



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS VIII – PROFESSORA MARIA DA PENHA – ARARUNA  
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**EDIELMA TRAJANO DA SILVA**

**ESTUDO DO USO DE MASCARADORES DE HÁLITO E SUA RELAÇÃO COM ESQUIVA  
SOCIAL EM PACIENTES DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE ARARUNA-PB**

**Araruna / PB**

**2016**

**EDIELMA TRAJANO DA SILVA**

**ESTUDO DO USO DE MASCARADORES DE HÁLITO E SUA RELAÇÃO COM  
ESQUIVA SOCIAL EM PACIENTES DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE  
ARARUNA-PB**

Artigo apresentado à Coordenação do  
Curso de Odontologia da UEPB – Campus  
VIII como requisito parcial para a obtenção  
do título de Cirurgião-Dentista

Orientador: Prof. Renata de Oliveira Cartaxo

**Araruna / PB**

**2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586e Silva, Edielma Trajano Da  
Estudo do uso de mascaradores de hálito e sua relação com  
esquiva social em pacientes do serviço público de saúde de  
Araruna-PB [manuscrito] / Edielma Trajano Da Silva. - 2016.  
34 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
ODONTOLOGIA) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de  
Ciências Tecnologia e Saúde, 2016.

"Orientação: Profa. Ma. Renata de Oliveira Cartaxo,  
Departamento de Odontologia".

1. Halitose, 2. Saúde bucal, 3. Hábitos. I. Título.

21. ed. CDD 617.601

**EDIELMA TRAJANO DA SILVA**

**ESTUDO DO USO DE MASCARADORES DE HÁLITO E SUA RELAÇÃO COM  
ESQUIVA SOCIAL EM PACIENTES DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE  
ARARUNA-PB**

Artigo apresentado à Coordenação do  
Curso de Odontologia da UEPB –  
Campus VIII como requisito parcial para a  
obtenção do título de Cirurgião-Dentista

Aprovado em: 27/10/2016.

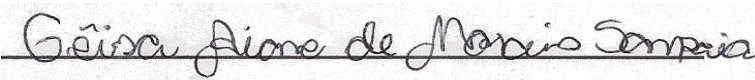
**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof<sup>a</sup>. Me. Renata de Oliveira Cartaxo (Orientadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
Prof<sup>a</sup>. Me. Naiana Braga da Silva

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
Prof<sup>a</sup>. Me. Geisa Aiane de Moraes Sampaio

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, meu eterno protetor, por ter me dado forças para enfrentar e superar os desafios e dificuldades que aconteceram durante esta caminhada.

Aos meus pais, fonte inesgotável de amor, agradeço pelo suporte incondicional, em todos os momentos e circunstâncias principalmente minha mãe.

A professora Renata de Oliveira Cartaxo, competência em pessoa, agradeço pelas orientações, obrigado pela paciência para comigo e por todo seu apoio e incentivo, sou grata por tudo.

As minhas irmãs, Edna e Érica a quem amo tanto, agradeço por serem meu porto seguro, vocês são um exemplo de guerreiras em minha vida.

A meu namorado Diego pelo apoio ao longo dessa jornada, dando-me força e motivação durante esse processo.

A todos os mestres que fizeram parte da minha formação acadêmica, e em especial a minha dupla da clínica, Jeane que sempre me incentivou, e torce pelo meu sucesso.

A todos aqueles que direta ou indiretamente participaram e colaboraram para a realização deste trabalho.

# ESTUDO DO USO DE MASCARADORES DE HÁLITO E SUA RELAÇÃO COM ESQUIVA SOCIAL EM PACIENTES DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE ARARUNA-PB

## RESUMO

**Introdução:** A qualidade do hálito de um indivíduo varia devido a vários motivos intrínsecos e extrínsecos. Atualmente, o ato de disfarçar possíveis odores é visto corriqueiramente desde o uso de produtos bucais até de itens comestíveis que só mascaram o problema e não atuam em sua causa. **Objetivo:** Avaliar o uso e a frequência dos variados mascaradores do hálito e sua relação com esquiva social em pacientes odontológicos do município de Araruna-PB. **Metodologia:** Utilizou-se uma abordagem indutiva com técnica de pesquisa de campo através de documentação direta extensiva por meio de um questionário estruturado com perguntas objetivas. A amostra foi calculada com um nível de confiança de 95% a partir dos dados do tribunal superior eleitoral que totalizavam 8498 eleitores entre 18 e 59 anos, totalizando 368 voluntários, os quais foram abordados por conveniência nas salas de espera dos nove estabelecimentos de saúde de Araruna onde há atendimento odontológico. **Resultados e discussão:** Foi possível constatar que 53% responderam que se preocupavam com seu hálito, 25% deles fizeram uma correta relação na resposta entre a preocupação com o hálito e a higienização da língua, seguidos de 16% que por se preocupar com o hálito relataram sempre ter à mão chicletes ou pastilhas; indagados sobre atitudes sociais alteradas quando se acha que o próprio hálito não está bom 32% relataram colocar pastilhas ou chicletes na boca seguidos por 30% que preferem falar tomando uma certa distância do interlocutor; sobre a importância de se alertar quem está com mau hálito 91% considera que essas pessoas precisam ser alertadas, contudo a maioria 35% não o faz para evitar constrangimentos. **Conclusões:** O uso de mascaradores de hálito se mostrou frequente, sendo a qualidade do hálito considerada como um fator relevante no meio social, provocando atitudes de esquiva que atrapalham o relacionamento interpessoal, além da reiterada procura por meios para disfarça-lo com o cheiro forte de pastilhas e chicletes. Os entrevistados ressaltaram a importância de se alertar o portador de halitose sobre sua condição, no entanto, preferem não dizer a fim de evitar constrangimento.

**PALAVRAS CHAVES:** Halitose. Saúde Bucal. Hábitos.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico</b>	<b>Título</b>	<b>Página</b>
<b>Gráfico 1</b>	Distribuição dos entrevistados quanto a preocupação com seu hálito.	14
<b>Gráfico 2</b>	Distribuição dos entrevistados em relação a atitudes sociais quanto a autopercepção do seu hálito.	16
<b>Gráfico 3</b>	Distribuição referente a área quanto a importância de não ter mau hálito.	17
<b>Gráfico 4</b>	Distribuição da amostra sobre a atitude ao serem questionados sobre terem sido avisados sobre seu mau hálito	18
<b>Gráfico 5</b>	Amostra referente a pessoa que o alertou sobre o mau hálito.	18
<b>Gráfico 6</b>	Indica a forma como o entrevistado se expressou ao receber a alerta sobre ter mau hálito.	19
<b>Gráfico 7</b>	Distribuição da amostra quando indagados se as pessoas que têm hálito desagradável devem ser alertados.	21
<b>Gráfico 8</b>	Indica a atitude do entrevistado ao presenciar uma pessoa com mau hálito.	21
<b>Gráfico 9</b>	Distribuição da amostra sobre hábitos do consumo de pastilhas.	22
<b>Gráfico 10</b>	Distribuição da amostra sobre hábitos do consumo de pastilhas.	23
<b>Gráfico 11</b>	Distribuição da amostra sobre hábitos do consumo de chicletes.	23
<b>Gráfico 12</b>	Distribuição da amostra sobre hábitos do consumo de chicletes.	23

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>SIGLA</b>	<b>DEFINIÇÃO</b>
<b>USB:</b>	Unidade de saúde Básica
<b>CEO:</b>	Centro de Especialidades Odontológicas
<b>CVS:</b>	Compostos sulfurados voláteis
<b>TCLE:</b>	Termo de consentimento livre e esclarecido



## SUMÁRIO

Página

RESUMO

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

1 INTRODUÇÃO .....	09
2 METODOLOGIA .....	13
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	14
4 CONCLUSÃO .....	25
REFERÊNCIAS .....	27

ANEXO A – QUESTIONÁRIO

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

**ESTUDO DO USO DE MASCARADORES DE HÁLITO E SUA RELAÇÃO COM  
ESQUIVA SOCIAL EM PACIENTES DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE  
ARARUNA-PB**

**ANALYSIS OF HALITOSIS MASKERS USE AND THEIR RELATIONSHIP WITH  
SOCIAL WITHDRAW AMONG PUBLIC HEALTH SERVICE PATIENTS FROM  
ARARUNA - PB**

Edielma Trajano da Silva<sup>1</sup>

Renata de Oliveira Cartaxo<sup>2</sup>

1. Acadêmica do Curso de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba.
2. Professora Mestre, do curso de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, Brasil.

