

Fernanda Barros Bezerra

**ANOREXIA E BULIMIA EM ODONTOPEDIATRIA**

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015



Fernanda Barros Bezerra

**ANOREXIA E BULIMIA EM ODONTOPEDIATRIA**

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Fernanda Barros Bezerra

**ANOREXIA E BULIMIA EM ODONTOPEDIATRIA**

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

---

(Fernanda Barros Bezerra)

## **Sumário**

Introdução: A procura de um ideal de beleza e a obsessão pela estética imposta pela sociedade moderna em que se vive têm promovido o aumento do número de pessoas com transtornos alimentares, como por exemplo, a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. Esses transtornos contribuem para o aumento de pacientes com prejuízos, diretos e indiretos, na saúde oral.

Objetivos: Esta tese tem como objetivo a revisão da literatura sobre “*anorexia*” e “*bulimia*” nas crianças e adolescentes, correlacionando estas patologias com complicações na cavidade oral, nomeadamente, a erosão dentária, a xerostomia, as cáries, a hipertrofia das glândulas salivares, as restaurações proeminentes, o bruxismo, entre outras.

Metodologia: Foi realizada uma revisão bibliográfica com base em artigos publicados em revistas, nos últimos dez anos, disponíveis em bases de dados on line. As palavras-chaves usadas foram, assim como a conjugação entre elas: crianças e adolescentes; anorexia; bulimia, transtornos alimentares; médico dentista.

Conclusão: Preconiza-se que haja uma maior atenção e conhecimento por parte do médico dentista sobre estes transtornos alimentares, bem como das complicações associadas, uma vez que é um dos primeiros profissionais de saúde a ter o contacto e a oportunidade de detetar a doença. Com o diagnóstico precoce, pode-se evitar o desenvolvimento da doença.

## **Abstract**

Introduction: The search for an ideal of beauty and obsession with aesthetics imposed by modern society in which we live have promoted the increase in the number of people with eating disorders , such as anorexia nervosa and bulimia nervosa. These disorders contribute to the increase of patients with damage, direct and indirect, in oral health.

Objective: This study aims to review the literature on "anorexia" and "bulimia" in children and adolescents, correlating these conditions complications in the oral cavity, for example, tooth erosion, dry mouth, cavities, hypertrophy of the salivary glands, prominent restorations and bruxism.

Methodology: This literature review from the last ten years was on the basic of articles published in journals available on line database. The keywords and conjugation used was: child and adolescents; anorexia; bulemia; eating disorders and health.

Conclusion: It is envisioned to be greater attention and knowlwdge of the dentist these eating disorder, as well as the associated complications, a time that is hum of first health professionals have the contact and opportunity detectig a disease. With early diagnosis can prevent the development of disease.

## **Dedicatória**

Ao meu marido, Paulo Barros, pelo apoio incondicional em todos os momentos, que levou-me à concretização deste sonho.

À Letícia, abençoada filha, minha inspiração para sempre alcançar novos degraus na minha vida.

Aos meus pais, pelos ensinamentos de valores que me conduziram no caminho certo.

Aos meus irmãos, José Neto e Alessandra, esta conquista também é vossa.

Às minhas amigas, Teresa Simões, Graciele Cardoso, Eva Bravo e Ana Teixeira, que estiveram ao meu lado durante estes anos de luta.

## **Agradecimentos**

A Deus pela a ajuda nos momentos difíceis, dando-me força para superar as dificuldades.

Ao meu marido, eternamente agradecida...

À minha cunhada, Rosa Barros, por toda a dedicação com a minha filha durante este longo percurso.

Ao sobrinho, Luís Moreira, pela sua compreensão.

À amiga irmã, Vanesca Costa, pelo apoio e incentivo constante.

À minha orientadora, Dra Rita Rodrigues, pela sua disponibilidade e dedicação.

# ÍNDICE GERAL

	Página
Índice de figuras.....	iii
Índice de tabelas.....	iv
Lista de abreviaturas.....	v
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>3</b>
<b>I- Materiais e métodos .....</b>	<b>3</b>
<b>II- Transtornos alimentares.....</b>	<b>4</b>
1-Anorexia nervosa.....	5
2-Bulimia nervosa .....	8
3-Diagnostico diferencial.....	12
4-Etiologia dos transtornos alimentares.....	12
5-Como identificar os transtornos alimentares.....	16
6-Prevenção e tratamento .....	17
<b>III-Anorexia nervosa e bulimia nervosa em crianças e adolescentes.....</b>	<b>23</b>
1-As limitações dos sistemas de classificação no diagnóstico dos transtornos alimentares em crianças.....	25
2-Sinais de alarme dos transtornos alimentares em crianças e adolescentes.....	26

<b>IV-Complicações dos transtornos alimentares na cavidade oral .....</b>	<b>28</b>
1-Erosão dentária .....	28
2-Xerostomia.....	31
3-Cáries .....	31
4-Hipertrofia das glândulas salivares .....	32
5-Restaurações proeminentes .....	33
6-Bruxismo .....	33
7-Mucosite.....	35
8-Queilite.....	35
9-Hipersensibilidade dentinária.....	35
<b>V - Importância do médico dentista no diagnóstico .....</b>	<b>37</b>
<b>VI - Tratamento / Intervenção.....</b>	<b>39</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>44</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Página</b>
<b>Figura 1:</b> Erosão dentária na face palatina dos incisivos superiores.....	29
<b>Figura 2:</b> Pseudomordida aberta devido a erosão dos dentes anteriores.....	30
<b>Figura 3:</b> Restauração proeminente.....	33
<b>Figura 4:</b> Aspeto típico de bruxismo.....	34

## ÍNDICE DE TABELAS

	<b>Página</b>
<b>Tabela 1:</b> Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa.....	10
<b>Tabela 2:</b> Fatores predisponentes ao aparecimento de transtornos alimentares.....	14

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**AN** Anorexia nervosa

**BN** Bulimia nervosa

**CID-10** Classificação Internacional de Doenças

**DSM** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

**TAs** Transtornos alimentares

**TCC** Terapias cognitivas e comportamentais

## INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares são doenças psiquiátricas caracterizadas por desvios do comportamento alimentar, com elevadas morbidade e mortalidade, principalmente na população jovem (Santos et al., 2010; Amoras et al., 2010). A etiologia é considerada multifatorial, composta de predisposições genéticas, psicológicas, socioculturais e nutricionais (Leite & Pereira, 2009; Scivoletto et al., 2010).

As pessoas que sofrem de transtornos alimentares, geralmente tem características psicológicas bastante parecidas como por exemplo: a falta de autoconfiança e autoestima, por vezes excesso de perfeccionismo ou necessidade de controlar tudo (Ferreira, 2011).

Os principais transtornos alimentares são a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, e os critérios de diagnóstico são definidos na quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* e na décima edição da Classificação Internacional das Doenças, atuais sistemas de classificação de transtornos mentais (Santos et al., 2010; Alves et al., 2011).

De acordo com Longo et al. (2011), ainda que mencionados no mundo inteiro, os transtornos alimentares são mais frequentes em culturas onde há disponibilidade de alimento e a magreza é vista como um ideal, uma vez que o saber comum acredita que a mulher, particularmente, dado que cerca de 90% das pessoas que sofrem desta perturbação são mulheres (Ferreira, 2011), necessita de se afirmar e de se fazer notar através do seu corpo.

Para diagnosticar e tratar a anorexia nervosa e a bulimia nervosa em crianças e adolescentes será necessária uma atuação multidisciplinar, onde o médico dentista deve estar, uma vez que é capaz de identificar os transtornos alimentares precocemente e, assim, direcionar o tratamento (Popoff et al., 2010).

É nos adolescentes, isto é, na maioria do sexo feminino, que inúmeros casos de anorexia nervosa são diagnosticados todos os anos. No entanto, estudos epidemiológicos apontam um aumento na incidência de anorexia nervosa e bulimia nervosa não apenas em

adolescentes, mas também em crianças, inclusive do sexo masculino. Em muitos casos, é o médico dentista que deteta inicialmente o problema, sendo assim o seu papel de fundamental importância para o diagnóstico e a terapêutica precoces. É necessário, portanto, que esteja familiarizado com as questões envolvidas no reconhecimento dos transtornos alimentares (DeBate et al., 2007).

É perante este quadro que se justifica a realização deste trabalho, com o principal objetivo de recolher dados suficientes que permitam, ao longo da vida profissional como médico dentista, estar desperto para o problema. E estar desperto significa, também, ser capaz de detetar algum sinal da existência desta doença e ser capaz, ainda, de reagir de forma a conseguir tratar estes distúrbios.

Opta-se, pois, por estudar este tema a “*Anorexia e Bulimia em Odontopediatria*” por diversas razões, entre elas: apresentar de forma simples e concisa as informações que parecem essenciais ao diagnosticar e maximizar os cuidados prestados pelo médico dentista aos pacientes que apresentem estes transtornos alimentares e contribuir, assim, para o desenvolvimento do conhecimento nesta área.

Delimitam-se alguns objetivos que se pretendem cumprir. São objetivos gerais deste estudo compreender um problema, flagelo da nossa sociedade e contribuir com os conhecimentos adquiridos ao longo do curso, para o minimizar dos mesmos.

Quanto aos objetivos específicos, destaca-se a importância do médico dentista em identificar as manifestações na cavidade oral como consequência dos transtornos alimentares, fazer um diagnóstico precoce e encaminhar para uma equipa multidisciplinar.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **I- Materiais e métodos**

Esta tese baseia-se na pesquisa bibliográfica de artigos publicados em diversas revistas, disponíveis em motores de busca *on line* nomeadamente *PubMed*, *Scielo*, *Medline* e *B-on*, a pesquisa foi efetuada também em livros da área.

A pesquisa foi realizada no período de dezembro de 2014 a abril de 2015, tendo sido incluída na mesma artigos em português e inglês, publicados nos últimos dez anos ou de anos anteriores que tivessem informação relevante sobre o tema.

Dos artigos encontrados foram selecionados pelo título, depois pela leitura do resumo e por último pela leitura do artigo na íntegra. Após estes critérios foram selecionado 80 artigos para a elaboração desta tese, por serem os mais relacionados com o tema.

