

A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO DIAGNÓSTICO DE BULIMIA

THE IMPORTANCE OF THE DENTAL SURGEON IN BULIMIA DIAGNOSIS

Elizangela Carneiro de Oliveira Fernandez*
Gabriele Vanessa Biscaro Suzuki*
Jéssica Riner Rodrigues de Paula*
Marciele Conti Mendonça*
Aline de Barros Nóbrega Dias Pacheco Bersi**

Resumo: Com a busca pelo padrão de beleza imposto pela sociedade nos dias atuais, vários tipos de transtornos alimentares têm sido constatados. Entre eles pode-se citar a bulimia nervosa, conhecida como uma síndrome em que o paciente busca incansavelmente pela magreza e ao mesmo tempo pelo desejo compulsivo de se alimentar, seguido por um sentimento de culpa, vergonha e arrependimento. É um transtorno caracterizado por episódios em que o paciente se alimenta compulsivamente e logo em seguida induz o próprio vômito. Muitas vezes o paciente com essa síndrome, abusa do uso de laxantes e de atividades físicas, como uma forma de evitar o ganho de peso. O objetivo deste trabalho de revisão de literatura é mostrar que o cirurgião dentista pode ser o primeiro profissional a identificar a síndrome da bulimia nervosa, pois esse transtorno afeta a saúde bucal do paciente com sinais e sintomas característicos de erosão dental, xerostomia, cárie, doenças periodontais e traumas na mucosa que podem auxiliar o profissional no diagnóstico dessa patologia. Conclui-se que pacientes com transtorno de bulimia nervosa necessitam de um tratamento multiprofissional com médicos, nutricionistas, psicólogos e também com o cirurgião-dentista, para que este, além de auxiliar no diagnóstico dos pacientes com essa síndrome, possa planejar e executar o tratamento reabilitador da cavidade bucal, melhorando a função mastigatória e a qualidade de vida desses pacientes.

Palavras-chave: Bulimia nervosa. Transtornos alimentares. Manifestações bucais. Erosão dentária. Cirurgião-dentista.

Abstract: With the search for the standard of beauty imposed by society today, several types of eating disorders have been observed. Among them we can mention bulimia nervosa, known as a syndrome in which the patient tirelessly seeks thinness and at the same time the compulsive desire to eat, followed by a feeling of guilt, shame and regret. It is a disorder characterized by episodes in which the patient eats compulsively and then immediately induces vomiting itself. Often the patient with this syndrome abuses the use of laxatives and physical activities, as a way to prevent weight gain. The purpose of this literature review is to show that the dental surgeon can be the first professional to identify bulimia nervosa syndrome, as this disorder affects the patient's oral health with characteristic signs and symptoms of dental erosion, dry mouth, caries, diseases periodontal and mucosal trauma that can assist the professional in the diagnosis of this pathology. It is concluded that patients with bulimia nervosa disorder need a multidisciplinary treatment with doctors, nutritionists, psychologists and also with the dentist, so that, in addition to assisting in the diagnosis of patients with this syndrome, they can plan and execute the treatment rehabilitation of the oral cavity, improving the masticatory function and the quality of life of these patients.

Keywords: Bulimia nervosa. Eating Disorders. Oral manifestations. Dental erosion. Dental surgeon.

*Alunas do 9º período do Curso de Odontologia da Universidade de Sorocaba

** Docente do Curso de Odontologia da Universidade de Sorocaba. aline.bersi@prof.uniso.br

1 INTRODUÇÃO

As disfunções alimentares atualmente têm sido encaradas como transtornos associados à modernidade, em decorrência do avanço midiático e dos padrões impressos nestes meios (CÓRDAS; CLAUDINO, 2002). Dentre esses transtornos, considerados de desordem psiquiátrica e que atingem essencialmente mulheres jovens, com alta taxa de mortalidade e morbidade, se enquadra a bulimia (ESPÍNDOLA; BLAY, 2006) que se caracteriza pela alimentação compulsiva e incontrolável, fazendo com que a pessoa afetada desenvolva um sentimento negativo de culpa e utilize meios para eliminar os alimentos ingeridos em excesso, através de medicamentos ou provocando episódios de vômito (LIMA; ROSA; ROSA, 2012). Esses pacientes, que dão muita importância à estética, sofrem por apresentarem o peso corporal acima do seu ideal (CENCI; PERES; VASCONCELOS, 2009).