Endereço para correspondência:

Renata de Oliveira Cartaxo

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Avenida. Coronel Pedro Targino, S/N

CEP: 58233-000 / Araruna - Paraíba

E-mail: rena\_cartaxo@hotmail.com

Phone: (55) (83) 99628-0718

## 1 INTRODUÇÃO

O mau hálito também conhecido como halitose (termo médico), é um problema extremamente comum e afeta grande parte da população mundial, podendo causar significantes alterações no comportamento social e psicológico do indivíduo (MAROCCHIO, CONCEIÇÃO, TÁRZIA, 2009). Do ponto de vista etimológico, a palavra halitose tem origem no latim halitus, que significa “ar expirado”, e no grego osis, que significa “doença ou condição anormal” (CONCEIÇÃO; GIUDICE; MAROCCHIO, 2014).

Tanto em referências históricas quanto na literatura greco-romana, principalmente em comédias e tragédias, existe a menção de personagens que apresentam um hálito desagradável (CONCEIÇÃO; GIUDICE; MAROCCHIO, 2014). O mau hálito vem sendo considerado um problema de saúde pública, de difícil diagnóstico devido às suas causas multifatoriais e por causar transtorno na vida social, afetiva e profissional do indivíduo, refletindo na sua saúde emocional (CALIL; TARZIA; MARCONDES, 2006).

A halitose é uma alteração do hálito caracterizada pelos odores desagradáveis emanados e na maioria dos casos é resultado do metabolismo da microbiota bucal, podendo ser resultado de alterações na cavidade bucal tais como doença periodontal, má higiene, impactção alimentar e principalmente saburra lingual. Como pode provocar um desconforto tanto para o indivíduo que o possui quanto para as pessoas de seu convívio e interferir nas relações sociais (CALIL; TARZIA; MARCONDES, 2006).

A halitose não é necessariamente uma doença, mas um sinal indicativo de que alguma coisa não vai bem no organismo, seja do ponto de vista patológico, fisiológico ou até mesmo uma questão de má higiene bucal (SALVADOR; PERUZZO; NOGUEIRA- FILHO, 2011).

A relação dos odores bucais com os aspectos sociais sempre foi um fator de preocupação para a sociedade que, procurando mascará-los, se utilizava de diversos artifícios e substâncias. O mau hálito bucal sempre foi e, ainda é um obstáculo para a plenitude da vivência conjugal (ELIAS; FERRIANI, 2006).

Hine apud Conceição et al (2014) coloca que pessoas que tem receio de ter halitose podem acarretar em alterações comportamentais como desviar o rosto ou colocar a mão na boca ao falar com temor da halitose estar presente, além do uso

de mascaradores de hálito. Hine conclui que estes medos podem reduzir a confiança da pessoa em se aproximar dos demais e também interferir na sua eficácia em qualquer atividade.

Além das várias soluções que prometem um bom hálito, é comum o uso de bombons aromáticos de hortelã, menta, canela, eucalipto entre outros. Casos extremos são relatados na literatura, como por exemplo, o bochecho de perfumes. Essa situação trata de uma atitude desesperada e sem fundamento científico, uma vez que soluções com alto teor de álcool são irritantes à mucosa, apenas piorando a situação (GREIN et al, 1982).

Pela manhã, ao acordar, é normal que muitos indivíduos apresentem algum grau de mau hálito. Essa alteração é conhecida como halitose matinal e é atribuída a causas fisiológicas relacionadas ao despertar matutino. A halitose pela manhã provavelmente ocorre devido à diminuição do fluxo salivar durante o sono e consequente acúmulo e putrefação de células epiteliais descamadas e alimentos (TARZIA, 2003).

Enquanto essa halitose matinal e passageira é facilmente controlada, a halitose persistente pode indicar desordens orais e de origem sistêmicas as quais, estão relacionadas à ocorrência de diabetes, doenças hepáticas, gastrointestinais e renais, apresentando características específicas e é de difícil controle (CALIL; TARZIA; MARCONDES, 2006).

Muitos dos indivíduos portadores do mau hálito ignoram os sintomas, (CERRI; MARTI, 2000), isso acontece principalmente pelo fato do olfato se adaptar rapidamente ao odor, fazendo com que ele seja incapaz de mensurar seu mau hálito, e as pessoas próximas muitas vezes se sentem constrangidas em informá-lo da situação. (CARVALHO, 2011).

Também é sabido que nem sempre o indivíduo que pensa ter halitose é realmente portador da mesma, muitos desses indivíduos que possuem hábito de mascarar o hálito podem ser portadores da chamada Halitose Imaginária. Ela se caracteriza pela ausência de sensibilidade pelo olfato humano no fluxo expiratório. Se trata de uma alteração senso-perceptiva, onde o indivíduo tem dificuldade de distinguir a olfação da gustação e vice-versa fazendo com que ele acredite ser portador de halitose. Assim, é demasiado importante considerar queixa de um possível gosto ruim na boca. O portador de halitose imaginária possui um abalo

emocional e não se mostra motivado ao tratamento, pois acha que já fez o possível para melhorar seu hálito (VIEIRA, 2003).

As características pessoais dos portadores de halitose alteram-se quando estes têm percepção da sua situação, sentindo-se de algum modo inferiorizados, revelando dificuldade em demonstrar as suas emoções e podendo mesmo sofrer desordens de ordem psicológica. Muitas pessoas sofrem de um medo exagerado de que possam ter halitose (VIEIRA, 2003).

Em 1992, a World Health Organization propôs uma nova classificação, a qual também se mostrou incompleta e impraticável para o diagnóstico e tratamento da halitose. Recentemente, foi elaborada uma classificação simples, enfatizando o diagnóstico através da análise do mau hálito. Este método, descrito pela "Sociedade Internacional de Pesquisa do Odor Bucal", é adotado mundialmente como norma para classificação da halitose. De acordo com essa classificação, a halitose pode ser dividida nas seguintes categorias: halitose verdadeira, pseudo-halitose e halitofobia (ELIAS; FERRIANI, 2006).

Segundo esta classificação, de uma forma geral, o termo Halitose verdadeira é utilizado quando o mau hálito realmente existe, podendo ser diagnosticado organolepticamente, ou por meio de métodos analíticos. A Pseudo-halitose é aquela que o paciente está convencido de apresentar mau hálito, no entanto, um evidente mau odor não pode ser detectado. Denomina-se Halitofobia quando, após o tratamento da Halitose verdadeira, ou após ter sido diagnosticada a Pseudo-halitose, o paciente permanece convencido de que sofre de mau hálito (MIYAZAKI et al, 1999)

Na sociedade atual observa-se a atribuição de uma importância crescente à imagem pessoal e às relações interpessoais. A halitose pode conduzir à diminuição da autoestima e ser inclusivamente um fator perturbador das atividades sociais (NUNES; OLIVEIRA; MARTÍNEZ-SAHUQUILLO, 2012).

O presente estudo se justifica na importância social que o problema da halitose, seja imaginária ou real, pode causar na vida das pessoas. Espera-se que os cirurgiões-dentistas alertem para o diagnóstico e orientação dos diferentes tipos de halitose, bem como alertar para os variados hábitos que os seus pacientes podem ter desenvolvido no intuito de mascarar o problema.

A relevância dada a esse assunto que se apresenta, uma vez que a percepção da presença real ou imaginária de halitose pode afetar a qualidade de

vida em sua plenitude. Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar o uso e a frequência dos variados mascaradores do hálito e sua relação com esquiva social em pacientes odontológicos de 18 a 59 anos que esperam atendimento nos estabelecimentos de saúde do município de Araruna-PB.

## 2 METODOLOGIA

A metodologia empregada tratou-se de utilizar uma abordagem indutiva com técnica de pesquisa de campo através de documentação direta extensiva por meio de um questionário estruturado com perguntas objetivas, segundo nomenclatura proposta por Lakatos e Marconi (2001).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEPB mediante o parecer 19, número do CAAE: 57894616.6.0000.5187 e realizada em Araruna, município localizado na microrregião Curimataú Oriental da Paraíba no qual a Universidade Estadual da Paraíba possui o Campus VIII. Os locais onde a pesquisa foi realizada foram os serviços de saúde do município em que houvesse atendimento odontológico, ou seja nove estabelecimentos: cinco unidades de saúde de zona rural, três unidades de saúde de zona urbana e um centro de especialidades odontológicas (CEO).

A população objeto deste estudo foi composta pela comunidade adulta adscrita nos serviços de saúde do município de Araruna, Paraíba. A amostra deste estudo foi calculada com um nível de confiança de 95% a partir dos dados do tribunal superior eleitoral que totalizavam 8498 eleitores entre 18 e 59 anos, totalizando 368 voluntários, os quais foram selecionados por conveniência nas salas de espera dos nove estabelecimentos de saúde de Araruna onde há atendimento odontológico (oito UBS e um CEO). Foram incluídos indivíduos com ou sem relato prévio de halitose. A coleta dos dados foi realizada após teste piloto do instrumento com 30 indivíduos.

