

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
ODONTOLÓGICAS**

**A VIVÊNCIA DA HALITOSE E SUAS IMPLICAÇÕES
NO COMPORTAMENTO DE ADULTOS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Gabrielle Rodrigues Ruat

Santa Maria, RS, Brasil

2012

A VIVÊNCIA DA HALITOSE E SUAS IMPLICAÇÕES NO COMPORTAMENTO DE ADULTOS

Gabrielle Rodrigues Ruat

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, Área de Concentração em Odontologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências Odontológicas**, com Ênfase em Dentística.

Orientadora: Prof. Dra. Roselaine Terezinha Pozzobon

Santa Maria, RS, Brasil

2012

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**A VIVÊNCIA DA HALITOSE E SUAS IMPLICAÇÕES NO
COMPORTAMENTO DE ADULTOS**

elaborada por
Gabrielle Rodrigues Ruat

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Ciências Odontológicas

COMISSÃO EXAMINADORA:

Roselaine Terezinha Pozzobon, Dra.
(Presidente/Orientadora)

Beatriz Unfer, Dra. (UFSM)

Sílvia Pithan, Dra. (UFSM)

Santa Maria, 24 de julho de 2012.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu tio **Colman Barros Rodrigues Júnior** (*in memoriam*).

Um exemplo a ser seguido de professor apaixonado pela docência, de homem lutador e corajoso. A ele, com amor e imensa saudade.

“Por muito tempo achei que ausência é falta. E lastimava, ignorante, a falta. Hoje, não mais lastimo. Não há falta na ausência. A ausência é um estar em mim. E sinto-a branca, tão apegada, aconchegada em meus braços, que rio, danço e invento exclamações alegres, porque a ausência, essa assimilada, ninguém a rouba mais de mim.”

(Carlos Drummond de Andrade)

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter me concedido a vida, por me ouvir todos os dias e acalmar meu coração quando ninguém mais é capaz de fazê-lo.

Aos meus pais, **Márcia** e **Rui**, por serem a materialização do significado da palavra AMOR. Por me mostrarem, diariamente, o quanto a família é essencial e insubstituível. Por serem os pilares principais da minha construção chamada VIDA. A vocês, todo o meu agradecimento e o meu amor.

À minha orientadora, querida professora **Roselaine Pozzobon**, por ser minha inspiração de profissional, mãe, esposa e filha. Por ter sido presente, preocupada e atenta, sem nunca perder a doçura. Pela coragem de enfrentar o desafio desta pesquisa. Por compartilhar comigo angústias, trabalho, conhecimento, lágrimas e muitos sorrisos.

À professora **Beatriz Unfer**, por ter me ensinado o bê-á-bá da pesquisa qualitativa por meio da iniciação científica. Por estimular meu crescimento pessoal e intelectual há sete anos. Por ter compartilhado comigo momentos inesquecíveis durante a minha vivência no Programa de Educação Tutorial. Por todo conhecimento que me ajudou a construir ao longo da Graduação e da Pós-graduação. Pelo seu bem-querer e sua amizade.

A todos os **participantes desta pesquisa**. Por serem os protagonistas do trabalho e terem se despedido do constrangimento, da insegurança e da timidez ao concederem as entrevistas.

À **Universidade Federal de Santa Maria**, por me acolher desde 2005. Orgulho-me em ser egressa de uma instituição federal de qualidade.

Ao **Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas** da UFSM, representado pela professora Roselaine Pozzobon e a **todos os professores** que o fazem crescer.

Aos **professores do Curso de Odontologia da UFSM**, por terem ajudado a construir em minha mente um modelo de docente ideal, o qual buscarei me tornar ao longo da vida.

À professora **Marta Dutra Machado de Oliveira (“Martinha”)**, por ter sido minha orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso durante a graduação e uma grande amiga e conselheira. Proporcionou-me conhecimento técnico-científico e momentos divertidíssimos.

Aos **professores da disciplina de Dentística Restauradora**, pela acolhida. Especialmente à professora **Letícia Brandão Durand**, pelas orientações, pelos ensinamentos, pelas discussões científicas e pelas longas e agradabilíssimas trocas de ideias.

Aos meus colegas da quarta turma do PPGCO: **Eva Torriani, Felipe Degrazia, Márcia Galetto, Otávio Dias, Patrícia Machado, Rafaela Correia e Thieni Kaefner**. Embora o nosso “n” seja pequeno, a qualidade dos sujeitos é inquestionável. Com carinho me lembrarei deles por toda a vida.

À **Márcia Galetto**, cuja amizade foi conquistada dentro do curso de Mestrado, por todas as confidências, trocas de experiências, risadas e lágrimas. Ganhei uma grande amiga.

À **Rafaela Correia**, por ser colega e amiga desde o tempo pré-vestibular. Este “casamento” já tem 10 anos.

Aos **alunos da graduação** com os quais eu convivi durante o estágio em docência orientada, por toda a confiança depositada em mim e por ratificarem que a minha decisão pela carreira docente foi acertada. Especialmente à aluna de iniciação científica **Ângela Dalla Nora**, por termos trabalhado juntas de forma produtiva e prazerosa.

À **Jéssica Dalcin**, exímia profissional à frente da secretaria do PPGCO/UFSM, que facilita e encurta os caminhos da burocracia, sempre com simpatia.

Aos meus padrinhos, **Regina e José Fernandes**. A distância nunca mediu o afastamento. Sinto vocês presentes e agradeço profundamente pelo apoio há tantos anos e pela torcida forte e constante.

À **Janine Marion** e à **Júlia Gonçalves**, amigas leais que tornam a vida mais colorida, mais leve e mais divertida há 13 anos. As quais amo imensamente.

À **Cláudia Scalsavara** e à **Júlia Berwian**, que vieram com a Odontologia para me tornar melhor e mais feliz. Amigos são irmãos de coração que a gente escolhe.

Ao meu colega e amigo **Róbson Cazarolli**, que se preocupou comigo e com a minha pesquisa. Por ser carinhoso e atencioso há tanto tempo.

Ao grupo de amigas mais fofas do mundo: o **FOFOLETES**, composto por **Aline Otani**, **Ana Carolina Ferreira**, **Carine Pires**, **Débora Palma**, **Deise Osmari** e **Manuela Santini**.
Compartilhamos momentos regados à descontração, receitas saborosas, vinhos, risadas, lágrimas, angústias, desabafos... E todas foram importantes durante esta caminhada. Que seja sempre assim!

Aos meus colegas, professores e amigos do curso de especialização em **Ortodontia** do Centro Universitário Franciscano -UNIFRA, por compreenderem algumas ausências, alguns atrasos e algumas dores de cabeça oriundos da dupla jornada de estudante. Em especial, à **Cristiane Dalla Corte** e à **Júlia Berwian**, por compartilharem momentos difíceis e dolorosos entre fios, ômegas, steps, torques e “Coloca no plano!” e outros tão agradáveis que fazem com que 15 dias demorem a passar.

À **Sthefânia Stoever**, pela doce e imprescindível amizade, pela troca de ideias “periodontais” dos últimos tempos e pela sintonia. E à **Mariana Desconci**, pela afinidade, pelos risos, pela motivação e pela amizade.

A todos os amigos do **Exclusive Studio Fitness**, representado pelo seu proprietário Fabiano Pinto, por terem aguentado as minhas fases de “stress agudo” e terem torcido pelo meu sucesso.

Ao programa **REUNI** do Governo Federal, pela concessão de bolsa durante o Mestrado.

MUITO OBRIGADA!

“Ah! Então, é assim o amor, a amizade. Tudo que é sentimento. Como um pedaço de fita. Como um laço... Não prendem, não escravizam, não apertam, não sufocam. Porque quando vira nó, já deixou de ser um laço!”

(Mario Quintana)

EPÍGRAFE

“Ninguém entra num mesmo rio uma segunda vez. Pois quando isso acontece, já não se é o mesmo; assim como as águas, que já são outras.”

