



IX Congresso de Pesquisa e Extensão da FSG  
& VII Salão de Extensão

<http://ojs.fsg.br/index.php/pesquisaextensao>

ISSN 2318-8014



## AValiação sobre o conhecimento dos pacientes de uma instituição de ensino sobre halitose

Sofie Scarton Owens<sup>a</sup>, Débora Lima Machado<sup>a</sup>, Daniel Galafassi<sup>a</sup>, \*Juliane Pereira Butze<sup>a</sup>.

a) Curso de Odontologia, Centro Universitário da Serra Gaúcha-FSG, Caxias do Sul, RS.

\*Juliane Pereira Butze, endereço: Rua Os Dezoito do Forte, 2366.  
Caxias do Sul – RS. CEP: 95020-472.  
E-mail: [Juliane.butze@fsg.edu.br](mailto:Juliane.butze@fsg.edu.br)  
([deborahcsli@gmail.com](mailto:deborahcsli@gmail.com))

### Palavras-chave:

Halitose. Conhecimento. Percepção.  
Comportamento.

**INTRODUÇÃO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:** A halitose refere-se à alteração da qualidade do ar eliminado através da cavidade oral ou nasal, podendo resultar em aspectos negativos na qualidade de vida de seus portadores (LEANDRIN *et al.*, 2015). A maior parte dos fatores etiológicos da halitose tem sua origem na boca, podendo ser provenientes de cavidades de cáries, doença periodontal, próteses e restaurações mal adaptadas, impacção alimentar, biofilme e, acima de tudo, da saburra lingual (MARCHETTI *et al.*, 2015). A medida organoléptica é classificada como padrão-ouro para diagnóstico, sendo de fácil execução (LEANDRIN *et al.*, 2015). Outro método de diagnóstico é através do uso de monitores de sulfetos (Halímetro<sup>®</sup>), que é um aparelho usado para avaliação do hálito do paciente onde este detecta a presença de compostos sulfurados voláteis (CSV) presentes no ar exalado (MARCHETTI *et al.*, 2015). Um correto diagnóstico aliado à um efetivo tratamento é de extrema importância para o sucesso do tratamento da halitose (VASCONCELOS *et al.*, 2011). A maioria da população não possui conhecimentos sobre as principais causas da halitose, acreditando que o mau hálito é proveniente somente de hábitos como tabagismo, consumo frequente de bebidas alcóolicas, alimentos temperados e má higienização bucal (CIARCIA *et al.*, 2019). O objetivo do presente estudo foi verificar a percepção individual, bem como o conhecimento sobre halitose dos pacientes atendidos no Curso de Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG. **MATERIAL E MÉTODOS:** Foi avaliado uma amostra de conveniência a partir dos pacientes maiores de 18 anos que procuraram atendimento na Clínica de Triagem do Curso de Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG entre os meses de agosto e novembro