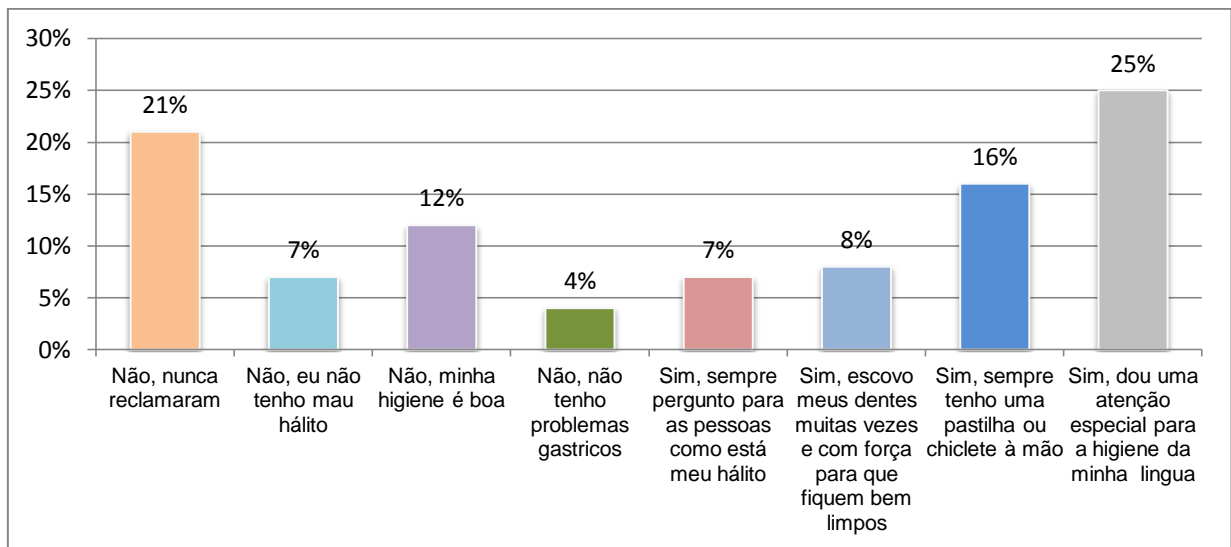
Foi aplicado um questionário com 27 questões objetivas relacionadas à higiene bucal, produtos mascaradores de hálito, sua frequência de uso, bem como o motivo que o fez utilizar, além de questões relacionadas à importância da qualidade do hálito, a situações em que o hálito possa influenciar na qualidade de vida. O instrumento de coleta foi formulado a partir de uma adaptação das questões do trabalho de Gorender (2004) e da pesquisa “O Mau Hálito e a Qualidade de Vida”, realizada pela Associação Brasileira de Estudos e Pesquisas dos Odores da Boca (ABPO) (2008).

Os dados foram anotados e analisados de forma descritiva através da confecção de gráficos demonstrativos na planilha do programa do Microsoft Excel®.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população estudada totalizou 368 pessoas, sendo que 85% eram do sexo feminino, com média de 18 a 29 anos, sendo 8% fumantes. Indagados sobre sua preocupação com o hálito a amostra se comportou conforme o gráfico 1:

**Gráfico 1. Distribuição dos entrevistados quanto à preocupação com seu hálito.**



É possível constatar que 53% responderam que se preocupavam com seu hálito, 25% deles fizeram uma correta relação na resposta entre a preocupação com o hálito e a higienização da língua, seguidos de 16% que por se preocupar com o hálito relataram sempre ter à mão chicletes ou pastilhas. Entretanto dos 47% que revelaram não se preocupar com o hálito 21% o fazia por afirmar que ninguém nunca havia reclamado de seu hálito e 12% relacionava não se preocupar com o hálito por possuir boa higiene.

Tárzia (2003) conceituou a halitose como sendo uma alteração desagradável na condição do hálito, em que ele se modificaria de forma a ser incômodo tanto para o paciente quanto para as pessoas de seu convívio as quais o mesmo se relaciona, podendo ser uma condição patológica ou fisiológica.

Em sua maioria, essa condição está associada a causas orais, entre eles encontram-se: lesões ativas de cárie, gengivites, doenças periodontais, saburra lingual, entre outros (DEL RIO; NICOLA; TEIXEIRA, 2007).

A resposta mais citada neste quesito do questionário, onde se atribui a preocupação com o hálito juntamente à higienização da língua, se mostra correta



uma vez que a saburra lingual é apontada pela literatura como a principal causa da halitose. De acordo com Pham et al. (2011) a não realização da higienização correta da superfície dorsal da língua, resulta na acumulação de uma massa esbranquiçada em sua região posterior, formando assim a saburra na língua. Sendo este um fator predisponente para o surgimento de produtos do metabolismo bacteriano, células epiteliais descamadas e leucócitos mortos, acarretando no mau odor bucal (ZANOTTI et al. 2016).

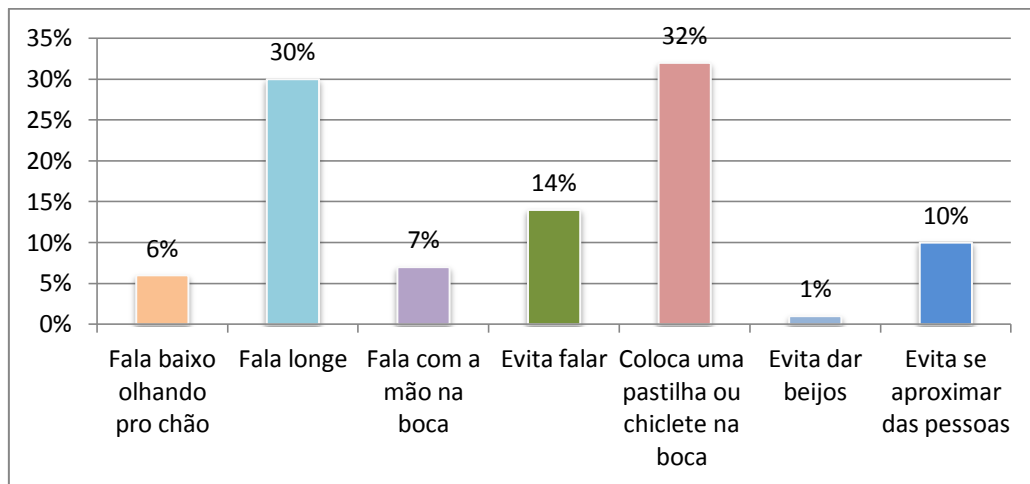
Em uma pesquisa realizada por Leandrina et al. (2015), 85% dos pacientes que realizavam a higiene da língua apenas com escova dental apresentou maiores níveis de halitose, já aqueles que relataram utilizar limpadores tiveram nível 0 de halitose. Destaca-se assim a importância do uso de limpadores linguais, como meio de prevenção do mau hálito.

Um tratamento preventivo enfatiza a necessidade do Cirurgião-Dentista direcionar aos princípios de higiene através de uma orientação básica com o uso de instrumentos apropriados como a utilização dos limpadores bucais que removem os resíduos do dorso da língua, bem como a técnica adequada ao usar escovas dentais e interdentais e o uso de fio dental (DOMINGOS et al. 2011).

Observa-se que apesar do avanço das pesquisas sobre halitose, ainda existe a dificuldade de relacionar a falta de higienização com o aparecimento da halitose, pois muitos preferem fazer uso de medidas paliativas como o uso de mascaradores a que realizar as condutas adequadas de higiene e mudanças de hábitos (DOMINGOS et al. 2011).

Quando indagados sobre atitudes sociais alteradas quando se acha que o próprio hálito não está bom 32% relataram colocar pastilhas ou chicletes na boca seguidos por 30% que preferem falar tomando uma certa distância do interlocutor conforme o gráfico 2:

**Gráfico 2. Distribuição dos entrevistados em relação a atitudes sociais quanto à auto percepção do seu hálito.**



Segundo Uliana & Brinques (2003) aqueles que apresentam halitose, tornam pessoas acanhadas, as quais preferem se isolar da sociedade, pois sentem vergonha ao interagir com as pessoas, causando graves problemas de baixa estima á sua autoimagem. O mau hálito impede a interação no relacionamento interpessoal, uma vez que o dialogo é considerado um agente facilitador na aproximação das pessoas (CARVALHO; RODRIGUES; CHAVES, 2008).

Sofrer com este problema faz com que o indivíduo fale longe, evite falar ou até mesmo evite se aproximar das pessoas, criando uma barreira social com aqueles que se relacionam, e muitas vezes pelo desconhecimento, procuram alternativas que tentam mascarar esse mau hálito através das gomas de mascar como chicletes e/ou pastilhas mentoladas (BOSY, 1997).

