

Mais humano que um humano: A halitose como emblema da patologização odontológica

More human than human:
Halitosis as the hallmark of pathological dental omission

Adauto Emmerich ¹
Luis David Castiel ²

Abstract *The theoretical perspective of the analysis conducted is linked to the fact that dental awareness should not be seen as something universal, independent from reality, though participating in its construction. This paper explores the idea symbolized in the colonization of contemporary Dentistry awareness to beyond « the more human than human ». With the example of the increasing pathologization of halitosis, as an objective disorder not only of oral health, but that affects individuals, this work develops an analysis of the (re)invention of pathologies, through visualization technologies in late modernity. It concludes that the veracity of dental awareness, among the main actors, its discourses and its social practices, is never neutral, but always articulated to the interests with which it is permanently involved. The sense of smell moves from knowledge memory and from space to time and certainly from things to beings. Halitosis is, most of the times, unlikely, mixed, singular, and uncertain in time and place.*

Key words *Collective oral health, Dental epistemology, Halitosis, Late modernity*

Resumo *A perspectiva teórica de análise desenvolvida relaciona-se com o fato de que o conhecimento odontológico não deve ser visto como algo universal, independente da realidade, mas participante da sua construção. Explora a idéia simbolizada na colonização do conhecimento da Odontologia contemporânea para além do “mais humano que um humano”. Com o exemplo da crescente patologização da halitose, como uma desordem objetiva não só da saúde bucal, mas que afeta aos indivíduos, este trabalho desenvolve uma análise da (re)invenção de patologias, via tecnologias de visualização, na modernidade tardia. Conclui que a veracidade do conhecimento odontológico, entre os seus principais atores, os seus discursos e suas práticas sociais, nunca é neutra, mas sempre articulada aos interesses com os quais está envolvida permanentemente. O olfato desliza do saber à memória e do espaço ao tempo e certamente das coisas aos seres. A halitose é, muitas vezes, improvável, misturada, singular, incerta em tempo e lugar.*

Palavras-chave *Saúde bucal coletiva, Epistemologia odontológica, Halitose, Modernidade tardia*

¹ Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Espírito Santo. Avenida Fernando Ferrari 514, Goiabeiras. 29075-910 Vitória ES. adautoemmerich@terra.com.br

² Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz.

Introdução

Neste ensaio, queremos considerar a (re)invenção de “patologias” na sociedade contemporânea, tomando como exemplo a halitose, sobretudo se nos lembrarmos da tendência atual em “medicalizar” a vida social genérica como, por exemplo, enfatiza Caponi¹ em relação ao diagnóstico de depressão. O surgimento de novas patologias, em sua objetivação via tecnologias de visualização, contextualizando com o mundo da modernidade tardia, deve nos ajudar a compreender a Odontologia contemporânea e suas articulações para dinamizar a prática odontológica com possíveis novas patologias, como ideia de progresso científico e tecnológico.

O avanço de “patologizações” no campo das aparências físicas e corporais, como a halitose, implica, inicialmente, uma melhor definição dos termos empregados por múltiplas informações divulgadas. A adoção das palavras mau (adjetivo) e mal (advérbio) é inadequada como designativo de um quadro de saúde específico. Aliás, alguns estudiosos dessa área referem-se à halitose como mau hálito e até “mal hálito”, pois usam ambos os termos. As duas formas de utilização se apresentam nas páginas da website ou em “papers” – como veremos na sequência deste trabalho – mas ambas são impróprias, pois são associadas a um ato ou a uma ação, não indicando precisamente a maneira como esse ato se realiza. Em decorrência dessas observações, o termo padronizado neste estudo, ao referir-se aos odores da boca, será halitose, que é uma palavra originária do latim halitu (ar espirado) e osi (alteração).

Há muito tempo, a halitose é um fenômeno da natureza que acompanha o homem na sua trajetória social-histórica. Na Bíblia, no Antigo Testamento, no livro de Jó (19:17), ele se lamenta, pois “A minha mulher não tolera o mau cheiro da minha boca; os meus irmãos têm nojo de mim”. Na história humana, o desenvolvimento de práticas cotidianas que procuram corrigir a profusão desses odores e de outros do corpo humano é curiosamente explicitado por Fernandes², assinalando que a glória dos desodorantes vem do fato de que o ser humano é o único animal que odeia seu próprio cheiro.

Ainda por esse caminho, há um interessante levantamento histórico sobre os reflexos da halitose em vários contextos sociais. Segundo Grein³ o dramaturgo romano Titus Marcus Plautus (254-184 a.C.) classificou o “fedor da boca” entre as muitas razões de infidelidade conjugal, considerando que “[...] o hálito de minha esposa tem

um cheiro terrível, melhor seria beijar um sapo”. Na obra *Escrevendo sobre Moralidade*, Plutarco (6-120 d.C.) afirma que, [...] depois que Heron de Siracusa foi informado pelo médico sobre seu hálito, o tirano repreendeu sua mulher dizendo: Por que não me advertiste de que meu hálito te fere a cada vez que te beijo? Ao que ela respondeu prontamente: Sempre pensei que o hálito de todos os homens tivesse esse terrível odor.