(Filósofo grego Heráclito de Éfeso)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas
Universidade Federal de Santa Maria

A VIVÊNCIA DA HALITOSE E SUAS IMPLICAÇÕES NO COMPORTAMENTO DE ADULTOS

AUTORA: GABRIELLE RODRIGUES RUAT

ORIENTADORA: ROSELAINE TEREZINHA POZZOBON

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 24 de julho de 2012.

O olfato tem uma ligação próxima com as áreas cerebrais que envolvem a emoção, o aprendizado e a memória, e talvez seja por isso que as memórias olfativas evoquem emoções. Em Odontologia, algumas situações que envolvem presença de odores desagradáveis podem causar algum desconforto, como é o caso da halitose, popularmente chamada de mau hálito. A halitose é definida como um odor ofensivo proveniente da boca, cavidades nasais, seios da face e/ou faringe. Este estudo teve como objetivo compreender como a halitose é vivenciada pelas pessoas e detectar os seus reflexos no comportamento dos acometidos. Para isso, utilizou-se uma metodologia qualitativa e a coleta dos dados foi realizada nas dependências do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Maria. A população de estudo foi constituída por doze indivíduos adultos de ambos os sexos e com queixa de halitose. O grupo de estudo foi considerado suficiente quando as informações começaram a se repetir, indicando a saturação dos dados. Esta investigação qualitativa utilizou entrevistas individuais semiestruturadas como procedimento para coleta dos dados. Após cada entrevista, as informações eram integralmente transcritas para posterior submissão à análise. Para interpretar os dados e melhor compreender os significados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo, na

modalidade temática. A análise incluiu temas que eram esperados e também os que emergiram durante o trabalho. Após a análise, foram obtidas seis categorias relacionadas à halitose: “Mau hálito é um cheiro horrível”; “Eu me sinto muito mal, em desespero”; “Falar é perder o amigo”; “Eu viquei em chicletes”; “Cura: um divisor de águas na minha vida” e “Os profissionais da Odontologia deveriam estar preparados”. Foi possível verificar que as pessoas associam fatores intrabucais e distúrbios gastrintestinais como possível causa da halitose. Do ponto de vista comportamental, os indivíduos que apresentam essa alteração frequentemente sentem-se inferiorizados e rejeitados, evitando o convívio social. Todos preferem ser alertados sobre o mau odor bucal pelos amigos e/ou familiares, entretanto, não avisariam a outras pessoas sobre a mesma condição. Ainda, observou-se que utilizam abundantemente recursos mascaradores do hálito e veem o cirurgião-dentista como o principal responsável por diagnosticar e tratar a halitose, e consideram escassas as informações disponíveis sobre o assunto. Assim, concluímos que halitose é uma alteração capaz de afetar a autoestima e a autoconfiança das pessoas, interferindo negativamente no comportamento social, e que o tema halitose requer ações multiprofissionais de ampla abrangência populacional a fim de esclarecer dúvidas e mitos referentes à sua etiologia e ao seu tratamento.

Palavras-chave: Halitose. Mau hálito. Relações sociais.

ABSTRACT

Master's Degree Dissertation
Post Graduate Program in Dental Science
Federal University of Santa Maria

THE EXPERIENCE OF HALITOSIS AND ITS IMPLICATIONS ON ADULTS' BEHAVIOR

AUTHOR: GABRIELLE RODRIGUES RUAT

SUPERVISOR: ROSELAINÉ TEREZINHA POZZOBON

Date and Place of Defense: Santa Maria, July 24th, 2012.

Smell has a close connection with the brain areas involving emotion, learning and memory, and maybe that's why the olfactory memories evoke emotions. In dentistry, some situations involving the presence of unpleasant odors can cause some discomfort, such as halitosis, popularly known as bad breath. Halitosis is defined as an offensive odor from the mouth, nasal cavities, sinuses and / or pharynx. This study aimed to understand how halitosis is experienced by individuals and detect their reflections on the behavior of the ill. For this, we used a qualitative methodology and data collection was performed at the School of Dentistry, Federal University of Santa Maria. The study population consisted of twelve adult individuals of both sexes and complaining of halitosis. The study group was considered sufficient when information began to repeat, indicating saturation of the data. This qualitative research used semistructured interviews as a procedure for data collection. After each interview, information was transcribed and submitted to the analysis. To interpret the data and better understand the meanings, we used the technique of content analysis, thematic modality. The analysis included categories that were expected and those that emerged. After the analysis, we obtained six categories

related to halitosis: "Bad breath is a horrible smell," "I feel very bad, in desperation," "Talk is losing his friend," "I became addicted to chewing gum," "Healing: a watershed in my life" and "The dental professionals should be prepared. " We noticed that people associate factors of oral and gastrointestinal disturbances as a possible cause of halitosis. About behavioral, people who have this change often feel inferior and rejected, avoiding social contact. All prefer to be alerted about oral malodor by friends and / or family, however, would not warn others about the same condition. Still, there was plenty of resources that use masking breath and see the dentist as the main responsible for diagnosing and treating halitosis, and found little information available about this. Thus, we conclude that halitosis is a change that could affect self-esteem and confidence of the people, a negative effect on social behavior, and that the issue requires action halitosis wide range of multi population in order to clarify doubts and myths related to its etiology and its treatment.

Key words: Halitosis. Bad breath. Social relations.

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1 – Questões Norteadoras da Entrevista Semiestruturada.....	45
--	----

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Carta Resposta do Comitê Interno de Ética em Pesquisa da UFSM.....	46
Anexo 1 – Normas de publicação da revista <i>British Dental Journal</i>	47

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
ARTIGO – A VIVÊNCIA DA HALITOSE E SUAS IMPLICAÇÕES NO COMPORTAMENTO DE ADULTOS	19
Resumo	22
Introdução	23
Materiais e Métodos.....	24
Resultados	26
Discussão.....	35
Conclusão.....	40
Referências bibliográficas	40
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICES	45
ANEXOS	46

INTRODUÇÃO

Os odores nos afetam em níveis físico, psicológico e social. Em ocasiões que a nossa capacidade de olfação esteja prejudicada por alguma razão é que começamos a perceber o quanto esse sentido é essencial para nossa sensação de bem-estar. O cheiro pode provocar fortes reações emocionais, pois uma fragrância associada a uma boa experiência poderá causar alegria, enquanto que um cheiro fétido pode remeter a uma lembrança infeliz. O olfato tem uma ligação próxima com as áreas cerebrais que envolvem a emoção, o aprendizado e a memória, e talvez seja por isso que as memórias olfativas evoquem emoções. (RAWSON, 1999).

Em Odontologia, algumas situações que envolvem presença de odores desagradáveis podem causar algum desconforto, como é o caso da halitose, popularmente chamada de mau hálito. A palavra halitose tem sua origem no latim, em *halitus* que significa ar expirado. O sufixo *ose* indica condição doente ou anormal. Assim, a halitose é definida como um odor ofensivo proveniente da boca, cavidades nasais, seios da face e/ou faringe. (HINE, 1957).

Bosy (1997) comenta que o problema de halitose é relatado há séculos, havendo referências desde 1550 a.C., e também de Hipócrates, que dizia que toda moça deve ter um hálito agradável, tendo o cuidado de sempre lavar a sua boca com vinho, erva-doce e sementes de endro. Na Antiguidade, ter um hálito fragrante era como exalar a doçura da vida e atestar a pureza de alma de uma pessoa. O único tratado sobre halitose foi escrito por Howe em 1874, no qual ele afirma que um hálito ofensivo deriva sua importância do fato de se tornar uma fonte constante de infelicidade para o paciente, e é ainda pior quando destrói a comunicação entre amigos e os prazeres dos contatos sociais (HINE, 1957).

A halitose é classificada, segundo Yaegaki e Coil (1990), como halitose genuína, pseudo-halitose e halitofobia. A halitose genuína (ou verdadeira) é subclassificada como halitose fisiológica ou patológica. Se o mau cheiro oral não existe, mas o paciente acredita possuí-lo, o diagnóstico seria pseudo-halitose. Se ainda, após o tratamento tanto para halitose genuína ou pseudo-halitose o paciente ainda acreditar

que tem halitose, o diagnóstico seria halitofobia. Esta classificação permite ao clínico diagnosticar uma condição psicológica.

