

HALITOSE: LIMITANDO A QUALIDADE DE VIDA

HALITOSIS: LIMITING THE QUALITY OF LIFE

Patricia Aleixo dos Santos Domingos*
Ana Cláudia de Abreu**
Andrea Abi Rached Dantas***
Ana Luísa Botta Martins de Oliveira****

RESUMO

O objetivo deste estudo é avaliar as causas, sintomas e consequências da halitose e a influência de medidas preventivas através de uma revisão da literatura. A halitose possui causas multifatoriais, podendo ter origem local, na maioria dos casos provenientes da boca, e sistêmicas. Sabendo-se que o desconhecimento sobre como prevenir a halitose permite a sua ocorrência, limitando a qualidade de vida do indivíduo, é de suma importância que os profissionais sejam melhores preparados e a população orientada quanto aos fatores fisiológicos e patológicos da halitose, para que, assim, possam atuar na prevenção de seus efeitos individuais e sociais.

DESCRITORES: Halitose • Educação.

ABSTRACT

The aim of this literature review is to observe the causes, symptoms and consequences of halitosis and the influence of preventive measures. Halitosis has multifactorial causes, and may have local and systemic origins. It can limit the quality of life of individuals and often occurs due to lack of knowledge of prevention methods. Therefore, it is important that professionals are better prepared and people informed about the physiological and pathological halitosis to prevent its individual and social effects.

DESCRIPTORS: Halitosis • Education.

* Professora Doutora do Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde, Curso de Odontologia, Centro Universitário de Araraquara, UNIARA. email: patyaleixo01@yahoo.com.br

** Cirurgiã-dentista graduada pelo Centro Universitário de Araraquara, UNIARA. email: ana_c_abreu@hotmail.com

*** Professora Doutora do Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde, Curso de Odontologia, Centro Universitário de Araraquara, UNIARA. email: aarached@yahoo.com.br

**** Pós-graduanda (nível doutorado) do Departamento de Clínica Infantil, Faculdade de Odontologia de Araraquara, UNESP.

INTRODUÇÃO

O foco atual da Odontologia está direcionado principalmente para a prevenção e diagnóstico das doenças bucais, como a cárie dental e as doenças periodontais, além da observação dos princípios estéticos. Não menos importante, o mau hálito tem se tornado motivo de preocupação para grande número da população, tomando-se, assim, destaque como um problema de saúde pública, de difícil diagnóstico devido às suas causas multifatoriais e por causar transtorno na vida social, afetiva e profissional do indivíduo, refletindo na sua saúde emocional (Calil *et al.*¹, 2006, Gorender e Kolbe², 2004).

A halitose é uma alteração do hálito caracterizada pelos odores desagradáveis emanados. Dentre suas inúmeras causas têm-se os fatores locais, relacionados à cavidade bucal, e causas gerais de origem sistêmicas (Fernandes *et al.*³, 2007).

Relacionados às causas de origem local, podemos citar os processos cariosos e suas sequelas, placa bacteriana, gengivite, língua fissurada, peças protéticas mal adaptadas, alterações na composição da saliva, sendo as fontes de halitose mais relevantes a língua saburrosa e as periodontopatias (Albuquerque *et al.*⁴, 2004) devido aos resultados do metabolismo da microbiota bucal (Moreno *et al.*⁵, 2005).

As causas sistêmicas estão relacionadas às de origem respiratórias, como sinusite, amidalite, rinites, bronquites, abscessos; às de origem digestivas, como neoplasias, erupção gástrica, úlcera duodenal, retenção alimentar; além de insuficiência renal crônica, cirrose hepática, ingestão de alguns alimentos, como alho e cebola, e de bebidas alcoólicas. Há também alterações metabólicas e sistêmicas, como diabetes, enfermidades febris, alterações hormonais, xerostomias, provocadas por alguns medicamentos, como anti-histamínicos, diuréticos, anfetaminas e por algumas síndromes, como a síndrome de Sjogren (Fernandes *et al.*³, 2007).

O estresse e a ansiedade são fatores que também devem ser considerados pelos cirurgiões-dentistas (Calil *et al.*¹, 2006). Além de serem responsáveis pelas causas da halitose, também podem ser resultado

dela. Assim, a halitose pode se transformar em um transtorno para o indivíduo, causando interferência na sua vida social, afetiva e profissional. (Crispim e Sampaio⁶, 1999).

Por ser uma doença multifatorial, o tratamento da halitose é dificultado e a identificação de sua possível causa é o primeiro passo para o tratamento.

Diante do exposto, este trabalho teve como objetivo estudar as causas, sintomas e consequências da halitose e a influência de medidas preventivas por meio de uma revisão da literatura.