Outra consideração feita por Grein³ é mencionada por Shakespeare, na peça *Muito Barulho por Nada*, ato 5, cena 2: “Palavras fétidas são apenas vento fétido, e vento fétido é apenas hálito fétido, e hálito fétido é nauseante, portanto eu vou partir sem ser beijado”. Essa talvez seja a penosa alteridade da halitose para o ser humano com a perda da autoestima e o estigma impingido em quem a tem.

Para Elias⁴ é no processo civilizador que se instauram dispositivos de controle sobre boas maneiras e a fisiologia humana. O que se evidencia nas transformações culturais e sociais europeias ao longo da passagem da idade média para a moderna é uma mudança de atitudes em relação às funções corporais, o decoro corporal como a forma de disposição no leito, o controle de odores, a deposição das excretas humanas e a sua limpeza, e a modelação da fala em relação à classe social. Esse padrão de hábitos e comportamentos que a sociedade em uma dada época procurou acostumar os indivíduos que foram percebidos e instilados na conduta diária orienta-nos na busca de uma compreensão de mudanças comportamentais nas práticas de saúde notadamente a prática odontológica contemporânea.

A época atual, para Lipovetsky⁵, apresenta-se com um novo regime mercantil, que é produtor de um “mal infinito”, de comportamentos desenfreados e excessivos, de uma infinidade de desordens subjetivas e de fracassos educativos. É a sociedade do hiperconsumo, que, de um lado, fabrica um discurso que exalta os referenciais do maior bem-estar, da harmonia e do equilíbrio e, do outro, apresenta-se como um sistema hipertrófico e incontrolado, como uma ordem “anoréxica e bulímica” que leva ao extremo e ao caos e que vê coabitar a opulência com a amplificação das desigualdades e do subconsumo.

A análise marxiana que, para Bauman⁶ tendo censurado os economistas da época pela falácia do “fetichismo da mercadoria” ao ocultar das vistas a substância demasiado humana da sociedade dos produtores, sugeriu, sobre a ilusão ou autoilusão de cada transação comercial, o “fetichismo da subjetividade” com o papel de ocultar

a realidade da sociedade. O mundo formado e sustentado nessa sociedade fica dividido entre as coisas a serem escolhidas e os que as escolhem; a mercadoria e seus consumidores: as coisas a serem consumidas e os seres humanos que as consomem.

Uma perspectiva teórica de análise que será desenvolvida relaciona-se com o construtivismo social do conhecimento odontológico, assemelhando-se conforme Lupton⁷ ao conhecimento de um modo geral, quando não é visto como algo universal, independente da realidade, mas participante da construção da realidade social. A sua veracidade entre os sujeitos humanos, os seus discursos e suas práticas sociais nunca são neutros, mas sempre articulados com interesses em que estamos envolvidos, permanentemente relacionados ao capitalismo consumista.

Ao estudarmos empiricamente a questão epistemológica da possível referência científica da halitose, entendemos que seu constructo são produtos do processo civilizador da produção e do consumo do mundo (capitalista), das relações sociais, das transformações culturais, propriamente sujeitos a mudanças, e não uma fixação a algo imutável na complexa e processual história humana. É também uma produção daquilo que Botazzo⁸ refere-se como bucalidade como sendo uma expressão dos trabalhos sociais que a boca humana realiza como a manducação, a linguagem e a erótica que ocorrem como consumo e produção, num movimento que envolve o sujeito em permanente elaboração na fronteira entre razão e desejo. Manducar é apreender, triturar, insalivar e deglutir, é o consumo do mundo. É a ação que põe em relação às estruturas visíveis localizadas na parte superior do aparelho digestório com as vísceras não visíveis localizadas mais abaixo. Isto garante a sobrevivência do homem naquilo que ele tem de natureza, a preservação ou reposição dos elementos que constituem sua unidade corpórea. E neste processo é também produzido a halitose, o gosto ou a formação do paladar, e que o ato de se alimentar é em tudo atividade social, isto é, produzida e transformada como cultura.

Nesse sentido, o objeto de reflexão não é um novo objeto odontológico, mas o mundo contemporâneo, com as suas contradições e complexidades, que influencia e instila percepções sobre o corpo que adoce, criando uma necessidade de dar sentido e inteligibilidade à prática odontológica, à sua clínica e a possíveis “novas patologias”, e “medicalizações” como idéia de progresso científico. A partir dessas constatações,

surge uma questão reflexiva que se situa em uma metáfora simbolizada no que chamaremos de “mais humano que um humano”.

A obsessão com a saúde: “mais humano que um humano?”

De todos os elementos que compõem o conhecimento odontológico e sua epistemologia atual, o discurso que está na ordem do dia é a obsolescência vertiginosa de décadas recentes da ciência odontológica, a crescente riqueza da prática odontológica e a avidez dos seus atores para incorporar biotecnologias odontológicas contemporâneas. É uma janela que se abre para um ad infinitum de fatos “científicos” que têm, entre as suas possibilidades, mudar a forma, os interesses e os conceitos de como a ciência odontológica vem sendo conduzida, passando a ditar comportamentos individualistas sobre o que é “moderno” e deve ser investigado, consumido e adotado pelos profissionais e usuários-consumidores de biotecnologias para a saúde.

