

“A HALITOSE NÃO É SÓ UM TABU SOCIAL, É TAMBÉM UM TABU MÉDICO”

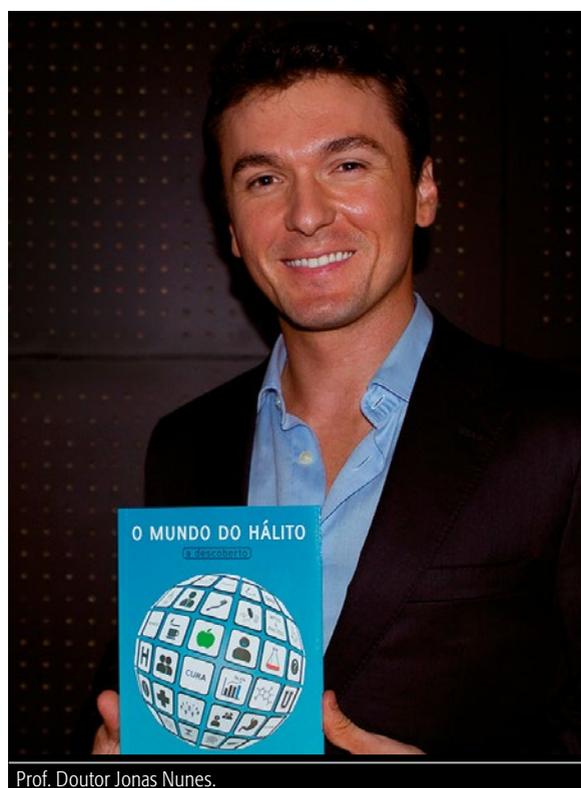
Estima-se que a halitose é um problema que pode afetar de forma persistente mais de 25% da população mundial, manifestando-se por uma alteração do ar expirado, pela boca ou pelo nariz, como sinal de uma fisiopatologia. Apesar das causas orais assumirem um papel bastante relevante, a halitose pode ter mais de 80 causas diferentes. O Prof. Doutor Jonas Nunes, médico dentista português dedicado exclusivamente ao diagnóstico e tratamento das halitoses mais complexas, dirige uma Unidade Hospitalar de referência pioneira na Europa. Explica a *O JornalDentistry* as tendências mais atuais na abordagem desta patologia a nível internacional

O JornalDentistry - Porque decidiu dedicar-se exclusivamente ao estudo da halitose?

Prof. Doutor Jonas Nunes - Sou filho de médica estomatologista que desempenhou funções de diretora de serviço de Estomatologia num hospital, o que levou a que crescesse num ambiente médico-dentário. A halitose sempre foi um tema ao qual faltavam respostas, e por uma série de circunstâncias e oportunidades - a nível de investigação académica e clínica, com passagem por Chicago e Telavive -, acabei por me dedicar ao diagnóstico e tratamento da halitose. Atualmente, estou radicado em Barcelona, devido à unidade hospitalar do hálito. Esta nova unidade encontra-se especialmente vocacionada para todos aqueles casos de pessoas que sofrem de mau hálito, ainda que tenham uma higiene oral correta, que não comam habitualmente alimentos como alho ou cebola, e que aparentemente não possuem qualquer doença com a qual facilmente se pudesse estabelecer relação com a halitose. Na equipa multidisciplinar que dirijo, coexistem médicos gastroenterologistas, otorrinolaringologistas, de medicina interna, nefrologia, pneumologia, psiquiatria, psicólogos e nutricionistas - que representam as várias áreas da saúde relacionadas com a halitose. Muitos dos casos que tratamos, quando chegam até nós, são verdadeiros dramas humanos. A halitose é uma patologia que tem um elevado impacto psicossocial na qualidade de vida das pessoas. Para o diagnóstico destes casos mais complexos, dispomos de pautas médicas específicas e de tecnologias apropriadas, como o nariz eletrónico.

Como funciona o “nariz eletrónico”?