Os critérios de exclusão foram os que não contemplaram informação relevante para o tema, os que estavam em idiomas diferentes daqueles definidos anteriormente ou os que não estavam disponíveis na íntegra ou de forma gratuita.

As palavras-chave usadas para a pesquisa foram, nos diversos idiomas supracitados, assim como também a conjugação entre elas: anorexia, bulimia, crianças, adolescentes, transtorno alimentar, cavidade oral, erosão dentária, complicações orais.

## **II-Transtornos alimentares**

Os transtornos alimentares (TAs) são desordens complexas, de origem multifatorial, com alto grau de morbidade e mortalidade que frequentemente são acompanhados por uma série de complicações clínicas. (Pinzon & Nogueira, 2004; Leite & Pereira, 2009; Scivoletto et al., 2009; Silva e Alves, 2011).

Os TAs são doenças das sociedades desenvolvidas, tendo a sua incidência aumentado nas últimas décadas, afeta maioritariamente as mulheres e são mais frequentes nos países ocidentais (Fonseca & Rena, 2008; Pereira, 2013).

Segundo Cardoso (2002) e Ferreira (2011), os fatores sociais são determinantes, todos querem corresponder à imagem imposta pela sociedade e todos são pressionados de todos os lados: pelos fabricantes de roupa, pela publicidade alimentar com os seus produtos dietéticos, pela valorização de uma determinada imagem. É assim que se fazem sacrifícios. E estes, sempre que continuados, conduzem a alterações do comportamento alimentar responsáveis por uma série de problemas físicos, mentais e emocionais que, quando não causam situações irreparáveis, só com grande dificuldade são ultrapassados.

As perturbações do comportamento alimentar incluem os diagnósticos de anorexia nervosa e bulimia nervosa que se pretendem aprofundar neste estudo (Jorge & Vitalle, 2008).

## **1-Anorexia**

A anorexia nervosa (AN) é uma disfunção alimentar, caracterizada por uma rígida e insuficiente dieta alimentar e *stress* físico. É uma doença do foro psíquico, complexa, que se manifesta através de um inadequado comportamento alimentar e que leva a uma deliberada perda de peso, devido a um anormal controlo da alimentação (Cardoso, 2002; Alarcão, 2006; Ferreira, 2011).

O termo anorexia é derivado do grego *orexis* (apetite), acrescido do prefixo *an* (privação, ausência) que significa perda de apetite. Não é a denominação mais adequada visto que tais pacientes não apresentam uma verdadeira falta de apetite, pelo menos no início da doença, mas sim uma recusa ativa e persistente em se alimentarem (Giordani, 2006; Silva & Alves, 2011).

Quanto à etiologia da AN, acredita-se que não há apenas uma causa responsável, sendo multifatorial, com contribuição de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares (Borges, 2006; Pereira, 2013).

Segundo Gomes Lameirão (2013) a AN é a terceira doença crónica mais comum em adolescentes do sexo feminino.

De acordo com o Manual de Estatística e Diagnóstico de perturbações mentais (DSM) e Classificação Internacional de Doenças (CID), atuais sistemas de classificação para se estabelecer os critérios de diagnóstico para os transtornos mentais, existe um conjunto de características essenciais destes TAs (Jorge & Vitalle, 2008; Araújo & Neto, 2013).

Esses manuais de diagnósticos, o DSM e o CID, não devem ser usados como um único meio de diagnóstico, uma vez que o ser humano é complexo e conseguinte, a constante presença de alguns casos atípicos, qualquer instrumento de avaliação será considerado incompleto (Pinheiro, 2011).

Assim, de acordo com o DSM-V, para que seja confirmado o diagnóstico de AN é necessário (Gomes et al., 2010; Pinheiro, 2011; Araújo & Neto, 2013):

- Recusa de manter o peso corporal num nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura, por exemplo, peso corporal menor que 85% do esperado;
- Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, mesmo estando com peso abaixo do normal;
- Perturbação no modo de perceber o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a autoavaliação ou negação do baixo peso corporal atual.

Os critérios de diagnóstico para a anorexia nervosa de acordo com CID-10 são os seguintes (Claudino & Borges, 2002; Pinheiro, 2011):

- Perda significativa de peso (índice de massa corporal menor que 17.5);
- A perda de peso deve ser intencional, induzida e mantida pelo paciente através de restrição alimentar, prática excessiva de exercícios físicos, vômitos autoinduzidos e utilização de laxantes e diuréticos;
- Medo de engordar;
- Modificações endócrinas e metabólicas.

De acordo com o DSM-V há dois tipos de AN, o tipo restritivo e o tipo purgativo, cujas características são as seguintes (Jorge & Vitalle, 2008; Silva & Alves, 2011; Araújo & Neto, 2013):

**Tipo restritivo-** durante o episódio atual de AN, o paciente não se envolve com regularidade em compulsões periódicas ou métodos purgativos;

**Tipo purgativo-** o paciente envolve-se regularmente em episódios de hiperfagia ou de purgação (laxantes e diuréticos).

A distinção entre a AN do tipo restritivo e a AN do tipo purgativo baseia-se principalmente nas diferenças de padrão alimentar e no uso de métodos compensatórios que o doente arranja para evitar o aumento do peso (Kaye et al., 2006; Strumia, 2009).

Os indivíduos com AN têm tendência para negar a fome e a doença dado manterem um controlo rigoroso sobre si próprios e sobre os alimentos. Utilizam pretextos despropositados para não comerem, por exemplo, estudam dietas exaustivamente, calculam todas as calorias que possam ingerir, tentam, durante as refeições, esconder a comida, procuram receitas diferentes, muitas vezes conseguem cozinhar pratos elaborados para os outros para disfarçar melhor o seu comportamento (Jorge & Vitalle, 2008; Ferreira, 2011).

Para além disso e quando a doença surge na infância, trata-se, geralmente, de uma AN do tipo restritivo, pois é raro o recurso pela criança, à ingestão de grandes quantidades de alimento e a simultânea utilização de laxantes, diuréticos ou vômitos autoinduzidos (Nascimento, 2010; Ferreira, 2011).

No que respeita à AN de tipo purgativo, esta distingue-se, como veremos a seguir, da bulimia nervosa propriamente dita pelo facto dos sujeitos manifestarem uma extrema magreza, típica dos anoréticos, ao contrário dos bulímicos que geralmente mantêm o peso corporal dentro da normalidade, pois na bulimia nervosa os episódios de ingestão compulsiva são mais frequentes (Gomes Lameirão, 2013).

Os doentes que sofrem de AN do tipo purgativo dedicam-se a comportamentos compensatórios pelo menos uma vez por semana (Jorge & Vitalle, 2008).

O índice de mortalidade associado a AN pode chegar a 20% em decorrente das complicações da própria doença e suicídio (Borges et al., 2006).

Dentre os fatores relacionados com um mau prognóstico da AN destacam-se: o peso muito baixo no início do tratamento, atraso na procura de ajuda médica, presença de práticas purgativas, problemas familiares e presença de outras doenças psiquiátricas associadas a estes TAs (Borges et al., 2006).

## 2-Bulimia

A bulimia nervosa (BN) é um transtorno complexo e caracteriza-se por episódios repetidos de voracidade alimentar seguidos por comportamentos compensatórios inapropriados, tais como, o vômito induzido, diuréticos ou outras medicações, jejum ou exercício físico excessivo com o intuito de impedir o aumento do peso (Nunn et al., 2011).

Para diagnosticar a BN os profissionais de saúde utilizam os seguintes critérios descritos no DSM-V (Jorge & Vitalle, 2008; Araujo & Neto, 2013):

- Episódios recorrentes de hiperfagia, caracterizado pela ingestão de uma quantidade de alimentos maior do que a maioria das pessoas consumiria em curtos períodos de tempo. Esses episódios de compulsão, ocorre em pelo menos uma vez por semana, durante um período de três meses;
- Um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar compulsivo;
- O paciente apresenta comportamentos compensatórios inadequados para evitar engordar, com vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos, períodos alternados de inanição e prática exagerada de exercícios.

A BN pode ser classificada de acordo com o método compensatório em purgativa e não purgativa (Santos et al., 2010; Silva & Alves, 2011):

- **Tipo purgativo-** o paciente envolve-se regularmente na autoindução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos;
- **Tipo não purgativo-** o paciente não se envolve regularmente na autoindução de vômitos, mas utiliza outros métodos compensatórios, tais como jejum prolongado e excessivos exercícios físicos.

De acordo com outro sistema de classificação, o CID-10 aborda os seguintes critérios para identificar e diagnosticar a BN (Claudino & Borges, 2002; Martins, 2005; Pinheiro, 2011):

- Há uma preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível por comida; o paciente sucumbe a episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimento são consumidas em curtos períodos de tempo.
- Comportamentos compensatórios inadequados através de vômitos autoinduzidos, abuso de laxantes, diuréticos e períodos alternados de inanição. Quando a BN ocorre em pacientes diabéticos, podem escolher negligenciar seu tratamento insulínico.
- A psicopatologia consiste de um pavor mórbido de engordar e o paciente coloca para si mesmo um limiar de peso nitidamente definido, bem abaixo do seu peso.

Os pacientes bulímicos escolhem os horários das refeições com o intuito de ficarem sozinhos para comerem compulsivamente, alimentam-se em recipientes de grande dimensão e, as refeições são acompanhadas com grandes quantidades de líquidos para facilitar ou promover o vômito (Santos et al., 2010).

Segundo Martins (2007), a pessoa bulímica começa a ter comportamentos alimentares descontrolados como forma de combater momentos de ansiedade ou frustração, onde a ingestão de alimentos só é interrompida quando a comida chega ao fim, ou por algum mal estar físico.

Esses pacientes além das lesões orais provocadas principalmente pelo contato do ácido gástrico na cavidade oral, apresentam sinais físicos, o sinal de Russel, que consiste numa calosidade no dorso da mão, devido o fato de introduzir os dedos na cavidade oral, trauma da pressão contra os dentes, para provocar o vômito (Santos et al., 2010; Barboza et al., 2011).