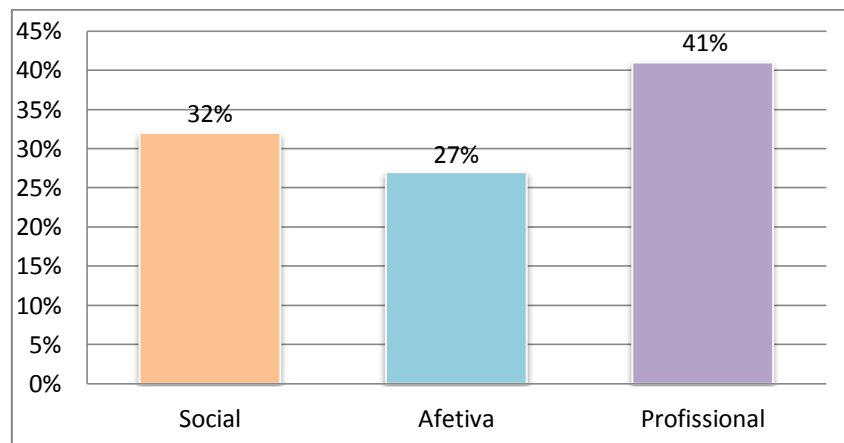
Estima-se que mais de 85 milhões de pessoas sofram de halitose, gerando assim, pela preocupação em debelar o mau hálito, um alto gasto com produtos destinados a mascarar o mau odor bucal. A estimava é que gastos superam 2 milhões de dólares por ano em produtos para essa finalidade. Esses gastos poderiam até ser minimizados, caso houvesse um empoderamento dessas pessoas, com implementação de medidas preventivas e educativas específicas, conscientizando-as quanto à importância da correta higienização (DAL RIO; NICOLA; TEIXEIRA, 2007).

Desde a sociedade antiga, os indivíduos tinham aquela preocupação quanto o seu odor bucal, segundo Martins (1998), o homem já criava estratégias para o

disfarce do mau hálito, como mascar madeiras com fragrâncias para perfumar o seu hálito, ou até mesmo com a intenção de torná-lo mais suave. Hoje, entre os indivíduos é frequente o hábito de mascar chicletes, pastilhas e fazer bochechos com soluções que contém diferentes princípios ativos (ROSENBERG, 2003).

Quando perguntado sobre a influência que o hálito tinha em sua vida 32% no âmbito social, 27% afetivo e 41% no profissional, conforme o gráfico 3.

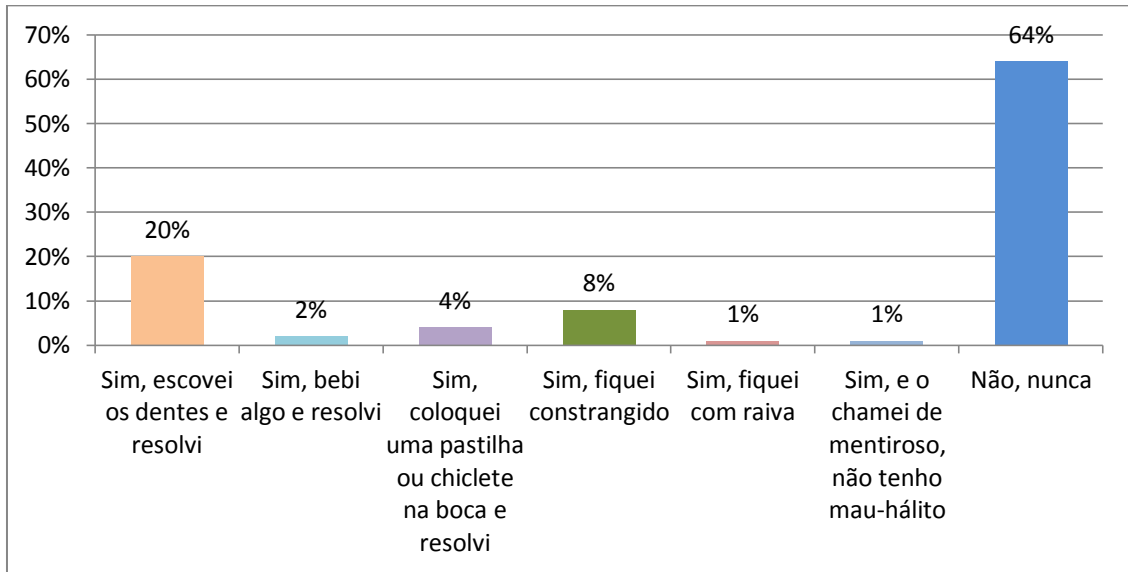
**Gráfico 3. Distribuição referente à área quanto a importância de não ter mau hálito:**



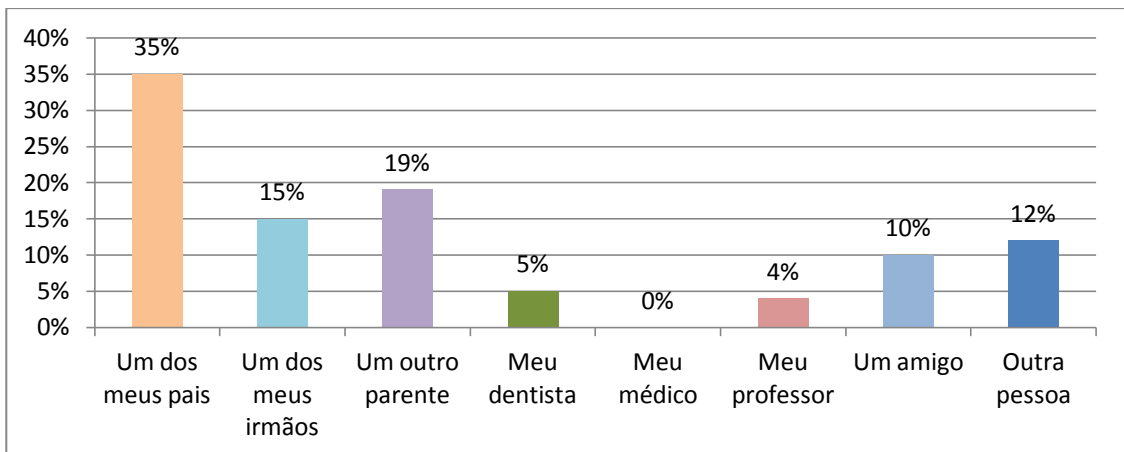
A Halitose se torna um fator preocupante nas relações sociais, pois afeta o emocional e o psicológico do paciente assim como em relação ao aspecto de saúde, chegando até situações de depressão e desgostos por possuí-la. (ELLIAS; FERRIANI, 2006) Pessoas que sofrem de halitose fogem de um círculo de amizade, criando uma barreira social entre elas e seus amigos, familiares, cônjuge ou colegas de trabalho (BOSY, 1997).

Ao serem questionados sobre já terem sido avisados sobre seu hálito 64% relataram nunca terem recebido um aviso neste sentido. Dos 36% que já o receberam, em 35% o aviso foi dado pelos pais e que causou constrangimento (39%) conforme mostram os gráficos 4, 5 e 6:

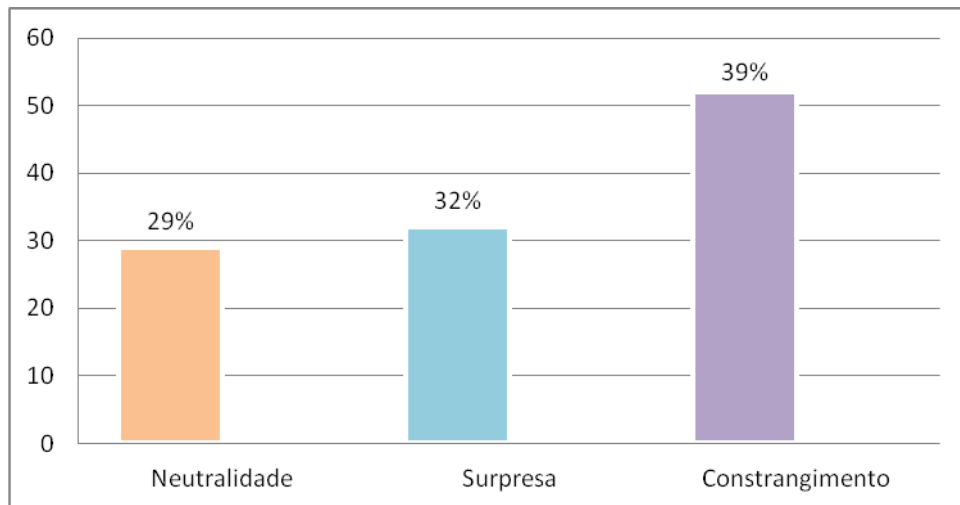
**Gráfico 4. Distribuição da amostra sobre a atitude ao serem questionados sobre terem sido avisados sobre seu mau hálito.**



**Gráfico 5. Amostra referente à pessoa que o alertou sobre o mau hálito.**



**Gráfico 6. Indica a forma como o entrevistado se expressou ao receber a alerta sobre ter mau hálito.**



Em muitos casos existe a deficiência do indivíduo em auto avaliar-se como portador de halitose apesar de ser um problema bastante frequente, isso se justifica pelo fato do indivíduo estar acostumado com o cheiro que é exalado no seu hálito. A explicação deste fato é um fenômeno chamado de fadiga olfatória, que ocorre quando o indivíduo se acostuma com determinados cheiros e não percebe mais aquela informação, gerando uma avaliação defeituosa do próprio hálito (TARZIA, 2003).