REVISÃO DA LITERATURA

Os diferentes tipos e etiologias da halitose foram relatados em revisão de literatura realizada por Costa⁷, (1987). Na halitose, o odor é produzido por minúsculas partículas dispersas no ar. O olfato se adapta por tolerância, não registrando mais o odor predominante após certo tempo, mas ainda tem a capacidade de registrar novos odores que venham aparecer. Assim, o hálito nada mais é do que ar expirado após a hematose e o conjunto de substâncias eliminadas pelo pulmão. As halitoses sistêmicas são nomeadas halitoses primárias, enquanto que as originadas da cavidade bucal são as secundárias. Nas halitoses secundárias, devido a variações fisiológicas e processos adaptativos, ocorre a produção de compostos voláteis de enxofre sem obter áreas necrosadas, como a halitose matinal, devido à grande redução do fluxo salivar durante o sono. Já na halitose da fome e do regime, em que o fator primordial é o aumento do intervalo das refeições, tem-se menor fluxo salivar, depósitos saburroides na língua e ainda a queda de glicemia como causadoras. Há ainda a halitose da desidratação, na qual ocorre redução do fluxo salivar deixando a saliva mais viscosa e como consequência a precipitação de depósitos saburroides. Outro tipo relatado é a halitose da xerostomia ou do estresse, a qual provoca alterações significativas no metabolismo e alterações na morfologia da língua. Geralmente, nesses casos de halitose secundária por processos patológicos, observa-se a presença de material necrosado ou matéria orgânica em decomposição, como por





exemplo as doenças periodontais, lesões cáries cavidadas, amigdalite, sinusite, faringite, coágulo em decomposição. Nas halitoses primárias por variações fisiológicas e processos adaptativos, o cheiro desagradável já vem dos pulmões e pode ser devido às substâncias que tiveram acesso ao organismo, como alimentos fortes, tabagismo, medicamentos ou ainda baixa glicemia.

De acordo com Crispim e Sampaio⁶ (1999), a halitose pode ser definida como uma condição anormal do hálito, sensação desagradável ao olfato, tanto para o portador quanto para as pessoas com quem ele se relaciona. Isso pode ser o motivo de interferência no relacionamento pessoal e social. O problema do mau hálito é comumente percebido pelos indivíduos, porém dificilmente medido. A halitose é considerada um sintoma e não uma doença específica e, para sua detecção, alguns instrumentos são utilizados como o Hallimeter, ou osmocópio de Brenning. Em indivíduos sadios, o hálito pode variar com a idade, a hora do dia, estados de fome, entre outros. O mecanismo fisiopatológico da halitose ainda não foi esclarecido, podendo ser de origem sistêmica, relacionada a causas digestivas, respiratórias entre outras; e de origem local, como a higiene oral deficiente, língua saburrosa. Entretanto, existem ainda outras etiologias como processos cicatriciais em decomposição de coágulo cirúrgico, tecido necrótico. Na maioria dos casos o cuidado odontológico, relacionado com uma boa higiene oral diária, influencia na melhora do problema. Os autores ressaltam ainda que o mau hálito é um grande obstáculo nos contatos pessoais e sociais, levando o indivíduo ao afastamento voluntário ou discriminatório.

Uma avaliação quantitativa da capacidade que os limpadores têm de remover os resíduos do dorso da língua foi realizada por Mariano *et al.*⁸ (1999), tendo em vista que a língua é considerada um dos maiores nichos microbianos da cavidade oral, facilitando a retenção de restos alimentares, células descamadas, contribuindo assim para a instalação da halitose. Foram avaliados dois tipos diferentes de limpadores do dorso da língua: o ras-

pador de língua Kolbe e a escova dental. Comprovou-se que o limpador de língua Kolbe se adapta melhor à anatomia da língua, removendo assim uma maior quantidade de resíduos linguais e sendo mais confortável para o paciente, devendo ser recomendado para uso diário.

Segundo Chaim⁹ (2001), o controle da flora bacteriana oral é um importante meio para uma boa saúde bucal, tendo a língua contribuição significativa nesse aspecto. Tal controle também ajuda a combater a gengivite, a placa bacteriana e principalmente o mau hálito. Com isso, o autor propôs a confecção de um instrumento para ser usado como raspador de língua e comparou-o à escova dental e concluiu que o raspador de língua simplificado, feito com lacres de tampa plástica mostrou maior eficiência quanto à limpeza, ao reflexo de ânsia, sem provocar ferimentos nos tecidos.

Cerri e Marti¹⁰ (2000) realizaram um estudo com a finalidade de verificar o tratamento para a halitose. Para isso, selecionaram 150 pacientes de ambos os sexos, separados em três grupos onde cada um fez uso de um método mecânico de higienização: escovação lingual, raspadores de língua e limpeza digital com a ajuda de uma gaze. O hálito foi medido pelo método de Breath Alert. Dessa forma, os autores verificaram que existe uma íntima relação entre a halitose e a língua saburrosa e que os métodos mecânicos de higienização utilizados na pesquisa mostraram-se satisfatórios, tendo os raspadores linguais, apresentado os melhores resultados.

