

Perfil psicopatológico e alterações comportamentais em pacientes com queixa de halitose: uma revisão

Recebido em: jan/2014

Aprovado em: fev/2014

Maurício Duarte da Conceição

Pós-graduado em Halitose pela Faculdade São Leopoldo Mandic, curso de especialização reconhecido pelo MEC e autor do livro "Bom Hálito e Segurança! Metas Essenciais no Tratamento da Halitose", mestrando em Psicologia pela Faculdade de Psicologia da Universidade São Francisco - Itatiba - SP - Brasil e Diretor da Clínica Halitus

Fernanda Salgueiredo Giudice

Mestre e Doutora em Patologia bucal pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - Membro da Clínica Halitus

Luciana Sassa Marocchio

Mestre em Patologia bucal pela Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo, e Doutora em Patologia bucal pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. - Pós-graduada em halitose pela Faculdade São Leopoldo Mandic, curso de especialização reconhecido pelo MEC e membro da Clínica Halitus

Autor para correspondência:

Maurício Duarte da Conceição

Clínica Halitus

Rua Guilherme de Almeida, 54

Jd. Conceição - Campinas - SP

13.105-074

Brasil

drmauricio@clinicahalitus.com.br

Psychopathological profile and behavioral alterations in patients with halitosis complaint: a review

RESUMO

O objetivo do presente trabalho é avaliar, através de uma revisão da literatura, dois aspectos importantes no tratamento do mau hálito: perfil psicopatológico e alterações comportamentais em pacientes com queixa em ter halitose. Materiais e Métodos: realizou-se consultas a livros sobre o tratamento da halitose e a artigos científicos em bancos de dados on-line (PubMed e Bireme), publicados entre os anos de 1957 e 2014, englobando pacientes com mau hálito e também pacientes que não têm halitose, mas apresentam queixa em tê-la. Síntese de dados: a halitose já foi associada a diversas psicopatologias como transtorno de ansiedade social (TAS), fobia específica, síndrome de referência olfatória, dismorfofobia e transtorno obsessivo compulsivo. Outro aspecto importante mencionado na literatura é que pacientes com queixa em ter halitose frequentemente desenvolvem inúmeras alterações comportamentais devido a, por exemplo, sofrer com o problema por longos períodos sem relatá-lo a ninguém, ou por terem uma forte convicção em ter mau hálito, quando na realidade não o têm. Conclusão: tanto pacientes com halitose real como os que têm queixa em ter mau hálito, porém sem evidências de sua presença, são candidatos ao tratamento da halitose, cujos objetivos essenciais são restabelecer um hálito agradável bem como a segurança dos pacientes. Importantes publicações reforçam ser fundamental que os protocolos de tratamento da halitose incluam uma abordagem psicológica, voltada em especial para o TAS. Para os casos refratários, em que a insegurança dos pacientes é difícil de tratar, há indicação de encaminhamento para psicólogos e/ou psiquiatras visando um tratamento multiprofissional.

Descritores: psicopatologia; autoimagem; transtornos fóbicos; protocolos clínicos, halitose

ABSTRACT

The present study aims to analyze through a review of the literature two important aspects of halitosis treatment: psychopathological profile and behavioral alterations in patients with halitosis complaint. Materials and Methods: it was performed a literature search using books about halitosis treatment and scientific articles from online databases (PubMed and Bireme), published between 1957 and 2014. Reports of patients with bad breath as well as patients with halitosis complaint, with no evidence of having it, were included in the research. Data synthesis: halitosis has been associated with several psychopathologies, such as social anxiety disorder (SAD), specific phobia, olfactory reference syndrome, dysmorphophobia and obsessive compulsive disorder. Another important aspect mentioned in the literature is that patients complaining of bad breath often develop behavioral changes due to, e.g., suffer from the problem during long periods without reporting it to anyone, or because they have a strong conviction in having bad breath, when in reality they don't have it. Conclusion: Both patients with real halitosis as patients with complaint of bad breath, but without evidences of its presence, are candidates for halitosis treatment, which essential goals are to restore a pleasant breath and patient's security. Important publications highlight that halitosis treatment protocols should include a psychological approach, directed especially for SAD. For refractory cases, in which patients' insecurity is difficult to deal with, there is an indication for referral to psychologists and/or psychiatrists targeting for multidisciplinary treatment.

Descriptors: psychopathology; self concept; phobic disorders; clinical protocols, halitosis

INTRODUÇÃO

Tanto em referências históricas quanto na literatura greco-romana, principalmente em comédias e tragédias, existe a menção de personagens que apresentam um hálito desagradável, conhecido como mau hálito (termo popular) ou halitose (termo médico). Do ponto de vista etimológico, a palavra halitose tem origem no latim halitus, que significa "ar expirado", e no grego osis, que significa "doença ou condição anormal".¹

O histórico científico da halitose teve início em 1874 com a publicação do livro *"The breath, and the diseases which give it a fetid odor: with directions for treatment"* pelo médico J. W. Howe (1843-1890), passando a halitose a ser considerada, a partir de então, uma entidade clínica. Entretanto, sem dúvida alguma, o divisor de águas na pesquisa sobre a halitose foi o conjunto de trabalhos desenvolvidos pelo Dr. Joseph Tonzetich (1924-2000), sendo por isso considerado o pioneiro contemporâneo no estudo sobre o mau hálito. Durante as décadas de 60 e 70, Tonzetich e colaboradores estabeleceram que os compostos voláteis contendo enxofre, chamados compostos sulfurados voláteis (CSVs - sulfeto de hidrogênio, metilmercaptana e dimetilsulfeto), eram os principais gases identificáveis na halitose bucal.¹

É comum que durante o tratamento da halitose os pacientes continuem a pensar que seu mau hálito persiste apesar das alterações em seu hálito estarem devidamente tratadas.² Também não é raro que, nos casos mais severos em que os pacientes necessitam ser encaminhados para tratamento psicológico ou psiquiátrico,³ seja diagnosticada alguma psicopatologia. Esta costuma ser a razão pela qual o paciente desenvolve uma forte convicção na persistência de sua halitose, pois quando a psicopatologia é adequadamente tratada, o paciente recupera a segurança em estar com um hálito agradável.² Assim, o perfil psicopatológico e alterações comportamentais de pacientes com queixa em ter halitose são aspectos de grande relevância clínica para o tratamento do mau hálito, que necessitam ser melhor explorados e compreendidos.