Também desconhecem o seu mau hálito pelo fato de nunca ter sido alertado, por isso a importância de ter o hálito julgado por um terceiro, onde este terá uma percepção mais avançada da condição do hálito do indivíduo, no entanto, em geral os amigos acreditam que vão criar constrangimento para o portador da halitose se fizerem esse alerta. Pais e irmãos sentem-se mais à vontade, mas muitas vezes não comentam com o paciente sobre o problema (TARZIA, 2003).

Com base nisso, é fundamental a atuação do cirurgião dentista no diagnóstico da halitose, este possui um contato mais próximo com a boca, onde encontra-se os fatores etiológicos da halitose do paciente e que tem condições de verificar e alertar sobre a halitose (CARTAXO, 2010).

No entanto, observa-se que apenas 5% dos entrevistados já foram orientados pelo dentista sobre a condição do hálito, cabe ao dentista informa-lo tal fato, realizando uma abordagem onde não o constranja, é de extrema importância que o

profissional compreenda a etiologia dos problemas de mau hálito, que tenha conhecimento sobre as formas de detecção da halitose e saiba se comportar em um caso de halitose para mesmo sem ter sido perguntado, colocar o paciente a par da situação (TARZIA, 2003).

Existe um teste subjetivo para detectar a halitose, chamado de organoléptico, é bastante útil na detecção, seu uso é sugerido como referência (BUTZE; ANGST; GOMES, 2015), porém, sua função é bem limitada, pois necessita da capacidade olfatória do examinador, a qual pode estar comprometida pelas condições climáticas ou por afecções, prejudicando dessa forma o diagnóstico da halitose (MANTOVANI; GRIGOLETO, 2010)

Nesse exame, o paciente é aconselhado a comparecer ao consultório na fase em que o mesmo achar apresentar o seu hálito pior, o paciente é solicitado a não fazer uso de enxaguantes bucais ou qualquer outro produto que consiga mascarar o hálito, por pelo menos duas horas antes do teste (DAL RIO; NICOLA; TEIXEIRA, 2007).

Rosenberg (1995) ressalta que o teste organoléptico limita-se apenas em solicitar ao paciente que inspire pelo nariz e expire pela boca, enquanto o examinador avalia o ar expirado colocando-se a uma distância de 20 cm do paciente e considera desagradável ou não em uma escala de 0 a 5.

Estudos demonstram a correlação entre as possíveis detecção da halitose, como exemplo o realizado numa clínica de periodontia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com 26 pacientes que foram submetidos à medição de índices periodontais, nível de CVS (compostos sulfurados voláteis), avaliação organoléptica e qualificação do hálito pela autopercepção. Alguns testes realizados como auxílio no diagnóstico da halitose tiveram alto grau de correlação com a medição organoléptica, entretanto a qualificação do hálito através da auto-percepção e a medição dos níveis de hálito pelo monitor portátil não atingiram resultados satisfatórios quando correlacionados com a medição organoléptica, ressaltando a importância de se realizar medições organolépticas para a análise do hálito (SILVEIRA et al 2006).

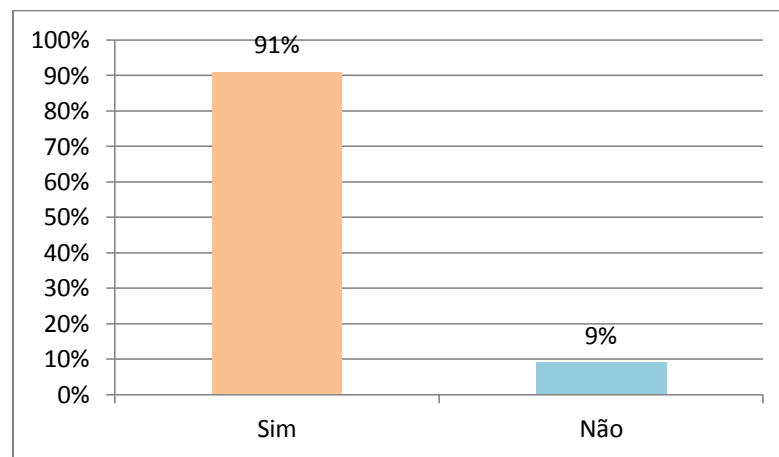
Um estudo realizado por Cartaxo (2010), evidencia a importância da avaliação organoléptica de “juiz do odor”, sendo considerado instrumento bastante importante no diagnóstico da halitose. Dessa forma, ressalta-se a importância do cirurgião

dentista como detector dessa sintomatologia que nem sempre é percebida pelo portador.

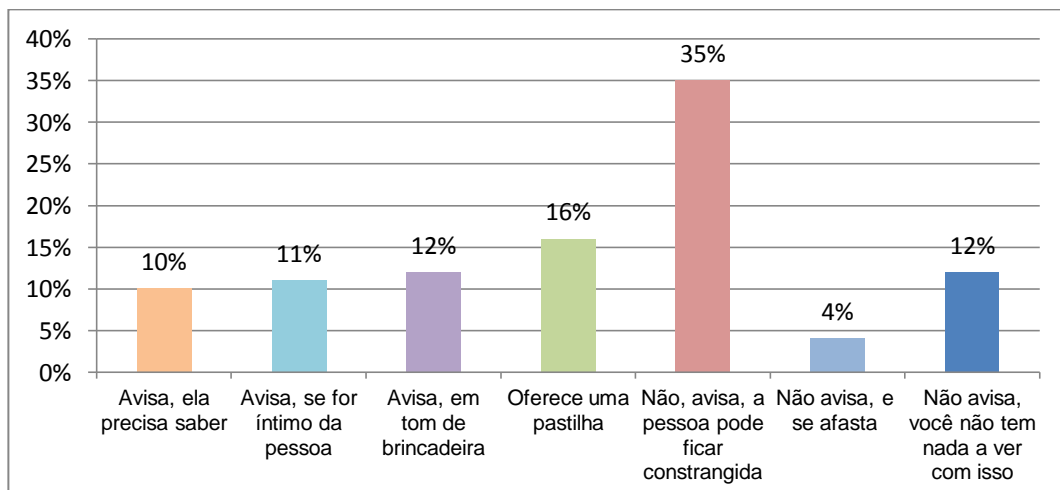
Em outro estudo feito por Kim et al, (2009) afirma a avaliação organoléptica como instrumento eficaz para a medição da halitose no campo clínico, estudo realizado em uma clínica de halitose com pacientes sem problemas periodontais, traz uma comparação entre a avaliação organoléptica, medição de CVS e cromatografia gasosa. Seus resultados mostram uma correlação positiva entre os métodos testados.

Quando perguntadas sobre a importância de se alertar quem está com mau hálito 91% considera que essas pessoas precisam ser alertadas, contudo, a maioria (35%) não o faz para evitar constrangimentos (gráficos 7 e 8).