O nariz eletrónico é um aparelho de última geração que permite, numa amostra de hálito, identificar todos os gases presentes, quantificar a concentração de cada um (geralmente, em partes por bilião e em partes por trilião), e separá-los, gás por gás, numa coluna de cobre com vários metros. Obviamente, estes aparelhos são bastante dispendiosos e têm que ser operados por técnicos especializados. A designação “nariz eletrónico” advém do facto deste aparelho ter uma função acrescida, que é a de expelir o gás para o nariz de um “juiz de odor”, que identifica se este gás tem propriedades de cheiro ou não, permitindo assim caracterizar cada odor. Conhecer a fórmula química molecular de um composto volátil não é suficiente para saber se este



Prof. Doutor Jonas Nunes.

“Diria que cerca de 20% da população portuguesa possa ter sofrido de halitose patológica e persistente em alguma fase da vida”

tem propriedades odoríferas ou não. Dediquei-me durante anos ao estudo dessas moléculas - podem existir até três mil distintas no hálito humano - e à relação com as distintas fisiopatologias que as produzem.

Qual o protocolo seguido nestes casos?

Todos os pacientes passam por uma fase de diagnóstico que inclui uma anamnese completa que visa todas as possíveis causas, sinais e sintomas, antecedentes, etc., e a aplicação de escalas psicológicas que medem o impac-

to na qualidade de vida e identificam eventuais transtornos obsessivo-compulsivos. Realizamos também algumas colheitas de amostras biológicas: a que nos proporciona o maior valor diagnóstico é a análise do hálito através de cromatógrafos gasosos associados à espetrometria de massa e de narizes eletrónicos. Também realizamos PCR quantitativa e bioquímicas salivares. Consoante a causa da halitose, o paciente é encaminhado para o profissional da especialidade mais adequada para realizar-se o tratamento. Na Unidade Hospitalar da Halitose em Barcelona toda a equipa está integrada. Em Portugal, quando recebo pacientes nas clínicas onde colaboro, em Lisboa e em Gaia, aqueles casos que necessitam atenção de outras especialidades, envio-os para a rede de médicos especialistas que colaboram comigo em ambas cidades (ou, caso o paciente tenha um seguro ou acordo, para o profissional mais conveniente). Se o paciente tiver sido enviado por um colega médico dentista e a causa é oral, contacto com o colega para que tomemos decisões sobre a estratégia de tratamento - na maioria dos casos é o próprio colega que o realiza depois de ser informado sobre a causa identificada. Se não for oportuno para o colega realizar, em ambas clínicas onde trabalho existem periodontologistas de excelência.

A maioria dos pacientes que recebe são encaminhados por outros profissionais de saúde, ou recorrem a ajuda especializada por iniciativa própria?

Em Portugal, a maioria dos pacientes que trato são referenciados por colegas médicos dentistas e por médicos de várias especialidades, de norte a sul. Em Barcelona, na Unidade Hospitalar, os pacientes procedem de vários países. Recebemos pacientes de clínicas universitárias, de colegas e, devido à elevada exposição mediática da unidade, os pacientes descobrem-nos também pelos meios de comunicação social. Tratamos sobretudo os casos mais complexos, extraordinários. Por motivos éticos e deontológicos, preocupo-me sempre em estar apenas focado na questão da halitose. Envio o diagnóstico e o plano de tratamento ao colega que me enviou o paciente, e, apesar de em Portugal trabalhar em dois centros médico dentários de elevado prestígio, a MD Clínica, em Lisboa, e a Clínica Dentária d'Avenida, no Porto, ambos os fundadores são altamente respeitadores e éticos relativamente aos colegas e pacien-

tes de outros centros que nos são referidos. O que, em termos práticos, significa que, assim que o paciente é tratado relativamente à halitose, é enviado de volta ao colega. E, caso exista necessidade de tratamentos médico-dentários que estejam relacionados com o problema do hálito, comunico diretamente com o colega que enviou o paciente, sem comprometer a confiança do colega ou provocar insegurança no paciente. Os juízos precipitados, a crítica e falta de respeito pelos colegas simplesmente não têm lugar na nossa consulta.

A halitose tem uma carga psicossocial bastante elevada...