O que realmente “moderno” está acontecendo em nossa sociedade? Para Habermas^{9,10} nesse sentido são distinguidos dois processos: o de modernização e o de processos de modernidade cultural. Parece que vem ocorrendo, na prática odontológica, um processo de modernização mais que de modernidade cultural. Os processos de modernização enfatizam os de racionalização e dissociação ocorridos nos subsistemas econômico e político. Já os processos de modernidade cultural se voltam para os processos de diferenciação e autonomização, visando as transformações no interior do mundo vivido nas esferas da ciência, da arte e da moral que devem ser integradas.

Sfez¹¹ analisa que “a questão do corpo, e do corpo doente e em crise deve ser colocada com acuidade: a crise é profunda, o sentido parte à deriva, e a ciência se propõe curar esta crise, ou pelo menos suscita no público uma crença bem arraigada em suas virtudes curativas”. Nessa relação da ciência com o público, há uma mudança de intensidade das questões ligadas ao corpo, de suas determinações, da espécie humana e de sua sobrevivência ou do planeta e de seu futuro. Na “saúde perfeita”, aborda um dos mitos fundamentais da condição humana, qual seja, a crença no advento de um planeta sem mal, sem doença e puro.

O conceito de descolamento das relações sociais dos contextos locais, introduz segundo Giddens et al.¹² o conceito-chave de desencaixe para

a imensa aceleração no distanciamento entre tempo e espaço trazidos pela modernidade tardia. Para esses autores, o mundo que se descortina é provisório, efêmero; os não-lugares e os desencaixes não se definem como relacionais identitários ou históricos, pois estão comprometidos com o transitório e com a solidão, com o excesso factual, com a superabundância espacial e com a individualização das referências.

A utopia do corpo perfeito, as referências narcisistas, a profunda exposição e a dotação de meios biotecnológicos transformam, para Lipovetsky⁵, a relação profissional e a produção da saúde e o seu paciente bem como a relação dos indivíduos com seus corpos. Acrescenta ainda que depois do frenesi da posição social dos indivíduos, eleva-se a obsessão com a saúde. Com a maior independência em relação à aparência social, surge, como contrapartida, a intensificação do poder das normas e da incapacidade de o campo da saúde dar conta dos problemas do adoecimento humano pelas soluções biotecnológicas.

Uma explicação para o crescente poder das normas em saúde vem segundo Castiel e Álvarez-Dardet¹³ por meio da ética da nova higiene que se relaciona com uma palavra-chave, a “higienética”, como um modo de nos referirmos a dimensões do controle moral relativas a noções de autocuidado e de promoção da saúde de cunho individualista. É uma “nova” moralidade que se institui no âmbito dos discursos da saúde, visando a evidências reguladoras que se articulam aos comportamentos corporativo-profissionais na sociedade contemporânea, proliferando costumes e colonizando o caráter de uma forma individualista.

Um exemplo é o artigo publicado sobre saúde bucal, em A Gazeta¹⁴, que tem como título: Você sabe escovar os dentes? Indica o texto que, mesmo escovando os dentes, seu sorriso pode ser perdido e amarelado, se não escovar corretamente. Adverte que, se isso acontecer, “não vai botar a culpa na coitada da escova”, pois a responsabilidade é dos indivíduos pela escolha adequada da escova dental. Aborda também o uso de raspador lingual, e esclarece que o raspador “[...] é baratinho, mais confortável e eficiente no combate ao mau hálito”. Esse texto é finalizado com um tom ameaçador, advertindo que, ao não darmos conta dessas medidas e dicas, podemos nos tornar “inimigos dos nossos próprios dentes”.

Para Bauman⁶, na sociedade de consumidores, ninguém pode se tornar sujeito sem primeiro virar mercadoria, e ninguém pode manter segura a sua “subjetividade” sem se reanimar e recarregar de maneira perene as capacidades de

uma mercadoria vendável. Essa característica, mesmo disfarçada, da sociedade de consumidores é a transformação dos consumidores em mercadorias ou sua dissolução e pulverização na gama de mercadorias. O consumismo em saúde, segundo Lipovetsky⁵, tende a funcionar como um antídoto, quando o paciente decide cuidar-se e consultar, como um consumidor, qualquer que seja a extensão dos hábitos preventivos, as retóricas do “consentimento esclarecido” e as novas vontades de promover o paciente a ator e participante de sua saúde.

Para compreendermos melhor esses tempos, tomaremos a metáfora “mais humano que um humano”, contida no filme *Blade Runner – O Caçador de Andróides*, dirigido por Ridley Scott, adaptado do livro de P. K. Dick¹⁵. O filme e o livro, dentre outras questões, retratam a produção em série de seres replicantes humanoides, escravos de um sistema que, no belíssimo filme de ficção científica, cria uma realidade futurista e impressionante. São seres sem sentimentos, sem emoções, que têm um lema em sua inserção na sociedade: “mais humano que um humano”, virtualmente idênticos ao homem, programados e usados, fora da terra, como escravos para a colonização.

Entretanto, o desenrolar do filme e do livro deixa persistentemente sempre uma dúvida, que é a ausência de sentimento e afeto humano nesses seres, embora esses sentimentos transpareçam em alguns momentos. É essa relação de dúvida que nos interessa como comparação com a colonização do conhecimento odontológico, pois, como os andróides replicantes são “mais humanos que um humano”, perguntamos: será que para onde vamos não viceja um mundo de humanos sem afetos e sem sentimentos?

