





A halitose é um dos sinais orais mais evidentes e prevalentes na população, mas também, em muitos casos, um assunto pouco abordado na consulta dentária. A falta de preparação de alguns profissionais, bem como de meios para abordar o problema, a que acresce uma cultura que o converte num tabu e o rodeia de preconceitos, dão azo a situações paradoxais: há pacientes que sofrem de halitose sem serem diagnosticados nem tratados, enquanto outros reclamam tratamentos para uma patologia de que não padecem. Nos últimos anos, a investigação tem vindo a permitir a elaboração de protocolos de tratamento efetivos e até a análise do hálito como via de deteção de doenças.

# PERPETIVAS

## Halitose: um tabu com problemas de fundo

# Perspetivas

Em setembro de 2011 foram divulgados, na *Revista Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, os resultados de um inquérito realizado (em 2009) entre estudantes de uma universidade nacional que estavam à beira de concluir o curso de Medicina Dentária, com o fim de sondar a preparação dos jovens dentistas em relação à halitose. Os resultados foram elucidativos: 42% dos estudantes referia que a origem mais frequente do mau hálito era o estômago (apenas um quarto dos inquiridos assinalava o que hoje se considera o principal foco: a parte posterior do dorso lingual) e cerca de metade dos estudantes não sabia quais eram as condicionantes orais mais associadas a este problema nem conhecia os agentes terapêuticos dos colutórios mais apropriados para combatê-lo. Por outro lado, 70% dos estudantes afirmava que preferia não alertar os pacientes para um problema de halitose durante uma consulta de rotina se o paciente não o pedisse, e uma percentagem muito semelhante declarava não estar preparada para tratar estes casos.

Apesar do mau hálito ser um dos problemas bucais com maior incidência, com consequências evidentes sob o ponto de vista social e psicológico – para além das implicações clínicas em algumas situações –, continua a existir um certo desconhecimento neste âmbito, não apenas junto da população como também entre os próprios profissionais.

Na opinião de Jonas Nunes, promotor do inquérito e autor principal do artigo que tornou públicos os resultados, não está em causa uma desvalorização do problema da halitose por parte dos dentistas nas suas consultas; simplesmente, não se sentem preparados para tratá-la. “Praticamente a totalidade dos inquiridos assinalou que, perante a perspectiva de um paciente lhes comunicar um problema de mau hálito, gostaria de ser informado”, observa o também diretor do Instituto do Hálito e responsável pelo Departamento de Halitose do Grupo Plénido, para quem esta resposta revela que os profissionais não se sentem preparados. “Sentem que a formação recebida na faculdade não é suficiente e, como tal, prefeririam não abordar este tema com os pacientes se detetassem mau hálito, por receio de não serem capazes de solucionar o problema”. Jonas Nunes adianta que uma das principais causas do hálito é, geralmente, um mau estado periodontal, “e nesse sentido estão preparados; mas em relação a alguns pacientes, sobretudo aqueles que não têm doenças periodontais, não se sentem preparados para



Jonas Nunes,  
diretor do Instituto  
do Hálito.

enfrentar a questão e, vendo que podiam deparar-se com o problema, preferem não falar”.

Sobre esta matéria, Luzia Mendes, assistente convidada de Peridontologia na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP) e responsável pela consulta de halitose da mesma instituição de ensino superior, considera que os médicos dentistas e os higienistas possuem as competências necessárias. “Muitos, porém, poderão não estar seguros na orientação por não possuírem um treino académico formal, por não disporem de meios de diagnóstico e monitorização do mau hálito no consultório, como os monitores de compostos sulfurosos voláteis, ou talvez por não se sentirem confiantes no modo de abordar o problema e no reforço da confiança e auto-estima dos pacientes ao longo do tratamento”.

Por seu lado, Ana Mano Azul, professora auxiliar do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (ISCSEM) e membro da International Society for Breath Odor Research (ISBOR), sustenta que no contexto da Medicina Dentária “assiste-se a um melhor conhecimento científico do que é a halitose”. Admite, porém, que torna-se indispensável “uma maior sensibilização dos profissionais de saúde nesta área”. Esta médica dentista, que rege as disciplinas de Dentisteria Operatória, Endodontia, e Medicina Dentária Conservadora do ISCSEM, constata que a população encontra-se mais alerta dada a facilidade de acesso aos canais atuais de informação. Como tal, “alguns pacientes surgem atualmente no consultório com um único motivo de consulta: resolver a sua halitose”.

