozinhos, podendo subestimar as taxas de incidência e prevalência (Borges *et al.*, 2006).

No que diz respeito ao nível de qualidade de vida sabe-se que nos indivíduos com distúrbios alimentares, esta é bastante menor relativamente aos indivíduos sem este distúrbio. Comparando com outras desordens psiquiátricas, estes indivíduos apresentam

uma qualidade de vida igual ou pior em relação aos indivíduos com esquizofrenia e uma qualidade de vida pior, relativamente aos portadores de ansiedade (Tirico *et al.*, 2010).

Segundo Borges *et al.* (2006), estão associados aos transtornos alimentares algumas comorbidades psiquiátricas como é o caso da depressão em 50% - 70% dos casos, abusos de álcool e drogas em 12% - 40% dos casos, ansiedade e transtorno obsessivo compulsivo em 15% - 35% dos casos e transtornos de personalidade em 40% - 75% dos casos.

A anorexia e bulimia nervosas estão descritas no Manual de Diagnóstico e Estatísticas, e apresentam um diagnóstico específico. Por sua vez a síndrome do comer noturno e a compulsão alimentar periódica, recebem o diagnóstico de transtorno alimentar “atípico”, uma vez que apresentam uma sintomatologia não específica (Amoras *et al.*, 2010).

O diagnóstico dos transtornos alimentares deve ser realizado, de preferência, por um psiquiatra, tendo como base os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde e pela Associação de Psiquiatria Americana, no Manual de Estatísticas de Doenças Mentais. (Alvarenga *et al.*, 2011)

Objetivos

Os motivos para a escolha deste tema, relacionam-se com o facto dos distúrbios alimentares serem um tema bastante presente na atualidade, com tendência a aumentar, e também pelo facto de ter vivido um destes distúrbios e saber as repercussões que apresenta ao nível de todo o organismo, dando mais ênfase à cavidade oral.

Assim, pretende-se abordar os distúrbios alimentares e o impacto destes na saúde oral, descrevendo as complicações orais mais frequentes, bem como, proceder à caracterização resumida de cada distúrbio alimentar.

E ainda dar a conhecer alguns dos distúrbios alimentares existentes, e mostrar de que forma estes interferem com a cavidade oral, e ao mesmo tempo alertar os profissionais de medicina dentária que eles podem ser os primeiros a diagnosticar estes distúrbios, basta para isso saber reconhecer os sinais e sintomas, característicos dos diferentes distúrbios alimentares, presentes na cavidade oral. Além de diagnosticar estas desordens, podem também encaminhar os pacientes para os profissionais de saúde especializados.

II. METODOLOGIA

Esta dissertação baseia-se na revisão de literatura, onde se efetuou uma pesquisa bibliográfica de artigos científicos publicados, na sua maioria, entre 2005 e 2011 e algumas obras literárias.

A pesquisa foi feita em motores de busca *on-line* da PubMed, Scielo, LILACS, Google Académico e também em livros, alguns dos quais da biblioteca da Universidade Fernando Pessoa – Faculdade Ciências da Saúde.

Nesta pesquisa foram incluídos artigos em inglês e português, revisões bibliográficas e alguns estudos.

As palavras-chave utilizadas foram: *eating disorders, anorexy, bulimy, obesity ,night eating syndrome, binge eating disorders, oral complications, oral health, tooth erosion, dentistry ,dentist, oral cavity, body image.*

III. DESENVOLVIMENTO

III.1. Revisão bibliográfica

1. Distúrbios alimentares

i. Anorexia

A anorexia é um distúrbio alimentar, de origem nervosa, com crescente preocupação uma vez que, tem-se verificado um aumento progressivo com maior ocorrência nos países desenvolvidos, dos quais Portugal não é exceção. Este distúrbio transformou-se num grave problema social, pois abrange todos os grupos sociais e o número de pessoas afetadas tem vindo a aumentar. Atinge cerca de 0,5% a 1,0% da população adolescente do sexo feminino, e pode levar a uma perda maior ou aproximada de 25% do peso corporal (Navarro *et al.*, 2011; Gomes *et al.*, 2010; Cardoso, 2000).

A palavra “anorexia” provém do grego e significa falta de apetite, contudo, no distúrbio alimentar designado por anorexia não se trata de uma ausência de apetite, mas sim, do autocontrolo para não ingerir alimentos de forma a perder peso (Giordani, 2006).

Segundo o manual diagnóstico e estatístico dos transtornos alimentares, estes indivíduos não aceitam ter um índice de massa corporal (IMC) normal ou acima do mínimo normal tendo em conta a idade e a estatura (Schebendach, J., 2010).

Os casos de anorexia nervosa traduzem-se por medo mórbido de aumentar o peso e na recusa em manter o peso em valores normais para a estatura individual, pois estes indivíduos sentem-se e vêem-se gordos. Além de uma alimentação muito restrita e quase inexistente, há uma prática intensa de exercício físico e por vezes o uso de laxantes e diuréticos para que a perda de peso seja eficaz. À medida que o doente anorético perde peso e atinge valores muito abaixo dos normais, o medo de engordar torna-se ainda maior. Quando o índice de massa corporal (IMC) se encontra abaixo de $17,5\text{kg}\cdot\text{m}^{-2}$ ^[4] considera-se o indivíduo desnutrido (Amoras *et al.*, 2010; Gomes *et al.*, 2010; Aranha *et al.*, 2008; Gonçalves *et al.*, 2008; Shaughnessy *et al.*, 2008; Biesalski *et al.*, 2007; Giordani, 2006; Saikali *et al.*, 2004; Cardoso, 2000).

Segundo Shaughnessy *et al.* (2008), a anorexia é a terceira doença crônica mais frequente entre adolescentes.

Os casos de anorexia são mais frequentes em pacientes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos, contudo atualmente tem-se verificado a ocorrência de casos quer em crianças quer em adultos com mais de 40 anos. A prevalência após os 50 anos é menor que 1%. Afeta maioritariamente o sexo feminino, uma vez que, as mulheres são mais vulneráveis às pressões da sociedade no que diz respeito à estética, pois a sociedade rejeita e discrimina indivíduos obesos (Schebendach, J., 2010; Gonçalves *et al.*, 2008; Borges *et al.*, 2006).

Os homens distorcem menos a sua imagem corporal e tem como principal objetivo aumentar a massa muscular, e não emagrecer, sendo a prevalência um décimo da que se verifica nas mulheres (Schebendach, J., 2010; Gonçalves *et al.*, 2008).

Sabe-se também que a anorexia, atualmente, abrange tanto os níveis socioeconómicos elevados como os baixos. Aponta-se para que a sua etiologia seja multifatorial com contributo de fatores genéticos, ambientais, psicossociais e inicia-se após um fator de *stress* como o término de um relacionamento, a perda de um ente-querido ou quando o indivíduo ouve um comentário menos agradável acerca do seu peso (Gonçalves *et al.*, 2008; Borges *et al.*, 2006).

A magreza feminina além de funcionar como mecanismo de atração sexual, é vista também como um método de atingir mais facilmente beleza, sucesso e felicidade, não tendo em conta os malefícios que essa magreza acarreta para a saúde do indivíduo (Gonçalves *et al.*, 2008; Dunker *et al.*, 2003).

Indivíduos com anorexia nervosa têm uma obsessão pela perfeição corporal e distorcem a sua imagem corporal uma vez que há uma superestimação do tamanho corporal, quando na realidade se encontram desnutridos. Psicologicamente estes pacientes caracterizam-se pelo perfeccionismo, cautela e apresentam dificuldades em interagir em sociedade. Devido a esta distorção da imagem, estes indivíduos apresentam uma aversão à comida e restringem de forma continuada o número e a quantidade das

refeições, eliminando os alimentos mais calóricos (hidratos de carbono simples e gorduras) da sua dieta alimentar. Essa restrição vai se acentuando à medida que o tempo passa podendo mesmo levar ao jejum (Navarro *et al.*, 2011; Schebendach, J., 2010; Gonçalves *et al.*, 2008; Biesalski *et al.*, 2007; Borges *et al.*, 2006; Vilela *et al.*, 2004).

Problemas cardiovasculares, desidratação, infertilidade, hipotermia, distúrbios eletrolíticos, alterações hematológicas, gastrointestinais, dermatológicas, osteomusculares e patologias derivadas do hipometabolismo são derivados desta restrição alimentar. Este é, de entre todos os distúrbios psiquiátricos, o que apresenta maior taxa de mortalidade por ano, quer devido às alterações referidas anteriormente quer devido ao suicídio (Amoras *et al.*, 2010; Schebendach, J., 2010; Alves *et al.*, 2008; Gonçalves *et al.*, 2008; Biesalski *et al.*, 2007; Borges *et al.*, 2006; Vilela *et al.*, 2004; Assumpção *et al.*, 2002).

A anorexia divide-se em dois tipos, o purgativo e o restritivo. Tal como o nome indica, no tipo purgativo o indivíduo recorre ao vômito e à utilização de laxantes e diuréticos após um episódio de compulsão alimentar, no tipo restritivo o indivíduo restringe a sua alimentação podendo mesmo fazer jejum absoluto. Numa fase inicial o paciente pode fazer uma restrição alimentar, contudo à medida que o distúrbio evolui, pode passar para uma anorexia do tipo purgativo (Schebendach, J., 2010; Shaughnessy *et al.*, 2008; Borges *et al.*, 2006).

Os indivíduos com anorexia nervosa defendem que pasta dos dentes, água, e medicamentos apresentam calorias (Sicchieri *et al.*, 2006).

Os sinais e sintomas mais frequentes na anorexia que ajudam a chegar ao diagnóstico correto são a xerodermia, hipotensão, bradicardia, bradipneia, edema nos membros inferiores, dor abdominal, intolerância ao frio, alopecia, extremidades frias, dificuldade de concentração, obstipação, amenorreia, fadiga, queda de cabelo, letargia, acidose metabólica, entre outros (Biesalski *et al.*, 2007; Borges *et al.*, 2006; Amoras *et al.*, 2010).

A amenorreia durante pelo menos três ciclos menstruais pode ser um indicador de anorexia, contudo não pode ser definido como um critério preciso de diagnóstico pois há pacientes anoréticas que permanecem menstruadas (Navarro *et al.*, 2011; Schebendach, J., 2010; Shaughnessy *et al.*, 2008).

Segundo Borges et al. (2006), o diagnóstico da anorexia tem por base os critérios definidos pela Associação Americana de Psiquiatria, segundo a 4ª edição do Manual de diagnóstico e estatística das desordens mentais, cujas especificações encontram-se na tabela seguinte (Tabela 1).

Tabela 1. Critérios de diagnóstico para a anorexia nervosa, segundo a Associação Americana de Psiquiatria em 1994. Adaptada de Borges et al., 2006.