O paciente bulímico, que possui uma distorção da sua imagem corporal (Gomes Lameirão, 2013) tende a apresentar períodos em que se alimenta em excesso, seguido pelo sentimento de culpa devido ao aumento de peso. Para compensar esse aumento, o bulímico exercita-se de forma excessiva e/ou acaba por vomitar o que come. Os pacientes bulímicos tendem a envergonharem-se dos seus problemas, escondendo-os de todos, principalmente da família e dos amigos (Kaye et al., 2006).

Segundo Gomes Lameirão (2013), a BN que afeta sobretudo as mulheres, que apresentam, geralmente uma história prévia de AN justifica-se, essencialmente pela pressão exercida pela sociedade atual e encontra-se, muitas vezes, associada a outros comportamentos como a depressão ou o abuso de substâncias ilícitas ou, ainda, a outro tipo de comportamentos de risco (Machado et al., 2005; Henry et al., 2006).

Após a abordagem da AN e da BN, apresenta-se na tabela 1, um resumo das inúmeras complicações orgânicas decorrentes principalmente pela desnutrição e pelos desequilíbrios hidroeletrólítico, respetivamente. Em boa parte, estas complicações são em virtude da demora no diagnóstico e conseqüentemente do tratamento. Quando acomete crianças ou adolescentes, interfere no seu crescimento, levando a estaturas menores que a esperada e atrasa ou interrompe o desenvolvimento puberal (Borges et al., 2006).

**Tabela 1-** Complicações clínicas da anorexia e bulimia (adaptado de Borges et al., 2006).

<b>Complicações clínicas da anorexia e bulimia</b>		
	<b>Anorexia</b>	<b>Bulimia</b>
<b>Pele</b>	Pele com aspeto, amarelado e seco, Lanugo, Cabelos finos, Unhas quebradiças Perda de cabelo.	Calosidade no dorso da mão, pela lesão da pele com os dentes ao provocar o vômito (Sinal de Russel).
<b>Sistema gastrointestinal</b>	Constipação, Pancreatite, Alteração das enzimas hepáticas, Redução do peristaltismo intestinal.	Dor abdominal, Gastrite, Esofagite, Erosões gastroesofágicas.

**Tabela 1-** (Continuação)

<b>Complicações clínicas da anorexia e bulimia</b>		
	<b>Anorexia</b>	<b>Bulimia</b>
Sistema reprodutivo	Infertilidade, Amenorreia, Recém-nascido com baixo peso.	Menstruação irregular.
Sistema hematológico	Anemia, Leucopenia, Trombocitopenia.	
Sistema metabólico	Hipocalemia, Hiponatremia, Hipoglicemia, Desidratação.	Hipocalemia, Hipocloremia, Hipoglicemia, Alcalose metabólica, Desidratação Hiponatremia
Outras alterações	Hipotermia, Intolerância ao frio, Convulsões, Osteopenia/osteoporose	
Sistema renal	Edema, Cálculo renal, Uréia elevada.	
Sistema Cardiovascular	Bradycardia, Hipotensão, Arritmia, Miocardiopatia.	Bradycardia, Hipotensão, Arritmias, Miocardiopatia.
Sistema endocrinológico	Amenorréia, Redução de gonatrofina, Redução do hormônio luteizante.	Irregularidades na menstruação,

### **3- Diagnóstico diferencial**

Antes do profissional de saúde fazer o diagnóstico da AN e BN, é importante excluir outras doenças que também podem causar perda de peso e simular TAs, tais como (Borges et al., 2006; Gomes et al., 2010):

- Doenças gastrointestinais;
- Imunodeficiências e infecções graves;
- Síndrome da artéria mesentérica superior;
- Depressão;
- Esquizofrenia;
- Distúrbios de personalidade.

### **4- Etiologia dos transtornos alimentares**

Os TAs não emergem repentinamente, mas sim desenvolvem-se ao longo de vários anos, devido a predisposições presentes desde o nascimento, da vulnerabilidade que aparecem nos primeiros anos de vida e dos acontecimentos mais tardios. Assim, a etiologia dos TAs é multifatorial e são classicamente dividida por três fatores (Morgan et al., 2002; Borges et al., 2006):

- Os predisponentes, aqueles que aumentam a probabilidade da ocorrência dos TAs;
- Os precipitantes, marcam o aparecimento dos sintomas;
- Os mantenedores, que determinam se o transtorno vai manter-se ou não.

### **Fatores predisponentes**

Por sua vez, os fatores predisponentes são subdivididos em individual, familiar e sociocultural (tabela 2):

#### Fatores Individuais

Os anoréticos tendem a ser obsessivos, perfeccionistas e introvertidos, diferente dos bulímicos, em que suas características de personalidade são sociabilidade, impulsividade e instabilidade afetiva, sendo que estes dois últimos, são referenciados como aspectos centrais da personalidade dos indivíduos com BN, principalmente para aqueles com dependência química. No entanto, a baixa autoestima são fatores de risco tanto para anorexia quanto para a bulimia (Morgan et al., 2002).

O transtorno psiquiátrico, principalmente a depressão, é um fator de risco para os TAs em particular para a BN, enquanto a AN está mais associada a quadros de ansiedade (Morgan et al., 2002).

Os neurotransmissores, noradrenalina e serotonina, também podem ter influência para uma maior vulnerabilidade biológica para o desenvolvimento dos TAs (Morgan et al., 2002).

A tendência à obesidade, parece estar associada por uma maior tendência a fazer dieta. A preocupação com a dieta que a princípio pode ser normal, progride para a auto inanição e desenvolvimento da AN. Contudo, nos pacientes com dificuldades em se manterem com fome, passam a usar métodos compensatórios para facilitar a perda de peso, formando assim um ciclo vicioso (Morgan et al., 2002).

As experiências sexuais adversas, podem também ser fatores na etiologia dos TAs, sendo que o trauma sexual aumenta os transtornos psiquiátricos em geral, particularmente para a BN e em menor valor, para a AN (Morgan et al., 2002).

### Fatores familiares

Os parentes de primeiro grau dos pacientes com TAs tem um maior risco de ter AN quando comparados com parentes de primeiro grau de indivíduos saudáveis. Os gémeos monozigóticos, tem maior taxa para desenvolver este tipo de TAs que os gémeos dizigóticos (Fonseca & Rena, 2008)

A família dos pacientes com AN são mais rígidos, intrusivas e tendem a evitar conflitos. Já os pacientes com BN descrevem as famílias como mais perturbadas e reclamam pela falta de afeto e cuidados (Morgan et al., 2002).

### Fatores socioculturais

Na sociedade atual, o ideal do corpo perfeito centrado no corpo magro é a maior responsável pelos TAs. Para atingir o corpo perfeito imposto e veiculado pelos média, as pessoas submetem-se a dietas altamente restritivas e à prática de exercícios físicos excessivos, podendo desencadear os TAs (Morgan et al., 2002).

**Tabela 2-**Fatores predisponentes ao aparecimento de Tas (Adaptado de Morgan et al., 2002).

<b>Fatores predisponentes ao aparecimento de transtorno alimentar</b>		
<b>Fatores individuais</b>	Traços da personalidade	Baixa Autoestima
		Traços obsessivos e perfeccionistas
		Impulsividade e instabilidade afetiva
	História de Transtornos Psiquiátricos	Depressão
		Transtornos de Ansiedade
		Dependência de substância

**Tabela 2-**(Continuação)

<b>Fatores predisponentes ao aparecimento de transtorno alimentar</b>		
Fatores individuais	Tendência à obesidade	
	Alterações do Neurotransmissor	Vias serotoninérgicas Vias noradrenérgicas
	Eventos Adversos	Abuso sexual
Fatores familiares	Agregação familiar	
	Hereditariedade	
	Padrões de interação Familiar	Rigidez, Intrusividade
		Desorganização e falta de limites
Fatores socioculturais	Modernização	
	Grupos profissionais como atletas, bailarinos, nutricionistas e modelos	

**Fatores precipitantes**

## Dieta

A dieta, um comportamento comum na sociedade atual, aumenta em 18 vezes o risco para o desenvolvimento de TAs, quando comparado com as pessoas sem esta prática. Contudo a dieta isoladamente não é o suficiente para desencadear TAs, precisa de estar associada com outros fatores de risco (Morgan et al., 2002).

## Eventos de *stress*

Segundo Morgan et al. (2002) o impacto que o evento de *stress* pode ter sobre a patogênese dos TAs, depende dos recursos que cada indivíduo possui para responder aos mesmos.

## **Fatores mantenedores**

Os fatores que mantem os TAs nem sempre são os mesmos que foram responsáveis pelo seu desenvolvimento inicial. Entre os fatores mantenedores inclui as alterações fisiológicas e psicológicas como consequência da desnutrição e dos constantes episódios bulímicos, que perpetuam o transtorno (Morgan et al., 2002).

A restrição alimentar é exemplo de um fator que leva a uma alteração física e psicológica em pacientes com TAs, decorrente do ciclo vicioso desencadeado pela desnutrição. Essas alterações propiciam episódios de compulsão alimentar ou ocorrência de pensamentos obsessivos sobre a comida, que reforçam a necessidade inicial de controle (Morgan et al., 2002).

## **5- Como identificar os transtornos alimentares**

Segundo Weinberg, (2008), perante uma suspeita de AN, deve-se estar atentos a alguns sinais:

- Preocupação excessiva com calorias;
- Uso de roupas largas;
- Isolamento ou irritabilidade;
- Cooperação exagerada nas tarefas domésticas;

- Desculpas para não fazer a refeição com a família nem sair com amigos;
- Restrições a maioria dos alimentos;
- Sentir-se gordo mesmo estando abaixo do peso.

Quanto à BN, pode-se identificar de acordo com alguns sinais:

- Mantem o peso, apesar de ingerir grandes quantidades de comida;
- Correr para a casa de banho após as refeições;
- Toma um duche após as refeições;
- Faz o uso de laxantes;
- Pratica exercícios físicos em excesso;
- Apresenta cicatrizes nas mãos;
- Faz refeições em horários alternativos;
- Desgaste no esmalte dentário;
- Começam a desaparecer alimentos em casa.

