

MAURÍCIO DUARTE DA CONCEIÇÃO



**Relações entre consequências da halitose, ansiedade social e
funcionamento evitativo em indivíduos com queixa de halitose**

APOIO:



ITATIBA
2016

MAURÍCIO DUARTE DA CONCEIÇÃO

Relações entre consequências da halitose, ansiedade social e funcionamento evitativo em indivíduos com queixa de halitose

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco, Área de concentração - Avaliação Psicológica, para obtenção do título de Mestre.

ORIENTADOR: PROFESSOR DR. LUCAS DE FRANCISCO CARVALHO

ITATIBA
2016

152.46	Conceição, Maurício Duarte da.
C744r	Relações entre consequências da halitose, ansiedade social e funcionamento evitativo em indivíduos com queixa de halitose / Maurício Duarte da Conceição. -- Itatiba, 2016. 101 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> em Psicologia da Universidade São Francisco. Orientação de: Lucas de Francisco Carvalho.

Ficha catalográfica elaborada pelas bibliotecárias do Setor de Processamento Técnico da Universidade São Francisco.

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

MESTRADO

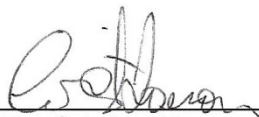
Maurício Duarte da Conceição defendeu a dissertação “RELAÇÕES ENTRE CONSEQUÊNCIAS DA HALITOSE, ANSIEDADE SOCIAL E FUNCIONAMENTO EVITATIVO EM INDIVÍDUOS COM QUEIXA DE HALITOSE” aprovada pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco em 16 de fevereiro de 2016 pela Banca Examinadora constituída por:



Prof. Dr. Lucas de Francisco Carvalho
Orientador e Presidente



Profa. Dra. Fernanda Salgueiredo Giudice
Examinadora



Prof. Dr. Cristian Zanon
Examinador

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos aqueles que sofrem com alterações em seu hábito. Vocês foram, são e serão sempre a minha maior motivação para continuar a estudar, pesquisar e desenvolver métodos, técnicas e soluções para trazer qualidade em suas vidas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que direta e indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho. Inicialmente, um profundo agradecimento com saudades aos meus pais, Alcindo e Carolina, pelo constante incentivo e exemplo, agradeço minha esposa Viviana, pela paciência, a psicóloga clínica Maria Auxiliadora Chelegon, pelo apoio e estímulo, aos funcionários da empresa e clínica Halitus e aos professores e colegas de formação. Agradeço em especial ao professor doutor Lucas de Francisco Carvalho pela magnífica orientação, paciência e parceria na construção da presente pesquisa, assim como pelos conhecimentos compartilhados.

RESUMO

Conceição, M. D. (2016). *Relações entre consequências da halitose, ansiedade social e funcionamento evitativo em indivíduos com queixa de halitose*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

Indivíduos com queixa em ter halitose sofrem inúmeras consequências, com limitações sociais, profissionais e afetivas que prejudicam sua qualidade de vida. Ainda que adequadamente tratados, muitos pacientes continuam a acreditar que sua halitose persiste, o que torna o tratamento destes indivíduos desafiador. Estudos investigaram o perfil psicopatológico nesse subgrupo da população, sendo o transtorno de ansiedade social (TAS) a principal psicopatologia associada à halitose, sendo que este transtorno também apresenta uma alta comorbidade com o transtorno da personalidade evitativo (TPE). Ocorre que os protocolos de tratamento existentes são focados em tratar apenas a halitose, mas não as suas consequências. Considerando as informações apresentadas sobre a halitose e as relações com os sintomas típicos do TPE e do TAS, o objetivo desta dissertação foi investigar a relação entre indivíduos com queixa de halitose e os sintomas relacionados a esses funcionamentos patológicos. Para tanto, a dissertação foi dividida em três artigos. No primeiro artigo buscou-se investigar o perfil psicopatológico nos indivíduos com queixa em ter halitose quanto ao TAS e o TPE. No segundo, verificou-se a relação entre as consequências da halitose e o TAS, buscando também evidências de validade para o Inventário de Consequências da Halitose (ICH). Finalmente, no terceiro artigo, foi proposto um novo protocolo de tratamento das consequências da halitose, investigando os resultados de sua aplicação pré e pós-tratamento com relação ao TAS e às consequências da halitose. Foram selecionados 247 indivíduos com queixa em ter halitose e 25 sem queixa que utilizaram a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz autorrelato (LSAS-SR), o Inventário de Fobia Social e sua versão breve (SPIN e Mini-SPIN) e o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP). Outra amostra com 164 indivíduos com queixa em ter halitose utilizaram as escalas de Ansiedade e Evitação Social (SAD) e Medo da Avaliação Negativa (FNE). Todos os voluntários utilizaram o ICH. Foram encontradas pontuações expressivas associadas às características do TAS e TPE nesse subgrupo da população. O ICH demonstrou boa capacidade em discriminar os grupos com e sem queixa, com sensibilidade de 95,95%, especificidade de 88% e significância estatística em relação às escalas que avaliam o TAS. Os dados encontrados sugerem que indivíduos com alta pontuação no ICH têm maior probabilidade em ter ansiedade social e que o ICH pode ser uma ferramenta importante no diagnóstico das consequências aversivas da halitose. Finalmente, com relação aos resultados pré e pós-tratamento, houve uma significativa redução das consequências da halitose e sintomas de ansiedade social ao final do tratamento. O protocolo Halitus se demonstrou eficaz na redução dos escores do ICH e das escalas para avaliar o TAS.

Palavras-chave: mau odor bucal; transtornos fóbicos; estudos de validação; prática clínica; testes psicológicos

ABSTRACT

Conceição, M. D. (2016). *Relationships between halitosis consequences, social anxiety and avoidant functioning in subjects with halitosis complaint*. Master's Thesis, Post-Graduate Studies in Psychology, University San Francisco, Itatiba, São Paulo.

Subjects with halitosis complaint suffer several consequences, with social, professional and affective limitations that impair their quality of life. Even if properly treated, many patients continue to believe that their halitosis persists, which makes the treatment of these subjects challenging. Studies have investigated the psychopathological profile in this population subgroup, and social anxiety disorder (SAD) was the main psychopathology associated with halitosis, and this disorder also has a high comorbidity with avoidant personality disorder (APD). However, existing treatment protocols are focused on just treat halitosis, but not its consequences. Considering the information presented regarding halitosis and its relations with the typical symptoms of APD and SAD, the aim of this study was to investigate the relationship between individuals with halitosis complaint and the symptoms related to these pathological functioning. Therefore, the dissertation has been divided into three articles. In the first paper we sought to investigate the psychopathological profile in individuals complaining about halitosis regarding SAD and APD. In the second, the relationship between halitosis consequences and TAS was investigated, also seeking for evidence of validity for the Halitosis Consequences Inventory (HCI). Finally, in the third article, it was proposed a new treatment protocol for halitosis consequences, investigating the results of its application pre and post-treatment, regarding TAS and the consequences of halitosis. 247 subjects with halitosis complaint and 25 without this complaint were selected and used the self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-SR), the Social Phobia Inventory and its brief version (SPIN and Mini-SPIN) and the Dimensional Clinical Personality Inventory (DCPI). Another sample with 164 subjects used the Social Anxiety Distress (SAD) and Fear of Negative Evaluation (FNE) scales. All the volunteers used the HCI. The results found significant features of SAD and APD in this subgroup of the population. The HCI has shown good ability to discriminate between groups with and without halitosis complaint, with a sensitivity of 95.95%, specificity of 88% and statistical significance in relation to the scales that assess the TAS. The results suggest that subjects with high scores in HCI are more likely to have social anxiety and that HCI can be an important tool in the diagnosis of aversive consequences of halitosis. Finally, regarding the pre and post-treatment, there was a significant reduction on the consequences of halitosis and symptoms of social anxiety after treatment. Halitus protocol has demonstrated to be effective in reducing HCI and SAD scales scores.

Keywords: oral malodor; phobic disorders; validation studies; practice guideline; psychological tests

SUMÁRIO

RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
CAPÍTULO 1	1
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 2	6
ANSIEDADE SOCIAL E FUNCIONAMENTO EVITATIVO EM INDIVÍDUOS COM QUEIXA EM TER HALITOSE	6
RESUMO	6
ABSTRACT	7
INTRODUÇÃO	8
MÉTODO	14
RESULTADOS.....	18
DISCUSSÃO.....	23
CONCLUSÃO.	26
REFERÊNCIAS.....	26
CAPÍTULO 3	31
RELAÇÕES ENTRE CONSEQUÊNCIAS DA HALITOSE E SINTOMAS DE ANSIEDADE SOCIAL EM INDIVÍDUOS COM QUEIXA DE HALITOSE.....	31
RESUMO	31
ABSTRACT	32
INTRODUÇÃO	33
MÉTODO	36
RESULTADOS.....	41
DISCUSSÃO	43
CONCLUSÃO.	46
REFERÊNCIAS.....	46
CAPÍTULO 4	51
DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO CLÍNICA DE UM PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DAS CONSEQUÊNCIAS DA HALITOSE.....	51
RESUMO	51
ABSTRACT	52
INTRODUÇÃO	53
MÉTODO	59
ETAPA 1.....	59
ETAPA 2.....	73
RESULTADOS.....	78
DISCUSSÃO	82
CONCLUSÃO.	86
REFERÊNCIAS.....	88
CAPÍTULO 5	95
CONCLUSÃO.	95
REFERÊNCIAS	97

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

CAPÍTULO 2:

Tabela 1. Correlação entre as dimensões do IDCP e as escalas para avaliar o transtorno de ansiedade social.....	19
Tabela 2. Estatísticas descritivas com os grupos Queixa (n = 247), Sem Queixa (n = 25) e TP Evitativo (n = 52).....	20
Figura 1. Perfis nas dimensões do IDCP dos grupos Queixa, Sem Queixa e TP Evitativo.....	21
Tabela 3. Comparações entre médias no ICH nos grupos Queixa (n = 247) e Sem Queixa (n = 25) com relação aos instrumentos.....	22
Tabela 4. Resultados globais da Análise de Regressão Logística	23

CAPÍTULO 3:

Tabela 1. Correlação entre as escalas para avaliar o TAS e o ICH.....	41
Tabela 2. Comparações entre médias no ICH com base nos pontos de corte para as escalas LSAS, SPIN, Mini-SPIN, FNE e SAD.....	42
Figura 1. AAC do escore total do ICH para uma amostra de indivíduos com queixa e sem queixa de halitose (N = 272).....	43

CAPÍTULO 4:

Figura 1. Classificação das Halitoses (Tangerman & Winkel, 2010).....	57
Tabela 1. Classificação Halitus do grau de propagação da halitose.....	61
Figura 2. Instruções de como realizar o teste organoléptico bucal e nasal.....	62
Figura 3. Técnica diagnóstica da origem das halitoses de acordo com o teste organoléptico bucal e nasal.....	63
Figura 4. Manifestação das halitoses de acordo com sua origem.....	64
Tabela 2. Classificação Halitus da presença da halitose.....	69
Figura 5. Grau de saburra lingual.....	71
Figura 6. Classificação de Mallampati modificada.....	72
Tabela 3. Comparações entre as variáveis ICH, SPIN e Mini-SPIN pré e pós-tratamento.....	82
Tabela 4. Porcentagens de voluntários que atingiram os pontos de corte pré e pós-tratamento no SPIN, Mini-SPIN e ICH.....	82

LISTA DE ANEXOS

Anexo I – Inventário das Consequências da Halitose.....	100
Anexo II – Aprovação do comitê de ética em pesquisa – Plataforma Brasil.....	101

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

A halitose, termo médico para o mau hálito, tem prevalência média de 30% da população mundial e constitui-se em um importante fator de limitação social, profissional e afetiva (Bornstein, Kislig, Hoti, Seemann, & Lussi, 2009; Liu et al., 2006; Miyazaki, Sakao, Katoh, & Takehara, 1995; Yokoyama et al., 2010). Se nos estudos de prevalência também fossem incluídos os indivíduos com queixa em ter halitose, sem evidências de sua presença, a prevalência certamente seria mais expressiva (Conceição, 2013c). Entre 92 a 96% dos casos de halitose tem causas bucais tornando o cirurgião dentista o profissional de escolha para o tratamento do mau hálito (Quirynen et al., 2009; Seemann, Bizhang, Djamchidi, Kage, & Nachnani, 2006; Zurcher & Filippi, 2012). Existem diversos aspectos psicológicos envolvendo o tratamento da halitose e de suas consequências, sendo necessária a inter-relação da psicologia e odontologia, no sentido de capacitar o odontólogo para um melhor e mais adequado desempenho profissional, por meio da identificação, compreensão e resolução dos aspectos psicológicos envolvidos. Isso lhe possibilitará resolver os casos de menor complexidade do ponto de vista psicológico e encaminhar para um profissional de saúde mental os casos de difícil resolução, que necessitam de um tratamento interdisciplinar.

Muitos dos indivíduos que se queixam em ter halitose não têm, ou esta é bem mais leve do que acreditavam. Entretanto, eles têm uma forte convicção que o problema existe e é facilmente percebido (Eli, Baht, Koriati, & Rosenberg, 2001; Eli, Baht, Kozlovsky, & Rosenberg, 1996; Yaegaki & Coil, 2000; Yaegaki, Matudaira, Sano, & Kitamura, 1996). Esta convicção traz diversas consequências para estes indivíduos como sentimentos de autodesvalorização e baixa autoestima, retração social, profissional e afetiva, pensamentos

constantes de possuírem uma forte halitose, interpretação de gestos e atitudes normais das pessoas como se fossem expressões de repugnância ao seu hálito e desenvolvimento de mudanças de comportamento no cotidiano como, por exemplo, falar menos e desviar o rosto para falar (Conceição, 2013a; Eli et al., 2001; Eli et al., 1996; Yaegaki et al., 1996). A este conjunto de pensamentos, sentimentos, interpretações errôneas de gestos e atitudes das pessoas e mudanças de comportamento foi dado o nome de consequências da halitose, o que resulta em tornar estes indivíduos menos espontâneos, mais retraídos, inseguros e com uma baixa autoestima (Conceição, 2013a). Para avaliar as consequências da halitose foram selecionadas as 18 alterações de comportamento, pensamentos, interpretações e sentimentos mais frequentes que os pacientes com queixa em ter halitose relataram, baseadas na análise de prontuários em 10 anos de atendimentos em uma clínica especializada no tratamento da halitose. Com base nessa seleção foi elaborado um questionário denominado Inventário de Consequências da Halitose (ICH), para avaliar quantas dessas consequências os pacientes desenvolveram (Conceição, 2013a).

Existem casos em que a halitose foi adequadamente tratada, mas os pacientes continuam a acreditar que seu problema persiste, apesar de familiares, amigos e o profissional que o atendeu confirmarem a normalidade de seu hálito. Devido à limitação no tratamento desses pacientes alguns estudos têm sido conduzidos visando investigar o perfil psicopatológico neste subgrupo da população, sendo o transtorno de ansiedade social (TAS) a psicopatologia mais comumente associada à queixa de halitose (Kursun, Acar, Atakan, Öztas, & Paksoy, 2014; Yaegaki et al., 1996; Zaitzu, Ueno, Shinada, Wright, & Kawaguchi, 2011). O TAS, o mais frequente transtorno de ansiedade (Stein & Stein, 2008), também é chamado de fobia social, ansiedade social ou sociofobia. É definido no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais [DSM-5] (APA, 2013) pelo medo acentuado ou

persistente de situações nas quais o indivíduo poderia sentir vergonha, levando ao comportamento de esquiva fóbica, sendo os medos mais comumente relatados comer, beber e/ou falar em público, ser o centro das atenções e interagir com o sexo oposto.

Considerando a associação já relatada na literatura em relação à queixa de halitose e sintomas de TAS, é necessário compreender de maneira mais detalhada o funcionamento psicológico de indivíduos que apresentam quadros de TAS. Para tanto, o estudo realizado por Friborg, Martinussen, Kaiser, Overgard e Rosenvinge (2013) se faz relevante, já que foram analisados 125 artigos publicados entre 1980 e 2010, tratando das características de personalidade típicas em pessoas com diagnóstico de TAS. Os autores observaram uma comorbidade de 48% entre o diagnóstico de TAS e o diagnóstico de transtornos da personalidade (TP), sugerindo que pessoas com TAS frequentemente apresentam características patológicas da personalidade, em especial do transtorno da personalidade evitativo (TPE; 46%). Esta alta comorbidade levanta a hipótese que o TPE poderia estar associado à queixa de halitose, uma vez que os estudos de Zaitsu et al. (2011) e Kursun et al. (2014) demonstraram a correlação desta com o TAS. Entretanto, apesar de haver estudos que demonstram a comorbidade do TAS e o TPE e também do TAS e halitose, não foram encontrados estudos correlacionando a queixa em ter halitose ao TPE.

Em um estudo de Huppert, Strunk, Ledley, Davidson, & Foa (2008), com relação à presença ou ausência da comorbidade entre o TPE e o TAS, os autores evidenciam que indivíduos com TAS e sem TPE tendem a “confiar” que a sucessiva exposição às situações que os induzem à ansiedade irá diminuí-la e que estas situações podem futuramente até tornarem-se prazerosas. Contudo, aqueles com TAS e TPE associados frequentemente parecem incapazes ou não dispostos a tolerar a ansiedade associada a enfrentar situações sociais. Eles podem decidir que permanecer socialmente ansiosos é mais fácil que

confrontarem situações provocadoras de ansiedade, fazendo-os sentirem-se mal. Além disso, os pacientes com TPE podem ter dificuldade em imaginar que as situações sociais poderiam ser agradáveis e divertidas. Estes dados demonstram ser importante verificar a presença do TAS e TPE em pacientes com queixa em ter halitose, pois esse pode ser um importante dado no diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento desses pacientes.

Alguns protocolos de tratamento da halitose já foram propostos, mas todos eles voltados somente ao tratamento do hálito (Dal Rio, Nicola, & Teixeira, 2007; Malcmacher, 2000; Richter, 1996; Yaegaki & Coil, 2000). Na presente dissertação será apresentado um protocolo, denominado Halitus, cujos objetivos vão além do tratamento das alterações do odor do hálito, buscando também recuperar a segurança, espontaneidade e autoestima dos pacientes, para que os resultados possam ser mais completos e duradouros. Dessa forma, tanto pacientes com halitose como aqueles com queixa em ter mau hálito, mas que este não é percebido no dia a dia, são contemplados nesse protocolo de tratamento. Previamente à apresentação deste novo protocolo serão brevemente expostas as principais classificações da halitose propostas até a presente data, referentes à sua presença, origem e graus de intensidade. Para que esta nova técnica de tratamento possa ser corretamente executada e assim proporcionar os resultados desejados, novas classificações serão propostas, adequadas ao método utilizado.

Considerando as informações apresentadas sobre a halitose e as relações com os sintomas típicos do TPE e do TAS, o objetivo desta dissertação foi investigar a relação entre indivíduos com queixa de halitose e os sintomas relacionados a esses funcionamentos patológicos. Para tanto, a dissertação foi dividida em três artigos. O primeiro artigo denominado “Ansiedade social e funcionamento evitativo em indivíduos com queixa em ter halitose” buscou investigar o perfil psicopatológico quanto ao transtorno de ansiedade

social (TAS) e o transtorno da personalidade evitativo (TPE) nos indivíduos com queixa em ter halitose. O objetivo do segundo artigo, denominado “Relações entre consequências da halitose e sintomas de ansiedade social em indivíduos com queixa de halitose” foi investigar as relações entre as consequências da halitose e o TAS, buscando também evidências de validade para o Inventário de Consequências da Halitose (ICH). Já no terceiro artigo, denominado “Desenvolvimento e aplicação clínica de um protocolo para tratamento das consequências da halitose” foi proposto um novo protocolo para o tratamento das consequências da halitose e também investigar sua aplicação clínica, verificando os resultados pré e pós-tratamento com relação ao TAS e as consequências da halitose. A seguir os estudos são apresentados na mesma sequência em que os objetivos de cada um deles foi colocado e por último há uma conclusão geral da dissertação.

CAPÍTULO 2

RESUMO

ANSIEDADE SOCIAL E FUNCIONAMENTO EVITATIVO EM INDIVÍDUOS COM QUEIXA EM TER HALITOSE

Mesmo adequadamente tratados, muitos indivíduos com queixa em ter halitose afirmam que seu problema permanece, tornando o manejo desses pacientes desafiador. O presente estudo buscou investigar o perfil psicopatológico quanto ao transtorno de ansiedade social (TAS) e o transtorno da personalidade evitativo (TPE) nesse subgrupo da população. Foram selecionados 247 indivíduos com queixa em ter halitose e 25 sem queixa. Utilizou-se o Inventário de Consequências da Halitose (ICH), a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz autorrelato (LSAS-SR), o Inventário de Fobia Social e sua versão breve (SPIN e Mini-SPIN) e o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP). Os resultados demonstraram uma correlação moderada entre a dimensão Evitação a Críticas, relacionada ao TPE e os instrumentos para avaliar o TAS. Na ANOVA, a dimensão Evitação a Críticas apresentou resultados expressivos assim como no teste t, que também demonstrou resultados significativos nas escalas para avaliar o TAS. Conforme esperado, foram encontradas expressivas características do TAS e TPE nesse subgrupo da população.

Palavras chave: transtorno de ansiedade social; halitose; transtorno da personalidade

ABSTRACT

SOCIAL ANXIETY AND AVOIDANT FUNCTIONING IN SUBJECTS WITH HALITOSIS COMPLAINT

Even properly treated, many subjects complaining about halitosis claim that their problem remains, making the management of these patients challenging. This study aimed to investigate the psychopathological profile on the social anxiety disorder (SAD) and avoidant personality disorder (APD) in this population subgroup. 247 subjects with halitosis complaint and 25 without this complaint were selected. It was used the Halitosis Consequences Inventory (HCI), the self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-SR), the Social Phobia Inventory and its brief version (SPIN and Mini-SPIN) and the Dimensional Clinical Personality Inventory (DCPI). The results showed a moderate correlation between the Avoidance of Criticism dimension, related to APD and scales to evaluate SAD. In ANOVA, Avoidance of Criticism dimension showed remarkable results as well as on t test, which also showed significant results on the scales to evaluate SAD. As expected, it was found significant features of SAD and APD in this subgroup of the population.

Keywords: social anxiety disorder; halitosis; personality disorder

INTRODUÇÃO

A literatura a respeito das psicopatologias associadas à queixa de halitose menciona diferentes possibilidades, sendo o transtorno de ansiedade social (TAS) a mais frequente psicopatologia associada a esta queixa. Segundo Friberg, Martinussen, Kaiser, Overgard, & Rosenvinge (2013), o TAS possui uma alta comorbidade com o transtorno da personalidade evitativo (TPE) e, de acordo com Huppert, Strunk, Ledley, Davidson, & Foa (2008), a associação do TAS e TPE pode ser um fator de dificuldade no prognóstico dos tratamentos. Entretanto, não existem estudos que correlacionem o TPE à queixa de halitose. O presente estudo está inserido nesse contexto, com foco específico em investigar o perfil psicopatológico quanto à ansiedade social e funcionamento evitativo em indivíduos com queixa em ter halitose.

A halitose, termo médico para o mau hálito, é um problema que afeta grande parte da população mundial, com prevalência média em torno de 30%, de acordo com a revisão de diversos estudos em diferentes países realizada por Sterer e Rosenberg (2011). Contudo, se nos estudos de prevalência também fossem incluídos os indivíduos com queixa em ter halitose, sem evidências de sua presença, a prevalência certamente seria mais expressiva (Conceição, 2013b). Essa separação decorre em parte devido à classificação da halitose mais utilizada mundialmente, que emprega as terminologias halitose genuína, pseudo-halitose e halitofobia (Yaegaki & Coil, 2000). A halitose é considerada genuína quando a alteração do odor no hálito é detectada; a pseudo-halitose é quando o indivíduo tem queixa em ter mau hálito sem evidências de sua presença; e a halitofobia ocorre quando o indivíduo continua a acreditar que seu mau hálito persiste após o tratamento ser realizado, sem que exista nenhuma evidência física ou social para isso. Nos estudos de prevalência somente os casos de halitose genuína são considerados.

Entretanto, uma nova classificação da halitose, que será a utilizada neste estudo, sugere novos critérios (Rocca et al., 2010; Aydin & Harvey-Woodworth, 2014). Há a halitose objetiva, definida como um mau odor percebido com intensidade além de um nível socialmente aceitável e a halitose subjetiva, não havendo odor detectável aos outros, mas o paciente se queixa de sua presença. Nessa classificação, qualquer pessoa que se queixa de halitose, objetiva ou subjetiva, é considerada um paciente de halitose (Aydin & Harvey-Woodworth, 2014). Dessa forma, a prevalência de pacientes de halitose nessa classificação certamente será significativamente maior.