Vários autores estudaram o perfil psicopatológico nos indivíduos com queixa em ter halitose. Entre as psicopatologias associadas à halitose encontram-se a transtorno de ansiedade social (TAS),^{2,4-7} fobia específica,² síndrome de referência olfatória,⁸ dismorfofobia⁹ e transtorno obsessivo compulsivo.² Também foi estudada a tendência destes pacientes à neurose,¹⁰⁻¹² e a correlação desta tendência com o grau de halitose.¹⁰

Em geral, existem quatro grupos de indivíduos em relação à halitose:^{2,13}

1. Os que têm halitose e não sabem;
2. Os que têm halitose e não se preocupam;
3. Os que têm halitose, sabem que têm, e se preocupam; e
4. Os que não têm halitose e acreditam que tem.

Os pacientes que têm halitose e não sabem e os que têm e não se preocupam, não desenvolvem alterações comportamentais significativas, por não terem consciência de seu problema ou por não o levarem a sério. Entretanto, os grupos 3 e 4, que representam a grande maioria de pacientes, têm queixa em ter halitose e tendem a desenvolver muitas alterações comportamentais.²

Enquanto muitos pacientes desenvolvem percepções erradas sobre o mau hálito, que afetam profundamente suas vidas, outras pessoas que têm halitose não estão cientes de sua condição. Esse fenômeno é chamado de "Paradoxo do Mau Hálito",^{13,14} diretamente relacionado com o mecanismo da fadiga olfatória. A explicação para este fato é que o olfato nos seres humanos tem uma grande capacidade adaptativa aos odores, regida pela homeostasia. No início da exposição a um cheiro muito forte, a sensação olfatória também pode ser muito aguçada, mas, após poucos segundos, ocorre a adaptação de cerca de 50% dos receptores olfatórios a esse odor e, deste momento em diante, essa adaptação se torna mais lenta. Em aproximadamente um minuto, o cheiro se torna imperceptível, permitindo ao sistema nervoso a captação de novos odores.¹⁴ Um exemplo, em que é simples de se perceber este fato é quando borrifamos um perfume e em pouco mais de um minuto deixamos de sentir sua fragrância, pois nos adaptamos a ela. É por isso que indivíduos apresentando halitose crônica não a percebem, devido a este processo fisiológico adaptativo presente nos seres humanos, chamado de fadiga olfatória. Este mecanismo também nos impede de sabermos se estamos ou não com mau hálito.¹⁴

Para complementar e facilitar a compreensão dos trabalhos a serem descritos adiante, nesta revisão serão detalhadas as classificações das halitoses, das alterações comportamentais decorrentes da halitose (ACDH) que os pacientes desenvolvem, e do grau de dificuldade em tratá-las.

Assim, o objetivo do presente trabalho é avaliar, através de uma revisão da literatura, o perfil psicopatológico e alterações comportamentais em pacientes com queixa em ter halitose visando auxiliar na eleição da melhor conduta clínica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se consulta a livros sobre o tratamento da halitose e um levantamento de artigos científicos, publicados ou no prelo, entre os anos de 1957 e 2014, presentes em base de dados online (PubMed e Bireme). Nesta revisão foram englobados tanto relatos clínicos de pacientes com mau hálito como também casos de pacientes que não têm halitose, mas apresentam queixa em tê-la.

SÍNTESE DE DADOS

A classificação da halitose mais utilizada no mundo¹⁵ mescla diferentes critérios quanto à presença da halitose, a queixa de halitose associada à falsa presença desta, e o comportamento psicológico do paciente diante da possibilidade em ter halitose.

Assim, nesta classificação a halitose é distribuída em:

- a. halitose real, em que a alteração do odor no hálito é detectada;
- b. pseudo-halitose, que é a queixa em ter mau hálito sem evidências de sua presença;
- c. halitofobia, que é um forte comportamento fóbico do paciente diante da possibilidade em ter o hálito alterado.

Hine¹⁶, em 1957, afirma que o medo em ter halitose pode precipitar uma verdadeira neurose, e cita que as pessoas com receio em ter halitose ou somente medo da possibilidade de apresentar o problema desenvolvem alterações comportamentais como desviar

o rosto ou colocar a mão na boca ao falar com temor da halitose estar presente, além do uso de mascaradores de hálito como balas, chicletes ou enxaguatórios bucais. Hine conclui que estes medos podem reduzir a confiança da pessoa em se aproximar dos demais e também interferir na sua eficácia em qualquer atividade.

No segundo workshop sobre mau odor bucal realizado em Leuven, Bélgica, em 1995, quando da fundação da ISBOR (*International Society for Breath Odor Research*), foi destacado em um relatório consensual que "pesquisas futuras também deveriam ser direcionadas a um melhor entendimento dos aspectos psicológicos da halitose".¹⁷

De acordo com diferentes estudos, mais de 90% dos casos de halitose têm origem na cavidade bucal,¹⁸ o que torna o Cirurgião-Dentista o profissional de escolha para diagnosticar e tratar o mau hálito, devendo o paciente ser encaminhado para o especialista correspondente no caso de causas extrabucais,¹⁸ para tratamento interdisciplinar. Eli *et al.*³, em 2001, sugerem que "O profissional deve ser capaz de diagnosticar e propor o tratamento (de halitose), sempre considerando os fatores psicológicos e psicossociais, e somente em casos severos, o paciente deve ser encaminhado para profissionais ligados à área de saúde mental".