## **6- Prevenção e tratamento**

Segundo Pereira (2013) o diagnóstico de AN e BN baseia-se na presença de características comportamentais, psicológicas e físicas específicas. Tendo em conta a influência da imagem e da cultura sobre a perceção do corpo, sobretudo durante a adolescência, vários fatores poderão ajudar a população em estudo – crianças e adolescentes – a se sentir bem e a não desenvolverem certos complexos físicos:

- O instigar, desde muito cedo, a adoção de uma alimentação saudável e diversificada;
- O evitar transmitir às crianças e jovens preocupações excessivas relativamente ao seu peso, por exemplo, abstendo-se de seguir dietas alimentares rigorosas na sua presença;
- O fazer da refeição um momento de convívio em família;

- O favorecer a estima de si e reforçar a imagem positiva do corpo;
- O consultar um médico à menor dúvida sobre o comportamento alimentar da criança ou jovem.

Os TAs devem ser levados muito a sério e tratados o mais rapidamente possível, uma vez que estão associados a um desespero psicológico, não sendo raras as tentativas de suicídio na população com TAs. De todos, a AN é associada à taxa mais elevada de mortalidade com certos estudos a estimarem que cerca de 20% das pessoas falecem nos dez anos seguintes ao diagnóstico (Machado, 2011).

Verificam-se, no entanto, muitas vezes recaídas (Machado, 2011). De facto, os TAs apresentam alguns pontos comuns com adições, por exemplo, o alcoolismo ou as drogas, com as compulsões alimentares a alterarem a vontade de superar o transtorno.

Para Pereira (2013) entre um quarto e metade dos pacientes com AN conseguem eventualmente recuperar totalmente, com poucas sequelas físicas ou psicológicas. Quanto aos objetivos para AN trata-se de voltar a ter um peso considerado normal e de estabilizar o índice de massa corporal recomendado, normalizar o comportamento alimentar e um ganho de peso de 0,5 a 1,4 kg por semana é considerado um objetivo seguro pelos médicos (San Bento, 2014).

O maior desafio no tratamento dos TAs é fazer com que a pessoa reconheça que tem uma doença. A maioria das pessoas nesta situação nega que tem um distúrbio alimentar e, em geral, começam um tratamento quando a doença já atingiu o seu estado grave (Assumpção & Cabral., 2002).

Como tratar os transtornos alimentares?

As estratégias sugeridas para o tratamento dos transtornos alimentares, baseiam-se num trabalho multidisciplinar, pois são vários os fatores que contribuem para o aparecimento e manutenção destes (Duchesne & Almeida, 2002; Jorge & Vitalle, 2008):

- O acompanhamento feito pelo médico de família encarregue de vigiar o peso, o estado físico geral, a prescrição de exames complementares necessários e a administração de eventuais tratamentos adjuvantes (vitaminas, ferro,...);
- O acompanhamento psiquiátrico para avaliação do estado psicológico e a procura de outros transtornos psicopatológicos associados;
- O acompanhamento nutricional para colocar em prática um programa de realimentação progressiva;
- O apoio à família.

O tratamento da AN deve ser inicialmente, ambulatorial, no entanto, é recomendada a permanência prolongada no hospital se (Gomes et al., 2010):

- A pessoa tiver perdido muito peso (estar abaixo de 75% do peso corporal ideal para sua idade e altura);
- A perda de peso continuar, mesmo com o tratamento;
- Surgirem complicações médicas;
- Condições psiquiátricas de risco (especialmente risco de suicídio);
- Vômitos persistentes;
- Falta de apoio familiar ou inexistência de supervisão.

Diferentes tipos de terapias são usadas como estratégia de tratamento dos TAs, com o objetivo de mudar os pensamentos ou o comportamento de um paciente para encorajá-lo a comer de uma maneira mais saudável (Comin & Santos 2012).

Distinguem-se, no entanto, diversas terapias, como: terapias cognitivas e comportamentais (TCC), terapia interpessoal, psicoterapia, terapias de grupo, terapia familiar, outras terapias e hospitalização (Marc, 2008, Comin & Santos, 2012).

## **Terapias cognitivas e comportamentais**

As TCC têm provado a sua eficácia na maioria dos TAs. Não se destinam a entender as causas da doença, mas sim a estabelecer novos hábitos alimentares e a mudar crenças sobre o peso e a comida.

Ao confrontar o paciente com as situações que o angustiam, nomeadamente através de exercícios práticos, os TCC permitem pouco a pouco dessensibilizar a pessoa dos seus próprios medos e restaurar um comportamento alimentar centrado nas sensações fisiológicas (fome, saciedade,...).

Esta terapia assenta em sessões semanais, sozinho ou em grupo, durante três a quatro meses com o paciente a ter de elaborar um diário alimentar que o ajuda a definir os maus comportamentos para, de seguida, os controlar.

## **Terapia interpessoal**

A terapia interpessoal é uma forma de psicoterapia, inicialmente desenvolvida para tratar a depressão. Vários estudos mostram que também é eficaz em algumas pessoas com TAs.

Este tipo de terapia está empenhado em identificar conflitos sociais e relações interpessoais atuais da pessoa, ao invés de incidir sobre distúrbios alimentares. Esta é uma terapia breve (12 a 16 sessões), que infelizmente é ainda muito pouco difundida na Europa.

## **Psicoterapia**

A psicoterapia, cujo objetivo é conseguir um trabalho profundo sobre si mesmo, tem um interesse no tratamento dos TAs, geralmente como complemento das terapias acima mencionadas.

É realizado durante um longo período, permite compreender melhor as causas da doença e portanto as alterações nas crenças e medos que podem alimentar o distúrbio alimentar. É importante escolher um terapeuta que seja familiarizado com este tipo de patologia.

### **Terapias de grupo**

Os grupos de autoajuda, supervisionados por um terapeuta têm demonstrado a sua eficácia, especialmente se o dano não é muito grave, ou, então, além de terapia pessoal. Estes grupos são usados para o paciente se sentir apoiado, compreendido e motivado para seguir o tratamento ao longo do tempo.

### **Terapia familiar**

Quando os TAs se referem a uma criança ou adolescente, a terapia familiar é altamente recomendada. Este tipo de distúrbio tem repercussões sobre todos os membros da família, com os pais a lutar para entender e comunicar com o seu filho.

O objetivo deste tipo de terapia é para mobilizar a família e para otimizar as hipóteses de recuperação e aumentar a vigilância contra possíveis recaídas.

### **Outras terapias**

Várias abordagens terapêuticas, como a arte-terapia, musicoterapia, podem ser oferecidas em conjunto com a terapia principal. Muitas vezes, representam uma fonte de motivação e aumentam a aderência ao tratamento.

### **Hospitalização**

Em casos graves de AN ou BN, quando a pessoa está num estado de desnutrição aguda ou que apresenta riscos para suicídio, o internamento é, por vezes, necessária.

Se possível, a hospitalização deve ocorrer dentro de uma instituição ou de um serviço especializado para apoiar os TAs, onde o paciente poderá beneficiar de uma equipe multidisciplinar (psiquiatra, nutricionista, psicólogo).

### **III-Anorexia nervosa e bulimia nervosa em crianças e adolescentes**

Segundo Fonseca & Rena (2008), nas últimas décadas, tem-se verificado um crescimento importante na incidência dos TAs, principalmente em países ocidentais desenvolvidos. Em alguns deles, as estatísticas apontam para uma incidência de 0.5% a 5% entre os adolescentes, constituindo-se em verdadeiro problema de saúde pública.

Devido à incidência crescente e ao potencial de gravidade dos TAs na adolescência, é fundamental que o seu diagnóstico seja cada vez mais precoce. Entretanto, para que isso aconteça, é crucial que os profissionais de saúde que lidam com crianças e adolescentes, estejam familiarizados com esta doença (Gomes et al., 2010).

Entre os transtornos psiquiátricos com maior taxa de mortalidade, destacam-se os TAs com 5.6% a cada década, com maior incidência em adolescentes entre 15 a 19 anos (Assumpção & Cabral, 2002; Scivoletto et al., 2010).

Tem aumentado de modo significativo a incidência da AN e da BN em crianças e adolescentes, embora se acredita que em parte é devido a uma maior atenção por parte dos médicos e psicólogos com estes diagnósticos (Moreira & Moreira, 2005).

A AN normalmente inicia-se na infância ou adolescência por volta dos 13 aos 17 anos e a BN entre os 17 e 23 anos (Bosi et al., 2004). Embora a maioria dos autores afirmam o início da AN e BN em geral, durante a adolescência, no entanto, para alguns autores são encontradas a partir dos sete anos de idade. Esta diferença na idade pode ser explicada devido a tendência de agrupar crianças e adolescentes nos estudos (Goncalves et al., 2013).

Para Melin & Araújo (2002) Apontam para uma prevalência entre 0,5% e 1% para AN e 1% e 3% para BN em adolescentes do sexo feminino; no entanto, poderá questionar-se estas percentagens, uma vez que segundo estes autores apenas os casos mais graves chegam ao conhecimento médico.

Segundo Dixe (2007), vários estudos apontam diferenças quanto a incidência e prevalência dos TAs, devido as seguintes razões:

- Mudança de critérios do diagnóstico de AN e BN nos últimos anos;
- Diferentes critérios de inclusão das populações em estudo, ou seja, alguns incluem Síndromes parciais enquanto outros não;
- Diferentes formas de obter o diagnóstico.

Para além disso existem outros distúrbios não especificados, isto é, outras formas de TAs que não obedecem aos critérios de diagnóstico da AN ou da BN e que também são frequentes dado ocorrerem entre 5 a 10% de jovens, sobretudo do sexo feminino Melin & Araújo (2002).

Relativamente à etiologia da AN e da BN, destaca-se a importância da interação de diversos fatores que conduzem aos TAs (Morgan et al., 2002). Para aferir essa interação e os fatores que nela intervêm, culturais, individuais e familiares, investigadores como Abreu & Cangelli Filho (2005) desenvolveram trabalhos que relacionam o aumento do número de casos de crianças e jovens com TAs e os aspetos culturais específicos da época em que se vive.