Diferentemente do encontrado no senso comum, problemas estomacais não são os responsáveis pela halitose. A etiologia da halitose está relacionada à cavidade bucal em torno de 80% a 90% dos casos e pode ser atribuída à saburra lingual, à doença cárie, à doença periodontal e a infecções orais. (FIGUEIREDO et al. 2002). Em termos de dieta, alimentos como cebola, alho e alguns temperos ocasionam mudança temporária no hálito, entretanto não podem ser considerados responsáveis pela halitose (PORTER, 2011).

Para um correto diagnóstico de halitose, o profissional deve estar atento à queixa principal do paciente, que será muitas vezes o mau hálito. Além disso, questionamentos sobre frequência, características e histórico do odor, informações sobre dieta e hábitos deverão constar na anamnese (BORNSTEIN, 2009).

Dentre os exames de diagnóstico disponíveis, a direta avaliação do mau odor (ou também chamada de avaliação organoléptica) é um método seguro, porém, subjetivo, pois indivíduos possuem diferentes percepções de odor (ROSENBERG et al., 1999) e aspectos individuais interferem no julgamento e avaliação (BOSY, 1997).

Outra técnica de diagnóstico é baseada em um instrumento portátil geralmente utilizado no setor de segurança ambiental para medição de gases e vapores poluentes. Esse monitor, Halimeter®, foi desenvolvido pela Interscan Corporation com sede nos Estados Unidos. Ele pode ser utilizado em consultórios e outros espaços e é capaz de quantificar os compostos voláteis de enxofre presentes no hálito e na saliva em partes por bilhão (ppb). Esse dispositivo aspira o ar da boca do paciente por meio de um canudo e analisa a concentração de sulfeto de hidrogênio e metilmercaptana e é amplamente utilizado na clínica e em pesquisas.

No contexto social, a halitose é uma alteração que interfere na qualidade de vida do indivíduo. Alguns evitam o contato social mantendo distância das pessoas com quem conversam e, por vezes, sentem-se intimidados e inferiorizados pela sua condição. Ainda, pessoas que não sabem que possuem halitose podem enfrentar rejeição dos familiares, amigos e colegas de trabalho, como se uma verdadeira barreira social fosse instalada ao seu redor (YAEGAKI, COIL, 2000).

Segundo Oho et al. (2001), a auto-avaliação do hálito está mais relacionada com a auto-imagem do corpo e com o perfil psicológico do indivíduo do que com a presença de parâmetros objetivos.

Real ou imaginária, o certo é que a halitose causa grande desconforto para seu portador. Entretanto, verificamos que apesar de existirem inúmeros trabalhos sobre halitose na literatura nacional e internacional, notamos uma deficiência na abordagem dos seus aspectos sociais e psicológicos. Sendo assim, o nosso estudo teve como objetivo compreender como a halitose é vivenciada pelas pessoas e detectar os seus reflexos no comportamento dos acometidos.

A VIVÊNCIA DA HALITOSE E SUAS IMPLICAÇÕES NO COMPORTAMENTO DE ADULTOS

Este artigo será submetido à publicação na revista *British Dental Journal*.

Fator de Impacto: 1.09

Qualis: B2

A VIVÊNCIA DA HALITOSE E SUAS IMPLICAÇÕES NO COMPORTAMENTO DE ADULTOS

Gabrielle Rodrigues Ruat (Ruat, G.R.)

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, (97015-372), Brasil.

Roselaine Terezinha Pozzobon (Pozzobon, R.T.)

Professora Associada 2 da Disciplina de Dentística, Departamento de Odontologia Restauradora, Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, (97015-372), Brasil.

Agradecimentos:

Ao programa REUNI do governo Federal, pela concessão da bolsa de estudo para a autora principal desse estudo.

Autor (a) para Correspondência:

Nome: Gabrielle Rodrigues Ruat

Endereço: Rua das Hortênsias, 85 bairro Patronato – Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

CEP: 97020-400

E-mail: bi.ruat@gmail.com

Telefone: (55) 3222 0152/ (55) 9686 9004

RESUMO

Objetivos: compreender como a halitose é vivenciada pelas pessoas e detectar os seus reflexos no comportamento dos acometidos. **Materiais e métodos:** utilizou-se uma metodologia qualitativa. A população de estudo foi constituída por doze indivíduos adultos que relataram autopercepção de halitose. Foram utilizadas entrevistas individuais semiestruturadas para coleta dos dados que foram gravadas pelo pesquisador com aparelho digital. Os entrevistados foram questionados sobre suas percepções e seus conhecimentos sobre halitose, suas ações em relação à saúde bucal e seu comportamento social. As informações eram integralmente transcritas para posterior submissão à análise. Para interpretar os dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade temática. **Resultados:** foram obtidas seis categorias relacionadas à halitose. As pessoas associam fatores intrabucais e distúrbios gastrintestinais como possível causa da halitose. Os indivíduos que apresentam essa alteração frequentemente sentem-se inferiorizados e rejeitados, evitando o convívio social. Todos preferem ser alertados sobre o mau odor bucal pelos amigos e/ou familiares, entretanto, não avisariam a outras pessoas sobre a mesma condição. Utilizam abundantemente recursos mascaradores do hálito e veem o cirurgião-dentista como o principal responsável por diagnosticar e tratar a halitose, e consideram escassas as informações disponíveis sobre o assunto. **Conclusão:** A halitose é uma alteração capaz de afetar a autoestima e a autoconfiança das pessoas, interferindo negativamente no comportamento social. O tema halitose requer ações multiprofissionais de ampla abrangência populacional a fim de esclarecer dúvidas e mitos referentes à sua etiologia e ao seu tratamento.

INTRODUÇÃO

O olfato tem uma ligação próxima com as áreas cerebrais que envolvem a emoção, o aprendizado e a memória, e talvez seja por isso que as memórias olfativas evoquem emoções. Em Odontologia, algumas situações que envolvem presença de odores desagradáveis podem causar algum desconforto, como é o caso da halitose, popularmente chamada de mau hálito. Assim, a halitose é definida como um odor ofensivo proveniente da boca, cavidades nasais, seios da face e/ou faringe ¹.

O único tratado sobre halitose foi escrito por Howe em 1874, no qual ele afirma que um hálito ofensivo deriva sua importância do fato de se tornar uma fonte constante de infelicidade para o paciente, e é ainda pior quando destrói a comunicação entre amigos e os prazeres dos contatos sociais¹.

A halitose é classificada, segundo Yaegaki e Coil², como halitose genuína, pseudo-halitose e halitofobia. A halitose genuína (ou verdadeira) é subclassificada como halitose fisiológica ou patológica. Se o mau cheiro oral não existe, mas o paciente acredita possuí-lo, o diagnóstico seria pseudo-halitose e, em casos mais graves, halitofobia. Esta classificação permite ao clínico diagnosticar uma condição psicológica.

A etiologia da halitose está relacionada à cavidade bucal em torno de 80% a 90% dos casos e pode ser atribuída à saburra lingual, à doença periodontal e a infecções orais (Figueiredo *et al.*³). Dentre os exames de diagnóstico disponíveis, a avaliação organoléptica ainda é considerada padrão-ouro apesar de ser um método subjetivo devido à sua dependência às percepções de odor dos indivíduos (Rosenberg *et al.*⁴).

No contexto social, real ou imaginária, o certo é que a halitose causa grande desconforto para seu portador. Alguns evitam o contato social mantendo distância das pessoas com quem conversam e, por vezes, sentem-se intimidados e inferiorizados pela sua condição. Ainda, pessoas que não sabem que possuem halitose podem enfrentar rejeição dos familiares, amigos e colegas de trabalho, como se uma verdadeira barreira social fosse instalada ao seu redor. Segundo Oho *et al.*⁵, a autoavaliação do hálito está mais relacionada com a autoimagem do corpo e com o perfil psicológico do indivíduo do que com a presença de parâmetros objetivos. Verificamos que, apesar de existirem inúmeros trabalhos sobre halitose na literatura nacional e internacional, permanece uma deficiência na abordagem dos seus aspectos sociais e psicológicos. Sendo assim, o nosso estudo teve como objetivo compreender como a halitose é vivenciada pelas pessoas e detectar os seus reflexos no comportamento dos acometidos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho do estudo (*design*): o estudo utilizou uma abordagem qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas e posteriormente, transcritas. A escolha pela metodologia qualitativa se deu pelo fato de que o fenômeno estudado foi as repercussões da halitose no comportamento do ser humano.