A bulimia é uma alteração psicológica em busca do corpo perfeito, e seu diagnóstico é clínico, já que não se obtém resultados através de testes laboratoriais, embora estes possam ser utilizados como acompanhamento, com sinais característicos desse transtorno, já que as únicas modificações observadas são os elementos utilizados para a perda de peso (BORGES *et al.*, 2006). Dessa maneira, essa patologia é de difícil diagnóstico, pois no início os pacientes não apresentam indícios claros de que sofrem de alguma patologia (SANTOS *et al.*, 2015), mas apenas de um estilo de vida diferente. Entretanto, entre os danos provocados podem ser observadas algumas manifestações orais, reforçando a importância do dentista para ajudar a diagnosticar o paciente que sofre desse transtorno. (POPOFF *et al.*, 2010).

Mas será que o cirurgião-dentista está preparado e possui o conhecimento necessário para auxiliar no diagnóstico do paciente bulímico?

O transtorno bulímico pode ser subdividido em não-purgativo, onde os acontecimentos de ingestão alimentar descontrolados são seguidos por exercícios físicos exaustivos, com o objetivo de evitar o ganho de peso, e o purgativo, em que o paciente faz o uso de medicamentos como, diuréticos e laxantes, para provocar episódios de vômitos (ROMARO; ITOKAZU, 2002). Com isso, também podem provocar aumento de tamanho nas glândulas salivares, variação no volume e na qualidade da saliva, má higiene oral, crescimento no índice de cárie, bruxismo, queilite e mucosite (POPOFF *et al.*, 2010) e por esse motivo, o cirurgião-dentista é considerado um profissional fundamental para o diagnóstico de bulimia (KUNDE *et al.*, 2017).

Na bulimia tem se observado a associação de medicamentos, principalmente em situações de ingestão alimentar descontrolada, mas também no tratamento dos sintomas desse tipo de comportamento, através do uso de fármacos antidepressivos (CAMPOS; HAACK, 2012). Esses pacientes precisam de um atendimento multifatorial para resolução da patologia, já que o distúrbio apresenta etiologia variada e também diversas manifestações sistêmicas (BARBOSA *et al.*, 2012). Assim, primeiramente deve ser resolvido o fator causador dessas comorbidades, com o tratamento médico, psicológico e nutricional (PINZON *et al.*, 2004) para que posteriormente seja possível iniciar o tratamento reabilitador da cavidade bucal (BRANCO *et al.*, 2008).

O objetivo deste trabalho é relatar por meio de uma revisão de literatura a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico da bulimia, auxiliando na detecção dos sinais e sintomas dessa patologia, nas características das suas manifestações na cavidade oral, bem como na sua conduta diante do transtorno bulímico.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 BULIMIA NERVOSA

Na atualidade a sociedade impõe um padrão de beleza que estabelece pessoas cada vez mais magras e com corpos bem definidos, e em busca desse padrão, muitas pessoas desenvolvem transtornos alimentares, que prejudicam a saúde e o crescimento das mesmas, como a anorexia nervosa e a bulimia nervosa (BARBOZA *et al.*, 2011; BORGES *et al.*, 2006). Esses transtornos afetam, na maioria das vezes, adolescentes e adultos jovens do gênero feminino e caracterizam-se por distúrbios psiquiátricos que levam a graves danos psicológicos e sociais (CORDÁS; CLAUDINO, 2002) e em geral, as pessoas mais acometidas por essa condição irão apresentar baixa autoestima, insegurança, depressão, culpa e sentimento de vergonha, entre outros (TRAEBERT; MOREIRA, 2001).

A bulimia nervosa (BN) possui características específicas, como episódios frequentes de compulsão alimentar, uso de métodos compensatórios que evitem o ganho de peso e autocrítica indevida sobre seu aspecto físico e densidade corporal (FERNANDES, 2007). A bulimia nervosa está entre os principais transtornos alimentares e é caracterizada pela ingestão de uma grande quantidade de alimentos, cerca de 3000 a 4000 calorias por quadros bulímicos, e logo em seguida o paciente usa de métodos compensatórios impróprios para evitar o ganho de peso, como o uso de laxantes, a prática de exercícios físicos em excesso e o vômito autoinduzido (ARANHA; EDUARDO; CORDÁS, 2008). Os episódios de compulsões são geralmente relacionados a situações de mal-estar, como depressão, circunstâncias estressantes ou contextos negativos ao paciente (ROMARO; ITOKAZU, 2002).