De facto, no mundo atual, a globalização e a comunicação social têm vindo a desempenhar papéis importantes no ditame do modelo corporal ideal (Leite & Pereira, 2009).

Estudos como os de Puhl & Brownell (2001) demonstram que desde a mais tenra idade – pré-escolar – o preconceito contra a gordura instala-se nas crianças. Depois, durante a adolescência, quando os amigos têm um papel fulcral no processo de socialização, os jovens influenciados pelos amigos tendem a seguir atitudes e comportamentos pouco corretos no respeitante à alimentação, indiciando o início de sintomas anoréticos ou bulímicos nesta faixa da população (McCabe & Ricciardelli, 2006).

Nesse sentido emana a seguinte contradição: se por um lado a nossa sociedade realça a importância da atividade física e a necessidade de se manter hábitos alimentares

saudáveis, embora incentive, da mesma forma, ao consumo de comida demasiado calórica, por outro, aponta a magreza exarcebada como ícone de beleza (Gonçalves et al., 2013).

A BN é o transtorno alimentar que mais frequentemente causam lesões a nível da cavidade oral e que acometem principalmente adolescentes. E, por conseguinte, cada vez mais, os médicos dentistas, cuja observação é essencial para o diagnóstico precoce do problema, constata os prejuízos deste distúrbio com alterações que envolvem o complexo bucomaxilofacial (Junior et al., 2012).

Os repetidos episódios de autoindução do vômito, estão na origem de várias complicações na cavidade oral, tanto nos tecidos moles como nos tecidos duros (Júnior et al., 2012).

Estas doenças podem interferir na prática do médico dentista e, ao contrário do que se possa pensar, a saúde oral não diz apenas respeito a dentes sem cáries. Faz parte de um sistema bem maior de estruturas que se correlacionam direta ou indiretamente com a boca. Segundo Teixeira (2012) a OMS (2007) define como Saúde Oral estar livre de dor crónica orofacial, cancro oral ou orofaríngeo, úlceras orais, malformações congénitas, doença gengival, cáries e perdas de dentes e outras doenças e distúrbios que afetam o complexo craniofacial.

### **1- As limitações dos sistemas de classificação no diagnóstico dos transtornos alimentares em crianças**

Apesar da crescente incidência dos TAs na população infantil, não é tarefa fácil identificar e diagnosticar com base nos atuais critérios de classificação, uma vez que são utilizados os mesmos critérios para crianças, adolescentes e adultos (Pinheiro, 2011).

O DSM-V exige a presença de sintomas para diagnosticar os TAs que nas crianças podem ser variações do desenvolvimento normal, típico da idade, tais como (Pinheiro, 2011; Moya, 2004):

- Medo intenso de ganhar peso- para existir esse sentimento, é necessário uma maturação neuro cognitivo, ainda não desenvolvida nessa faixa etária;
- Distorção em relação ao peso- a capacidade de autoavaliação também necessita de maturação e esse sintoma em uma criança pode ser efeito da oscilação do humor presente nesta idade;
- Episódios recorrentes de compulsão alimentar- a criança, uma vez que depende dos pais não seria possível essa ingestão;
- Métodos compensatórios inadequados- uma criança não tem acesso a laxantes, diuréticos ou outros métodos purgativos, uma vez ser dependente de um responsável;

O CID-10 também apresenta algumas limitações no diagnóstico, quando utilizados em crianças e adolescentes (Claudino & Borges, 2002):

- Perda significativa de peso, (IMC <17.5) - esse valor é considerado normal em menores de 15 anos;
- Perda de peso intencional e mantida- não é de fácil execução nas crianças;
- Modificações endócrinas e metabólicas secundárias- são de difícil identificação em tenras idades.

## **2-Sinais de alarme dos transtornos alimentares em crianças e adolescentes**

Um dos principais problemas dos TAs, é o paciente não admitir ter a doença. Por esse motivo, é essencial que amigos e familiares estejam atentos e capacitados para identificar os primeiros sinais sugestivos de TAs (Gomes et al., 2010; Ferreira, 2011).

### **Sinais relacionados com a alimentação**

- Preocupação excessiva com os alimentos e calorias;
- Alimentação restritiva;

- Desculpas frequentes para não comer ou para o fazer isoladamente;
- Comportamentos estranhos em relação á comida;
- Ingestão excessiva de água.

### **Sinais relacionados com o comportamento**

- Controlo frequente do peso;
- Isolamento social;
- Irritabilidade/ instabilidade emocional;
- Exercício físico intenso;
- Vômitos;
- Insónia;
- Comportamentos ritualizados à refeição.

### **Sinais físicos**

- Perda de peso significativa ou má progressão aparente;
- Grandes oscilações de peso;
- Amenorréia;
- Atraso no desenvolvimento pubertário;
- Lipotimias;
- Astenia;
- Obstipação;
- Alterações de pele e fâneras: acrocianose, hipertricose, xerose cutânea, unhas e cabelos quebradiços.

#### **IV-Complicações dos transtornos alimentares na cavidade oral**

O médico dentista tem um papel fundamental na identificação destes TAs através de sinais e características específicas sugestivas destas desordens, uma vez que o paciente tem dificuldade em assumir (Amoras et al.,2010; Navarro et al.,2011).

As complicações na cavidade oral em pacientes com BN e AN do tipo purgativo, podem-se manifestar cerca de 6 meses após constantes vômitos (Santos et al.,2010; Navarro et al., 2011). Entre elas estão a erosão dentária, a xerostomia, as cáries, a hipertrofia das glândulas salivares, as restaurações proeminentes, o bruxismo, as mucosites e a queilite angular (Antunes et al., 2007; Barboza et al., 2011).

Poucos são os estudos que relacionam as prevalências das alterações orais com os TAs em crianças e adolescentes. No entanto, há um estudo realizado por Ximenes et al., em 2004, onde foram avaliados 75 adolescentes com 14 anos de idade na cidade de Recife, Brasil. Foi encontrada a prevalência de 17.4% com sintomas de TAs apresentando as seguintes alterações na cavidade oral: erosão (100%), mucosite (100%), bruxismo (100%), cárie (89%), queilites (44.0%) e restauração proeminente (33.3%).

##### **1-Erosão dentária**

A erosão dentária é caracterizada por uma perda de estrutura, nomeadamente dos tecidos duros, causada pela ação crónica de ácidos de origem intrínseca e extrínseca, sem envolvimento de bactérias (Figueiredo, 2009; Navarro et al., 2011).

As lesões de erosão em pacientes com BN e AN do tipo purgativo são de origem intrínseca, resultante da ação do ácido endógeno, ou seja, ácido gástrico, durante os episódios de autoindução do vômito. Esta perda é progressiva e irreversível e agrava-se com os hábitos de higiene oral repetitivos que os pacientes tem após o vômito (Barbour, 2004; Figueiredo, 2009; Navarro et al., 2011).

É importante ressaltar que nem todos os pacientes que sofrem de BN apresentam erosão dentária, pois a presença e o desenvolvimento depende de outros fatores como o a frequência dos vômitos, a quantidade de saliva, a vulnerabilidade individual e os hábitos de higiene oral (Barboza et al., 2011).

A erosão dentária classifica-se de acordo com a sua localização e intensidade em três classes (Santos, 2006; Popoff et al., 2010; Barboza et al., 2011):

- Classe I ou superficial é a erosão que acomete apenas a superfície dos dentes;
- Classe II quando a erosão atinge menos de 1/3 de dentina;
- Classe III quando a erosão atinge mais que 1/3 da dentina.

Os critérios de diagnóstico para a erosão devido aos episódios de regurgitação caracterizam-se por erosões nas faces palatinas dos dentes anteriores superiores e erosão variável nas faces oclusais e vestibulares dos dentes posteriores superiores e inferiores. As faces linguais dos dentes inferiores normalmente não são afetadas devido a proteção da língua e pela presença das glândulas sublingual e submandibular, com efeito neutralizante da saliva (Branco et al., 2008).

As faces palatinas como são verificadas na imagem abaixo (figura 1) são mais atingidas, devido à acidez permanecer principalmente no dorso da língua, agravada por redução do fluxo salivar nestes pacientes, a comprometer a proteção exercida pela saliva no efeito tampão e remineralização (Branco et al., 2008; Popoff et. al., 2010).



**Figura 1-** Erosão dentária na face palatina dos incisivos superiores (Fonte de Guedes et al., 2007).

Clinicamente a erosão também pode apresentar-se por uma superfície lisa, fosca e transparente, perda da anatomia dentária, presença de depressões e concavidades nas superfícies, faces incisais finas ou fraturadas, perda de dimensão vertical (devido aos desgastes oclusais dos dentes posteriores), pseudomordida aberta (figura 2), hipersensibilidade dentinária e em casos mais avançados exposição pulpar (Amoras et al., 2010; Popoff et al., 2010).



**Figura 2-** Pseudomordida aberta devido a erosão dos dentes anteriores (Fonte: de Bartlett, 2005).

Os pacientes com episódios constantes de regurgitação, apresentam um risco 18 vezes maior de desenvolver lesões de erosão do que em indivíduos não acometidos desta situação (Amoras et.al., 2010).

A principal estratégia para prevenir a progressão de novas lesões na cavidade oral é remover o agente causal (Batlett, 2005).

Compete ao médico dentista inicialmente, alertar os pacientes quanto aos riscos das escovagens excessivas após a indução do vômito, uma vez que o esmalte dentário encontra-se parcialmente desmineralizado. Indicar a melhor técnica de escovagem, escovas macias, pastas dentrífica com alta concentração de flúor e com baixa abrasividade, além, prescrever bochechos com água e bicarbonato de sódio, para neutralizar o pH oral logo após a regurgitação (Branco et al., 2008; Barboza et al., 2011).

## **2-Xerostomia**

Do grego *Xéro* (seco) e *stome* (boca), a xerostomia é uma queixa muito frequente nas consultas dentárias, descrita como sendo uma sensação de boca seca provocada por fatores diversos. Entre os quais destacam-se a desidratação, a má higiene oral, os longos períodos de jejum principalmente por parte dos doentes com AN ou a deglutição rápida comum nos bulímicos (Barboza et al., 2011).