Com relação às possíveis psicopatologias associadas à halitose, Johnson (1996)⁸ e Aravind *et al.* (2006)⁹ associaram a halitose à síndrome de referência olfatória e à dismorfofobia, respectivamente. Conceição (2013)² cita a fobia específica como uma possível psicopatologia relacionada à halitose e ainda menciona o transtorno obsessivo compulsivo (TOC), sendo este último também relatado por Eli *et al.* (1996).¹⁹ A fobia social é frequentemente chamada de transtorno de ansiedade social (TAS) e, mais raramente, de ansiedade social ou sociofobia. Em 2013 o termo transtorno de ansiedade social foi adotado oficialmente pelo manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM5*), publicado pela APA - Associação Americana de Psiquiatria.²⁰ Yaegaki *et al.* (1996)⁴, Eli *et al.*¹⁹, Zaitu *et al.* (2009, 2010, 2011)⁵⁻⁷ e Conceição (2013)² associaram a halitose ao transtorno de ansiedade social e, por esta psicopatologia ser de longe a mais frequentemente associada à halitose, os achados na literatura relacionados ao TAS serão aqui detalhados.

Em 1996, Yaegaki *et al.*⁴ afirmaram que "A forte ansiedade de um paciente pode ser causada pela patologia da fobia social. Também especulamos que os casos severos de fobia social com halitose podem ser diagnosticados como halitofobia. Em outras palavras, foi demonstrado que o tratamento ou o aconselhamento para fobia social deveria ser obrigatório não somente em pacientes halitofóbicos, como também em pacientes comuns de halitose".

Yaegaki *et al.*⁴ relataram também algumas alterações comportamentais dos pacientes de sua clínica como ter medo dos gestos, atitudes e comportamentos das pessoas em geral. Como exemplo, os autores citaram que seus pacientes acreditavam que devido a apresentarem halitose, as outras pessoas cobriam seus narizes com as mãos ou desviavam seus rostos. Os pacientes reclamavam também que, por terem mau hálito, quando eles

entravam em seus escritórios, as pessoas já presentes no local abriam as janelas. Em casos severos, os pacientes não podiam encarar as outras pessoas por causa do medo de ver seus comportamentos (em relação ao seu hálito).

Zaitu *et al.*, em 2009,⁵ examinaram os aspectos psicológicos da halitose real e pseudo-halitose em 278 pacientes utilizando o teste organoléptico^[1], para avaliar a presença ou não do mau hálito, e a escala de ansiedade social de Liebowitz (EASL), um dos questionários psicométricos mais utilizados no mundo, para analisar o transtorno de ansiedade social. Os autores encontraram 68% dos indivíduos com halitose real e 32% com pseudo-halitose, sendo que a pontuação média da EASL foi significativamente maior em indivíduos diagnosticados com pseudo-halitose (45.7 ± 29.9) em comparação com indivíduos exibindo halitose real (36.8 ± 26.1). Os autores concluíram que os indivíduos com pseudo-halitose apresentaram um maior risco de ansiedade social em comparação aos indivíduos com halitose real, sugerindo ser importante fazer uma abordagem psicológica para o manuseio de pacientes com pseudo-halitose, a fim de que suas preocupações em relação à halitose possam ser eficazmente tratadas.

Em 2010, novamente Zaitu *et al.*⁶, em um estudo com 472 pacientes, 343 com halitose real e 129 com pseudo-halitose, avaliaram o nível de ansiedade social destes pacientes, utilizando a escala de ansiedade social de Liebowitz (EASL). Os autores concluíram que cerca de um terço dos pacientes com halitose sofria de transtorno de ansiedade social (TAS) e que os pacientes com pseudo-halitose tinham um risco maior de TAS em relação aos pacientes com halitose real. Finalizaram o estudo enfatizando ser necessário estabelecer uma abordagem psicológica de ansiedade social para pacientes com halitose.

Em outro estudo realizado com 262 pacientes em 2011, somente de pacientes com halitose real, Zaitu *et al.*⁷ concluíram que "pacientes com halitose real, com um forte traço de transtorno de ansiedade social, têm dificuldade para superar a sua ansiedade sobre a halitose bucal. O tratamento do mau hálito bucal em pacientes com halitose real requer não apenas o tratamento regular do mau hálito, mas também a atenção para o transtorno de ansiedade social".

Segundo Eli *et al.*³, "pacientes com sintomas psicopatológicos tendem a superestimar as alterações de seu hálito em relação à realidade de seu problema". A tendência percebida nesse estudo corrobora a afirmação de Conceição (2013)² que "pacientes com alterações comportamentais severas tendem a acreditar fortemente que sua halitose também é severa, o que frequentemente não é realidade".

O perfil psicopatológico em pacientes com queixa de halitose também foi avaliado em um estudo com 155 pacientes por Oho *et al.* (2001)¹⁰, no qual 55% dos pacientes tinham um hálito normal ou apenas levemente alterado, encontrando uma correlação significativa entre o grau de halitose e a tendência à neurose, com um perfil psicopatológico mais severo nos pacientes com um nível de halitose mais leve.

[1] O termo organoléptico significa o efeito ou impressão produzidos por qualquer substância sobre os órgãos de tato, paladar ou olfato, e também no organismo como um todo. Especificamente no diagnóstico e tratamento da halitose, é o efeito que os compostos odoríferos exercem sobre o olfato do examinador, quando este o utiliza para avaliar o hálito do paciente.

Suzuki *et al.* realizaram dois estudos, em 2008¹¹ e 2011¹², avaliando os aspectos psicossomáticos de 165 e 368 pacientes, respectivamente, com queixa de halitose, sendo analisados através do teste organoléptico e cromatografia gasosa (um monitor de sulfeto portátil também foi utilizado no primeiro estudo). A condição psicológica dos pacientes foi avaliada em ambos os estudos utilizando o Cornell Medical Index (CMI).

No primeiro estudo constatou-se que aproximadamente 43% dos indivíduos com diagnóstico de pseudo-halitose e 20% dos indivíduos com diagnóstico de halitose real apresentavam sintomas neuróticos. No segundo estudo, dos 79 indivíduos que atenderam aos critérios de tendências neuróticas, 73.4% tinham halitose bucal, enquanto que 26.6% não tinham.