**Jonas Nunes:**  
Muitos profissionais sentem que a formação recebida na faculdade não é suficiente e, como tal, prefeririam não abordar este tema com os pacientes, por receio de não serem capazes de solucionar o problema

# Perspetivas

Luzia Mendes reconhece que, hoje em dia, “o acesso à informação é bastante abrangente e isso nota-se” na abordagem ao tema durante a consulta. Observa, contudo, que a frase “senhor doutor: tenho mau hálito; devo ter problemas de estômago” continua a ser um “clássico”, embora não constitua uma barreira definitiva. “Os doentes acabam por aceitar o facto do mau hálito ter uma origem intraoral – quando é, de facto, o caso –, mesmo quando são corresponsabilizados pelo problema”.

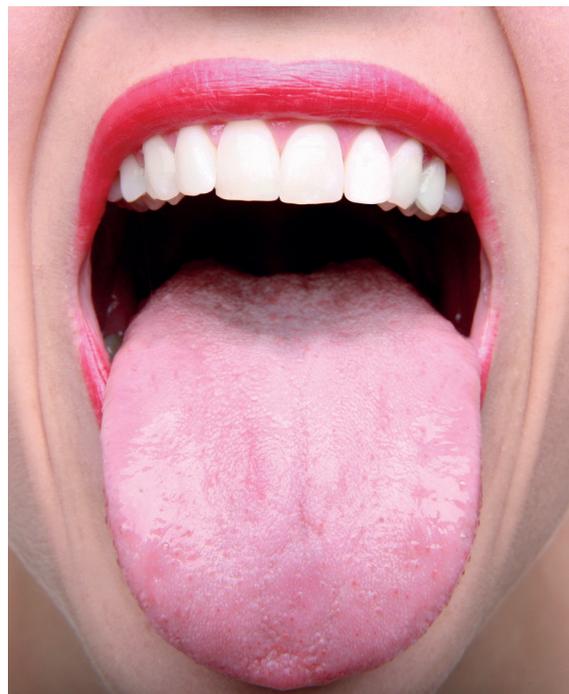
Existe um tabu social que converte a halitose num assunto difícil de abordar pelo “receio de ferir o paciente”, como refere Jonas Nunes, lembrando que na consulta “há sempre uma relação médico-paciente, mas também cliente-prestador de serviços, e existe um certo receio de informar o paciente sobre algo que o clínico deteta, mas que não era o motivo da consulta. A halitose pode ter uma conotação negativa, pois está associada a um mau hábito de higiene”. Teme-se que o paciente interprete esta observação, ou esta oferta de ajuda, “como algo demasiado intrusivo ou invasivo, que possa gerar uma perda de confiança”, acentua Jonas Nunes.

Luzia Mendes admite que “uma das dificuldades que os clínicos enfrentam é o receio da reação do paciente quando parte do clínico a menção ao problema, bem como a colaboração e o comprometimento do mesmo com o plano de tratamento”, já que ainda não existem “pastilhas milagrosas”. Na opinião desta médica dentista, “é mais fácil a abordagem ao mau hálito num contexto de uma consulta vocacionada para o efeito do que no frenesim da consulta dentária convencional”. Esse foi, de resto, “um dos motivos que nos levou a criar uma consulta de mau hálito” na faculdade do Porto.

A higienista oral Fátima Duarte, presidente da Associação Portuguesa de Higienistas Oraís (APHO), também reconhece que “ainda existe culturalmente alguma inibição em dizer aos outros que sofrem de halitose, mas os profissionais e a população em geral têm que se consciencializar que a halitose é um problema que deve e pode ser resolvido”.

A APHO atribui, de resto, especial importância a esta temática. Sendo a função primordial dos higienistas oraís a promoção da saúde, e sabendo-se que a halitose é um problema particularmente associado à cavidade oral, facilmente se percebe que este tema é familiar a estes profissionais, “pela sua grande importância para a saúde e os aspetos sociais dos indivíduos”, justifica.

Este tema há muito que tem vindo a ser abordado por esta associação, em congressos, reuniões, seminários e até através da divulgação no próprio site institucional, com um tópico específico sobre o assunto. “A halitose é um problema que nos surge diariamente na nossa prática clínica e sobre o qual tentamos manter os associados



atualizados, procurando o que de novo vai surgindo sobre a etiologia, diagnóstico, prevenção e tratamento”, esclarece Fátima Duarte, lembrando que o papel do higienista “passa pelo controlo e prevenção das cáries e patologias periodontais, principais causadoras da halitose, fazendo um correto diagnóstico do problema e procurando solucioná-lo a través de estratégias que passam não só pela promoção de uma correta higiene oral, mas também pela recomendação de produtos específicos, aconselhamento dietético e, sobretudo, pela educação e informação ao paciente sobre este problema”.