Tendo em vista que a halitose é considerada um problema de saúde pública, devido à grande quantidade de indivíduos que a possuem e também pelo fato de atrapalhar as pessoas no convívio social, causando até problemas nas relações profissionais, Cerri e Silva¹¹ (2002) avaliaram o controle da halitose de origem local com os métodos mecânicos de higienização bucal. Para isso, utilizaram o método Breath Alert, que mede a quantidade de compostos sulfurados voláteis (CSV,) responsáveis pelo cheiro desagradável emanado da boca. Os autores notaram que a efetividade da limpeza do dorso da língua ocasionou diminuição desses compostos

na cavidade bucal dos indivíduos avaliados.

Por meio de uma revisão de literatura, Neves¹² (2002) mostrou que um dos motivos mais angustiantes e constrangedores de consulta no consultório odontológico é o mau hálito. Uma grande parcela da população sofre desse mal, e aproximadamente metade dela aponta sérios desconfortos e constrangimentos sociais. A questão da halitose deve ser entendida como um transtorno multifatorial e multidisciplinar. Várias formas de tratamento têm sido utilizadas, como as gomas de mascar, pastilhas, solução para bochechos e dentifrícios.

Com o intuito de avaliar a relação entre os níveis de compostos sulfurados voláteis, a placa dental visível e a gengivite em estudantes de Odontologia, Orth *et al.*¹³ (2003) realizaram um estudo. Com a ajuda do halímetro, pela manhã, com os estudantes em jejum, foram medidos os níveis de CSV, assim como foi aplicado um questionário sobre a percepção individual e de terceiros sobre o mau hálito e o hábito de higienização da língua. Avaliaram também a placa dental visível e o sangramento gengival. O presente estudo mostrou que, em indivíduos que possuem uma boa higiene bucal, os níveis de compostos sulfurados voláteis não se relacionam com a quantidade de placa dental visível e a gengivite.

Para avaliar o efeito de 4 colutórios brasileiros (Cepacol, Listerine, Plax e Periogard) disponíveis no mercado com indicação para o combate da halitose, Carvalho *et al.*¹⁴ (2003) realizaram um estudo clínico. Durante os 4 dias de experimento, os voluntários não escovaram os dentes, dispendo apenas do enxaguatório bucal duas vezes ao dia como forma de higiene bucal. A concentração dos CSV foi medida no início e no final de cada período experimental por um monitor de sulfeto portátil. Concluiu-se que, apesar de todos terem obtido resultados satisfatórios, o Periogard composto por clorexidina 0,12% mostrou-se como o mais efetivo contra halitose matinal.

A relação entre halitose e a esquiava social foi investigada por Gorender e Kolbe² (2004). Os autores ressaltam que a halito-

se é tida como sintoma e não como doença, e abrange grande parcela da população, além de gerar grande sofrimento e desconforto aos que sofrem do problema. Esse sintoma afeta principalmente indivíduos que apresentam transtornos psiquiátricos, sobretudo aqueles que sofrem de depressão. Nota-se, também, ser frequente o aumento do consumo de álcool entre esses indivíduos, para facilitar o convívio social, entretanto tal conduta incorre no agravamento do caso de halitose.

A importância do Cirurgião-Dentista na prevenção, diagnóstico e tratamento da halitose foi ressaltada por Albuquerque *et al.*⁴ (2004). Os autores afirmam que a halitose refere-se a uma alteração do hálito de origem local ou sistêmica caracterizada pela exalação de odores fétidos pela cavidade bucal. Eles reforçam que a halitose pode ser identificada por meio do uso do método de BANA. Com a ajuda do Hallimeter, é possível medir o grau da halitose e detectar a presença de CSV. Para o sucesso do tratamento, é de fundamental importância a higiene bucal, além da eliminação de sua causa respectiva. Grande importância deve ser oferecida não somente à escovação e ao uso do fio dental, mas também a limpeza da língua. O tratamento deve ser fundamentado no combate à causa que determina a produção de gases e ser complementado com a higiene bucal adequada.

Kolbe e Britto¹⁵ (2004) realizaram uma revisão de literatura referente à halitose, onde destacaram suas origens, incidência e efeitos na Geriatria. Os autores afirmam que nas pessoas mais idosas é comum a redução do fluxo salivar e tal fato aumenta o índice de mau hálito. Há ainda outros fatores, como mudanças de hábitos alimentares, perdas dentais, uso de alguns medicamentos xerostômicos, desidratação e sensibilidade nas glândulas salivares. Os autores concluíram que pacientes portadores de halitose, em sua maioria são xerostômicos ou possuem hipossalivação. Foi constatado que a halitose origina desconforto físico e trauma psicológico, interferindo na qualidade de vida dos indivíduos.

Para comparar a microbiota bucal após a utilização de raspadores linguais, por



meio da avaliação da presença da espécie de levedura *Cândida spp* na saburra lingual, Derceli *et al.*¹⁶ (2005) realizaram um estudo. Foram selecionados 30 pacientes, que apresentavam saburra lingual, analisados antes e após o tratamento com três diferentes raspadores linguais (escova dental, plástico e aço inox). Para isso, foram coletadas a saliva e a saburra lingual antes e após a utilização dos raspadores e submetidas a testes bioquímicos. Os autores observaram que não houve diferenças significativas na qualificação de *Cândida spp* na saliva e na saburra lingual antes e após a utilização dos raspadores linguais. Entretanto, o estudo mostrou maior quantidade da espécie *Cândida Albicans* ao final do experimento.