Sem dúvida, e é compreensível. Por esse facto, todos os pacientes que vêm à consulta pela primeira vez têm de passar por um diagnóstico psicológico, para conseguirmos identificar qual o impacto que a halitose está a ter na sua vida. Surpreendentemente, não há uma correlação direta entre a intensidade da halitose e o impacto psicológico que esta provoca ao próprio paciente. Ou seja, uma pessoa com uma halitose muito intensa não significa que sofra mais com o problema do que uma pessoa com uma halitose leve ou até inexistente – já que alguns casos de pacientes são psicológicos. O que mais influencia o impacto sofrido por uma pessoa são um conjunto de características que incluem os traços de personalidade, por exemplo, a nível de autoexigência, o meio social, o género – o feminino geralmente é mais intolerante. Uma medição do impacto psicológico que uma pessoa está a sofrer é fundamental para um diagnóstico completo e, por inerência, para o estabelecimento do plano de tratamento. Quando um paciente vem à consulta pela primeira vez e descobrimos através da aplicação de escalas psicológicas que já considerou cometer suicídio devido a este problema, como resultante de vários anos de isolamento social e depressão, nem sempre eliminar a halitose (isto é, o mau odor na sua dimensão biológica) resolve o problema do paciente. Um paciente que conviveu com esta realidade durante vários anos pode ter dificuldade em crer que o problema foi erradicado e em viver de acordo com a nova realidade (liberto, sem comportamentos defensivos como manter uma maior distância de terceiros, hábitos compulsivos de higiene oral e uso de pastilhas elásticas, etc.). Em alguns casos, é necessário realizar-se tratamento psicológico, como a terapia cognitivo-condutual, para garantir uma reabilitação do paciente a nível psicossocial. Terminamos, então, com um paciente que se liberta do problema de forma completa e está ajustado à sua nova realidade, feliz.

Obviamente, na consulta, também existe o caso oposto, isto é, pacientes em que o tratamento biológico é suficiente, ou seja, não é necessário apoio psicológico. Isto é, a remissão do problema é acompanhada por uma adequação à nova realidade e o retrocesso desse impacto na qualidade de vida. Um exemplo disso é aquele paciente que foi alertado pelo cônjuge para vir à consulta – que nem sequer tinha a auto percepção de que padecia de halitose, e que depois de realizado o tratamento biológico esquece-se de imediato que sofreu do problema – não necessitando apoio profissional a nível emocional e comportamental.

Os médicos dentistas estão sensibilizados para este problema?

Em geral, estão sensibilizados para o diagnóstico e para o tratamento das patologias orais mais frequentemente desencadeadoras de halitose. No entanto, há um desafio que enfrentamos como coletivo e que precisamos finalmente de ultrapassar. Este desafio prende-se com uma herança cultural-sociológica que ainda influencia nos dias de hoje a nossa atuação, e que está em conflito com as nossas responsabilidades como profissionais de saúde e com aquilo que a população espera de nós. Isto é, a halitose é não só um tabu social, é também um tabu médico.

Em 2011, participei num estudo publicado na revista da SPEMD que constatava que a vasta maioria dos alunos finalistas em medicina dentária confirmavam dar-se conta do mau hálito de vários pacientes, mas que não alertavam



esses pacientes sobre a situação. Os principais motivos referidos pelos inquiridos foram: não saber como tratar (sobretudo depois de observar que o paciente não possuía gengivite ou periodontite) ou o medo de que o paciente se sentisse ofendido. O curioso é que todos os médicos dentistas inquiridos reconheceram que, se padecessem de mau hálito, já que o próprio pode não se dar conta que padece do problema, gostariam de ser alertados, e que não se sentiriam ofendidos (mas sim agradecidos) se um profissional de saúde os advertisse para o problema. É neste sentido que todos temos de falar mais e melhor sobre a halitose. É imperativo, em primeiro lugar, acabar com o estigma de que a halitose é sinónimo de uma má higiene oral – para que o paciente não se sinta estigmatizado de forma injusta, ou que “é do estômago e não há cura”. Existem 80 causas para a halitose e as taxas de êxito atuais, inclusive para as causas extraorais, são muito elevadas (superiores a 97%). Depois, é crucial começarmos a alertar os pacientes. Muitos pacientes confessaram-nos, com uma certa indignação, ter descoberto que padeciam mau hálito desde há vários anos (informados muito tempo depois por um familiar ou amigo) e que o médico dentista ou higienista, que lhes fazem a destaratarização a cada seis meses, nunca os informou.