Fatores temperamentais, ambientais, genéticos, fisiológicos e também modificadores de curso aumentam o risco para o desenvolvimento da bulimia nervosa em determinados pacientes. O portador de BN tem a característica de ser muito aficionado por seu aspecto corporal, peso e densidade corpórea, elevando o seu limite a padrões altos, de árdua conquista, dispondo de uma compreensão física alterada, na qual o paciente não consegue se encaixar, se mostrando portador de baixa autoestima, propenso a frustração e a episódios de ansiedade, onde sua comorbidade psíquica pode ter sido agravada ao longo dos anos, culminando com essa bulimia nervosa, que afeta mais o gênero feminino do que indivíduos do sexo masculino (ROMARO; ITOKAZU, 2002).

A indução de episódios de vômito é a característica clássica para o diagnóstico de bulimia nervosa, pois é a técnica mais frequente realizada pelo paciente bulímico e de mais fácil evidenciação, porém há os métodos não purgativos como jejum e atividade física em excesso, fatores esses que podem dificultar o diagnóstico (CLAUDINO; BORGES, 2002; POPOFF *et al.*, 2010). Embora os pacientes bulímicos possam se apresentar com peso ideal ou com pouco sobrepeso, outros fatores como aumento das glândulas salivares, erosão do esmalte dentário, queilite e padrões de normalidades no exame físico podem auxiliar no diagnóstico de bulimia (FERNANDES, 2007).

2.2 EROSÃO DENTÁRIA

Devido aos vômitos induzidos com frequência, as manifestações orais mais comuns são as erosões dentárias, caracterizadas como uma manifestação oral que retira parte do esmalte dental por meio de um processo químico, sendo que fatores como quantidade de vômitos por dia, duração e os hábitos de higiene bucal do paciente podem tornar essa manifestação mais grave (ARANHA; EDUARDO; CORDÁS, 2008). Vômito autoinduzido e processos de

regurgitação, quando considerados crônicos, promovem uma evacuação pela cavidade oral de conteúdo gástrico ácido, provocando uma patologia odontológica conhecida como perimólise (KUNDE *et al.*, 2017).

A perimólise é a perda da estrutura dentária por meio de uma desmineralização dental, não sendo ocasionada por meio de processos cariosos, mas necessariamente por um processo químico (DANIEL *et al.*, 2015). Ela ocorre geralmente na região palatina de dentes anteriores superiores, e em casos mais graves, nas superfícies linguais dos dentes posteriores inferiores, podendo perder a oclusão dos dentes posteriores. As lesões de perimólise possuem um aspecto brilhante, liso e com manchas pigmentadas (ARANHA; EDUARDO; CORDÁS, 2008; DANIEL *et al.*, 2015). Para que as lesões estejam evidentes para serem inspecionadas, são necessários dois anos de hábitos purgativos regulares (BERN; WOODS; RODRIGUEZ, 2016).

Normalmente, os dentes anteriores inferiores são pouco acometidos pela perimólise por serem protegidos pela língua e banhados pela saliva (ALVES *et al.*, 2012). Porém, há algumas outras características intrínsecas da perimólise, como incisais finas ou/e fraturadas, hipersensibilidade dentária por conta da desmineralização, bem como a exposição pulpar e uma modesta perda de dimensão vertical (DANIEL *et al.*, 2015).

A realização da higiene bucal logo após os episódios de vômito, provocam um processo abrasivo na superfície dos dentes, favorecendo o desgaste dos mesmos (RESENDE *et al.*, 2005). O uso de substâncias que auxiliem na proteção erosiva, após os episódios de vômito, como o Listerine® e Xerostom®, como aumentam a capacidade de proteção antierosiva e diminuem os efeitos erosivos sobre a estrutura dentária, são muito recomendados (VIVEK *et al.*, 2018).

Sendo a bulimia nervosa, um quadro multifatorial, no qual uma de suas causas está relacionada a quadros de estresse e ansiedade do portador bulímico, esses fatores podem ser um agravante para o bruxismo, quadro este que pode levar também a uma perda da dimensão vertical do paciente (POPOFF *et al.*, 2010).