Critérios de diagnóstico da anorexia nervosa
1. Recusa em manter o peso corporal dentro ou acima do mínimo adequado à idade e estatura.
2. Medo de ganhar peso ou tornar-se obeso, mesmo estando abaixo do peso normal.
3. Distúrbio da imagem corporal.
4. Amenorreia em mulheres pós menarca (ausência de pelo menos três ciclos menstruais)

Relativamente aos impactos que a anorexia tem na cavidade oral, estes são mais evidentes na anorexia do tipo purgativo, sendo a maior parte das alterações devidas à indução do vômito, como é o caso da erosão, que acarreta consigo muitas outras alterações negativas na cavidade oral como é o caso da queilite, da hipossalivação, da hipersensibilidade, da mucosite entre outras (Barboza *et al.*, 2011; Amoras *et al.*, 2010; Guedes *et al.*, 2007).

No caso da anorexia do tipo restritivo as alterações na cavidade oral não são evidentes, pois como não se recorre ao vômito, nenhuma das manifestações referidas anteriormente são visíveis (Shaughnessy *et al.*, 2008).

Há estudos que revelam uma potencial associação entre a diminuição da densidade óssea mandibular e a recessão gengival nos pacientes com anorexia do tipo restritivo. Estas alterações são devidas à osteoporose consequente da desnutrição (Shaughnessy *et al.*, 2008).

A evolução da anorexia nervosa pode ter diferentes vertentes, uma vez que os pacientes podem recuperar totalmente, podem recuperar parcialmente, ou seja há períodos de melhora e de recidiva podendo mesmo evoluir para bulimia nervosa, e podem não recuperar, tendo assim uma evolução grave a nível psicológico e físico (Borges *et al.*, 2006).

Por motivos inerentes a este distúrbio a taxa de mortalidade é de 5% a 20%, contudo muitos destes pacientes recorrem ao suicídio, contribuindo assim, para o aumento da taxa de mortalidade por anorexia (Schebendach, J., 2010; Borges *et al.*, 2006).

O tratamento da anorexia é multidisciplinar, envolvendo áreas como a psiquiatria, psicologia, nutrição e em casos mais graves é necessário recorrer ao uso de terapêutica farmacológica (Borges *et al.*, 2006).

ii. Bulimia

A bulimia nervosa é um transtorno alimentar que afeta cerca de 1 a 2% da população, principalmente mulheres, numa proporção de 9:1 em relação aos homens, e abrange a faixa etária dos 20 aos 40 anos, contudo, por norma, surge no fim da adolescência. Os pacientes bulímicos têm como objetivo a busca de um corpo perfeito, definido pela sociedade atual, onde a magreza tem um papel muito relevante pois está associada à beleza e à juventude (Lima *et al.*, 2011; Popoff *et al.*, 2010; Santos *et al.*, 2010; Viviane *et al.*, 2008).

A etiologia é desconhecida, sabe-se porém, que pode resultar de vários aspetos como os socioculturais, familiares, psicológicos, biológicos entre outros e por norma surge em indivíduos com baixa autoestima, depressão, insegurança, pois estão mais suscetíveis emocionalmente (Lima *et al.*, 2011; Popoff *et al.*, 2010; Santos *et al.*, 2010).

Relativamente á carga genética sabe-se que filhas ou irmãs de indivíduos com anorexia tem doze vezes maior probabilidade de desenvolver este distúrbio e quatro vezes maior probabilidade de desenvolver bulimia (Santos *et al.*, 2010).

Normalmente afeta indivíduos do sexo feminino, raça branca, adolescentes e com elevado nível social e económico (Santos *et al.*, 2010).

Segundo Santos *et al.* (2010), cerca de 25% a 30% dos pacientes bulímicos sofreram previamente de anorexia.

A palavra “bulimia” provém do grego e significa “fome de boi”. Os doentes bulímicos caracterizam-se por uma enorme sensação de hiperfagia, levando a que ingiram uma grande quantidade de alimento de forma tão compulsiva e tão rápida, que não conseguem saborear nem tirar prazer dos alimentos. Estes pacientes comem compulsivamente quando estão sozinhos, comendo diretamente do recipiente e com uma colher, uma vez que suporta maior quantidade que um garfo e assim a ingestão é mais rápida. Ingerem juntamente uma enorme quantidade de líquidos para estimular o vómito. Após o episódio bulímico há um grande sentimento de culpa, vergonha, tristeza e de perda de controlo (Santos *et al.*, 2010; Viviane *et al.*, 2008; Lima *et al.*, 2011; Espíndola *et al.*, 2006; Sicchieri *et al.*, 2006).

A bulimia nervosa divide-se em dois subtipos, o purgativo e o não purgativo. No purgativo recorre-se ao vómito, ao uso de laxantes, diuréticos, entre outros. No não purgativo realiza-se períodos de jejum prolongado e/ ou exercício físico intenso (Santos *et al.*, 2010; Borges *et al.*, 2006).

Após a ingestão alimentar excessiva recorre-se a mecanismos compensatórios de forma a evitar o aumento do peso. Há várias condutas que estes pacientes podem seguir, essas condutas podem ser do tipo purgativo como a autoindução do vómito, o uso de laxantes e diuréticos e condutas não purgativas como a prática intensa de exercício físico, períodos de jejum prolongados, a toma de hormonas tiroideias e de anorexígenas, ingestão de grandes quantidades de cafeína e cocaína, bem como a realização de dietas muito restritivas.

Muitas vezes é o médico dentista quem deteta a doença, e desta forma encaminha o paciente para o tratamento apropriado (Barboza *et al.*, 2011; Popoff *et al.*, 2010; Santos *et al.*, 2010; Nunes-Costa *et al.*, 2009; Guedes *et al.*, 2007; Biesalski *et al.*, 2007).

Segundo Popoff *et al.* (2010), se o episódio de hiperfagia se repetir duas ou mais vezes por semana durante três meses seguidos consideramos o paciente como bulímico.

A autoindução do vômito ocorre em 85%-90% dos casos de bulimia, estando por isso, a cavidade oral exposta a lesões nefastas provocadas pelo vômito (Barboza *et al.*, 2011).

Um individuo bulímico não apresenta obrigatoriamente baixo peso, pode em alguns casos apresentar peso a mais, ou ter uma aparência normal. Isto faz com que este distúrbio passe muitas vezes despercebido pelos familiares e amigos, daí a importância do médico dentista na detecção deste distúrbio de forma mais precoce, pois o diagnóstico clínico é muito difícil e a ajuda da medicina dentária é extremamente importante, uma vez que estes indivíduos apresentam alterações na cavidade oral (Lima *et al.*, 2011; Biesalski *et al.*, 2007).

Segundo Santos *et al.* (2010), a bulimia está relacionada, sob o ponto de vista psicológico, com depressão, baixa autoestima, frustrações, entre outras.

Sob o ponto de vista social estes pacientes são muito influenciados pelos corpos magros exibidos nos meios de comunicação, tendo por isso, como principal objetivo a busca da magreza.

Tal como a grande parte dos distúrbios alimentares, a bulimia é detetada muito tempo após o seu início, uma vez que, só após o aparecimento dos efeitos colaterais é que os pacientes procuram a ajuda dos profissionais de saúde (Lima *et al.*, 2011).

Um dos sinais clínicos frequente em pacientes bulímicos é o sinal de Russel, que se caracteriza por uma lesão no dorso da mão e ocorre pelo facto de o indivíduo magoar essa zona nos bordos incisais dos incisivos quando recorre ao vômito. Estes pacientes podem também apresentar sinais de erosão nas unhas, devido à exposição ao ácido (Souza *et al.*, 2010).

O diagnóstico da bulimia tem por base os critérios definidos pela Associação Americana de Psiquiatria, segundo o Manual de diagnóstico e estatística das desordens mentais, cujas especificações encontram-se na tabela seguinte (Santos *et al.*, 2010).

Tabela 2. Critérios de diagnóstico para a bulimia nervosa, segundo a Associação Americana de Psiquiatria em 1994. Adaptada de Santos *et al.*, 2010.

Critérios de diagnóstico da bulimia
a. Episódios frequentes de compulsão alimentar caracterizados por: 1. Ingestão de grandes quantidades de alimentos num curto espaço de tempo, superior a que a maioria das pessoas ingere num período de tempo igual. 2. Durante o episódio de hiperfagia há a sensação de perda de controlo.
b. Uso frequente de mecanismos compensatórios inadequados, para evitar o ganho de peso, como a indução do vômito, uso de laxantes, diuréticos, jejum ou exercícios excessivos.
c. Os episódios de compulsão alimentar e os mecanismos compensatórios têm que ocorrer duas vezes por semana, durante pelo menos três meses.
d. Excesso de preocupação com o peso corporal
e. O distúrbio não ocorre durante os episódios de anorexia nervosa

As primeiras manifestações da bulimia ocorrem a nível da cavidade oral e a nível maxilo-facial. Relativamente às alterações orais, estas podem surgir 6 meses após a autoindução frequente do vômito, sendo que, as manifestações mais frequentes em pacientes bulímicos são: erosão, cárie dentária, mucosite, modificações na quantidade e qualidade da saliva, bruxismo, problemas periodontais, hipersensibilidade dentária, ilhas de amálgama, queilite angular, desidratação e sialoadenose. Estas complicações devem-se à excessiva ingestão de alimentos, principalmente hidratos de carbono, à disfunção salivar e à presença de ácido proveniente dos vômitos, que tornam a saliva mais ácida. Ocorre também nestes indivíduos a hipertrofia das glândulas salivares, uma vez que o constante estímulo do vômito pode estimulá-las, ou levar ao armazenamento

de zimogénio (Lima *et al.*, 2011; Santos *et al.*, 2010; Souza *et al.*, 2010; Popoff *et al.*, 2010; Guedes *et al.*, 2007).

Além das complicações orais outras alterações surgem com frequência, nomeadamente a presença de úlceras na garganta e no esófago, as menstruações irregulares, a presença de calosidades nas mãos, entre outras (Santos *et al.*, 2010; Borges *et al.*, 2006).

A evolução dos pacientes bulímicos é variável, pois podem ter uma boa recuperação, podem recuperar parcialmente e podem não recuperar. Esta evolução tem pior prognóstico se o vómito nesses pacientes for muito frequente, se esta desordem surgiu numa idade tardia e se as relações interpessoais forem muito conturbadas (Borges *et al.*, 2006).

O tratamento da bulimia, tal como vários outros distúrbios alimentares, passa por uma vertente multidisciplinar que engloba psicologia, nutrição, contudo cada caso é uma caso, sendo por vezes necessário recorrer a um tratamento farmacológico adjuvante (Popoff *et al.*, 2010; Viviane *et al.*, 2008; Biesalski *et al.*, 2007).

Após abordar estas duas desordens alimentares, a tabela 3 apresenta um resumo com algumas manifestações clínicas presentes na bulimia e anorexia nervosas.