Fica demonstrado por Dick¹⁵ um sintoma nítido da contingência humana de fragilidade e transitoriedade. É muito provável que nele esteja contido um alerta sobre o impacto das biotecnologias no mundo contemporâneo, pois evoca uma analogia que fala de um andróide semelhante a uma metamorfose de homem geneticamente modificado que viria a ser – os replicantes andróides – mais humano, mais forte, mais resistente do que o homem propriamente. Aqui a conotação do replicante é aquela do Houaiss¹⁶, que diz: “[...] a pessoa que replica, duplicada, reproduzido”.

Emmerich e Castiel¹⁷ entendem que muitos comportamentos profissionais mostram que, no presente, o corpo é considerado como uma matéria a ser corrigida ou transformada por uma ordem incontrolada e soberana, como um obje-

to entregue a um “self-service” biotecnológico onde as empresas estão fascinadas com as novas possibilidades de lucro com a inovação tecnológica. Como exemplo de uma nova fronteira da era global, para Dupas¹⁸, há o risco das nanotecnologias, que traz a promessa de uma completa regeneração celular, tendo como limite a imortalidade, é um delírio dos patronos dessa técnica. São nanochips introduzidos no organismo humano para substituir ou implantar células com funções novas.

Lipovetsky⁵ diz que os sujeitos querem decidir, de forma plena, sobre a sua felicidade, controlar sua experiência vivida cotidiana, tornarem-se senhores das vicissitudes emocionais, fazendo, por exemplo, uso de medicamentos psicotrópicos e de outras drogas ilícitas, cujo consumo, como se sabe, não cessa de crescer. Assim, os indivíduos querem controlar a sua halitose, para que não prejudique a sua ascensão social e seus relacionamentos, buscando uma eficácia mais rápida possível, com o desejo de produzir estados afetivos bombásticos e não de per si terem mais saúde.

É uma busca obsessiva e não somente isso, mas uma colonização por uma higienética da saúde bucal perfeita, uma aparência agradável, dentro de padrões estéticos, voltando-se para um tipo de realidade odontológica de se ambicionar e ser, “mais humano que um humano”, sustentado por um exponencial e vertiginoso avanço biotecnológico, em que a estética bucal e as novas e antigas maneiras de se intervir nos pacientes, como a halitose, incidem como ordens e normas sobre os sujeitos contemporâneos.

A (re)invenção de “patologias” como a halitose?

Será que está ocorrendo uma provável onipotência geral em relação a essas “invenções patológicas”, que se tornam excentricidades de expectativas que sempre mudam, sempre se renovam e que desafiam a nossa compreensão? São as incertezas concentradas na identidade individual, que de acordo com Bauman¹⁹ em sua construção nunca completa, sempre se dismantando e reconstruindo-se, tendo pouco espaço para as inquietações que procedem da insegurança ontológica, existencial.

Na modernidade tardia, todos precisam do alquimista que possa transformar a incerteza social, cultural e emocional em preciosa autosssegurança, com a sua pedra filosofal. A crescente

patologização que objetiva tornar doenças aspectos diversificados dos valores e “odores humanos” vincula-se à era que Bauman¹⁹ classifica como a dos especialistas em “identificar problemas”, dos “restauradores da personalidade”, dos “guias de casamento”, dos autores dos “livros de autoajuda”, do “surto do aconselhamento”, das “seitas religiosas midiáticas que prometem milagres e curas”. São os “mestres” e verdadeiros “gurus” com seus produtos técnicos e novas técnicas para se atingir o máximo na saúde e interferir no destino de cada um.

Para entender o avanço das “novas patologias”, a sua inserção e propagação, acreditamos como Latour²⁰ que temos que ser tão erráticos quanto a formiga à qual Dédalo atou seu fio antes de penetrar na concha e desvendar aquele daedalion (palavra grega empregada para descrever o labirinto). Segundo Foucault²¹, para compreendermos a doença e o homem, é preciso pensar que a doença é, ao mesmo tempo, a desordem, a perigosa alteridade no corpo humano e até o cerne da vida, mas também é um fenômeno da natureza que tem as suas regularidades, suas semelhanças e seus tipos.

A forma constitutiva do saber odontológico, na cultura ocidental, adquire elementos biotecnológicos emergentes naquilo que podemos chamar agora de “new halitose” e os seus campos disseminadores. Esses desencontros dados pela halitose à convivência humana e os comprometimentos relacionados com o mundo da vida assinalados ao longo da história permeiam algo que sempre esteve presente, que é o seu incômodo. Porém, isso ocorria em uma época em que os costumes da vida social relacionados a higiene bucal não eram difundidos e não havia instrumentos e materiais adequados para a profilaxia bucal, nem os estudos da fisiologia da patologia bucal.

Os costumes evoluem sempre no processo civilizador, como muito bem caracteriza Elias⁴, e no desenvolvimento social e científico. Historicamente, segundo Lent²², a tentativa de se encontrar os cheiros básicos, por exemplo, irritantes, florais, almiscarados, canforados, mentolados, etéricos e pútridos, foi malsucedida e permitiu apenas descrevê-los melhor. Entretanto, foi encontrado um tipo de cheiro destinado à comunicação entre indivíduos da mesma espécie ou de espécies diferentes, que são os feromônios, cheiros que os animais emitem pela urina para demarcar o seu território; ou cheiros corporais destinados à atração do sexo oposto. No que tange às substâncias odorantes, sabe-se que se encon-

tra de tudo: alcoóis, éteres, ácidos, sais, aminoácidos, carboidratos, peptídeos, proteínas e muitos outros tipos de moléculas.