2.3 CÁRIE

A cárie é uma patologia infectocontagiosa que é ocasionada pela ocupação na camada de esmalte dental por bactérias que promovem essa doença, como o *Streptococcus mutans*, microorganismo que fermenta carboidratos e produz uma acidificação na camada dentária, levando à desmineralização do esmalte dentário (NARVAI, 2000). Através do panorama dos pacientes bulímicos, há algumas manifestações bucais de grande relevância odontológica, como por exemplo o aumento na taxa de cárie dental (POPOFF *et al.*, 2010).

O paciente bulímico apresenta xerostomia, dieta cariogênica, compulsão alimentar e acidificação salivar, que favorecem o desenvolvimento da lesão cariosa. Nas crises compulsivas, os pacientes bulímicos ingerem alimentos ricos em carboidratos, como doces, chocolates, biscoitos, entre outros, podendo ser uma fonte de nutrição para as bactérias cariogênicas residentes na cavidade oral, em especial os *Streptococcus mutans*. A dieta energética acompanhada da xerostomia, causada pelo uso de medicamentos, favorece ainda mais a ocorrência de cáries no paciente bulímico, pela produção de ácidos que, com o tempo, causam a desmineralização do esmalte dentário com a formação de cavidade no dente (POPOFF *et al.*, 2010).

Na prática de atividade física, algumas alterações na cavidade oral podem ser notadas como por exemplo a hipossalivação. Há uma baixa no fluxo salivar, aumentando o risco para o

desenvolvimento da patologia cariosa, além da desidratação ocasionada pelo próprio exercício físico intenso associado com os fatores de baixo fluxo salivar, que têm a tendência de expandir a repercussão dos açúcares na cárie dental (PINHEIRO, 2019).

2.4 SALIVA

A saliva é o meio de proteção das mucosas orais, tecidos e órgãos do sistema estomatognático (LOPES *et al.*, 2008). O líquido salivar é constituído em sua grande maioria por água, porém há presença de sais, enzimas e proteínas na sua composição. É desenvolvido e liberado pelas glândulas salivares, que apresentam diferença entre seus fluídos, que podem ser serosos, mucosos e mistos (ROBLEGG; COUGHRAN; SIRJANI, 2019). Suas funções envolvem o auxílio na mastigação, na digestão, na limpeza da cavidade oral, na fonética, e no processo de remineralização dos tecidos duros do elemento dental, este explicado pelo efeito tampão da saliva que atua na acidez do meio oral, entre outras funções (ODILON *et al.*, 2017.)

A produção salivar varia em média de 500 a 1.500ml por dia, induzida em resposta aferente aos estímulos bulímicos. Algumas manifestações orais podem ocorrer, e no tocante à saliva, a xerostomia, ou seja, a baixa salivação pelo indivíduo está presente, além da acidificação da mesma por consequência nervosa (DIAZ-ARNOLD; MAREK, 2002) em pacientes com episódios de vômito provocados (POPOFF *et al.*, 2010). O hábito de autoindução de vômito, a prática de exercício intensa, o uso de medicamentos como laxantes e diuréticos, podem levar a episódios de desidratação corporal diminuindo assim o fluxo salivar, e até mesmo o mecanismo de formação salivar pode ser desregulado no paciente portador de bulimia nervosa (ROMARO; ITOKAZU, 2002).

2.5 XEROSTOMIA

A bulimia pode ser classificada como purgativa e não-purgativa, e ambas podem ter manifestações orais decorrentes desses hábitos. Na bulimia com o aspecto não-purgativo, o paciente vai ser caracterizado por uma prática de exercício intenso (ROMARO; ITOKAZU, 2002), fator esse que pode ter manifestações orais, como a hipossalivação, que é classificada como redução do fluxo salivar. Alguns fatores associados a bulimia podem levar a tal situação, como a medicação sistêmica que o paciente utiliza, além que do longo período de jejum, que também podem intercorrer na diminuição salivar (MEDEIROS JUNIOR *et al.*, 2012).