Muitos dos indivíduos que se queixam em ter halitose não têm ou esta é bem mais leve do que acreditavam e é comum que eles tenham uma forte convicção que o problema existe e que é facilmente percebido pelos demais, o que normalmente não corresponde à realidade. Além disso, após o tratamento da halitose ter sido adequadamente realizado, uma parcela significativa dos pacientes persiste em acreditar que seu hálito permanece alterado, o que torna o tratamento desses casos um desafio (Eli, Baht, Koriati, & Rosenberg, 2001; Yaegaki & Coil, 2000). Esta forte convicção traz como consequências a estes indivíduos, pensamentos constantes de possuírem uma halitose forte, sentimentos de autodesvalorização e baixa autoestima, retração social, profissional e afetiva, interpretação de gestos e atitudes normais das pessoas como se fossem expressões de repugnância ao seu hálito e desenvolvimento de mudanças de comportamento no dia a dia como, por exemplo, não falar próximo às pessoas ou ter uma higiene bucal exagerada. A este conjunto de pensamentos, sentimentos, interpretações errôneas de gestos e atitudes das pessoas e mudanças de comportamento foi dado o nome de consequências da halitose. Um questionário foi desenvolvido para avaliar estes aspectos, denominado Inventário das Consequências da Halitose [ICH] (Conceição, 2013a; Conceição & Chelegon, 2011).

Como visto, existem diferentes aspectos psicológicos envolvendo a queixa em ter halitose e também uma clara dificuldade no diagnóstico e encaminhamento dos pacientes que continuam a acreditar que têm halitose, apesar das evidências em contrário. Alguns autores investigaram quais as psicopatologias mais comumente associadas a este subgrupo da população, sendo o transtorno de ansiedade social (TAS) a mais frequente de acordo com a literatura (Conceição, Giudice, & Marocchio, 2014; Kursun, Acar, Atakan, Öztas, & Paksoy, 2014; Lochner & Stein, 2003; Yaegaki, Matudaira, Sano, & Kitamura, 1996; Zaitzu, Ueno, Shinada, Wright, & Kawaguchi, 2011). O TAS, o mais frequente transtorno de ansiedade (Stein & Stein, 2008), também é chamado de fobia social, ansiedade social ou sociofobia. É definido no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais ([DSM-5]; APA, 2013) pelo medo acentuado ou persistente de situações nas quais o indivíduo poderia sentir vergonha, levando ao comportamento de esquiva fóbica, sendo os medos mais comumente relatados comer, beber e/ou falar em público, ser o centro das atenções e interagir com o sexo oposto. O TAS pode se dividir em generalizado ou específico, também chamado de circunscrito. O TAS generalizado (TASg) é caracterizado por medo dominante e persistente da maioria das situações sociais e pode ser considerado a forma mais incapacitante de TAS. O TAS específico, é definido como medo de situações de desempenho ou temor de um limitado número de situações sociais (Chagas et al., 2010). O TASg tem sido o foco dos estudos relacionados à halitose (Kursun et al., 2014; Zaitzu et al., 2011), que utilizaram o ponto de corte 60 na Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS).

Considerando a associação já relatada na literatura em relação à queixa de halitose e sintomas de TAS, é necessário compreender de maneira mais detalhada o funcionamento psicológico de indivíduos que apresentam quadros de TAS. Para tanto, o estudo realizado

por Friberg et al. (2013) se faz relevante, já que foram analisados 125 artigos publicados entre 1980 e 2010, tratando das características de personalidade típicas em pessoas com diagnóstico de TAS. Os autores observaram uma comorbidade de 48% entre o diagnóstico de TAS e o diagnóstico de transtornos da personalidade (TP), sugerindo que pessoas com TAS frequentemente apresentam características patológicas da personalidade, em especial do transtorno da personalidade evitativo (TPE; 46%). Esta alta comorbidade levanta a hipótese que o TPE poderia estar associado à queixa de halitose, uma vez que os estudos de Zaitse et al. (2011) e Kursun et al. (2014) demonstraram a correlação desta com o TAS. Entretanto, apesar de haver estudos que demonstram a comorbidade do TAS e o TPE e também do TAS e halitose, não foram encontrados estudos correlacionando a queixa em ter halitose ao TPE.

Pacientes com TAS, especialmente em sua manifestação generalizada (TASg), que corresponde a 60 ou mais pontos na LSAS, tendem a evitar situações sociais, em parte por causa da aversão à experiência de ansiedade e compartilham muitas características com o Transtorno da Personalidade Evitativo [TPE] (Huppert, Strunk, Ledley, Davidson, & Foa, 2008). Enquanto no TASg há um medo persistente de situações de desempenho social, interação verbal ou de avaliação por outras pessoas em diversas situações, o TPE é definido por um padrão invasivo de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa, com início na idade adulta e em uma variedade de contextos como, por exemplo, evitar atividades ocupacionais que envolvam contato interpessoal significativo por medo de críticas, desaprovação ou rejeição; não estar disposto a se envolver com pessoas a menos que esteja certo que será gostado; ser preocupado com ser criticado ou rejeitado em situações sociais (APA, 2013).

No estudo de Huppert et al. (2008), com relação à presença ou ausência da comorbidade entre o TPE e o TAS, os autores evidenciam que indivíduos com TAS e sem TPE tendem a “confiar” que a sucessiva exposição às situações que os induzem à ansiedade irá diminuí-la e que estas situações podem futuramente até tornarem-se prazerosas. Contudo, aqueles com TAS e TPE associados frequentemente parecem incapazes ou não dispostos a tolerar a ansiedade associada a enfrentar situações sociais. Eles podem decidir que permanecer socialmente ansiosos é mais fácil que confrontarem situações provocadoras de ansiedade, fazendo-os sentirem-se mal. Além disso, os pacientes com TPE podem ter dificuldade em imaginar que as situações sociais poderiam ser agradáveis e divertidas. Estes dados demonstram ser importante verificar a presença do TAS e TPE em pacientes com queixa em ter halitose, pois esse pode ser um importante dado no diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento desses pacientes.

No que se refere à relação entre o TAS e a halitose, Yaegaki et al. (1996) afirmaram que a forte ansiedade de um paciente poderia ser causada pela patologia da Fobia Social e também, a hipótese que os casos severos de Fobia Social com halitose poderiam ser diagnosticados como halitofobia. Os autores sugerem que o tratamento ou o aconselhamento para Fobia Social deveria ser obrigatório não somente em pacientes halitofóbicos, como também em pacientes comuns de halitose. Especificamente no que diz respeito aos estudos para estabelecer a relação entre a halitose e os sintomas de TAS, Zaitzu et al. (2011) utilizaram nos pacientes com queixa em ter halitose a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS), que tem sido a escala mais utilizada mundialmente para avaliação dos sintomas do TAS, seja em situações clínicas ou de pesquisa (Dos Santos, 2012).

Para avaliar a possibilidade de que a ansiedade dos pacientes com halitose genuína não se recupere após o tratamento do mau hálito, devido ao transtorno de ansiedade social, Zaitzu et al. (2011) investigaram a influência do TAS sobre o nível de ansiedade em pacientes com halitose genuína antes e após o tratamento. Foi utilizada uma amostra com indivíduos com halitose genuína (N = 262) do Hospital médico-odontológico da Universidade de Tóquio. Utilizando-se o ponto de corte 60 para a LSAS, mais de 20% dos indivíduos tiveram escores iguais ou maiores que esse. Em sua conclusão os autores sugerem que pacientes com um forte traço de TAS e halitose genuína têm dificuldade em superar sua ansiedade sobre a halitose bucal destacando que o tratamento desses pacientes requer não apenas o tratamento normal da halitose, mas também a atenção para o TAS.

Kursun et al. (2014) realizaram um estudo com o objetivo de comparar as relações entre a ansiedade social com a pseudo-halitose e a halitose genuína. Foram aplicados a 100 participantes a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS) e um questionário sobre halitose. Com referência à LSAS, 62% dos participantes tinham ansiedade social utilizando-se o ponto de corte de 60. Entre esses pacientes, 98% tinham halitose verdadeira, sendo que na média geral a halitose estava presente em 90% dos participantes. Contrariando a hipótese original do estudo, de que os pacientes pseudo-halitose teriam uma maior tendência a ter TAS devido à sua tendência para a obsessão, o medo e a ansiedade, os resultados mostraram uma frequência do TAS bastante elevada em pacientes com halitose genuína e que, por essa razão, pode-se dizer que existe uma relação causal entre a halitose e a ansiedade social.

Considerando a expressiva comorbidade que há entre o TAS e a queixa em ter halitose, entre o TPE e o TAS e a ausência de estudos que correlacionem o TPE à queixa

em ter halitose, o objetivo deste estudo é investigar o perfil psicopatológico quanto à ansiedade social e funcionamento evitativo em indivíduos com queixa em ter halitose.

MÉTODO

PARTICIPANTES

A amostra foi constituída por 272 indivíduos divididos em dois grupos, sendo um grupo com queixa em ter halitose (grupo Queixa) [n = 247; 66,8% de mulheres; idade entre 18 a 74 anos; M = 37,61; DP = 10,49] e outro grupo sem queixa em ter halitose (grupo Sem Queixa) e com baixa pontuação (escore $\leq$ a 6) no Inventário das Consequências da Halitose (ICH) [n = 25; 84 % de mulheres; idade entre 18 e 55 anos; M = 26,72; DP = 10,77]. Para uma melhor comparação entre os grupos foi selecionado um banco de dados externo de pessoas com diagnóstico psiquiátrico de transtorno da personalidade evitativo (grupo TP Evitativo) [n = 52]. O grupo Queixa foi convocado por meio de divulgação em sites de interesse relacionados ao assunto halitose e o grupo Sem Queixa são alunos de uma universidade no interior paulista.

INSTRUMENTOS

Foram utilizados seis instrumentos: um questionário sócio demográfico; a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz autorrelato – LSAS-SR (Liebowitz, 1987); o Inventário de Fobia Social [SPIN] (Connor et al., 2000); uma versão breve deste inventário – Inventário breve de Fobia Social [Mini-SPIN] (Connor, Kobak, Churchill, Katzelnick, & Davidson, 2001); o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade – IDCP (Carvalho & Primi, 2015); e o Inventário das Consequências da Halitose [ICH] (Conceição, 2013a; Conceição & Chelegon, 2011);

No questionário sóciodemográfico foram levantadas informações para caracterizar a amostra, tais como idade, sexo, escolaridade, entre outras variáveis. A Escala de Ansiedade

Social de Liebowitz autorrelato (LSAS-SR) foi utilizada para avaliar os sintomas típicos do TAS, validada para o português (Dos Santos, Loureiro, Crippa, & de Lima Osorio, 2013). É um instrumento composto por 24 itens relacionados a duas dimensões, de medo e de evitação de situações sociais vivenciados durante a última semana. Do total de itens, 11 referem-se à interação social (S) e 13 à apresentação pública (P), sendo todos, pontuados em uma escala tipo Likert de quatro pontos (0 = nunca / 3 = profundo/geralmente). O escore total foi calculado pela soma da pontuação obtida em cada um dos itens, com pontuação máxima de 72 pontos na dimensão medo e 72 na dimensão evitação, sendo o escore total máximo de 144 pontos.

O ponto de corte de 30 na LSAS-SR proporciona o melhor balanço de sensibilidade e especificidade para classificar os participantes com TAS específico e o ponto de corte 60 para os casos de TASg (Rytwinski et al., 2009). Com relação à consistência interna, os valores de coeficiente alfa obtidos foram de 0,96 para a escala total, 0,94 para a subescala medo, e 0,93 para a escala de evitação (Dos Santos et al., 2013).

O Inventário de Fobia Social (SPIN) é um instrumento autoaplicado proposto para satisfazer a necessidade de uma avaliação breve e facilmente aplicável que possibilite analisar conjuntamente os sintomas fisiológicos de medo e fuga relacionado ao TAS. Ele é composto por 17 itens em uma escala Likert de cinco pontos de (0 = nada, 4 = extremamente) com uma pontuação máxima total de 68. As qualidades psicométricas do SPIN, demonstrado no estudo original em amostras de indivíduos saudáveis e indivíduos com TAS (Connor et al., 2000), foram bastante satisfatórias, como mostrado pelas seguintes propriedades: confiabilidade teste-reteste (0,78-0,89, $p < 0,0001$); consistência interna (coeficiente alfa) variando 0,68-0,94 para casos e 0,57-0,90 para os não-casos; validade convergente com a Brief Social Phobia Scale (BSPS) ($r = 0,47-0,82$, $p < 0,0001$),

com a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz ($r = 0,55$, $p < 0,0001$), e com o Fear Questionnaire ($r = 0,42-0,78$, $p < 0,0001$); sensibilidade de 0,72 e especificidade de 0,84 para o ponto de corte 19. Foi utilizado o Inventário de Fobia Social (SPIN) validado para o português (Osorio Fde, Crippa, & Loureiro, 2009). O Mini-SPIN (versão breve do inventário de Fobia Social) utiliza três itens do SPIN e demonstra uma boa eficiência como ferramenta de triagem para o TASg. Uma nota de corte de seis ou mais pontos demonstra uma sensibilidade de 88,7%, especificidade de 90,0%, valor preditivo positivo de 52,5% e valor preditivo negativo de 98,5% (Connor et al., 2001).

Para avaliar as consequências da halitose que os pacientes desenvolveram, foi aplicado um questionário que faz parte da anamnese utilizada para avaliar pacientes com queixa em ter halitose, o Inventário das Consequências da Halitose (ICH), com 18 perguntas, composto de respostas sim/não (Conceição, 2013a; Conceição & Chelegon, 2011). Foi utilizado o ponto de corte igual ou maior que 14 como indicativo para um escore alto para o ICH, fundamentado em uma amostra de 164 indivíduos (Conceição, 2013a; Conceição & Chelegon, 2011), com base nas pontuações brutas no ICH, na qual 50% da amostra tiveram pontuações acima de 14, de acordo com os escores considerados altos nas escalas SAD e FNE (Watson & Friend, 1969).

Para avaliação dos aspectos patológicos da personalidade foi utilizado o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP) que é composto por 163 questões que devem ser respondidas em uma escala tipo Likert de 4 pontos para as respostas, sendo, 1 para “nada – não tem nada a ver comigo”, 2 para “pouco – tem pouco a ver comigo”, 3 para “moderadamente – tem a ver comigo” e 4 para “muito – tem muito a ver comigo”. O IDCP avalia as características patológicas da personalidade em 12 dimensões, a saber: Dependência, Agressividade, Instabilidade de Humor, Excentricidade, Necessidade de

Atenção, Desconfiança, Grandiosidade, Isolamento, Evitação a Críticas, Autossacrifício, Conscienciosidade, Impulsividade. Cada dimensão do IDCP está mais relacionada com um funcionamento patológico da personalidade, sendo Evitação a Críticas relacionada ao transtorno da personalidade evitativo, objeto deste estudo (Carvalho & Primi, 2015). Foram realizados estudos verificando as propriedades psicométricas do IDCP (Carvalho & Primi, 2015; Carvalho, Sette, Primi, & Capitão, 2014; Carvalho, Souza, & Primi, 2014), sendo evidências de validade com base na estrutura interna por meio da Teoria Clássica dos Testes, Teoria de Resposta ao Item e com base em critérios externos (NEO-PI-R e diagnóstico psiquiátrico), bem como coeficiente de fidedignidade por consistência interna.

PROCEDIMENTOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco [ANEXO II] (CAAE: 36081314.4.0000.5514). A participação foi voluntária, por aceitação online do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada pelo envio de convite por e-mail, realizada por meio do *software* de questionários online *SurveyMonkey*, no qual já na primeira página os voluntários deram o consentimento à participação na pesquisa mediante a aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Para a análise dos dados o *software* de estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Inicialmente, foram feitas análises descritivas com as pontuações obtidas nos instrumentos e, na sequência, foi feito o uso de análises inferenciais.

Os instrumentos de ansiedade social e transtornos da personalidade foram correlacionados de acordo com suas notas de corte buscando atingir os objetivos deste estudo. A amostra foi subdividida em grupos de acordo com características em relação à halitose (tal qual explicado em participantes) e foi agregado ao estudo um banco de dados

externo de pessoas com diagnóstico psiquiátrico de transtorno da personalidade evitativo, para uma melhor comparação entre os grupos e foi utilizada a ANOVA por medidas repetidas para verificar o perfil de personalidade dos participantes, para investigar a ocorrência de diferenças significativas do ponto de vista estatístico entre os grupos e o tamanho do efeito (*effect size*) foi obtido pelo *d* de *Cohen* cujos resultados são considerados expressivos quando forem iguais ou superiores a 0,20. Esses grupos foram comparados com análise para comparação entre médias. O teste *t* de *student* foi utilizado para verificar as diferenças estatísticas entre os grupos com relação aos instrumentos para avaliar os sintomas de TAS e as dimensões do IDCP. Finalmente foi realizada a análise de regressão logística para investigar a capacidade preditiva das dimensões do IDCP e das escalas para avaliação de TAS. Foi verificada a ocorrência de multicolinearidade entre as variáveis independentes do IDCP e, com base nessa verificação, foram mantidas somente as dimensões Instabilidade de Humor; Necessidade de Atenção e Evitação a Críticas. Além dessas três variáveis foram utilizadas as escalas para avaliação do TAS Mini-SPIN e LSAS para distinguir os indivíduos dos grupos Queixa e Sem Queixa em ter halitose e também os grupos separados pelo critério que não atingiu ou não o ponto de corte do ICH (maior ou igual a 14 pontos).

RESULTADOS

Correlação entre personalidade patológica e sintomas de ansiedade social

Para verificar a correlação entre as características patológicas da personalidade e os escores totais indicativos da presença do transtorno de ansiedade social, na Tabela 1 estão apresentadas as correlações entre as 12 dimensões do IDCP e as escalas para avaliar o TAS.

Tabela 1
Correlação entre as dimensões do IDCP e as escalas para avaliar o transtorno de ansiedade social

	Mini-SPIN	SPIN	LSAS/Total	LSAS/Medo	LSAS/Evituação
1-Dependência	0,48**	0,52**	0,51**	0,55**	0,44**
2-Agressividade	0,30**	0,32**	0,30**	0,31**	0,26**
3-Instabilidade de Humor	0,48**	0,53**	0,49**	0,51**	0,43**
4-Excentricidade	0,52**	0,54**	0,48**	0,49**	0,44**
5-Necessidade de Atenção	-0,35**	-0,28**	-0,29**	-0,28**	-0,29**
6-Desconfiança	0,34**	0,37**	0,35**	0,34**	0,34**
7-Grandiosidade	0,36**	0,41**	0,34**	0,36**	0,29**
8-Isolamento	0,51**	0,39**	0,50**	0,50**	0,48**
9-Evituação a Críticas	0,66**	0,68**	0,64**	0,66**	0,58**
10-Autossacrifício	0,24**	0,25**	0,21**	0,22**	0,18**
11-Conscienciosidade	0,19**	0,21**	0,16**	0,14*	0,16**
12-Impulsividade	0,16**	0,18**	0,13*	0,15*	0,10

Nota. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

Houve uma correlação alta entre os instrumentos utilizados para avaliar o TAS, com uma variação de 0,77 a 0,92. Além disso também observou-se uma correlação moderada dos instrumentos para avaliação do TAS em relação à dimensão Evituação a Críticas, que variou de 0,58 para a dimensão Evituação da LSAS a 0,68 para o SPIN.

Comparações entre grupos nos traços patológicos da personalidade

Na continuidade, foi utilizada a ANOVA por medidas repetidas, buscando investigar a ocorrência de diferenças significativas do ponto de vista estatístico entre os grupos Queixa (N = 247), Sem Queixa (N = 25) e TP Evitativo (N = 52). Na Tabela 2 estão demonstradas as comparações entre os três grupos pela ANOVA com relação às 12 dimensões das características patológicas da personalidade, utilizando-se o IDCP.

Tabela 2.

Estatísticas descritivas com os grupos Queixa (n = 247), Sem Queixa (n = 25) e TP Evitativo (n = 52)

Dimensão	Grupos	M (DP)	d
Dependência	Queixa	49,97 (11,35)	$d_{\text{Queixa*Sem Queixa}} = 0,01$
	Sem Queixa	50,04 (8,06)	$d_{\text{Queixa*TP Evitativo}} = \mathbf{1,05}$
	TP Evitativo	61,40 (8,07)	$d_{\text{Sem Queixa*TP Evitativo}} = \mathbf{1,41}$
Agressividade	Queixa	47,62 (10,36)	$d_{\text{Queixa*Sem Queixa}} = \mathbf{0,58}$
	Sem Queixa	41,48 (12,19)	$d_{\text{Queixa*TP Evitativo}} = \mathbf{0,62}$
	TP Evitativo	53,81 (8,31)	$d_{\text{Sem Queixa*TP Evitativo}} = \mathbf{1,27}$
Instabilidade de Humor	Queixa	51,34 (10,03)	$d_{\text{Queixa*Sem Queixa}} = \mathbf{0,66}$
	Sem Queixa	44,52 (13,54)	$d_{\text{Queixa*TP Evitativo}} = \mathbf{0,87}$
	TP Evitativo	59,90 (8,70)	$d_{\text{Sem Queixa*TP Evitativo}} = \mathbf{1,46}$
Excentricidade	Queixa	51,88 (9,10)	$d_{\text{Queixa*Sem Queixa}} = \mathbf{0,67}$
	Sem Queixa	45,44 (10,05)	$d_{\text{Queixa*TP Evitativo}} = \mathbf{1,06}$
	TP Evitativo	61,04 (6,12)	$d_{\text{Sem Queixa*TP Evitativo}} = \mathbf{1,69}$
Necessidade de Atenção	Queixa	46,13 (11,82)	$d_{\text{Queixa*Sem Queixa}} = 0,12$
	Sem Queixa	44,80 (6,49)	$d_{\text{Queixa*TP Evitativo}} = \mathbf{0,54}$
	TP Evitativo	39,81 (10,48)	$d_{\text{Sem Queixa*TP Evitativo}} = \mathbf{0,53}$
Desconfiança	Queixa	50,71 (11,01)	$d_{\text{Queixa*Sem Queixa}} = \mathbf{0,42}$
	Sem Queixa	46,24 (6,59)	$d_{\text{Queixa*TP Evitativo}} = \mathbf{0,61}$
	TP Evitativo	57,40 (11,06)	$d_{\text{Sem Queixa*TP Evitativo}} = \mathbf{1,13}$
Grandiosidade	Queixa	48,70 (10,07)	$d_{\text{Queixa*Sem Queixa}} = \mathbf{0,76}$
	Sem Queixa	41,08 (9,80)	$d_{\text{Queixa*TP Evitativo}} = 0,10$
	TP Evitativo	53,60 (10,79)	$d_{\text{Sem Queixa*TP Evitativo}} = 0,14$
Isolamento	Queixa	52,72 (9,46)	$d_{\text{Queixa*Sem Queixa}} = \mathbf{0,58}$
	Sem Queixa	47,20 (14,13)	$d_{\text{Queixa*TP Evitativo}} = \mathbf{0,81}$
	TP Evitativo	60,14 (7,29)	$d_{\text{Sem Queixa*TP Evitativo}} = \mathbf{1,61}$
Evitação a Críticas	Queixa	52,52 (12,14)	$d_{\text{Queixa*Sem Queixa}} = \mathbf{0,73}$
	Sem Queixa	43,68 (11,24)	$d_{\text{Queixa*TP Evitativo}} = \mathbf{1,10}$
	TP Evitativo	65,62 (10,43)	$d_{\text{Sem Queixa*TP Evitativo}} = \mathbf{2,05}$
Autossacrifício	Queixa	51,15 (11,01)	$d_{\text{Queixa*Sem Queixa}} = \mathbf{0,56}$
	Sem Queixa	45,08 (7,70)	$d_{\text{Queixa*TP Evitativo}} = \mathbf{0,62}$
	TP Evitativo	58,04 (12,02)	$d_{\text{Sem Queixa*TP Evitativo}} = \mathbf{1,20}$
Conscienciosidade	Queixa	50,16 (9,17)	$d_{\text{Queixa*Sem Queixa}} = 0,17$
	Sem Queixa	48,60 (6,80)	$d_{\text{Queixa*TP Evitativo}} = \mathbf{0,27}$
	TP Evitativo	52,60 (8,54)	$d_{\text{Sem Queixa*TP Evitativo}} = \mathbf{0,50}$
Impulsividade	Queixa	44,90 (10,26)	$d_{\text{Queixa*Sem Queixa}} = \mathbf{0,36}$
	Sem Queixa	41,08 (10,49)	$d_{\text{Queixa*TP Evitativo}} = \mathbf{0,38}$
	TP Evitativo	48,90 (11,32)	$d_{\text{Sem Queixa*TP Evitativo}} = \mathbf{0,71}$

Nota. Em negrito $d \geq 0,20$

Os perfis se diferenciaram significativamente ($gl = 13,763$, $F = 9,692$ e $p < 0,001$) e de um total de 36 comparações realizadas, a magnitude foi expressiva em 31 delas. Os resultados das magnitudes da dimensão Evitação a Críticas nas comparações entre as médias feitas par a par esteve entre os mais expressivos e quase todas as demais dimensões apresentaram um mesmo padrão. A Figura 1 mostra os resultados das médias entre os grupos Queixa, Sem Queixa e o TP Evitativo.