Como observado nos dois estudos de Suzuki *et al.*^{11,12}, as tendências neuróticas afetam indivíduos com ou sem halitose. No primeiro estudo, o grupo predominante de pacientes com características neuróticas foi o com pseudo-halitose e, no segundo estudo, foi o de pacientes com halitose real, demonstrando não haver uma correlação positiva entre as tendências à neurose e a presença ou não da halitose.

Como já descrito previamente, a halitose é usualmente classificada em: 1-) halitose real, em que a alteração do odor no hálito é detectada; 2-) pseudo-halitose, que é a queixa em ter mau hálito sem evidências de sua presença, e 3-) halitofobia, que é um forte comportamento fóbico do paciente diante da possibilidade em ter o hálito alterado. Contudo, foi elaborada uma nova hipótese à classificação da pseudo-halitose, ainda sem comprovação, associada à percepção pelo paciente de uma alteração na qualidade do odor do ar expirado, percebida somente por ele, pela expiração via retronasal.²¹ Esta ocorre quando as moléculas odoríferas presentes na cavidade bucal alcançam o epitélio olfatório através das coanas (que são as responsáveis pela comunicação entre a cavidade nasal e a faringe) e são absorvidas e dissolvidas no muco que recobre os receptores olfativos.¹⁴

Recentemente surgiu uma nova classificação para a halitose utilizando como critério a presença ou não da halitose, dividida em halitose real (quando esta é clinicamente constatada), halitose controlada, na qual existe a presença da halitose e esta só não é percebida no dia a dia pela eficiente rotina de higiene do paciente, e a halitose imaginária, em que há a queixa do paciente em ter halitose, sem que exista a sua presença ou motivos para causá-la.²² O termo "halitose imaginária" foi substituído por "halitose subjetiva" nesta classificação, pois duas definições da palavra subjetiva se adequam totalmente aos casos de pacientes com queixa em ter halitose, sem qualquer evidência de sua presença: "*relativa à forma como uma pessoa experimenta as coisas em sua própria mente*" e "*com base em sentimentos ou opiniões ao invés de fatos*". Esta nomenclatura foi utilizada originalmente pelo Dr. Alfredo Simonetti, médico psiquiatra, psicanalista, psicólogo clínico e hospitalar, e colaborador no ambulatório de ansiedade do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, no Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo (CIOESP), de 2012 a 2014. Além desta

classificação, foram criadas outras duas, uma sobre o número de alterações comportamentais que os pacientes desenvolvem, que será detalhada adiante, e outra relativa ao grau de dificuldade em tratá-las (grau I ou simples, grau II ou moderada, e grau III ou refratária).^{2,22}

Conceição²² ressalta a importância de que o paciente suspenda a limpeza da língua por 24 horas antes da consulta inicial, para que o diagnóstico da halitose seja possível em casos nos quais o paciente tenha mau hálito, mas este estiver adequadamente controlado no dia a dia, pela habilidade do paciente ao executar a higiene lingual. Esta recomendação foi inclusive aceita no workshop de halitose realizado durante a Breath 2013 (conferência internacional sobre a análise da respiração), e organizado com o intuito de criar um protocolo clínico consensual de tratamento da halitose para o dentista clínico geral, que será publicado em breve.²³

Um inventário (Tabela 1) contendo questões para avaliar o número de alterações comportamentais decorrentes da halitose (ACDH) foi elaborado por Conceição.² As 18 alterações mais comuns relatadas pelos pacientes, baseadas em 10 anos de atendimentos, são:

1. Falar menos;
 2. Desviar o rosto para falar;
 3. Evitar falar próximo a alguém;
 4. Usar mascaradores de hálito;
 5. Ter pensamentos de insegurança relacionados à halitose;
 6. Colocar a mão na boca ao falar;
 7. Restringir-se socialmente devido à halitose;
 8. Restringir-se profissionalmente devido à halitose;
 9. Restringir-se afetivamente devido à halitose;
 10. Falar para "dentro" (prender o ar ao falar);
 11. Falar menos em locais fechados, como elevadores e carros lotados;
 12. Fazer a higiene bucal e/ou da língua várias vezes ao dia;
 13. Isolar-se socialmente, deixando de ir a compromissos, devido à halitose;
 14. Desvalorizar-se (sentimento de baixa autoestima).
- Mudanças de comportamento devido à interpretação errônea de gestos e atitudes das pessoas, relacionando-os a seu "hálito ofensivo":
15. Interpretar erroneamente o ato de alguém passar a mão no nariz, correlacionando essa atitude com uma alteração em seu hálito;
 16. Interpretar erroneamente o ato de alguém oferecer-lhe uma bala ou chiclete, correlacionando essa atitude com uma alteração em seu hálito;
 17. Interpretar erroneamente que os outros fazem "comentários" sobre seu hálito;
 18. Interpretar erroneamente o ato de alguém virar o rosto ou se afastar, quando começa a falar, correlacionando essa atitude com uma alteração em seu hálito.

De acordo com o número de mudanças de comportamento que o paciente desenvolveu, as alterações comportamentais po-