Por outro lado, constato que existem médicos dentistas, que pela sua forma de ser, pela sua personalidade e com-

promisso com o paciente, têm a capacidade de falar abertamente com o paciente. Para mim, são heróis e uma referência na nossa profissão. No final, o paciente agradece sempre. Dou-me conta desta realidade pois alguns enviam-me esses pacientes para tratamento, e o paciente comunica o seu laço com esse profissional de saúde. Graças ao profissional que o alertou para o problema, que permitiu uma solução atempada, evitando certas consequências negativas, o paciente sai mais satisfeito. Há uns anos, um artigo indexado concluía que a halitose era a patologia oral com maior impacto na qualidade de vida (sobretudo pelo forte impacto a nível das dimensões psicológica e social). Ora, por vezes, diagnosticamos e tratamos a mais pequena lesão de cárie interproximal – algumas delas estáveis, sem evolução – mas não advertimos para uma situação que pode ser causa de divórcio, depressão por desemprego, etc. Creio que é um problema que devemos reconhecer e debater como coletivo e empreender em soluções que transformem positivamente o estado atual para melhor corresponder ao que a população espera de nós: alerta e diagnóstico precoce. Creio que as faculdades e as autoridades do nosso setor são as que estão mais bem posicionadas para poder mudar a realidade atual.

Qual o estado da arte no que diz respeito ao tratamento desta patologia, no nosso país?

A perceção que tenho, em linha com alguns colegas meus de outros países que de alguma forma têm tido contacto com a realidade portuguesa, é a de que o exercício da medicina dentária em Portugal é, em geral, de elevada qualidade. Em relação à halitose, apenas baseando-me nas características dos pacientes que me são enviados – nos últimos anos atendi mais de 9 mil pacientes de

mais de 80 países – é raro encontrar um paciente enviado por um médico dentista português, ou que seja assistido por um médico dentista em Portugal, que apresente causas orais flagrantes, tais como gengivite, periodontite, língua saburrosa, etc. Creio que todos sabemos quais são as principais causas a nível oral e, neste contexto, a minha perceção é a de que Portugal tem uma excelente escola de medicina dentária e, mais especificamente, de periodontologia. Tive o privilégio de ter sido aluno de excelentes professores na FMDUL. Colegas formados noutras faculdades também me confirmaram a boa formação recebida. Ora, o que é importante ter em conta é que quando a halitose é de origem não periodontal ou não infecciosa com origem na cavidade oral, esta precisa de um diagnóstico etiológico, identificando a fisiopatologia que a desencadeia de forma a abordar o problema na origem, e não através do uso de produtos que mascaram o odor, como os elixires com menta, pastilhas elásticas, etc. Seja uma disfunção salivar, uma amigdalite caseosa crónica assintomática, fenómenos rinosinusais ou digestivos cujo nexo de causalidade não foi possível identificar através de uma gastroscopia ou um TAC rinosinusal, estes fenómenos desencadeantes de halitose precisam de ser diagnosticados. Neste sentido, para obter um resultado satisfatório para o paciente, é necessário o uso de tecnologia específica – como os narizes eletrónicos – manuseada por técnicos especializados numa abordagem

multidisciplinar. É um problema médico que precisa da abordagem de um profissional de saúde e não um sintoma - motivo de chacota - cuja primeira linha de referência que impera aos olhos da população é a indústria produtora de elixires bucais mentolados ou outros produtos relacionados. Nesse sentido, nós como coletivo, precisamos falar mais da multiplicidade das causas, saindo do lugar comum da falta de escovagem dos dentes, da gastrite (que nem é uma causa muito frequente), ou do alho e da cebola, tendo uma palavra atual e oportuna que tenha sentido para todos aqueles que já têm uma higiene oral correta e não padecem de patologia oral que justifique a alteração do hálito.

Qual a prevalência da halitose em Portugal?