Sobre a bulimia de aspecto não-purgativo, os bulímicos fazem atividades físicas intensas (KUNDE *et al.*, 2017), e essas práticas esportivas ocasionam manifestações na cavidade oral, pelos seguintes fatores: o estresse que atua no sistema nervoso simpático, a respiração bucal, a geração de calor e o suor intenso (PINHEIRO, 2019) e segundo Frese *et al.*, (2015) há uma alternância sobre a quantidade salivar dependendo da intensidade do treino, sendo que durante o exercício físico a quantidade já é reduzida.

2.6 AUMENTO DE GLÂNDULAS SALIVARES

Os pacientes bulímicos que provocam vômito repetidas vezes em geral apresentam aumento não inflamatório nas glândulas parótidas, chamado de sialadenite. O aumento e a extensão estão diretamente relacionados à duração e severidade dos vômitos autoinduzidos. A estimativa é de que o inchaço da glândula parótida possa ocorrer em 10 a 50% dos casos, podendo ser unilateral ou bilateral e é muitas vezes um dos motivos que fazem com que o

paciente busque cuidados médicos devido a sua preocupação com a estética facial (ARANHA; EDUARDO; CORDÁS, 2008; BERN; WOODS; RODRIGUEZ, 2016).

De acordo com Kignel *et al.* (2015), fatores como a desnutrição podem levar ao quadro de sialodenososes, ou seja, uma alteração de volume nas glândulas salivares de forma assintomática, no qual seu volume geralmente é alterado bilateralmente, porém o fluxo salivar se encontra consoante ao padrão de normalidade, exceto em alguns casos que se pode notar esse aumento. Habitualmente a glândula parótida é a que mais sofre com essa alteração e outros fatores podem levar a esta condição, como utilização de medicamentos, hipovitaminoses, dificultando seu diagnóstico por suas causas serem multifatoriais.

A parótida entumecida pode ser verificada entre dois e seis dias das ocorrências de compulsão alimentar, em que se torna intrinsecamente equivalente aos números de episódios de vômitos autoinduzidos, sendo ocasionalmente, um edema submandibular acompanhado de hipossalivação, levando a uma sensação de alteração na face do paciente bulímico, o que pode comprometer seu estado emocional (MEDEIROS JUNIOR *et al.*, 2012).

2.7 LESÕES EM TECIDOS MOLES

A acidificação do meio bucal, provocada pelos episódios de vômitos autoinduzidos, promove episódios de irritação tecidual, dando origem a mucosite oral, queilite, aumento na papila incisiva, gengivite, eritema de palato, condições essas que podem se agravar com o uso de medicamentos psiquiátricos (SANTOS *et al.*, 2015). Além disso, a xerostomia pode ser um fator coadjuvante à mucosite oral, ocasionando um agravamento na saúde geral do paciente, devendo, nesses casos ser indicada a saliva artificial (SPEZZIA, 2015). Outro sinal usualmente encontrado é o chamado sinal de Russel, que é caracterizado por calos ou lesões no dorso das mãos e/ou dedos, ocasionados por estas partes serem utilizadas para induzirem o vômito (ASSUMPCÃO; CABRAL, 2002).

A queilite actínica, caracterizada por vermelhidão nos lábios, apresentando áreas eritematosas, crostosas, erodadas e ulceradas, podendo observar sangramento, também pode manifestar-se em pacientes bulímicos devido à fragilidade do sistema imune provocada pela carência nutricional causada pelos frequentes vômitos autoinduzidos (POPOFF *et al.*, 2010).

A mucosite é descrita como uma lesão inflamatória, provocada por uma irritação tecidual, a princípio de forma eritematosa que durante seu curso evolui para uma lesão ulcerada, podendo ser recoberta por uma placa pseudomembranosa. A etiopatogenia da mucosite é indicada em um plano de cinco fases, sendo que o padrão de evolução mais utilizado para essa patologia é o da OMS, que determina em quatro graus: o grau 0 não existe sintomatologia, no grau 1 a mucosa está eritematosa, no grau 2 já está ocorrendo o processo de ulceração, porém o paciente tem uma dieta normal, no grau 3 o processo de ulceração ainda persiste e o paciente só se alimenta por meio de líquidos, e por último o grau 4, no qual o paciente não se alimenta (SPEZZIA, 2015).

