



ULBRA
CAMPUS TORRES

ISSN 1678-1740

<http://ulbratorres.com.br/revista/>

Torres, Vol I 2017.1 - Dossiê Área da Saúde

Submetido em: Mar/Abr/Mai, 2017

Aceito em: Jun/2017

PERIMÓLISE EM PACIENTES PORTADORES DE BULIMIA NERVOSA DO TIPO PURGATIVA: Revisão de Literatura

Fabiane Rochichner Kunde¹
Lara Haas Mitinguel²
Alessandro Bellato³
Marcelo Aldrighi Moreira⁴

Resumo

A bulimia nervosa é caracterizada como um quadro psiquiátrico, que ocasiona grandes danos psicológicos e sociais, sendo sua característica principal a autoindução de regurgitações para evitar o ganho de peso, correspondendo a 85% dos casos de bulimia nervosa do tipo purgativo, sendo este, um dos grandes causadores da perimólise. Portanto, este trabalho descreve por meio de uma revisão de literatura a etiologia da perimólise, através de induções de vômitos ou uso de laxativos e diuréticos, e tem como objetivo identificar e descrever os principais sinais relacionados à perimólise ocasionados pela bulimia nervosa do tipo purgativa, avaliando a importância do cirurgião dentista no diagnóstico da perimólise em pacientes bulímicos purgativos, pois é essencial que o profissional dentista tenha confiança ao dar um correto diagnóstico, pois em diversos casos é o primeiro profissional de saúde a detectá-los, permitindo manejo e encaminhamento adequado a outros profissionais e promovendo uma saúde bucal e geral desses pacientes.

Palavras chave: Bulimia. Transtorno Alimentar. Odontologia.

¹ ULBRA Torres. Estudante de odontologia. Currículo Lattes disponível em: <http://lattes.cnpq.br/0743471100248094>. Contato: fabikunde@hotmail.com

² ULBRA Torres. Estudante de odontologia. Currículo Lattes disponível em: <http://lattes.cnpq.br/1890917922830900>. Contato: laramitinguel@gmail.com.

³ ULBRA Torres. Mestre em ortodontia. Currículo Lattes disponível em: <<http://lattes.cnpq.br/3922383847350441>>. Contato: contato.bellato@gmail.com.

⁴ ULBRA Torres. Mestre em saúde coletiva. Currículo Lattes disponível em: <<http://lattes.cnpq.br/8324424469870074>>. Contato: marmoreira22@hotmail.com

Introdução

Os distúrbios alimentares são doenças psiquiátricas com a principal característica alterações graves do comportamento alimentar afetando, na sua maioria, adolescentes e adultos jovens, conseqüentemente causando prejuízos biológicos, psicológicos e aumento da morbidade e mortalidade (CARMO, PEREIRA, CÂNDIDO, 2014).

A Bulimia Nervosa é um distúrbio alimentar que acomete de 1% a 3% da população (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000). De acordo com a Classificação Internacional das Doenças o termo bulimia deriva do grego “bous” boi e “limos” fome significando ‘fome de boi’, designando um apetite de comer um boi, é uma doença caracterizada por um padrão de hiperfagia em curto período de tempo, seguida de condutas compensatórias inapropriadas para evitar o ganho de peso (SANTOS et al., 2010). A regurgitação auto induzida, o uso abusivo de laxantes, diuréticos, hormônios tireoidianos e anorexígenos, dietas severas ou períodos de jejum, bem como a prática excessiva de exercícios físicos, favorecem os chamados “episódios bulímicos”. A técnica compensatória mais comum é a indução de vômito após um episódio bulímico, empregado por 80% a 90% dos portadores deste distúrbio (CORDÁS, 2004). A ocorrência repetitiva das autoindução de vômitos favorece o aparecimento das alterações bucais, sendo a perimólise a mais prevalente (CORDÁS, 2004).