Moreno *et al.*⁵ (2005) estudaram a literatura pertinente à halitose ocasionada pela periodontite agressiva e relataram que esse sintoma é resultante de causas fisiológicas e patológicas com origem oral e sistêmica, sendo a principal fonte da halitose a produção de CSV. Assim, realizaram um estudo em que foram avaliados indivíduos jovens, em tratamento da periodontite, fazendo uso de azitromicina, sistemicamente saudáveis, com profundidade de sondagem e nível de inserção maiores que 4 mm, em pelo menos um primeiro molar ou um incisivo. O tratamento incluiu duas fases: o tratamento de gengivite através do controle da placa supragengival e o tratamento da periodontite através do alisamento e raspagem subgengival. Os níveis de CSV emanados pelos indivíduos foram medidos através do Hallimeter. Os autores concluíram que uma possível relação entre a halitose e a doença periodontal é que as bactérias produtoras de CSV são anaeróbicas gram-negativas, similares às encontradas na periodontite.

A correlação existente entre o teste de Ensaio Enzimático BANA e os testes feitos para diagnósticos da presença de CSV do hálito matinal em pacientes sem doença periodontal, com acúmulo de 30 dias de saburra lingual, foi investigada por Peruzzo *et al.*¹⁷ (2006). Os participantes foram orientados a não realizarem limpeza da língua e a não usarem nenhum antisséptico bucal, durante o período do experimento, e também não ingerirem

bebida alcoólica e comida condimentada na noite anterior às avaliações, comparando em jejum absoluto. Foram feitas avaliações organolépticas, mensurações dos níveis de CSV através do Hallimeter, antes e após a remoção da saburra lingual, Remoção e Coleta de Saburra Lingual, utilizando um raspador lingual e Ensaio Enzimático (BANA). Das amostras de 50 indivíduos, 23 resultados eram BANA positivos. Os autores ainda observaram que, em indivíduos sem doenças periodontais e sem queixa de halitose, não houve correlação entre os parâmetros de hálito mensurados e o teste BANA.

Montenegro *et al.*¹⁸ (2006) realizaram uma revisão da literatura referente ao uso de limpadores linguais. Relataram que a população idosa, atualmente, está mais preocupada em preservar sua saúde bucal, pois, dessa forma, desfrutará de melhores condições de vida futuramente. Apesar de grande parte da população não ter adquirido o hábito de limpar a língua, é de fundamental importância que isso seja realizado, pois a saburra lingual, encontrada do dorso da língua, está intimamente relacionada com o mau hálito e a não percepção do gosto dos alimentos. Muitas bactérias da placa dental e da saburra lingual são as maiores responsáveis pela produção dos CSV, presentes no mau hálito. A escova dental não foi desenvolvida com a finalidade de limpar a língua e estudos mostram que os limpadores linguais eliminam muito mais resíduos, provando assim a eficiência desses raspadores para essa função. O uso dos raspadores também diminui a incidência de ânsia de vômito. A limpeza da língua é extremamente necessária, principalmente nos pacientes idosos, ajudando a prevenir várias doenças, e o uso dos raspadores é indicados a todas as idades.

Segundo Conceição *et al.*¹⁹ (2005), a halitose afeta grande parcela da população, podendo causar grande influência no comportamento social e psicológico do indivíduo. Sabendo-se que a maioria das causas da halitose está relacionada a alterações na língua, foi desenvolvida uma nova técnica de limpeza da língua chamada "Duarte da Conceição" com um limpador de língua especialmente de-

envolvido para a técnica. Com a ajuda de uma gaze, a técnica menciona que a língua deve ser posicionada/tracionada externamente à boca, para evitar enjôos, fazer movimentos circulares ou de vai e vem com as cerdas do limpador de língua, para soltar a saburra lingual aderida à língua e, com a face oposta do limpador, remover a saburra descolada com movimentos suaves da parte posterior para a anterior. O tratamento da halitose, portanto, está intimamente relacionado com o controle da saburra lingual e os pacientes devem ser encaminhados a profissionais que possuem a capacidade de identificar as causas da formação da saburra lingual e tratá-las.

Com o objetivo de avaliar o efeito da terapia periodontal na formação dos CSV, Lima *et al.*²⁰ (2006) elaboraram um estudo. Foram selecionados 10 pacientes, portadores de periodontia crônica, com profundidade de sondagem equivalente a 5mm, associada ao sangramento a sondagem. Foram avaliados os seguintes aspectos: a presença dos CSV através do Hallimeter; o peso úmido da saburra lingual utilizando-se, para isso, um raspador de língua estéril, com um total de 5 movimentos do terço posterior para o anterior; o fluido salivar (salienta-se que foram incluídos apenas pacientes com o fluxo salivar inferior a 1,5 ml/minuto); índice de placa bacteriana; sangramento a sondagem; profundidade de sondagem; recessão gengival e nível de inserção clínica. Encontrou-se uma diferença estatística entre a profundidade de sondagem e o nível de inserção clínica, ocorrendo redução na quantidade de biofilme dental, sangramento gengival e no hálito medido através do monitor de sulfeto, sem se obterem diferenças na quantidade de saburra lingual. Os autores concluíram que a terapia periodontal cirúrgica foi eficaz nos parâmetros avaliados, incluindo-se os CSV.