Herculano-Houzel²³ considera que de forma intuitiva aprendemos, desde criança, que o gosto da maior parte dos alimentos ou remédios que colocamos na boca depende do seu cheiro. Por isso, muitas vezes, pedimos à criança que tape o nariz para tomar um remédio com cheiro muito forte ou desagradável. Não há consenso entre os cientistas sobre os odores básicos, fora os extremos “doce” e “fétido”. A justificativa é a de que, enquanto o sistema visual trabalha com quatro pigmentos, a gustação com cinco receptores e o tato com uma dezena, os americanos Linda Buck e Richard Axel descobriram, em 1991, que o olfato dispõe de cerca de 1.000 receptores moleculares diferentes para perceber os cheiros.

Para Lent²², o sistema olfatório é complexo, do qual fazem parte um órgão receptor específico, o nariz, onde se encontram os quimiorreceptores olfatórios e suas fibras, e mais as estruturas do sistema nervoso central, que são o bulbo olfatório, que recebe os axônios dos neurônios receptores, o córtex piriforme, a amígdala e outras estruturas que também recebem os axônios do bulbo olfatório. A função desse sistema é transduzir a estimulação dos odorantes em padrões de impulsos que são reconhecidos pelas regiões corticais apropriadas.

Os mecanismos neurofisiológicos da gustação que nos levam a apreciar determinados alimentos e sermos influenciados pela objetivação da mídia para o seu consumo são, em muitos aspectos, semelhantes ao da olfação. Como exemplo, citamos que a percepção pelo olfato da halitose e a parafernália de equipamentos que se têm criado para mensurá-la simplificam o que é a complexidade humana para perceber os cheiros dos alimentos e os cheiros externos, de modo geral. Lent²² compreende que o paladar de uma comida não depende só da gustação: depende também da olfação e de outros sentidos, como o tato e até mesmo a estimulação visual. A olfação é um sentido capaz de adaptação, e essa propriedade pode ser exemplificada pela nossa incapacidade de sentir os cheiros comuns de nossa própria casa, que, no entanto, as pessoas que chegam como visitantes sentem imediatamente.

Ainda segundo esse autor, o primeiro passo para a transdução dos estímulos olfatórios ocorre quando os fluidos odorantes que entram no nariz, com o ar inspirado, são dissolvidos no muco ou capturados pelas proteínas ligadoras. A transdução consiste na transformação da energia do

estímulo, como luz, calor, energia mecânica ou outra, em potenciais bioelétricos gerados pela membrana dos receptores. Esses mecanismos moleculares de transdução olfatória são mais complexos do que se imaginava. Para se ter uma idéia, a transdução quimioelétrica olfatória começa pela ligação dos odorantes a esses receptores moleculares, fazendo com que sejamos capazes de perceber muitos milhares de cheiros diferentes e já se sabe que possuímos cerca de 500 a 1.000 genes para as moléculas receptoras do olfato.

Em contrapartida, há uma informação epidemiológica sem consistência de que a halitose é um problema que afeta grande parte das pessoas, mas o pior é que, muitas vezes, não sabemos que temos esse problema e ninguém tem coragem de nos contar. A notícia: “Seu mais novo amigo da boca”²⁴ afirma que essa é uma questão agora resolvida com o breath alert. Esse aparelho, de tamanho discreto (do tamanho de um isqueiro), pode ser levado a qualquer lugar e nos diz imediatamente como está o hálito. Ou seja, se você estiver em uma festa ou em outro ambiente social, você pode checar o seu hálito, pois o aparelho é simples e fácil de carregar, utilizando apenas duas pilhas pequenas. Além disso, considera que a principal causa da halitose é a presença de saburra na língua, portanto o kit possui como complemento um raspador para a higiene diária da língua.

Tárzia²⁵ compreende que, a halitose é um desafio que tem cura, dando uma dimensão patológica ao problema, estabelecendo uma ampla classificação das halitoses conforme as causas e também do ponto de vista clínico. A saburra lingual é a causa mais frequente de halitose, sendo ali uma sede de micro-organismos. Indica que se faça a limpeza da língua usando um limpador lingual adequado, colocando-o na parte mais posterior e tracionando-o para a frente da língua com leve pressão.

Um outro exemplo, bem ilustrativo, coloca à disposição dos profissionais interessados um aparelho chamado Oral Chroma²⁶. É o mais novo aparelho – Cromatógrafo Gasoso Portátil (CGP) – usado para detectar e medir os compostos sulfurados voláteis (CSV) – gases responsáveis pelo mau hálito. Também o Halimeter é capaz de medir o CSV e serve para orientar quanto à gravidade da halitose, a melhora e a cura durante o tratamento. O “padrão ouro” é uma avaliação organoléptica e que irá aferir o CSV através dos artefatos como o CGP e o Halimeter considerando a dificuldade em mensurar a halitose. Em estudos epidemiológicos Nadanovsky²⁷ assinala que foi encontrado uma prevalência de

15% a 58%, não sendo possível comparar esses valores, pois foram usados métodos diferentes de aferição.