Nº	Assinalar SIM se o paciente já tiver tido, duas vezes ou mais, alguma das alterações ou mudanças de comportamento abaixo.	SIM	NÃO
1	Por causa do mau hálito, você fala menos?		
2	Por causa do mau hálito, você desvia o rosto enquanto fala com alguém?		
3	Por causa do mau hálito, você evita falar de perto?		
4	Por causa do mau hálito você usa bala, chicletes ou enxaguatório para disfarçar ou mascarar seu hálito?		
5	Você tem pensamentos de insegurança com relação ao mau hálito (por exemplo: “será que estou com mau hálito”, “será que está forte”, etc.)?		
6	Por causa do mau hálito, você coloca a mão na frente da boca ao falar?		
7	O mau hálito tem afetado sua vida social (se você resolver seu problema de mau hálito ficará mais espontâneo socialmente)?		
8	O mau hálito tem afetado sua vida profissional (se você resolver seu problema de mau hálito ficará mais espontâneo profissionalmente)?		
9	O mau hálito tem afetado sua vida afetiva (se você resolver seu problema de mau hálito ficará mais espontâneo afetivamente)?		
10	Por causa do mau hálito já se percebeu falando para “dentro” (prendendo o ar), em uma situação em que precisou falar muito próximo de alguém?		
11	Por causa do mau hálito, em ambientes fechados e com muitas pessoas, como um carro ou elevador lotado, você fala menos?		
12	Por causa do mau hálito você passou a caprichar mais na sua higiene bucal (escovação dos dentes, uso de fio dental e/ou limpeza da língua)?		
13	Por causa do mau hálito, você já deixou de sair, comparecer a um evento social ou compromisso?		
14	Se resolver seu problema de mau hálito, sua autoestima irá melhorar?		
15	Já ocorreu de alguém próximo a você passar a mão no nariz e você achar que foi por causa de seu mau hálito?		
16	Já ocorreu de te oferecerem uma bala e você achar que foi por causa de seu mau hálito?		
17	Já ocorreu de alguém com quem você estivesse conversando se afastar um pouco ou virar o rosto enquanto você falava, ou levantasse quando você se sentasse a seu lado, e você achar que foi por causa de seu mau hálito?		
18	Você acredita já ter ouvido comentários (indiretos e/ou de terceiros) sobre seu mau hálito?		

TABELA 1
Inventário das alterações comportamentais decorrentes da halitose (ACDH)²

dem ser classificadas em:

- Alterações comportamentais leves: 01 a 06 mudanças de comportamento;
- Alterações comportamentais moderadas: 07 a 12 mudanças de comportamento;
- Alterações comportamentais severas: 13 a 18 mudanças de comportamento.

As principais características em pacientes com alterações severas de comportamento, especialmente graus II e III de complexidade no tratamento são^{2,4,18,24}:

- Ter tido consultas com vários especialistas, como Cirurgiões-Dentistas, otorrinolaringologistas, gastroenterologistas, clínicas de tratamento da halitose etc.
- Desenvolver um isolamento social, acreditando que o mau hálito o afasta de seus amigos, interfere em seu trabalho e em sua vida afetiva, ocorrendo um total isolamento em casos severos.
- Apresentar uma convicção inabalável de que tem halitose, e ser muito cético, recusando-se a acreditar que não tenha mau hálito, apesar de qualquer prova ou argumento contrário.
- Ter alucinações, delírios ou perda de contato com a realidade,

relacionado à sua halitose, sendo comuns descrições exageradas como os outros sentirem seu mau hálito a uma grande distância (o carro ao lado parado no semáforo que fecha o vidro, o vizinho que comenta sempre sobre um mau odor insuportável etc.).

- Desenvolver rituais complexos, por vezes patológicos, para mascarar ou acabar com o mau hálito, como usar três ou quatro tipos de enxaguatórios bucais por dia, lavar a boca com alvejante, removedor de manchas etc.

- Ter muitas informações sobre a halitose, de natureza não científica ou já tendo comprado livros a respeito do assunto; conhecer em detalhes o currículo dos profissionais que atuam no tratamento da halitose.

- Praticar uma higiene bucal e limpeza da língua detalhadas, várias vezes ao dia, e normalmente afirmando que essa rotina compulsiva não alivia o mau odor.

- Estar extremamente atento à reação das pessoas, prestando atenção se estas passam a mão no nariz ou se afastam quando eles falam, interpretando gestos e atitudes normais das pessoas como expressões de repugnância a seu hálito.

- Sentir um gosto e/ou cheiro fétido, insuportável e constante, sem que seja detectado um único motivo para esse fato.

- Nunca conversar com ninguém a respeito de seu problema, sofrendo calados por muitos anos, não sendo raro romperem em lágrimas, em menos de 10 minutos do início da consulta inicial junto ao profissional.

- Expressar descrença, despondimento e raiva quando ocorrem resultados normais em seu hálito ou se sua queixa de halitose não se confirma na consulta inicial.

- Adotar vários métodos e técnicas evasivas para impedir ou evitar que percebam sua suposta halitose, como não falar de perto, desviar o rosto para falar, usar mascaradores de hálito constantemente etc.

Algumas vezes, os pacientes com muitas alterações comportamentais e forte comprometimento social ou emocional, costumam relatar o evento que despertou o início de suas alterações de comportamento.^{2,18,24}

- Relatos ocorridos no passado, de alguém falar ao paciente que ele estava com mau hálito, muitas vezes há mais de 30 ou 40 anos, levando o paciente a se fechar, não comentar o fato com ninguém, se tornando aficionado por balas e chicletes, escovando os dentes e limpando a língua muitas vezes ao dia etc.

- O paciente crê que tem uma halitose ofensiva pelo fato de ao expelir um cáseo amigdaliano (placa bacteriana que se forma nas amígdalas que se assemelha a uma pequena bola de queijo) e apertá-lo entre os dedos, ter ficado traumatizado com o odor, passando a crer que tem uma halitose compatível com aquele cheiro.

- O paciente convive com alguém em casa ou no trabalho que tem um mau hálito muito ofensivo, levando-o a acreditar que também tenha o problema.

- O paciente tem alteração de paladar constante devido a algum fator que deve ser detectado e tratado. Em alguns raros casos o gosto amargo ainda permanece no término do tratamento, normalmente mais leve, mas o paciente consegue recuperar a segurança em ter um hálito agradável devido ao

tratamento de suas ACDH.

- Alterações olfativas, cuja casuística é mais rara, em que o paciente relata sentir um mau odor ao fazer complexos movimentos com a boca e narinas. Ao término do tratamento, raríssimos pacientes permanecem com essa queixa que, hipoteticamente, poderia estar relacionada à olfação retronasal.

- Paciente com delírios, acreditando que uma situação que nada tem a ver com a halitose, fez com que desenvolvesse o problema, como o caso de um paciente grau III de dificuldade no tratamento das ACDH, que tem uma convicção inabalável que sua halitose começou após a colocação de uma contenção ortodôntica móvel.