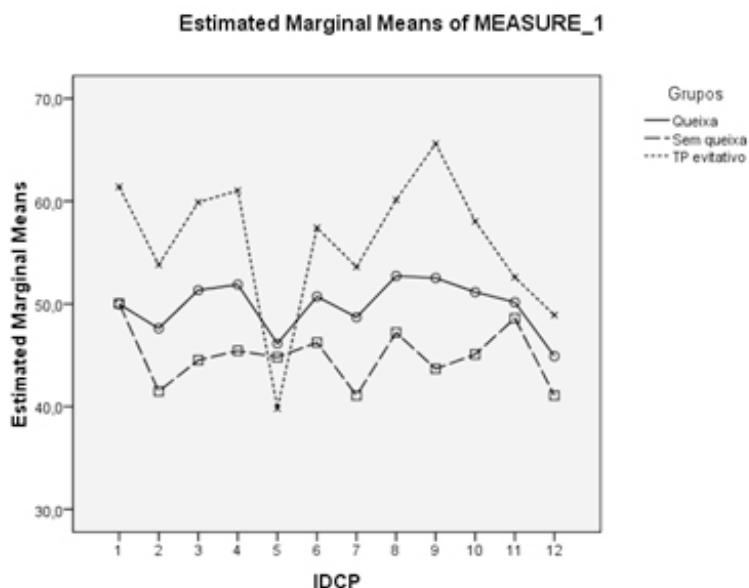


Figura 1. Perfis nas dimensões do IDCP dos grupos Queixa, Sem Queixa e TP Evitativo

Os resultados mais expressivos para o grupo TP Evitativo foram nas dimensões Evitação a Críticas seguida pela dimensão Excentricidade, para o grupo Queixa foram a dimensão Isolamento seguida por Evitação a Críticas e para o grupo Sem Queixa, a dimensão Dependência seguida por Conscienciosidade.

Comparações entre indivíduos com e sem queixa de halitose em medidas psicológicas

Na Tabela 3 foi utilizado o teste t de *Student* para verificar as diferenças estatísticas entre os grupos Queixa e Sem Queixa com relação aos instrumentos para avaliar o TAS, além das dimensões Instabilidade de Humor, Necessidade de Atenção e Evitação a Críticas do IDCP, pois foi verificada a ocorrência de multicolinearidade entre as variáveis independentes do IDCP e, com base nessa verificação, apenas estas foram mantidas.

Tabela 3.

Comparações entre médias no ICH nos grupos Queixa (n = 247) e Sem Queixa (n = 25) com relação aos instrumentos

Instrumentos	Grupos	M (DP)	t (gl)	p	d
SPIN	Queixa	24,24 (15,53)	2,02 (270)	0,045	0,42
	Sem Queixa	17,76 (12,97)			
Mini-SPIN	Queixa	4,94 (3,45)	2,40 (270)	0,017	0,51
	Sem Queixa	3,24 (2,37)			
LSAS -.Total	Queixa	54,96 (29,23)	2,06 (270)	0,040	0,43
	Sem Queixa	42,52 (23,29)			
LSAS -.Evitação	Queixa	27,05 (15,34)	2,22 (270)	0,027	0,47
	Sem Queixa	20,04 (11,94)			
LSAS -.Medo	Queixa	27,91 (15,00)	1,75 (270)	0,081	0,37
	Sem Queixa	22,48 (12,32)			
Instabilidade de Humor	Queixa	57,20 (17,25)	2,41 (270)	0,017	0,50
	Sem Queixa	48,52 (16,67)			
Necessidade de Atenção	Queixa	33,77 (9,20)	1,05 (270)	0,296	0,22
	Sem Queixa	31,80 (5,56)			
Evitação a Críticas	Queixa	12,16 (5,26)	2,65 (270)	0,008	0,56
	Sem Queixa	9,28 (4,19)			

Nota. Em negrito $d \geq 0,20$

Todos os resultados foram expressivos e as maiores magnitudes para as dimensões do IDCP ocorreram para a dimensão Evitação a Críticas e Instabilidade de Humor e, para as escalas que avaliam o TAS, ocorreram para o Mini-SPIN e a dimensão Evitação da LSAS.

Predição dos grupos com e sem queixa de halitose a partir de medidas psicológicas

A seguir foi realizada a análise de regressão logística para investigar a capacidade preditiva das dimensões do IDCP Instabilidade de Humor, Necessidade de Atenção e Evitação a Críticas e as escalas para avaliação de TAS Mini-SPIN e LSAS, para distinguir os indivíduos dos grupos Queixa e Sem Queixa, isto é, pessoas com e sem queixa em ter halitose, cujos resultados são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4.
Resultados globais da Análise de Regressão Logística

Variáveis independentes	B	Erro padrão.	Wald	gl	p	Exp(B)
Mini-SPIN	-0,138	0,129	1,154	1	0,283	0,871
LSAS	0,004	0,014	0,077	1	0,781	1,004
Instabilidade de Humor	0,001	0,018	0,001	1	0,990	1,000
Necessidade de Atenção	-0,058	0,030	3,666	1	0,056	0,943
Evitação a Críticas	-0,146	0,086	2,853	1	0,091	0,864
Constante	1,511	1,217	1,542	1	0,214	4,532

Foi encontrado um $R^2_{\text{Cox \& Snell}}$ de 5,2% e um $R^2_{\text{Nagelkerke}}$ de 11,3%. De acordo com os valores apresentados na tabela a variável com a maior capacidade preditiva para os grupos com queixa e sem queixa foi o Mini-SPIN seguida pela Evitação a Críticas. Contudo nenhuma variável apresentou significância estatística no modelo. Pode-se observar que 100% dos 247 participantes foram classificados corretamente dentre os do grupo com queixa em ter halitose e 0% dos 25 participantes foram classificados corretamente no grupo sem queixa em ter halitose.

DISCUSSÃO

O tratamento dos indivíduos com queixa em ter halitose normalmente é um desafio, pois muitos dos que se queixam em ter mau hálito não têm ou este é bem mais leve do que acreditavam. Mesmo após o hálito desses indivíduos estar devidamente tratado, uma grande parcela permanece com uma forte convicção que seu problema persiste. Somando-se aos poucos estudos e publicações que buscaram investigar as possíveis psicopatologias associadas à halitose, objetivou-se investigar o perfil psicopatológico quanto à ansiedade social e funcionamento evitativo em indivíduos com e sem queixas em ter halitose.

Observou-se uma correlação moderada dos instrumentos para avaliação do TAS em relação à dimensão Evitação a Críticas, dado que corrobora a literatura em relação à comorbidade do TPE e o TAS (Huppert et al., 2008), uma vez que o TAS é a psicopatologia mais comumente associada à queixa de halitose (Kursun et al., 2014;

Lochner & Stein, 2003; Yaegaki et al., 1996; Zaitzu et al., 2011). Além disso, vale destacar que os instrumentos que avaliam os sintomas de TAS apresentaram alta correlação entre si, o que demonstra a adequação dos testes utilizados, o que era esperado de acordo com dados prévios da literatura (Connor et al., 2001; Dos Santos, 2012; Forni dos Santos, Loureiro, Crippa, & Osorio Fde, 2013; Osorio Fde et al., 2009; Osorio, Crippa, & Loureiro, 2010).

Nos resultados utilizando a ANOVA por medidas repetidas com comparações entre os grupos Queixa, Sem Queixa e TP Evitativo as magnitudes foram expressivas em 86% das comparações realizadas, com magnitudes expressivas especialmente nos três resultados para a dimensão Evitação a Críticas. Esse resultado era esperado por esta ser uma dimensão relacionada ao TPE (Abela, Carvalho, Cho, & Yazigi, 2015; Carvalho & Primi, 2015, no prelo). Com relação aos perfis nas dimensões do IDCP dos grupos Queixa, Sem Queixa e TP Evitativo, os resultados mais expressivos para o grupo TP Evitativo foram nas dimensões Evitação a Críticas, seguida pela dimensão Excentricidade e pela dimensão Isolamento. Estas dimensões têm em comum relacionarem-se aos transtornos da personalidade esquizoide e esquizotípico e estes têm a ver com o TPE (Carvalho & Primi, 2015). Já para o grupo Queixa os resultados mais expressivos foram para a dimensão Isolamento seguida por Evitação a Críticas e Excentricidade, demonstrando novamente uma estreita relação entre os grupos TP Evitativo e Queixa, que têm uma maior tendência patológica, pois os resultados foram bem similares, apenas em ordem diferente. Esses resultados eram esperados e corroboram a literatura, pois as dimensões Evitação a Críticas, Isolamento e Excentricidade têm a ver com funcionamentos com claras dificuldades nos relacionamentos interpessoais, tendendo a não se relacionar com as pessoas (Carvalho & Primi, 2015), assim como indivíduos com TAS, que se caracterizam pelo medo em situações nas quais poderiam sentir vergonha, com comportamentos de esquiva fóbica,

temendo ser o centro das atenções ou interagir com o sexo oposto, demonstrando igualmente dificuldades em se relacionar com os demais (APA, 2013). Já para o grupo Sem Queixa, os resultados de todas as dimensões foram inferiores aos resultados dos grupos TP Evitativo e Queixa, que têm uma maior tendência patológica, exceto na dimensão Dependência, na qual o grupo Sem Queixa está ligeiramente acima do Grupo Queixa. Esses resultados eram esperados demonstrando que o grupo Sem Queixa se aproxima bem mais de padrões menos patológicos.

No teste t de *student*, as diferenças entre as médias dos grupos Queixa e Sem Queixa tiveram significância estatística e magnitudes expressivas em todos os instrumentos para avaliar o TAS, com o maior resultado ocorrendo para o Mini-SPIN e o menor para a subescala medo do LSAS, ocorrendo também uma significância estatística e magnitude expressiva com a dimensão Evitação a Críticas. Estes resultados eram esperados tanto pela estreita relação entre o TAS e o TP Evitativo (Friborg et al., 2013; Huppert et al., 2008) como também entre o TAS e a queixa em ter halitose (Kursun et al., 2014; Lochner & Stein, 2003; Yaegaki et al., 1996; Zaitso et al., 2011). A dimensão Instabilidade de Humor também teve um resultado expressivo, provavelmente por esta dimensão poder ser utilizada como um indicativo geral de funcionamento patológico da personalidade (Carvalho & Primi, 2015).

Com relação aos resultados da análise de regressão logística, as variáveis apresentaram uma baixa capacidade preditiva e não apresentaram significância estatística para distinguir os indivíduos dos grupos Queixa e Sem Queixa em relação a ter halitose. Ainda assim, as variáveis com as maiores capacidades preditivas para os grupos Queixa e Sem Queixa foram o escore total do Mini-SPIN e a dimensão Evitação a Críticas, possivelmente porque o Mini-SPIN é uma eficiente ferramenta de triagem para o TASg

(Connor et al., 2001) e a dimensão Evitação a Críticas ser estritamente relacionada aos sintomas do transtorno da personalidade evitativo (Abela et al., 2015; Carvalho & Primi, 2015, no prelo).

CONCLUSÃO

Conforme esperado, indivíduos com queixa em ter halitose e que atingiram o ponto de corte no ICH têm expressivas características de ansiedade social e transtorno da personalidade evitativo, manifestadas pelos resultados expressivos da dimensão Evitação à Críticas. Uma importante limitação deste estudo foi o tamanho do grupo Sem Queixa, que após utilizar os critérios de inclusão de não ter queixa em ter halitose e ter baixa pontuação no Inventário de Consequências da Halitose, ficou com um número reduzido de participantes, devendo esta limitação ser corrigida em estudos futuros. Também seria importante que os próximos estudos procurassem investigar outras duas dimensões, Isolamento e Excentricidade, além da dimensão Evitação à Críticas, por estas também apresentarem resultados expressivos nesse subgrupo da população.

REFERÊNCIAS

- Abela, R. K., Carvalho, L. d. F., Cho, S. J. M., & Yazigi, L. (2015). Validity Evidences for the Dimensional Clinical Personality Inventory in Outpatient Psychiatric Sample. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 25, 221-228.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*: American Psychiatric Publishing Incorporated.
- Aydin, M., & Harvey-Woodworth, C. N. (2014). Halitosis: a new definition and classification. *British Dental Journal*, 217(1), E1-E1. doi:10.1038/sj.bdj.2014.552

- Carvalho, L. F., & Primi, R. (2015). Development and internal structure investigation of the Dimensional Clinical Personality Inventory. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28, 322-330.
- Carvalho, L. F., & Primi, R. (no prelo). Prototype matching of personality disorders with the Dimensional Clinical Personality Inventory. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*.
- Carvalho, L. F., Sette, C. P., Primi, R., & Capitão, C. G. (2014). Propriedades psicométricas da versão revisada da dimensão necessidade de atenção do inventário dimensional clínico da personalidade. *Temas em Psicologia*, 22, 147-160.
- Carvalho, L. F., Souza, B. D. B., & Primi, R. (2014). Psychometric properties of the revised conscientiousness dimension of Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 36, 23-31.
- Chagas, M. H. N., Nardi, A. E., Manfro, G. G., Hetem, L. A. B., Andrada, N. C., Levitan, M. N., . . . Crippa, J. A. S. (2010). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o diagnóstico e diagnóstico diferencial do transtorno de ansiedade social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, 444-452.
- Conceição, M. D. (2013a). Alterações Comportamentais Decorrentes da Halitose (ACDH) *Bom Hálito e Segurança! Metas Essenciais no Tratamento da Halitose* (1 ed., pp. 319-321). Campinas/SP: Arte em Livros.
- Conceição, M. D. (2013b). Histórico e Prevalência. *Bom Hálito e Segurança! Metas Essenciais no Tratamento da Halitose* (1 ed., pp. 27). Campinas/SP: Arte em Livros.
- Conceição, M. D., & Chelegon, M. A. (2011). *Diagnostic and Treatment of the Behavioral Alterations Due to Halitosis (BADH)*. Paper presented at the 9th Isbor International Meeting, Salvador - Brasil.

- Conceição, M. D., Giudice, F. S., & Marocchio, L. S. (2014). Perfil psicopatológico e alterações comportamentais em pacientes com queixa de halitose: uma revisão. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, 68(1), 14-21.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Connor, K. M., Kobak, K. A., Churchill, L. E., Katzelnick, D., & Davidson, J. R. (2001). Mini-SPIN: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 14(2), 137-140.
- Dos Santos, L. F. (2012). *Estudo da validade e fidedignidade da escala de ansiedade social de Liebowitz – versão auto-aplicada*. (Doutorado), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - São Paulo.
- Dos Santos, L. F., Loureiro, S. R., Crippa, J. A., & de Lima Osorio, F. (2013). Adaptation and initial psychometric study of the self-report version of Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-SR). *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 17(2), 139-143. doi:10.3109/13651501.2012.710336
- Eli, I., Baht, R., Koriat, H., & Rosenberg, M. (2001). Self-perception of breath odor. *The Journal of the American Dental Association*, 132(5), 621-626.
- Forni dos Santos, L., Loureiro, S. R., Crippa, J. A., & Osorio Fde, L. (2013). Psychometric validation study of the liebowitz social anxiety scale - self-reported version for Brazilian Portuguese. *PLoS One*, 8(7), e70235. doi:10.1371/journal.pone.0070235
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Overgard, K. T., & Rosenvinge, J. H. (2013). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: a meta-analysis of 30

- years of research. *Journal of Affective Disorders*, 145(2), 143-155.
doi:10.1016/j.jad.2012.07.004
- Huppert, J. D., Strunk, D. R., Ledley, D. R., Davidson, J. R., & Foa, E. B. (2008). Generalized social anxiety disorder and avoidant personality disorder: structural analysis and treatment outcome. *Depression and Anxiety*, 25(5), 441-448.
doi:10.1002/da.20349
- Kursun, S., Acar, B., Atakan, C., Öztas, B., & Paksoy, C. S. (2014). Relationship between genuine and pseudohalitosis and social anxiety disorder. *Journal of Oral Rehabilitation*, 41(11), 822-828. doi:10.1111/joor.12206
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Lochner, C., & Stein, D. J. (2003). Olfactory reference syndrome: diagnostic criteria and differential diagnosis. *Journal of Postgraduate Medicine*, 49(4), 328-331.
- Osorio Fde, L., Crippa, J. A., & Loureiro, S. R. (2009). Cross- cultural validation of the Brazilian Portuguese version of the Social Phobia Inventory (SPIN): study of the items and internal consistency. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 25-29.
- Osorio, F. L., Crippa, J. A., & Loureiro, S. R. (2010). Evaluation of the psychometric properties of the Social Phobia Inventory in university students. *Comprehensive Psychiatry*, 51(6), 630-640. doi:10.1016/j.comppsy.2010.03.004
- Rytwinski, N. K., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Coles, M. E., Liebowitz, M. R., Cissell, S., . . . Hofmann, S. G. (2009). Screening for social anxiety disorder with the self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Depression and Anxiety*, 26(1), 34-38. doi:10.1002/da.20503

- Rocca, P., Aimetti, M., Giugiario, M., Pigella, E., Romano, F., Crivelli, B., . . . Bogetto, F. (2010). The complaint of oral malodour: psychopathological and personality profiles. *Psychother Psychosom*, 79(6), 392-394. doi:10.1159/000320900
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), 1115-1125.
- Sterer, N., & Rosenberg, M. (2011). *Breath Odors: Origin, Diagnosis, and Management* (pp. 9-10).
- Yaegaki, K., & Coil, J. M. (2000). Examination, classification, and treatment of halitosis; clinical perspectives. *Journal of the Canadian Dental Association*, 66(5), 257-261.
- Yaegaki, K., Matudaira, S., Sano, S., & Kitamura, T. (1996). Attitudes towards one's and other's oral malodour. In D. van Stenberghe & M. Rosenberg (Eds.), *Bad breath: A Multidisciplinary Approach* (pp. 217-230). Belgium: Leuven University Press.
- Zaitzu, T., Ueno, M., Shinada, K., Wright, F. A., & Kawaguchi, Y. (2011). Social anxiety disorder in genuine halitosis patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 94. doi:10.1186/1477-7525-9-94

CAPÍTULO 3

RESUMO

RELAÇÕES ENTRE CONSEQUÊNCIAS DA HALITOSE E SINTOMAS DE ANSIEDADE SOCIAL EM INDIVÍDUOS COM QUEIXA DE HALITOSE

Indivíduos com queixa em ter halitose sofrem inúmeras consequências, com limitações sociais, profissionais e afetivas que prejudicam sua espontaneidade, segurança e autoestima. Ainda que adequadamente tratados, muitos pacientes continuam a acreditar que sua halitose persiste. Estudos investigaram o perfil psicopatológico nesses indivíduos, sendo o transtorno de ansiedade social (TAS) a principal psicopatologia associada a esta queixa. O objetivo deste estudo foi investigar as relações entre as consequências da halitose e o TAS, buscando também evidências de validade para o Inventário de Consequências da Halitose (ICH). Utilizou-se uma amostra de 436 indivíduos divididos em grupos com e sem queixa em ter halitose ($n = 411$ e $n = 25$, respectivamente). Para caracterizar a amostra utilizou-se o ICH, o Inventário de Fobia Social e sua versão breve (SPIN e Mini-SPIN), a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS) e as escalas de Ansiedade e Evitação Social (SAD) e Medo da Avaliação Negativa (FNE). Houve uma baixa correlação entre o ICH e as escalas para avaliar o TAS. O teste *t* de *student* revelou significativa diferença entre as amostras e todas magnitudes foram expressivas, com melhores resultados para as escalas SAD e LSAS. O ICH demonstrou boa capacidade em discriminar os grupos com e sem queixa, com sensibilidade de 95,95%, especificidade de 88% e significância estatística em relação às escalas que avaliam o TAS. Os dados encontrados sugerem que indivíduos com alta pontuação no ICH têm maior probabilidade em ter ansiedade social e que o ICH pode ser uma ferramenta importante no diagnóstico das consequências aversivas da halitose.

Palavras chave: halitose; transtornos fóbicos; correlação; validade dos testes; estudos de validação.

ABSTRACT

RELATIONSHIPS BETWEEN HALITOSIS CONSEQUENCES AND SOCIAL ANXIETY SYMPTOMS IN SUBJECTS WITH HALITOSIS COMPLAINT

Subjects with halitosis complaint suffer several consequences, with social, professional and affective limitations that impair their spontaneity, security and self-esteem. Even if properly treated, many patients continue to believe that their halitosis persists. Studies have investigated the psychopathological profile in these individuals, being the social anxiety disorder (SAD) the main psychopathology associated with this complaint. The aim of this article was to investigate the relationship between the consequences of halitosis and the SAD, also seeking evidence of validity for the Halitosis Consequences Inventory (HCI). It was used a sample of 436 subjects divided into groups with and without halitosis complaint ($n = 411$ and $n = 25$, respectively). To characterize the sample it was used the HCI, the Social Phobia Inventory and its brief version (SPIN and Mini-SPIN), the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) and the scales of Social Anxiety Distress (SAD) and Fear of Negative Evaluation (FNE). There was a low correlation between HCI and scales to assess the SAD. The Student's t-test revealed significant differences between the samples and all magnitudes were significant, with better results for the SAD and LSAS scales. The HCI has shown good ability to discriminate between groups with and without halitosis complaint, with a sensitivity of 95.95%, specificity of 88% and statistical significance in relation to the scales that assess the SAD. The results suggest that individuals with high scores in HCI are more likely to have social anxiety and the HCI can be an important tool in the diagnosis of aversive consequences of halitosis.

Keywords: halitosis; phobic disorders; correlation; validity testing; validation studies.

INTRODUÇÃO

A halitose, termo médico para o mau hálito, tem prevalência média de 30% da população mundial e constitui-se em um importante fator de limitação social, profissional e afetiva (Bornstein, Kislig, Hoti, Seemann, & Lussi, 2009; Liu et al., 2006; Miyazaki, Sakao, Katoh, & Takehara, 1995; Yokoyama et al., 2010). Muitos dos indivíduos que se queixam em ter halitose não têm, ou esta é bem mais leve do que acreditavam. Entretanto, eles têm uma forte convicção que o problema existe e é facilmente percebido (Eli, Baht, Koriat, & Rosenberg, 2001; Eli, Baht, Kozlovsky, & Rosenberg, 1996; Yaegaki & Coil, 2000; Yaegaki, Matudaira, Sano, & Kitamura, 1996).

Esta convicção traz diversas consequências para estes indivíduos como sentimentos de autodesvalorização e baixa autoestima, retração social, profissional e afetiva, pensamentos constantes de possuírem uma forte halitose, interpretação de gestos e atitudes normais das pessoas como se fossem expressões de repugnância ao seu hálito e desenvolvimento de mudanças de comportamento no cotidiano como, por exemplo, falar menos e desviar o rosto para falar (Conceição, 2013; Eli et al., 2001; Eli et al., 1996; Yaegaki et al., 1996). A este conjunto de pensamentos, sentimentos, interpretações errôneas de gestos e atitudes das pessoas e mudanças de comportamento foi dado o nome de consequências da halitose, o que resulta em tornar estes indivíduos menos espontâneos, mais retraídos, inseguros e com uma baixa autoestima (Conceição, 2013). Para avaliar as consequências da halitose foram selecionadas as 18 alterações de comportamento, pensamentos, interpretações e sentimentos mais frequentes que os pacientes com queixa em ter halitose relataram, baseadas na análise de prontuários em 10 anos de atendimentos na em uma clínica especializada no tratamento da halitose. Baseado nessa seleção foi

elaborado um questionário denominado Inventário de Consequências da Halitose (ICH), para avaliar quantas dessas consequências os pacientes desenvolveram (Conceição, 2013).

Existem casos em que a halitose foi adequadamente tratada, mas os pacientes continuam a acreditar que seu problema persiste, apesar de familiares, amigos e o profissional que o atendeu confirmarem a normalidade de seu hálito. Devido à limitação no tratamento desses pacientes alguns estudos têm sido conduzidos visando investigar o perfil psicopatológico neste subgrupo da população, sendo o transtorno de ansiedade social (TAS) a psicopatologia mais comumente associada à queixa de halitose (Kursun, Acar, Atakan, Öztas, & Paksoy, 2014; Yaegaki et al., 1996; Zaitzu, Ueno, Shinada, Wright, & Kawaguchi, 2011), sendo também chamado de fobia social, ansiedade social ou sociofobia. Considerando a relação entre a halitose e o TAS, Yaegaki et al. (1996) afirmaram que a forte ansiedade de um paciente poderia ser causada pela fobia social, sugerindo que o tratamento ou o aconselhamento para fobia social deveria ser obrigatório tanto para pacientes halitofóbicos como também para pacientes comuns de halitose.

No que diz respeito às pesquisas para estabelecer a relação entre a halitose e os sintomas de TAS, Zaitzu et al. (2011) utilizaram a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS) em pacientes com queixa em ter halitose, que tem sido a escala mais utilizada clinicamente para avaliação dos sintomas do TAS (Letamendi, Chavira, & Stein, 2009). Para avaliar a possibilidade que a ansiedade dos pacientes com halitose genuína permanecesse após o tratamento da halitose, devido ao TAS, Zaitzu et al. (2011) investigaram a influência do TAS sobre o nível de ansiedade em pacientes com halitose genuína antes e após o tratamento. Foram selecionados 262 sujeitos com halitose genuína que frequentaram a Clínica de Hálito Fresco da Universidade de Tóquio. Foram utilizados o teste organoléptico e a cromatografia gasosa para avaliar a presença da halitose bucal. A

amostra foi dividida em grupos de baixo e alto risco usando a LSAS e mais de 20% dos indivíduos tiveram uma pontuação maior ou igual ao ponto de corte 60 (grupo de alta LSAS). Esse estudo revelou que pacientes com halitose genuína e sintomas mais expressivos de TAS têm dificuldade em superar sua ansiedade sobre a halitose bucal. Os autores concluíram o estudo sugerindo que o tratamento do mau hálito em pacientes com halitose genuína requer não apenas o tratamento regular do mau hálito, mas também a atenção para o TAS.