Erosão dentária ou também conhecida como perimólise são definidas como desgastes de tecidos mineralizados dos dentes, por processos químicos duradouros e contínuos, que não envolvem bactérias, podendo provocar hiperestesia dentinária e perda de tecidos mineralizados, causando danos funcionais e estéticos (BRANCO et al. 2008). A perimólise ocorre predominantemente nas faces palatinas dos dentes anteriores superiores e oclusais dos dentes posteriores (BRANCO et al. 2008). Estas lesões são lisas com contornos arredondados e sem sinais de pigmentação. Por consequência da perda dos tecidos dentários, o paciente pode apresentar bordas incisais finais e com presença de fraturas, as bordas das restaurações sobressaem das superfícies dentarias, apresentando um aspecto de ilha (ACHKAR; BACKBRITO; KOGA-ITO, 2012). Já em casos mais severos, há um encurtamento da coroa clínica, devido aos desgastes oclusais de dentes posteriores ocasionando a

perda da dimensão vertical do paciente (ACHKAR; BACK-BRITO; KOGA-ITO, 2012). O diagnóstico da perimólise deve ser fundamentado em uma anamnese detalhada, tendo em vista o conhecimento de hábitos alimentares inadequados e problemas estomacais, dentre outros fatores (SOBRAL, 2000).

Sendo também essencial a busca de lesões dentais com características clínicas peculiares (SOBRAL, 2000). Para Cordás (2001) o tratamento da Bulimia requer uma equipe multidisciplinar com psiquiatra, endocrinologista, ginecologista, pediatra, terapeutas individual e familiar, nutricionista, enfermagem e outros profissionais da área da saúde. Portanto o cirurgião-dentista tem um papel importante na identificação desta desordem alimentar e através da anamnese e exame físico extra e intra-oral é possível descobrir sinais e sintomas sugestivos destas desordens (TRAEBERT; MOREIRA, 2001). Ele poderá ser o primeiro profissional da área de saúde a detectar alguma alteração (TRAEBERT; MOREIRA, 2001). Com isso, este trabalho tem como objetivo revisar a literatura sobre a importância do cirurgião no diagnóstico da bulimia nervosa, sendo adquirido através do conhecimento do profissional aos sinais e sintomas, tendo em vista que a principal manifestação bucal deste distúrbio é a perimólise.

Bulimia Nervosa

A procura do padrão estético e de beleza do corpo ideal proposto pela sociedade contemporânea aumentou muito nos últimos anos, elegendo o principal elemento da beleza, a pessoa ser magra (NAVARRO; et al., 2011). Conseqüentemente, houve um aumento da admiração da forma e do peso, o que leva muitas pessoas a cometerem verdadeiros sacrifícios comprometendo suas saúdes, como exercícios físicos exagerados, dietas severas, sendo assim, houve um crescimento na incidência de transtornos alimentares, como a Bulimia Nervosa (NASSIF; BEGOSSO; CORRÊA, 2004). Através de estudos metodológicos e com diversas amostras, há uma dificuldade na obtenção de dados epidemiológicos mais acurados deste transtorno alimentar porque somente os casos mais graves procuram tratamento (LIMA; ROSA; ROSA, 2012). Mas de forma geral a bulimia nervosa acomete de 13 por 100 mil indivíduos numa população pareada por ano (NIELSEN 2001), afetando mais mulheres jovens, com uma prevalência média de relação homem-mulher de 1:10 e até de 1:20 (KLEIN; WALSH, 2004; HOEK, 2002). Em indivíduos do sexo masculino portadores deste transtorno alimentar, há índices elevados associados à homossexualidade (RUSSEL; KEEL, 2002). Em portadores do sexo feminino, é mais comum em mulheres da raça branca (STRIEGEL-MOORE; et al 2003), e em determinadas profissões como: atletas, modelos e

bailarinas (HOEK, 2002; KLEIN; WALSH, 2004), devido à pressão para obtenção de um corpo adequado para sua profissão, nestes casos, um corpo magro.