Sandra Ribeiro, vice-presidente da mesma associação, recorda que a halitose “tem uma prevalência elevada na população, e pode afetar qualquer sexo, idade, raça e condição socioeconómica, existindo em mais de 50 por cento de ambos os géneros e em todos os grupos etários”. Esta situação “cria implicações psicológicas e sociais que afetam a auto-imagem, a auto-estima e a qualidade de vida da pessoa”, adverte a também profissional do setor da higiene oral.

Instada a pronunciar-se sobre o tipo de abordagem que os profissionais devem adotar durante a consulta, Ana Mano Azul refere que os pacientes “podem ter halitose e não se aperceberem”. Perante este cenário, cabe aos profissionais da área da saúde oral assegurar a abordagem, o diagnóstico, o esclarecimento e tratamento ou encaminhamento do paciente. “Nós é que não podemos ter o preconceito”, recomenda.

Por outro lado, “o paciente pode ter a perceção da sua halitose e questionar-nos sobre a sua situação”. Neste grupo, “temos pessoas que já fizeram alguma pesquisa, possuindo alguma informação, confusa ou não, e as que não sabem nada a não ser os mitos que se vão transmitindo de geração em geração”.

Por último, destaca os pacientes com a denominada halitofobia, “convencidos de que possuem mau odor oral, mas tal não é objetivamente diagnosticado. Geralmente, já leram tudo o que há para ler e consultaram várias especialidades, sem sucesso na resolução do seu problema”.

# Perspetivas



Luzia Mendes,  
responsável pela consulta  
de halitose da FMDUP.

Ana Mano Azul sublinha que “a halitose, para além de ser um problema com repercussão social e psicológica, pode ser o primeiro sinal clínico indicador de uma patologia quer local – por exemplo, oral – quer do foro sistémico”. Jonas Nunes também incide nesta ótica: “A halitose é um sinal, um sintoma de que algo não está bem; em si mesma não é uma doença. Há cerca de 80 causas, doenças ou quadros clínicos, alguns graves, que podem desencadear ou manifestar halitose. Por exemplo, no caso da doença periodontal, permite fazer um diagnóstico precoce e a sua identificação ajuda a tratar este outro problema de fundo. Mas há muitas outras doenças que podem desencadear também halitose”. No âmbito bucal, prossegue o investigador, “podemos falar também de problemas de boca seca, da hipossalivação, do quadro xerostómico, etcétera”. Nesse sentido, “é importante identificar a causa do mau hálito, porque embora o motivo da consulta seja esse sintoma, quase sempre descobrimos patologias que podem ter repercursões sobre a qualidade de vida do paciente”. O diretor do Instituto do Hálito adianta a possibilidade de que a halitose seja “um sinal de uma doença que pode colocar em risco a vida do paciente, tendo em vista que o cancro do pulmão, a cirrose hepática ou uma insuficiência renal podem manifestar-se através do mau hálito”. De resto, evoca uma experiência própria: “No meu caso, já detetei a partir da halitose, em colaboração com um gastroenterologista, um caso de cancro no estômago em que o mau hálito foi o primeiro sintoma”.

Fundamentalmente, existe hoje um “conhecimento mais aprofundado da sua variada etiologia”, observa Ana Mano Azul, para quem a halitose “pode ter assim causas de origem oral, causas relacionadas com outras áreas ou causas exógenas”. Uma vez excluídas as primeiras (causas dentárias, gengivais, má higiene ou lesões da mucosa oral) – que, a existirem, se forem tratadas resolvem o problema da halitose – o diagnóstico adequado passa por um questionário exaustivo relativamente à história clínica do paciente e aos seus hábitos higiénicos, alimentares e tabágicos”, esclarece a docente do ISCSEM, acrescentando que “já existem publicados

questionários específicos para avaliação da halitose”. Seguidamente, e após um exame clínico cuidado, “pode-se proceder à aplicação de técnicas suficientemente estudadas que incluem métodos organolépticos e dispositivos próprios que detetam o teor de compostos associados à halitose”.

Para a responsável pela consulta de halitose da FMDUP, o facto de afetar o bem-estar mental e social do indivíduo “já é, per si, clinicamente muito relevante. Veja-se a definição de saúde da Organização Mundial da Saúde. Naturalmente, o mau hálito pode ser sinal ou sintoma de patologias orais e/ou sistémicas e deverá ser valorizado como tal na avaliação global do indivíduo”.