Kursun et al. (2014) realizaram um estudo com o objetivo de comparar a relação do TAS com a pseudo-halitose, que são pacientes que têm queixa em ter halitose sem evidências de sua presença e com casos de halitose genuína. Foi aplicada em 100 participantes a LSAS e um questionário sobre halitose. A halitose foi determinada utilizando o método organoléptico, cromatografia gasosa e com um monitor de enxofre portátil. Foram utilizados os testes ANOVA e coeficiente de Spearman para determinar as diferenças e as relações entre os grupos. Com referência à LSAS, 62% dos participantes tinham ansiedade social utilizando-se o ponto de corte de 60. Entre esses, 98% tiveram halitose verdadeira, sendo que na média geral a halitose estava presente em 90% dos participantes. Houve uma relação estatisticamente significativa entre a ansiedade social e a halitose. Os resultados do estudo mostraram que em pacientes com halitose genuína a frequência do TAS foi bastante elevada, contrariando a hipótese original do estudo de que os pacientes pseudo-halitose teriam uma maior tendência ao TAS, devido à sua tendência para a obsessão, o medo e a ansiedade. Os autores concluíram o estudo evidenciando que por essa razão pode-se dizer que existe uma relação causal entre a halitose e a ansiedade social e que tanto a relação entre halitose e ansiedade social como a hipótese da ansiedade social provoca halitose ou o inverso, precisam ser melhor estudadas.

Um importante aspecto a ser mencionado sobre os indivíduos com pseudo-halitose é que muitos destes na realidade têm mau hálito e este somente não é percebido no dia a dia devido à eficiente rotina de higiene da língua e à postura defensiva que estes indivíduos adotam na convivência com os demais. Se solicitassem a estes pacientes que suspendessem a limpeza de suas línguas por 24 horas antes da consulta inicial de avaliação de seu hálito, muitos dos que outrora seriam classificados com pseudo-halitose passariam a ser classificados com halitose genuína (Conceição, 2014). Felizmente essa solicitação foi incluída recentemente em um protocolo consensual internacional de tratamento da halitose para o dentista clínico geral (Seemann et al., 2014), evitando assim um erro de diagnóstico em muitos pacientes. Por essa razão, a classificação da halitose que melhor se adapta a esse estudo é a de halitose objetiva, quando a halitose está presente e é detectada e a halitose subjetiva, em que há a queixa do paciente em ter halitose. Nessa classificação qualquer pessoa com queixa de halitose, objetiva ou subjetiva, é considerada um paciente de halitose (Aydin & Harvey-Woodworth, 2014; Conceição, 2014).

Levando-se em conta os aspectos relacionados às consequências da halitose, que alteram significativamente o dia a dia dos indivíduos com queixa em ter halitose, como também a significativa prevalência do TAS nesse subgrupo da população, o objetivo deste estudo é verificar a relação entre as consequências da halitose e os sintomas do TAS, buscando evidências de validade com base em critério externo para o Inventário da Consequências da Halitose (ICH).

MÉTODO

PARTICIPANTES

A amostra foi constituída por 436 indivíduos sendo 411 com queixa em ter halitose (63,7% de mulheres; idade entre 18 e 74 anos; $M = 36,64$, $DP = 10,98$). Apesar do foco do

instrumento ser em indivíduos com queixa em ter halitose, buscou-se inserir pessoas sem queixa para aumentar a variabilidade da amostra. Por isso foi incluído um grupo de 25 indivíduos sem queixa em ter halitose (84% de mulheres; idade entre 18 e 55anos; $M = 26,72$; $DP = 10,77$), representando pouco mais de 5% do total da amostra com queixa em ter halitose.

INSTRUMENTOS

Foram utilizados seis instrumentos: um questionário sócio demográfico; as escalas de Ansiedade e Evitação Social (SAD) e Medo da Avaliação Negativa (FNE) (Watson & Friend, 1969); a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz autoaplicada – LSAS-SR (Liebowitz, 1987); o Inventário de Fobia Social [SPIN] (Connor et al., 2000); o Mini-SPIN, que é uma versão breve do SPIN (Connor, Kobak, Churchill, Katzelnick, & Davidson, 2001); e o Inventário das Consequências da Halitose (ICH).

No questionário sóciodemográfico foram levantadas informações para caracterizar a amostra, tais como idade e sexo, entre outras variáveis. As escalas SAD e FNE são utilizadas em conjunto e avaliam diferentes aspectos relacionados ao TAS. A escala SAD avalia o desejo ou atitudes do indivíduo em escapar, evitar estar ou falar com outras pessoas por qualquer motivo e também sentir-se perturbado, angustiado, tenso ou ansioso nas interações sociais. A escala FNE avalia a angústia ou sofrimento sobre ser avaliado negativamente, o medo da perda de aprovação social, podendo ocorrer em diferentes situações como estar em um encontro, falar com os superiores ou ser entrevistado para um emprego (Watson & Friend, 1969).

A Escala de Ansiedade Social de Liebowitz autoaplicada (LSAS-SR) foi utilizada para avaliar os sintomas típicos do TAS, validada para o português (Dos Santos, Loureiro, Crippa, & de Lima Osorio, 2013). É um instrumento composto por 24 itens relacionados ao

medo e evitação de situações sociais vivenciados durante a última semana. Do total de itens, 11 referem-se à interação social (S) e 13 à apresentação pública (P), sendo todos, pontuados em uma escala tipo Likert de quatro pontos (0 = nunca / 3 = profundo/geralmente). O escore total é calculado pela soma da pontuação obtida em cada um dos itens, sendo o escore máximo de 144 pontos.

O ponto de corte de 30 na LSAS-SR proporciona o melhor balanço de sensibilidade e especificidade para classificar os participantes com TAS específico e o ponto de corte 60 para os casos de TASg (Rytwinski et al., 2009). Com relação à consistência interna, os valores de coeficiente alfa obtidos foram de 0,96 para a escala total, 0,94 para a subescala medo, e 0,93 para a escala de evitação.

O Inventário de Fobia Social (SPIN) é um instrumento auto aplicável proposto para satisfazer a necessidade de uma avaliação breve e facilmente aplicável que possibilite analisar conjuntamente os sintomas fisiológicos de medo e fuga relacionado ao TAS. Ele é composto por 17 itens em uma escala Likert de cinco pontos de (0 = nada, 4 = extremamente) com uma pontuação máxima total de 68. As qualidades psicométricas do SPIN, demonstrado no estudo original em amostras de indivíduos saudáveis e indivíduos com TAS (Connor et al., 2000), foram bastante satisfatórias, como mostrado pelas seguintes propriedades: confiabilidade teste-reteste (0,78-0,89, $p < 0,0001$); consistência interna (coeficiente alfa) variando 0,68-0,94 para casos e 0,57-0,90 para os não-casos; validade convergente com a *Brief Social Phobia Scale* (BSPS) ($r = 0,47-0,82$, $p < 0,0001$), com a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz ($r = 0,55$, $p < 0,0001$), e com o *Fear Questionnaire* ($r = 0,42-0,78$, $p < 0,0001$); sensibilidade de 0,72 e especificidade de 0,84 para o ponto de corte 19. Será utilizado o Inventário de Fobia Social (SPIN) validado para o português (Osorio Fde, Crippa, & Loureiro, 2009; Osorio, Crippa, & Loureiro, 2010). O

Mini-SPIN (versão breve do inventário de fobia social) utiliza três itens do SPIN e demonstra uma boa eficiência como ferramenta de triagem para o TASg. Uma nota de corte de seis ou mais pontos demonstra uma sensibilidade de 88,7%, especificidade de 90,0%, valor preditivo positivo de 52,5% e valor preditivo negativo de 98,5%. (Connor et al., 2001)

Foi utilizada com os participantes uma anamnese para investigar se o paciente tem queixa em ter mau hálito, há quanto tempo, se já houve relato claro e direto de alguém próximo sobre a presença da halitose e também foram investigados hábitos de higiene bucal e de higiene da língua. Para avaliar as consequências da halitose que os pacientes desenvolveram, foi aplicado um questionário que faz parte da anamnese utilizada para avaliar pacientes com queixa em ter halitose, o ICH, com 18 perguntas, composto de respostas sim/não, que constam do Inventário das Consequências da Halitose (ICH), autoaplicado (Anexo I). Foi utilizado o ponto de corte igual ou maior que 14 como indicativo para um escore alto para o ICH, fundamentado na mesma amostra de 164 indivíduos utilizada no presente estudo (Conceição, 2013a; Conceição & Chelegon, 2011), com base nas pontuações brutas no ICH, na qual 50% da amostra tiveram pontuações acima de 14, de acordo com os escores considerados altos nas escalas SAD e FNE (Watson & Friend, 1969).

PROCEDIMENTOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco [ANEXO II] (CAAE: 36081314.4.0000.5514). A coleta de dados foi realizada pelo envio de convite por e-mail, realizada por meio do *software* de questionários online *SurveyMonkey*, no qual já na primeira página os voluntários deram o consentimento à participação na pesquisa mediante a aceitação do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido – TCLE. Para a análise dos dados o *software* de estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Dos 411 voluntários com queixa em ter halitose, 247 responderam o Inventário das Consequências da Halitose (ICH), a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz autoaplicada – LSAS-SR, o Inventário de Fobia Social e sua versão breve (SPIN e Mini-SPIN). Estes mesmos instrumentos foram utilizados com os 25 voluntários sem queixa em ter halitose. Os 164 voluntários restantes com queixa em ter halitose responderam ao Inventário das Consequências da Halitose (ICH) e as escalas de Ansiedade e Evitação Social (SAD) e Medo da Avaliação Negativa (FNE). Esses 164 voluntários foram selecionados entre os pacientes de uma clínica especializada no tratamento da halitose, os 247 voluntários restantes com queixa de halitose foram convocados por meio de divulgação em sites de interesse relacionados ao assunto halitose e os 25 voluntários sem queixa em ter halitose foram alunos selecionados de uma universidade no interior do estado de São Paulo.

As escalas de Ansiedade Social e o ICH foram correlacionadas de acordo com suas notas de corte buscando verificar os objetivos deste estudo. A seguir foi utilizado o teste *t* de *Student* para verificar as diferenças estatísticas, com os grupos sendo separados de acordo com os pontos de corte para as diferentes escalas e a magnitude foi calculada pelo *d* de *Cohen* cujos resultados são considerados expressivos quando forem iguais ou superiores a 0,20. Finalmente realizou-se o procedimento Curva ROC para investigar a capacidade preditiva do ICH para os grupos com queixa e sem queixa em ter halitose. O procedimento da curva ROC, além de possibilitar a verificação da Área Abaixo da Curva (AAC) também fornece dados acerca da sensibilidade e especificidade para os vários pontos de corte, o que permite definir o ponto de corte “ótimo” considerando esses dois parâmetros. Um teste perfeito tem uma AAC de 1,0, enquanto que um acaso fortuito dá uma AAC de 0,5 (Lasko,

Bhagwat, Zou, & Ohno-Machado, 2005). A sensibilidade mede a capacidade do teste em identificar corretamente os indivíduos com determinada característica enquanto a especificidade mede a capacidade do teste em excluir corretamente os indivíduos sem esta característica.

RESULTADOS

Primeiramente foi verificada, na Tabela 1, a correlação entre o ICH e as escalas para avaliar o TAS, tanto com a amostra que respondeu as escalas LSAS, SPIN e Mini-SPIN (N=272), incluindo 247 indivíduos com queixa em ter halitose e 25 sem esta queixa, como também com a amostra com queixa em ter halitose que responderam as escalas SAD e FNE (N=164).

Tabela 1.

Correlação entre as escalas para avaliar o TAS e o ICH

	LSAS	SPIN	MiniSPIN	FNE	SAD
ICH	0,3**	0,28**	0,31**	0,20*	0,34**
LSAS	1	0,86**	0,82**	--	--
SPIN	0,86**	1	0,92**	--	--
MiniSPIN	0,82**	0,92**	1	--	--
FNE	--	--	--	1	0,44**
SAD	--	--	--	0,44**	1

Nota. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

Entre as escalas utilizadas para avaliar o TAS houve uma correlação alta entre as escalas LSAS, SPIN e MiniSPIN, com uma variação de 0,82 e 0,92 e uma correlação moderada entre as escalas FNE e SAD (0,44). Já a correlação encontrada entre o ICH e as escalas para avaliar o TAS foi fraca com o melhor resultado para a escala SAD, seguida do Mini-SPIN e LSAS. Na Tabela 2 foi utilizado o teste t de Student para verificar as diferenças estatísticas entre os grupos que atingiu ou que não atingiu o ponto de corte do ICH (maior ou igual a 14) e os pontos de corte das diferentes escalas utilizadas para avaliar

o TAS, utilizando a amostra de indivíduos que responderam às escalas LSAS, SPIN e Mini-SPIN (N=272) e uma amostra de indivíduos que responderam às escalas FNE e SAD (N=164), com queixa em ter halitose.

Tabela 2.

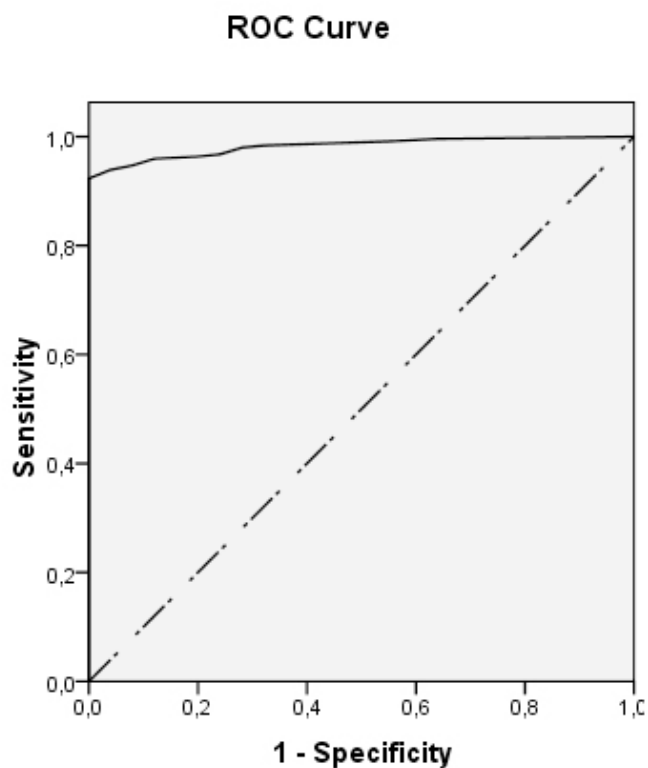
Comparações entre médias no ICH com base nos pontos de corte para as escalas LSAS, SPIN, Mini-SPIN, FNE e SAD

LSAS (30)	M (DP)	t	gl	p	d
não atingiu (n = 66)	11,33 (5,62)	4,601	270	0,001	0,65
atingiu (n = 206)	14,46 (4,52)				
LSAS (60)	M (DP)	t	gl	p	d
não atingiu (n = 160)	12,66 (5,35)	4,268	270	0,001	0,53
atingiu (n = 112)	15,20 (3,96)				
SPIN (19)	M (DP)	t	gl	p	d
não atingiu (n = 120)	12,48 (5,41)	3,693	270	0,001	0,45
atingiu (n = 152)	14,67 (4,40)				
Mini-SPIN (6)	M (DP)	t	gl	p	d
não atingiu (n = 172)	12,84 (5,28)	3,823	270	0,001	0,48
atingiu (n = 100)	15,18 (4,03)				
FNE (21)	M (DP)	t	gl	p	d
não atingiu (n = 93)	13,23 (3,36)	1,830	162	0,069	0,29
atingiu (n = 71)	14,23 (3,60)				
SAD (15)	M (DP)	t	gl	p	d
não atingiu (n = 100)	12,78 (3,60)	4,232	162	0,001	0,68
atingiu (n = 64)	15,03 (2,84)				

Nota. Em negrito $d \geq 0,20$

As diferenças estatísticas entre os grupos que atingiu e que não atingiu os pontos de corte 30 e 60 da LSAS pelo teste t de student revelaram que houve uma diferença significativa entre as amostras, com melhor resultado para o ponto de corte 30; entre os grupos que atingiu e que não atingiu os pontos de corte para o SPIN houve uma diferença significativa entre as amostras, o mesmo ocorrendo com o Mini-SPIN e SAD e pior resultado para a FNE. Entre todos os resultados o mais expressivo foi para a escala SAD, seguida pela LSAS com ponto de corte 30 e LSAS com ponto de corte 60. Com relação às magnitudes, todas foram expressivas e as maiores também ocorreram para as escalas escala SAD, seguidas da LSAS com ponto de corte 30 e LSAS com ponto de corte 60. Também

foi utilizada a Curva ROC para investigar a capacidade preditiva do ICH para os grupos com queixa (N=247) e sem queixa (N=25) em ter halitose, e os resultados são apresentados na Figura 1.



Diagonal segments are produced by ties.

Figura 1. AAC do escore total do ICH para uma amostra de indivíduos com queixa e sem queixa de halitose (N = 272)

A Área Abaixo da Curva (AAC) encontrada foi de 0,983 (IC = 0,970 e 0,996) para o ICH, o que pode ser considerado como adequado (Braga, 2000). As coordenadas da curva ROC, por meio de uma análise qualitativa dos índices obtidos, indicou que o ponto de corte mais adequado corresponde à pontuação bruta de 6,5 para o ICH. Nesse ponto, a sensibilidade é igual a 95,95% (IC = 92.68% a 98.04%) e a especificidade é de 88% (IC = 68.78% a 97.45%).

DISCUSSÃO

Indivíduos com queixa em ter halitose costumam ter uma forte convicção em ter o hálito alterado, quer isso corresponda à realidade ou não. Desta convicção decorrem diversas consequências como, por exemplo, mudanças de comportamento, sentimentos e pensamentos de autodesvalorização e interpretação errônea de gestos e atitudes normais das pessoas, relacionando-os à seu hálito. Para avaliar as consequências da halitose nesses indivíduos foi desenvolvido o Inventário das Consequências da Halitose (ICH), sendo o objetivo do presente estudo verificar a relação entre os escores do ICH e os escores das escalas para avaliar os sintomas do TAS, a mais frequente psicopatologia associada à queixa em ter halitose (Kursun et al., 2014; Yaegaki et al., 1996; Zaitso et al., 2011). Além disso, como objetivo secundário, verificou-se evidências de validade para o ICH.

As escalas LSAS, SPIN e MiniSPIN, utilizadas para avaliar o TAS, apresentaram alta correlação entre si, o que demonstra a adequação dos testes utilizados, o que era esperado de acordo com dados prévios da literatura (Connor et al., 2001; Dos Santos, 2012; Forni dos Santos, Loureiro, Crippa, & Osorio Fde, 2013; Osorio Fde et al., 2009; Osorio et al., 2010). Já as escalas FNE e SAD apresentaram uma correlação moderada entre si, provavelmente por avaliarem diferentes aspectos relacionados ao TAS, ainda que sejam complementares (Watson & Friend, 1969). Com relação à correlação entre o ICH e as escalas para avaliar o TAS, esta foi fraca, provavelmente pelo ICH avaliar diferentes aspectos das escalas que avaliam o TAS. Nesse sentido seria interessante utilizar o ICH associado a uma escala para avaliar os sintomas do TAS para complementar o diagnóstico.

Pelo teste t de *student*, as diferenças estatísticas entre os grupos que atingiram e que não atingiram os pontos de corte, houve uma diferença significativa entre as amostras para todas as escalas, sugerindo que indivíduos com alta pontuação no ICH têm maior probabilidade em ter ansiedade social. Os melhores resultados ocorreram na escala SAD,

seguida pela LSAS com pontos de corte 30 e 60 e o pior resultado para a FNE. Com relação às magnitudes, todas foram expressivas e as maiores também ocorreram para as escalas escala SAD e LSAS (30 e 60) e a menor para a escala FNE. O expressivo resultado da escala SAD provavelmente ocorreu devido a esta avaliar o desejo ou atitudes do indivíduo em escapar, evitar estar ou falar com outras pessoas por qualquer motivo e também se sentir perturbado, angustiado, tenso ou ansioso nas interações sociais (Watson & Friend, 1969), o que provavelmente é sentido de forma intensa pelos indivíduos que possuem uma forte convicção que sua halitose é percebida pelos demais, ainda que este fato não corresponda à realidade. Por outro lado, o pior resultado da escala FNE provavelmente ocorreu pelo fato desta avaliar a apreensão que os indivíduos sentem sobre as avaliações dos outros, a angústia que sofrem sobre ser avaliados negativamente e pela evitação de situações de avaliação (Watson & Friend, 1969), o que denota que os indivíduos com queixa em ter halitose se preocupam mais com relação a falar ou interagir socialmente do que ser avaliado negativamente de um modo geral.

Ainda com relação aos resultados do teste t, indivíduos com maior média no ICH se diferiram expressivamente daqueles com menor média no ICH em todos os pontos de corte dos instrumentos que avaliam o TAS. Ou seja, em todas as escalas os indivíduos que atingiram o ponto de corte sempre tiveram uma média superior no ICH em relação aos que não atingiram os pontos de corte. Estas informações tomadas em conjunto demonstram que ainda que tenha sido verificada uma correlação significativa baixa entre o ICH e as escalas para avaliar o TAS, indivíduos com alta pontuação no ICH tendem a ter uma maior prevalência de sintomas de TAS do que indivíduos com baixa pontuação.

Para o objetivo secundário do estudo, quanto a busca de evidências de validade para o ICH, foi utilizada complementarmente a Curva ROC. A Área Abaixo da Curva (AAC) de

0,983 pode ser considerada excelente, pois segundo Lasko et al. (2005) se aproxima de um teste perfeito, demonstrando a adequada capacidade discriminativa do instrumento com relação a indivíduos com queixa e sem queixa em ter halitose. Quanto à melhor nota para ponto de corte, o valor de 6,5 promoveu o maior equilíbrio entre sensibilidade e especificidade. Ou seja, para finalidades diagnósticas, o escore de corte 6,5 foi o que melhor distinguiu os indivíduos com e sem queixa em ter halitose, maximizando os valores de sensibilidade e especificidade, com uma taxa de classificação incorreta menor (Angélico, Crippa, & Loureiro, 2012). A sensibilidade obtida (95,95%) mede a capacidade do teste em identificar corretamente os indivíduos com queixa em ter halitose, enquanto a especificidade (88%) mede a capacidade do teste em excluir corretamente os indivíduos sem queixa em ter halitose.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou uma significativa diferença estatística entre indivíduos que atingiram o ponto de corte no ICH em relação aos pontos de corte de diferentes escalas para avaliar o TAS, sugerindo que indivíduos com alta pontuação no ICH têm maior probabilidade em ter ansiedade social. O Inventário de Consequências da Halitose demonstrou uma boa capacidade em discriminar os grupos com queixa e sem queixa em ter halitose, demonstrando ser uma ferramenta adequada no diagnóstico das consequências aversivas da halitose. Cabe ressaltar que uma importante limitação deste estudo foi o tamanho reduzido do grupo de voluntários sem queixa em ter halitose. Embora a limitação apontada seja relevante, de maneira alguma diminui a importância dos dados encontrados. Estudos futuros deveriam aprofundar a investigação dos resultados encontrados utilizando uma amostra maior de indivíduos sem queixa em ter halitose.

REFERÊNCIAS

- Angélico, A. P., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2012). Utilização do Inventário de Habilidades sociais no diagnóstico do Transtorno de Ansiedade Social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25, 467-476.
- Aydin, M., & Harvey-Woodworth, C. N. (2014). Oral health: Risk definition in halitosis. *British Dental Journal*, 217(9), 487.
- Braga, A. C. S. (2000). Curvas ROC: aspectos funcionais e aplicações. Dissertação de mestrado Não-Publicada, Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Engenharia de Produção e Sistemas. Universidade do Minho, Braga.
- Bornstein, M. M., Kislig, K., Hoti, B. B., Seemann, R., & Lussi, A. (2009). 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*, 117(3), 261-267. doi:10.1111/j.1600-0722.2009.00630.x
- Conceição, M. D. (2013). Alterações Comportamentais Decorrentes da Halitose (ACDH) *Bom Hálito e Segurança! Metas Essenciais no Tratamento da Halitose* (1 ed., pp. 315-345). Campinas/SP: Arte em Livros.
- Conceição, M. D. (2014). *Buen Aliento y Seguridad: Metas Esenciales en el Tratamiento de la Halitosis* (1 ed.). Campinas/SP: Arte em Livros.
- Conceição, M. D., & Chelegon, M. A. (2011). *Diagnostic and Treatment of the Behavioral Alterations Due to Halitosis (BADH)*. Paper presented at the 9th Isbor International Meeting, Salvador - Brasil.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.