Ambiente (*setting*): a coleta dos dados foi realizada no ambiente natural, pois a configuração ambiental engloba e preserva as incontáveis características da pessoa. Segundo Turato⁶, em uma pesquisa clínica-qualitativa, devemos considerar para fins metodológicos que o espaço da prestação de serviços clínicos configura-se o ambiente natural das pessoas. Assim, o estudo foi realizado nas dependências do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Maria. A opção foi realizar este estudo a partir das pessoas que buscam atendimento nas clínicas

odontológicas da graduação pois elas espelharão, em alguns aspectos, a sociedade na qual estão inseridas.

Grupo de estudo (*subjects*): a população de estudo foi constituída por doze indivíduos adultos de ambos os sexos e com queixa de halitose, sendo esta, presente ou pregressa. Foram convidados aleatoriamente a participar da pesquisa aqueles que relataram autopercepção de halitose. Inicialmente, participaram pacientes atendidos nas clínicas do curso de Odontologia da UFSM. Em seguida, pela técnica de *snowball*, foi possível encontrar outros indivíduos que apresentavam a mesma queixa. Ou seja, participantes da pesquisa indicaram amigos e/ou familiares que gostariam de prestar depoimentos. O grupo de estudo foi considerado suficiente quando as informações começaram a se repetir, indicando a saturação dos dados.

Coleta dos dados (*intervention*): essa investigação qualitativa utilizou entrevistas individuais semiestruturadas como procedimento para coleta dos dados. A entrevista foi composta de perguntas norteadoras abertas para proporcionar flexibilidade ao entrevistado sobre o tema proposto. As entrevistas foram realizadas em um local reservado e gravadas pelo pesquisador com aparelho digital (Samsung U3 mp3 player). Os entrevistados foram questionados sobre suas percepções e seus conhecimentos sobre halitose, suas ações em relação à saúde bucal e seu comportamento social. As questões norteadoras (apêndice 1) foram elaboradas para enumerar de forma mais abrangente possível os objetos do estudo. Após cada entrevista, as informações eram integralmente transcritas para posterior submissão à análise.

Considerações bioéticas: esse estudo seguiu as diretrizes e normas regulamentares do Conselho Nacional de Saúde (CNS) quanto à pesquisa

envolvendo seres humanos, conforme preconiza a Resolução 196/96, e os dados do estudo apenas foram coletados após emissão de parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sob número de protocolo 0385.0.243.000-10 (anexo 1).

Análise dos dados: para interpretar os dados e melhor compreender os significados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade temática. A análise de conteúdo é definida por Bardin como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Minayo⁷ afirma que uma das funções da análise de conteúdo é descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências. A análise incluiu temas que eram esperados e também os que emergiram durante o trabalho. A análise dividiu-se em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Inicialmente, realizou-se uma leitura das falas até um nível mais profundo, de onde emergiram temas do contexto halitose.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 12 pessoas que relataram vivência de halitose em algum momento de suas vidas. Dos participantes, 11 foram do sexo feminino.

Durante a exploração do material coletado, realizou-se a análise temática buscando os núcleos de sentido que deram origem a seis categorias relacionadas à halitose: “Conceito de Halitose”; “Atitudes e sentimentos frente à halitose”; “Comportamento frente às pessoas”; “Conduta frente ao problema”; “Tratamento” e “Papel do profissional”.

1. Conceito de halitose.

Por intermédio das falas foi possível identificar os significados da halitose para os participantes. Mau hálito foi definido como ar expelido pela cavidade bucal ou nasal sempre como cheiro ruim, desagradável e horrível. Adjetivos ofensivos foram frequentemente utilizados para conceituar a halitose.

“Mau hálito pra mim é um cheiro horrível que dá no dente.”

“Mau hálito é fedor. Fedorento!”

“(…) é um gosto horrível na boca, é um cheiro que (…) é bastante inconveniente né?”

“Bafo. Bafo de onça.”

“Mau hálito pra mim é um odor ruim quando a pessoa fala, tosse ou espirra (….)”

Quando questionados sobre a possível etiologia da halitose, os entrevistados apresentaram respostas muito semelhantes. Patologias de origem bucal e alterações do sistema digestivo foram comumente citadas.

“A má escovação. A higiene bucal né? Desde usar o fio dental né, e a maneira como tu utiliza a escova, né, escovar a língua. É, tudo isso. Toda boca, porque não é só a língua né?”

“Eu acho que a pessoa deve ter algum problema de assim, estômago ou até do próprio dente que tem doenças né? Gengiva coisa assim.”

“(…) acredito que exista sim problemas do aparelho digestivo, acredito que existam problemas do aparelho respiratório, e principalmente mais agravante, diretamente na boca (…).”

2. Atitudes e sentimentos frente à halitose.

Quando questionados em relação ao seu comportamento frente à halitose, as opiniões foram unânimes: todos relataram sentirem-se mal com a situação. O

constrangimento foi o núcleo de sentido que identificou a atitude mais referenciada.

“A gente fica constrangido (...).”

“Aí tu fica no desespero.”

“Me senti mal.”

“Porque é constrangimento né? A gente fica constrangida.”

“Meu Deus, dizer que eu tinha isso na boca e quanta gente ficava perto de mim e sentindo. Que vergonha. Então tu tem uma vergonha retroativa, que te dói e te judia. (...) não é uma coisa que mata a pessoa, mas é uma coisa que te atinge na tua vaidade.”

“(...) tu te sente sujo, te sente relaxado, como mulher meio diminuída (...).”

Ainda dentro desta temática, surgiram também o distanciamento e a rejeição como núcleos de sentido. As pessoas reconhecem que o mau hálito pode ser facilmente percebido pelo outro, e por isso preferem manter distância durante as conversas ou até mesmo as evitam. Algumas comentaram que já notaram seus amigos ou familiares virarem o rosto ou interromperem a respiração diante de um diálogo, e em casos mais graves, pediram para que a pessoa com halitose se afastasse devido ao mau cheiro. Diante de todas essas situações, foi comum identificar o sentimento de rejeição vivido pelos entrevistados.

“Pra conversar é de longe, sabe? Que a gente sente né, quando tá com mau hálito, então eu evito chegar perto e conversar.”

“Que ela fazia assim ó (mão no nariz) e eu falando com ela e ela fazia assim.”

“(...) quando eu sinto eu fico quieta se tem alguém perto de mim né. É horrível.”

“É inevitável que tu tenha certa rejeição. Evitar conversar, evitar ficar perto, reduzir assuntos, (...). Perguntas, por exemplo numa conversa, se tu é obrigado a conversar com ela, tu só pergunta coisa que ela possa responder com respostas curtas, monossilábicas.”

3. Comportamento frente às pessoas.

Nesta categoria, todos os entrevistados revelaram que preferiam ser informados pelos amigos ou familiares sobre a halitose, pois isso seria uma atitude sincera que estimularia a busca pela cura do mau hálito.

“(...) eu preferiria né? Passaria menos vergonha.”

“Com certeza! Eu não ficaria assim, (...), sentida ou chateada (...), até porque pra mim tomar uma providência né? Procurar alguém que vá me orientar (...) pra se tratar né?”

“Gostaria. Falar naturalmente. Eu, como leio sobre isso, não me importaria que falassem. Eu sei que eu não sou relaxado.”

“(...) eu acho que eu morreria se uma pessoa estranha me falasse, eu acho que eu ia tentar lavar a boca com sabão em pó (risos), porque (...) uma pessoa estranha meio que invade a tua privacidade pra te falar uma coisa assim (...).”

Entretanto, quando questionados sobre informar as outras pessoas sobre o mau odor bucal, mais uma vez, as respostas foram semelhantes: todos se mostraram resistentes. Alegaram que não é possível prever a reação das pessoas tampouco evitar que elas se chateiem. Assim, os poucos participantes que avisariam alguém sobre a halitose, fariam isso de forma anônima justificando que se diferente disso fosse, perderiam o amigo.