Quanto à etiologia da Bulimia Nervosa é pouco conhecida, entretanto, Achkar, Back-Brito e Koga-ito (2012) relatam que há um modelo onde múltiplas causas aparentam interagir para que a doença surja, incluindo os aspectos socioculturais, psicológicos, individuais e familiares, neuroquímicos e genéticos, conhecida por sociopsicobiológica (AMARAL et al. 2001).

Segundo Little (2002, p.138), certos profissionais enfatizam a aparência aumentando a probabilidade de apresentarem tais desordens alimentares:

A causa dessas desordens alimentares é ainda desconhecida. Fatores genéticos, culturais e psicológicos enriquecem a etiologia dessas doenças. A disfunção do hipotálamo também tem sido sugerida como fator etiológico. A questão da frequente procura pela vida saudável e corpo ideal é uma poderosa força presente na sociedade moderna e que reforça o medo em vir a engordar. Certos profissionais como, por exemplo, dançarinas, modelos, skatistas e esportistas em geral, enfatizam a aparência aumentando a probabilidade de apresentarem tais desordens alimentares.

A característica mais predominante na Bulimia Nervosa é a hiperfagia, geralmente de alimentos com altos valores calóricos e de fácil consumo (doces, bolos, sorvetes, comidas gordurosas e pães) (POPOFF et al. 2010) em um período de tempo bem curto, seguida de condutas compensatórias inapropriadas para evitar o ganho de peso conhecidos como “episódios bulímicos” (FERREIRA; et al. 2010). Estes episódios bulímicos podem ser considerados purgativos, como o uso indiscriminado de laxantes, diuréticos e autoindução de regurgitações, ou não purgativos, como jejuns prolongados, dietas rigorosas ou prática excessiva de atividades físicas, mas não há envolvimento de induções de vômitos ou uso indevido de laxantes, diuréticos (GUEDES; BUSSADORE; MUTARELLI, 2007; AMORAS et al. 2010). Geralmente quando ocorrem os períodos bulímicos, eles são acompanhados pela sensação de culpa, vergonha, perda de controle da pessoa e isto resulta em um isolamento social progressivo (TRAEBERT; MOREIRA, 2001). Este isolamento social ocasiona no paciente bulímico uma tendência à introspecção, causando um hábito vicioso o qual pode resultar em uma depressão acompanhada de pensamentos negativos, com o foco somente no ‘eu’ e na solidão (VELOSO; CRAVEIRO; RUFINO, 2012). Segundo Allan (1969), a confirmação diagnóstica é

feita quando os episódios bulímicos se repetem duas vezes por semana em um período de 3 (três) meses.

Esse transtorno alimentar provoca danos fisiológicos que, se não forem tratados precocemente, podem acabar sendo irreparáveis (SANTOS et al. 2010). De acordo com Santos (2015), nestes casos, as primeiras manifestações que aparecem são as maxilo-faciais, desencadeadas aproximadamente seis meses após o paciente induzir os comportamentos alimentares deletérios, como: perimólise, aumento nos índices de lesões cáries, intumescimento das glândulas salivares, sobretudo as parótidas, alterações na quantidade e qualidade da saliva, xerostomia, queilite e mucosite, bruxismo e alterações ortodônticas (BARBOSA et al. 2012). No estudo realizado por Popoff (2010) evidencia que estas alterações são associadas à higienização bucal insatisfatória, deficiências de vitaminas, pela ingestão crônica de carboidratos, pela compulsão alimentar, xerostomia, ansiedade e, também, pela acidificação da saliva causada principalmente à regurgitação auto-induzida.

Perimólise

Entre dois a quatro anos após os hábitos purgativos, as alterações bucais começam a se tornar bastante evidentes. (JUGALE et al. 2014) A manifestação mais dominante nos pacientes é a erosão dental, nestes casos, conhecida como perimólise podendo ser detectada dentro de 24 (vinte e quatro) meses após o hábito de indução ao vômito (LITTLE, 2002; PEGORARO, 2001).