Como abordagem psicológica de tratamento das alterações comportamentais e da insegurança nos pacientes com queixa de halitose, Conceição² propõe o uso da exposição ao vivo, técnica derivada da psicologia comportamental amplamente utilizada no tratamento da fobia específica e do transtorno de ansiedade social, porém, adaptada ao tratamento da halitose. Segundo o autor, esta técnica quando corretamente aplicada, possibilita aos pacientes recuperarem a segurança em ter um hálito agradável, readquirirem a espontaneidade e naturalidade ao falar, e também conquistarem uma boa autoestima e qualidade de vida.²

O mecanismo de ação pelo qual a exposição ao vivo proposta por Conceição² funciona, é através de um processo de aprendizagem desenvolvido junto ao paciente. O método envolve o esclarecimento das alterações comportamentais que o paciente desenvolveu devido à halitose, independente do paciente ter halitose ou não, e como o tratamento dessas alterações funciona. É explicado ao paciente que após ter aprendido a conquistar e manter um hálito agradável, o que será confirmado nas consultas de retorno, este deve checar sistematicamente o hálito tratado com alguém de sua confiança, chamado "confidente", termo proposto inicialmente por Rosenberg *et al*.¹⁷. O confidente fará a análise organoléptica do ar expirado pela boca e nariz do paciente, atribuindo diferentes notas ao seu hálito, de acordo com as explicações fornecidas.²

O que se espera no decorrer do tratamento é que o paciente obtenha resultados sequenciais de um hálito normal, o que lhe possibilitará a progressivamente se sentir cada vez mais seguro em relação ao seu hálito. Para o caso de eventuais alterações no hálito do paciente, também é explicada a ele a classificação das origens da halitose pelo teste organoléptico,²⁵ que lhe possibilitará identificar a fonte da alteração do seu hálito, e então, ou tomar as providências necessárias para prontamente eliminá-la, ou ao menos identificar a origem da alteração. As explicações fornecidas ao paciente constam em uma ficha, chamada por Conceição de "Ficha de Controle do Hálito", que o paciente utilizará como um guia de orientação durante todo o tratamento, e também após ter tido alta.²

Para que o controle do hálito com o confidente possa começar a ser realizado, o pressuposto essencial é que a halitose esteja devidamente controlada.² Para isso, é fundamental utilizar uma técnica de limpeza da língua e produtos que propiciem os melhores resultados possíveis, pois a saburra ou biofilme lingual é a causa mais frequente e importante da halitose.²⁶

Conceição²⁷ desenvolveu uma técnica de limpeza da língua (Técnica DC) e produtos específicos para esta finalidade, que fo-



FIGURA 1

Produtos Halitus®: limpador de língua com cerdas em uma face da ponta ativa e aresta raspadora na outra, spray auxiliar para limpeza da língua e enxaguatório bucal

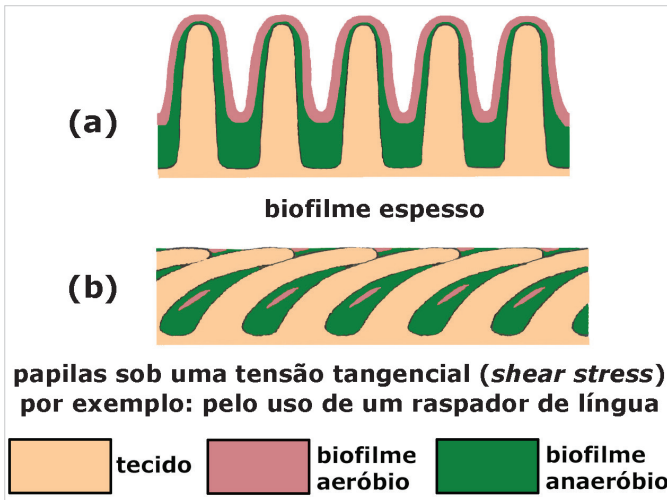


FIGURA 2

Figura modificada e traduzida, representando um esquema do biofilme lingual entre as papilas linguais. (a) Compreende a cobertura de um biofilme lingual espesso. A camada superior do biofilme é assumida como arejada e, portanto, aeróbia, enquanto que as camadas mais profundas são anaeróbias. (b) No caso de uma tensão tangencial (*shear stress*) exercida sobre as papilas, como no uso de um raspador de língua, as papilas linguais se dobram ligeiramente e protegem o biofilme remanescente no volume intersticial – reproduzida com a permissão dos autores²⁹

ram apresentados na oitava conferência em odores da respiração promovida pela ISBOR, em Dortmund, Alemanha, em 2009. Nesta conferência também foram exibidas as pesquisas que comprovaram a eficácia da Técnica DC e dos produtos para a remoção ou diminuição da formação do biofilme lingual.^{26,28} Segundo o autor, esta técnica permite uma limpeza lingual sem riscos de ferimentos à língua, e com um mínimo desconforto ou ânsia, que é um dos fatores que dificulta a limpeza.²⁷

Os produtos, limpador de língua com cerdas em uma face da ponta ativa e aresta raspadora na outra, spray auxiliar para limpeza

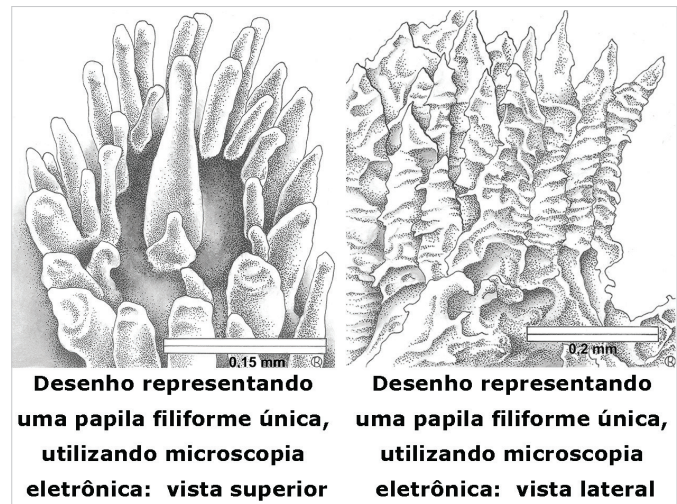


FIGURA 3

Desenho representando as imagens de uma papila filiforme única, por meio de microscopia eletrônica: vista superior, com comprimento da barra de 150 µm (ou 0,15 mm), e lateral, com comprimento da barra de 200 µm (ou 0,2 mm) – imagens adaptadas das figuras originais³⁰