A xerostomia, situação desagradável para o paciente, pode ser consequência de diversas doenças sistêmicas e metabólicas que provocam a diminuição da quantidade e da qualidade da saliva (Carda, et al., 2006).

Os pacientes com TAs em razão do uso de antidepressivos, apresentam hipossalivação, decorrente da ação anticolinérgica neste grupo farmacológico (Popoff et al., 2010).

Devido à deficiência no fluxo salivar, o paciente pode apresentar halitose, dificuldade de deglutição, fonação, doenças periodontais, um maior número de cáries, redução da capacidade protetora da saliva como o efeito tampão (Popoff et al., 2010; Barboza et al., 2011).

## **3-Cáries**

Uma excessiva ingestão de hidratos de carbono e açúcares e uma má higiene oral, associada à hipossalivação podem contribuir para o aumento de cárie nos pacientes com TAs (Popoff et al., 2010; Santos et al., 2010).

Um diagnóstico precoce e a avaliação de todos os critérios que intervêm na evolução da cárie dentária, nomeadamente, os hábitos dietéticos e de higiene oral são essenciais para a tomada de consciência da importância de uma boa saúde oral quer em termos estéticos quer, também, em termos funcionais (Figueiredo, 2009).

#### **4-Hipertrofia das glândulas salivares**

Segundo Costa (2013), as glândulas salivares apresentam-se como um dos pontos com mais elevada ocorrência de patologias e tendo em conta a relação estreita das glândulas salivares com toda a cavidade oral, o desafio do médico dentista consiste na interpretação precoce de todos os sinais da patologia das glândulas salivares.

As glândulas salivares são sensíveis aos fatores alimentares e uma das suas disfunções é a hipertrofia, que se caracteriza pelo aumento, geralmente bilateral e assintomático, não inflamatório e não neoplásico das glândulas. Esta tumefação tem a sua fisiopatologia desconhecida, no entanto, há algumas hipóteses, entre os quais os problemas nutricionais, a alcalose metabólica e a regurgitação (Assumpção & Cabral, 2002; Barboza et.al., 2011; Navarro et al., 2011).

O aumento das glândulas parótidas são mais comum em indivíduos com BN, provavelmente devido a grande ingestão de hidratos de carbono, que provocam uma estimulação constante das mesmas (Assumpção & Cabral, 2002; Barboza et.al., 2011; Navarro et al., 2011).

Em pacientes bulímicos, a hipertrofia das glândulas parótidas pode ser observada entre 2 a 6 dias após um episódio de compulsão alimentar, contudo seu aparecimento depende da frequência de vômitos (Santos et al., 2010).

Para além do excesso de alimentos ricos em hidratos de carbono, a hipertrofia das glândulas salivares tem como causas o alcoolismo, comum em pacientes com TAs, que provoca uma distrofia salivar bilateral e regimes de emagrecimento drásticos como a AN, que em cerca de 20 % dos pacientes com essas patologias determinam glândulas salivares volumosas e embora indolores, muito pouco estéticas (Guerre & Kartz, 2012).

Não há tratamento proposto para a hipertrofia, exceto recomendações para a paralisação dos vômitos e bons hábitos alimentares, pois as biópsias destas glândulas mostram tecidos normais e ausência de infiltrado inflamatório (Navarro et al., 2011)

## 5-Restaurações proeminentes

Segundo Sousa e Silva (2012), a restauração de um dente apresenta-se mais elevada do que a restante superfície dentária (figura 3), uma vez que essa restauração, feita de compósito ou amálgama não sofre o fenómeno da erosão dentária, daí a terminologia específica de “*restauração proeminente*”.



**Figura 3**-Restauração proeminente (Fonte de Guedes et al., 2007).

## 6-Bruxismo

Bruxismo é uma atividade involuntária de ordem parafuncional que se caracteriza pelo ranger ou apertar dos dentes durante o dia ou, mais comumente, durante o sono (Valera et al., 2003).

Segundo Soares et al. (2004) a etiologia do bruxismo é multifatorial, alguns fatores apresentam-se como desencadeadores e mantenedores do bruxismo, tais como: *stress*, a ansiedade, a angústia, o medo, a depressão, os distúrbios do sono, o uso de medicamentos, processos alérgicos, os problemas gastrointestinais, entre outros.

A ansiedade presente em pacientes com TAs, podem desenvolver bruxismo, onde os fatores etiológicos mais comuns são de ordem periférica como as desarmonias oclusais e as de ordem central como a desordem no sistema dopaminérgico e *stress* (Popoff et al., 2010).

Em crianças com ansiedade o bruxismo tem o sido o fator mais observado, sendo a cavidade oral considerada como uma forma de refúgio para exprimir os impulsos reprimidos, emoções e conflitos. Dessa forma, acabam por ranger ou apertar os dentes para compensar os problemas ou como uma forma de autoagressão (Diniz et al., 2009).

As consequências do bruxismo são inúmeras, os mais frequentes são: desgastes oclusais e/ou incisais (figura 4), destruição dos tecidos de suporte, hipersensibilidade dentinária, hipertrofia do masséter, cefaléia, entre outras (Diniz et al., 2009).



**Figura 4-** Aspeto típico de bruxismo (Fonte de Bartlett, 2005).

O tratamento do bruxismo deve ser multidisciplinar, deve abranger a medicina dentária, a medicina e a psicologia (Diniz et al., 2009).

## **7-Mucosite**

A mucosite, esta degradação do epitélio da mucosa oral em pacientes com TAs, apresenta como características clínicas um eritema, principalmente no palato e à medida que evolui forma ulcerações dolorosas. Está relacionado com a força de regurgitação, pH ácido do conteúdo gástrico e traumas, seja pela ingestão rápida de alimentos durante os episódios de compulsão alimentar e/ou método que utiliza para induzir o vômito (Santos et al., 2010; Barboza et al., 2011).

## **8- Queilite**

A queilite é caracterizada por eritema e descamação à volta dos lábios e, nos casos mais graves, pode levar a sulcos e fissuras nas comissuras labiais. A etiologia nos pacientes com TAs consiste provavelmente pela debilidade do sistema imunitário provocada pela carência nutricional, nomeadamente do ferro e da vitamina B e a proliferação do fungo *Candida albicans* (Barboza et al., 2011).

## **9- Hipersensibilidade dentinária**

A hipersensibilidade dentinária é caracterizada por uma dor aguda, de curta duração e súbita que provem da dentina exposta, em resposta a estímulos térmicos, táteis, osmóticos ou químicos e que não pode ser atribuída a nenhum outro defeito ou patologia dentária (Barboza et al., 2011).

A teoria mais aceita atualmente para explicar a transmissão da dor através da dentina é a teoria hidrodinâmica, proposta por Brannstrom e Astrom. Segundo estes, a dentina é composta por um sistema de túbulos com material fluido ou semifluido em seu interior, que ao movimentar-se em decorrente a um estímulo externo, são capazes de originar por

sua vez, excitação das terminações nervosas na parede pulpar, provocando dor (Júnior & Carvalho, 2007).

Normalmente os pacientes com erosão dentária já em estado avançado, somente solicitam ajuda devido a estética ou, quando a hipersensibilidade torna-se um desconforto para alimentação e escovagem (Navarro et al., 2011).

Segundo Navarro et al. (2011), a hipersensibilidade dentinária ocorre como manifestação da bulimia em 47% dos pacientes.

Dentre os cuidados emergentes para o alívio da dor, deve-se optar para a proteção da dentina indiretamente exposta com a utilização de ionómero de vidro, vernizes fluoretados, de agentes dessensibilizantes ou se necessário o tratamento endodôntico. Contudo, o tratamento principal é eliminar o agente causal, visto que sem a remoção da origem, no caso os TAs, não haverá solução definitiva do problema (Marsiglio et al., 2009; Almeida et al., 2014).

## **V- Importância do médico dentista no diagnóstico**

De acordo com Barboza et al. (2011) e Lima et al. (2011), os efeitos da AN purgativa e da BN na cavidade oral poderão surgir cerca de seis meses após o seu início. Assim sendo, o médico dentista deve estar atento as alterações na cavidade oral durante uma consulta de rotina.

A cavidade oral, segundo Debate et al. (2009) funciona como um detetor precoce dos TAs porque está imediatamente exposta às alterações oriundas dos TAs.

Devido aos sinais e sintomas de erosão presentes em pacientes com TAs, resultantes de uma cavidade oral cronicamente ácida, o médico dentista pode ser o primeiro profissional da saúde a suspeitar dessa patologia. Cabe, portanto, aos médicos dentistas, fazer esse diagnóstico precoce, interferindo na evolução do distúrbios alimentares a tempo de interromper o decurso normal da doença (Figueiredo, 2009).

O médico dentista deve estar preparado para fazer uma correta abordagem com o paciente, com o intuito de ganhar confiança e possibilitar seu encaminhamento a uma equipa multidisciplinar e assegurar melhores resultados no tratamento (Antunes et al., 2007).

O diagnóstico precoce facilita o estabelecimento de uma verdadeira aliança terapêutica com o paciente e a sua família. E ao conquistar a confiança do seu paciente, conseguirá, certamente, a sua adesão a uma abordagem terapêutica (Nunes, 2010).

É, por isso, importante uma adequada interpretação dos problemas de saúde oral e o conhecimento destas patologias por parte do médico dentista, dado a importância dos transtornos orais oriundos da AN e da BN permitir ao médico dentista prestar um tratamento preventivo e oportuno das lesões da cavidade oral (Amoras et al., 2010).

O médico dentista deverá, posteriormente, ajudar a resolver este distúrbio em conjunto com a restante equipa, orientando o paciente para profissionais de outras áreas,

nomeadamente psicólogos e trabalhando em conjunto com uma equipa multidisciplinar (Debate et al., 2009; Barboza et al., 2011).

A presença do médico dentista na equipa multidisciplinar é fundamental uma vez que auxilia no diagnóstico, sobretudo no diagnóstico precoce, participa no tratamento e poderá ser um elemento fulcral ao nível da prevenção dos transtornos alimentares (Amoras et al., 2010; Barboza et al., 2011).