A perimólise é um tipo de desgaste que ocorre na estrutura dental, caracterizada pela perda progressiva de tecido, causada pela ação de substâncias químicas prolongadas e frequentes, não envolvendo bactérias (LARSEN; NYVAD, 1999; NASSIF; BEGOSSO; CORRÊA, 2004). Estes fazem com que se produza maior quantidade de ácido gástrico na saliva, deixando baixo o pH da cavidade bucal em torno de 2,9 a 5,0 com uma média de 3,816 e aumentando a quantidade de mucina, o que impede a deposição do cálcio no esmalte dental, agravando ou provocando o seu desgaste (MILOSEVIC; BRODIE; SLADE, 1997; NAVARRO; et al 2011). A perimólise é classificada de acordo com o grau de sua severidade sendo superficial ou Classe I, quando acomete apenas a superfície do esmalte, localizada ou Classe II, quando a erosão atingiu menos de 1/3 da dentina, pode ser extensa ou Classe III quando atingiu mais de 1/3 da dentina (BARBOZA et al. 2011).

A etiologia pode ser classificada extrínseca causada por agentes externos à boca e/ou organismo, como o uso exagerado de bebidas ácidas, algumas classes de medicamentos (vitamina C), alimentos ácidos e exposição à água de piscinas tratadas inadequadamente, ocasionando uma diminuição do pH bucal, ou também como intrínseca ocasionada pela acidez do conteúdo gástrico, provocada por episódios de vômitos frequentes e regurgitações crônicas (BARATIERI et al. 2001). Além disso, outros estudos relacionam a perimólise a outros agentes etiológicos, sendo uso de alguns medicamentos, substâncias químicas, agentes locais e alterações sistêmicas. De acordo com Millward (1994), a maior quantidade de substância dental é removida durante a escovação dental se esta for precedida os atos de autoindução de vômitos e ingestão de bebidas erosivas. A ação de enzimas proteolíticas é outra hipótese proposta por Meurman e Cate (1996), como agente etiológico da perimólise. Meurman e Cate (1996) relatam, ainda, que as experiências realizadas in vitro exacerbam os resultados de erosão, uma vez que não há a presença dos fatores protetores da saliva.

As características da perimólise são: sensibilidade dentinária ao frio, calor e substâncias higroscópicas causada pela perda do esmalte onde a superfície tornou-se lisa e atingiu a dentina provocando esta sensibilidade (SANTOS et al. 2015), perda dos contornos anatômicos normais dos dentes, ausência de manchas extrínsecas, restaurações de amálgama salientes à superfície dental, proporcionando aspecto de “ilha” de amálgama (Figura 1) (MACHADO et al. 2007; BRANCO et al. 2008), mas a principal são os desgastes de esmalte dentário dos dentes anteriores, e, em situações extremas, exposições pulpares e perda de vitalidade de alguns elementos dentais. Normalmente esses desgastes ocorrem nas faces palatinas dos elementos dentários anteriores superiores (Figura 2) e oclusais e linguais dos posteriores (SANTOS et al. 2015; MOOR, 2004, PEGORARO et al. 2000), resultando em depressões côncavas, rasas, largas, lisas e polidas. De acordo a Gregory (2000) os dentes anteriores inferiores são pouco agredidos devido à saliva banhar constantemente a região e há a proteção da língua no local. Em estudos realizados por Nogueira Junior (2005), as erosões podem progredir para a região posterior, resultando em diminuição da dimensão vertical.

Figura 1 - Ilhas de Metal



Fonte: Editorial Moreira Jr.

Figura 2 - Perimólise nos dentes anteriores superiores



Fonte: Site Dra. Amanda Lima

O tratamento dentário inicial de pacientes com perimólise causada pela bulimia deveria estar primeiramente, limitado à indicação do uso de bochechos de bicarbonato de sódio ou hidróxido de magnésio, logo após o vômito, com a intenção de neutralizar a ação dos ácidos gástricos que estarão presentes na boca. Orientar o paciente nunca escovar os dentes com o pó do bicarbonato de cálcio devido a sua ação abrasiva (NASSIF; BEGOSSO; CORRÊA, 2004). Juntamente, deve ser indicado o uso de bochechos de fluoreto de sódio neutro (0,05%), a escovação ou aplicação com moldeiras de gel de fluoreto estanhoso (0,4%), e o uso de dentifrícios fluoretados, com a finalidade de reduzir a erosão do esmalte e a sensibilidade térmica (NASSIF; BEGOSSO; CORRÊA, 2004). Restaurações conservadoras com resina fotoativada e ionômero de vidro podem ser úteis para reduzir a sensibilidade e prevenir mais erosões. Entretanto, alguns estudos demonstram que extensas