**Gráfico 7. Distribuição da amostra quando indagados se as pessoas que têm hálito desagradável devem ser alertados.**



**Gráfico 8. Indica a atitude do entrevistado ao presenciar uma pessoa com mau hálito.**



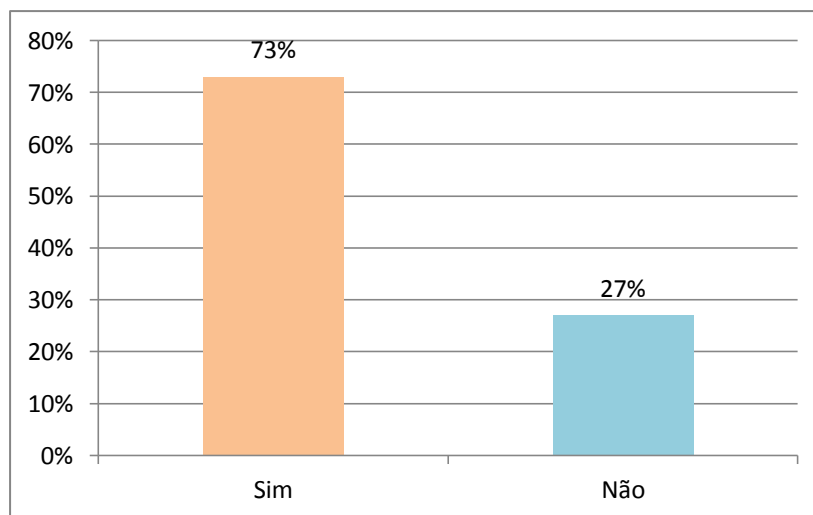
Houve concordância entre os participantes quando referiu que as pessoas que têm mau hálito devem ser alertadas, no entanto entra em contradição quando pergunta-se se avisariam sobre a condição, nem todos o fazem alegando provocar constrangimento para o portador da halitose.

O papel do cirurgião dentista frente a essa realidade é justamente através de um manejo adequado, transparecer ao paciente, uma vez que é o profissional que fica mais próximo à boca do paciente e é responsável pelo tratamento da maioria das causas da halitose.

Segundo Tárzia (2003), cabe ao dentista, tratar e prevenir halitoses por causas odontológicas, orientar nos casos de halitoses por variações fisiológicas, e encaminhar para a especialidade específica nos casos de halitose por causas não bucais, como as localizadas em regiões de nariz e garganta ou de ordem sistêmica.

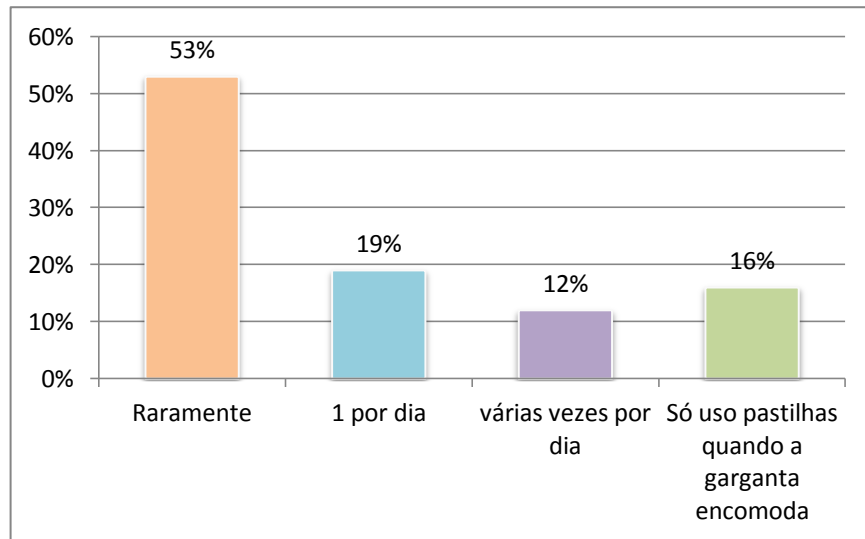
Como já foi relatado em nossos resultados em algumas respostas anteriores, o uso de pastilhas e chicletes são comumente utilizados na vida moderna. Em nossos achados foi possível encontrar uma semelhança no consumo desses mascadores de hálito conforme mostram os gráficos 9, 10, 11 e 12:

**Gráfico 9. Distribuição da amostra sobre hábitos do consumo de pastilhas.**

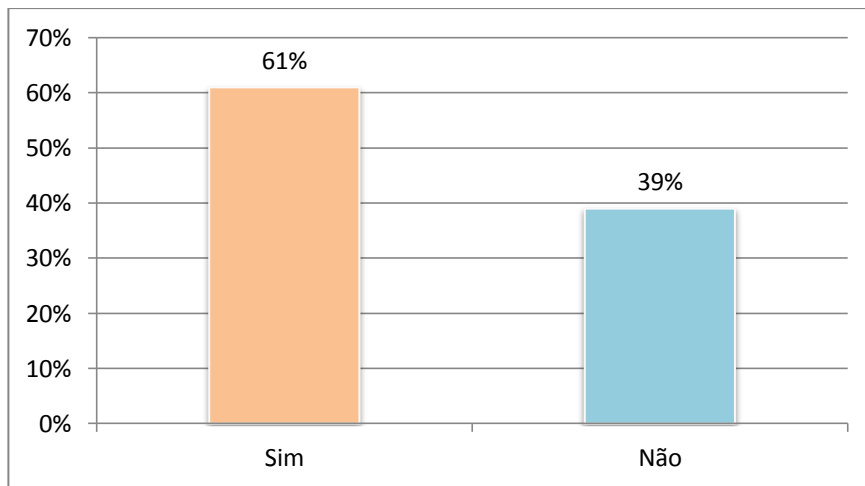




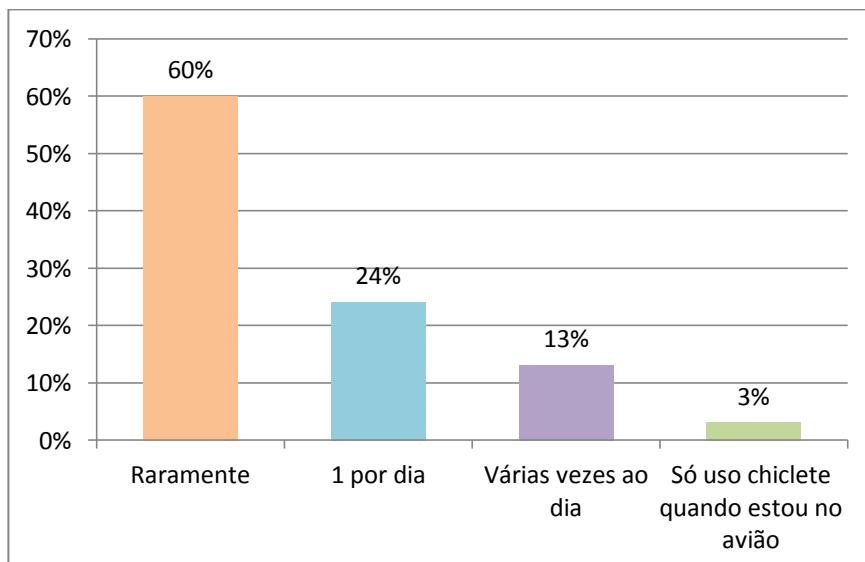
**Gráfico 10. Distribuição da amostra sobre hábitos do consumo de pastilhas.**



**Gráfico 11. Distribuição da amostra sobre hábitos do consumo de chicletes.**



**Gráfico 12. Distribuição da amostra sobre hábitos do consumo de chicletes.**



O mal odor, induz os indivíduos acometidos a lançarem mão de diversas artíficos para mascarar o mau hálito que exalam. O uso dos mascaradores tem como objetivo, dar ao indivíduo condições de manter relações sociais sem desagradar às pessoas com as quais se põe em contato. O que sucede, é a anulação temporária do mau cheiro do qual o indivíduo é portador (TÁRZIA 2003).

Segundo Rosenberg, (1995) o hábito de mascar chicletes, pastilhas mentonianas e fazer bochechos entre as pessoas é constante. Estes artíficos apresentam um efeito temporário, com abordagem apenas paliativa.

Esta preocupação se torna em alguns indivíduos uma pratica diária e continua passando com o tempo ao verdadeiro vicio. Causando assim, efeitos inconvenientes para o indivíduo, onde pode se acostumar a um hábito especial e, depois de tratada a halitose, ficar na dependência daquela sensação de um odor agradável na boca (ALBUQUERQUE et al., 2004)

Além dos efeitos indesejados acarretados pelo uso desses mascaradores, como mascaradores do hálito tipo canela e cravo-da-india que possuem pigmentos podendo chegar a manchar os dentes. No uso constante de antisepticos a descamação da mucosa bucal é frequente, acarretando em uma piora do hálito (TÁRZIA 2003).

Com isso Tárzia (2003) também dá ênfase a importância de uma intervenção profissional, para um controle correto da halitose deve-se realmente procurar um cirurgião dentista o qual, é capacitado para atuar e instituir um plano de tratamento adequado para a maioria dos casos. Este profissional interado com outros saberá lançar mão de um correto tratamento.

#### **4 CONCLUSÃO**

Diante da metodologia empregada e dos resultados obtidos foi possível concluir que o uso de mascaradores de hálito se mostrou frequente na população pesquisada, sendo a qualidade do hálito considerada como um fator relevante no meio social, provocando atitudes de esquiva que atrapalham o relacionamento interpessoal, além da reiterada procura por meios para disfarça-lo com o cheiro forte de pastilhas e chicletes.