Deve ser considerado que, se entendêssemos o hálito fisiológico matinal anormal, apresentado quando acordamos, praticamente 100% da população seria portadora de halitose. Ele acontece devido à leve hipoglicemia, à redução do fluxo salivar durante o sono e ao aumento da flora bacteriana anaeróbia proteolítica. Quando esses micro-organismos atuam sobre restos epiteliais descamados da mucosa bucal e sobre proteínas da própria saliva, geram componentes de cheiro desagradável que são os compostos sulfurados voláteis (metilmercaptana, dime-tilsulfeto e, principalmente, sulfidreto, que têm cheiro de ovo podre).

Vivemos segundo Lent²² em um “oceano de moléculas”, onde não só o nosso corpo está imerso nelas, como também as nossas células, individualmente, estão envolvidas em uma enorme variedade de moléculas dissolvidas nos líquidos corporais. A pressão osmótica tende a transferir água de um compartimento para outro, alterando os volumes de líquidos do organismo. Esse é um sistema de monitoração e controle – homeostasia – de moléculas, algumas delas essenciais à vida, como o oxigênio, o gás carbônico e a glicose. O principal fator que contribui para prevenir a halitose é uma boa higiene bucal, uma alimentação saudável a cada quatro horas e, no mínimo, 1,5 litro de líquido por dia. Após a higiene básica dos dentes com fio/fita dental e escova bucal, e com a primeira refeição (café da manhã), a halitose matinal deve desaparecer.

A revisão bibliográfica de Rosemberg²⁸ sobre a halitose mostrou que 85% a 90% dos casos de halitose se originam na boca, um ecossistema habitado por centenas de espécies de bactérias com diferentes necessidades nutricionais. Assim, quando essa flora digere proteínas, podem ser liberadas substâncias que têm odor desagradável, como o gás sulfídrico, resultante do metabolismo anaeróbico, produzindo o cheiro do ovo estragado, o escatol, a cadaverina associada à decomposição de organismos, a putrescina relacionada com a decomposição de carne e o ácido isovalérico, que pode estar presente no suor dos pés.

Varella²⁹, ao analisar os estudos de Walter Loesche da Universidade de Michigan, verificou que foi observado que os micro-organismos presentes na língua são diferentes dos que formam a placa dentária, e que a principal região anatómica responsável pela halitose não é a placa dentária, como se pensava, mas a área mais posteri-

or da língua, situada no fundo da cavidade bucal (saburra lingual). Essa região recebe um fluxo diminuído de saliva e contém grande número de pequenas criptas (invaginações), nas quais as bactérias podem aninhar-se digerindo as proteínas de restos alimentares aí retidos e as contidas no muco que goteja imperceptivelmente dos seios da face na direção da faringe (gotejamento pós-nasal). Esse gotejamento persistente é encontrado em cerca de 25% da população urbana, como resultado de alergias, poluentes químicos e processos inflamatórios das mucosas nasais e dos seios da face (sinusites).

Portanto, existem casos de halitose tanto por razões fisiológicas (que requerem apenas orientação) como por razões patológicas (precisam de tratamento); por razões locais (feridas cirúrgicas, cárie, doença periodontal, etc.) ou sistêmicas (diabetes, uremia, prisão de ventre, etc.). Por isso, todas as possíveis causas devem ser investigadas e o tratamento deve ser direcionado de acordo com a causa identificada. Um exemplo por razões fisiológicas é dado por Aragão³⁰ em relação ao equilíbrio mastigatório que promove uma autolimpeza nas superfícies dentárias e na língua. Se o paciente tem uma falta de mastigação de um lado da boca, não existe a autolimpeza desse lado, que é feita pela língua, por dentro e pela bochecha por fora. Assim, ele começa a acumular detritos nos espaços interdentários e na língua. A língua, desse lado, como não se movimenta para levar o alimento até os dentes, fica saburrosa e com perda da sensibilidade gustativa, sendo muito comum a criança mastigadora unilateral relatar que não mastiga do outro lado, porque não sente o gosto do alimento.

Deve-se evitar raspar a língua para fazer a sua higienização, pois essa raspagem destrói a parte mais sensível das papilas gustativas e o paciente ficará com menos sensibilidade gustativa aos alimentos. Para Lent²², o órgão receptor da gustação é a língua, porque é nela que se encontra a maior parte dos quimiorreceptores gustatórios. Portanto, como Varella²⁹ preconiza com delicadeza, escovar a parte de trás da língua evitando machucá-la, removendo apenas a camada de muco e, com a prática, o reflexo de vômito diminui. Depois das refeições, é preciso escovar e passar o fio dental para remover restos alimentares, em especial depois de refeições ricas em proteínas.

Nos vemos assim dentro de uma evolução biotecnológica e de profusão de artefatos para o autocontrole da halitose que pode ser melhor compreendida, com Castiel e Álvarez-Dardet¹³,

pelo processo conhecido como “culpar a vítima”. Apresenta dois desdobramentos no âmbito da promoção em saúde, qual seja: aterrorizar o aprensivo ou constranger os embaraçáveis e responsabilizar o negligente. Percebe-se que se cria um clima paranoide, pois o medo de ter halitose pode se tornar um fator de autocontrole socialmente instilado e absolutamente descolado do contexto em que está o indivíduo ao considerar que, ao analisar os resultados obtidos em exames “padrão ouro” para halitose, produz uma “sentença de avaliação”, um diagnóstico e uma possibilidade de “cura da halitose”.