2.8 ABORDAGEM DO CIRURGIÃO DENTISTA

Como o diagnóstico de bulimia realizado por outros profissionais se baseia no autorrelato dos pacientes afetados pelo transtorno, essa identificação pela patologia que acomete o paciente se torna difícil, pois geralmente o paciente bulímico têm a tendência de esconder sua condição (BARBOSA *et al.*, 2012). Portanto, com o aumento de casos de pacientes bulímicos no Brasil, o cirurgião-dentista se torna essencial para a classificação do

paciente como portador de bulimia, pois ele pode ser o primeiro a suspeitar, pelos sinais e sintomas, da condição que afeta seu paciente e incentivar o paciente a buscar ajuda psicológica (DANIEL *et al.*, 2015). Já que as características clínicas dos pacientes portadores de bulimia são de fácil identificação para o cirurgião-dentista, a presença de erosão dentária indica um sinal patognomônico de uma alteração bucal, sendo que, se analisada junto com os outros fatores, se torna claro o quadro bulímico do paciente (POPOFF *et al.*, 2010).

É de extrema importância promover o alívio dos sintomas e controlar a evolução do processo identificando os fatores etiológicos da erosão dental logo no primeiro contato com o paciente bulímico (BRANCO *et al.*, 2008). Para a identificação desses fatores etiológicos deve ser realizada uma anamnese detalhada, seguida dos exames físicos intrabucal e extrabucal para garantir o correto diagnóstico e um plano de tratamento adequado (ASSUMPCÃO; CABRAL, 2002; BARBOZA *et al.*, 2011). Assim, a integração multidisciplinar com o auxílio de outros profissionais da saúde é importante para que se tenha sucesso no tratamento da bulimia (ALEXANDRA; MARIANNA, 2009).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, devido a mudança do padrão estético, e ao aumento do número de exposições do corpo perfeito nas grandes mídias, observa-se aumento nos casos de bulimia nervosa, principalmente no gênero feminino. Dificuldades de diagnóstico do paciente com bulimia nervosa se encontram como uma das barreiras no tratamento desse paciente, pois depende geralmente do relato direto do portador para a equipe nutricional.

O cirurgião-dentista se torna, portanto, um profissional de extrema importância no diagnóstico dessa patologia pois ocorrem várias manifestações bucais que são sinais e sintomas característicos de um paciente portador de bulimia, tais como a erosão e a cárie dentária, que são características de fácil identificação para o cirurgião-dentista, além de outras manifestações que acometem a cavidade oral e podem indicar a subclassificação da bulimia nervosa em purgativa ou não purgativa e do uso concomitante de automedicação, que também acarreta em manifestações bucais.

O cirurgião-dentista também têm condições de realizar o tratamento restaurador das consequências dessa patologia, devolvendo a anatomia dentária às áreas desgastadas, restabelecendo, através de reabilitação, a dimensão vertical quando perdida, preservando as estruturas do sistema estomatognático e melhorando, assim, a função mastigatória e a qualidade de vida do paciente. Portanto, é de suma importância que o dentista faça parte da equipe multiprofissional para ajudar no diagnóstico, no tratamento e no apoio ao paciente portador de bulimia nervosa.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRA, S. M.; MARIANNA, S. M. A importância do cirurgião-dentista no diagnóstico da bulimia. **Rev. Bras. Odontol.**, v. 66, n. 1, p. 6-7, 2009. Disponível em: <http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/viewFile/106/72>. Acesso em: 01 abr. 2020.

ALVES, M. S. C. *et al.* Diagnóstico clínico e protocolo de tratamento do desgaste dental não fisiológico na sociedade contemporânea. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, v. 11, n. 3, p. 247-251, jul./set. 2012. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v11n3/a14v11n3.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2021.