Os entrevistados ressaltaram a importância de se alertar o portador de halitose sobre sua condição, no entanto, preferem não dizer a fim de evitar constrangimento. Assim, faz-se necessário que o cirurgião-dentista esteja preparado para realizar o diagnóstico, devendo ter conhecimentos básicos sobre a etiologia multifatorial da halitose para guiar o correto tratamento.

## **ANALYSIS OF HALITOSIS MASKERS USE AND THEIR RELATIONSHIP WITH SOCIAL WITHDRAW AMONG PUBLIC HEALTH SERVICE PATIENTS FROM ARARUNA - PB**

### **ABSTRACT**

**Background:** Individual's breath quality ranges due to several intrinsic and extrinsic factors. Disguising oral odors is often seen from the use of oral products to edible items which only mask the problem rather than provide solution to its cause. **Aim:** The present study aimed to assess the utilization and frequency of several halitosis maskers and their relationship with social withdraw among dental patients from Araruna city, Paraíba. **Methods:** An inductive approach to field screening technique by extensive documentation was performed through a structured questionnaire with objective questions. The sample was estimated considering a confidence level of 95% of Superior Electoral Court database, which encompassed 8498 voters aged from 18 to 59 years old. Out of them, 368 volunteers were selected through convenience sampling in the waiting rooms of nine Araruna health settings which provided dental care. **Results and discussion:** It was found that 53% of participants reported being concerned about their breath, 25% correctly associated breath and tongue cleaning, followed by 16% who were concerned about their breath, therefore they reported always carrying chewing gums or lozenges. When they were asked about changed social attitudes following their perception of bad breath, 32% reported chewing gum or using lozenges, whereas 30% preferred to speak taking some distance from the interlocutor. Regarding the importance of warning those who present with bad breath, 91% considered those people in need to be aware of it, however 35% do not do it to avoid embarrassment. **Conclusion:** It was possible to conclude that the use of halitosis maskers is frequent, and the quality of breath was considered a relevant factor in the social environment, capable of triggering avoidance attitudes that hinder interpersonal relationships, besides the common search of ways to disguise bad breath with the strong aroma of chewing gums and lozenges. Participants highlighted the importance of warning people with halitosis about their condition, however, they prefer not to tell them in order to avoid embarrassment.

**KEYWORDS:** Halitosis. Oral health. Habits.

## 5 REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, J.A.P; et al. A importância do Cirurgião-Dentista na prevenção, diagnóstico e tratamento da halitose. **Odontologia Clín.-Científ**, v. 3, n. 3, p. 169-172, 2004.
- AMORIM, J.A; et al. Aspectos epidemiológicos e etiológicos da halitose. Considerações recentes. **Rev. bras. odontol.** Rio de Janeiro, v. 67, n. 1, p. 76-80, 2010.
- BOSY, A. Oral malodor: philosophical and practical aspects. **Journal of the Canadian Dental Association.** Toronto, v.63, n.3, p.196-201, 1997.
- BUTZE, J.P.B; ANGST, P.D.M; GOMES, A.C. Perspectivas atuais sobre halitose bucal: Revisão de literatura. **braz j periodontol**, v. 25, n. 2, p. 48-54, 2015).
- CALIL, C.M; TARZIA, O; MARCONDES, F.K. Qual é a origem do mau hálito?. **Rev. de Odontologia da UNESP**, v.35, n.3, p.185-190, 2006.
- CARTAXO, R.O; PADILHA, W.W.N. Estudo comparativo entre procedimentos diagnósticos para halitose: Uma abordagem preliminar. **Pesq bras odontoped clin integr**, João Pessoa, v. 10, n. 1, p. 113-119, 2010.
- CARVALHO, M.FC; RODRIGUES, P.A; CHAVES, M.G.A.M. Halitose: revisão literária. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 34, n. 4, p. 273-279, 2008.
- CARVALHO, Y.J.P; et al. Escovação lingual e percepção subjetiva da Halitose em pacientes atendidos no curso de Odontologia da universidade de fortaleza. **Braz J Periodontol**, v.21, n.3, p.81-85, 2011.
- CERRI, A., MARTI, D.P. Halitose: esse problema tem tratamento? **Revista Brasileira de Cirurgia da Cabeça e Pescoço**, v. 24, n. 3, p. 91-6, 2000.
- CLASSEN, C; HOWES, D; SYNNOTT, A. Aroma: a história cultural dos odores. Rio de Janeiro Jorge Zahar; 1996.
- CONCEIÇÃO, M.D; GIUDICE, F.S; MAROCCHIO, L.S. Perfil psicopatológico e alterações comportamentais em pacientes com queixa de halitose: uma revisão. **Rev assoc. Paul. Cir. dent**, v. 68, n. 1, p. 14-2, 2014.
- CRUVINEL, A.R; SARTORI, L.A. Halitose: diagnóstico e perspectivas de tratamento.
- DAL RIO, A.C.C; NICOLA, E.M.D; TEIXEIRA, A.R.F. Halitose: proposta de um protocolo de avaliação. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v. 73, n. 6, p. 835-42, 2007.
- DOMINGOS, P.A.S; et al. Halitose: limitando a qualidade de vida. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 23, n. 2, p. 171-81, 2011.

ELIAS, M.S; FERRIANI M, G.C. Historical and social aspects of halitosis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 5, p. 821-823, 2006.

GREIM, N.J; et al. Estomatología para o clínico: halitose - diagnóstico e tratamento. *Odontólogo Moderno*, São Paulo, v. 9, n. 6, p. 40-45,1982.

KIM, D.J; et al. A new organoleptic testing method for evaluating halitosis. *J Periodontol*. V. 80, n. 1, p. 93-7, 2009.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M.A. Fundamentos da Metodologia Científica. 3. ed. São Paulo: Atlas, p. 271, 1991.

LEANDRINA, T.P; et al. Avaliação da percepção pessoal em relação à condição de halitose e confirmação clínica. **Rev Odontol UNESP**, v. 44, n. 5, p. 299-304, 2015.

MANTOVANI, A.C.A; GRIGOLETO, A.R.L. Halitose: uma questão de saúde pública. **Brazilian Journal of Health** v. 1, n. 3, p. 186-192, 2010.

MAROCCHIO, L.S; CONCEIÇÃO, M.D; TÁRZIA, O. Remoção da saburra lingual: comparação da eficiência de três técnicas. **RGO**, porto Alegre, v. 57, n. 4, p. 443-338, 2009.

MARTINS, E.M. Educação em saúde bucal: os desafios de uma prática. **Caderno de Odontologia**, v.1, n. 2, p. 30- 40, 1998.

MIYAZAKI H, et al. Tentative classification of halitosis and its treatment needs. **Niigata Dent J**, v. 32, p. 7-11, 1999.

NUNES, J.C; OLIVEIRA, L; MARTÍNEZ-SAHUQUILLO, A. Halitose: estudo de prevalência e factores de risco associados numa Unidade de Saúde Familiar. **Rev Port Med Geral Fam**, v. 28, p. 344-9, 2012.

PHAM, T.A; et al. Clinical trial of oral malodor treatment in patients with periodontal diseases. **J Periodontal Res**, v. 46, n. 6, p. 722-9, 2011.

ROSEMBERG, M; et al. Self-Estimation of Oral Malodor. **J Dent Res**, v. 74, n. 9, p. 1577-82, 1995.

ROSENBERG, M. Halitose: perspectivas em pesquisa. **Rio de Janeiro: Guanabara Koogan**, 2003.

SALVADOR, S.L; PERUZZO, D; NOGUEIRA- FILHO, G.R. Conduas para abordagem da halitose. **braz j periodontol**, v. 21, n. 3, p.10-15, 2011.

SILVEIRA, E.M.V, et al. Estudo das correlações entre diferentes recursos diagnósticos do hálito em pacientes portadores de periodontite crônica sob tratamento da gengivite. **Rev Period**, v. 16, n. 2, p. 83-8, 2006.

SOUZA, A.D; et al. Avaliação do caráter psicogênico da halitose. **RFO, Passo Fundo**, v. 16, n. 2, p. 140-143, 2011.

TÁRZIA, O. Halitose, um desafio que tem cura. **Rio de Janeiro: EPUB**, p. 240, 2003.

ULIANA, R.M.B; BRIQUES, W. Halitose conceitos básicos sobre, diagnóstico, microbiologia, causas, tratamento. **Anais do 15° Conclave Odontológico Internacional de Campinas**, v. 104, p. 1-8, 2003.