## Crescente interesse

Em 1874 a halitose foi descrita, pela primeira vez, como uma entidade clínica. No entanto, só nas últimas décadas é que se assistiu a um crescimento maior na publicação de artigos científicos sobre o tema.

Algo está a mudar na perceção da halitose no âmbito da clínica odontológica e até em relação à saúde em geral. Com uma simples pesquisa na base de dados da *National Library of Medicine* (Pubmed) é possível observar que os artigos e as menções ao termo halitose duplicaram na última década relativamente ao período anterior. Uma prova do crescente interesse dos profissionais por este tema foi a criação, em 1995, da International Society for Breath and Odor Reserach (ISBOR) e, em 2005, da International Association for Breath Research (IABR). Numa escala de maior proximidade, a criação do Instituto do Hálito, uma entidade especializada na investigação e no tratamento da halitose em torno da qual se mobilizaram vários centros especializados da Península Ibérica, constitui outra prova da crescente atenção que se está a prestar a esta área clínica.

### Luzia Mendes:

Uma das dificuldades é o receio da reação do paciente quando parte do clínico a menção ao problema, bem como a colaboração e o comprometimento do mesmo com o plano de tratamento

# Perspetivas

“Não é que o mau hálito fosse, até há pouco tempo, desvalorizado. Podemos encontrar já na Bíblia (livro de Job) referência ao impacto social e psicológico do mau hálito no indivíduo”, ressalva Luzia Mendes. “Creio que este *boom* deve-se ao crescimento do conhecimento nas últimas décadas, em áreas paralelas, aliado uma maior pressão da sociedade, a nível global, para a procura de soluções”. A mesma opinião é manifestada por Fátima Duarte. “Nos últimos anos, o interesse e o conhecimento científico sobre o mundo da halitose aumentou fortemente ao nível da comunidade dentária e, por isso, existe uma maior sensibilidade social sobre o tema”.

Jonas Nunes evoca a inércia da investigação básica em biomedicina para explicar o crescente interesse pelo estudo do hálito. “Da mesma forma que a comunidade científica fez um esforço no sentido de sequenciar o genoma humano, temos de fazer um esforço para criar uma base de dados com todos os compostos do odor de origem humano. O ser humano já tem 200 compostos voláteis distintos, ou gases, presentes no seu hálito. No entanto, já foram descobertos até à data mais de 3.000 que podem ser sinais de patologias diversas. Do mesmo modo que se pode fazer uma análise de sangue, uma bioquímica e diagnosticar uma série de doenças, a análise do hálito está a posicionar-se como uma análise não apenas para efeitos cosméticos como também para diagnosticar doenças graves, já que há muitos compostos internos que são libertados a través do pulmão e que são consequências de uma série de doenças metabólicas”. “Em alguns estudos realizados no Reino Unido”, revela o especialista, “está-se a conseguir identificar, de forma muito precoce, casos de pacientes com cancro de pulmão e cancro de mama. A comunidade científica tem vindo a posicionar-se em torno da análise do hálito, a cromatografia gasosa, como uma análise não invasiva através da qual se pode obter uma imagem ou indicadores do estado de saúde do paciente. Por enquanto, a tecnologia é cara e ainda estamos a investigar



Ana Mano Azul,  
docente do ISCEM  
e membro da ISBOR.

que moléculas há e como se relacionam com cada tipo de doença, mas este processo está a gerar muito entusiasmo junto da comunidade científica, porque com um simples sopro é possível identificar uma série de patologias”. Tudo isto faz com que muitos bioquímicos e fisiologistas estejam a estudar estas moléculas, o que fomenta a aparição de muitas publicações científicas.