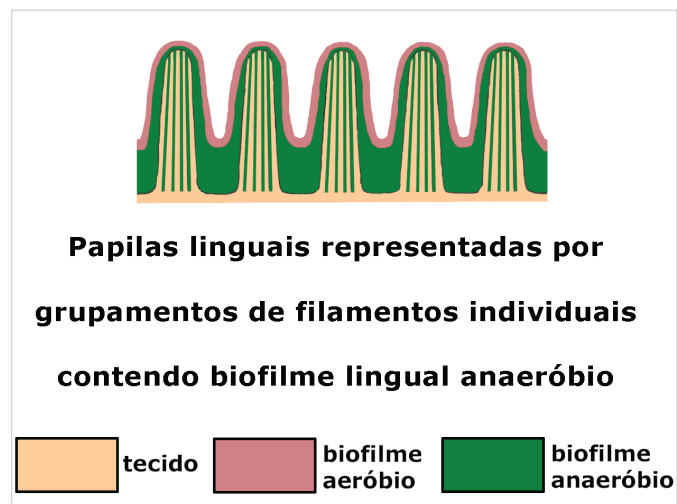


FIGURA 4

Papilas linguais lado a lado, com o biofilme lingual anaeróbio em meio às papilas linguais (biofilme interpapilar), e em meio aos filamentos e saliências que as compõem (biofilme intrapapilar)²⁷

da língua e enxaguatório bucal (Figura 1), foram desenvolvidos em parceria com a empresa júnior de Faculdade de Engenharia Química da Unicamp, Propeq, e junto ao Centro de Tecnologia da Informação Renato Archer – CTI.^{26,28}

O método de limpeza da língua desenvolvida por Conceição²⁷ é uma técnica químico-mecânica de remoção da saburra lingual, enquanto a limpeza realizada com escova de dente ou raspador de língua são procedimentos mecânicos, menos eficientes.²⁶ Ao limpar a língua com um raspador lingual, por exemplo, as papilas se dobram, resultando em um biofilme lingual residual, que não é removido (Figura 2).^{27,29}

As papilas linguais filiformes são as papilas mais numerosas presentes na língua. A visualização superior e lateral de uma papila filiforme única em microscopia eletrônica revelou que esta é, na realidade, um grupamento de inúmeros pequenos filamentos (Figura 3),^{27,29,30} fazendo com que o biofilme lingual se deposite não só entre as papilas linguais (biofilme lingual interpapilar), mas também entre os filamentos que compõe uma única papila (biofilme lingual intrapapilar), conforme demonstrado por Conceição²⁷ (Figura 4). Segundo o autor, a limpeza químico-mecânica da língua permite alcançar tanto o biofilme interpapilar, como o intrapapilar, removendo mais saburra lingual que as técnicas convencionais, o que foi comprovado em um estudo publicado em 2009 por Marocchio *et al.*²⁶ Paralelo a isso, o uso concomitante do enxaguatório permite reduzir a formação de saburra lingual, a concentração dos gases responsáveis pela halitose (CSVs), e diminuir ou evitar a formação de cáseos amigdalianos, a mais frequente causa de halitose proveniente das vias aéreas superiores.²⁸

Segundo Conceição²⁷, a eficácia desta técnica na remoção da saburra lingual permite limpar a língua menos vezes ao dia, sendo que aproximadamente 80% dos pacientes tem alta do tratamento da halitose necessitando limpar a língua apenas uma vez ao dia, associado ou não ao uso do enxaguatório. Esta técnica permite

ainda reduzir drasticamente o número de pacientes com queixa de boca amarga ao término do tratamento, pois se esta alteração de paladar estiver presente, este é um fator que frequentemente leva o paciente a acreditar erroneamente que sua halitose persiste. A alteração persistente de paladar pode prejudicar o paciente no uso da exposição ao vivo e, conseqüentemente, o sucesso no tratamento de suas alterações comportamentais, dificultando a recuperação de sua segurança em relação a ter um hálito agradável, bem como a conquista de uma boa autoestima e qualidade de vida adequada.

CONCLUSÃO

Tanto pacientes com halitose real como os que têm queixa em ter mau hálito, porém sem evidências de sua presença são candidatos ao tratamento da halitose, cujos objetivos essenciais são restabelecer um hálito agradável bem como a segurança dos pacientes. Importantes publicações reforçam ser fundamental que os protocolos de tratamento da halitose incluam uma abordagem psicológica, voltada em especial para o TAS. Para os casos refratários, em que a insegurança dos pacientes é difícil de tratar, há indicação de encaminhamento para psicólogos e/ou psiquiatras visando um tratamento multiprofissional.