## **VI-Tratamento/Intervenção**

A principal estratégia para evitar o desenvolvimento e a progressão das manifestações na cavidade oral decorrentes dos TAs é eliminar o agente causal (Amoras et al., 2010; Lima et al., 2012).

Uma vez que as manifestações clínicas da AN tipo purgativa e BN são bem visíveis na cavidade oral, o diagnóstico precoce e a educação dos seus pacientes desempenham uma função importante no tratamento e acompanhamento pelo médico dentista (Burkhart et al., 2005).

O médico dentista deve fazer a anamnese com perguntas indiretas, como por exemplo, hábitos alimentares e problemas gastrointestinais, sem causar constrangimento ao paciente, com o objetivo de obter informações suficientes que permita, delinear o diagnóstico (Traebert & Moreira , 2001; Burkhart et al, 2005).

De acordo com Amoras et al. (2010), o médico dentista deverá saber diferenciar os transtornos alimentares e identificar a suas causas, o que lhe permitirá uma abordagem mais abrangente do problema, nomeadamente com o recurso a outros profissionais das diferentes áreas da saúde.

O médico dentista pode contribuir para o restabelecimento da saúde e da qualidade de vida dos seus pacientes, fazendo o diagnóstico precoce e auxiliando na adesão ao tratamento e na continuidade do mesmo (Amoras et al., 2010).

O estabelecimento de estratégias apropriadas para conter o desenvolvimento e progressão das manifestações orais favorecem o bem-estar, a autoestima e diminuem os malefícios na saúde das crianças e jovens (Amoras et al., 2010).

Assim sendo, e na procura de um tratamento adequado na perspetiva de ajudar o paciente a tomar consciência do alcance global da sua conduta, a intervenção do médico dentista deverá pautar-se por uma atitude de empatia e profissionalismo que permita ao paciente,

a partir do estabelecimento de uma reação de confiança, exprimir os sinais confirmativos do transtorno alimentar.

Por essa razão, o papel do médico dentista não deverá limitar-se somente à realização de procedimentos técnicos. Durante o atendimento dos pacientes com transtornos alimentares, uma abordagem mais abrangente e afetiva deverá fazer parte das consultas de medicina dentária para alcançar um diagnóstico assertivo, contribuindo para o sucesso do tratamento e o bem-estar geral das crianças e adolescentes (Stoll & Junqueira, 2013).

O plano de tratamento vai depender do tipo de alteração na cavidade oral provocada pelos TAs, assim como também aspetos individuais e hábitos do paciente (Amoras et al., 2010).

Com o intuito de melhorar a autoestima em pacientes bulímicos, insatisfeitos com a sua autoimagem, deve-se optar por um tratamento com técnicas rápidas e com a mínima intervenção (Almeida et al., 2014).

O médico dentista deve recomendar determinados procedimentos como bochechos com bicarbonato de sódio para neutralizar o pH da cavidade oral e assim, minimizar os efeitos dos TAs (Addy, 2005).

Os procedimentos dentários dependerão diretamente do grau de destruição dos dentes. Estes procedimentos podem variar desde aplicações tópicas de flúor e bochechos fluoretados até a realização de próteses e extrações. Entende-se ser essencial o tratamento das causas subjacentes que levam à AN e à BN, assim como as complicações dentárias delas resultantes (Antunes et al., 2007; Barboza et al., 2011).

Fan & Jones, 2013 descreveram seis etapas a serem seguidas pelo médico dentista perante estes pacientes:

- 1- Durante a anamnese determinar o grau de desgaste da superfície dentária;
- 2- Determinar a causa:
  - Dieta - é a causa provável da erosão sobre a superfície vestibular dos dentes anteriores;
  - Refluxo gástrico e BN – erosão típica nos incisivos superiores devido ao ácido gástrico;
  - Atrição – o desgaste é na superfície oclusal, que pode ser uma causa de bruxismo;
  - Abrasão – o desgaste da estrutura dentária por fricção é devido a fatores extrínsecos;
- 3- Fazer registro clínico inicial com modelos de estudos e fotografias;
- 4- Explicar a prevenção, a progressão e as causas das lesões ao paciente, nomeadamente a remoção dos fatores causais. Encaminhar o paciente para uma equipa multidisciplinar;
- 5- Consultas de controlo;
- 6- Se a erosão progredir, considerar restaurações com compósitos para melhorar a estética ou coroa total se o desgaste for excessivo.

Segundo Monteiro, (2012) o mais importante na intervenção do médico dentista para proporcionar um tratamento adequado será estabelecer um equilíbrio entre a qualidade técnica dos serviços prestados e estabelecimento da relação Médico-Paciente.

## CONCLUSÃO

Através da revisão da literatura efetuada conclui-se que é permitido observar que os transtornos alimentares de ordem comportamental têm efeitos sobre a saúde oral nas crianças e adolescentes, grupo etário vulnerável.

Foram evidenciadas no estudo as diversas complicações orais decorrentes dos transtornos alimentares e destacado o papel do médico dentista no diagnóstico precoce da doença, uma vez que os transtornos alimentares podem ser difíceis de ser notados.

O médico dentista apresenta-se com um papel relevante tanto ao nível da prevenção como de diagnóstico e de tratamento dos distúrbios alimentares nesta faixa etária da população.

A resposta a este objetivo implicou compreender, primeiro, os distúrbios em análise – anorexia nervosa e bulimia nervosa – e as diversas complicações que os mesmos provocam na cavidade oral.

No entanto, verifica-se que é essencial que se tratem as causas subjacentes que estão na origem da anorexia nervosa e da bulimia nervosa e não apenas as complicações dentárias delas resultantes.

Da revisão da literatura realizada, esta investigação - Anorexia e Bulimia em Odontopediatria - apresenta-se como necessária e pertinente sob diversas perspetivas: para que os profissionais desta área desenvolvam o conhecimento científico imprescindível à tomada de decisão crítica e ponderada e a uma prestação de cuidados com maior qualidade e, para que a sua profissão possa evoluir e contribuir para uma intervenção mais adequada a todos os níveis – prevenção, diagnóstico e tratamento – do médico dentista.

Apesar das suas limitações, acredita-se que este trabalho permite através da reflexão a que obrigou, um maior conhecimento da anorexia nervosa e da bulimia nervosa, constituindo, assim, um contributo para a formação pessoal e profissional e, também, um desafio enriquecedor para o desempenho futuro como médica dentista.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, C. N. & Cangelli Filho, R. (2005). Anorexia nervosa e bulimia nervosa: A abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7 (1), pp. 153-165.

Addy, M. (2005). Escovagem, desgaste dentário e hipersensibilização dentária estarão associados? *International Dental Journal*, Reino Unido, 55.

Alarcão, M. (2006). (Des) equilíbrios familiares – Uma visão Sistemática. Editora Quarteto.

Almeida, F. L., Rodrigues, Y. N. & Lima, C. M. (2014). Atenção odontológica ao paciente com bulimia-Revisão de Literatura. *Caderno de Ciências Biológicas e da Saúde*, 4.

Alves, M, Rodrigues D, Gouveia JP, Bastos M, Carvalheiro M. (2011). Eating disorders and type 1 diabetes: about 4 clinical reports. *Acta Médica Portuguesa*, 24 (3), pp. 639-644.

Amoras, D. R. et al. (2010). Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal. *Revista de Odontologia da UNESP*, Araraquara, 39 (4), pp. 241-243.

Antunes, K. T, Amaral C. F, Balbinot C. E. A. (2007). Anorexia e bulimia nervosa: complicações bucais e o papel do cirurgião-dentista frente a transtornos alimentares. *Disc. Scientia.Serie: Ciências da Saúde*, Santa Maria, 8 (1), pp. 159-167.

Araújo, A. C. & Neto, F. L. (2013). A nova classificação americana para os transtornos mentais- o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16 (1), pp.67-82.

Assumpção, C. L. & Cabral, M. D. (2002). Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), pp. 29-33.

Barboza, C. A. 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.

Barbour ME., Rees JS. (2004). The laboratory assessment of enamel erosion: a review. *Journal of Dentistry* 32:591-602. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15476953>>. [Consultado em 20/05/ 2015].

Bartlett, D. W. (2005). O papel da erosão no desgaste dentário: etiologia, prevenção e controle. *International Dental Journal*, 55, pp. 277-284.

Borges, N. J. B. G. et al. (2006). Transtornos alimentares- quadro clínico. *Medicina, Ribeirão Preto*, 39 (3), pp. 340-348.

Burkhart N, Roberts M, Alexander M, Dodds A. (2005). Communicating effectively with patients suspected of having bulimia nervosa. *JADA*, pp. 1130-1137.

Branco, C. A. et al. (2008). Erosão dental: diagnóstico e opções de tratamento. *Revista de Odontologia da UNESP*, 37 (3), pp. 235-242.

Carda C., Mosquera-Lloreda N., Salom L., Gomez de Ferraris ME, Peydro\_A. (2006). Structural and functional salivary disorders in type 2 diabetic patients. *Med\_Oral Patol Oral Cir Bucal*, 11(4), pp.309-14.

Cardoso, S. (2002). Representações Sociais dos Distúrbios Alimentares: estudo empírico junto a ex-pacientes, familiares e técnicos de saúde. Dissertação de Mestrado em Sociologia. Coimbra: FEUC.

Claudino, A. M. & Borges, M. B. F. (2002). Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Rev. Bras. Psiquiatria*, 24 (3), pp. 7-12.

Costa, D. (2013). Imagiologia das Glândulas Salivares. Dissertação de Mestrado em Medicina Dentária, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde Porto.

Comin, F. S. & Santos, M. A. (2012). Psicoterapia como estratégia de tratamento dos transtornos alimentares: análise crítica do conhecimento produzido. *Estudo psicologia*, Campinas, 29 (1).

DeBate, R. et al. (2007). Knowledge of oral and physical manifestations of anorexia and bulimia nervosa among dentists and dental hygienists. *Journal of dental education*, 69 (3/march.).

Diniz, M. B. et al. (2009). Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. *Revista Paul Pediatría*, 27 (3), pp. 329-334.

Dixe, M. (2007). Prevalência das doenças do comportamento alimentar. *Aná Psicologica*, 2584), pp. 559-569.