reabilitações orais sejam adiadas até que os fatores etiológicos estejam controlados ou, pelo menos, estabilizados (GRANDO; et al. 1995). As coroas veneers conservadores de porcelana nas superfícies palatinas e incisais dos dentes anteriores superiores são utilizadas para uma boa reabilitação oral devido a sua grande resistência e bom efeito estético de acordo com Bassiouny, Pollack (1987). Diferentemente as técnicas abordadas por Cardoso (1987) e Booksman (1986), apresentam como opção de tratamento o uso de materiais metálicos nas superfícies palatinas dos dentes anteriores. Larsen (2001) relata o uso de flúor, tanto na prevenção das erosões através não somente de seu uso tópico, mas também, na adição de flúor nas bebidas ácidas. Apesar disso, acaba não recomendando o consumo desse tipo de bebida.

A importância do cirurgião dentista no diagnóstico da bulimia

O cirurgião dentista pode ser o primeiro e o principal profissional a suspeitar do diagnóstico em um paciente bulímico devido as constantes consultas ao consultório odontológico e ao aparecimento das primeiras manifestações, as quais são as bucais, sendo a perimólise a mais predominante (NUNES et al. 2012).

Para adquirir o diagnóstico, o profissional dentista deve realizar estar atento a suas consultas de manutenção preventiva aos sinais bucais sendo acompanhado a uma anamnese bem detalhada com perguntas sobre os hábitos alimentares, autoestimas e outros fatores relacionados ao distúrbio, tendo em vista que os pacientes tendem a esconder o hábito (NEELEY, KLUEMPER, HAYS, 2006).

Barboza (2011), relata que ao chegar na conclusão do diagnóstico de bulimia nervosa, o dentista deve realizar o tratamento junto com uma equipe multiprofissional sendo esta formada por médico, psicoterapeutas e nutricionista. O trabalho do cirurgião dentista neste tratamento é primeiramente ter uma boa relação com o paciente, explicar as complicações das constantes escovações após o ato da regurgitação, uma vez que o esmalte dentário está parcialmente desmineralizado devido ao pH bucal estar ácido (RYTOMAA et al. 1998). Paola (2006) cita a importância de realizar uma instrução de higiene oral, e solicitar o paciente a usar escovas macias e cremes dentais com baixa abrasividade, juntamente com o tratamento restaurador e a aparência facial sendo melhorada, o profissional dentista irá ganhar a confiança do paciente. Almeida, Rodrigues e Lima (2014) acha que as

intervenções odontológicas precisam acontecer de forma integrada ao tratamento realizado pelos demais profissionais e devem abranger todas as fases do planejamento integral: urgência; terapia causal; terapia reabilitadora e manutenção preventiva com o objetivo de contribuir na melhora da autoestima e diminuir os danos às estruturas dentárias.

Conclusão

Com base na revisão pesquisada sobre o assunto, pode-se concluir que a bulimia nervosa pode ocasionar alterações na cavidade oral, sendo a mais predominante, a perimólise. Portanto o cirurgião dentista tem um importante papel no diagnóstico desta doença.

O cirurgião dentista pode ser o primeiro profissional a suspeitar do diagnóstico deste distúrbio alimentar devido as constantes consultas de seus pacientes no consultório odontológico. Através deste hábito, o profissional deve ter conhecimento dos sinais da doença e ter uma anamnese bem detalhada.