- Connor, K. M., Kobak, K. A., Churchill, L. E., Katzelnick, D., & Davidson, J. R. (2001). Mini-SPIN: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 14(2), 137-140.
- Dos Santos, L. F. (2012). *Estudo da validade e fidedignidade da escala de ansiedade social de Liebowitz – versão auto-aplicada*. (Doutorado), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - São Paulo.
- Dos Santos, L. F., Loureiro, S. R., Crippa, J. A., & de Lima Osorio, F. (2013). Adaptation and initial psychometric study of the self-report version of Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-SR). *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 17(2), 139-143. doi:10.3109/13651501.2012.710336
- Eli, I., Baht, R., Koriati, H., & Rosenberg, M. (2001). Self-perception of breath odor. *The Journal of the American Dental Association*, 132(5), 621-626.
- Eli, I., Baht, R., Kozlovsky, A., & Rosenberg, M. (1996). The complaint of oral malodor: possible psychopathological aspects. *Psychosomatic Medicine*, 58(2), 156-159.
- Forni dos Santos, L., Loureiro, S. R., Crippa, J. A., & Osorio Fde, L. (2013). Psychometric validation study of the liebowitz social anxiety scale - self-reported version for Brazilian Portuguese. *PLoS One*, 8(7), e70235. doi:10.1371/journal.pone.0070235
- Kummer, A., Cardoso, F., & Teixeira, A. L. (2008). Frequency of social phobia and psychometric properties of the Liebowitz social anxiety scale in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 23(12), 1739-1743. doi:10.1002/mds.22221
- Kursun, S., Acar, B., Atakan, C., Öztas, B., & Paksoy, C. S. (2014). Relationship between genuine and pseudohalitosis and social anxiety disorder. *Journal of Oral Rehabilitation*, 41(11), 822-828. doi:10.1111/joor.12206

- Lasko, T. A., Bhagwat, J. G., Zou, K. H., & Ohno-Machado, L. (2005). The use of receiver operating characteristic curves in biomedical informatics. *Journal of Biomedical Informatics*, 38(5), 404-415. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jbi.2005.02.008
- Letamendi, A. M., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2009). Issues in the Assessment of Social Phobia: A Review. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46(1), 13-24.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Liu, X. N., Shinada, K., Chen, X. C., Zhang, B. X., Yaegaki, K., & Kawaguchi, Y. (2006). Oral malodor-related parameters in the Chinese general population. *Journal of Clinical Periodontology*, 33(1), 31-36. doi:10.1111/j.1600-051X.2005.00862.x
- Miyazaki, H., Sakao, S., Katoh, Y., & Takehara, T. (1995). Correlation between volatile sulphur compounds and certain oral health measurements in the general population. *Journal of Periodontology*, 66(8), 679-684.
- Osorio Fde, L., Crippa, J. A., & Loureiro, S. R. (2009). Cross- cultural validation of the Brazilian Portuguese version of the Social Phobia Inventory (SPIN): study of the items and internal consistency. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 25-29.
- Osorio, F. L., Crippa, J. A., & Loureiro, S. R. (2010). Evaluation of the psychometric properties of the Social Phobia Inventory in university students. *Comprehensive Psychiatry*, 51(6), 630-640. doi:10.1016/j.comppsy.2010.03.004
- Rytwinski, N. K., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Coles, M. E., Liebowitz, M. R., Cissell, S., . . . Hofmann, S. G. (2009). Screening for social anxiety disorder with the self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Depression and Anxiety*, 26(1), 34-38. doi:10.1002/da.20503

Seemann, R., Conceicao, M. D., Filippi, A., Greenman, J., Lenton, P., Nachnani, S., . . .

Rosenberg, M. (2014). Halitosis management by the general dental practitioner—results of an international consensus workshop. *Journal of Breath Research*, 8(1), 017101. doi: 017110.011088/011752-017155/017108/017101/017101.

Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(4), 448-457.

Yaegaki, K., & Coil, J. M. (2000). Examination, classification, and treatment of halitosis; clinical perspectives. *Journal of the Canadian Dental Association*, 66(5), 257-261.

Yaegaki, K., Matudaira, S., Sano, S., & Kitamura, T. (1996). Attitudes towards one's and other's oral malodour. In D. van Stenberghe & M. Rosenberg (Eds.), *Bad breath: A Multidisciplinary Approach* (pp. 217-230). Belgium: Leuven University Press.

Yokoyama, S., Ohnuki, M., Shinada, K., Ueno, M., Wright, F. A., & Kawaguchi, Y. (2010). Oral malodor and related factors in Japanese senior high school students. *Journal of School Health*, 80(7), 346-352. doi:10.1111/j.1746-1561.2010.00512.x

Zaitsu, T., Ueno, M., Shinada, K., Wright, F. A., & Kawaguchi, Y. (2011). Social anxiety disorder in genuine halitosis patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 94. doi:10.1186/1477-7525-9-94

CAPÍTULO 4

RESUMO

DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO CLÍNICA DE UM PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DAS CONSEQUÊNCIAS DA HALITOSE

Indivíduos com queixa em ter halitose sofrem diversas consequências, com limitações sociais, profissionais e afetivas que prejudicam sua segurança, espontaneidade e autoestima. Entretanto, os protocolos de tratamento existentes são focados em tratar apenas a halitose, mas não suas consequências. O presente estudo visa apresentar um novo protocolo para o tratamento das consequências da halitose e também investigar sua aplicação clínica. Para tanto, após uma breve revisão das classificações da halitose existentes e suas limitações para o tratamento das consequências da halitose, são apresentadas novas classificações e técnicas, adequadas a este protocolo como, por exemplo, a exposição ao vivo, adequada ao tratamento da halitose e a classificação diagnóstica da origem da halitose pelos testes organolépticos bucal e nasal. Foram selecionados 156 indivíduos com queixa em ter halitose (66,7% mulheres; idade entre 18 e 68 anos; $M = 38,15$, $DP = 10,21$). O hálito dos participantes foi avaliado pelo teste organoléptico e Halimeter. Avaliaram-se as consequências da halitose por meio do Inventário de Consequências da Halitose (ICH) e os sintomas do transtorno de ansiedade social (TAS) utilizando-se a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz autorrelato (LSAS-SR), o Inventário de Fobia Social (SPIN) e sua versão breve (Mini-SPIN). Os resultados mostraram que todos participantes possuíam saburra lingual. Entre esses, 74,6% tinham halitose, com a halitose bucal presente em 100% dos participantes e a halitose bucal simultânea à halitose extrabucal em 3,21%. Com relação aos resultados pré e pós-tratamento, o protocolo se demonstrou eficaz, com uma expressiva redução das consequências da halitose e sintomas do TAS, com mais de 60% dos participantes relatando uma expressiva melhora em sua segurança e espontaneidade ao término do tratamento.

Palavras chave: testes psicológicos, protocolos clínicos, transtornos fóbicos; mau odor bucal

ABSTRACT

DEVELOPMENT AND CLINICAL APPLICATION OF A PROTOCOL FOR THE TREATMENT OF HALITOSIS CONSEQUENCES

Subjects with halitosis complaint suffer several consequences, with social, professional and affective limitations that impair their security, spontaneity and self-esteem. However, existing treatment protocols are focused on just treat halitosis, but not its consequences. This study aims to present a new protocol for the treatment of halitosis consequences and also to investigate its clinical application. To do so, after a brief review of the existing halitosis classifications and their limitations for the treatment of halitosis consequences, new classifications and techniques appropriate to this protocol are presented, e.g., in vivo exposure, adequate for halitosis treatment and halitosis origin diagnostic classification through oral and nasal organoleptic test. A sample of 156 individuals with halitosis complaint was selected (66.7% women; age between 18 and 68 years, $M = 38.15$; $SD = 10.21$). The breath of the participants was evaluated by organoleptic and Halimeter tests. It was evaluated the consequences of halitosis through the Halitosis Consequences Inventory (HCI) and the symptoms of social anxiety disorder (SAD) using the Liebowitz Social Anxiety Scale self-report (LSAS-SR), the Social Phobia Inventory (SPIN) and its short version (Mini-SPIN). The results showed that all participants had tongue coating. Among these, 74.6% had halitosis, with oral halitosis present in 100% of these participants and oral halitosis occurring simultaneously with extraoral halitosis in 3.21%. Regarding the pre and post-treatment, the protocol has demonstrated to be efficient, with an expressive reduction on the consequences of halitosis and symptoms of SAD, with more than 60% of the participants reporting an expressive improvement in their security and spontaneity at the end of the treatment.

Keywords: psychological tests, clinical protocols, phobic disorders, oral malodor.

INTRODUÇÃO

Alguns protocolos de tratamento da halitose já foram propostos, mas todos eles voltados somente ao tratamento do hálito (Dal Rio, Nicola, & Teixeira, 2007; Malcmacher, 2000; Richter, 1996; Yaegaki & Coil, 2000). Entretanto, esses protocolos não contemplam o tratamento das consequências que a queixa de halitose trás no dia a dia de quem sofre com o problema. Indivíduos com queixa em ter halitose normalmente tem um significativo prejuízo social, profissional e afetivo, tendo como consequências se sentirem menos espontâneos, mais inseguros e com baixa autoestima. Mesmo adequadamente tratados, muitos indivíduos com queixa em ter halitose afirmam que seu problema permanece, tornando o manejo desses pacientes desafiador (Eli, Baht, Koriat, & Rosenberg, 2001; Eli, Baht, Kozlovsky, & Rosenberg, 1996; Oho, Yoshida, Shimazaki, Yamashita, & Koga, 2001; Suzuki et al., 2011; Suzuki, Yoneda, Naito, Iwamoto, & Hirofuji, 2008; Yaegaki & Coil, 2000; Yaegaki, Matudaira, Sano, & Kitamura, 1996). No presente estudo será apresentado um protocolo, denominado Halitus, cujos objetivos vão além do tratamento das alterações do odor do hálito, buscando também recuperar a segurança, espontaneidade e autoestima dos pacientes, para que os resultados possam ser mais completos e duradouros. Dessa forma, tanto pacientes com halitose como aqueles com queixa em ter mau hálito, mas que este não é percebido no dia a dia, são contemplados nesse protocolo de tratamento. No presente artigo serão apresentados os elementos essenciais ao correto diagnóstico desses pacientes e apresentadas as técnicas de tratamento bem como os resultados do mesmo. Previamente à apresentação deste novo protocolo serão brevemente expostas as principais classificações da halitose propostas até a presente data, referentes à sua presença, origem e graus de intensidade. Para que esta nova técnica de tratamento possa ser corretamente

executada e assim proporcionar os resultados desejados, novas classificações serão propostas, adequadas ao método utilizado.

Embora a halitose esteja recebendo um crescente interesse científico, ainda não existe uma definição universalmente aceita e a padronização de uma terminologia ou classificação não é consensual (Aydin & Harvey-Woodworth, 2014). Algumas definições sugeridas recentemente são a percepção subjetiva depois de cheirar a respiração de alguém, se desagradável (Quirynen, Van den Velde, Vandekerckhove, & Dadamio, 2012); odores desagradáveis perceptivelmente exalados na respiração (Lindhe, Lang, Karring, & (eds), 2008) ou um mau odor percebido com intensidade além de um nível socialmente aceitável (Aydin & Harvey-Woodworth, 2014).

Segundo Aydin e Harvey-Woodworth (2014), a halitose pode ser objetiva, existindo um odor desagradável produzido no interior de qualquer parte do corpo emitido pela boca e/ou nariz e detectável aos outros, ou subjetiva, não havendo odor detectável aos outros, mas o paciente se queixa de sua presença. Neste protocolo de tratamento seguimos o pressuposto que qualquer pessoa que se queixa de halitose, objetiva ou subjetiva, deve ser considerado um ‘paciente de halitose’ (Aydin & Harvey-Woodworth, 2014), bem como aqueles que têm alterações em seu hálito e não tem queixa em ter halitose, por não terem ciência de seu problema.

A classificação da halitose de Miyazaki (Miyazaki et al., 1999; Yaegaki & Coil, 2000) é a mais utilizada mundialmente e emprega as terminologias halitose genuína, pseudo-halitose e halitofobia. A halitose é considerada genuína quando a alteração do odor no hálito é detectada; a pseudo-halitose é quando o indivíduo tem queixa em ter mau hálito sem evidências de sua presença; e a halitofobia ocorre quando o indivíduo continua a acreditar que seu mau hálito persiste após o tratamento, sem que exista nenhuma evidência

física ou social para isso. De acordo com essa classificação, a halitose genuína é dividida em fisiológica ou patológica, e esta última é dividida em bucal e extrabucal. Os termos pseudo-halitose e halitofobia não se adequam ao protocolo de tratamento proposto neste estudo. Segundo Aydin e Harvey-Woodworth (2014), o termo pseudo-halitose é enganoso quando considerado em conjunto com outros termos médicos, por exemplo, a pseudo síndrome de Cushing, pseudo-obstrução intestinal, pseudolinfoma ou pseudossarcoma de Kaposi. Estes existem como entidades físicas que se mascaram como seu homônimo. Assim, a pseudo-halitose implica uma condição real, física, confundida com uma halitose inexistente.

Outro importante problema com esta classificação é que muitos dos indivíduos classificados com pseudo-halitose na realidade têm mau hálito e este somente não é percebido no dia a dia pelos demais devido à eficiente rotina de higiene da língua e à postura defensiva que estes indivíduos adotam na convivência com os demais. Se a estes indivíduos for solicitado que suspendam a limpeza de suas línguas por 24 horas antes da consulta inicial de avaliação de seu hálito, muitos dos que outrora foram classificados com pseudo-halitose serão classificados como tendo halitose genuína. Felizmente a solicitação para que os pacientes suspendam a limpeza de suas línguas por 24 horas antes da avaliação inicial do hálito, que faz parte rotineira deste método a ser apresentado, foi incluída em um protocolo internacional consensual de tratamento da halitose para o dentista clínico geral (Seemann et al., 2014), evitando assim um erro de diagnóstico em muitos pacientes.

Já no que diz respeito à ausência da evidência social da presença da halitose, normalmente o mau hálito destes pacientes não é percebido pelos demais no dia a dia devido ao controle efetivo da halitose que eles possuem, já mencionado e por seu comportamento defensivo em relação ao seu hálito, como por exemplo, não falar de perto,

desviar o rosto para falar ou usar mascaradores de hálito. Estes comportamentos de esquiva e outras alterações de comportamento que estes pacientes adotam rotineiramente são minuciosamente avaliados no presente método de tratamento proposto por meio de um questionário denominado “Inventário das Consequências da Halitose”, que será apresentado adiante (Conceição, 2013; Conceição & Chelegon, 2011). No presente estudo os portadores de pseudo-halitose serão reclassificados em halitose controlada e halitose subjetiva, cujas definições serão detalhadas adiante. Com relação ao termo halitofobia, se após o tratamento da halitose real ou pseudo-halitose os pacientes continuarem a acreditar que têm mau hálito, sem que exista nenhuma evidência física ou social para sugerir que a halitose esteja presente ocorre uma reclassificação no diagnóstico do paciente para a halitofobia que, segundo Aydin e Harvey-Woodworth (2014), a classificação de halitofobia é diagnosticada resultante de um tratamento de halitose que falhou.

No que diz respeito à origem das halitoses, Tangerman e Winkel (2010) a classificam em halitose bucal e halitose extrabucal, que se divide em halitose extrabucal transportada pelo sangue e halitose extrabucal não transportada pelo sangue. Esta última se divide em halitose extrabucal não transportada pelo sangue com origem no sistema digestivo e halitose extrabucal não transportada pelo sangue com origem nas vias aéreas, que pode ser de origem nasal e originada na orofaringe, hipofaringe e trato respiratório inferior (Figura 1). Esta é a classificação utilizada no protocolo Halitus.



Figura 1. Classificação das Halitoses (Tangerman & Winkel, 2010)

Finalmente, de acordo com a classificação da halitose relativa à sua intensidade e severidade, as escalas mais utilizadas mundialmente são as sugeridas por Bornstein, Kislig, Hoti, Seemann e Lussi (2009), Rosenberg (1996) e Murata, Yamaga, Iida, Miyazaki e Yaegaki (2002), que são as recomendadas no protocolo clínico consensual de tratamento da halitose para o clínico geral proposto por Semmann et al. (2014). Ainda que o protocolo de Seemann et al. (2014) preconize a realização rotineira do teste organoléptico nasal para permitir o diagnóstico diferencial da origem da halitose (Rosenberg, 1996), as escalas sugeridas não preveem a checagem organoléptica nasal do hálito. Especialmente por esse motivo essas escalas não se adequam ao presente protocolo de tratamento, pois a checagem do ar expirado pelo nariz é essencial para se diagnosticar a origem da halitose (Conceição, 2011; Greenman, Lenton, Seemann, & Nachnani, 2014; Rosenberg, 1996). Além disso, os critérios utilizados não permitem uma classificação precisa da distância ou grau de

propagação da halitose e também o método para realizar o teste organoléptico bucal não é padronizado ou, por vezes, é inadequado ao presente método de tratamento proposto, conforme será demonstrado adiante.

Um aspecto relevante sugerido por alguns autores é o paciente checar o hálito tratado com alguém de sua confiança, chamado confidente (Eli et al., 2001; Rosenberg, 2009; Seemann et al., 2014). No presente protocolo este recurso é detalhado e aprofundado, especialmente junto ao paciente, pois é por meio desta checagem rotineira do hálito com o confidente que será possível extinguir progressivamente o medo que ele desenvolveu, devido à sua convicção em ter halitose e esta ser percebida pelos demais. A técnica utilizada para essa finalidade é a exposição ao vivo, técnica derivada da psicologia comportamental que foi adequada ao tratamento da halitose (Conceição, 2013; Conceição & Chelegon, 2011), para tratar suas consequências, alcançando resultados expressivos na redução da ansiedade destes pacientes em relação à queixa em ter halitose. A exposição ao objeto ou à situação temidos é um componente essencial no tratamento bem sucedido de diversas psicopatologias (Marks, 1987; Mattick, Page, & Lampe, 1995; Schneier, Marshall, Street, Heimberg, & Juster, 1995; Turner, Beidel, Cooley, Woody, & Messer, 1994), em especial àquelas comumente associadas à halitose, como o transtorno de ansiedade social (Kursun, Acar, Atakan, Öztas, & Paksoy, 2014; Zaitsu, Ueno, Shinada, & Kawaguchi, 2010; Zaitsu, Ueno, Shinada, Wright, & Kawaguchi, 2011). É uma técnica terapêutica que inclui tratamentos psicossociais altamente eficazes que utilizam procedimentos de exposição para resolver os transtornos de ansiedade por meio do contato repetido e prolongado do paciente com os estímulos que se presumem causar ansiedade (Richard & Lauterbach, 2011). A premissa básica dessa técnica é que os indivíduos com transtornos de ansiedade precisam ser expostos a estímulos provocadores de ansiedade na ausência de

consequências aversivas, para aprender que esses estímulos não são de fato perigosos, que eles podem tolerar a ansiedade e que a ansiedade vai diminuir ao longo do tempo por meio de um processo de habituação (Harned, Dimeff, Woodcock, & Skutch, 2011).

Diante das limitações dos protocolos existentes em diagnosticar e tratar as consequências aversivas que a halitose acarreta na vida de quem se queixa em ter o problema, o presente estudo visa apresentar a construção de um protocolo de diagnóstico e tratamento das consequências da halitose bem como investigar sua aplicação clínica. Para tanto serão apresentadas as classificações da halitose adequadas a este protocolo, a padronização para a realização dos testes organolépticos bucal e nasal utilizados tanto pelos profissionais como pelos pacientes, com alguém de sua confiança, a classificação diagnóstica da origem das halitoses pelo teste organoléptico bucal e nasal, a exposição ao vivo adequada ao tratamento da halitose, o Inventário das Consequências da Halitose (ICH) e as peculiaridades a serem observadas no exame clínico, que podem dificultar uma higiene da língua adequada.

MÉTODO

O método do presente estudo foi dividido em duas etapas. Na primeira etapa é demonstrada a construção do protocolo de tratamento das consequências da halitose, sendo apresentadas as classificações, técnicas diagnósticas e de tratamento adequadas a este protocolo, a maioria destas já divulgadas na literatura (Conceição, 2011, 2013a, 2013b, 2013c; Conceição & Chelegon, 2011; Conceicao, Marocchio, & Tarzia, 2008). Na segunda etapa foi realizada a verificação da aplicação clínica do protocolo e, após um *follow-up* médio de quatro meses, foram comparados os resultados pré e pós-tratamento no que se refere às consequências da halitose e aos sintomas de ansiedade social.

ETAPA 1 – CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO HALITUS

PROCEDIMENTOS

São apresentados a seguir os elementos que constituem o presente protocolo para que, utilizados em conjunto, possibilitem diagnosticar e tratar as consequências da halitose. Primeiro, a utilização do teste organoléptico pelo ar expirado pelo nariz e boca para que, então, a halitose possa ser claramente classificada quanto à sua intensidade. A seguir é apresentada a classificação diagnóstica da origem das halitoses para que de acordo com os resultados do teste organoléptico, seja possível inferir a origem da alteração do hálito. Na sequência é apresentado o ICH para avaliar quais consequências o paciente desenvolveu devido à sua convicção em ter halitose e também as explicações ao paciente sobre a importância em tratar essas consequências, para que ele readquira gradualmente sua segurança, espontaneidade e autoestima, por meio da exposição ao vivo. A classificação Halitus da halitose é explicada a seguir, relacionando a presença da halitose às suas consequências. Para que o hálito seja corretamente avaliado o paciente deve seguir algumas orientações pré-consulta de avaliação, para que a presença da halitose possa ser adequadamente avaliada, entre elas suspender a limpeza da língua por 24 horas. Finalmente são apresentadas a classificação do grau de saburra lingual bem como as peculiaridades existentes no exame clínico, para investigar fatores que podem dificultar a limpeza da língua.

GRAU DE PROPAGAÇÃO DA HALITOSE E TESTE ORGANOLÉPTICO BUCAL E NASAL

Como procedimento inicial compondo o protocolo, é necessária a padronização do grau de propagação da halitose e de como executar o teste organoléptico bucal e nasal, pois ambos são utilizados tanto para o profissional aferir o hálito do paciente antes e durante o tratamento, como pelo paciente, para checar seu hálito bucal e nasal durante o tratamento,

com o confidente. O paciente somente é liberado para iniciar a checagem do seu hálito com o confidente após o controle adequado da sua halitose. Para que o teste organoléptico possa ser corretamente avaliado, com intensidade e distâncias claramente determinadas, segue na Tabela 1 a classificação com o grau de propagação da halitose utilizada (Conceição, 2011, 2013b).

Tabela 1.
Classificação Halitus do grau de propagação da halitose

Nota	Descrição
0 – Ausência de odor	Nenhum odor é percebido pelo examinador.
1 – Hálito natural	Percebe-se um odor no hálito, mas este não pode ser considerado mau hálito (halitose).
2 – Halitose leve ou da intimidade	Percebe-se um leve odor de halitose ao expirar pelo nariz ou soprar pela boca a 15 cm.
3 – Halitose moderada ou do interlocutor	Percebe-se um odor de halitose ao falar, a uma distância de 30 cm.
4 – Halitose forte ou social	Percebe-se um odor de halitose ao falar, porém, à distância de um metro.
5 – Halitose severa	Além do odor de halitose ser facilmente percebido em todo o ambiente, este é muito difícil de ser tolerado pelo examinador ou pelas pessoas ao redor.

Nota. As notas 0,5; 1,5; 2,5; 3,5 ou 4,5 são aceitas e consideradas intermediárias aos critérios apresentados.

Se houver alteração no ar expirado pelo nariz a 15 cm de distância, esse teste deve ser repetido a 30 cm de distância. Entretanto, somente em raríssimos casos a alteração do ar nasal é percebida a essa distância, que então será classificada com a nota três. Para que o hálito bucal e nasal possam ser corretamente avaliados e com notas precisas, os testes organolépticos bucal e nasal devem ser realizados seguindo os critérios da Figura 2. Antes do hálito do paciente estar devidamente tratado, o teste organoléptico deve começar a um metro de distância. Após o tratamento do hálito do paciente, os testes do ar expirado pela boca e nariz já podem ser feitos a 15 cm de distância, tanto pelo profissional como pelo confidente.