Duchesne, M. & Almeida, P. E. M. (2002). Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), pp. 49-53.

Fan, K. F. M. & Jones, J. (2013). OSCEs for dentistry, 3, p. 113.

Ferreira, F. M. S. (2011). A criança com depressão. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de mestre em Ciências da Educação na especialidade de Educação Especial no curso de mestrado em Ciências da Educação, Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Departamento de Ciências da Educação, Lisboa.

Figueiredo (2009). Exercício, lactato e cárie dentária. Dissertação do 5º Curso de Mestrado em Patologia Experimental, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Fonseca, S. F. & Rena, L. C. C. B. (2008). Transtornos alimentares na adolescência: em busca do corpo ideal. *Mosaico: estudos em psicologia*, 2 (1).

Giordani, R. C. F. (2006). A autoimagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. *Psicologia e Sociedade*, 18 (2), pp. 81-88.

Gomes Lameirão, C. S. (2013). Perturbações do comportamento alimentar (anorexia e bulimia nervosas) e neurotransmissão, Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Hospital de São João. Porto, Portugal.

Gomes, D. et al. (2010). Anorexia nervosa: casuística da consulta de medicina do adolescente do hospital de Viseu. *Saúde Infantil*, 32 (3), pp. 116-120.

Gonçalves, J. A. et al. (2013). Transtornos alimentares na infância e na adolescência. *Revista Paul Pediatríco*, 31 (1), pp.96-103.

Guedes, C. C. et al. (2007). Estudo das alterações bucais que auxiliam no diagnóstico da bulimia nervosa do tipo purgativo: revisão de literatura. *Revista Pediátrica Moderna*, 43 (6/Nov.-Dez.).

Guerra, C. F., Oliveira, F. R. S. (2012). Alterações bucais causados pela bulimia nervosa. *Pindamonhangaba*, pp. 9-15.

Guerre A. & Katz P. (2012). Pathologies non tumorales des glandes salivaires. *Dentoscope*, 102, pp.16-26. [Em linha]. Disponível em <<http://www.docteur-guerre.com/bibliographie/publications.html>>. [Consultado em 20/05/2015].

Henry BW., Bervely W., Ozier , Amy D. (2006). Position of American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(8), pp. 2073-2082.

Jorge, S. R. F. & Vitalle, M. S. S (2008). Entendendo a anorexia nervosa: foco no cuidado à saúde do adolescente, *Arq. Sanny Pesq. Saúde*, 1 (1), pp. 57-71.

Júnior, S. P. O. & Carvalho, P. T. C. (2007). Hipersensibilidade dentinária: como tratar? *Ensaio e ciência*, Campo Grande, 11 (1/Abr.), pp. 81-87.

Junior, R. M. et al. (2012). Manifestações orais e maxilofaciais secundárias à bulimia nervosa: Uma revisão sistemática. *Pesq. Bras. Odontopediatria*, Joao Pessoa , 12(2), pp. 279-284.

Kaye W, Bailer UF, Frank GK, Wagner A. (2006). Persistent alterations of serotonin and dopamine activity after recovery from anorexia and bulimia nervosa. *International Congress Series*;1287:45-48.

Leite, M. O. & Pereira, M. C. (2009). Transtornos alimentares e conceitos socioculturais. *Saúde em Revista*, Piracicaba, 11 (28/Mar.-Dez.), pp. 49-55.

Lima, D. S. M. et al. (2012). A saúde oral e os transtornos alimentares entre adolescentes. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, 69 (2/Jul.-Dez.), pp. 190-193.

Lima, K. M. et al. (2011). Bulimia: seus refluxos na cavidade bucal e a importância do cirurgião dentista na equipe de tratamento multiprofissional. *Revista Florence*, São Luis, 1 (Mai.).

Longo D FA, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. Harrison's (2011). Principles of Internal Medicine. 18th ed. United States of America: McGraw-Hill; Chapter 79, Eating Disorders.

Machado, B. C. (2011). Fatores de risco no desenvolvimento da anorexia nervosa, Tese de Doutorado em Psicologia, área de especialidade em psicologia clínica, Universidade do Minho.

Machado, B., Gonçalves, O., Machado, P., Henriques, M., Brandão, I. & Roma Torres, A. (2005). Anorexia Nervosa e Construção de Significado: validação divergente de uma narrativa protótipo. *Revista de Informação e Divulgação Científica do NDCA*, 2 (4), pp. 1-12.

Marc, E. (2008). *Le guide pratique des psychotherapies*. Retz.

Marsiglio, A. A. et al. (2009). Erosão Dental: da etiologia ao tratamento. *UNOPAR Científico Ciências Biológicas e da Saúde*, 11 (1), pp. 15-19.

Martins, A. F. (2005). Bulimia. Você tem fome de que? Instituto Gestalt- Terapia e Atendimento Familiar, 3 (4).

McCabe, M. P. & Ricciardelli, L. (2006). “ Who thinks I need a perfect body?” Perception and internal dialogue among adolescents about their bodies *Sex Roles: A journal of research*, 9, pp. 1-20.

Melin P. & Araujo, A. M. (2002). Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnostico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), pp. 73-76.

Moreira, L. A. C. & Moreira, E. C. (2005). Características clinicas da anorexia nervosa em crianças de uma amostra do Brasil. *Acta Pediátrica*, 36 (4), pp. 187-190.

Morgan, C. M., Vecchiatti, I. R. & Negrão, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 24 (3), pp. 18-23.

Monteiro A. J. M. (2012). Adequação do discurso na consulta de Medicina Dentária, Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária, Centro regional das Beiras, departamento de Ciências da saúde.

Moya, T. (2004). Criação e análise da sessão de transtornos alimentares do DAWBA. Levantamento sobre o desenvolvimento e bem-estar de crianças e adolescentes. Faculdade de Medicina, São Paulo.

Nascimento F. F. S. (2010). Anorexia Nervosa: Percepções Familiares, Dissertação de Mestrado na área de Psiquiatria e Saúde Mental, Porto, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

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

Nunes, J. M. M. (2010). Comunicação em Contexto Clínico. Lisboa;

Nunn K, Frampton I, Fuglset TS, Sonnevend MT, Lask B. (2011). Anorexia nervosa and the insula. *Medical Hypotheses*;

OMS, (2007). World Health Organization Oral Health, Fact sheet N.º 318, February.

Pereira, I. S. S. (2013). Os distúrbios alimentares na diabetes mellitus tipo 1, Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina (ciclo de estudos integrado), Covilhã.

Pinheiro, N. P. (2011). Classificação e Diagnóstico de transtornos alimentares na infância: nem DSM, nem CID-10. *Psicologia em pesquisa*, 5 (1), pp. 61-67.

Pinzon, V. & Nogueira, F. C. (2004). Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Revista Psiquiátrica Clínica*, 31 (4), pp. 158-160.

Puhl, R. & Brownell, K. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 9 (12), pp. 788-805.

Popoff, D. A. V. et al. (2010). Bulimia: manifestações bucais e atenção odontológica. *Revista Gaúcha Odontológica*, Porto Alegre, 58 (3/Jul.-Set.), pp. 381-385.

San Bento, C. (2014). Perturbação obsessivo-compulsiva, Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Medicina (ciclo de estudos integrado), Universidade da Beira Interior, Covilhã;

Santos, C. M. B. et al. (2010). Características morfofuncionais do trânsito orofaríngeo na bulimia: revisão de literatura. *Revista CEFAC*, 12 (2/Marc.-Abr.), pp. 308-316).

Santos, L. G. S. (2006). Distúrbios alimentares- erosão dental por refluxo de ácidos gástricos. *Revista Jurídica do Ministério Público*,6, pp. 165-179.

Silva, B. L. & Alves, C. M. (2011). Anorexia nervosa e bulimia nervosa: diagnóstico e tratamento em uma visão multiprofissional. *Revista Mineira de Ciências da Saúde*, Patos de Minas, 3, pp. 1-17.

Schwarz, S. et al. (2011). Efficient prosthodontic treatment in a young patient with long-standing bulimia nervosa: a clinical report. *J Prosthet Dent*, 106 (1), pp. 6-11.

Scivoletto, S. et al. (2010). Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (2), pp. 112-120.

Soares, I. S. Q. et al. (2004). Bruxismo: desempenho da manifestação em adultos jovens. *Revista CEFAC*, São Paulo,684, pp. 358-362.

Sousa Silva L. O. B. (2012). Distúrbios alimentares: impactos na saúde oral, Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Porto, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde, Portugal.

Stoll L. B. & Junqueira Junior A. A. (2013). Distúrbios alimentares: implicações odontológicas. Relato de caso clínico. *Rev. Dental Press Estét.*, 10 (3), pp.106-117.

Strumia R. (2009). Skin signs in anorexia nervosa. *Dermato-Endocrinology*. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2836432/>>. [Consultado em 20/04/2015].

Teixeira, P. D. de F. (2012). Comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes de áreas rurais e urbanas, Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária, Viseu, Universidade Católica Portuguesa Centro Regional das Beiras Departamento de Ciências da Saúde.

Traebert, J. & Moreira, E. A. M. (2001). Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. *Pesquisa Odontológica Brasileira*. São Paulo, 15 (4), pp. 359-363.

Valera FCP, Travitski LVV, Mattar SE, Matsumoto MA, Elias AM, Anselmo-Lima WT. (2003). Muscular functional and orthodontic changes in pré school children withn enlarged adenoids and tonsils. *Int. J Paediatr Otorhinolaryngol*, 67 (7), pp. 761-770.

Weinberg, C. (2008). Anorexia e bulimia nervosa: O que são? Como tratar? Onde procurar ajuda?. [Em linha]. Disponível em <<http://www.redeceppan.com.br/index.php/anorexia-e-bulimia-o-que-sao-como-tratar-onde-procurar-ajuda/>>. [Consultado em 15/05/2015].

Ximenes, R. C. C., Colares, V., Couto, G. B. L. et al. (2004) O impacto de trasntornos alimentares na saúde bucal de adolescentes aos 14 anos. *JBP Rev. Libero-am. Odontopediatr. Odontol. Bebê*, 4, pp. 543-550.