Através desta revisão de literatura também se pode concluir que quando o cirurgião dentista está realizando o tratamento da perimólise em um paciente com bulimia nervosa é preciso ter muita cautela, pois é necessário adquirir a credibilidade do paciente para melhor aceitação do tratamento, caso contrário o esforço do profissional para melhorar a saúde bucal será em vão. Sem o interesse tanto do cirurgião quanto do bulímico de tratar a patologia, os procedimentos odontológicos deverão ser realizados periodicamente.

Referências

ABERT, J.; MOREIRA, E. A. M. **Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência.** Pesq Odontol Bras. 2001.

ACHKAR, V. N. R. E.; BACK-BRITO, G. N.; KOGA-ITO C. Y. **Saúde bucal de pacientes com transtornos alimentares: o marcante papel do cirurgião dentista.** Revista Odontologica Universal. 2002.

ALLAN, D. N. **Dental erosion from vomiting.** Br. Dent. J. 1969.

ALMEIDA, F. L.; RODRIGUES, Y. N.; MENDES, C. M. **Atenção odontológica ao paciente com bulimia: revisão de literatura.** Revista Cathedral. 2014.

AMARAL, C. F. S.; et al. **Enciclopédia da saúde: obesidade e outros distúrbios Alimentares**. 10. ed. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica, 2001.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Eating disorders. In:_____. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IVTR)**. 4. ed. Washington: American Psychiatric Association, 2000.

AMORAS, D. R.; et al. **Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal**. Rev Odontol UNESP, Araraquara. 2010.

BARATIERI, L. N; et al. **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades**. São Paulo: Santos; 2001.

BARBOSA, A. M. F.; et al. **Características bucais da perimólise e episódios recorrentes de vômitos: relato de caso**. Odonto. 2002.

BARBOZA; C. A. G.; et al. **Participação do cirurgião dentista no diagnóstico e tratamento interdisciplinar dos transtornos alimentares**. Int J Dent. 2011.

BASSIOUNY, M. A.; POLLACK, R. L. **Esthetic management of perimolysis with porcelain laminate veneers**. J Am Dent Assoc. 1987.

BOOKSMAN, L.; et al. **The treatment of perimolysis using resin bonded etched metal onlays**. Quintessence Int. 1986.

BRANCO, C. A.; et al. **Dental erosion: diagnosis and treatment options**. Rev Odontol UNESP. 2008.

CARMO, Cristiane C. do; PEREIRA, P. M. de L.; CÂNDIDO, A. P. C. **Transtornos alimentares: uma revisão dos aspectos etiológicos e das principais complicações clínicas**. HU Revista, Juiz de Fora. 2014.

CORDÁS, T. A. **Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico**. Revista de psiquiatria clínica, São Paulo. 2004.

CORDÁS, T. A. **Transtornos alimentares em discussão**. Rev Bras Psiquiatr. 2001.

FERREIRA, C. P.; et al. **Avaliação laríngea e vocal de pacientes com bulimia**. Braz. J. Otorhinolaryngol. 2010.

GRANDO, L. J.; et al. **Erosão dental: estudo in vitro da erosão causada por refrigerantes e suco de limão no esmalte de dentes decíduos humanos: análises bioquímicas**. Rev Odontopediatr. 1995.

GREGORY-HEAD, B. L.; et al. **Evaluation of dental erosion in patients with gastroesophageal reflux disease**. J Prosthet Dent. 2000.

GUEDES, C. C.; BUSSADORI, S. K.; MUTARELLI, P. S. **Estudo das alterações bucais que auxiliam no diagnóstico da bulimia nervosa do tipo purgativo: revisão de literatura**. Revista de Pediatria Moderna. 2007.

HOEK, H. W. Distribution of eating disorders. In: FAIRBURN, C. G.; BROWNELL, K. D. **Eating disorders and obesity**. New York: The Guilford Press, 2002.

JUGALE, P. V.; et al. **Oral manifestations of suspected eating disorders among woman of 20-25 years in bangale city, India**. Journal of health, population and nutrition. 2014.

KLEIN, D. A.; WALSH, T. **Eating disorders: clinical features and pathophysiology**. Physiology & Behaviour. 2004.