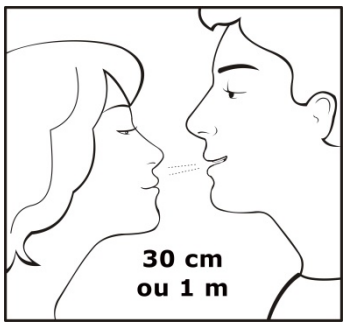
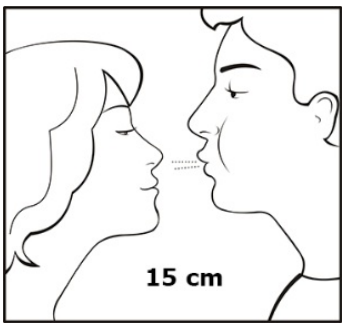
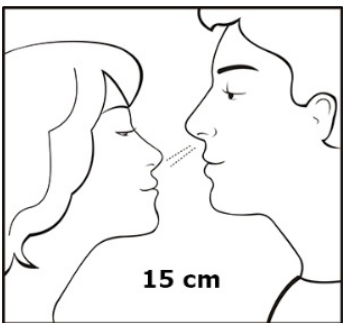
EXPLICAÇÃO DO TESTE ORGANOLÉPTICO BUCAL E NASAL		
Teste do hálito no ar expirado pela boca a um metro e a 30 cm de distância:	Teste do hálito no ar expirado pela boca a 15 cm de distância:	Teste do hálito no ar expirado pelo nariz a 15 cm de distância:
 30 cm ou 1 m Iniciar o teste organoléptico bucal com o paciente falando por 10 segundos, a um metro de distância do examinador. Se não houver alteração, repetir o teste a 30 cm de distância, falando por 10 segundos. Se houver alteração, dar a nota correspondente, de acordo com o grau de propagação da halitose. Mas, se ainda assim não houver alteração, fazer o teste a 15 cm de distância.	 15 cm Ficar um minuto sem falar. A 15 cm de distância, fazer o teste organoléptico bucal soprando um jato de ar seco pela boca, como ao apagar uma vela, só que bem lentamente, em direção ao nariz do examinador, para que este possa sentir o odor do hálito e dar a nota correspondente, de acordo com o grau de propagação da halitose. Anotar a nota.	 15 cm A 15 cm de distância, fazer o teste organoléptico nasal expirando um jato de ar lento e longo pelas narinas, em direção ao nariz do examinador, para que este possa sentir o odor e, comparando-o com o odor do ar soprado pela boca, dar a nota correspondente, de acordo com o grau de propagação da halitose. Anotar a nota.

Figura 2. Instruções de como realizar o teste organoléptico bucal e nasal

CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA DA ORIGEM DAS HALITOSES PELO TESTE ORGANOLÉPTICO BUCAL E NASAL

De acordo com os resultados do teste organoléptico bucal e nasal é possível inferir a origem da halitose, utilizando a classificação diagnóstica da origem das halitoses pelo teste organoléptico bucal e nasal (Conceição, 2011), podendo existir diferentes possibilidades de resultados conforme demonstrado na Figura 3.

TÉCNICA DIAGNÓSTICA DA ORIGEM DAS HALITOSES POR MEIO DO TESTE ORGANOLÉPTICO BUCAL E NASAL		
TESTE DO HÁLITO BUCAL	TESTE DO HÁLITO NASAL	ORIGEM DA ALTERAÇÃO
Normal	Normal	Hálito sem alteração (hálito normal)
Alterado	Normal	Halitose bucal (muito comum)
Alterado com o mesmo odor	Alterado com o mesmo odor	Halitose sistêmica (menos comum)
Normal	Alterado	Halitose nasal (muito rara)
DUAS ORIGENS OCORRENDO SIMULTANEAMENTE		
Alterado	Alterado, com um odor mais leve	Halitose bucal e halitose sistêmica simultâneas (rara)
Alterado, com um tipo de odor	Alterado, com outro tipo de odor	Halitose bucal e halitose nasal simultâneas (extremamente rara)
Alterado, com um odor mais leve	Alterado	Halitose sistêmica e halitose nasal simultâneas (probabilidade ínfima)

Figura 3. Técnica diagnóstica da origem das halitoses de acordo com o teste organoléptico bucal e nasal

Na halitose de origem bucal, o hálito alterado ocorre somente no ar expirado pela boca, cujas causas principais são bucais (saburra lingual, gengivite e periodontite) e como exceção, a halitose originada nas amígdalas (cáseos amigdalídeos e amigdalites), que se localizam na transição entre a cavidade bucal e orofaringe. A halitose extrabucal pode ser dividida em halitose extrabucal transportada pelo sangue e halitose extrabucal não transportada pelo sangue. A halitose extrabucal não transportada pelo sangue, com origem nasal (problemas localizados na nasofaringe, cavidade nasal, seios paranasais e adjacências), se manifesta somente no ar expirado pelo nariz. Todas as demais halitoses extrabucais, transportadas ou não pelo sangue, alteram tanto o ar expirado pela boca como o ar expirado pelo nariz, ambos com o mesmo odor e são genericamente chamadas de halitose sistêmica ao se explicar aos pacientes. Na Figura 4, utilizando a classificação da

origem das halitoses de Tagerman e Winkel (2010), conforme os resultados do teste organoléptico bucal e nasal é possível inferir a origem da halitose (Conceição, 2011).

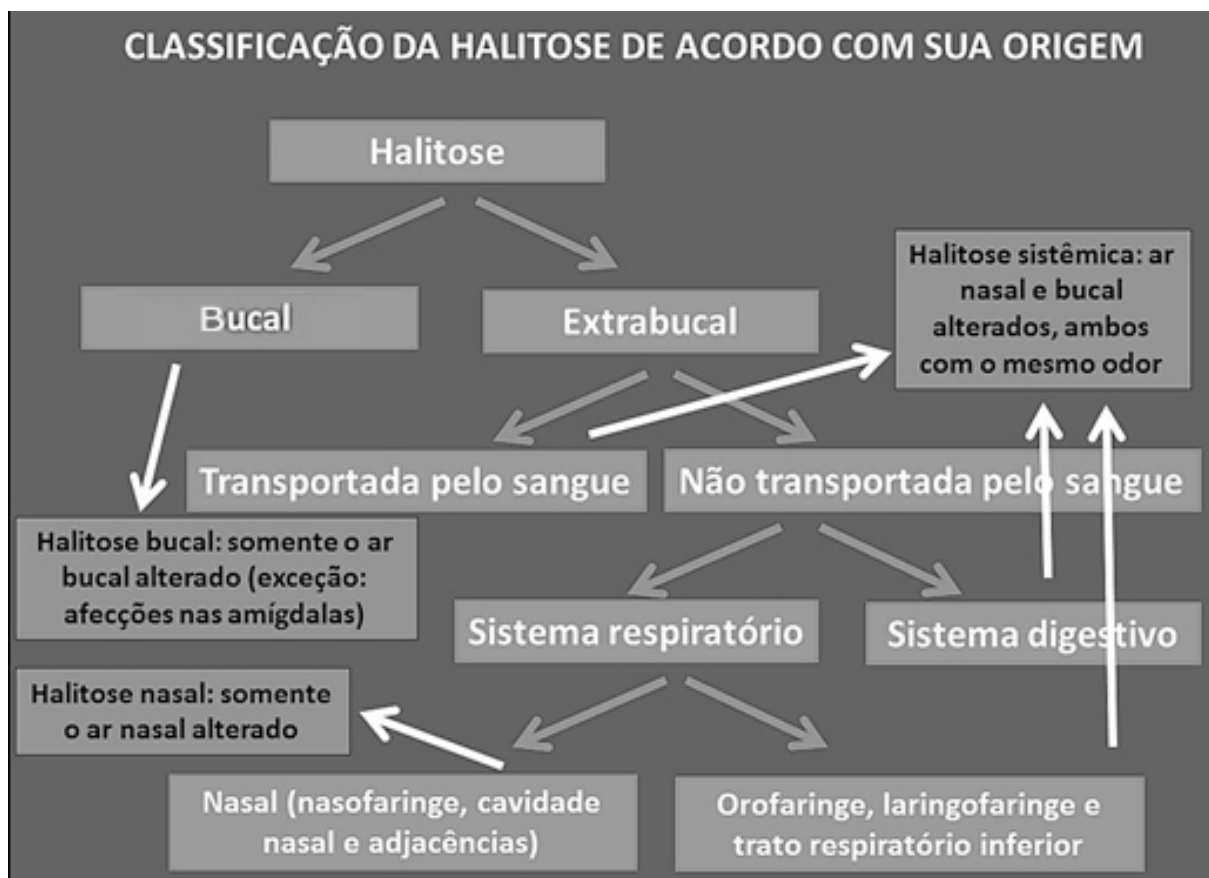


Figura 4. Manifestação das halitoses de acordo com sua origem

Além do uso profissional desta técnica diagnóstica, também os pacientes são ensinados como identificar as alterações do hálito mediante a checagem do hálito bucal e nasal com um confidente de sua escolha. Entretanto, aos pacientes somente são ensinadas os casos de halitose bucal e halitose extrabucal transportada pelo sangue, chamada de halitose sistêmica para simplificar. Tomadas em conjunto, a halitose bucal e a halitose provocada pelas amígdalas, que tem sua manifestação por meio do ar expirado pela boca, somadas à halitose extrabucal transportada pelo sangue, correspondem a mais de 99% dos casos de alterações do hálito (Quirynen et al., 2009; Seemann, Bizhang, Djamchidi, Kage, & Nachnani, 2006; Zurcher & Filippi, 2012). Os pacientes também são orientados a como proceder se o hálito estiver alterado, devendo, no caso de uma halitose bucal, sanar o

problema ao repetir corretamente a rotina de higiene dos nichos bucais produtores de compostos sulfurados voláteis (CSVs), localizados na língua, gengiva, garganta e, no caso de uma halitose sistêmica, identificar a provável causa desta alteração. Este tópico será melhor detalhado adiante.

INVENTÁRIO DAS CONSEQUÊNCIAS DA HALITOSE (ICH)

A forte convicção que os pacientes têm em ter o hálito alterado traz diversas implicações na vida desses indivíduos como, por exemplo, mudanças de comportamento, sentimentos de insegurança, retração social e interpretação errônea de gestos normais das pessoas, como se fossem relacionados ao seu hálito (Eli et al., 2001; Eli et al., 1996; Yaegaki et al., 1996). A este conjunto de pensamentos, sentimentos, interpretações errôneas de gestos e atitudes das pessoas e mudanças de comportamento foi dado o nome de consequências da halitose, o que resulta em tornar estes indivíduos menos espontâneos, mais retraídos, inseguros e com uma baixa autoestima. As consequências da halitose foram selecionadas entre as 18 alterações de comportamento, pensamentos, interpretações errôneas e sentimentos mais frequentes que os pacientes com queixa em ter halitose relataram, baseadas na análise de prontuários em 10 anos de atendimentos em uma clínica no interior do estado de São Paulo (Conceição, 2011, 2013a) e que podem ser divididas em quatro áreas:

a) mudanças de comportamento: evitar falar próximo a alguém; falar menos; desviar o rosto para falar; usar mascaradores de hálito; colocar a mão na boca ao falar; falar para “dentro” (prender o ar ao falar); falar menos em locais fechados, como elevadores e carros lotados; fazer a higiene bucal e/ou da língua várias vezes ao dia ou com muito mais capricho;

b) pensamentos e sentimentos: desvalorizar-se (sentimento de baixa autoestima); ter pensamentos de insegurança relacionados à halitose;

c) retraimento social, profissional e afetivo: restringir-se socialmente devido à halitose; restringir-se profissionalmente devido à halitose; restringir-se afetivamente devido à halitose; deixar de ir a compromissos, devido à halitose;

d) interpretação de gestos e atitudes normais das pessoas como se fossem expressões de repugnância ao seu hálito: interpretar erroneamente o ato de alguém passar a mão no nariz; interpretar de forma incorreta o ato de alguém oferecer uma bala ou chiclete; interpretar equivocadamente que os outros fazem “comentários” sobre seu hálito; interpretar erroneamente o ato de alguém virar o rosto ou se afastar, quando começa a falar. Para que esta classificação possa ser corretamente utilizada foi desenvolvido o Inventário das Consequências da Halitose (ICH), que é composto de perguntas que possibilitam avaliar quais as consequências da halitose que os pacientes desenvolveram (Anexo I).

EXPLICAÇÕES AO PACIENTE SOBRE O TRATAMENTO DAS CONSEQUÊNCIAS DA HALITOSE

Essa etapa do tratamento deve sempre ser realizada antes da avaliação do hálito do paciente, para conscientizá-lo das limitações que ele tem tido em seu dia a dia devido às consequências da halitose que ele desenvolveu, evidenciando que é necessário tratar, além do seu hálito, a sua segurança, espontaneidade e autoestima. Para que isso possa ser feito, deverá ser explicado ao paciente como funciona a exposição ao vivo adequada ao tratamento da halitose. Explicar que após ele aprender a manter sua halitose devidamente controlada, alguém em que ele confie deverá ser escolhido para fazer a checagem do seu hálito tratado em casa ou no trabalho (chamado confidente), checando o seu hálito bucal e nasal a 15 cm de distância (Figura 2). Explicar também que o motivo que não pode ser ele

quem fará a checagem do próprio hálito é por um processo fisiológico chamado fadiga olfatória, onde as células do olfato se adaptam a um odor em pouco mais de um minuto se ele for constante, deixando de senti-lo (Guyton & Hall, 2006). Enfatizar que esse é o motivo porque nós, seres humanos, temos dificuldade em perceber o nosso próprio hálito.

É solicitado ao paciente que ele cheque seu hálito regularmente com o confidente, pelo menos duas vezes por semana, em dois horários, durante três a quatro meses para que a repetição de resultados de um hálito agradável o leve gradualmente a recuperar sua segurança, espontaneidade e autoestima. Neste processo de aprendizagem do paciente, todos os recursos que facilitem que ele assimile o conhecimento devem ser utilizados, como por exemplo, um material didático visual em *PowerPoint*, demonstrando como realizar o teste organoléptico em casa com o confidente (Figura 2), um *website* contendo essas explicações ou ainda um material impresso detalhado sobre esse tema.

Também é explicado ao paciente que em caso de alteração do hálito bucal durante o tratamento, ele deverá refazer detalhadamente a rotina de higiene dos principais nichos bucais produtores de CSVs (dentes, gengiva, língua e garganta), que aprendeu durante o tratamento, permitindo restabelecer um hálito agradável, o que deverá ser comprovado checando o hálito novamente com o confidente após no mínimo uma hora, tempo suficiente para eliminar o odor dos produtos utilizados. Especificamente no caso do protocolo Halitus, os pacientes são ensinados a fazer uma limpeza da língua com a técnica DC de limpeza químico-mecânica da língua (Conceição & Marocchio, 2009), além do uso do enxaguatório para controlar a formação dos cáseos amigdalianos e diminuir a formação de saburra lingual (Conceicao et al., 2008). Se o hálito bucal e nasal estiverem alterados, com o mesmo odor, pressupõe a presença de uma halitose extrabucal transportada pelo sangue e o paciente é orientado a verificar nas últimas 24 horas as prováveis causas mais comuns de

ocorrer como, por exemplo, se ingeriu algum alimento que possa ter alterado o hálito ou se ele está com hipoglicemia pelo jejum prolongado, exercícios físicos intensos ou estresse excessivo. As instruções de como checar o hálito com o confidente, a lista de alimentos que alteram o hálito, os horários que ele deve se alimentar para evitar a hipoglicemia e detalhes que sejam pertinentes em seu tratamento são informadas ao paciente também por escrito.

CLASSIFICAÇÃO HALITUS DA HALITOSE

A classificação da halitose utilizada no presente método relaciona a sua presença e suas consequências e é dividida em halitose objetiva, quando esta é clinicamente constatada, podendo ser crônica, quando é constante, ou intermitente, quando por vezes está presente e por vezes ausente; halitose controlada, na qual a halitose não é percebida no dia a dia pela eficiente rotina de higiene bucal do paciente, mas que se manifesta quando a higiene da língua é interrompida por 24 horas; e a halitose subjetiva, em que há a queixa do paciente em ter halitose, sem qualquer evidência de sua presença, e que ocorre com base nos sentimentos ou opiniões do indivíduo ao invés de fatos. No que diz respeito às consequências da halitose que os pacientes desenvolveram, os pacientes com halitose objetiva que não têm ciência de sua halitose ou que sabem que tem alteração no hálito mas não levam a sério seu problema, não tendem a desenvolver muitas consequências. É comum em crianças e adolescentes que buscam o tratamento levados pelos pais ou em pacientes que buscam o tratamento, motivados pelo cônjuge, familiares ou amigos. Já os demais pacientes têm queixa em ter halitose e por isso desenvolvem diversas consequências decorrentes de sua convicção que sua halitose é forte e percebida pelos demais. Estes se dividem em indivíduos com halitose objetiva e que são cientes de sua condição, por aqueles que a halitose não é percebida no dia a dia por possuírem uma eficiente rotina de hábitos de higiene bucal, mas que se esta for suspensa por 24 horas a halitose se manifestará (halitose

controlada) e por indivíduos sem qualquer evidência da presença de mau hálito ou de motivos para causá-lo, mas que possuem uma forte convicção em ter o problema (halitose subjetiva). Esta classificação com as respectivas tendências ao desenvolvimento de consequências da halitose pode ser verificada na Tabela 2.

Tabela 2.
Classificação Halitus da presença da halitose

Classificação Halitus da presença da halitose	Normalmente há a presença de halitose na consulta inicial?	No dia a dia os outros confirmam a presença da halitose?	Existem motivos para ter halitose?	Quantidade média de consequências da halitose desenvolvidas:	Frequência clínica: rara, pouco frequente ou frequente?
Halitose objetiva em paciente não ciente de sua condição	SIM	SIM	SIM	0 a 6	Pouco frequente < 15%
Halitose objetiva em paciente ciente de sua condição	SIM	SIM	SIM	7 a 18	Frequente > 40%
Halitose controlada	SIM	NÃO	SIM	14 a 18	Frequente > 40%
Halitose subjetiva	NÃO	NÃO	NÃO	14 a 18	Rara < 5%

(Conceição & Chelegon, 2011; Conceição, 2013a, 2013b)

Os critérios para classificar os pacientes com halitose subjetiva na consulta de avaliação inicial são: quando não há a confirmação da halitose no dia a dia e não existem motivos para alteração do hálito como, por exemplo, ter uma escovação dos dentes excelente, saburra lingual grau 1, mas muito leve, excelente produção salivar e hábitos alimentares que não provoquem a alteração rotineira no odor do hálito. Os critérios para classificar os pacientes com halitose objetiva intermitente na consulta de avaliação inicial são: quando apresentam o hálito normal, hálito bucal levemente alterado ou em alguns poucos casos de halitose bucal, em que familiares confirmam que o hálito alguns dias está alterado e em outros dias não, ou ainda, em casos do paciente apresentar motivos claros para ter alteração no hálito, mas este está normal no momento da consulta inicial. Há de se considerar que o fato dos pacientes suspenderem a limpeza da língua por 24 horas faz com que o odor do hálito destes esteja mais intenso na consulta de avaliação do que

normalmente é no dia a dia, exceto em caso de pacientes com ânsia excessiva ou anquiloglossia, onde já há uma limitação na execução de uma limpeza lingual adequada. Dessa forma, pacientes avaliados com uma halitose bem leve apesar de terem suspenso a limpeza da língua, provavelmente têm uma halitose objetiva intermitente no dia a dia. É importante ressaltar que para um diagnóstico preciso se a halitose é subjetiva ou objetiva intermitente, devem ser realizadas avaliações seriadas do hálito, podendo o período sem limpar a língua ser aumentado para 48 horas para que o diagnóstico diferencial seja realizado.

ORIENTAÇÕES PRÉ-CONSULTA DE AVALIAÇÃO DO HÁLITO, GRAU DE SABURRA LINGUAL E PECULIARIDADES DO EXAME CLÍNICO

Para que a presença de halitose possa ser adequadamente avaliada, sem riscos de haver um falso positivo ou negativo, é necessário seguir às orientações prévias à consulta de avaliação inicial: se alimentar duas horas antes da consulta, para que não vir em jejum e assim evitar estar com a halitose da hipoglicemia; se abster de alimentos que alterem o odor do hálito por 24 horas (alho, cebola, carnes gordurosas); se abster de bebida alcoólica, café, cigarro, enxaguantes ou sprays bucais nas 12 horas prévias à consulta; não utilizar antibióticos nas três semanas anteriores à esta consulta de avaliação; se possível vir acompanhado de uma pessoa em quem confie, para o benefício do tratamento; suspender previamente a limpeza da língua por 24 horas. Pedimos para o paciente suspender a limpeza da língua para que a presença da halitose possa ser corretamente avaliada e para que seja possível observar a quantidade de saburra lingual que se forma em 24 horas, estabelecendo assim a técnica e frequência de limpeza da língua mais adequadas.

Nesse sentido, no que diz respeito ao grau de formação de saburra lingual, é utilizada a classificação Halitus (Conceicao et al., 2008), de acordo com a Figura 5. A

saburra lingual grau um consiste de saburra leve no terço posterior da língua, a grau dois, saburra leve nos terços posterior e médio da língua, a grau 3, saburra moderada no terço posterior da língua, a grau 4 saburra moderada nos terços posterior e médio da língua e a grau 5 saburra moderada nos terços posterior, médio e anterior da língua. A diferença entre saburra leve e moderada é que na leve é possível enxergar as papilas linguais, apesar da saburra lingual e na moderada não, a saburra lingual encobre as papilas. Esta classificação, simples e de fácil assimilação, pode ser ensinada aos pacientes se necessário, para que durante o tratamento eles possam relatar aos profissionais o grau de saburra lingual que se forma no dia a dia.

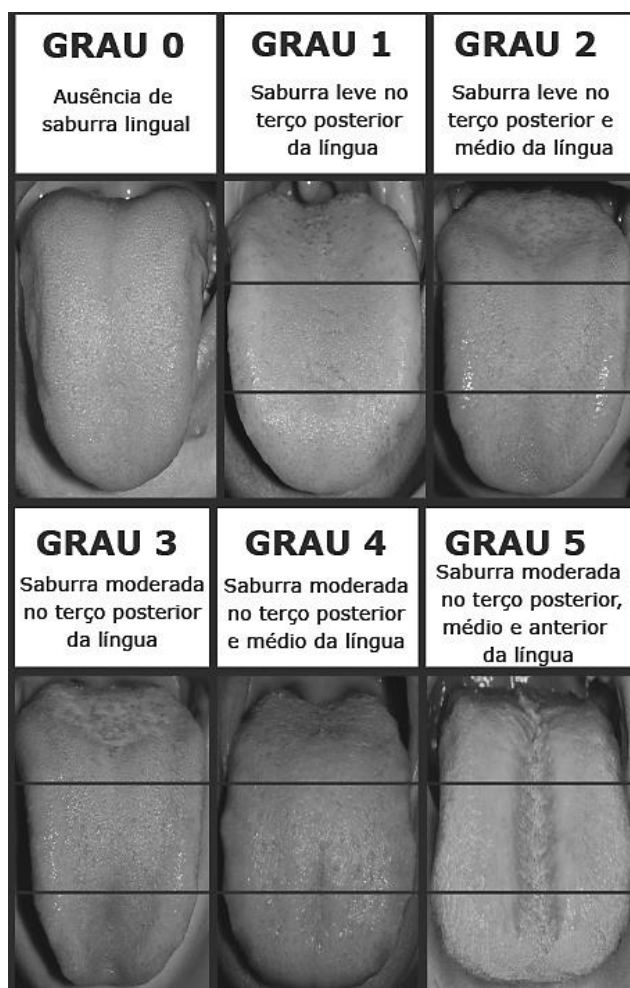


Figura 5. Grau de saburra lingual

No exame clínico algumas peculiaridades devem ser investigadas: a presença de anquiloglossia (língua presa) e a ânsia excessiva, que dificultam a limpeza da língua, a língua em “V”, que é quando ao tocar o fundo desta ela se dobra, formando um formato da letra V, dificultado a limpeza nessa região e a classificação de Mallampati modificada classe IV, que propicia o ronco e dificulta a limpeza do dorso posterior da língua (Figura 6). Para todos estes casos, técnicas e produtos especiais, adequados a essas limitações, devem ser prescritos para assim permitir o controle satisfatório da halitose.

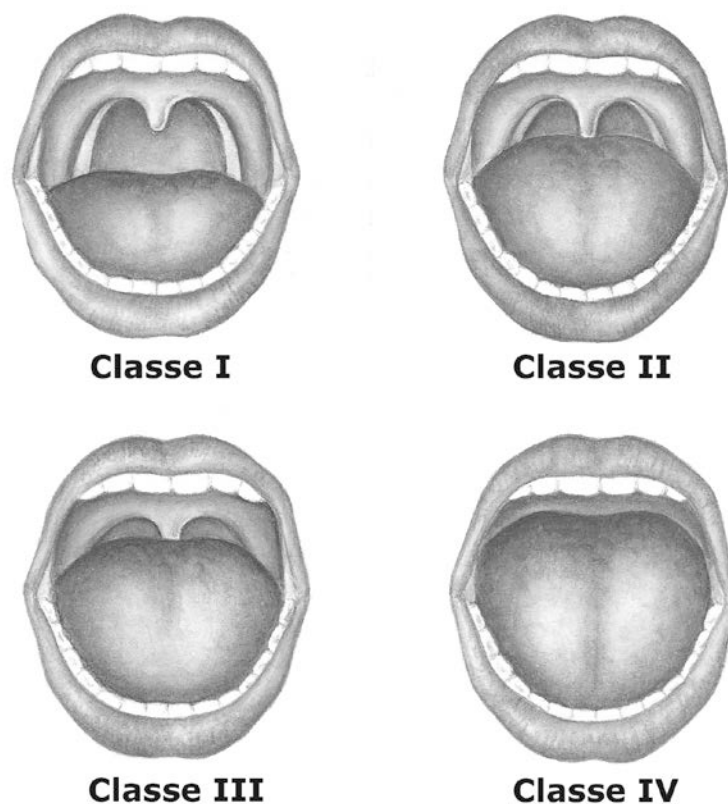


Figura 6. Classificação de Mallampati modificada

Todas as classificações, técnicas e recomendações apresentadas na etapa 1, utilizadas em conjunto, constituem o protocolo Halitus. Resumidamente, é essencial conscientizar o paciente sobre as consequências que a halitose trouxe em seu dia e explicar a ele que para que essas possam ser tratadas, ele deverá checar o hálito tratado com alguém em quem confie, além das checagens nos retornos, na clínica. Para isso ele necessita ser

ensinado a checar o hálito com um confidente, identificando a origem das alterações do hálito, se estas ocorrerem, tomando as medidas necessárias para sanar o problema, no caso de uma halitose bucal ou pelo menos identificar o que causou a alteração, no caso de uma halitose sistêmica. É importante reforçar para o paciente que ele somente iniciará a checagem do hálito com o confidente após a halitose estar devidamente controlada.