- ASSUMPÇÃO, C. L.; CABRAL, M. D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 29-33, dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13968.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2021.
- ARANHA, A. C. C.; EDUARDO, C. P.; CORDÁS, T. A. Distúrbios alimentares. Parte I: Diagnóstico psiquiátrico e implicações odontológicas. **The Journal of Contemporary Dental Practice**. v. 9, n. 6, 1 de set. de 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Ana-Aranha/publication/23250493_Eating_Disorders_Part_I_Psychiatric_Diagnosis_and_Dental_Implications/links/00463530f8efdc264a000000/Eating-Disorders-Part-I-Psychiatric-Diagnosis-and-Dental-Implications.pdf. Acesso em: 01 abr. 2020.
- BARBOSA, A. M. F. *et al.* Características bucais da perimólise e episódios recorrentes de vômitos-Relato de caso. **Odonto**, v. 20, n. 40, p. 89-93, 2012. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/Odonto/article/view/2422/3652>. Acesso em: 20 fev. 2021.
- BARBOZA, C. A. G. *et al.* Participação do cirurgião-dentista no diagnóstico e tratamento interdisciplinar dos transtornos alimentares. **International Journal Of Dentistry**, Recife, v. 10, n. 1, p. 32-37, jan./mar. 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/dentistry/article/view/14089>. Acesso em: 03 abr. 2021.
- BERN, E. M; WOODS, E. R; RODRIGUEZ, L. Gastrointestinal manifestations of eating disorders. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**. v. 63, n. 5, p. 77-85, 2016. Disponível em: https://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/2016/11000/Gastrointestinal_Manifestations_of_Eating_Disorders-Clinical-picture.pdf. Acesso em: 02 de abr. 2021.
- BORGES, N. J. B. G. *et al.* Transtornos alimentares-quadro clínico. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 39, n. 3, p. 340-348, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Jmf-Sicchieri/publication/286880984_Eating_disorders_-_Clinical_picture/links/5d54bb8d299bf16f0738de64. Acesso em: 22 jan. 2021.
- BRANCO, C. A. *et al.* Erosão dental: diagnóstico e opções de tratamento. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 37, n. 3, p. 235-242, 2008. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/host-article-assets/rou/588018477f8c9d0a098b4b55/fulltext.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2021.
- CAMPOS, J. G. S. C.; HAACK, A. Anorexia e bulimia: aspectos clínicos e drogas habitualmente usadas no seu tratamento medicamentoso. **Comun. ciênc. saúde**, v. 23, n. 3, p. 253-262, 2012. Disponível em: http://bvsm.sau.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n3_a7_anorexia_bulimia_aspectos.pdf. Acesso em: 23 fev. 2021.
- CENCI, M; PERES, K. G; VASCONCELOS, F. A. G. Prevalência de comportamento bulímico e fatores associados em universitárias. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 83-88, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n3/v36n3a01.pdf>. Acesso em 04 fev. 2021.
- CORDAS, T. A.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 03-06, Dez. 2002. Disponível em

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700002. Acesso em: 04 fev. 2021.

CLAUDINO, A. M.; BORGES, M. B. F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 07-12, Dec. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13964.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

DANIEL, C. P. *et al.* Perimolysis: case report. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 63, n. 2, p. 213-218, abri/jun 2015. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/158254/S1981-86372015000200213.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 13 abr. 2021.

DIAZ-ARNOLD, A. M.; MAREK, C. A. The impact of saliva on patient care: A literature review. **The Journal of prosthetic dentistry**, v. 88, n. 3, p. 337-343, set. 2002. Disponível em: <https://dokumen.tips/documents/the-impact-of-saliva-on-patient-care-a-literature-review.html>. Acesso em: 08 abr. 2021.

ESPINDOLA, C. R.; BLAY, S. L. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 265-275, Dec. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/WPVsYpsFM5Qb6PW4dGKFn6g/?lang=pt>. Acesso em: 05 fev. 2021.

FERNANDES, M. A. Anorexia nervosa e bulimia na adolescência: diagnóstico e tratamento. **Adolescência e Saude**, v. 4, n. 3, p. 41-44, ago, 2007. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v4n3a08.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2021.

FRESE, C. *et al.* Effect of endurance training on dental erosion, caries, and saliva. **Scandinavian journal of medicine & science in sports**, v. 25, n. 3, p. e 319-e326, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24917276/>. Acesso em: 08 abr. 2021.

KIGNEL, S. *et al.* **Estomatologia: Base do diagnóstico para o clínico geral** 2.ed. São Paulo: Santos, 2015. p. 319.

KUNDE, F. R. *et al.* Perimólise em paciente portadores de bulimia nervosa do tipo purgativa: revisão de literatura. **Conversas Interdisciplinares**, v. 13, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/ci/article/view/4004/pdf>. Acesso em: 06 jan. 2021.