De acordo com Fernandes *et al.*³ (2007), o tratamento da halitose consiste na eliminação de sua causa, sem uma conduta única por ser uma etiologia multifatorial. A de origem local devem ser encaminhada ao médico, para, junto com o Cirurgião-Dentista, conseguirem um correto diagnóstico. Cabe ao profissional da

área odontológica restabelecer a saúde bucal e eliminar as causas locais.

Silveira *et al.*²¹ (2006) correlacionaram diferentes sistemas de medição do hálito (medição organoléptica e Hallimeter), haja vista que grande número de pessoas procura profissionais da área da saúde bucal para confirmação de sua autoavaliação referente à halitose. Participaram da pesquisa 27 pacientes voluntários, com faixa etária entre 30 e 60 anos, portadores de gengivite e periodontite. O paciente permaneceu com a boca fechada por 2 minutos, o nariz do examinador e a boca do paciente estavam a uma distância de aproximadamente 10 cm. Um único examinador, treinado e calibrado, usando uma escala de 0-5, classificou o hálito do paciente. Todos os recursos de diagnóstico se correlacionaram positivamente entre si. As medidas organolépticas são necessárias para a análise, sendo consideradas padrão-ouro para medição objetiva do hálito, onde a percepção do paciente (EVA) e as medidas de CSV são consideradas coeficientes de correlação pequenos.

Um embasamento histórico e social sobre a halitose, por meio de levantamento sistemático, foi realizado por Elias e Ferriani²² (2006). Os autores enfatizaram a relação de interferência negativa da halitose na qualidade de vida do indivíduo.

A eficiência do limpador lingual na diminuição de cepas de leveduras na cavidade bucal foi avaliada por Navas *et al.*²³ (2009). Foram selecionados 100 voluntários e, inicialmente, coletou-se o material orgânico proveniente de enxágues bucais desses pacientes. Tal material foi centrifugado e também incubado em placas para cultura de microrganismos. Após a incubação, fez-se a contagem do número de colônias de leveduras e calculou-se o valor de unidade formadora por milímetro. Com essa primeira etapa, foi possível observar que 35 indivíduos obtiveram resultados positivos para o crescimento de levedura, considerado como contagem inicial da pesquisa. Em seguida, foram oferecidos limpadores linguais e orientações sobre o seu uso. Duas horas depois da limpeza com o raspador lingual, coletou-se novamente o material do dorso da língua. A primeira contagem, com média



de 820 microrganismos foi maior que a contagem após a limpeza com o limpador de língua, com média de 280. Portanto, os autores puderam concluir que os limpadores de língua reduzem os níveis de leveduras na cavidade bucal significativamente.

Faber²⁴ (2009) reafirmou que a halitose é um problema comum que afeta grande parte da população, podendo ser negativa para a autoimagem do indivíduo, dificultando o convívio social. A halitose pode ser fisiológica, intimamente relacionada à língua saburosa e à deficiente higiene oral, ou ainda a sintomas de depressão. A halitose pode ser patológica, relacionada à doença periodontal crônica. Existe ainda a pseudo-halitose, imaginária, onde o odor não está além dos níveis aceitáveis socialmente, mas o paciente acredita ser portador. Para diagnóstico do problema, o teste mais empregado é o organoléptico. O tratamento da halitose consiste em eliminar os CSV com uma higiene oral efetiva, incluindo a raspagem da língua e uso de enxaguatórios bucais. O autor concluiu que os cirurgiões-dentistas devem ficar atentos à halitose, e que o início do tratamento está na orientação ao paciente quanto aos meios de higienização adequados e outras formas como o uso de enxaguatórios antimicrobianos.

DISCUSSÃO

A halitose caracteriza-se como uma das principais queixas dos pacientes, por interferir no seu relacionamento pessoal e social (Gorender e Kolbe², 2004, Fernandes *et al.*³, 2007, Crispim e Sampaio⁶, 1999, Cerri e Marti¹⁰, 2000, Cerri e Silva¹¹, 2002, Conceição *et al.*¹⁹, 2005, Elias e Ferriani²², 2006, Faber²⁴, 2009), estando entre as maiores preocupações da sociedade moderna.

De acordo com diversos autores (Gorender e Kolbe², 2004, Fernandes *et al.*³, 2007, Crispim e Sampaio⁶, 1999, Cerri e Marti¹⁰, 2000, Cerri e Silva¹¹, 2002, Conceição *et al.*¹⁹, 2005, Elias e Ferriani²², 2006, Faber²⁴, 2009) o mau hálito é incontestavelmente um impedimento ou um fator de incompatibilidade dos contatos pessoais e, muitas vezes, torna-se causa

de isolamento social, levando o indivíduo a um afastamento voluntário, no caso de se considerar um portador da halitose, ou discriminatório, quando outras pessoas se afastam de quem a possui.