Além disso, Caponi¹, ao fazer uma análise epistemológica sobre a depressão, evidencia um território sem limites epistemológicos definidos, sem marcadores, nem testemunhas confiáveis, mas é justamente essa ambiguidade a que permite a crescente multiplicação de diagnósticos e, conseqüentemente, o crescimento ilimitado dessa misteriosa e temida epidemia de depressão. O que se depreende sobre a gama de razões patológicas e fisiológicas da halitose é uma tentativa biopolítica de tornar os sujeitos mais sociáveis e como uma “mercadoria” de melhor aceitação no mercado de trabalho, e como os indivíduos narcizicamente se observam a si mesmos e são aceitos nas baladas noturnas.

Essa diretriz culpabilizante dos sujeitos-vítimas da halitose e a própria ausência de limites epistemológicos, notadamente, merece aqui ser problematizado ao que Serres³¹ relaciona com a filosofia do conhecimento envolvendo as sutilezas associadas aos sentidos humanos. Explica melhor com uma pergunta intrigante: o que circula no mundo ou no interior dos corpos, chamamos de informação ou de espíritos animais? É o que chama de zero sensorial a partir da água incolor, inodora e insípida. É o ar que vaga, mistura cheiros, mas é intangível, quase intacto, incolor e transparente, transmissor das luzes, das cores e vetor dos perfumes, sem gosto, inaudível e, quando nenhum calor o impulsiona, ele penetra no corpo, na boca e no nariz, passando para os pulmões. O que Botazzo⁸ complementa instigantemente sendo a boca humana, corpo humano de produção e reprodução de eventos que se realizam no corpo do homem, pelo corpo e para o corpo.

A percepção do gosto, da visão e da audição encontra mais facilmente apoios referenciais em algumas culturas que retêm seus hábitos, seus sabores com mais precisão, como a feijoada brasileira ou a nossa caipirinha. O olfato, para Serres³¹, parece ser o sentido do singular, pois vivemos, não faz muito tempo, entre odores domi-

nantes, como a gasolina, o querosene, os fedores na balbúrdia impondo-se às nossas sensibilidades feridas. É uma fina ponta de ápex raro, composição muito complexa, mistura de mil vizinhanças, nó instável de correntes caprichosas, onde um perfume delinea-se como uma intersecção, ou uma confusão, onde não sentimos odores simples nem puros.

Considerações finais

Nesse cenário de mediação técnica entre signos e coisas e superação e busca de novas tecnologias a “subjetividade”, assim como a “mercadoria” halitose, é um fetiche, categoria desenvolvida magistralmente por Latour²⁰ como um produto profundamente humano elevado à categoria de autoridade sobre-humana. Isto mediante o esquecimento ou a condenação à irrelevância de suas origens demasiado humanas, juntamente com o conjunto de ações humanas que levaram ao seu aparecimento e que foram condições sine qua non para que isso ocorresse. Em uma excelente resenha do século XX, Serres³² questiona se estamos no começo de uma outra humanidade, onde um estranho e preciso neologismo indica uma emergência hominiana: a palavra hominês-cência. Vivemos um momento decisivo do processo que nos transforma sem saber que tipo de homem ele cria, assassina ou exalta.

A categoria referência circulante desenvolvida por Latour²⁰ nos ajuda a compreender o fenômeno da halitose como emblema da sua “patologização”. Quando percebemos que a referência dos odores da halitose circula ao longo do processo civilizador, entre as coisas e as formas da mente humana e as suas conexões entre um campo científico, como o da Odontologia, entendemos que isso jamais pode ser desconectado das redes que contextualizam a noção de uma ciência sem limites epistemológicos, impregnada de sentido humano e de subjetividades. Ademais, na percepção de Serres³² para o entendimento desses novos tempos, é necessário repensar o capitalismo. As novas tecnologias tornam obsoletas a concentração das atuais, transformando as antigas em uma aglomeração trivial. Por outro lado, a rapidez das comunicações e das tecnologias de visualização concentram virtualmente tudo, o todo ou a parte das conexões disponíveis, e não mais armazenamos coisas, mas relações.

Com Botazzo⁸ e o constructo de bucalidade, os fenômenos da saúde e da doença se dão como expressão da cultura (incluindo o psiquismo) e

se fundem nos nexos poderosos dos modos de produzir a existência onde o suporte de ações (e das relações) sociais são inseparáveis; as suas instâncias sensoriais e as da razão. Assim: para Giddens³³, o mundo atual institucionaliza o princípio da dúvida radical e insiste em que todo conhecimento tome a forma de hipótese – afirmações que bem podem ser verdadeiras, mas, por princípio, estão sempre abertas à revisão e podem ser, em algum momento, abandonadas. O nosso mundo, o eu, como os contextos institucionais mais amplos, tem que ser construído reflexivamente, com uma gama de possibilidades.