Creio que ninguém sabe ao certo e é difícil obter um valor que satisfaça sobretudo os mais críticos. Não há um critério universalmente aceite acerca da elevada variabilidade de compostos voláteis a incluir no estudo e, a partir de que concentração gasosa em partes por bilião e por trilião, que frequência se considera “ter halitose”, e se devemos considerar apenas as halitoses resultantes de patologias ou também as fisiológicas, como por exemplo, a halitose persistente ao despertar que grande parte da população padece e que está relacionada com o jejum - compostos voláteis expirados pelo pulmão resultantes da gluconeogénese - associado ao fenómeno natural de estagnação salivar durante a noite. Também a hora da avaliação pode influenciar no valor apurado. E, claro, usando métodos de medição objetivos como os narizes eletrónicos, os custos serão muito elevados. Em 2012, publiquei juntamente com dois médicos um estudo de prevalência na Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, onde verificámos que 49,5% dos utentes de um centro de saúde no norte de Portugal padeciam de mau hálito, usando um cromatógrafo de gases calibrado para três gases de enxofre e dois juizes avaliadores de odor. Ora, neste caso específico, convém esclarecer que era uma quarta-feira de manhã em tempo de aulas, onde encontrámos uma amostra de utentes de nível socioeconómico modesto e com idade avançada, muitos com o hábito de beber uma aguardente logo pela manhã, sobretudo por se tratar de um dia frio. No entanto, nem tudo nos saiu enviesado. Obtivemos uma correlação inédita a nível internacional entre padecer halitose e a toma continuada de antidepressivos e isso valeu-nos a publicação e a apresentação no congresso anual nacional dos médicos de família.

Considerando os poucos estudos existentes noutros países, que possuam certo grau de paralelismo com a realidade portuguesa, ainda que com maior ou menor grau de enviesamento, diria que cerca de 20% da população portuguesa possa ter sofrido de halitose patológica e persistente em alguma fase da vida. Ironicamente, uma parte só tomou conhecimento bastante mais tarde porque nunca havia sido alertada para tal - uma realidade que constatamos diariamente na nossa unidade.

Realiza formação dedicada a halitose, em Portugal?

Nos últimos anos tenho estado bastante comprometido em Espanha, sobretudo com a abertura e com a missão desta unidade hospitalar de halitose em Barcelona, já a tratar milhares de pacientes dos vários pontos do globo. No presente, encontro-me com projetos semelhantes, desta feita, num hospital universitário em Milão e noutro em Londres, onde me desloco mensalmente. O fato de partici-



par pouco no meu próprio país é uma situação da qual não me orgulho e espero encontrar oportunidades para retificar. Atualmente, viajo a Portugal uma vez ao mês para tratar os pacientes com halitoses mais complexas - com o apoio do laboratório de cromatografia gasosa de Barcelona - a maioria enviados por companheiros médicos dentistas e por médicos de várias partes do país. As consultas estão, como já referido, em Lisboa, na MD Clínica, e em Gaia, na Clínica Dentária d’Avenida. Ambas as clínicas têm equipas de elevada qualidade e abraçaram este projeto - em colaboração com o Instituto del Aliento - dirigido aos que se consideram os “esquecidos da Medicina”, permitindo transformar a condição de pacientes outrora portadores de halitose, maus sabores de boca, boca seca, e outras relacionadas. Faço uma menção especial aos diretores, Dr. António Pereira e Dra. Marina de Praetere, pelo compromisso pessoal com esta consulta e com estes pacientes cujas vidas se viram afetadas pela patologia. No entanto, em Portugal, deixei escrito um livro a pedido de vários colegas e professores, e a convite da Editora Gradiva: “O Mundo do Hálito - a Descoberto”, que explica as causas, os tratamentos, e as bases da moderna consulta multidisciplinar de halitose, suportado pelas referências bibliográficas mais relevantes e pela nossa experiência de tantos casos. A julgar pela quantidade de contatos que vou recebendo dos colegas e pelas vendas, igual que noutros países, parece-me que está a ser do interesse formativo para o setor médico e dentário em Portugal.

Que conselhos gostaria de deixar aos médicos dentistas portugueses?