Muitos indivíduos portadores do mau hálito, no entanto, ignoram os sintomas em si próprios (Cerri e Marti¹⁰, 2000). Isso acontece principalmente pelo fato do olfato se adaptar por tolerância, passando a não registrar mais a presença do odor predominante. De acordo com Costa⁷ (1987), tal fenômeno ocorre após cerca de um minuto, sem perder a capacidade de detectar novos odores que surjam no ambiente.

Considerada um problema de saúde pública, a halitose é passível de ser prevenida. Para isso, torna-se necessário conhecer suas possíveis causas multifatoriais (Fernandes *et al.*³, 2007, Crispim e Sampaio⁶, 1999, Costa⁷, 1987, Neves¹², 2002) locais e/ ou sistêmicas.

Encontra-se na literatura a idade como sendo uma das causas do problema (Crispim e Sampaio⁶, 1999, Kolbe e Britto¹⁵, 2004). Isso ocorre devido a variações fisiológicas conforme o envelhecimento dos indivíduos, assim como alterações hormonais, o que pode ser observado em mulheres durante o período menstrual ou na gravidez e amamentação. Nos idosos, uma característica peculiar e que, muitas vezes pode ser considerada a causa da halitose, é a presença de sulcos e fissuras na língua, pois favorecem maior depósito saburoide e por isso a higiene desses pacientes deve ser muito mais cuidadosa e detalhada (Montenegro *et al.*¹⁸, 2006).

Outro aspecto discutido nas pesquisas está relacionado ao consumo de alimentos muito temperados ou gordurosos, além do cigarro e de bebidas alcoólicas. Segundo Crispim e Sampaio⁶ (1999), a problemática do mau hálito é multifatorial, onde o envolvimento pode ser estabelecido a partir de dietas variadas (pastosas ou líquidas), hábitos (fumo, bebidas), problemas psicossociais, endócrino-metabólicos. Períodos de crises emocionais também podem acarretar mudanças no hálito, jejuns prolongados ou pela manhã ao acordar (Fernandes *et al.*³, 2007).

A literatura também confirma que o uso de cigarro (Neves¹², 2002), charuto,



cachimbo, maconha, acarreta odor semelhante ao fumo usado sendo extremamente desagradável (Crispim e Sampaio⁶, 1999). No que diz respeito ao tipo de alimento consumido, no que se refere aos condimentos e seu intenso aroma, Crispim e Sampaio⁶ (1999) ponderam que, dentre as causas gerais, tem-se uma mistura de substâncias voláteis procedentes do intestino por absorção e eliminação pulmonar como cebola, alho, certas bebidas e ácidos gordurosos.

As doenças sistêmicas também são importante fator desencadeador de halitose, embora as maiores causas sejam de origem bucal (Fernandes *et al.*³, 2007, Albuquerque *et al.*⁴, 2004, Neves¹², 2002). De maneira geral, todas as doenças que proporcionam xerostomia nos pacientes, como diabetes e hipertensão, muitas vezes como efeito adverso do medicamento de controle da doença crônica, podem ser potencializadoras do mau hálito.

O estresse e a ansiedade também são apontados como desencadeantes do mau hálito, na medida em que aumentam as concentrações bucais de CSV como consequência de fatores emocionais, mesmo em indivíduos com higiene bucal satisfatória. Existem relatos de que o aumento da atividade simpática, induzido pelo estresse, aumenta a produção de mucina salivar, substância responsável pela aderência de células descamadas e de microrganismos sobre o dorso da língua (Calil *et al.*¹, 2006).

Ao se considerarem os fatores causadores da halitose, também é possível salientar as infecções, doenças periodontais, a má higiene bucal (Albuquerque *et al.*⁴, 2004, Cerri e Marti¹⁰, 2000, Neves¹², 2002, Orth *et al.*¹³, 2003) incluindo-se as próteses removíveis, restaurações e próteses defeituosas (Neves¹², 2002, Orth *et al.*¹³, 2003). Dentre estes, a doença periodontal já foi bastante investigada e ainda mostra controvérsias nos resultados das pesquisas. De acordo com Lima *et al.*²⁰ (2006), a terapia periodontal se mostrou efetiva na diminuição dos valores de CSV, mesmo sem interferir na quantidade de saburra lingual formada. Os autores também observaram que a quantidade desses gases medidos através de cromatografia gasosa, foi sig-

nificativamente maior em pacientes portadores de doença periodontal, indicando a possibilidade da metil-mercaptana agir como um acelerador para a progressão da doença periodontal. Para Moreno *et al.*⁵ (2005), uma possível explicação para a relação entre a doença periodontal e halitose é que as bactérias que produzem os CSV são predominantemente anaeróbicas gram-negativas, similares às envolvidas com a patogênese da periodontite. Assim, os mesmos autores ainda ponderam que o tratamento periodontal não levou a alterações nos níveis de CSV em pacientes com periodontite agressiva.