“Só se for muito íntimo pra falar, porque é coisa chata de se falar. Eu não tenho coragem de dizer pra uma pessoa que não é íntima.”

“E aí ele comentava comigo, dizendo que eu tava com mau hálito. E eu lembro (...), na 5ª série, eu fui comentar com ele e o guri ficou brabo comigo. Ficou dias sem falar comigo porque eu disse. Eu por algum motivo já me preocupava com isso, mas esse rapaz ficou brabo comigo. Aí nunca mais falei pra ninguém.”

“Eu avisaria só se fosse de forma anônima. De forma anônima, sim. Inclusive existe, entrando no site da ABO me parece, que eu não sei se to falando agora errado, existe!”

4. Conduta frente ao problema.

Em todos os relatos, foi possível verificar a importância dos **tratamentos mascaradores** da halitose no dia a dia das pessoas. Diversos recursos são utilizados para promoção de um hálito refrescante e que disfarce o problema. As primeiras opções para o combate do mau hálito são, constantemente, procedimentos de higiene bucal como escovação e bochecho com colutórios, ingestão de alimentos, chás, balas e gomas de mascar.

“(...) eu escovava os dentes desesperadamente. Colocava bastante creme dental. (...) Ardia a língua porque eu escovava a língua com toda a força e me dava náusea porque eu colocava a escova lá atrás.”

“Eu escovo, me disseram que chá de marcela é bom pro mau hálito, então eu vou lá e tomo.”

“Eu escovo a língua (...) e agora parece que se tu não escovar a língua não sai aquela coisa, aquela murrinha da boca, né?”

“Eu lanchava e comprava um chiclete ou balas. Claro né, se eu não to em casa, senão eu escovo no capricho.”

Por meio dos relatos, ficou claro que o acesso a alguns destes recursos torna as pessoas mais seguras e confiantes.

“(…) se eu não tinha um chiclete na boca eu não conseguia conversar com as pessoas direito, eu não...eu necessitava de um chiclete pra me relacionar com as pessoas. Independente se era perto do meio dia, de manhã, de noite, sempre preocupado com aquilo. Eu não saía de casa sem ter o chiclete no bolso. E se eu tivesse um só (...) eu dava um jeito de cortar um pedacinho pra ter sempre, o dia inteiro à minha disposição.”

5. Tratamento.

Este núcleo de sentido, a **cura** da halitose, surgiu nos depoimentos sempre associado à importância do cirurgião-dentista neste contexto. As pessoas acreditam que o principal profissional responsável pelo tratamento da halitose é o cirurgião-dentista, seguido pelo médico.

“Quando o dentista sentir, mesmo não sendo a especialidade dele, mas ele desconfiar, tem que dizer pro paciente e encaminhar.”

“Eu primeiro procurei o dentista.”

“Eu acho que é primeiro o dentista.”

“(…) tu tem que ir no dentista, tem que ver porque é causado esse mau hálito.”

“O dentista vai orientar, se tem cárie vai tratar.”

Para todos os participantes, o diagnóstico e a cura da halitose são de responsabilidade do cirurgião-dentista o qual é consultado, seja ele especialista, seja clínico geral. Inclusive, foi apontado como dever do cirurgião-dentista avisar ao paciente sobre o quadro mesmo que ele não o tenha procurado por esse motivo. Para aqueles pacientes que já encontraram a solução para o seu problema, o cirurgião-dentista foi considerado a “salvação”.

“Se eu fosse dentista de qualquer especialidade sem dúvida eu diria. É até uma das coisas que eu me questiono muito nesses amigos que tem, como que o dentista deles não disse pra eles ainda?”

“E depois que a minha dentista me explicou, que foi a minha salvadora, que até hoje me emociono quando falo nela, chorei no consultório quando ela conversou comigo.”

“(...) aquilo ali foi um divisor de águas na minha vida. Sem dúvida, eu encontrei ela naquele momento, infelizmente eu não ter encontrado antes, então cada vez que eu encontro com a minha dentista, que me curou, sempre é uma grande emoção(...) a minha periodontista foi um divisor de águas na minha vida. Ela foi a minha cura. A minha qualidade de vida foi outra depois da cura.”

“Mas foi a minha periodontista que me falou da minha halitose.”

“Então (...), por exemplo: os profissionais que tratam os pacientes no consultório, a primeira dica, o profissional

não ter medo, não ter vergonha! Quando o dentista sentir, mesmo não sendo a especialidade dele, mas ele desconfiar, tem que dizer pro paciente e encaminhar.”

“E foi a minha doutora, foi a minha dentista, a dedicação dela, foi a franqueza dela, foi o profissionalismo dela, o juramento que ela fez um dia, comigo foi uma das pessoas que ela cumpriu.”

6. Papel do profissional.

Os entrevistados acreditam que a halitose seja um problema de caráter epidemiológico, uma alteração que afeta a maioria da população. Por isso, revelaram que as informações disponíveis são escassas e percebem a necessidade de divulgação ampla e discussão do tema, por meio de **campanhas** informativas à população.

“Acho que é um tema que tem que ser falado como se fala do câncer de mama, na televisão quando os grupos de médicos falam, eu acho que os profissionais da área da odontologia devem fazer um mutirão. Porque a halitose é muito grande, existe em muitas pessoas.”

“Mas eu acho que deveria ser investido pelos profissionais da área, pelo governo, pelos programas de governo.”

Ainda, comentaram que a halitose deve ser um assunto discutido em sala de aula durante a formação profissional com a mesma seriedade que patologias como o câncer bucal. Apontaram que o cirurgião-dentista deve

estar apto a diagnosticá-la e tratá-la independente do tipo de serviço em que esteja inserido (público ou privado).

“(...) mas se alguém direcionasse mesmo o aluno na faculdade, se ele estiver sem máscara ele pode sentir. E quando acontecer, já chamar o colega, seu professor ou seu orientador, avisar que tá sentindo alguma coisa diferente (...)”.

“Tem o profissional do consultório, os professores que vão dar palestras podem introduzir a halitose como tema, quando fazem aquelas semanas acadêmicas (...) Avisar os alunos que eles vão enfrentar isso no dia a dia. Eu acho que seria uma prevenção. ”

“(...) aí ele vai se lembrar do que ele ouviu do dentista, na palestra, na assistência odontológica, de algum programa de que o governo mostrou na televisão (...)”.

“(...) algum manual que possa ser escrito por um profissional, manualzinho pequenininho pra distribuição gratuita, a pessoa consegue um patrocínio, ou coma ajuda de amigos, da faculdade, da universidade, pra distribuir com se distribui gratuitamente num evento, ou quando tem um congresso, quando tu tem um número grande de pessoa (...)”.

“O governo deve incentivar os profissionais, onde existe gratuidade, o dentista que atende no posto tem que ter algum panfleto pra dar pra ele, fazer algum teste no

paciente, quando ele chega lá pra fazer uma extração, existir uma forma de ver (...)”.

DISCUSSÃO

A partir da percepção dos entrevistados, organizada nas seis categorias temáticas citadas, foi possível detectar aspectos importantes relacionados à halitose e suas implicações no comportamento das pessoas que acreditam possuí-la.

Os significados atribuídos à halitose podem ser considerados senso comum, e incluíram possíveis causas como higiene bucal ausente ou deficiente, lesões de cárie, doença periodontal, distúrbios estomacais e respiratórios. Na realidade, a maioria dos casos de halitose tem como fator etiológico primário fatores intraorais (Tonzetich⁸; Takeuchi *et al.*⁹), baseados no metabolismo microbiano do dorso da língua, doença periodontal (Tonzetich⁸; Bosy *et al.*¹⁰), baixo fluxo salivar e impacção alimentar (Rosenberg¹¹). O mau odor é resultante da putrefação realizada pelas bactérias orais e proteólise das proteínas e aminoácidos, dando origem aos compostos sulfurados voláteis como sulfeto de hidrogênio (H₂S), metil mercaptana (CH₃SH) e dimetil sulfeto (SH₃)₂S (Willis *et al.*¹²; Tonzetich¹³). A saburra lingual é um material viscoso, esbranquiçado ou amarelado que adere ao dorso da língua, principalmente no terço posterior e tem um importante papel na produção do mau odor bucal (Loesche, Kazor¹⁴).