ETAPA 2 - APLICAÇÃO CLÍNICA DO PROTOCOLO HALITUS

Após a estruturação do protocolo na etapa anterior, este foi aplicado com uma amostra de voluntários, para verificação de sua aplicação clínica e, após um *follow-up* médio de quatro meses, foram comparados os resultados pré e pós-tratamento no que se refere às consequências da halitose e aos sintomas de ansiedade social.

PARTICIPANTES

A amostra foi constituída de 156 indivíduos (66,7% de mulheres; idade entre 18 e 68 anos; $M = 38,15$, $DP = 10,21$), que responderam aos instrumentos, tiveram seu hálito avaliado e foram acompanhados por um período médio de quatro meses. Os voluntários foram selecionados por meio de divulgação em sites de interesse relacionados ao assunto halitose.

INSTRUMENTOS

Foram utilizados sete instrumentos: um questionário sócio demográfico; a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz auto aplicada – LSAS-SR (Dos Santos, Loureiro, Crippa, & de Lima Osorio, 2013); o Inventário de Fobia Social (SPIN); uma versão breve desse instrumento (Mini-SPIN); uma anamnese, relacionada à queixa ou não em ter halitose dos participantes da pesquisa; o Inventário das Consequências da Halitose (ICH) para avaliar as consequências da halitose que os pacientes desenvolveram; uma anamnese, exame clínico e teste para a medição do hálito realizado por dois métodos diferentes (por medição em um

monitor de sulfeto portátil, marca Halimeter[®] e pelo teste organoléptico realizado por dois avaliadores calibrados). No caso de haver uma discrepância entre o teste organoléptico e a medição no Halimeter[®], as medições organolépticas foram as escolhidas como o resultado correto. As escalas LSAS-SR e SPIN não fazem parte do protocolo e foram utilizadas para avaliar mais precisamente os sintomas de ansiedade social. Entretanto, o Mini-SPIN é utilizado regularmente no protocolo como ferramenta de triagem para pacientes com sintomas de TAS.

No questionário sóciodemográfico foram levantadas informações para caracterizar a amostra, tais como idade, sexo, escolaridade, entre outras variáveis. A Escala de Ansiedade Social de Liebowitz auto aplicada (LSAS-SR) foi utilizada para avaliar os sintomas típicos do Transtorno de Ansiedade Social, validada para o português (Dos Santos, 2012). É um instrumento composto por 24 itens relacionados ao medo e evitação de situações sociais vivenciados durante a última semana. Do total de itens, 11 referem-se à interação social (S) e 13 à apresentação pública (P), sendo todos, pontuados em uma escala tipo Likert de quatro pontos (0 = nunca / 3 = profundo/geralmente). O escore total é calculado pela soma da pontuação obtida em cada um dos itens, sendo o escore máximo de 144 pontos. Os pontos de corte de 30 e 60 na LSAS-SR proporcionam o melhor balanço de sensibilidade e especificidade para classificar os participantes com ansiedade social e transtorno de ansiedade social generalizada, respectivamente (Rytwinski et al., 2009). No que se refere à consistência interna, os valores de coeficiente alfa obtidos foram de 0,96 para a escala total, 0,94 para a subescala medo, e 0,93 para a escala de evitação.

O Inventário de Fobia Social (SPIN) é um instrumento auto aplicável proposto para satisfazer a necessidade de uma avaliação breve e facilmente aplicável que possibilite analisar conjuntamente os sintomas fisiológicos de medo e fuga relacionado ao TAS. Ele é

composto por 17 itens em uma escala Likert de cinco pontos de (0 = nada, 4 = extremamente) com uma pontuação máxima total de 68. As qualidades psicométricas do SPIN, demonstrado no estudo original em amostras de indivíduos saudáveis e indivíduos com TAS (Connor et al., 2000), foram bastante satisfatórias, como mostrado pelas seguintes propriedades: confiabilidade teste-reteste (0,78-0,89, $p < 0,0001$); consistência interna (coeficiente alfa) variando 0,68-0,94 para casos e 0,57-0,90 para os não-casos; validade convergente com a Brief Social Phobia Scale (BSPS) ($r = 0,47-0,82$, $p < 0,0001$), com a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz ($r = 0,55$, $p < 0,0001$), e com o Fear Questionnaire ($r = 0,42-0,78$, $p < 0,0001$); sensibilidade de 0,72 e especificidade de 0,84 para o ponto de corte 19. Foi utilizado o Inventário de Fobia Social (SPIN) validado para o português (Osorio Fde, Crippa, & Loureiro, 2009). O processo de tradução e adaptação do instrumento envolveu quatro profissionais bilíngues, apreciação e aprovação da *back-translation* pelos autores da escala original, estudo piloto com 30 universitários brasileiros e apreciação por juízes que atestaram a validade de face da versão para o português, a qual foi denominada de Inventário de Fobia Social. O Mini-SPIN (versão breve do inventário de fobia social) utiliza três itens do SPIN e demonstra uma boa eficiência como ferramenta de triagem para o Transtorno de Ansiedade Social Generalizada (TASg). Uma nota de corte de seis ou mais pontos demonstra uma sensibilidade de 88,7%, especificidade de 90,0%, valor preditivo positivo de 52,5% e valor preditivo negativo de 98,5% (Connor, Kobak, Churchill, Katzelnick, & Davidson, 2001).

Para avaliar as consequências da halitose que os pacientes desenvolveram, foi aplicado um questionário que faz parte da anamnese utilizada para avaliar pacientes com queixa em ter halitose, o ICH, com 18 perguntas, composto de respostas sim/não, que constam do Inventário das Consequências da Halitose (ICH), autoaplicado, com pontuação

máxima de 18 respostas positivas (Anexo I). Foi utilizado o ponto de corte igual ou maior que 14 como indicativo para um escore alto para o ICH, fundamentado em uma amostra de 164 indivíduos (Conceição, 2013a; Conceição & Chelegon, 2011), com base nas pontuações brutas no ICH, na qual 50% da amostra tiveram pontuações acima de 14, de acordo com os escores considerados altos nas escalas SAD e FNE (Watson & Friend, 1969).

Foi utilizada com os participantes uma anamnese para investigar a queixa do paciente em ter mau hálito, há quanto tempo, se já houve relato claro e direto de alguém próximo sobre a presença da halitose, foram investigados hábitos de higiene bucal e de higiene da língua e verificados os hábitos de alimentação do paciente que levam às causas mais comuns de halitose extrabucal, a saber, o jejum prolongado e a ingestão de alimentos que alteram o odor do hálito. Foi realizado um exame clínico e anamnese específica às causas da halitose para avaliar o grau de formação e presença de saburra lingual e de cáseos amigdalianos, duas das principais causas da halitose, a presença de ânsia excessiva e anquiloglossia (língua presa), que são importantes limitações para uma correta higiene da língua, foram verificadas importantes causas indiretas da halitose como o ronco, a respiração bucal, a baixa produção salivar e também a presença da classificação de Mallampati modificada classe IV (Conceição, 2013).

Para avaliar a presença de halitose foi realizada a medição do hálito bucal e nasal por dois métodos. Um deles é o teste organoléptico bucal e nasal (de acordo com a Figura 2), realizado por dois examinadores calibrados, sendo notas maiores ou iguais a dois consideradas halitose, de acordo com o grau de propagação da halitose (Tabela 1) e o outro teste é a medição do hálito bucal e nasal em um monitor de sulfeto portátil (*Halimeter* – modelo RH-17 - *Interscan*®), com os resultados sendo classificados como positivo ou não

para a presença da halitose, sendo positivo acima de 100 ppb de CSVs (100 partes por bilhão de Compostos Sulfurados Voláteis, principais gases responsáveis pela halitose bucal: sulfeto de hidrogênio, metilmercaptana e dimetilsulfeto) e negativo, igual ou abaixo de 100 ppb. De acordo com os resultados o paciente foi classificado como tendo hálito normal, hálito levemente alterado (intermediário entre hálito normal e halitose leve), halitose bucal, halitose extrabucal, halitose nasal ou halitose simultânea (duas das causas anteriores ocorrendo simultaneamente) e com relação à presença da halitose foi classificado em halitose objetiva (crônica ou intermitente) ou halitose subjetiva.

PROCEDIMENTOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco [ANEXO II] (CAAE: 36081314.4.0000.5514). A participação foi voluntária, por aceitação online do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada pelo envio de convite por e-mail, realizada por meio do *software* de questionários online *SurveyMonkey*, no qual já na primeira página os voluntários deram o consentimento à participação na pesquisa mediante a aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Para a análise dos dados o *software* de estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Inicialmente, foram feitas análises descritivas com as pontuações obtidas nos instrumentos e, na sequência, foi feito o uso de análises inferenciais.

Os voluntários foram ensinados como controlar a halitose em uma única sessão, de acordo com as causas apresentadas, recebendo as orientações pertinentes a seu tratamento por escrito e também o endereço de uma página *web* com instruções detalhadas de como checar o hálito com o confidente. Para aqueles pacientes que apresentassem dificuldades, como ter ânsia excessiva, anquiloglossia ou estarem muito inseguros, estes poderiam

marcar outras consultas para sanar estes problemas. Após os participantes seguirem as orientações fornecidas na consulta de avaliação por um período médio de quatro meses, foi enviado a eles um questionário por meio do *software* de questionários online *SurveyMonkey* contendo perguntas para avaliar o quanto seguiram a risca o tratamento, se checaram o hálito com um confidente e com que frequência e o quanto a segurança, espontaneidade e autoestima deles melhorou em relação ao início do tratamento. Os participantes também responderam novamente ao ICH, SPIN e Mini-SPIN para comparação com os resultados do início e final do tratamento no que se refere às consequências da halitose e com relação à ansiedade social.

Foram feitas análises descritivas para caracterizar a amostra. A seguir, a amostra foi subdividida em grupos de acordo com as pontuações pré e pós-tratamento em relação às escalas de ansiedade social SPIN e Mini-SPIN e às consequências da halitose avaliada pelo ICH, para investigar a ocorrência de diferenças significativas do ponto de vista estatístico entre os grupos por meio do teste t de *student* e o tamanho do efeito (*effect size*) foi obtido pelo d de *Cohen* cujos resultados são considerados expressivos quando forem iguais ou superiores a 0,20. Esses grupos foram comparados com análise para comparação entre médias.

RESULTADOS

A maioria dos indivíduos com queixa em ter halitose costumam ter inúmeras consequências em seu dia a dia, devido à convicção em ter uma forte halitose. Entretanto, alguns indivíduos têm halitose e não são cientes de sua condição ou não se preocupam com esse fato, não tendo desenvolvido muitas consequências devido a esse fato. No que se refere à amostra, 9% dos voluntários não eram cientes de sua halitose ou não se preocupavam com esse fato enquanto 91% tinham queixa em ter halitose. O escore médio

entre os 156 voluntários no ICH foi de 14,87 e o escore médio somente dos voluntários que tinham queixa em ter halitose (91% da amostra) foi de 15,77.

Com relação ao grau de propagação da halitose (Tabela 2), na consulta inicial 25,64% tinham hálito natural (nota 1), 15,38% hálito levemente alterado (nota 1,5), 23,08% halitose leve (nota 2), 8,33% halitose percebida entre 20 a 25 cm (nota 2,5), 23,08% halitose moderada (nota 3), 0,64 % halitose percebida entre 35 e 95 cm (nota 3,5) e 3,85% halitose percebida a um metro de distância. No que se refere à origem da halitose pelos testes organolépticos bucal e nasal (Figura 4), 25,64 % tinham hálito normal, 15,38% hálito bucal levemente alterado, 55,77% halitose bucal e 3,21% halitose simultânea bucal e sistêmica. De acordo com a classificação da presença da halitose, 1,3% tinham halitose subjetiva, 42,9% halitose objetiva intermitente e 55,8% halitose objetiva crônica. Dos participantes classificados com hálito normal na consulta de avaliação inicial (n=38), seis foram selecionados aleatoriamente para serem reavaliados suspendendo a limpeza de suas línguas por 48 horas. Destes, quatro apresentaram halitose bucal leve, um teve hálito normal, mas após ser submetido ao desafio da cisteína (Kleinberg & Codipilly, 2002), teve o hálito levemente alterado e um teve o hálito normal tanto na avaliação organoléptica e no Halimeter como no desafio da cisteína, apesar de apresentar saburra lingual grau 2.

Com relação às porcentagens de voluntários que apresentaram sintomas de ansiedade social de acordo com os pontos de corte das escalas, para a LSAS foi de 44,23%, para o SPIN foi de 54,50% e para o Mini-SPIN foi de 35,9%. A causa principal que os voluntários apontaram como a responsável por acreditarem que tinham halitose foi o relato de alguém próximo (30,77%), pela reação das pessoas (16,77%), pelos cáseos amigdalianos (13,46%), pela boca amarga (11,54%), por sentirem o cheiro (10,26%), pela presença de

saburra lingual, (8,33%), seguidos de cheiro no fio dental (4,49%), boca seca (1,92%), outras causas (1,91%) e cheiro na saliva (0,64%).

No que se refere à presença de saburra lingual, 100% dos voluntários apresentavam saburra lingual na avaliação inicial sendo 8,33% Grau 1, 67,95% Grau 2, 10,26% Grau 3 e 13,46% Grau 4. Com relação ao método de escolha para limpeza da língua, 58,97% utilizavam a escova de dentes (sendo 14,10% escova com limpador de língua), 30,77% raspador de língua, 6,41% técnica DC de limpeza da língua, 1,92% outro método ou mais de uma opção e 1,92% não limpavam a língua. Com relação aos sinais de doença periodontal, 41,67% dos pacientes apresentavam sangramento gengival uma vez por semana ou mais. No que se refere aos cáseos amigdalianos, 49,36% não tinham formação de cáseos e 5,77% extraíram as amígdalas. Os demais tinham formação de cáseos sendo 1,28% mais de três vezes por semana, 8,33% uma a duas vezes por semana, 10,90% uma a três vezes por mês, 10,90% menos de 11 vezes ao ano e 13,46% menos de uma vez ao ano.

No que diz respeito às causas indiretas da halitose, sobre os fatores que dificultam a limpeza da língua, 4,49% apresentavam muita ânsia e 7,69% ânsia moderada; 3,21% apresentavam anquiloglossia e 8,97% anquiloglossia parcial; 12,18% apresentavam língua em V. Com relação à produção salivar sob estímulo mecânico, 7,05% dos participantes tinham hipossalivação severa (de 0,05 a 0,50 ml/minuto) 21,15% hipossalivação moderada (de 0,51 a 0,90 ml/minuto) e 17,31% hipossalivação leve (de 0,91 a 1,19 ml/minuto). Sobre o ressecamento da mucosa bucal provocado pela respiração bucal e ronco, 10,26% eram respiradores bucais e 36,54% dos pacientes eram respiradores bucais leves; 38,46 dos voluntários roncavam regularmente e 16,67% às vezes; 88,46% tinham classificação de Mallampati modificada classe IV, que dificulta a limpeza do terço posterior da língua e predispõe ao ronco. E no que se refere à halitose extrabucal transportada pelo sangue,

73,72% ingeriam alimentos odoríferos mais de duas vezes por semana e 59,62% faziam jejum de mais de cinco horas durante o dia, mais de duas vezes por semana.

No que diz respeito ao número de consultas realizadas, 83,33% dos participantes realizaram apenas uma consulta, 11,53% duas consultas, 4,50% três consultas e 0,64% quatro consultas. Dos 131 voluntários que responderam aos resultados finais da pesquisa, com relação a quanto seguiram o tratamento a risca, 2,3% não seguiram (menos de 29% de dedicação), 6,1% seguiram pouco (entre de 30 e 49% de dedicação), 22,9% seguiram moderadamente (entre 50 de 69% de dedicação), 42,7% seguiram bastante (entre 70 e 89% de dedicação) e 26% seguiram rigorosamente (entre 90 e 100 % de dedicação). No que se refere a quanto checaram o hálito com o confidente, 16% não examinaram o hálito com um confidente, 12,2% controlaram o hálito com um confidente apenas uma ou duas vezes, 12,2% checaram o hálito, mas muito menos vezes do que recomendado, 32,8% examinaram o hálito, mas menos vezes do que recomendado e 26,7% controlaram o hálito conforme recomendado. Sobre a segurança e espontaneidade terem melhorado em relação ao início do tratamento, 11,5% não melhoraram, continuaram inseguros e pouco espontâneos, 3,8% não melhoraram, pois não tinham estes problemas antes da pesquisa, 22,1% melhoraram um pouco em relação ao que era antes da pesquisa, 33,6% melhoraram bastante em relação ao que era antes da pesquisa e 29% melhoraram muito em relação ao que era antes da pesquisa.

A correlação entre os escores pré e pós-tratamento foram consideradas moderadas (correlação é significativa ao nível de 0,01 - bicaudal) com os melhores resultados para o SPIN (0,68), Mini-SPIN (0,62) e ICH (0,57). Na Tabela 3 são verificadas as diferenças estatísticas entre os grupos pré e pós-tratamento para o ICH, SPIN e Mini-SPIN pelo teste t de *student*.

Tabela 3.
Comparações entre as variáveis ICH, SPIN e Mini-SPIN pré e pós-tratamento

	Pré / Pós	N	M (DP)	t	gl	p	d
ICH	Pré-tratamento	156	14,87 (3,63)	6,579	285	0,001	0,78
	Pós-tratamento	131	11,27 (5,56)				
SPIN	Pré-tratamento	156	23,31 (15,47)	3,797	285	0,001	0,45
	Pós-tratamento	131	16,87 (12,83)				
Mini-SPIN	Pré-tratamento	156	4,81 (3,49)	3,819	285	0,001	0,45
	Pós-tratamento	131	3,35 (2,90)				

Nota. Em negrito $d \geq 0,20$

As diferenças estatísticas entre os pré e pós-tratamento para o ICH, SPIN e Mini-SPIN pelo teste t de *student* revelaram que houve uma diferença significativa entre as amostras, com o melhor resultado para o ICH, o mesmo ocorrendo em relação às magnitudes, todas foram expressivas e com o resultado mais expressivo também para o ICH. Na Tabela 4 foi realizada uma comparação entre as porcentagens dos voluntários que atingiram os pontos de corte para o SPIN, Mini-SPIN e ICH pré e pós-tratamento.

Tabela 4.
Porcentagens de voluntários que atingiram os pontos de corte pré e pós-tratamento no SPIN, Mini-Spin e ICH

SPIN	SPIN – Pré-tratamento	SPIN – Pós-tratamento
Atingiu o ponto de corte	54,5%	37,41%
Mini-SPIN	Mini-SPIN - Pré-tratamento	Mini-SPIN - Pós-tratamento
Atingiu o ponto de corte	35,9%	20,61%
ICH	ICH – Pré-tratamento	ICH – Pós-tratamento
Atingiu o ponto de corte	83,3%	50,41%

Os resultados indicam uma redução significativa nas porcentagens de indivíduos que atingiram o ponto de corte para as escalas de ansiedade social e uma redução ainda mais pronunciada na porcentagem de indivíduos que atingiram o ponto de corte com relação às consequências da halitose.

DISCUSSÃO

A avaliação do novo protocolo para o tratamento das consequências da halitose se demonstrou eficaz por meio da aplicação clínica realizada, com uma expressiva redução das

consequências da halitose e sintomas do TAS. Por meio da exposição ao vivo adequada ao tratamento da halitose, a correlação entre os escores pré e pós-tratamento foram moderadas, sugerindo mudanças nos escores dos pacientes entre as duas aplicações. Aqui não se está considerando os resultados do tratamento do hálito e sim a diminuição dos sintomas de ansiedade social e das consequências da halitose. Com relação à análise das médias do ICH, SPIN e Mini-SPIN pré e pós-tratamento, houve uma diferença estatística significativa entre as amostras nos três quesitos analisados, com melhor resultado para o ICH, o mesmo correndo com relação às magnitudes, com o ICH obtendo o resultado mais expressivo. Outro dado importante foi a redução significativa na comparação entre as porcentagens dos voluntários que atingiram os pontos de corte para o SPIN, Mini-SPIN e ICH pré e pós-tratamento. Esses dados demonstram uma redução significativa na média dos escores das consequências da halitose e dos sintomas de ansiedade social reforçando a importância da exposição ao vivo na extinção do medo (Marks, 1987; Mattick et al., 1995; Schneier et al., 1995; Turner et al., 1994). A técnica de exposição ao vivo implica no confronto direto e graduado aos objetos ou situações temidas, com o medo tendendo a diminuir por meio da habituação durante a exposição sistemática aos estímulos (Butler, Cullington, Munby, Amies, & Gelder, 1984) Alguns fatores que facilitam facilitando a adesão do paciente ao tratamento com um maior comprometimento são o fato dele fazer a checagem do hálito somente após o controle da halitose e com alguém em quem ele confie, dele conhecer como a exposição ao vivo ocorrerá, compreendendo seus mecanismos e dele vir às consultas de retorno para fazer ajustes no tratamento (Conceição, 2013a).

Apesar de mais de 80% dos participantes terem realizado apenas uma consulta, 62,6% informaram uma significativa melhora em sua espontaneidade e segurança em relação ao início do tratamento, com uma porcentagem semelhante de participantes

seguindo o tratamento com dedicação e checando o hálito com um confidente. Esse fato reforça a importância de checar o hálito com um confidente (Eli et al., 2001; Rosenberg, 2009; Seemann et al., 2014), além de ser essencial se dedicar ao tratamento, pois diferente de outras áreas odontológicas, onde o paciente apenas abre a boca, o dentista realiza o procedimento e o tratamento deu certo, no tratamento da halitose a participação ativa do paciente para conquistar e manter os resultados é de extrema importância (Conceição, 2013a; Conceição & Chelegon, 2011).

A amostra de 156 voluntários teve resultados diferentes de estudos anteriores, especialmente no que diz respeito ao número de indivíduos com halitose subjetiva, outrora classificados com pseudohalitose ou halitofobia (Quirynen et al., 2009; Seemann et al., 2006; Suzuki et al., 2011; Suzuki et al., 2008; Zurcher & Filippi, 2012). Um dos fatores que justificam esse fato é devido aos voluntários terem suspendido a limpeza de suas línguas por 24 horas antes da consulta de avaliação do hálito. Em relação ao grau de propagação da halitose, 64,10% dos voluntários tinham um hálito normal, levemente alterado ou uma halitose leve, próximo aos resultados encontrados por Oho et al. (2001), no qual 55% dos pacientes tinham um hálito normal ou apenas levemente alterado. Entretanto, no que diz respeito às consequências da halitose, a média dos escores no ICH dos indivíduos que tinham queixa em ter halitose foi de 15,77 (em 18 pontos possíveis). Esses dados indicam que quase dois terços dos voluntários tinham o hálito normal, levemente alterado ou uma halitose leve, mas 91% destes apresentavam uma forte convicção em ter halitose, com mudanças de comportamento, retraimento social, profissional e afetivo, desvalorizar-se, com sentimento de baixa autoestima, ter pensamentos de insegurança relacionados à halitose e interpretação de gestos e atitudes normais das pessoas como se fossem expressões de repugnância ao seu hálito, o que certamente impactava muito negativamente

suas vidas. Esses dados eram esperados, pois são bem similares aos obtidos em uma investigação clínica realizada anteriormente com o ICH (Conceição, 2013a; Conceição & Chelegon, 2011).

No que se refere à origem da halitose, 95,76% dos voluntários tinham halitose bucal e 4,24% halitose extrabucal transportada pelo sangue simultaneamente à uma halitose bucal. Com relação aos índices de halitose bucal e extrabucal, os dados do presente estudo são similares a estudos recentes (Quirynen et al., 2009; Seemann et al., 2006; Zurcher & Filippi, 2012), mas diferem no sentido que 100% da amostra com halitose tinham causas bucais, ainda que 4,24% destes com halitose extrabucal ocorrendo simultaneamente. Nesse aspecto, uma possibilidade a ser investigada é que os estudos anteriores não utilizavam o teste organolético nasal rotineiramente em conjunto ao teste bucal e, consequentemente, deixavam de realizar o diagnóstico da origem da halitose utilizando esta técnica (Conceição, 2011). Além disso, não solicitavam aos participantes que suspendessem a limpeza da língua nas 24 horas anteriores à consulta de avaliação inicial.