Tabela 3: Complicações sistémicas da anorexia e bulimia. Adaptado: Borges, N. J. B. G. *et al.*, 2006.

	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
Pele e anexos	<ul style="list-style-type: none"> • Pele com aspeto amarelado e seco, • Lanugo, • Cabelos finos, • Perda de cabelo, • Unhas quebradiças. 	<ul style="list-style-type: none"> • Calosidades no dorso da mão, devido à lesão da pele com os dentes ao estimular o vômito (Sinal de Russel),
Sistema gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Digestão mais lenta • Pancreatite, 	<ul style="list-style-type: none"> • Dor abdominal, • Gastrite,

	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações hepáticas, • Redução dos movimentos peristálticos do intestino. 	<ul style="list-style-type: none"> • Erosões gastroesofágicas, • Sangramentos.
Sistema hematológico	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia, • Leucopenia, • Trombocitopenia. 	
Sistema reprodutivo	<ul style="list-style-type: none"> • Infertilidade, • Amenorreia, • Baixo peso nos recém-nascidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menstruação irregular.
Outras alterações	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotermia, • Intolerância ao frio, • Convulsões, • Osteopenia/osteoporose. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertrofia das glândulas parótidas, devido ao vômito. • Erosão dentária, • Cáries.

iii. Transtorno da compulsão alimentar periódica

O transtorno da compulsão alimentar periódica, incluído no apêndice B do manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais desde 1994, caracteriza-se por uma disfunção do ritmo circadiano alimentar devido a alteração dos horários de sono/vigília, que desta forma interferem com a saciedade, com o apetite e levam a um aumento na ingestão alimentar (Palavras *et al.*, 2011; Bernardi *et al.*, 2009).

O nosso organismo é regido pelo período de 24 horas e tem como função manter o correto funcionamento dos sistemas fisiológicos e moleculares, atividade das hormonas e enzimas responsáveis pelo controlo do processo alimentar, entre outras. Exemplos dessas hormonas são a insulina, leptina e grelina pois influenciam a ingestão alimentar (Bernardi *et al.*, 2009).

Neste transtorno alimentar há a ingestão excessiva de alimento seguido por uma sensação de culpa, angústia, vergonha, revolta, auto condenação, depressão e perda de controlo, contudo, contrariamente aos indivíduos bulímicos, estes não recorrem a mecanismos compensatórios para eliminar o excesso de calorias ingeridas (Palavras *et al.*, 2011; Amoras *et al.*, 2010; Duchesne *et al.*, 2010; Bernardi *et al.*, 2009; Nunes-Costa *et al.*, 2009; Biesalski *et al.*, 2007; Coletty *et al.*, 2005; Azevedo *et al.*, 2004).

A compulsão alimentar é uma característica presente em distúrbios como a bulimia e o transtorno da compulsão alimentar periódica (Duchesne *et al.*, 2010).

Este transtorno afeta cerca de 2% - 3% da população geral, contudo surge mais frequentemente em indivíduos obesos com uma prevalência de 5% a 30%. Quando afeta indivíduos com peso normal, inevitavelmente leva ao desenvolvimento de obesidade, estando assim o transtorno da compulsão alimentar interligado com a obesidade (Petribu *et al.*, 2006).

Pacientes com o distúrbio da compulsão alimentar ingerem mais alimentos do que os indivíduos obesos sem esta desordem. Há relatos de indivíduos obesos que afirmam querer perder peso, contudo não conseguem controlar os impulsos alimentares, e desta forma o tratamento torna-se bastante complicado, uma vez que com crises de compulsão alimentar estes indivíduos tendem a aumentar de peso (Petribu *et al.*, 2006).

Pacientes obesos com o transtorno da compulsão alimentar periódica apresentam mais preocupações com a sua forma física, do que pacientes com excesso de peso sem este transtorno (Petribu *et al.*, 2006).

Considera-se que um individuo apresenta este transtorno, quando os episódios de compulsão alimentar ocorrem pelo menos 2 vezes por semana durante 6 meses. Estes episódios são acompanhados pela sensação de perda de controlo, culpa, tristeza e depressão. Contudo, contrariamente à bulimia, estes indivíduos não recorrem a mecanismos compensatórios para eliminar o excesso de calorias ingeridas (Duchesne *et al.*, 2010; Bernardi *et al.*, 2009; Petribu *et al.*, 2006).

Pensa-se que o fator desencadeante deste distúrbio é o *stress*, contudo e tal como na maior parte dos distúrbios, os fatores biológicos, psicológicos e sociais são sempre determinantes para o início destes transtornos. Há estudos que mostram uma relação entre a necessidade compulsiva de comer e distúrbios psíquicos tais como ansiedade, depressão, *stress*, pois para estes indivíduos a satisfação de comer vai muito para além da fome (Petribu *et al.*, 2006; Bernardi *et al.*, 2009; Duchesne *et al.*, 2010; Coletty *et al.*, 2005; Azevedo *et al.*, 2004).

Certas hormonas como a grelina e a leptina podem estar relacionadas com ingestão alimentar e com o *stress*.

Segundo alguns estudos o aumento dos níveis de leptina no organismo estão relacionados com o transtorno da compulsão alimentar, nomeadamente com a frequência dos episódios compulsivos e desta forma com o aumento do tecido adiposo. No que diz respeito à insulina e à glicose, sabe-se que estas se encontram em maiores concentrações relativamente a indivíduos normais e encontram-se em concentrações iguais quando comparados com indivíduos obesos (Bernardi *et al.*, 2009).

iv. Síndrome do comer noturno

A síndrome do comer noturno caracteriza-se por uma dessincronização no que diz respeito ao ritmo circadiano do padrão alimentar, ao sono e à saciedade. Pode estar relacionada com alterações no cotidiano da vida atual no que diz respeito ao *stress*, ansiedade, falta de autoestima e outros problemas psiquiátricos. Estes indivíduos acordam mais vezes durante a noite relativamente a pessoas sem esta síndrome e na maior parte das vezes que acorda ingere alimentos de elevado valor calórico (Harb *et al.*, 2010; Bernardi *et al.*, 2009).

Indivíduos que desenvolvam esta síndrome apresentam elevados níveis de *stress* e distúrbios do sono. Quando estão perante a comida sentem-se ansiosos e perdem o controlo, principalmente nos períodos antes de se deitarem ou durante os despertares durante a noite. Por norma surgem três a quatro despertares noturnos onde, inevitavelmente se ingerem alimentos (Amoras *et al.*, 2010).

Esta síndrome pode contribuir para a manutenção ou aumento da obesidade, dos diabetes e conseqüentemente para uma pior qualidade de vida.

Surge mais frequentemente em mulheres, principalmente na infância ou adolescência e está associado a problemas psiquiátricos como a depressão (Harb *et al.*, 2010; Bernardi *et al.*, 2009).

Tal como o transtorno da compulsão alimentar periódica, afeta sobretudo os indivíduos obesos, podendo também ocorrer em indivíduos sem excesso de peso. Fatores neuroendócrinos relacionados com as secreções hormonais podem estar na gênese desta síndrome, uma vez que, hormonas como cortisol, melatonina, leptina, grelina encontram-se em níveis diferentes nestes pacientes em relação a um individuo sem esta síndrome. Estas hormonas são segregadas em diferentes níveis durante o dia de acordo com o ciclo sono/vigília (Bernardi *et al.*, 2009).

Segundo alguns estudos verifica-se que pacientes com síndrome do comer noturno apresentam uma diminuição da melatonina durante a noite, podendo originar insónias, estado deprimido e pior qualidade do sono. A leptina, tal como a melatonina, encontra-se nestes pacientes em menor quantidade durante a noite, o que torna os pacientes menos resistentes aos impulsos de fome noturna. Por sua vez o cortisol apresenta-se em níveis mais elevados durante o dia, o que pode contribuir para aumentar o *stress* nestes indivíduos (Bernardi *et al.*, 2009).

No que diz respeito à insulina e à glicose, estas encontram-se em maior concentração durante a noite, devido à grande quantidade de hidratos de carbono ingeridos neste período e encontram-se em menor quantidade pela manhã. Ao contrário dos indivíduos com hábitos diurnos, que apresentam picos de glicose às 9h,12h,21h, estes pacientes apresentam picos de glicose às 12h, 21h e estendem-se até às 6 h da manhã (Bernardi *et al.*, 2009).

Algumas características representativas desta síndrome são: anorexia matinal, devido á elevada ingestão noturna e ingestão igual ou superior a 50% do valor calórico após as 19 horas. No mínimo um despertar noturno por noite durante 3 meses, insónias e ausência de critérios para se classificar como bulimia ou transtorno da compulsão

alimentar periódica, são características diagnósticas da síndrome do comer noturno. Esta síndrome diferencia-se da bulimia e do transtorno da compulsão alimentar periódica pelo facto de nesta síndrome os pacientes realizarem pequenos lanches durante a noite, em vez de terem períodos de compulsão alimentar. Contrariamente à bulimia nervosa, estes indivíduos não usam métodos compensatórios para eliminar o excesso de calorias ingeridas (Harb *et al.*, 2010; Bernardi *et al.*, 2009).

Tabela 4. Comparação entre bulimia nervosa/ transtorno da compulsão alimentar periódica e síndrome do comer noturno. Adaptado: Harb, A. B. C. *et al.*, 2010.

Sintomas	Bulimia nervosa/ Transtorno da compulsão alimentar periódica	Síndrome do comer noturno
Anorexia matinal	Normalmente não	Sim
Hiperfagia noturna	Não	Sim
Hora da ocorrência das compulsões	Sim	Sim (à noite somente)
Compulsões	Sim	Não (pequenos lanches)
Ingestões noturnas	Raro	Sim
Despertares noturnos para comer	Sim	Sim

v. Obesidade

A obesidade é uma doença crónica e multifatorial, que já existe desde a antiguidade, uma vez que está representado em pinturas, estátuas, esculturas gregas e romanas entre outras (Bertolini *et al.*, 2010; Salve M., 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde a obesidade é uma efemeridade que abrange um número elevado de pessoas por todo o mundo, levando ao desenvolvimento de várias doenças e até mesmo à morte.

A “epidemia” da obesidade e do excesso de peso tem vindo a aumentar em todo o mundo (Bertolini *et al.*, 2010; Salve M., 2006; Gee *et al.*, 2010).

A obesidade caracteriza-se por um acúmulo de gordura para além do nível normal, observando-se numa fase inicial o aumento do volume dos adipócitos. Se o indivíduo continuar a ingerir gordura em excesso, observa-se numa segunda fase a transformação dos pré-adipócitos em adipócitos. As gorduras depositadas nos adipócitos sofrem transformações, levando a alterações metabólicas como hiperlipoproteinemia e hiperinsulinemia (Lino *et al.*, 2011; Biesalski *et al.*, 2007).