REFERÊNCIAS

- Conceição MD. Introdução. Bom Hálito e Segurança! Metas Essenciais no Tratamento da Halitose. 1 ed. Campinas - SP: Arte em Livros; 2013. p. 23-9.
- Conceição MD. Alterações Comportamentais Decorrentes da Halitose (ACDH). Bom Hálito e Segurança! Metas Essenciais no Tratamento da Halitose. 1 ed. Campinas - SP: Arte em Livros; 2013. p. 315-38.
- Eli I, Baht R, Koriat H, Rosenberg M. Self-perception of breath odor. J Am Dent Assoc. 2001 May;132(5):621-6. PubMed PMID: 11367966. Epub 2001/05/23. eng.
- Yaegaki K, Matudaira S, Sano S, Kitamura T. Attitudes towards one's and other's oral malodour. In: van Steenberghe D, Rosenberg M, editors. Bad Breath: A Multidisciplinary Approach. Leuven, Belgium: Leuven University Press; 1996. p. 217-30.
- Zaitso T, Takeuchi S, Ohshiro A, Ohnuki M, Ueno M, Shinada K, et al. Relationship between Halitosis and Psychological Problems. 9th World Congress on Preventive Dentistry; 8-10 Sept 2009; Phuket, Thailand 2009.
- Zaitso T, Ueno M, Shinada K, Kawaguchi Y, editors. Relationship between Social Anxiety Disorder and Halitosis. IADR General Session; 2010 July 14-17; Barcelona.
- Zaitso T, Ueno M, Shinada K, Wright FA, Kawaguchi Y. Social anxiety disorder in genuine halitosis patients. Health Qual Life Outcomes. 2011;9:94. PubMed PMID: 22051118. PubMed Central PMCID: 3247091. Epub 2011/11/05. eng.
- Johnson BE. The olfactory reference syndrome and halitosis. In: Van Steenberghe D, Rosenberg M, editors. Bad Breath a multidisciplinary approach. Leuven, Belgium: Leuven University press; 1996. p. 231-37.
- Aravind VK, Krishnam VD. Body dysmorphic disorder, dysmorphophobia or delusional disorder-somatic subtype? Indian J Psychiatry. 2006 Oct;48(4):260-2. PubMed PMID: 20703349. Pubmed Central PMCID: 2915600. Epub 2006/10/01. eng.
- Oho T, Yoshida Y, Shimazaki Y, Yamashita Y, Koga T. Psychological condition of patients complaining of halitosis. J Dent. 2001 Jan;29(1):31-3. PubMed PMID: 11137636. Epub 2001/01/04. eng.
- Suzuki N, Yoneda M, Naito T, Inamitsu T, Yamada K, Okada I, et al. Association between oral malodour and psychological characteristics in subjects with neurotic tendencies complaining of halitosis. Int Dent J. 2011;61(2):57-62.
- Suzuki N, Yoneda M, Naito T, Iwamoto T, Hirofujii T. Relationship between halitosis and psychologic status. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008 Oct;106(4):542-7. PubMed PMID: 18602310. Epub 2008/07/08. eng.
- Rosenberg M. First international workshop on oral malodor. J Dent Res. 1994 Mar;73(3):586-9. PubMed PMID: 7909322. Epub 1994/03/01. eng.
- Conceição MD. Gosto, Olfato e o Paradoxo do Mau Hálito. Bom Hálito e Segurança! Metas Essenciais no Tratamento da Halitose. 1 ed. Campinas - SP: Arte em Livros; 2013. p. 47-9.
- Yaegaki K, Coil JM. Examination, classification, and treatment of halitosis; clinical perspectives. J Can Dent Assoc. 2000 May;66(5):257-61. PubMed PMID: 10833869. Epub 2000/06/02. eng.
- Hine MK. Halitosis. J Am Dent Assoc. 1957 Jul;55(1):37-46. PubMed PMID: 13438639. Epub 1957/07/01. eng.
- Rosenberg M, Feenstra L, Coil JM. Consensus Report 1: The Clinical Approach of Breath Malodour. In: Van Steenberghe D, Rosenberg M, editors. Bad Breath: A Multidisciplinary Approach. Leuven - Belgium: Leuven University Press; 1996. p. 285.
- Sterer N, Rosenberg M. Breath Odors: Origin, Diagnosis, and Management. Heidelberg: Springer; 2011.
- Eli I, Baht R, Kozlovsky A, Rosenberg M. The complaint of oral malodor: possible psychopathological aspects. Psychosom Med. 1996;58(2):156-9.
- APA - American Psychiatric Association. Social Anxiety Disorder [Acessado em 04 de Janeiro de 2014]. Disponível em: [http://www.dsm5.org/Documents/Social Anxiety Disorder Fact Sheet.pdf](http://www.dsm5.org/Documents/Social%20Anxiety%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf).
- Falcao DP, Vieira CN, Batista de Amorim RF. Breaking paradigms: a new definition for halitosis in the context of pseudo-halitosis and halitophobia. J Breath Res. 2012 Mar;6(1):017105. PubMed PMID: 22368258. Epub 2012/03/01. eng.
- Conceição MD. Classificação das Halitoses. Bom Hálito e Segurança! Metas Essenciais no Tratamento da Halitose. 1 ed. Campinas - SP: Arte em Livros; 2013. p. 75-88.
- Seemann R, Duarte da Conceicao M, Filippi A, Greenman J, Lenton P, Nachnani S, et al. Halitosis Management by the General Dental Practitioner - Results of an International Consensus Workshop. Journal of Breath Research. No prelo 2014.
- Rosenberg M. The science of bad breath. Sci Am. 2002 Apr;286(4):72-9. PubMed PMID: 11905111. Epub 2002/03/22. eng.
- Conceição MD. Técnica diagnóstica da origem das halitoses por meio dos testes organolépticos bucal e nasal. Bom Hálito e Segurança! Metas Essenciais no Tratamento da Halitose. 1 ed. Campinas - SP: Arte em Livros; 2013. p. 125-33.
- Marocchio LS, Conceição MD, Tárzia O. Remoção da saburra lingual: Comparação da eficiência de 03 técnicas. Rev Gau Odontol. 2009;57(4):443-8.
- Conceição MD. A importância da limpeza da língua. Bom Hálito e Segurança! Metas Essenciais no Tratamento da Halitose. 1 ed. Campinas - SP: Arte em Livros; 2013. p. 157-80.
- Conceicao MD, Marocchio LS, Tarzia O. Avaliação de um novo enxaguatório na formação de cáseos amigdalianos. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. 2008 Jan-Feb;74(1):61-7. PubMed PMID: 18392503. Epub 2008/04/09. eng.
- Hess J, Greenman J, Duffield J. Modelling oral malodour from a tongue biofilm. J Breath Res. 2008 Mar;2(1):017003. PubMed PMID: 21386147. Epub 2008/03/01. eng.
- Kobayashi K, Kumakura M, Yoshimura K, Takahashi M, Zeng JH, Kageyama I, et al. Comparative morphological studies on the stereo structure of the lingual papillae of selected primates using scanning electron microscopy. Ann Anat. 2004 Dec;186(5-6):525-30. PubMed PMID: 15646287. Epub 2005/01/14. eng.