Vale a pena referir que por detrás deste interesse estão mudanças sociais e culturais que atribuem maior relevância ao problema do mau hálito. “Vivemos numa sociedade cada vez mais cosmética e estética, e as pessoas são cada vez mais exigentes neste campo”, adianta Jonas Nunes, acentuando que, na realidade, “não existe um maior número de casos de halitose; pelo contrário, devido à crescente melhoria das condições higiénicas e sanitárias, há menos casos”. No entanto, existe uma maior proporção de problemas de mau hálito de origem não higiénica, de pacientes que continuam a ter esta manifestação pese a que o fator da higiene esteja bem tratado ou controlado pelo seu médico dentista. “E numa sociedade em que o hálito é um cartão de visita, sobretudo numa sociedade em que se multiplicam os encontros frequentes, imediatos ou breves, as pessoas preocupam-se muito com o aspeto cosmético e estético e exigem um tratamento profissional, uma resposta adequada a esta necessidade e à procura da perfeição”. É algo que a indústria farmacêutica também está a fomentar, nota Jonas Nunes, “por vezes com alguns conceitos fantasiosos”. Certo é que a população está cada vez mais preocupada e sensibilizada, e a procura é cada vez maior. “Isso obriga a comunidade científica a encontrar respostas para casos de halitose cuja origem não é periodontal, porque neste caso já está bastante estudada e documentada”.

A presidente da APHO, Fátima Duarte, descreve dois tipos de halitose: a genuína e a imaginária. Dentro da halitose genuína distinguem-se a halitose transitória, de origem fisiológica, que é aquela que todos nós podemos sentir ao acordar por diminuição do fluxo salivar durante o sono ou após longos períodos de jejum ou ainda

## Ana Mano Azul:

A halitose, para além de ser um problema com repercussão social e psicológica, pode ser o primeiro sinal indicador de uma patologia quer local – por exemplo, oral – quer do foro sistémico

# Perspetivas



Fátima Duarte,  
presidente  
da APHO.

pela ingestão de alimentos ricos em odores (halitose reativa alimentar), e a halitose persistente, designada por patológica ou crónica, causada por doenças orais ou outras do foro geral. Na halitose imaginária ou pseudo-halitose o paciente queixa-se de forma insistente da sua existência por auto-perceção, mas pela avaliação profissional não se regista a sua presença. “Julgamos que o setor dentário tem vindo a investir cada vez mais neste problema e a prova disso passa não só pelo desenvolvimento e lançamento de múltiplos produtos específicos no mercado, assim como pela abertura de clínicas especialmente vocacionadas para o tratamento do hálito, sobretudo nos últimos anos”, sublinha a presidente da APHO.

Nas últimas décadas, “com a crescente importância dada à saúde oral e à pressão estética e social atribuída à boca, a população em geral está mais desperta, muito embora seja difícil cada pessoa individualmente perceber corretamente o seu hálito”, acrescenta Sandra Ribeiro. “Normalmente, esta situação é identificada por alguém que nos é próximo e não é invulgar haver relatos de pacientes que sabem da sua halitose porque alguém lhe disse que tinham um hálito desagradável”. Também é vulgar “haver pacientes que referem bochechar com colutórios ou elixires ou mascar pastilha para melhorar o hálito”, revela a vice-presidente da APHO.

As causas orais da halitose podem estar relacionadas com vários aspetos, tais como uma má higiene oral, a presença de lesões de cárie, periodontite, ulcerações orais, infeções orais (bacterianas, virais ou fúngicas), próteses dentárias associadas a má higiene oral, carcinomas e hipossaliva.

No entanto, ao longo das últimas décadas, “tem-se vindo a consolidar a evidência científica que atribui a putrefação de substratos proteicos contendo enxofre por microorganismos orais, predominantemente gram-anaeróbios, como a principal causa de origem oral”, esclarece Ana Mano Azul.

No seu ponto de vista, “é de igual modo irrefutável que a língua forma um ecossistema ideal pela sua grande área de superfície e a sua estrutura papilar. Juntamente com a placa bacteriana e os depósitos linguais compostos pela acumulação de células epiteliais desquamativas, de resíduos alimentares e de secreções como a saliva e o corrimento nasal posterior”. Temos assim um substrato proteico a ser metabolizado por bactérias gram-anaeróbias, as quais conduzem à formação de compostos sulfurados voláteis (sulfeto de hidrógeno, metil mercaptano, dimetilsulfeto, dimetil disulfetos).

“A higiene oral pode assim desempenhar um papel fundamental na sua prevenção e resolução”, defende a professora auxiliar do ISCSEM, Ana Mano Azul, alertando para a importância da escovagem, da limpeza interdentária e da limpeza da língua “com dispositivos adequados”. Esta opinião é partilhada por Luzia Mendes, que considera a higiene oral essencial na prevenção e controlo do mau hálito, “não só porque permite a desorganização do biofilme e a remoção de substrato disponível como previne o desenvolvimento de patologias orais que potenciam a produção dos compostos sulfurados voláteis”. Dito isto, realça a importância de “ter em mente que a qualidade do biofilme é, porventura, mais relevante que a quantidade”.