Yokoyama *et al.*¹⁵ avaliaram 474 estudantes, 40% deles apresentaram halitose tendo placa bacteriana e saburra lingual como causa. Quirynten *et al.*¹⁶ investigaram as características de dois mil pacientes que visitaram a clínica multidisciplinar do mau hálito em Leuven, na Bélgica. Em 75,8% dos casos, a causa

da halitose foi de origem bucal, e a saburra lingual foi frequente (43,4%). Em 18,2% dos casos, houve combinação dos fatores saburra lingual, gengivite e periodontite. No estudo de Talebian *et al.*¹⁷, ao avaliarem clinicamente 222 pacientes, eles encontraram 98,6% casos de halitose genuína e saburra lingual foi detectada em 62,2% dos pacientes.

Bem diferente da opinião popular, problemas estomacais não são os principais responsáveis pela halitose. Apenas 5% das causas podem ser remetidas a distúrbios endocrinológicos ou gastrintestinais, e 10% a problemas otorrinolaringológicos (Bollen¹⁸). Isso reflete uma opinião quanto à origem da halitose que deve ser desmitificada.

Outra questão abordada foi o sentimento do portador de halitose frente ao problema e às pessoas com as quais convive. Foi possível identificar núcleos de sentido como constrangimento e rejeição, englobando distanciamento e outros comportamentos repulsivos contra a pessoa que sofre de mau hálito. Alguns evitam o contato social mantendo distância das pessoas com quem conversam e, por vezes, sentem-se intimidados e inferiorizados pela sua condição. Ainda, pessoas que não sabem que possuem halitose podem enfrentar rejeição dos familiares, amigos e colegas de trabalho, como se uma verdadeira barreira social fosse instalada ao seu redor¹⁹.

O estudo de Rocca *et al.*²⁰ revelou que pacientes com halitose subjetiva podem ter altos índices psicopatológicos que englobam algumas das características do transtorno dismórfico corporal, que se caracteriza por um transtorno mental que afeta a percepção que o paciente tem da própria imagem corporal, levando-o a ter preocupações irracionais sobre defeitos em alguma parte de seu corpo.

Real ou imaginária, o certo é que a halitose causa grande desconforto para seu portador. Elias e Ferriani²¹, estudando os aspectos históricos da halitose, descreveram que o hálito ofensivo sempre foi considerado uma fonte de infelicidade para os indivíduos, principalmente por afetar negativamente a comunicação e os prazeres do contato social. Segundo essas autoras, a preocupação com a qualidade do próprio hálito afeta a autoestima, a autoconfiança e conseqüentemente, os relacionamentos interpessoais. No estudo de Suzuki *et al.*²², depressão e hostilidade foram sintomas relatados por pessoas com autopercepção de halitose. Em uma amostra de 1052 pessoas, Settineri *et al.*²³ encontraram prevalência de autopercepção de halitose em 19,39% e, em média, esses pacientes eram mais fóbicos e menos dispostos a interagir com o dentista em comparação aos pacientes que não relataram halitose. Os autores observaram também a ansiedade como uma das causas da halitose autopercebida e destacaram a importância de cuidados profissionais interdisciplinares (odontológicos e psicológicos) para esse tipo de pacientes.

Yaegaki e Coil¹⁹ observaram que os pacientes que percebiam sua própria halitose cobriam a boca com a mão ao falar, mantinham distância das pessoas com as quais conversavam e algumas ainda apresentaram sintomas de fobia social. Os autores acreditam que um círculo vicioso de fobia social pode acontecer devido a esse comportamento de evitar outras pessoas. No estudo de Romano *et al.*²⁴, dos pacientes que tinham como queixa principal a halitose, 69% relataram já ter passado por algum desconforto social ou familiar devido ao próprio hálito. Com o objetivo de determinar se a motivação que levou 55 pacientes a uma clínica especializada em mau hálito em Ontario (Canadá) foi médica ou social, McKeown²⁵ realizou um estudo qualitativo retrospectivo. Ele analisou os depoimentos dos pacientes em uma

entrevista prévia ao tratamento da halitose. Ele encontrou em 75% dos casos, pacientes que procuraram a clínica porque foram informados do seu hálito por uma pessoa importante e significativa da sua relação social (esposa, marido, filhos, dentre outros). Nos depoimentos, o autor encontrou declarações semelhantes as do presente estudo: *“Minha irmã já me disse: ‘Vire seu rosto’. Eu tenho evitado chegar perto de qualquer pessoa há anos.”* Houve o relato também de uma menina que sofreu *bullying* na escola devido ao seu hálito.

Ainda no contexto comportamental, a categoria sobre informar ao amigo ou ao familiar que ele apresenta um hálito forte e ofensivo, mostrou que as pessoas preferem não se manifestar, pois há medo e constrangimento frente à possível reação do outro. Entretanto, o olfato, assim como a visão, é suscetível à adaptação e se fadiga rapidamente, o que torna os indivíduos incapazes de mensurar sua própria halitose (Ayers, Colquhoun²⁶; Neiders, Ramos²⁷). Com o intuito de evitar esta situação embaraçosa, a Associação Brasileira de Halitose²⁸ oferece um serviço chamado SOS Mau Hálito na sua página na internet, que envia discreta e anonimamente um alerta à pessoa que apresenta halitose.

Sendo a halitose uma alteração capaz de interferir no dia a dia, no comportamento e nas relações sociais das pessoas, a busca por algum tipo de tratamento é crescente. Percebe-se que o apelo comercial é forte para colocar no mercado uma infinidade de produtos que mascaram o mau hálito como balas, chicletes, soluções orais e *sprays*. Porém, este tratamento tem caráter paliativo, pois o paciente recorre frequentemente a substâncias que não reduzem os níveis intraorais de compostos sulfurados voláteis (Lodhia²⁹). No presente estudo, foi possível verificar a importância atribuída a este tipo de recurso na autoconfiança do indivíduo, uma vez que foram encontrados depoimentos que refletem claramente a

interdependência entre comportamento social e algum tipo de tratamento mascarador da halitose, como no seguinte trecho: “(...) se eu não tinha um chiclete na boca eu não conseguia conversar com as pessoas direito, eu não...eu necessitava de um chiclete pra me relacionar com as pessoas (...) sempre preocupado com aquilo. Eu não saía de casa sem ter o chiclete no bolso.”

Os depoimentos dos entrevistados nas duas últimas categorias vão ao encontro da literatura, em que o diagnóstico e o tratamento correto para a halitose genuína patológica é de responsabilidade do cirurgião-dentista, uma vez que a etiologia é de origem bucal na maioria dos casos^{3,4,15,16}. Foi possível verificar pelas falas e emoção dos participantes, o quanto o cirurgião-dentista capacitado é determinante na cura da halitose patológica e, por sua vez, na melhora das condições de vida do paciente. Neste sentido, é impossível não surgir o seguinte questionamento: os estudantes de Odontologia estão sendo preparados nas universidades para diagnosticar e tratar a halitose? Os participantes deste estudo acreditam que não. Como ficou evidenciado na categoria “Os profissionais da Odontologia deveriam estar preparados”, as opiniões convergem, informando que o assunto provavelmente ainda é esquecido pelas grades curriculares e pelos programas de governo, uma vez que, para eles, a prevalência do mau odor bucal é considerável. Infelizmente, a literatura não é clara quanto à prevalência de halitose em amostras representativas da população¹⁹, e isso se deve provavelmente pelas dificuldades inerentes à forma de seleção das amostras, taxa de resposta dos estudos e à metodologia propriamente dita específica para aferição do hálito. Dessa forma, não há no momento um perfil epidemiológico traçado referente a essa área de estudo.

Entretanto, isso não deve impedir que o tema seja abordado e discutido frequentemente em sala de aula, palestras, cursos e congressos. A formação do cirurgião-dentista não deve negligenciar um assunto que, apesar de atingir uma parcela desconhecida da população, afeta negativamente o comportamento e as relações sociais dos indivíduos.