A possível transição do odor da halitose em tornar-se uma patologia deve prosseguir a sua marcha na cadeia histórica reversível de transformações na “colonização odontológica” em torno de novas patologias e medicalizações. Assim o processo cultural e o civilizador instauram novos dispositivos de controle sobre os modos dos indivíduos se relacionarem como o autocuidado sobre o hálito. A credibilidade científica da halitose deve ser discutida e não pode cessar, a me-

nos que se perca a significação, os limites e o sentido da epistemologia odontológica.

Estamos como consideraram Castiel e Álvarez-Dardet¹³ diante de uma “higiénética”, com várias dimensões do controle moral relativas ao autocuidado e de uma promoção da saúde instrumental e essencialmente individualista. Para Serres³¹ os odores são improváveis, misturados, específicos, singulares e incertos em tempo e lugar: “é o sentido da confusão, portanto dos encontros, sentido raro das singularidades, o olfato desliza do saber à memória e do espaço ao tempo e certamente das coisas aos seres”.

Na ausência de limites epistemológicos sobre a halitose parece que a prática odontológica já definiu e aceitou um modo de ser humano purificado sem halitose e feliz. Que caminhos podemos traçar e em que sociedade pensamos estar inseridos e ajudando a construir? Ao sermos, ao mesmo tempo, cúmplices e críticos das normas sociais predominantes, é possível uma atitude de reconciliação com a humanidade que estamos perdendo?

Colaboradores

A Emmerich e LD Castiel participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Caponi S. Uma análise epistemológica do diagnóstico de depressão. *Cad. Bras. Saúde Mental* 2009; 1(1):1-8.
2. Fernandes M. *Millôr definitivo: a bíblia do caos*. Rio Grande do Sul: L&PM; 2007.
3. Grein NJ. *Estomatologia para o clínico – 7ª Aula: Halitose - diagnóstico e tratamento*. *Odontólogo Moderno* 1982; 9:40-45.
4. Elias N. *O processo civilizador: Uma história dos costumes*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994.
5. Lipovetsky G. *A Felicidade paradoxal*. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.
6. Bauman Z. *Vida para o consumo*. Rio de Janeiro: Zahar Editor; 2008.
7. Lupton D. *Medicine as culture*. London: Sage Publications; 2004.
8. Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):7-17.
9. Habermas J. *Teoria de la acción comunicativa: complementos y estudios previos*. Madri: Cátedra; 1984.
10. Habermas J. *O que significa socialismo hoje?* São Paulo: Novos estudos CEBRAP; 1991.
11. Sfez L. *A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia*. São Paulo: Unimarco-Loyola; 1996.
12. Giddens A, Beck U, Lash S. *Modernização reflexiva*. São Paulo: Ed. UNESP; 1997.
13. Castiel LD, Álvarez-Dardet C. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2007.
14. Leve a vida. *A Gazeta*, Vitória 2007; 23 set. p. 14.
15. Dick PK. *O caçador de andróides*. Rio de Janeiro: Rocco; 2007.
16. Houaiss A. Replicante. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva; 2001.
17. Emmerich A, Castiel LD. Jesus tem dentes metal-free no país dos banguelas?: odontologia dos desejos e das vaidades. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* 2009; 16(1):95-107.
18. Dupas G. Os riscos das nanotecnologias. *O Estado de São Paulo* 2008; 16 ago.[Documento na Internet]. 2008 [acessado 2009 ago 11]. Disponível em: http://www.estadao.com.br/estadaodehoje/20080816/not_imp224980,0.php
19. Bauman Z. *O Mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar Editor; 1998.
20. Latour B. *A esperança de Pandora*. Bauru: EDUSC; 2001.
21. Foucault M. *As palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
22. Lent R. *Cem bilhões de neurônios*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001.
23. Herculano-Houzel S. Gostos cheirosos, cheiros gostosos. In: Lent R, organizador. *Cem bilhões de neurônios*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001. p. 314-315.
24. Seu mais novo amigo da boca. [Documento na Internet]. [acessado 2009 jun 25]. Disponível em: <http://www.grupovida.com.br/halit princ.htm>
25. Tárzia O. *Halitose: um desafio que tem cura*. Rio de Janeiro: EPUB; 2003.
26. Oral Chroma. [Site na Internet]. 2009 [acessado 2009 jun 15]. Disponível em: http://www.halitopuro.com.br/oral_chroma.html
27. Nadanovsky P. Halitose. In: Antunes JLF, Peres MA, organizadores. *Epidemiologia da Saúde Bucal*. Rio de Janeiro: Koogan; 2006. p. 219-229.
28. Rosemberg M. The science of bad breath. *Scientific American* 2002; 286(4):58-65.
29. Varella D. *Borboletas da Alma: escritos sobre ciência e saúde*. São Paulo: Ed. Schwarcz; 2006.
30. Aragão W. *Regulador de função Aragão*. São Paulo: Santos Editora; 2007.
31. Serres M. *Os cinco sentidos: filosofia dos corpos misturados 1ª* Rio de Janeiro: Bertrand; 2001.
32. Serres M. *Hominescências: o começo de uma outra humanidade*. Rio de Janeiro: Bertrand; 2003.
33. Giddens A. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2002.

Artigo apresentado em 30/09/2009

Aprovado em 28/01/2010

Versão final apresentada em 06/02/2010