Para Fátima Duarte, as medidas essenciais “passam por uma correta informação aos pacientes sobre os meios eficazes de controlo de placa bacteriana, reforçando a higiene da língua, hábitos dietéticos corretos e cessação tabágica”, assim como o despiste de outras situações do foro geral (problemas relacionados com os pulmões, fígado, estômago, entre outros). “Como é um problema com múltiplas causas há que saber adaptar o conhecimento à situação particular de cada pessoa conhecendo os seus hábitos e costumes para melhor conduzir a situação”, diz a presidente da APHO.

## Fátima Duarte:

As medidas essenciais passam por uma correta informação aos pacientes sobre os meios eficazes de controlo de placa bacteriana, reforçando a higiene da língua, hábitos dietéticos corretos e cessação tabágica

# Perspetivas

## Sandra Ribeiro:

Com a crescente importância dada à saúde oral e à pressão estética e social atribuída à boca, a população em geral está mais desperta, muito embora seja difícil cada pessoa individualmente perceber corretamente o seu hálito

### Tratamento atual

Um dos problemas que persistem é o facto de “ainda não existir uma tradução correta do que a ciência descobriu para a prática clínica de rotina do médico dentista que não trabalha num centro especializado. Por isso, esse conhecimento ainda não é muito acessível aos pacientes”, sustenta Jonas Nunes. Em todo o caso, ressalta que o mais importante é partir da identificação da fonte do mau hálito. “É fundamental diagnosticar a causa”, observa, “não tratar empiricamente ou prescrever enxaguantes sem saber se a causa é bucal ou periodontal. É preciso saber que essa determinação da causa significa estudar os gases e os compostos voláteis do hálito, mediante cromatografia gasosa; realizar a identificação específica das bactérias presentes na boca, se são bactérias produtoras de mau hálito ou não, e isso faz-se a través de um estudo de PCR (*polymerase chain reaction*, reação em cadeia de polimerasa), e utilizar um protocolo de anamnese exaustivo e detalhado, tendo em conta as cerca de 80 causas da halitose. É a racionalização e a fusão de todos estes dados que vai permitir saber qual é a origem. Sem a análise desses fatores não atingimos a taxa de sucesso de 97 por cento”. A partir daí, explica o diretor do Instituto do Hálito, o tratamento mais eficiente “é o indicado pelos padrões atuais para cada uma das patologias. Portanto, é preciso saber a causa, não tratar sem ter um diagnóstico etiológico”.

Luzia Mendes observa, por seu turno, que o conhecimento acumulado, essencialmente ao longo das duas últimas décadas, “tem permitido, não só compreender os principais mecanismos de formação dos compostos odoríficos voláteis e sistematizar a abordagem ao paciente com mau hálito, como desenvolver produtos de higiene oral com a capacidade de modificar o biofilme oral e neutralizar os odores, de tal forma que conseguimos dar resposta à maioria das situações clínicas”. Neste sentido, acrescenta que o “conhecimento



Sandra Ribeiro,  
vice-presidente  
da APHO.

profundo do biofilme produtor dos compostos odoríficos voláteis, principalmente dos compostos sulfurosos voláteis, levará certamente a terapias ainda mais eficazes”.

Jonas Nunes também identifica carências nos programas universitários: “Os currículos académicos de Medicina Dentária centram-se muito no problema periodontal, mas não nas outras causas, que são bastantes e cada dia assumem um maior protagonismo”. Também não esquece a falta de enfoque multidisciplinar ou das ferramentas tecnológicas: “Outro problema prende-se com a falta de apoio multidisciplinar. Um dentista que lida com a halitose deve ter contactos ou uma relação de proximidade com um otorrinolaringologista e com um gastroenterologista para poder planear a melhor solução quando a causa seja extraoral. E um terceiro problema é a falta de tecnologia, porque sem fazer as análises pertinentes dificulta-se bastante o diagnóstico”.

Na opinião de Ana Mano Azul, existem as ferramentas necessárias para um diagnóstico básico da halitose. “As situações que não forem atribuíveis a causas de origem oral deverão passar por uma abordagem interdisciplinar com outras áreas da medicina”. A médica dentista também considera que “seria importante integrar o tema da halitose nas suas diferentes vertentes no conteúdo curricular dos cursos de profissionais da área da saúde oral”, embora concluindo que, em primeiro lugar, “é indispensável que os profissionais excluam ou tratem as causas orais que podem estar associadas à halitose, para o qual estão devidamente preparados no plano curricular dos seus cursos”. ■