Os fatores que contribuem para o desenvolvimento da obesidade relacionam-se com os hábitos alimentares desfavoráveis e com as mudanças no estilo de vida, nomeadamente o aumento do sedentarismo, o consumo de comidas rápidas e pouco saudáveis. Fatores hereditários, endócrinos e metabólicos também estão relacionados com o desenvolvimento da obesidade.

Nos indivíduos obesos há uma alteração quer no volume de alimento ingerido, quer na composição e qualidade dos mesmos. Desta forma verifica-se um desequilíbrio, uma vez que a quantidade de calorias ingeridas é muito superior à quantidade de energia que o indivíduo gasta ao longo do dia (Lino *et al.*, 2011; Bertolini *et al.*, 2010; Biesalski *et al.*, 2007; Salve M., 2006; Triches *et al.*, 2005; Gee *et al.*, 2010).

Segundo Saldanha (1999), o índice de massa corporal (IMC) avalia, relaciona o peso e a superfície corporal. Esta relação obtém-se a partir da seguinte fórmula: $IMC (Kg/m^2) = \text{Peso}(kg)/\text{Estatura}^2(m^2)$.

O peso corporal é dado pelos ossos, músculos, gorduras e outros tecidos. À medida que a idade avança, o peso corporal tende a aumentar progressivamente, devido à redução do metabolismo basal e à deficiente prática de atividade física. Contudo em determinadas alturas esse aumento é mais evidente, nomeadamente na menopausa,

adolescência, situações de *stress*, ansiedade entre outras (Gee *et al.*, 2010; Salve M., 2006).

Sendo a obesidade um problema de saúde pública, acarreta consigo outras patologias tais como: disfunção pulmonar, patologias cardíacas, hipertensão arterial sistémica, diabetes, alguns tipos de cancro, nomeadamente o da mama e o do cólon, dislipidemias, infertilidade, dificuldade na cicatrização, aumento da mortalidade e distúrbios emocionais (Lino *et al.*, 2011; Bertolini *et al.*, 2010; Gee *et al.*, 2010).

No que diz respeito ao aspeto psicológico, pensa-se que a obesidade contribui para o desenvolvimento de depressão, isolamento social destes indivíduos, uma baixa autoestima entre outros (Salve M., 2006).

Este distúrbio surge tanto em países desenvolvidos como em países em vias de desenvolvimento e tem aumentando nos últimos anos (Bertolini *et al.*, 2010; Gee *et al.*, 2010; Salve M., 2006).

Quando o IMC (índice de massa corporal) é igual ou superior a 25 Kg/m² o indivíduo já apresenta excesso de peso, mas não se considera obesidade, pois só é considerado obeso um indivíduo que apresente um IMC maior ou igual a 30Kg/m². Se o IMC for superior a 40 Kg/m² o indivíduo já se encontra no estado de obesidade mórbida (Tabela 5) (Bertolini *et al.*, 2010; Gee *et al.*, 2010; Biesalski *et al.*, 2007).

Um jovem que apresente excesso de peso apresenta grande probabilidade de se tornar num adulto obeso (Salve M., 2006).

Segundo Salve *et al.* (2006), nos homens considera-se obeso o indivíduo que excede em 25% o seu peso ideal e na mulher quando ultrapassa em 30% o peso ideal.

A tabela seguinte representa a classificação dos diferentes níveis de excesso de peso e o IMC (índice de massa corporal) correspondente.

Tabela 5. Diferentes níveis do excesso de peso. Adaptado de Gee, M. *et al.*, 2010.

Classificação	IMC (Kg/m²)
Excesso de peso	25,0-29,9
Obesidade, grau I	30,0-34,9
Obesidade, grau II	35,0-39,9
Obesidade mórbida, grau III	≥40

Um parâmetro de grande importância a avaliar nestes indivíduos é o perímetro abdominal, uma vez que quando este está aumentado há um maior risco de desenvolver insuficiência cardíaca, diabetes e outras patologias associadas à obesidade. Num homem o perímetro abdominal normal pode ir até aos 102cm, na mulher pode rondar os 88cm, quando excede estes valores o indivíduo já se encontra com excesso de peso (Bertolini *et al.*, 2010; Salve M.,2006; Gee *et al.*, 2010).

A obesidade classifica-se de duas maneiras: a central (androide), que afeta mais frequentemente os homens e a periférica (ginecóide) que surge com mais frequência nas mulheres. Tal como o nome indica, na obesidade central há um acúmulo de gordura na região do tronco e do abdómen, por sua vez na obesidade periférica esse acúmulo ocorre abaixo da cintura, a nível glúteo-femoral. Destas duas classificações a que apresenta maiores riscos de desenvolver doenças é a andróide, uma vez que o acúmulo ocorre em redor das vísceras (Gee *et al.*, 2010; Salve M.,2006).

O tratamento da obesidade passa essencialmente pela alteração a nível nutricional (diminuição da ingestão calórica, educação relativamente à dimensão das porções adequadas e um plano alimentar adequado), pela modificação dos comportamentos do indivíduo, pela prática de exercício físico, pelo acompanhamento psicológico, medicação e cirurgia se necessário (Gee *et al.*, 2010; Biesalski *et al.*, 2007).

2. Complicações na cavidade oral

Os distúrbios alimentares podem levar ao aparecimento de várias patologias e lesões a nível da cavidade oral, afetando quer os tecidos duros, quer os tecidos moles. Estas manifestações dependem do tipo de transtorno alimentar, do tempo de duração do mesmo, da frequência da autoindução do vômito, da deficiente higiene oral, da falta de vitaminas, devido à carência nutricional, da compulsão alimentar, da excessiva ingestão de hidratos de carbono, da redução do fluxo salivar, da acidificação da saliva entre outros (Lima *et al.*, 2011; Amoras *et al.*, 2010; Popoff *et al.*, 2010; Izídio *et al.*, 2006).

No caso da bulimia, a cavidade oral é o local onde surgem as primeiras manifestações clínicas, uma vez que neste distúrbio alimentar a recorrência ao vômito é frequente e a desmineralização presente nos dentes sem causa aparente pode ser o primeiro indício deste distúrbio alimentar. Para complementar o diagnóstico da bulimia, os profissionais de saúde oral devem estar atentos à presença de lesões na orofaringe, pois são sinal de esforço para induzir o vômito (Lima *et al.*, 2011).

Segundo Izídio *et al.* (2006), os pacientes com distúrbios alimentares apresentam diferenças significativas no que diz respeito à saúde oral, sendo esta significativamente pior nestes pacientes do que em indivíduos sem desordens de comportamento alimentar.

Os dois distúrbios que mais frequentemente originam lesões a nível da cavidade oral são a bulimia e a anorexia nervosas, por isso serão mais abordadas, relativamente as outras desordens de comportamento alimentar.

i. Erosão dentária e exposição pulpar

A erosão dentária caracteriza-se pela perda de estrutura mineralizada através da ação química de compostos ácidos, de origem extrínseca ou intrínseca, e não pela ação bacteriana. Esta perda de estrutura é irreversível e ocorre de uma forma progressiva ao longo do tempo (Barboza *et al.*, 2011; Navarro *et al.*, 2011; Oliveira *et al.*, 2011; Popoff *et al.*, 2010; Souza *et al.*, 2010; Aranha *et al.*, 2008; Branco *et al.*, 2008; Santos, 2006; Resende *et al.*, 2005).

Apresenta uma etiologia multifatorial, podendo ter origem em doenças sistêmicas, como é o caso do refluxo gastro esofágico, em distúrbios alimentares, como é o caso da bulimia e anorexia do tipo purgativo e pode também ser devida à ingestão de substâncias de carácter ácido, bem como à exposição regular a ambientes ácidos. Desta forma podemos considerar que existem duas fontes que contribuem para o aparecimento da erosão dentária, a fonte intrínseca, relacionada com distúrbios alimentares e doenças sistêmicas e uma fonte extrínseca relacionada com substâncias que ingerimos no dia-a-dia, como é o caso de bebidas e alimentos ácidos, medicamentos, exposição habitual a ambientes corrosivos e ácidos entre outras (Barboza *et al.*, 2011; Navarro *et al.*, 2011; Oliveira *et al.*, 2011; Popoff *et al.*, 2010; Souza *et al.*, 2010; Branco *et al.*, 2008; Santos, 2006; Resende *et al.*, 2005).

Contrariamente à bulimia e à anorexia do tipo purgativo, a erosão dentária não está presente nem no transtorno da compulsão alimentar periódica, nem na anorexia do tipo restritivo (Aranha *et al.*, 2008).

A erosão dentária deve-se assim, a uma desmineralização da superfície dentária que se inicia pela camada mais externa do esmalte, contudo, se não for controlada pode levar à perda de uma grande quantidade de tecido dentário.

O esmalte é uma estrutura mais resistente que a dentina, e por isso, para o dissolver é necessário haver a ação de um ácido com um pH inferior a 5,5.

A saliva tem uma função protetora e de equilíbrio da cavidade oral, que é designada por efeito tampão, e como tal, exerce uma função extremamente importante no que diz respeito à erosão, pois tenta equilibrar o pH do ambiente oral através do intercâmbio dos iões cálcio e fosfato. Desta forma, quando o pH está ácido, através do intercâmbio de iões tenta-se fazer com que ocorra a subida do mesmo. Pacientes com hipossalivação e consequentemente pacientes submetidos à radioterapia e hemodiálise, tem tendência a apresentarem lesões de erosão (Santos *et al.*, 2010; Branco *et al.*, 2008).

A erosão dentária classifica-se em três classes consoante a sua localização e intensidade. Na classe I a erosão abrange apenas o esmalte, na classe II a erosão atinge menos de 1/3 da dentina e por fim na classe III a erosão afeta mais de 1/3 da dentina (Barboza *et al.*, 2011; Popoff *et al.*, 2010).

No que diz respeito aos distúrbios alimentares, a erosão dentária apresenta uma origem intrínseca, pois estes pacientes recorrem ao vômito e o ácido clorídrico proveniente do estômago leva à perda de estrutura mineralizada dos dentes. Este ácido apresenta um pH em torno de 3,8, ou seja, muito inferior ao valor crítico para a dissolução do esmalte, levando rapidamente ao seu desgaste.

Outro fator que pode originar erosão dentária nestes pacientes está relacionado com o uso de medicamentos antidepressivos para o seu tratamento, que causam redução do fluxo salivar, alteração da qualidade da saliva e conseqüentemente erosão dentária, uma vez que deixa de ocorrer a proteção dada pela saliva.

Muitas vezes o médico dentista pode ser o primeiro profissional de saúde a diagnosticar estes distúrbios psicossomáticos (Barboza *et al.*, 2011; Lima *et al.*, 2011; Amoras *et al.*, 2010; Souza *et al.*, 2010; Branco *et al.*, 2008; Resende *et al.*, 2005).