CONCLUSÃO

A halitose é uma alteração capaz de afetar a autoestima e a autoconfiança das pessoas. Interfere negativamente no comportamento pois os indivíduos afligidos evitam o contato social, até mesmo em seus núcleos familiares. O tema halitose requer ações de ampla abrangência populacional a fim de esclarecer dúvidas e mitos referentes à sua etiologia e ao seu tratamento. Para isso, sugerem-se discussões e ações interdisciplinares na formação do cirurgião-dentista com o intuito de preparar o profissional para a realidade da prática clínica, e propõe-se uma reflexão às instituições de ensino quanto à importância de enfatizar o assunto no currículo dos cursos de Odontologia haja visto que uma intervenção profissional segura e precisa baseada em evidências científicas que leve ao controle da halitose pode ser fundamental para o resgate do bem-estar, autoestima e qualidade de vida das pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hine, MK. Halitosis. *The Journal of American Dental Association* 1957; **55**: 37-46.
2. Yaegaki, K, Coil, J. Genuine Halitosis, Pseudo-Halitosis and Halitophobia: Classification, Diagnosis and Treatment. *Journal of the Canadian Dental Association* 2000; **66**:257-261.

3. Figueiredo, LC *et al.* The relationship of oral malodor in patients with or without periodontal disease. *J Periodontol* 2002; **73**:1338-1342.
4. Rosenberg, M *et al.* Self-assessment of oral malodor 1 year following initial consultation. *Quintessence International* 1999; **30**:324-327.
5. Oho T, Yoshida Y, Shimazaki Y, Yamashita Y, Koga T. Psychological condition of patients complaining of halitosis. *J Dent* 2001; **29**:31-33.
6. Turato, ER. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.** Petrópolis, RJ, Vozes, 2003.
7. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 4. ed. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1996.
8. Tonzetich J. Production and origin of oral malodor: a review of mechanisms and methods of analysis. *J Periodontol* 1977; **48**:13-20.
9. Takeuchi H *et al.* The association of periodontal disease with oral malodour in Japanese population. *Oral Diseases*, 2010; **16**:702-706.
10. Bosy, A. Oral malodor: philosophical and practical aspects. *J. Canadian Dental Association* 1997; **63**:196-201.
11. Rosenberg, M. Self-estimation of Oral Malodor. *J. Dent. Res* 1995; **74**:1577-1582.
12. Willis, C L *et al.* Negative correlation between oral malodor and numbers and activities of sulphate-reducing bacteria in the human mouth. *Archives of Oral Biology* 1990; **44**:665-670.
13. Tonzetich, J. Direct gas chromatographic analysis of sulphur compounds in mouth air in man. *Archives of Oral Biology* 1971; **16**:587-597.
14. Loesche, W J; Kazor, C. Microbiology and treatment of halitosis. *Periodontology* 2000; **28**:256-279.

15. Yokoyama, S *et al.* Oral malodor and related factors in Japanese senior high school students. *Journal of School Health* 2010; **80**:346-352.
16. Quirynen, M *et al.* Characteristics of 2000 patients who visited a halitosis clinic. *Journal of Clinical Periodontology* 2009; **36**:970-975.
17. Talebian, A *et al.* Clinical evaluation of 222 Iranian patients with halitosis. **J. Breath Research**, Mar 2008.
18. Bollen, CM, Beikler, T. Halitosis: the multidisciplinary approach. *Int J oral Sci*, 2012; **22**:4.
19. Yaegaki, K, Coil, J. Clinical dilemmas posed by patients with psychosomatic halitosis. *Quintessence International* 1999; **30**: 328-333.
20. Rocca, P *et al.* The complaint of oral malodour: psychopathological and personality profiles. *Psychotherapy and psychosomatics* 2010; **79**:392-394.
21. Elias MS; Ferriani MG. Historical and social aspects of halitosis. *Rev Lat Am Enfermagem* 2006; **14**:821-823.
22. Suzuki, N *et al.* Relationship between halitosis and psychologic status. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; **106**:542-547.
23. Settineri, S *et al.* Self-reported halitosis and emotional state: impact on oral conditions and treatments. *Health and Quality of Life Outcomes* 2010; **34**:1-6.
24. Romano, F *et al.* Patients' self-assessment of oral malodour and its relationship with organoleptic scores and oral conditions. *International Journal of Dental Hygiene* 2010; **8**:.41-46.
25. McKeown, L. Social relations and breath odour. *Int J Dent Hygiene* 2003; **1**:.213-217.

26. Ayres, KMS, Colquhoun, ANK. Halitosis: causes, diagnosis and treatment. *New Zealand Dental Journal* 1998; **94**:156-160.
27. Neiders, M, Ramos, B. Operation of bad breath clinics. *Quintessence International* 1999; **30**:295-301.
28. <http://www.abha.com.org.br>. Associação brasileira de halitose.
29. Lodhia P. Effect of green tea on volatile sulfur compounds in mouth air. *J Nutr Sci Vitaminol (Tokyo)* 2008; **54**:89-94.

REFERÊNCIAS

BORNSTEIN, M.M et al. Prevalence of halitosis in the population of the city of Bern, Switzerland: A study comparing self-reported and clinical data. **European Journal of Oral sciences**, n. 117, p. 261-627, 2009.

BOSY, A. Oral malodor: philosophical and practical aspects. **J. Canadian Dental Association**, v.63, n. 3, p. 196-201, 1997.

FIGUEIREDO, L. C. et al. The relationship of oral malodor in patients with or without periodontal disease. **J. Periodontol.**, v. 73, n.11, p. 1338-1342, 2002.

HINE, M.K. Halitosis. **The Journal of American Dental Association**, v. 55, p. 37-46, 1957.

OHO T., YOSHIDA Y., SHIMAZAKI Y., YAMASHITA Y., KOGA T. Psychological condition of patients complaining of halitosis. **J Dent.**, v.29, n.1, p. 31-33, 2001.

PORTER, S.R. Diet and halitosis. **Current opinion in clinical nutrition and metabolic care**, 2011.

RAWSON, N.E. Cells and molecular biology of olfaction. **Quintessence International**, v.30, n.5, p. 335-341, 1999.



ROSENBERG, M. et al. Self-assesment of oral malodor 1 year following initial consultation. **Quintessence International**, v.30, n.5, p. 324-327, 1999.

YAEGAKI, K., COIL, J. Genuine Halitosis, Pseudo-Halitosis and Halitophobia: Classification, Diagnosis and Treatment. **Journal of the Canadian Dental Association**, v.66, p.257-261, 2000.

APÊNDICE 1 – Questões norteadoras da entrevista

1. Para você, o que é mau hálito?
2. Você já conheceu alguém que tem mau hálito? Caso sim, qual foi a sua impressão sobre essa pessoa? Você acredita que essa pessoa tenha algum problema de saúde?
3. O que você acha que pode causar mau hálito?
4. Se um amigo seu apresentasse mau hálito, você o avisaria? De que maneira?
5. E você gostaria de ser avisado caso apresentasse mau hálito? Por quê?
6. Alguém já lhe disse isso? Quem?
7. Como foi receber essa notícia?
8. Por que você acha que tem mau hálito?
9. Como você se sente tendo mau hálito?
10. Você faz alguma coisa (cuidado) para amenizar o problema? O que?
11. Você acha que o mau hálito piora em determinados dias? Por quê?
12. Você acha que ter mau hálito interfere no seu dia a dia? Por quê?
13. Você percebe a reação das pessoas quando você conversa com elas?
14. Você acha que as pessoas lhe tratam diferente por causa disso?
15. Como o mau hálito faz com que você se sinta nas relações interpessoais? Por quê?
16. O que você gostaria de dizer para os outros sobre como devem tratar as pessoas com mau hálito?
17. Você acha que este problema de mau hálito interfere na sua vida sexual? Nas suas amizades?

ANEXO 1 – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Halitose e suas repercussões na qualidade de vida e comportamento social de adultos.