de 2020, totalizando 50 pacientes. Os pacientes responderam a um questionário composto por perguntas objetivas sobre o conhecimento e percepção deles em relação à halitose. O questionário utilizado foi composto por fragmentos do questionário desenvolvido pela Associação Brasileira de Halitose (ABHA), utilizado na pesquisa intitulada “Halitose: uma questão de interesse público-2009”.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Dos 50 pacientes, a maioria era do gênero feminino (67,35%) com idade média de 55 anos. Referente à origem do mau hálito, 4% acreditam ser devido ao estresse, 45% de origem estomacal, 2% de origem hepática, 45% proveniente da própria cavidade bucal e 4% devido problemas de nariz e garganta. Quanto ao tratamento, 96% acreditam existir tratamento para a halitose enquanto 4% julgam depender da causa do mau hálito. Em relação às causas da halitose, 4% acreditam que é por causa do consumo de álcool, 6% decorrente da boca seca, 35% da má higienização bucal, 12% devido ao fumo, 18% em virtude de cavidades de cáries e 25% em consequência de alguns tipos de alimentos. Alguns autores afirmam que a prevalência de mau hálito na população mundial é em torno de 30%, dos quais 80 a 90% dos casos tem origem intra-oral, resultante da degradação proteolítica de bactérias anaeróbias gram-negativas (DÍAZ; GIMÉNEZ, 2014). Essas degradações podem ser provenientes de diversas fontes, como dieta, saliva, fluidos gengivais, descamação de células epiteliais e células sanguíneas remanescentes (RUÍZ; CUNHA; BUSSADORI, 2007). Sobre a principal causa do mau hálito, grande parte dos entrevistados asseguraram que a má higienização da cavidade oral é crucial para o combate à halitose, confirmando o que diz Oyetola *et al.* (2016). O fumo também foi apontado pelos participantes como um dos causadores do mau hálito. Os componentes da fumaça exalada, bem como as partículas da fumaça do tabaco que se depositam nas membranas mucosas e nos dentes, causam o chamado hálito do fumante, que se sobrepõe ao cheiro normal do ar exalado. Contudo, o aumento da tendência dos fumantes de acumular placa bacteriana e sua diminuição do fluxo de saliva são fatores de risco para halitose (RUÍZ; CUNHA; BUSSADORI, 2007). Para o correto diagnóstico e tratamento, é importante averiguar a causa através da anamnese, histórico médico e odontológico (BICAK, 2018). O tratamento desta patologia consiste, além do tratamento de cáries e doenças periodontais, na correta instrução de higiene oral, reforçando a necessidade de higienização da língua para a remoção da saburra lingual (MARCHETTI *et al.*, 2015).

**CONCLUSÃO:** Perante os resultados obtidos, concluiu-se que a população ainda carece de conhecimento a cerca do assunto pesquisado. Enfatiza-se ainda que, é dever do Cirurgião-Dentista informar, diagnosticar e tratar a halitose, quando de origem intra-bucal. Quando de origem extra-bucal, o tratamento multidisciplinar deve ser instaurado.

---

**REFERÊNCIAS**

1. BICAK, D.A. A Current Approach to Halitosis and Oral Malodor- A Mini Review. **The Open Dentistry Journal**. 2018; 12: 322-330.
2. CIARCIA, A.C.; GONÇALVES, M.L.; HORLIANA, A.C.; et al.. Action of antimicrobial photodynamic therapy with red leds in microorganisms related to halitose Controlled and randomized clinical trial. **Medicine**. 2019; 98: 1-7.
3. DÍAZ, L.; GIMÉNEZ, X. Sistemas de evaluación y registro de la Halitosis. **Acta Odontológica Venezolana**. 2014; 52: 1-14.
4. LEANDRIN, T. P.; BOECK, E.M.; RICCI, H.A.; ANDRADE, M.F.; CIQUEIRA-LEITE, J.B. Avaliação da percepção pessoal em relação à condição de halitose e confirmação clínica. **Revista de Odontologia da UNESP**. 2015; 44: 299-304.
5. MARCHETTI, E.; TECCO, S.; SANTONICO, M.; et al. Multi-Sensor Approach for the Monitoring of Halitosis Treatment via *Lactobacillus brevis* (CD2). **Sensors**. 2015; 15: 19583–19596
6. OYETOLA, O.E.; OWOTADE, F.J.; FATUSI, O.A.; OLATUNJI, S. Pattern of presentation and outcome of routine dental interventions in patients with halitosis. **Nigerian Postgraduate Medical Journal**. 2016; 23: 215-220.
7. RUÍZ, R.; CUNHA, F.; BUSSADORI, S. Halitose. **ConScientiae Saúde**. 2007; 6: 249-254.
8. VASCONCELOS, L.C.; VELOSO, D.J.; CUNHA, P.A. Clinical knowledge of dentists and physicians on the diagnosis and treatment of the patient complaining of halitosis. **Rev Odonto Cienc**. 2011; 26 :232-237.