Segundo Aranha *et al.* (2008), sendo a erosão uma das primeiras manifestações orais conseqüente dos distúrbios alimentares, é importante que o médico dentista faça o diagnóstico diferencial entre a erosão provocada pelo vômito e a erosão provocada por outros fatores.

Neste tipo de distúrbios, o vômito recorrente leva a que a taxa de erosão nestes pacientes seja 18 vezes superior do que nos indivíduos sem estas anomalias. (Amoras *et al.*, 2010).

Segundo Navarro *et al.* (2011), as lesões de erosão manifestam-se na cavidade oral seis meses após o início dos episódios de vômito.

Na imagem seguinte (figura 1) observa-se o fenômeno de erosão nos incisivos superiores por palatino, sendo estes dentes os mais abrangidos pelo vômito e conseqüentemente, mais afetados pelos fenômenos de erosão.



Figura 1. Erosão dentária na superfície palatina dos incisivos superiores.

Imagem retirada de: Guedes *et al.*, 2007.

Clinicamente na cavidade oral dos pacientes que sofrem de erosão, os dentes apresentam-se com uma cor amarelada, redução do brilho do esmalte (superfícies foscas), superfícies polidas e duras, concavidades nas superfícies dentárias, perda da anatomia dentária, hipersensibilidade dentária, exposição pulpar (nos casos mais graves), perda de dimensão vertical, desordens na articulação temporomandibular, problemas a nível da oclusão, comprometimento estético e nos casos de restaurações a amálgama, pode haver a formação das chamadas “ilhas de amálgama” que surgem devido à erosão do dente, o que faz com que a restauração fique mais elevada em relação à superfície dentária, pois a capacidade erosiva do ácido sobre a amálgama é muito menor, quando comparada com a ação que este tem sobre a superfície dentária. Nos pacientes que recorrem ao vômito, as superfícies dentárias mais atingidas são as palatinas e incisais dos dentes anteriores superiores, as superfícies moderadamente afetadas são as oclusais dos dentes superiores e inferiores posteriores, bem como as vestibulares superiores e inferiores dos dentes posteriores. As superfícies linguais dos dentes anteriores inferiores não são atingidas, contudo em casos mais severos também podem ser acometidas. Estas últimas encontram-se mais protegidas devido à ação da língua e devido ao facto de estarem banhadas por saliva.

Outros critérios de diagnóstico característico da anorexia e bulimia são: ausência de erosão nas superfícies linguais dos dentes anteriores, superfícies oclusais de dentes superiores e inferiores afetadas e inexistência de manchas nos dentes com erosão (Barboza *et al.*, 2011; Oliveira *et al.*, 2011; Amoras *et al.*, 2010; Souza *et al.*, 2010; Santos, L., 2006; Branco *et al.*, 2008; Guedes *et al.*, 2007; Resende *et al.*, 2005).

A erosão dentária acarreta consigo outros problemas dentários como é o caso da exposição pulpar, hipersensibilidade dentária, bordos incisais finos e/ou fraturados (com aspeto serrilhado), perda de dimensão vertical, diastemas (nos casos de erosão prolongada), extrusão dentária devido á perda de contacto como antagonista e pseudomordida aberta devido ao desgaste dentário (Resende *et al.*, 2005).



Figura 2. Erosão dentária numa fase avançada, nas superfícies vestibulares superiores e inferiores.

Imagem retirada de: Branco *et al.*, 2008.

Relativamente ao tratamento que deve ser aplicado no caso de erosão dentária, este deve iniciar-se pela identificação do fator etiológico e pelo controlo da evolução do processo erosivo (Branco *et al.*, 2008).

No caso dos pacientes com distúrbios alimentares, é necessário reencaminhar estes pacientes para profissionais de saúde especializados no tratamento destes problemas, nomeadamente profissionais na área da intervenção psicológica, muitas vezes com recurso a medicação ou por vezes ao internamento. Os pacientes com bulimia e anorexia, devido à indução do vómito e à má dieta, têm tendência para o desenvolvimento de cáries e erosão, portanto o tratamento dentário tem estas duas patologias como tratamento principal. A lesão mais frequente em pacientes bulímicos é, provavelmente, a erosão.

É importante nestes pacientes dar instruções de higiene oral, de modo a impedir o agravamento da erosão, indicando a melhor técnica de escovagem dentária, o melhor dentífrico (o que tenha menor percentagem de agentes abrasivos), o uso de colutórios fluoretados e instrução do paciente para que não lave os dentes após o vómito, uma vez que o esmalte se encontra desorganizado e a abrasão provocada pela escovagem pode

mesmo removê-lo (Popoff *et al.*, 2010; Santos *et al.*, 2010; Souza *et al.*, 2010; Resende *et al.*, 2005).

No que diz respeito à intervenção médica dentária deve-se ter em conta o grau de desgaste dentário, a quantidade de estrutura dentária presente e consoante esses parâmetros avaliar a possibilidade ou não de restaurar os dentes erodidos, escolhendo para isso, o material restaurador que melhor se aplica com o desgaste presente em boca. O material restaurador a utilizar depende da colaboração do paciente, no que diz respeito à alimentação e cuidados de higiene oral e depende também do uso correto dos materiais e técnicas (Branco *et al.*, 2008).

ii. Hipersensibilidade Dentária

A hipersensibilidade dentária surge devido à exposição de dentina vital e caracteriza-se como sendo uma dor aguda, de pouca duração, pois desaparece após a remoção do estímulo, podendo ocorrer na presença de estímulos químicos, térmicos, tácteis e osmóticos. A exposição da dentina pode ocorrer por vários fatores, nomeadamente: erosão, abfração, abrasão ou cárie. Quando a dentina se encontra exposta, a sua desmineralização é mais rápida, uma vez que, este tecido é menos resistente comparativamente ao esmalte (Amaral *et al.*, 2012; Barboza *et al.*, 2011; Lima *et al.*, 2011; Júnior *et al.*, 2007; Addy *et al.*, 2005; Corrêa *et al.*, 2002; Junior *et al.*, 2002; Faria *et al.*, 2000).

Atualmente a teoria mais aceite para explicar a hipersensibilidade dentária é a Teoria Hidrodinâmica de Brännström e Aström, que defende que a dentina é composta por túbulos, que no seu interior contém material fluido ou semifluido que quando estimulado, por fatores externos, movimenta-se e leva à excitação das terminações nervosas na parede pulpar, originando assim a dor. Assim, para que ocorra hipersensibilidade dentária, além da exposição de dentina, é necessário também haver abertura dos túbulos dentinários (Amaral *et al.*, 2012; Júnior *et al.*, 2007; Corrêa *et al.*, 2002; Faria *et al.*, 2000).

A zona do dente mais suscetível para que ocorra hipersensibilidade dentinária é a zona cervical do dente, uma vez que a quantidade de esmalte presente é inferior a 1mm, atingindo-se mais facilmente a dentina e desta forma torna-se mais fácil também, a exposição dos túbulos dentinários (Amaral *et al.*, 2012).

Segundo Júnior *et al.* (2007), a hipersensibilidade dentária apresenta uma prevalência de 14,3% dos pacientes que surgem nas clínicas dentárias.

Entre vários fatores, a dieta está descrita como sendo uma possível causa para a abertura dos túbulos dentinários, nomeadamente pela presença de ácidos fortes e fracos na cavidade oral. Esses ácidos podem apresentar uma origem extrínseca ou intrínseca, levando conseqüentemente à erosão dentária.

Outro fator relaciona-se com a escovagem dentária e com a presença de agentes abrasivos nas pastas dentífricas, contudo, não implica que todos os dentífricos levem à abertura dos túbulos dentinários. A ação abrasiva dos dentífricos é mais intensificada se a escovagem dos dentes for logo após as refeições, principalmente se houve a ingestão de alimentos ácidos, o que pode levar à perda da camada mais externa do esmalte, atingimento da dentina e remoção a *smear layer*. Como consequência destes fatores teríamos a abertura dos túbulos dentinários. Segundo estudos *in vitro* e *in vivo*, sabe-se que a erosão tem capacidade para abrir os túbulos dentinários. A exposição dos túbulos dentinários na região cervical dos dentes pode ocorrer quer devido a fenômenos de erosão, abfração, abrasão, quer devido à retração gengival.

Nos casos dos pacientes bulímicos e anoréticos, que recorrem com alguma frequência ao vômito, a hipersensibilidade é uma sintomatologia frequente, devido a erosão dentária provocada pelo mesmo.

Quando surgem episódios de hipersensibilidade dentária em pacientes com distúrbios alimentares, significa que a erosão já está numa fase avançada e atingiu a dentina ou a polpa dentárias (Amaral *et al.*, 2012; Navarro *et al.*, 2011; Amoras *et al.*, 2010; Branco *et al.*, 2008; Corrêa *et al.*, 2002; Junior *et al.*, 2002; Faria *et al.*, 2000).

Segundo Navarro *et al.* (2011), cerca de 47% dos pacientes bulímicos apresentam hipersensibilidade dentária. Esta sintomatologia deve-se à exposição da polpa devido ao desgaste dentário provocado pelo ácido gástrico.



Figura 3. Desgaste dentário extenso que provoca hipersensibilidade.

Imagem retirada de: Junior *et al.*, 2002.

O tratamento da hipersensibilidade dentária só é eficaz posteriormente à identificação dos fatores etiológicos e à sua eliminação. Acredita-se que o tratamento eficaz para redução da hipersensibilidade dentária é oclusão dos túbulos dentinários, uma vez que deixa de ocorrer a movimentação de fluídos no seu interior. Por este motivo, acredita-se que o tratamento restaurador com ionómero de vidro, resinas compostas ou a conjugação de ambos, seja o aconselhável, principalmente quando há comprometimento estético e a polpa está afetada. No entanto são inúmeros os tratamentos existentes para os casos de hipersensibilidade dentária (Oliveira *et al.*, 2011; Faria *et al.*, 2000).

iii. Hipossalivação

A hipossalivação é, tal como o nome indica, uma redução do fluxo salivar devido a uma redução do funcionamento das glândulas salivares (Barboza *et al.*, 2011; Lima *et al.*, 2011; Navarro *et al.*, 2011; Amoras *et al.*, 2010; Souza, 2007).

No caso dos pacientes com anorexia pode surgir devido aos períodos prolongados de jejum e no caso dos pacientes bulímicos pode surgir devido á rápida deglutição de alimentos durante as crises de hiperfagia (Barboza *et al.*, 2011).

Os pacientes com distúrbios alimentares realizam tratamentos à base de medicação, como é o caso dos antidepressivos tricíclicos, que bloqueia os recetores colinérgicos muscarínicos e leva a uma redução do fluxo salivar. Muitos dos pacientes com distúrbios alimentares abusam de álcool e drogas, o que vai intensificar a redução do

fluxo salivar. Outros fatores que contribuem para a hipossalivação são a desidratação, a alteração morfológica das glândulas salivares, os vômitos frequentes, o desequilíbrio eletrolítico, devido às diferenças nos níveis de sódio e potássio, e a utilização abusiva dos diuréticos e laxantes (Barboza *et al.*, 2011; Lima *et al.*, 2011; Navarro *et al.*, 2011; Amoras *et al.*, 2010; Souza, 2007).