Número do processo: 23081.020461/2010-21

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0385.0.243.000-10

Pesquisador Responsável: Roselaine Terezinha Pozzobon

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Setembro/ 2011- Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 20/01/2011

Santa Maria, 20 de Janeiro de 2011



Félix A. Antunes Soares
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.

ANEXO 2 – Normas para publicação na revista *British Dental Journal*

The BDJ accepts manuscripts either on-line or via the mail. Please see the appropriate section below. It is a condition of acceptance of manuscripts that they are the work solely of the author or authors stated and that they have not been previously published elsewhere (either in print or electronic format) nor are they under consideration by any other periodical.

Criteria for acceptance: Manuscripts and general items should meet the following criteria: they should be original, clearly written, relevant to dentistry, reader-orientated (in other words written to appeal to the readership of dentists) and designed to inform, add to discussion or debate, or entertain. Research papers should also have appropriate study methods, valid data and conclusions that are supported by the data.

Authorship: The main author (named as the corresponding author on the manuscript) should be prepared to communicate with the editorial office and with all other authors (where appropriate) regarding the submission and preparation of the paper (assuming acceptance). All authors of research papers should have some involvement in at least one of the following: intellectual content of the paper by involvement in the design of the study, the collection of data and/or the analysis and interpretation of data the drafting and editing of the manuscript the statistical analysis of the manuscript substantial involvement in obtaining funding, administrative and/or technical support or supervision of the study.

Manuscript submission

Electronic submission: Authors are encouraged to submit manuscripts online at www.mts-bdj.nature.com. If you are new to this system, click on 'New authors should register for an account' first. For guidance click on 'Author Instructions' or email manuscripts@nature.com.

Paper submission: Authors who are unable to submit online should send their manuscript on disk or as an email attachment to Kate Maynard, Assistant Editor, BDJ Editorial, NPG, 4-6 Crinan Street, London N1 9XW; k.maynard@nature.com

Acknowledgement of receipt is sent for all articles, letters or comment, with a reference number for future correspondence.

Peer Review: All papers undergo initial screening for suitability for the BDJ by the Editors. Suitable papers are then peer reviewed by two or more referees. Additional specialist advice may be sought if necessary, for example from a statistician, before a final decision is made by the Editor-in-Chief. For more information see [The peer review process](#).

Manuscript format

Manuscripts should be word processed and double-spaced with a margin of at least 4 cm on the left-hand side. The pages should be numbered consecutively at the top of each sheet. Page 1 of the manuscript should give only the title of the article, the authors' names, qualifications and address/es.

Length of contributions: Ideally contributions should be no more than 3000 words, including tables and figures. Tables count as 100-500 words depending on size and figures represent the same.

Titles must be descriptive and concise. Research articles must have a structured abstract; Practice articles (including Case Reports), Education, Opinion and General articles should be introduced with a short abstract. See the links at the bottom of the page for specific guidelines for the different BDJ paper categories.

Abstracts should be able to stand alone. Do not insert references in the abstract and use few abbreviations. Abstracts may be up to 200 words in length, depending on the paper's complexity.

Data or Tables may be submitted in Excel format or included at the end of the Word document.

Illustrations: If possible, please submit these online following the guidelines above, or send one hard copy of each illustration if submitting via mail. Please do not send originals at this point as the BDJ cannot guarantee safe return. Following the peer review process, if your paper is accepted for publication we may require the original photographs/slides to be submitted for professional scanning. **Please note:** the text and tables should be sent in Word, figures/images should be in TIFF, JPEG or EPS format in either greyscale or colour. Please ensure that photographs are not embedded in Word or PowerPoint but are individual files at a high resolution of 300 pixels per inch. **NB:** If a person is recognisable from a photograph, written consent of the patient to publication must be obtained by the author and a copy sent to the BDJ.

Units used in manuscripts must conform to the Système Internationale d'Unités (SI).

References must be in the Vancouver style. They should be numbered in the order in which they appear in the text, and these numbers should be inserted as superscripts each time the author is cited (Smith³⁻⁵ reported similar findings). Other references to the paper should be given in the same way after punctuation (Other studies have shown this to be true.^{4,5} Jones *et al.*⁶ demonstrated...) At the end of the article the full list of references should give the names and initials of all authors unless there are more than six, in which case only the first three should be given followed by *et al.* The authors' names are followed by the title of the article; the title of the journal abbreviated according to the style of Index Medicus and Index to Dental Literature; the year of publication; the volume number; and the first and last page numbers in full. Titles of books should be followed by the place of publication, the publisher, and the year.

Examples of reference styles

Reference to an article

1. Field J V, Balfour-Paul A, Wright D W. Perimandibular space infections. *Br Dent J*1981; **150**: 255-258.

Reference to a book

4. Hargreaves I A, Craig J W. *The management of traumatised anterior teeth of children*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1981.

Reference to a book chapter

7. Harding S R, Fryer J I. Recurrent oral ulceration in Greenland natives. *In* Casselli G (ed) *Coeliac diseases*. 3rd ed. pp 307-324. London: Stoma Press, 1982.

Reference to a report

2. Committee on Mercury Hazards in Dentistry. Code of practice for dental mercury hygiene. London: Department of Health and Social Security, 1979, publication no. DHSS 79-F3 72.

The author is responsible for the accuracy of the reference list at the end of the article.

Acknowledgements should be grouped in a paragraph at the end of the text and before the references. Permission and approval of the wording must be obtained from the person thanked. Where the research project was supported by industry, this should be acknowledged in the covering letter to the Editor on submission of the manuscript.

Declaration of interests: Please ensure that you declare any possible conflicts of interest in your paper. This includes matters such as: funding from an organisation or company directly for the research; funding you have received (or payment in kind) for any work you have been involved in from an organisation or company that could be linked to the research; consultation or advisory positions you may hold in an organisation or company involved in the research or an organisation involved in similar research; any other situation that could be construed as a conflict of interest.

Saving files with Microsoft Office 2007: Microsoft Office 2007 saves files in an XML format by default (file extensions .docx, .pptx and .xlsx). Files saved in this format cannot be accepted for publication. **Please save Word documents using the file extension .doc.** Instructions to do this are as follows:

- Select the Office button in the upper left corner of the Word 2007 window and choose "Save As"
- Select "Word 97-2003 Document"
- Enter a file name and select "Save"

These instructions also apply for the new versions of Excel and PowerPoint. **Equations** in Word must be created using Equation Editor 3.0. Equations created using the new equation editor in Word 2007 and saved as a "Word 97-2003 Document" (.doc) are converted to graphics and can no longer be edited. To insert or change an equation with the previous equation editor:

- Select "Object" on the "Text" section of the "Insert" tab
- In the drop-down menu select "Equation Editor 3.0"

Do not use the "Equation" button in the "Symbols" section of the "Insert" tab.

General points

Confidentiality: The existence and content of all manuscripts under review is kept confidential within the offices of the BDJ. All referees are requested to respect that confidentiality. Following acceptance all information relating to a paper will be kept confidential within the BDJ offices. Just prior to publication the content of a paper or article may be used for a press release produced by the BDA's Press Office. In such instances it is customary (but not guaranteed) that the author(s) of the paper will be contacted. Authors of papers should not contact the media prior to publication without first contacting the BDA Press Office (telephone 020 7563 4580).

Ethics: Articles involving clinical research should conform to the guidelines issued in the Declaration of Helsinki where applicable, and in general should have received ethical committee approval. For further review of the subject see the British Medical Journal, 1991, volume 302, pages 338-341. This journal is a member of, and subscribes to the principles of, the Committee on Publication Ethics (COPE) www.publicationethics.org.

Copyright: All authors assign copyright of their articles to the British Dental Journal upon acceptance. Single copies of papers can be made for personal use free of

charge. Multiple copies can be made only after permission has been granted by Nature Publishing Group Permissions Department, Houndmills, Basingstoke, Hants RG21 6XS. (Tel: 01256 329242. Fax: 01256 810526).

The Editor reserves the right to edit manuscripts for clarity of expression and to conform to acceptable style and the limits of space available. Proofs are supplied for the correction of misprints only — materials should only be added or removed at this stage in exceptional circumstances.