VIEIRA, C.N. Tratamento Imediato da Halitose. In: Rielson J.A.Cardoso; Manoel E.L.Machado. **Odontologia Arte e Conhecimento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

YAEKAKI K, COIL JM. Examination, classification, and treatment of halitosis; clinical perspectives. **J Can Dent Assoc**, v. 66, n. 5, p. 257-61, 2000.

ZANOTTI, E; et al. Comparação da percepção do paciente em Relação ao próprio hálito e o índice de saburra Lingual. **Braz J Periodontol**, v. 26, n. 1, p. 07-12, 2016.

## ANEXO A - QUESTIONÁRIO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
 CAMPUS VIII - PROFESSORA MARIA DA PENHA - ARARUNA  
 CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE  
 CURSO DE ODONTOLOGIA



### Questionário

**Projeto de pesquisa: Estudo do uso de mascaradores de hálito e sua relação com esquiva social em pacientes odontológicos.**

**Iniciais:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Sexo: (F) (M) Fumante: (sim) (não)**

#### Escovação

- 1. Frequência:**
- ( ) 1 vez ao dia; ( ) Não, eu não tenho mau-hálito
- ( ) 2 vezes ao dia; ( ) Não, minha higiene é boa
- ( ) 3 vezes ao dia; ( ) Não, não tenho problemas gástricos
- ( ) mais de 3 vezes ao dia. ( ) Sim, sempre pergunto para as pessoas como está meu hálito
- 2. Orientação**
- ( ) sim, foi orientada por profissional ( ) Sim, escovo meu dentes muitas vezes e com força para que fiquem bem limpos
- ( ) não, não foi orientada ( ) Sim, sempre tenho uma pastilha ou chiclete à mão
- 3. Intensidade**
- ( ) Pouca força; ( ) Sim, dou uma atenção especial para a higiene da minha língua
- ( ) Média força;
- ( ) Muita força
- 6. Quando você acha que seu hálito não deve estar muito bom, você:**

#### Social

- 4. Numa escala de 0 a 10 o quanto seu hálito é importante na sua vida social?**
- |   |   |   |   |    |   |
|---|---|---|---|----|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5  | 6 |
|   | 7 | 8 | 9 | 10 |   |
- ( ) Fala baixo olhando pro chão
- ( ) Fala longe
- ( ) Fala coma mão na boca
- ( ) Evita falar
- ( ) Coloca uma pastilha ou chiclete na boca
- ( ) Evitar dar beijos
- ( ) Evita se aproximar das pessoas
- 5. Você se preocupa com seu hálito?**
- ( ) Não, nunca reclamaram



**7. Alguém já disse que você estava com mau-hálito?**

- ( ) Sim, escovei os dentes e resolvi
- ( ) Sim, bebi algo e resolvi
- ( ) Sim, coloquei uma pastilha ou chiclete na boca e resolvi
- ( ) Sim, fiquei constrangido
- ( ) Sim, fiquei com raiva
- ( ) Sim, e o chamei de mentiroso, não tenho mau-hálito
- ( ) Não, nunca

Em caso de sim na pergunta anterior, responda:

**8. A pessoa que o alertou era:**

- ( ) Um dos meus pais
- ( ) Um dos meus irmãos
- ( ) Um outro parente
- ( ) Meu dentista
- ( ) Meu médico
- ( ) Meu professor
- ( ) Um amigo
- ( ) Outra pessoa \_\_\_\_\_

**9. A pessoa que o alertou:**

- ( ) Fez bem
- ( ) Lhe quer bem
- ( ) Foi corajosa
- ( ) Fez mal
- ( ) Lhe quer mal
- ( ) Fez uma brincadeira
- ( ) Quis lhe ofender
- ( ) Outros \_\_\_\_\_

**10. Recebeu a alerta com:**

- ( ) Neutralidade
- ( ) Surpresa

- ( ) Constrangimento
- ( ) outros \_\_\_\_\_

**11. Você já perguntou como está seu hálito para outras pessoas?**

- ( ) Sim
- ( ) Não

**12. Em caso de sim, a quem:**

- ( ) Família
- ( ) Cônjuge
- ( ) Amigos
- ( ) Outros \_\_\_\_\_

**13. As pessoas que têm hálito desagradável devem ser alertadas?**

- ( ) Sim
- ( ) Não

**14. Alguém está com mau-hálito, você:**

- ( ) Avisa, ela precisa saber
- ( ) Avisa, se for íntimo da pessoa
- ( ) Avisa, em tom de brincadeira
- ( ) Oferece uma pastilha
- ( ) Não avisa, a pessoa pode ficar constrangida
- ( ) Não avisa, e se afasta
- ( ) Não avisa, você não tem nada a ver com isso

**15. Em que área, para você, não ter mau hálito é mais importante?**

- ( ) Social
- ( ) Afetiva
- ( ) Profissional
- ( ) Outro

**Hábitos**

**Pastilhas**

**16. Você faz uso de pastilhas?**

Sim

Não

**17. Com que frequência?**

raramente;

1 por dia;

várias vezes ao dia;

só uso pastilha quando a garganta incomoda

**18. Quando você faz uso de pastilha você o faz porque:**

é o meu doce preferido,

por que não pude escovar meus dentes,

porque gosto da refrescância na boca,

porque gosto da ardência na boca,

porque acho que tenho mau-hálito,

porque não sei como está meu hálito no momento

**19. Qual(is) os sabores que você mais usa?**

Morango

cereja

melão

menta

eucalipto

hortelã

canela

extra forte

outro \_\_\_\_\_

**Chicletes**

**20. Você faz uso de chicletes?**

Sim

Não

**21. Com que frequência?**

raramente;

1 por dia;

várias vezes ao dia;

só uso chiclete quando estou no avião

**22. Quando você faz uso de chicletes você o faz porque:**

é o meu doce preferido,

por que não pude escovar meus dentes,

porque gosto da refrescância na boca,

porque gosto da ardência na boca,

porque acho que tenho mau-hálito,

porque não sei como está meu hálito no momento

**23. Qual(is) os sabores que você mais usa?**

Morango

cereja

melão

menta

eucalipto

hortelã

canela

extra forte

outro \_\_\_\_\_

**Enxaguatórios**

**24. Você faz uso de enxaguatórios?**

Sim

Não

**25. Com que frequência?**

raramente;

1 por dia;

várias vezes ao dia;

só uso chiclete quando estou no avião

**26. Quando você faz uso de enxaguatórios você o faz porque:**

- para limpar mais a boca,
- por que não pude escovar meus dentes,
- porque gosto da refrescância na boca,
- porque gosto da ardência na boca,
- porque acho que tenho mau-hálito,
- porque não sei como está meu hálito no momento
- porque meu dentista recomendou

**27. O enxaguatório contém álcool?**

- Sim
- Não
- Não sei

**ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS  
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA/CONEP**



**Marconi do Ó Catão.**

**PARECER DO RELATOR: 19**

**Número do CAAE:** 57894616.6.0000.5187

**Pesquisador Responsável:** Renata de Oliveira Cartaxo

**Orientando:** Edielma Trajano da Silva

**Data da relatoria:** 19/07/2016

**Apresentação do Projeto:** O Projeto é intitulado “ESTUDO DO USO DE MASCARADORES DE HÁLITO E SUA RELAÇÃO COM ESQUIVA SOCIAL EM PACIENTES DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE ARARUNA-PB”. O Projeto é para fins de elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia/ UEPB – Campus VIII.

**Objetivo da Pesquisa:** Avaliar o uso e a frequência dos variados mascaradores do hálito e sua relação com esquiva social em adultos de 18 a 59 anos que esperam atendimento nos estabelecimentos de saúde de Araruna PB.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:** Considerando a justificativa e os aportes teóricos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a relevância do estudo as quais são explícitas suas possíveis contribuições, percebe-se que a mesma não trará riscos de maior potencial aos participantes da pesquisa. Entretanto, poderão gerar constrangimento as participantes quando fornecer informações pessoais, o que será amenizado pela equipe técnica responsável pelo estudo. Ressaltamos ainda que será mantido o anonimato das participantes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:** A proposta do projeto é relevante, uma vez que objetiva avaliar o uso e a frequência dos variados mascaradores do hálito e sua relação com esquiva social em adultos de 18 a 59 anos que esperam atendimento nos estabelecimentos de saúde de Araruna PB.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:** Os termos obrigatórios encontram-se devidamente anexados.

**Recomendações:** Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:** Pelo exposto, estando em conformidade com o Protocolo do CEP UEPB, bem como em consonância com os critérios da Resolução 466/2012 do CNS, sou pela APROVAÇÃO do Projeto de Pesquisa para fim de Trabalho de Conclusão de Curso de Fisioterapia. Salvo melhor juízo.

**Situação do projeto:** Aprovado.