A saliva apresenta inúmeras funções na cavidade oral nomeadamente na proteção que confere aos dentes e os tecidos moles, no auxílio do processo digestivo, na fala, na mastigação, na formação do bolo alimentar, na deglutição e nos processos gustativos. Outra função importante da saliva é a sua capacidade tampão. Além de conferir proteção aos tecidos da cavidade oral, também fornece aos tecidos moles ao longo do tubo digestivo (Barboza *et al.*, 2011; Lima *et al.*, 2011; Navarro *et al.*, 2011; Amoras *et al.*, 2010; Popoff *et al.*, 2010; Lopes *et al.*, 2008; Pedrazas *et al.*, 2007; Souza, 2007).

Segundo Souza *et al.* (2007), como consequência da redução do fluxo salivar, observa-se na cavidade oral o aumento das glândulas salivares, alterações na mucosa oral, nomeadamente palidez e eritema, os lábios encontram-se secos e com queilite angular e nos tecidos duros observa-se o surgimento de cáries novas, bem como a recorrência de outras.

Como consequência da hipossalivação o paciente pode apresentar sintomatologia tal como: xerostomia (sensação de boca seca), halitose, dificuldades na fonação, deglutição, mastigação, alteração do paladar, sede frequente, ardor na língua, dificuldade em usar a prótese, colonização por bactérias comensais, contudo, pode também ser assintomático e nestes casos só é detetável devido ao aparecimento da cárie dentária (Barboza *et al.*, 2011; Popoff *et al.*, 2010; Lopes *et al.*, 2008; Pedrazas *et al.*, 2007; Souza, 2007).

iv. Hipertrofia das glândulas salivares

É um aumento lento, não inflamatório nem neoplásico que afeta as glândulas salivares, sobretudo a glândula parótida a nível uni ou bilateral, podendo levar à redução da secreção salivar da mesma. Pode ser sintomática ou assintomática e apresenta várias

etiologias, nomeadamente a regurgitação do conteúdo ácido do estômago, a alcalose metabólica, a desnutrição e a ingestão rápida de grandes quantidades de alimento. A gravidade da hipertrofia está relacionada com a frequência da autoindução do vômito. Desta forma verifica-se uma associação entre a bulimia e anorexia relativamente à hipertrofia das glândulas salivares, principalmente da parótida (Barboza *et al.*, 2011; Lima *et al.*, 2011; Navarro *et al.*, 2011; Popoff *et al.*, 2010; Santos *et al.*, 2010; Guedes *et al.*, 2007; Assumpção *et al.*, 2002).

Os indivíduos com bulimia nervosa são os mais afetados por este problema, devido à ingestão de grandes quantidades de hidratos de carbono, que provocam uma estimulação constante das glândulas salivares e desta forma leva à hipertrofia das mesmas (Assumpção *et al.*, 2002).

Observa-se o aumento do tamanho das glândulas parótidas entre 8% a 59% dos pacientes bulímicos e pode também ocorrer noutras glândulas salivares. Este aumento pode ser observado 2 a 6 dias após os episódios de compulsão alimentar (Santos *et al.*, 2010).

Não existe nenhuma terapia recomendada, apenas deve ser explicado ao paciente que a tumefação só desaparece com a alteração dos hábitos alimentares e com o término da autoindução do vômito (Navarro *et al.*, 2011).

v. Restaurações proeminentes sobre a estrutura dentária erodida

Devido aos fenómenos de erosão, os dentes que se encontram restaurados quer com compósito ou amálgama apresentam uma característica muito própria, uma vez que a restauração se encontra mais elevada relativamente à superfície dentária. Isto acontece porque enquanto as restaurações permanecem inalteráveis com os fenómenos de erosão, a estrutura dentária desgasta devido à ação do ácido proveniente do vômito, ficando assim o dente com um aspeto de “ilha”, pois as restaurações estão mais proeminentes, como se observa na figura 1. No caso das restaurações a amálgama a ação do ácido dá um aspeto polido à restauração (Barboza *et al.*, 2011; Lima *et al.*, 2011; Guedes *et al.*, 2007).

A imagem seguinte representa uma ilha de amálgama, devido a erosão provocada pelo ácido proveniente do estômago.



Figura 4. Imagem ilustrativa de uma “ilha de amálgama”

Imagem retirada de: Guedes *et al.*, 2007.

Na literatura encontra-se mais o termo “ilhas de amálgama”, contudo em alguns artigos já referem também os compósitos, uma vez que estes também são mais resistentes à erosão e por isso surgem também mais elevados relativamente à superfície dentária, aquando dos fenómenos de erosão.

vi. Cárie dentária

A cárie dentária é uma doença crónica que acompanha a humanidade ao longo dos tempos. É o resultado da colonização da superfície dentária por micro-organismos, principalmente os *Streptococcus mutans*, que metabolizam hidratos de carbono, em especial a sacarose, e produzem ácidos.

Esses ácidos provocam a dissolução do fosfato de cálcio das camadas superficiais do esmalte (Peres *et al.*, 2003; Narvai *et al.*, 2000).

A relação da cárie dentária com os distúrbios alimentares ainda não está bem clara e tem sido relatada de forma divergente na literatura, uma vez que o risco de desenvolver esta lesão é individual, pois depende da higiene oral e dos hábitos de cada indivíduo (Navarro *et al.*, 2011; Santos *et al.*, 2010).

Os pacientes bulímicos através dos episódios de compulsão alimentar, ingerem alimentos bastante cariogênicos, como é o caso dos hidratos de carbono e dos açúcares, que favorecem o desenvolvimento destas lesões no tecido mineralizado do dente, uma vez que a fermentação destes compostos leva à queda do pH. Contudo, o desenvolvimento ou não de cárie dentária vai depender dos cuidados de higiene oral que cada paciente apresenta após os períodos de compulsão alimentar (Lima *et al.*, 2011; Navarro *et al.*, 2011; Santos *et al.*, 2010; Guedes *et al.*, 2007).

Por norma os pacientes com distúrbios alimentares, devido à depressão em que se encontram, negligenciam todo o tipo de higiene, incluindo a oral, daí um maior risco para o desenvolvimento de cárie. Outro fator que também pode contribuir, é a utilização de medicamentos antidepressivos que provocam hipossalivação, sendo a saliva extremamente importante para a proteção dos tecidos moles e duros da cavidade oral. Quando esta se encontra em défice, essa proteção deixa de ser conferida, ficando os dentes mais vulneráveis à ação das bactérias (Navarro *et al.*, 2011; Amoras *et al.*, 2010; Popoff *et al.*, 2010; Santos *et al.*, 2010).

Segundo Aranha *et al.* (2008), os únicos distúrbios que podem, com certeza, contribuir para o aumento do número de cáries são aqueles que envolvem a compulsão alimentar, como é o caso do transtorno da compulsão alimentar periódica e da bulimia. Esta conclusão está relacionada com o fato de o número normal de refeições diárias ser entre 5 a 6, logo se a frequência da ingestão alimentar aumenta, aumenta também a possibilidade de desenvolver lesões cariosas.

vii. Doença periodontal

Os tecidos periodontais englobam a gengiva, o ligamento periodontal, cemento e osso alveolar e tem como função a correta manutenção dos dentes na cavidade oral. Quando alguns destes tecidos se encontram lesados, estamos perante a doença periodontal, podendo ser gengivite, periodontite entre outras. Existem vários fatores que podem levar ao aparecimento da doença periodontal, como fatores genéticos, patologias sistémicas, tabaco e *stress* (Bertoline *et al.*, 2010).

No que diz respeito às desordens alimentares pensa-se que existe uma associação entre estas e a doença periodontal. No caso da obesidade há estudos que demonstram uma diminuição do aporte sanguíneo a nível dos tecidos periodontais e uma maior suscetibilidade destes indivíduos, na presença de um biofilme específico, para as doenças inflamatórias crónicas como é o caso da periodontite (Bertoline *et al.*, 2010).

Estudos epidemiológicos demonstram que os pacientes obesos têm um risco três vezes superior para o desenvolvimento de periodontite (Bertoline *et al.*, 2010).

No que diz respeito aos pacientes bulímicos e anoréticos, sabe-se que os que sofrem de anorexia são mais afetados pela doença periodontal pelo facto de descuidarem mais da sua saúde em geral e desta forma os cuidados com a higiene oral também são poucos, ficando assim os tecidos periodontais mais suscetíveis a desenvolver infeções. Por sua vez, os pacientes com bulimia tem uma noção mais realista da sua imagem corporal e desta forma tem mais cuidados com a sua saúde e com a higiene oral (Barboza *et al.*, 2011).

Os tecidos periodontais nestes pacientes estão afetados devido à irritação constante proveniente do vómito e devido ao uso de medicamentos como os anticolinérgicos que levam à hipossalivação e ao aumento da papila gengival (Barboza *et al.*, 2011; Lima *et al.*, 2011; Santos *et al.*, 2010).

viii. Mucosites

A mucosite define-se como eritema na mucosa oral, e à medida que evolui forma ulcerações dolorosas que afetam negativamente a qualidade de vida dos pacientes. Esta degradação do epitélio da mucosa oral está associada à irritação do vómito e à força provocada pelo mesmo. Está também associada aos medicamentos usados no tratamento destas desordens, à rápida ingestão de alimentos, à desidratação e ao uso de objetos/dedo para provocar o vómito originando ferimentos, cujas cicatrizes são visíveis na mucosa oral (Barboza *et al.*, 2011; Navarro *et al.*, 2011; Júnior *et al.*, 2010).

A reparação dos ferimentos da mucosa oral em pacientes com desordens alimentares é mais lenta ou mesmo impossível, uma vez que estes apresentam índices de má nutrição e avitaminose. Por este motivo grande parte destes indivíduos apresentam várias patologias orais como candidíase oral e queilite angular (Barboza *et al.*, 2011).

ix. Candidíase oral e Queilite angular

A candidíase oral é provocada por várias espécies de *Candida* que vivem comensalmente na cavidade oral.

Quando deixa de haver um equilíbrio da microflora oral observa-se um aumento da proliferação desta espécie levando à candidíase oral (Barboza *et al.*, 2011; Sena *et al.*, 2009).

No caso dos distúrbios alimentares há vários fatores predisponentes que levam à proliferação de *Candida Albicans*, nomeadamente o pH ácido proveniente do vômito, a hipossalivação, devido á insuficiente capacidade tampão da saliva, a deficiência em ferro, ácido fólico e vitamina B e os traumas na mucosa que facilitam a proliferação das hifas de *Candida Albicans*, como é o caso da queilite angular, que se caracteriza por fissuras nas comissuras labiais (Barboza *et al.*, 2011; Navarro *et al.*, 2011).