Torna-se importante também ressaltar que existe um fator direto desencadeante da halitose, sendo este o mais negligenciado pelos portadores dos sintomas de mau hálito. Tal condição seria a presença da saburra lingual (Albuquerque *et al.*⁴, 2004, Mariano *et al.*⁸, 1999, Chaim⁹, 2001, Cerri e Marti¹⁰, 2000, Derceli *et al.*¹⁶, 2005, Montenegro *et al.*¹⁸, 2006, Conceição *et al.*¹⁹, 2005) que se caracteriza por massa esbranquiçada e viscosa que se adere ao dorso da língua, em maior proporção no seu terço posterior, formada por células epiteliais descamadas, bactérias e restos alimentares (Calil *et al.*¹, 2006). A saburra lingual é o principal agente etiológico da halitose e forma-se basicamente quando há diminuição do fluxo salivar, descamação epitelial acima dos limites fisiológicos ou, ainda, em ambos os casos. Existem estudos mostrando várias formas de promover a diminuição da formação da saburra lingual como, por exemplo, aumentando o fluxo salivar ou diminuindo a descamação de células através do tratamento de suas causas (Conceição *et al.*¹⁹, 2005).

De acordo com Peruzzo *et al.*¹⁷ (2006) a saburra lingual formada se mantém aderida por três motivos principais, a saber: aumento da concentração de mucina na saliva, células epiteliais descamadas ou a presença de microrganismos anaeróbicos proteolíticos.

Diante desse fato, torna-se de fundamental importância a remoção da saburra lingual por meio da higienização do dorso da língua como medida preventiva do mau hálito. O tratamento profilático recomenda que o Cirurgião-Dentista estabele-



ça uma orientação básica dos princípios de higiene com a correta utilização do fio dental, bem como nas técnicas de escovação (língua e elementos dentários). Havendo ainda uma terapêutica mascaradora, utilizando-se elementos odorificantes (colutórios, aerossóis) que disfarçariam o problema do mau hálito (Crispim e Sampaio⁶, 1999, Mariano *et al.*⁸, 1999).

Existem pesquisas mostrando que a melhor opção para remoção da saburra lingual está nos raspadores (Cerri e Marti¹⁰, 2000). Conceição *et al.*¹⁹ (2005) já afirmavam que o uso da escova dental com a finalidade de limpar a língua é limitado, pois esta é apropriada para soltar a saburra lingual, porém pouco eficiente em removê-la.

Dentre os motivos indicados para o uso dos raspadores linguais estão: facilidade de uso, sensação de limpeza maior, o fato de não provocar ferimentos, abranger toda a superfície lingual de uma só vez, menor quantidade de movimentos necessários para a higiene e menor estímulo para os reflexos de ânsia. Todavia, na opinião da população, a escova dental é mais utilizada por alguns motivos como: ser mais prática, já que é o mesmo instrumento de higiene usado para os dentes e embora provoque mais ânsia, consideram sua limpeza mais eficaz que a do raspador (Chaim⁹, 2001).

Seja qual for a causa da halitose, a higiene bucal é fundamental para o sucesso do tratamento, além da eliminação de sua respectiva causa. É imperativo que, além da escovação e do uso do fio dental, promova-se a periódica limpeza da língua após as refeições e ao deitar, evitando-se o acúmulo bacteriano (Albuquerque *et al.*⁴, 2004, Navas *et al.*²³, 2009).

Com o avanço das pesquisas sobre halitose, sabe-se hoje que o tratamento primário deve ser baseado no combate à causa que determina a produção de gases voláteis (CSV) causadores do mau hálito e complementação com higiene adequada.

Perante ao exposto, cabe destacar que, embora a halitose seja um assunto bastante discutido desde a antiguidade, e já tendo sido apresentadas várias alternativas para a diminuição dos seus sintomas, nota-se que a preocupação dos pacientes é maior em utilizar medidas paliativas do que as condutas adequadas de higienização e mudança de hábitos. Medidas alternativas para eliminar o mau odor, como pastilhas, soluções para bochecho, gomas de mascar e dentifrícios, são geralmente utilizadas pelos pacientes (Neves¹², 2002).

Desse modo, o profissional ainda apresenta, nos dias atuais, dificuldade em conscientizar a população no combate desse fenômeno que ocorre em grande número dos pacientes. Para reverter a situação, tanto os profissionais devem ser preparados como a população melhor orientada quanto aos fatores fisiológicos e patológicos da halitose, para quem assim, possam atuar na prevenção de seus efeitos individuais e sociais.

CONCLUSÃO

Por meio da literatura estudada, pode-se, concluir que:

- A halitose apresenta etiologia multifatorial, podendo ter fatores de origem local, na maioria dos casos provenientes da boca, e sistêmicos;
- A halitose pode ser considerada um fator de interferência na qualidade de vida do portador;
- É passível de prevenção, sendo a higiene bucal apontada como principal responsável;
- Os profissionais devem ser preparados e a população melhor orientada quanto aos fatores fisiológicos e patológicos da halitose, a fim de prevenir seus efeitos deletérios, entre eles, o prejuízo na qualidade de vida e relacionamento interpessoal do indivíduo portador do problema.