LARSEN, M. J.; NYVAD, B. **Enamel erosion by some soft drinks and orange juices relative to their pH, buffering effect and contents of calcium phosphate**. Caries Res. 1999.

LARSEN, M.J.; RICHARDS, A. **The influence of saliva on the formation of calcium fluoride material on human dental enamel**. Caries Res. 2001.

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**. Estud. pesqui. Psicol. 2012.

LITTLE, J. W. **Eating disorders: dental implications**. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2002.

MACHADO, N. A. G.; et al. **Dental wear caused by association between bruxism and gastroesophageal reflux disease: a rehabilitation report**. J Appl Oral Sci. 2007.

MEURMAN, J. H., CATE, J. M. ten. **Pathogenesis and modifying factors of dental erosion**. Eur J Oral Sci. 1996.

MILOSEVIC A; BRODIE, D. A.; SLADE, P. D. **Dental erosion, oral hygiene, and nutrition in eating disorders**. Int J Eat Disord. 1997.

MILLWARD, A.; SHAW, L., SMITH, A. **Dental erosion in four-year-old children from differing socioeconomic backgrounds**. J Dent Child. 1994.

MOOR, R. J. de. **Eating disorder-induced dental complications: a case report**. J Oral Rehabil. 2004.

NASSIF, A. C. S.; BEGOSSO, M.P.; CORRÊA, M. S. N. P. **Perimólise: erosão química do esmalte dentário**. Revista Ibero-am Odontopediatria Odontologica Bebê. 2004.

NAVARRO, V. P.; et al. **Desordens alimentares: aspectos de interesse na odontologia**. Revista Gaúcha de Odontologia. 2011.

NEELEY, W. W.; KLUEMPER, G. T.; HAYS, L. R. A. M. **Psychiatry in orthodontics. Substance abuse among adolescents and its relevance to orthodontic practice.** J Orthod Dentofacial Orthop. 2006.

NIELSEN, S. **Epidemiology and mortality of eating disorders.** Psychiatr Clin North Am. 2001.

NOGUEIRA JÚNIOR, L.; et al. **Restabelecimento da estética e função em paciente portador de bulimia nervosa: relato de caso.** J. Brs. Dentist. & estética. 2005.

PAOLA, D. P. de; MOBLEY, C.; TOUGER-DECKER, R. **Nutrition and oral medicine.** In: BERDANIER, C.D. (Ed.). Handbook of Nutrition and Food. Boca Raton: CRC Press, 2002.

PEGORARO, C. N. **Perimólise: etiologia, diagnóstico e prevenção.** Rev Assoc Paul Cir Dent. 2001.

PEGORARO, C. N.; SAKAMOTO, F. F. O.; DOMINGUES, L. A. **Perimólise: etiologia, diagnóstico e prevenção.** Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas. 2000.

POPOFF, D. A. V.; et al. **Bulimia: manifestações bucais e atenção odontológica.** Rev Gaúcha Odontol., Porto Alegre, 2010.

RYTOMAA, I.; et al. **Bulimia and tooth erosion.** Acta Odontol. Scand. 1998.

RUSSELL, C. J.; KEEL, P. K. **Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men.** Int J Eat Disord. 2002.

SANTOS, C. M. B.; et al. **Características morfofuncionais do trânsito orofaríngeo na bulimia: revisão de literatura.** Rev. CEFAC. 2010.

SANTOS, F. D. G. dos; et al. **Anorexia nervosa e bulimia nervosa: alterações bucais e importância do cirurgião-dentista na abordagem multiprofissional.** Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo. 2015.

STRIEGEL-MOORE, R. H.; et al. **Eating disorders in white and black women.** Am J Psychiatry. 2003.

SOBRAL, M. A. P.; et al. **Influência da dieta líquida ácida no desenvolvimento da erosão dental.** Pesqui. Odontol. Bras. 2000.

VELOSO, L.; CRAVEIRO, D.; RUFINO, I. **Participação da comunidade educativa na gestão escolar.** Educ. Pesqui. 2012.