Creio que é importante recordar que a auto percepção da halitose e a halitose verdadeira, com frequência, não estão associadas. Isto quer dizer que, numa consulta, um paciente pode pedir-nos ajuda para que lhe solucionemos o mau hálito, mas isso não significa que realmente padeça de uma halitose real, isto é, que terceiros alguma vez tenham notado a existência de mau hálito. Constatámos que cerca de 20% dos pacientes atendidos na nossa unidade de halitose, afinal, nunca havia padecido de halitose real ao longo da vida - facto que confirmámos com os familiares e com os amigos mais próximos. Paradoxalmente, ao longo da vida, tinham pedido tratamento e sido submetidos a diversos tratamentos para a halitose, como o uso regular de elixires específicos, sujeição a cirurgia periodontal, extrações de dentes desvitaliza-

dos, amigdalectomias, cirurgias rinosinusais, toma de fármacos como os inibidores de bombas de prótons e os antibióticos, entre outros. A crença, por parte de um paciente, de que padece de mau hálito pode estar influenciada, por exemplo, por uma sensação frequente de mau sabor de boca ou de boca seca, ou por uma insegurança que o leva a interpretar de forma equivocada que certas ações por parte de terceiros, como coçar o nariz ou ser-lhe oferecido uma pastilha elástica, são sinais inequívocos de que padece de mau hálito. Tendo em conta que pode ser um tema tabu mesmo com os mais próximos, uma pessoa pode pensar que, pelo facto de nunca ter sido alertado para o problema por um familiar ou por amigo, não significa que não tenha. Tudo isto determina que, antes de prescrevermos um tratamento devemos ser prudentes, por exemplo, pedindo a opinião do cônjuge ou dos filhos. Tenho assistido a este paradoxo com uma frequência crescente nos últimos 10 anos e julgo que reflete uma sociedade cada vez mais auto exigente. Como todos sabemos, esta pressão social crescente para que pareçamos sempre bem, em alguns casos, conduz a situações pouco saudáveis do ponto de vista psicossocial.

E, finalmente, creio também que é importante referir que insistir nos hábitos de higiene oral com um paciente portador de halitose que já tem uma higiene oral eficiente e rigorosa e que não apresenta patologia oral, é contraproducente e, em certos casos, conduz à obsessão-compulsão. Para as halitoses extrabucais, é importante um diagnóstico multidisciplinar com a aplicação dos narizes eletrónicos tendo em conta as mais de 80 fisiopatologias que incluem as relacionadas com a otorrinolaringologia, gastroenterologia, medicina interna, etc. Em Portugal essa consulta já existe. ■

Sara Moutinho Lopes

CV PROF. DOUTOR JONAS NUNES

Investigador, clínico e docente, é honorário do Departamento de Estomatologia da Universidade de Sevilha. O seu trabalho de investigação foi reconhecido por especialistas académicos do Reino Unido e Itália, que concederam ao seu doutoramento o grau de Menção Europeia, o European Doctorate, tendo recebido o Prémio de Doutoramento Extraordinário pela Universidade de Sevilha (entre mais de 1.200 teses de doutoramento). Dirige a Unidade Hospitalária do Hálito do Centro Médico Teknon, um dos centros hospitalares mais prestigiados de Espanha.

De nacionalidade portuguesa, nasceu no Reino Unido em 1980, licenciou-se em Medicina Dentária na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. Visita mensalmente dois centros em Portugal onde trata os casos mais complexos de halitose, em Lisboa (MD Clínica) e no Grande Porto (Clínica Dentária d’Avenida). Atualmente, prepara-se para co-dirigir duas unidades hospitalares e universitárias recém-criadas nas cidades de Londres e Milão.

Comprometido com a sensibilização da halitose, ele e a sua equipa foram destacados pelos principais meios de comunicação social espanhóis: TVE, El País, El Mundo, La Razón, Radio Nacional de España, COPE, Cadena SER, entre outros. Foi escolhido pelo famoso jornalista Victor Amela como personagem internacional de destaque na secção «La Contra» do jornal La Vanguardia (15-07-2015). Escreveu o best-seller internacional sobre halitose, *Cómo cuidar tu aliento. La guía definitiva* (à venda em mais de 30 países; traduzido ao inglês e ao italiano) e *O Mundo do Hálito a descoberto* (Ed. Gradiva).