1. Calil C, Tarzia O, Marcondes F. Qual a origem do mau hálito? . *Rev Odontol UNESP* 2006 35(2):185-90.
2. Gorender M, Kolbe A. Correlação entre halitose e esquivia social. *Rev bras neurol psiquiatr* 2004 8(2):68.
3. Fernandes L, Lima D, Gulinelli J, Bidóia E, Garcia V. Halitose: aspectos de importância clínica para o cirurgião-dentista. *Rev Fac Odontol Lins* 2007 19(1):57-63.
4. Albuquerque J, Santos A, Gonçalves S, Bonfim A, Calado A, Santos J. A importância do cirurgião-dentista na prevenção, diagnóstico e tratamento da halitose. *Odontol Clin Cient* 2004 3(3):169-72.
5. Moreno T, Haas N, Castro G, Winter R, Oppermann R, Rosing C. Tratamento da periodontite agressiva e alterações nos compostos sulfurados voláteis. *Rev Odonto Ciênc* 2005 20(49):217-21.
6. Crispim A, Sampaio M. Halitose: um desafio para o estomatologista. *Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia* 1999 18):53-9.
7. Costa I. Patogenia das Halitoses. *Odontol Mod* 1987 14(6):7-16.
8. Mariano R, Vicentin C, Kolbe A, Mariano L. Avaliação quantitativa da capacidade de remoção dos resíduos do dorso da língua através do uso de dois limpadores e sua contribuição para a redução da Halitose. *JAO J Assessoria ao Odontologista* 1999 3(16):13-21.
9. Chaim L. Comparação entre o uso de um raspador de língua simplificado (RLS) e uma escova dental na higiene da língua. *Rev ABO nac* 2001 9(4):242-6.
10. Cerri A, Marti D. Halitose: esse problema tem tratamento? *Revista Brasileira de Cirurgia da Cabeça e Pescoço* 2000 24(3):91-6.
11. Cerri A, Silva C. Avaliação de métodos mecânicos no controle da halitose relacionada a língua saburrosa. *JBC j bras clin odontol integr* 2002 6(34):312+6.
12. Neves E. Halitose: uma questão angustiante. *Rev ABO Nac* 2002 10(2):179-82.
13. Orth C, Siqueira F, Reichert M, Leitune V, Haas A, Rosing C. Compostos sulfurados voláteis, placa dental gengivite em estudantes de odontologia da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul. *Rev Fac Odonto Porto Alegre* 2003 44(2):26-30.
14. Carvalho M, Toledo S, Benatti B, Tabchoury C, Filho GN. Eficácia de 4 consultórios brasileiros na redução do mau hálito matinal. *Periodontia Rev* 2003 13(8):10-4.
15. Kolbe A, Britto P. Halitose: principais origens, incidências, efeitos colaterais na geriatria. *RBE Rev Internac Estomat* 2004 1(1):40-4.
16. Derceli J, Tardivo T, Pires J, Massucato E, Orrico S, Spolidorio D. Estudo comparativo da microbiota bucal após a utilização de limpadores linguais. *Rev Odontol UNESP* 2005 34(3):94.
17. Peruzzo D, Filho WS, Salvador S, Sallum A, Filho GN. Correlação entre as medidas de compostos sulfurados voláteis (CSV) no hálito matinal e o teste BANA de saburra lingual. *Periodontia* 2006 16(2):14-9.
18. Montenegro F, Marchini L, Leite J, Manetta C. Tipificando e classificando os limpadores linguais disponíveis no mercado brasileiro. *Rev EAP/APCD* 2006 8(1):12-5.
19. Conceição M, Marocchio L, Fagundes R. Uma nova técnica de limpeza da língua. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2005 59(6):465-9.



20. Lima L, Peruzzo D, Ribeiro E, Bittencourt S, Filho GN, Jr FN, et al. Avaliação do efeito da terapia periodontal não cirúrgica na formação de compostos sulfurados voláteis (CSV). *Periodontia* 2006 16(4):52-7.
21. Silveira E, Gomes S, Oppermann R, Rosing C. Estudo das correlações entre diferentes recursos diagnósticos do hálito em pacientes portadores de periodontite crônica sob tratamento da gengivite. *Periodontia* 2006 16(2):83-8.
22. Elias MS, Ferriani MdGC. Historical and social aspects of halitosis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2006 14(821-3).
23. Navas E, Inocêncio A, Jorge A, Koga-Ito C. Avaliação da utilização de limpador de língua na redução dos níveis de leveduras na cavidade bucal. *Rev Odontol UNESP* 2009 38(2):99-103.
24. Faber J. Halitose. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial* 2009 14(14-5).

Recebido em: 02/09/2010

Aceito em: 28/03/2011

DOMINGOS PAS
ABREU AC
DANTAS AAR
OLIVEIRA ALBM

HALITOSE:
LIMITANDO A
QUALIDADE DE
VIDA