LIMA, N. L.; ROSA, C. O. B.; ROSA, J. F. V. Identificação de fatores de predisposição aos transtornos alimentares: anorexia e bulimia em adolescentes de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 12, n. 2, p. 360-378, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v12n2/v12n2a03.pdf>. Acesso em: 05 mar 2021.

LOPES, F. F. *et al.* Estudo sobre xerostomia, fluxo salivar e enfermidades sistêmicas em mulheres na pós-menopausa. **RGO**, v. 56, n. 2, p. 127-30, 2008. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/26817592.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2021.

MEDEIROS JUNIOR, R. *et al.* Manifestações orais e maxilofaciais secundárias à bulimia nervosa: uma revisão sistemática. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica**

Integrada, v. 12, n. 2, p. 279-284, abr/jun 2012. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63723490020>. Acesso em: 04 de abr. de 2021.

NARVAI, P. C. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 381-392, 2000. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7102.pdf>. Acesso em: 04 de abr. de 2021

ODILON, N. N. *et al.* Avaliação do fluxo salivar e capacidade tampão da saliva de pacientes psiquiátricos em uso de agentes psicotrópicos. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas.**, Salvador, v. 16, n. 3, p. 350-355, 2017. Disponível em:
<https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/24476/15931>. Acesso em: 22 de abr. de 2021.

PINHEIRO, M. R. **Hipossalivação no Desporto**: relação com a cárie dentária e performance desportiva. 2019. Mestrado Integrado em Medicina Dentária - Instituto Universitário Ciências da Saúde, Gandra – Pt. Disponível em:
https://repositorio.cespu.pt/bitstream/handle/20.500.11816/3224/MIMD_RE_22751_MarcosPinheiro_Relato%cc%81rioFinal.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 06 mar. 2021

PINZON, V. *et al.* Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), v. 31, n. 4, p. 167-169, 2004. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000400007. Acesso em: 05 de mar. de 2021.

POPOFF, D. A. V. *et al.* Bulimia: manifestações bucais e atenção odontológica. RGO, **Rev. gaúch. odontol.**, Porto Alegre, vol. 58, n. 3, p. 381-385, jul/set 2010. Disponível em:
<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rgo/v58n3/a17v58n3.pdf>. Acesso em: 17 de mar. de 2021.

RESENDE, *et al.* Erosão dentária ou perimólise: A importância do trabalho da equipe de saúde. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 42, n. 2, p. 105-192, 2005. Disponível em: <https://www.odonto.ufmg.br/revista/wp-content/uploads/sites/10/2016/06/AEO-v41-n2-arch3-2005.pdf>. Acesso em: 22 de abr de 2021.

ROBLEGG, E.; COUGHRAN, A.; SIRJANI, D. Saliva: An all-rounder of our body. **European Journal of Pharmaceutics and Biopharmaceutics**, v. 142, p. 133-141, 2019.

ROMARO, R. A.; ITOKAZU, F. Bulimia nervosa: revisão da literatura. **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 407-412, 2002. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/prc/v15n2/14363.pdf>. Acesso em: 18 de mar. de 2021.

SANTOS, F. D. G. *et al.* Anorexia nervosa e bulimia nervosa: alterações bucais e importância do cirurgião-dentista na abordagem multiprofissional. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 27, n. 1, p. 33-42, 2015. Disponível em:
http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/1_janeiro_2015/Odonto_01_2015_33-42.pdf. Acesso em: 05 de mar. de 2021.

SPEZZIA, S. Mucosite oral. **Journal of Oral Investigations**, v. 4, n. 1, p. 14-18, 2015. Disponível em: https://seer.imed.edu.br/index.php/JOI/article/view/1086/pdf_4. Acesso em: 01 mar. 2021.

TRAEBERT, J; MOREIRA E. A. M. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. **Pesqui Odontol Bras** v. 15, n. 4, p. 359-363, out./dez. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pob/v15n4/a15v15n4.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2021.

VIVEK, H.P. *et al.* Effect of mouthrinses containing olive oil, fluoride, and their combination on enamel erosion: an in vitro study. **The Journal of Contemporary Dental Practice**, v. 19, n. 2, p.130-136, Fev 2018. Disponível em: <https://www.thejcdp.com/doi/pdf/10.5005/jp-journals-10024-2226>. Acesso em: 01 mar. 2021.