Segundo Santos *et al.* (2010), um estudo denotou nos pacientes bulímicos a presença de descamação, eritema e atrofia à volta dos lábios, caracterizados por palidez e maceração labial, cujo diagnóstico é queilite descamativa crónica. Nos casos mais graves pode levar a fissuras nas comissuras labiais.

x. Bruxismo

O bruxismo é um comportamento parafuncional que se caracteriza pelo aperto ou ranger dos dentes, em períodos em que o indivíduo não está a executar funções normais de mastigação ou deglutição. Este hábito parafuncional pode afetar negativamente o periodonto, os músculos elevadores da mandíbula, a articulação temporomandibular e pode ainda originar dores de cabeça (Macedo, 2008; Rodrigues *et al.*, 2006).

Segundo Popoff *et al.* (2010), o bruxismo é a principal causa de desgaste dentário por abrasão.

O bruxismo é um reflexo de fenômenos como *stress*, ansiedade e depressão, daí a sua relação com os indivíduos que apresentam distúrbios alimentares. Por norma o bruxismo é inconsciente e espontâneo, ocorrendo na maior parte dos casos durante o sono (Lima *et al.*, 2011; Popoff *et al.*, 2010).

As desordens de comportamento alimentar podem ser responsáveis quer pelo aparecimento, quer pelo aumento do bruxismo nestes indivíduos. No caso dos pacientes bulímicos, se o bruxismo for complementado com a autoindução frequente do vômito, o desgaste dos dentes incisivos será muito maior (Lima *et al.*, 2011; Popoff *et al.*, 2010; Guedes *et al.*, 2007).

xi. Quadro resumo das alterações na cavidade oral, devido aos dois distúrbios alimentares com maior prevalência na população.

Tabela 6. Alterações na cavidade oral decorrentes da anorexia e bulimia. Adaptada de Guedes *et al.*, 2007.

Alterações	Bulimia	Anorexia	Causa
Erosão dentária	X	X (anorexia tipo purgativo)	Vômito autoinduzido
Ilhas de amálgama	X	X (anorexia tipo purgativo)	Ácido proveniente do estomago desmineraliza a estrutura dentária e não as restaurações.
Aumento do índice de cárie	X	X	Bulímicos: elevada ingestão de hidratos de carbono e acidificação da saliva. Anoréticos: Acidificação da saliva e deficiente higiene oral.

Hipertrofia das glândulas salivares	X	X	Elevada ingestão de hidratos de carbono, má nutrição, alcalose metabólica.
Mucosite	X		Trauma induzido pela rápida ingestão de alimentos, acidez do suco gástrico.
Hipossalivação	X	X	Períodos prolongados de jejum; pH ácido do vómito.
Queilite angular	X	X	Falta de vitaminas, acidez do vómito.
Bruxismo	X	X	Ansiedade; <i>stress</i> ; depressão.
Hipersensibilidade dentária	X	X (anorexia do tipo purgativo)	Devido à erosão resultante do vómito induzido.

3. Papel do médico dentista no diagnóstico e tratamento dos distúrbios alimentares

Os distúrbios alimentares são frequentemente escondidos pelos pacientes, sendo o seu diagnóstico, por norma, tardio. Desta forma o papel do médico dentista é de extrema importância no diagnóstico destas desordens, uma vez que estas podem ser identificadas em consultas de rotina na área da medicina dentária. Por este motivo é importante que o profissional de saúde esteja consciente e seja conhecedor dos sinais clínicos característicos das desordens alimentares. É igualmente importante que se crie uma relação de confiança com o paciente para que este se sinta à vontade e fale da sua patologia (Barboza *et al.*, 2011; Lima *et al.*, 2011; Popoff *et al.*, 2010; Santos *et al.*, 2010).

Além de reconhecer os sinais clínicos da cavidade oral é importante também fazer uma anamnese detalhada para perceber os hábitos alimentares do paciente, a sua autoestima, a sua preocupação exagerada com o peso e verificar a presença de lesões no dorso da mão (sinal de Russel).

O paciente deve ser abordado relativamente à sua saúde em geral, para que o médico dentista possa concluir que as manifestações clínicas encontradas na cavidade oral são originadas por distúrbios alimentares (Barboza *et al.*, 2011; Lima *et al.*, 2011).

O médico dentista deve suspeitar de distúrbios alimentares se o paciente apresentar problemas dentários sem causa aparente e se associado a esses problemas apresentar baixo peso ou uma excessiva preocupação com a estética. Deve estar igualmente atento a lesões a nível da orofaringe, que são sinal de vômito forçado (Lima *et al.*, 2011; Guedes *et al.*, 2007).

Segundo Navarro *et al.* (2011), como o diagnóstico dos distúrbios alimentares é tardio, automaticamente o tratamento das lesões orais também será tardio. Por este motivo muitas das manifestações presentes na cavidade oral, como é o caso da perda de estrutura dentária, são irreversíveis e mesmo que a desordem alimentar seja tratada não há reversibilidade dessas lesões na estrutura dentária.

Após efetuar o diagnóstico, o médico dentista deve reencaminhar o paciente para uma avaliação médica, para este ser acompanhado por uma equipa multiprofissional (Barboza *et al.*, 2011; Lima *et al.*, 2011).

A atuação do médico dentista deve ocorrer em simultâneo com as intervenções dos outros profissionais de saúde e deve começar com a instrução do paciente relativamente ao método mais eficiente para escovar os dentes, nomeadamente a melhor pasta e a melhor escova e explicar que não deve escovar após o vômito, pois o esmalte está parcialmente desmineralizado e a escovagem vai intensificar essa desmineralização. Estes pacientes devem usar escovas macias, pastas ricas em flúor e com poucos agentes abrasivos e devem fazer bochechos com água e bicarbonato de sódio, de forma a neutralizar o pH da cavidade oral. Aos pacientes que sofrem de hipossalivação devem-lhes ser prescritos estimulantes de saliva, pois a saliva tem funções extremamente importantes na cavidade oral.

Deve instruir-se o paciente relativamente à sua dieta alimentar, tendo em conta que ele tem uma maior predisposição para desenvolver cáries, devendo também evitar os alimentos cariogénicos, bem como os alimentos e bebidas ácidas, uma vez que irá

acentuar mais a desmineralização da estrutura dentária (Barboza *et al.*, 2011; Lima *et al.*, 2011; Navarro *et al.*, 2011; Amoras *et al.*, 2010; Guedes *et al.*, 2007).

Segundo Guedes *et al.* (2007), enquanto os distúrbios alimentares não forem tratados, a atuação do médico dentista deve basear-se mais no alívio da sintomatologia, nomeadamente nos casos de hipersensibilidade dentária, através da aplicação de flúor tópico e nos casos de bruxismo através da confecção de goteiras.

Relativamente aos cuidados de emergência quando já há o atingimento do complexo dentino-pulpar, pode haver necessidade de tratamento endodôntico. Se tratamento referido anteriormente ainda não for necessário, deve restaurar-se o dente com ionómero de vidro (Barboza *et al.*, 2011).

A nível restaurador, como estes pacientes apresentam baixa autoestima, é importante efetuar os tratamentos restauradores para melhorar a estética, a forma e a função. Se o paciente permanecer com o hábito de vomitar o tratamento mais indicado, em caso de lesões extensas, será a colocação de coroas cerâmicas uma vez que são mais resistentes ao ácido proveniente do estomago (Barboza *et al.*, 2011; Amoras *et al.*, 2010).

IV. CONCLUSÃO

Por meio desta revisão da literatura conclui-se que os distúrbios alimentares caracterizam-se quer pelo déficit, quer pelo excesso de ingestão alimentar. Isto sugere que a sociedade atual vive entre dois extremos. Se por um lado a magreza é vista como um ideal de beleza, por outro a obesidade é uma epidemia a nível mundial.

A procura obsessiva por um ideal de beleza contribui para o aparecimento dos distúrbios alimentares, que provocam danos generalizados pelo organismo. Estes distúrbios acarretam consigo uma série de problemas, por esse motivo tem recebido grande atenção por parte dos profissionais de saúde.

A nível da cavidade oral, conclui-se que esta pode ser a primeira a manifestar lesões resultantes destes distúrbios, auxiliando no diagnóstico destas desordens, uma vez que são omitidas pela generalidade dos pacientes.

As manifestações mais frequentes na cavidade oral, decorrentes dos distúrbios alimentares são: a erosão dentária, a hipersensibilidade, a hipossalivação, a hipertrofia das glândulas salivares, as restaurações proeminentes sobre a estrutura dentária erodida, a cárie dentária, a doença periodontal, as mucosites, a candidíase oral e queilite angular e o bruxismo.

O papel do médico dentista no diagnóstico e tratamento dos distúrbios alimentares é de extrema importância, pois podem ser os primeiros a diagnosticar estas desordens e desta forma reencaminhar o paciente para o tratamento adequado.

Os distúrbios alimentares apresentam uma elevada taxa de prevalência na sociedade atual, contribuindo para o aumento da taxa de mortalidade, por esse motivo o diagnóstico precoce associado ao tratamento multidisciplinar é fulcral para um prognóstico favorável, evidenciando assim a importância dos profissionais de saúde oral no diagnóstico destas desordens comportamentais.

V. BIBLIOGRAFIA

1. Addy, M. (2005). Escovagem, desgaste dentário e hipersensibilidade dentinária-estarão associados?. *International Dental Journal*, Reino Unido,55, pp. 261-267.
2. Alvarenga, M. S. *et al.* (2011). Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38 (1), pp.3-7.
3. Alves, E. *et al.* (2008). Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (3/Mar.), pp.503-512.
4. Amaral, S. M. *et al.* (2012). Lesões não cariosas: o desafio do diagnóstico multidisciplinar. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, São Paulo-Brasil, 16 (1/ Jan.-Fev.-Mar.), pp. 96-102.
5. Amoras, D. R. *et al.* (2010). Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal. *Revista de Odontologia da UNESP*, Araraquara, 39 (4/ Jul.-Ago), pp. 241-245.
6. Aranha, A.C. *et al.* (2008). Eating Disorders, Part I: Psychiatric diagnosis and dental implications. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 9 (6/ Set.)
7. Assumpção, C.L., Cabral, M. D. (2002). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Suplemento III), pp. 29-33.
8. Azevedo, A. P. *et al.* (2004). Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), pp. 170-172.
9. Barboza, A. A. G. *et al.* (2011). Participação do cirurgião-dentista no diagnóstico e tratamento interdisciplinar dos transtornos alimentares. *International Journal of Dentistry*, Recife, 10 (1/jan.-mar.), pp. 32-37.

10. Bernardi, F. *et al.* (2009). Transtornos alimentares e padrão circadiano alimentar: uma revisão. *Revista de Psiquiatria*, Rio Grande do Sul, 31(3), pp. 170-176.
11. Bertolini, P. F. R. *et al.* (2010). Doença periodontal e obesidade: existe alguma relação?. *Revista de Ciências Médicas*, Campinas, 19 (1-6/Jan.-Dez.), pp. 65-72.
12. Biesalski, H. K.; Grimm, P. (2007). *NUTRIÇÃO Texto e Atlas*. São Paulo, Artmed, pp. 352-357.
13. Borges, N. J. B. G. *et al.* (2006). Transtornos alimentares-quadro clínico. *Medicina*, Ribeirão Preto, 39 (3/Jul.-Set.), pp. 340-348.
14. Branco, C. A. *et al.* (2008). Erosão dental: diagnóstico e opções de tratamento. *Revista de Odontologia da UNESP*, 37 (3), pp. 235-242.
15. Cardoso, S. C. M. (2000). Para uma abordagem Sociológica dos Distúrbios Alimentares, comunicação apresentada no IV Congresso Português de Sociologia.
16. Coletty, I. M. S., Assumpção Jr. F. B. (2005). Transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) e ansiedade em adolescentes obesos. *Arquivos brasileiros de psiquiatria, neurologia e medicina legal*, 99 (3/Jul.-Ago.-Set.), pp. 5-9.
17. Corrêa, A. M. *et al.* (2002). A influência do pH de frutas, bebidas e condimentos na hipersensibilidade dentinária cervical. *Revista Odontológica do Brasil Central*, 11 (32).
18. DeBate, R. *et al.* (2005). Knowledge of Oral and Physical Manifestations of Anorexia and Bulimia Nervosa Among Dentists and Dental Hygienists. *Journal of Dental Education*, 69 (3/Mar.), pp.346-354.
19. DeBate, R. *et al.* (2007). Eating disorders in the oral health curriculum. *Journal of Dental Education*, 71 (5/Mai.), pp. 655-663.

20. DeBate, R. *et al.* (2009). Development and evaluation of a web-based training program for oral health care providers on secondary prevention of eating disorders. *Journal of Dental Education*, 73 (6/Jun.), pp. 718-729.
21. Duchesne, M. *et al.* (2010). Assessment of executive functions in obese individuals with binge eating disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (4/Dez.), pp. 381- 387.
22. Dunker, K. L. L., Philippi, S. T. (2003). Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Revista de Nutrição*, Campinas, 16 (1/Jun.-Mar.), pp. 51-60.
23. Espíndola, C. R., Blay, S. L. *et al.* (2006). Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. *Revista de Psiquiatria*, 28 (3/Set.-Dez.), pp. 265-275.
24. Faria, G. J. M., Villela, L. C. (2000). Etiologia e tratamento da hipersensibilidade dentinária em dentes com lesões cervicais não cáries. *Revista de biociências*, Taubaté, 6 (1/Jan.-Jul.), pp.21-27.
22. Francischi, R. P. P. *et al.* (2000). Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Revista de Nutrição*, Campinas, 13 (1/Jan.-Abr.), pp. 17-28.
25. Gee, Molly. (2010). Controle do peso corporal. In: Mahan, L., Escott-Stump, S., *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. 12ª edição, Rios de Janeiro, Elsevier, pp. 532-558.
26. Giordani, R. C. F. (2006). A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. *Psicologia e Sociedade*, 18 (2/Mai.-Ago.), pp. 81-88.
27. Gonçalves, T. D. *et al.* (2008). Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57 (3), pp. 166-170.

28. Gomes, R., Silva, L. (2010). Desordens alimentares e perfeccionismo: um estudo com atletas portuguesas. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 16 (3/Dez.), pp. 469-489.
29. Guedes, C. C. *et al.* (2007). Estudo das alterações bucais que auxiliam no diagnóstico da bulimia nervosa do tipo purgativo: revisão de literatura. *Revista Pediatria Moderna*, 43 (6/Nov.-Dez.).
30. Harb, A. B. C. *et al.* (2010). Síndrome do comer noturno: aspectos conceituais, epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos. *Revista de Nutrição*, Campinas, 23 (1/Jan.-Fev.), pp. 127-136.
31. Izidio, G. C., Solis, A. C. O. (2006). Características clínicas e manifestações bucais dos transtornos alimentares. X encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós- Graduação- Universidade do Vale do Paraíba.
32. Junior, L. M. *et al.* (2002). Hipersensibilidade Dentinária em Lesões Cervicais com ou sem Cavitação. *Jornal Brasileiro de Dentística e Estética*. Curitiba, 1 (3/Jul.-Set.), pp. 245-254.
33. Júnior, O. R. *et al.* (2010). Prevenção e tratamento da mucosite bucal: o papel fundamental do cirurgião-dentista – Revisão. *Revista de Clínica e Pesquisa Odontológica*, Curitiba, 6 (1/Jan.-Abr.), pp. 57-62.
34. Júnior, S. P. O., Carvalho, P. T. C. (2007). Hipersensibilidade dentinária: como tratar?. *Ensaio e ciência.*, Campo Grande, 11 (1/Abr.) pp.81-87.
35. Lima, K. M. *et al.* (2011). Bulimia: Seus reflexos na cavidade bucal e a importância do cirurgião dentista na equipe de tratamento multiprofissional. *Revista Florence*, São Luís, 1(Mai.).
34. Lino, M. Z. R. *et al.* (2011). Prevalência e fatores associados ao excesso de

peso em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27 (4/Abr.), pp. 797-810.

36. Lopes, F. F. *et al.* (2008). Estudo sobre xerostomia, fluxo salivar e enfermidades sistêmicas em mulheres na pós-menopausa. *Revista Gaúcha de Odontologia*. 56 (2/Abr.-Jun.), pp. 127-130.

37. Macedo, C. R. (2008). Bruxismo do sono. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, Maringá, 13 (2/Mar.-Abr.), pp. 18-22.

38. Narvai, P. C. (2000). Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), pp. 381-392.

39. Navarro, V. P. *et al.* (2011). Desordens alimentares: aspectos de interesse na odontologia. *Revista Gaúcha Odontologia*, Porto Alegre, 59 (Suplemento 0/Jan.-Jun.), pp. 15-18.

37. Nunes-Costa, R. A. *et al.* (2009). Teoria e eficácia da terapia comportamental dialética na bulimia nervosa e no transtorno da compulsão alimentar periódica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58 (2), pp. 122-127.

40. Oliveira, R. L. *et al.* (2011). Prevalência de lesões cervicais não cariosas em acadêmicos de Odontologia da Universidade Estadual do Paraíba. *Revista Brazilian Dental Science*, 14 (1-2/ Jul.-Dez.), pp.54-61.

41. Palavras, M. A. *et al.* (2011). Uma revisão dos estudos latino-americanos sobre o transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista brasileira de psiquiatria*, 33 (suplemento I/Mai.).

42. Pedrazas, C. H. S. *et al.* (2007). Management of hyposalivation patients. *Revista PerioNews*, 1(4), pp. 369-73.

43. Peres, M. A. *et al.* (2003). Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 6 (4).
44. Petribu, K. *et al.* (2006). Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica em Uma População de Obesos Mórbidos Candidatos a Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife-PE. *Revista Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 50 (5/Out.), pp. 901-908.
45. Pinzon, V. *et al.* (2004). Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), pp. 167-169.
46. Popoff, D. A. V. *et al.* (2010). Bulimia: manifestações bucais e atenção odontológica. *Revista Gaúcha Odontologia*, Porto Alegre, 58 (3/ Jul.-Set.), pp. 381-385.
47. Resende, V. L. S. *et al.* (2005). Erosão dentária ou perimólise: a importância do trabalho da equipe em saúde. *Arquivos em Odontologia*, Belo Horizonte, 41 (2/Abr.-Jun.), pp. 105-192.
48. Rodrigues, C. K. *et al.* (2006). Bruxismo: uma revisão da literatura. *Publicatio Universidade Estadual Ponta Grossa: Ciências Biológicas e da Saúde*, Ponta Grossa, 12 (3/Set.), pp. 13-21.
49. Saldanha, H. (1999). Obesidade. In: Saldanha, H. *Nutrição Clínica*. Lisboa, LIDEL, pp. 31-46.
50. Saikali, C. J. *et al.* (2004). Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), pp. 164-166.
51. Salve, M. G. C. (2006) Obesidade e Peso Corporal: riscos e consequências. *Movimento & Percepção*. Espírito Santo de Pinhal, São Paulo, 6 (8/ Jan. - Jun.), pp. 29-43.

52. Santos, C. M. B. *et al.* (2010). Características morfofuncionais do trânsito orofaríngeo na bulimia: revisão de literatura. *Revista CEFAC*, 12 (2/Mar. - Abr.), pp. 308-316.
53. Santos, L. G. S. (2006). Distúrbios alimentares- erosão dental por refluxo de ácidos gástricos. *Revista Jurídica do Ministério Público*, 6, pp. 165-179.
54. Schebendach, J. (2010). Nutrição nos distúrbios alimentares. In: Mahan, L.; Escott-Stump, S., *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. 12ª Edição, Rios de Janeiro, Elsevier, pp. 563-581.
55. Sena, M. F. *et al.* (2009). Tratamento de candidíase oral em pacientes com câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática. *Revista da amrigs*, Porto Alegre, 53 (3/Jul.-Set.), pp. 241-245.
56. Shaughnessy B. F. *et al.* (2008). Oral health and bone density in adolescents and young women with anorexia nervosa. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 33 (2), pp. 87-92.
57. Sicchieri, J. M. F. *et al.* (2006). Manejo nutricional nos transtornos alimentares. *Medicina*, Ribeirão Preto, 39 (3/Jul.- Set.), pp. 371-374.
58. Souza, A. J. C. *et al.* (2007). Hipossalivação e seus fatores de risco em idosos funcionalmente independentes e não institucionalizados. Natal, Rio de Janeiro.
59. Souza, C. V. A. *et al.* (2010). Erosão dentária causada por ácidos intrínsecos. *Revista brasileira de odontologia*, Rio de Janeiro, 67 (1/Jan.- Jun.), pp.28-33.
60. Tirico, P.P. *et al.* (2010). Qualidade de vida e transtornos alimentares: uma revisão sistemática. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26 (3/Mar.), pp. 431-449.
61. Triches, R. M., Giugliani, E. R. J. *et al.* (2005). Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. *Revista Saúde Pública*, 39 (4), pp. 541-547.

62. Vilela, J. E. M. *et al.* (2004). Transtornos alimentares em escolares. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, 80 (1), pp. 49-54.

63. Viviane, P. B. *et al.* (2008). A bulimia nervosa como fator de risco para distúrbios da voz: artigo de revisão. *Revista brasileira de Otorrinolaringologia*, 74 (3/Mai.- Jun.), pp. 447-451.