Com relação às reavaliações realizadas com seis participantes com hálito normal, selecionados aleatoriamente para fazerem uma nova medição do hálito após suspenderem a limpeza de suas línguas por 48 horas, os resultados trazem uma reflexão sobre os casos de pacientes diagnosticados com hálito normal na consulta inicial. Estes somente podem ser classificados como não tendo halitose após algumas avaliações seriadas serem realizadas. Para que esta classificação seja feita corretamente, outros critérios também deveriam ser utilizados como, por exemplo, se a halitose é percebida por familiares ou amigos, se existem causas presentes que possam causar mau hálito (saburra lingual, gengivite, cáseos amigdalianos) ou se o indivíduo têm hábitos alimentares que possam alterar o hálito com frequência. Nesses casos, pode ser que o mais seguro seja classificar o indivíduo como

tendo um hálito normal no momento da consulta inicial, mas que no dia a dia tem uma halitose intermitente (Conceição, 2013a).

Com relação ao diagnóstico de halitose subjetiva, além de ter um hálito normal e a ausência de motivos para ter halitose, sendo aceito no máximo uma saburra grau um leve, outros importantes fatores a serem analisados nesses pacientes são que, apesar de terem perguntado a alguém, seu hálito sempre esteve normal e que o principal fator que os levam a acreditar que têm halitose é pela reação das pessoas, pois esse é um indício totalmente subjetivo que indica que seu hálito possa estar alterado. Nesses pacientes o importante é tratar preventivamente a halitose e, a seguir, tratar as consequências da halitose, que sua forte convicção desenvolveu. Uma importante ferramenta de diagnóstico nesses casos é verificar a presença de sintomas indicativos do transtorno de ansiedade social e, caso sua insegurança persista, encaminhá-lo para tratamento especializado na área de saúde mental, conjunto ao tratamento da halitose (Conceição, 2013a; Conceição & Chelegon, 2011).

CONCLUSÃO

O diagnóstico das consequências da halitose, realizado por meio do ICH, demonstrou ser uma ferramenta que possibilita medir o impacto da halitose na vida desses indivíduos, verificando as consequências aversivas da halitose. Também o uso das escalas para avaliar os sintomas de ansiedade social pode ser utilizada clinicamente no tratamento da halitose como ferramenta de triagem para o transtorno de ansiedade social. O presente protocolo se demonstrou eficaz na redução dos escores do ICH e das escalas para avaliar o TAS, especialmente devido ao uso da exposição ao vivo adequada ao tratamento da halitose, com uma melhora na espontaneidade e segurança de uma significativa parcela dos participantes. Todos os passos mencionados no protocolo são inter-relacionados e devem ser seguidos para que os melhores resultados possam ser alcançados. Em outras palavras, é essencial o

processo de aprendizagem do paciente sobre as consequências da halitose e seu tratamento por meio da exposição ao vivo. Quanto mais ele entender este mecanismo, maiores são as chances dele aderir ao tratamento com um maior comprometimento. Nesse sentido, o material didático visando ensinar o paciente como fazer o teste organoléptico bucal e nasal com o confidente, como detectar a origem da halitose (bucal ou sistêmica) e como identificar ou sanar as causas mais comuns da halitose, se estas ocorrerem, deve ter uma linguagem simples, clara e objetiva para facilitar sua aprendizagem. O comprometimento dos pacientes no tratamento da halitose é essencial, pois os profissionais dependem totalmente destes fazerem sua parte com dedicação para que os melhores resultados possam ser alcançados.

Dessa maneira, uma importante limitação deste estudo foi o tempo dedicado às explicações sobre como identificar pelo teste organoléptico a origem das alterações do hálito, bucal ou extrabucal transportada pelo sangue, se estas ocorressem e também como sanar ou identificar estas alterações. Outra limitação foi o número de consultas realizadas, que deveria ser maior, no sentido de reforçar a segurança dos participantes nos retornos por meio do teste organoléptico e da medição do hálito com medidores de enxofre portáteis. Além disso, os critérios para a classificação dos pacientes sem halitose, com halitose objetiva intermitente e halitose subjetiva precisam ser melhor definidos. Estudos futuros devem empregar um material didático focado no processo de aprendizagem do paciente, com o intuito de investir em seu comprometimento com o tratamento, não só do hálito, mas especialmente das consequências aversivas da halitose. Devem também utilizar instrumentos que avaliem o perfil psicopatológico dos pacientes, em especial o TAS, mapear as consequências da halitose, realizar avaliações seriadas para pacientes que tiverem um hálito normal na primeira consulta e ter uma maior duração e acompanhamento dos

pacientes, verificando a real necessidade de encaminhamento dos pacientes para profissionais na área de saúde mental ao final dos tratamentos. É importante ressaltar que este é um estudo preliminar e outros estudos precisam ser realizados (por exemplo, delineamentos mais robustos, como ensaios clínicos randomizados) para que as limitações e pontos fortes deste protocolo sejam melhor conhecidas, visando aprimorá-lo.

REFERÊNCIAS

- Aydin, M., & Harvey-Woodworth, C. N. (2014). Halitosis: a new definition and classification. *British Dental Journal*, 217(1), E1-E1. doi:10.1038/sj.bdj.2014.552
- Bornstein, M. M., Kislig, K., Hoti, B. B., Seemann, R., & Lussi, A. (2009). 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*, 117(3), 261-267. doi:10.1111/j.1600-0722.2009.00630.x
- Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P., & Gelder, M. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(4), 642-650.
- Conceição, M. D. (2011). *Halitosis origin diagnostic technique through oral and nasal organoleptic test*. Paper presented at the 9th Isbor International Meeting, Salvador - Brasil.
- Conceição, M. D. (2013a). Alterações Comportamentais Decorrentes da Halitose (ACDH) *Bom Hálito e Segurança! Metas Essenciais no Tratamento da Halitose* (1 ed., pp. 315-345). Campinas/SP: Arte em Livros.
- Conceição, M. D. (2013b). Classificação das Halitoses *Bom Hálito e Segurança! Metas Essenciais no Tratamento da Halitose* (1 ed., pp. 75-89). Campinas - SP: Arte em Livros.

- Conceição, M. D. (2013c). Técnica diagnóstica da origem das halitoses por meio dos testes organolépticos bucal e nasal *Bom Hálito e Segurança! Metas Essenciais no Tratamento da Halitose* (1 ed., pp. 125-134). Campinas - SP: Arte em Livros.
- Conceição, M. D., & Chelegon, M. A. (2011). *Diagnostic and Treatment of the Behavioral Alterations Due to Halitosis (BADH)*. Paper presented at the 9th Isbor International Meeting, Salvador - Brasil.
- Conceição, M. D., & Marocchio, L. S. (2009). *A new tongue cleaning technique*. Paper presented at the Breath 2009 - 8th ISBOR International Conference on Breath Odour, Dortmund, Germany.
- Conceicao, M. D., Marocchio, L. S., & Tarzia, O. (2008). Evaluation of a new mouthwash on caseous formation. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 74(1), 61-67.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Connor, K. M., Kobak, K. A., Churchill, L. E., Katzelnick, D., & Davidson, J. R. (2001). Mini-SPIN: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 14(2), 137-140.
- Dal Rio, A. C., Nicola, E. M., & Teixeira, A. R. (2007). Halitosis--an assessment protocol proposal. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 73(6), 835-842.
- Dos Santos, L. F. (2012). *Estudo da validade e fidedignidade da escala de ansiedade social de Liebowitz – versão auto-aplicada*. (Doutorado), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - São Paulo.
- Dos Santos, L. F., Loureiro, S. R., Crippa, J. A., & de Lima Osorio, F. (2013). Adaptation and initial psychometric study of the self-report version of Liebowitz Social

- Anxiety Scale (LSAS-SR). *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 17(2), 139-143. doi:10.3109/13651501.2012.710336
- Eli, I., Baht, R., Koriati, H., & Rosenberg, M. (2001). Self-perception of breath odor. *The Journal of the American Dental Association*, 132(5), 621-626.
- Eli, I., Baht, R., Kozlovsky, A., & Rosenberg, M. (1996). The complaint of oral malodor: possible psychopathological aspects. *Psychosomatic Medicine*, 58(2), 156-159.
- Greenman, J., Lenton, P., Seemann, R., & Nachnani, S. (2014). Organoleptic assessment of halitosis for dental professionals--general recommendations. *Journal of Breath Research*, 8(1), 017102. doi:10.1088/1752-7155/8/1/017102
- Guyton, A., & Hall, J. (2006). The Chemical Senses — Taste and Smell *Textbook of Medical Physiology* (11 ed., pp. 668). Philadelphia, PA: Saunders Elsevier.
- Harned, M. S., Dimeff, L. A., Woodcock, E. A., & Skutch, J. M. (2011). Overcoming Barriers to Disseminating Exposure Therapies for Anxiety Disorders: A Pilot Randomized Controlled Trial of Training Methods. *J Anxiety Disord*, 25(2), 155-163. doi:10.1016/j.janxdis.2010.08.015
- Kleinberg, I., & Codipilly, D. M. (2002). Cysteine challenge testing: a powerful tool for examining oral malodour processes and treatments in vivo. *International Dental Journal*, 52 Suppl 3, 221-228.
- Kursun, S., Acar, B., Atakan, C., Öztas, B., & Paksoy, C. S. (2014). Relationship between genuine and pseudohalitosis and social anxiety disorder. *Journal of Oral Rehabilitation*, 41(11), 822-828. doi:10.1111/joor.12206
- Lindhe, J., Lang, N. P., Karring, T., & (eds). (2008). *Clinical periodontology and implant dentistry* (5 ed.). Oxford: Blackwell Munksgaard.

- Malmacher, L. J. (2000). A new protocol for halitosis treatment. *Dent Today*, 19(9), 122-125.
- Marks, M. I. (1987). *Fears, phobias and rituals: Panic, Anxiety and their Disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Mattick, R. P., Page, A., & Lampe, L. (1995). Cognitive and behavioral aspects. In M. D. Stein (Ed.), *Social phobia: Clinical and research perspectives*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Miyazaki, H., Arao, M., Okamura, K., Y., K., Toyofuku, A., K., H., & Yaegaki, K. (1999). Tentative classification of halitosis and its treatment needs. *Niigata Dental Journal*, 32, 7-11.
- Murata, T., Yamaga, T., Iida, T., Miyazaki, H., & Yaegaki, K. (2002). Classification and examination of halitosis. *International Dental Journal*, 52(3), 181-186.
- Oho, T., Yoshida, Y., Shimazaki, Y., Yamashita, Y., & Koga, T. (2001). Psychological condition of patients complaining of halitosis. *Journal of Dentistry*, 29(1), 31-33.
- Osorio Fde, L., Crippa, J. A., & Loureiro, S. R. (2009). Cross- cultural validation of the Brazilian Portuguese version of the Social Phobia Inventory (SPIN): study of the items and internal consistency. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 25-29.
- Quirynen, M., Dadamio, J., Van den Velde, S., De Smit, M., Dekeyser, C., Van Tornout, M., & Vandekerckhove, B. (2009). Characteristics of 2000 patients who visited a halitosis clinic. *Journal of Clinical Periodontology*, 36(11), 970-975. doi:10.1111/j.1600-051X.2009.01478.x
- Quirynen, M., Van den Velde, S., Vandekerckhove, B., & Dadamio, J. (2012). Oral Malodor. In M. G. Newman, H. H. Takei, P. R. Klokkevold, & F. A. Carranza

- (Eds.), *Carranza's clinical periodontology* (11 ed., pp. 331–338). St. Louis, Mo: Elsevier/Saunders.
- Richard, D. C., & Lauterbach, D. (2011). *Handbook of exposure therapies*: Academic Press.
- Richter, J. L. (1996). Diagnosis and treatment of halitosis. *Compendium of Continuing Education in Dentistry*, 17(4), 370-372, 374-376 passim; quiz 388.
- Rosenberg, M. (1996). Clinical assessment of bad breath: current concepts. *The Journal of the American Dental Association*, 127(4), 475-482.
- Rosenberg, M. (2009). *Save Your Breath*: Smellwell.com publishing.
- Rytwinski, N. K., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Coles, M. E., Liebowitz, M. R., Cissell, S., . . . Hofmann, S. G. (2009). Screening for social anxiety disorder with the self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Depression and Anxiety*, 26(1), 34-38. doi:10.1002/da.20503
- Schneier, F. R., Marshall, R. D., Street, L., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1995). Social phobia and specific phobias. In G. O. Gabbard (Ed.), *Treatment of psychiatric disorders* (Vol. 2). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Seemann, R., Bizhang, M., Djamchidi, C., Kage, A., & Nachnani, S. (2006). The proportion of pseudo-halitosis patients in a multidisciplinary breath malodour consultation. *International Dental Journal*, 56(2), 77-81.
- Seemann, R., Conceicao, M. D., Filippi, A., Greenman, J., Lenton, P., Nachnani, S., . . . Rosenberg, M. (2014). Halitosis management by the general dental practitioner—results of an international consensus workshop. *Journal of Breath Research*, 8(1), 017101. doi: 017110.011088/011752-017155/017108/017101/017101.

- Suzuki, N., Yoneda, M., Naito, T., Inamitsu, T., Yamada, K., Okada, I., . . . Hirofuji, T. (2011). Association between oral malodour and psychological characteristics in subjects with neurotic tendencies complaining of halitosis. *International Dental Journal*, 61(2), 57-62. doi:10.1111/j.1875-595X.2011.00014.x
- Suzuki, N., Yoneda, M., Naito, T., Iwamoto, T., & Hirofuji, T. (2008). Relationship between halitosis and psychologic status. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*, 106(4), 542-547. doi:10.1016/j.tripleo.2008.03.009
- Tangerman, A., & Winkel, E. G. (2010). Extra-oral halitosis: an overview. *Journal of Breath Research*, 4(1), 017003. doi:10.1088/1752-7155/4/1/017003
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Cooley, M. R., Woody, S. R., & Messer, S. C. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia: Social effectiveness therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32(4), 381-390.
- Yaegaki, K., & Coil, J. M. (2000). Examination, classification, and treatment of halitosis; clinical perspectives. *Journal of the Canadian Dental Association*, 66(5), 257-261.
- Yaegaki, K., Matudaira, S., Sano, S., & Kitamura, T. (1996). Attitudes towards one's and other's oral malodour. In D. van Stenberghe & M. Rosenberg (Eds.), *Bad breath: A Multidisciplinary Approach* (pp. 217-230). Belgium: Leuven University Press.
- Zaitsu, T., Ueno, M., Shinada, K., & Kawaguchi, Y. (2010, July 14-17). *Relationship between Social Anxiety Disorder and Halitosis*. Paper presented at the IADR General Session, Barcelona.
- Zaitsu, T., Ueno, M., Shinada, K., Wright, F. A., & Kawaguchi, Y. (2011). Social anxiety disorder in genuine halitosis patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 94. doi:10.1186/1477-7525-9-94

Zurcher, A., & Filippi, A. (2012). Findings, diagnoses and results of a halitosis clinic over a seven year period. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*, 122(3), 205-216.

CAPÍTULO 5

CONCLUSÃO

Considerando as consequências aversivas que os indivíduos com queixa em ter halitose desenvolvem devido à convicção que seu hálito é forte e percebido pelos demais e também as relações com os sintomas típicos do transtorno da personalidade evitativo e do transtorno de ansiedade social, o objetivo desta dissertação foi investigar a relação entre indivíduos com queixa de halitose e os sintomas relacionados a esses funcionamentos patológicos. Conforme esperado, o presente estudo demonstrou que indivíduos com queixa em ter halitose e com altas pontuações no Inventário de Consequências da Halitose (ICH) têm expressivas características de ansiedade social e transtorno da personalidade evitativo, manifestadas pelos resultados expressivos da dimensão Evitação à Críticas, sugerindo que indivíduos com alta pontuação no ICH têm maior probabilidade em ter ansiedade social. O ICH apresentou uma boa capacidade em discriminar os grupos com queixa e sem queixa em ter halitose, demonstrando ser uma ferramenta que possibilita medir o impacto da halitose na vida desses indivíduos, verificando as consequências aversivas da halitose. Também o uso das escalas para avaliar os sintomas de ansiedade social pode ser utilizada clinicamente no tratamento da halitose como ferramenta de triagem para o transtorno de ansiedade social. O protocolo para tratamento das consequências da halitose se demonstrou eficaz na redução dos escores do ICH e das escalas para avaliar o TAS, especialmente devido ao uso da exposição ao vivo adequada ao tratamento da halitose, com uma melhora na espontaneidade e segurança de uma significativa parcela dos participantes.

Uma importante limitação deste estudo foi o tempo dedicado às explicações aos participantes sobre como identificar pelo teste organoléptico a origem das alterações do hálito, bucal ou extrabucal transportada pelo sangue, se estas ocorressem e também como

sanar ou identificar estas alterações. Outra limitação deste estudo foi o tamanho do grupo sem queixa em ter halitose, que após utilizar os critérios de inclusão de não ter queixa em ter halitose e ter baixa pontuação no ICH, ficou com um número reduzido de participantes. Finalmente, o número de consultas realizadas com os participantes, para que nas consultas de retorno estes pudessem ter sua segurança reforçada mediante a avaliação do seu hálito pelo profissional e por monitores medidores de enxofre portáteis. Estudos futuros devem empregar um material didático focado no processo de aprendizagem do paciente, com o intuito de investir em seu comprometimento com o tratamento, não só do hálito, mas especialmente das consequências aversivas da halitose. Devem também utilizar uma amostra maior de participantes sem queixa em ter halitose e investigar as dimensões, Isolamento e Excentricidade, além da dimensão Evitação à Críticas, por estas também apresentarem resultados expressivos nesse subgrupo da população. O ideal também é terem uma duração maior e maior acompanhamento dos participantes, além de realizar avaliações seriadas para pacientes que tiverem um hálito normal na primeira consulta. É importante ressaltar que este é um estudo preliminar e outros estudos precisam ser realizados para confirmar os resultados obtidos e para conhecer as limitações do ICH e protocolo Halitus, no sentido de aprimorá-los. Nesse sentido um estudo de longo prazo, com pelo menos um ano de acompanhamento dos pacientes seria o ideal, para que ao término desse possam ser avaliados em que proporção a exposição ao vivo foi suficiente para os participantes recuperarem sua segurança, espontaneidade e uma boa autoestima e quantos necessitaram de encaminhamento para um profissional na área de saúde mental, para tratamento conjunto ao tratamento da halitose.

REFERÊNCIAS

- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*: American Psychiatric Publishing Incorporated.
- Bornstein, M. M., Kislig, K., Hoti, B. B., Seemann, R., & Lussi, A. (2009b). 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*, 117(3), 261-267. doi:10.1111/j.1600-0722.2009.00630.x
- Chagas, M. H. N., Nardi, A. E., Manfro, G. G., Hetem, L. A. B., Andrada, N. C., Levitan, M. N., . . . Crippa, J. A. S. (2010). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o diagnóstico e diagnóstico diferencial do transtorno de ansiedade social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, 444-452. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000400019&nrm=iso
- Conceição, M. D. (2011). *Halitosis origin diagnostic technique through oral and nasal organoleptic test*. Paper presented at the 9th Isbor International Meeting, Salvador - Brasil.
- Conceição, M. D. (2013a). Alterações Comportamentais Decorrentes da Halitose (ACDH) *Bom Hálito e Segurança! Metas Essenciais no Tratamento da Halitose* (1 ed., pp. 315-345). Campinas/SP: Arte em Livros.
- Conceição, M. D. (2013b). Histórico e Prevalência. *Bom Hálito e Segurança! Metas Essenciais no Tratamento da Halitose* (1 ed., pp. 26-27). Campinas/SP: Arte em Livros.

- Conceição, M. D., & Chelegon, M. A. (2011). *Diagnostic and Treatment of the Behavioral Alterations Due to Halitosis (BADH)*. Paper presented at the 9th Isbor International Meeting, Salvador - Brasil.
- Dal Rio, A. C., Nicola, E. M., & Teixeira, A. R. (2007). Halitosis--an assessment protocol proposal. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 73(6), 835-842.
- Eli, I., Baht, R., Koriati, H., & Rosenberg, M. (2001). Self-perception of breath odor. *The Journal of the American Dental Association*, 132(5), 621-626.
- Eli, I., Baht, R., Kozlovsky, A., & Rosenberg, M. (1996). The complaint of oral malodor: possible psychopathological aspects. *Psychosomatic Medicine*, 58(2), 156-159.
- Kursun, S., Acar, B., Atakan, C., Öztas, B., & Paksoy, C. S. (2014). Relationship between genuine and pseudohalitosis and social anxiety disorder. *Journal of Oral Rehabilitation*, 41(11), 822-828. doi:10.1111/joor.12206
- Liu, X. N., Shinada, K., Chen, X. C., Zhang, B. X., Yaegaki, K., & Kawaguchi, Y. (2006). Oral malodor-related parameters in the Chinese general population. *Journal of Clinical Periodontology*, 33(1), 31-36. doi:10.1111/j.1600-051X.2005.00862.x
- Malcmacher, L. J. (2000). A new protocol for halitosis treatment. *Dentistry Today*, 19(9), 122-125.
- Miyazaki, H., Sakao, S., Katoh, Y., & Takehara, T. (1995). Correlation between volatile sulphur compounds and certain oral health measurements in the general population. *Journal of Periodontology*, 66(8), 679-684.
- Murata, T., Yamaga, T., Iida, T., Miyazaki, H., & Yaegaki, K. (2002). Classification and examination of halitosis. *International Dental Journal*, 52(3), 181-186.
- Richard, D. C., & Lauterbach, D. (2011). *Handbook of exposure therapies*: Academic Press.

- Richter, J. L. (1996). Diagnosis and treatment of halitosis. *Compend Contin Educ Dent*, 17(4), 370-372, 374-376 passim; quiz 388.
- Rosenberg, M. (1996). Clinical assessment of bad breath: current concepts. *The Journal of the American Dental Association*, 127(4), 475-482.
- Rosenberg, M. (2009). *Save Your Breath*: Smellwell.com publishing.
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), 1115-1125.
- Yaegaki, K., & Coil, J. M. (2000). Examination, classification, and treatment of halitosis; clinical perspectives. *Journal of the Canadian Dental Association*, 66(5), 257-261.
- Yaegaki, K., Matudaira, S., Sano, S., & Kitamura, T. (1996). Attitudes towards one's and other's oral malodour. In D. van Stenberghe & M. Rosenberg (Eds.), *Bad breath: A Multidisciplinary Approach* (pp. 217-230). Belgium: Leuven University Press.
- Yokoyama, S., Ohnuki, M., Shinada, K., Ueno, M., Wright, F. A., & Kawaguchi, Y. (2010). Oral malodor and related factors in Japanese senior high school students. *Journal of School Health*, 80(7), 346-352. doi:10.1111/j.1746-1561.2010.00512.x
- Zaitso, T., Ueno, M., Shinada, K., & Kawaguchi, Y. (2010, July 14-17). *Relationship between Social Anxiety Disorder and Halitosis*. Paper presented at the IADR General Session, Barcelona.
- Zaitso, T., Ueno, M., Shinada, K., Wright, F. A., & Kawaguchi, Y. (2011). Social anxiety disorder in genuine halitosis patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 94. doi:10.1186/1477-7525-9-94

ANEXO I

INVENTÁRIO DAS CONSEQUÊNCIAS DA HALITOSE (ICH)

Assinalar SIM se já tiver tido, 2 vezes ou mais, alguma das 18 consequências da halitose abaixo:		SIM	NÃO
1.	Por causa do mau hálito, você fala menos?		
2.	Por causa do mau hálito, você desvia o rosto enquanto fala com alguém?		
3.	Por causa do mau hálito, você evita falar próximo aos outros?		
4.	Por causa do mau hálito você usa balas, chicletes ou enxaguatório bucal para disfarçar ou mascarar seu hálito?		
5.	Você tem pensamentos de dúvida com relação ao mau hálito (por exemplo: “será que estou com mau hálito”, “será que está forte”, etc.)?		
6.	Por causa do mau hálito, você coloca a mão na frente da boca ao falar?		
7.	Você acredita que se deixar de ter mau hálito você será uma pessoa mais espontânea socialmente?		
8.	Você acredita que se deixar de ter mau hálito você será uma pessoa mais espontânea profissionalmente?		
9.	Você acredita que se deixar de ter mau hálito você será uma pessoa mais espontânea afetivamente?		
10.	Por causa do mau hálito já se percebeu falando para “dentro” (prendendo o ar), em uma situação em que precisou falar muito próximo de alguém?		
11.	Por causa do mau hálito, em ambientes fechados e com muitas pessoas, como um carro ou elevador lotado, você fala menos?		
12.	Por causa do mau hálito você passou a caprichar mais na sua higiene bucal (escovação dos dentes, uso de fio dental e/ou limpeza da língua)?		
13.	Por causa do mau hálito, você já deixou de sair, comparecer a um evento social ou compromisso?		
14.	Se resolver seu problema de mau hálito, sua autoestima irá melhorar?		
15.	Já ocorreu de alguém próximo a você passar a mão no nariz e você achar que foi por causa de seu mau hálito?		
16.	Já ocorreu de te oferecerem uma bala e você achar que foi por causa de seu mau hálito?		
17.	Já ocorreu de alguém com quem você estivesse conversando se afastar um pouco ou virar o rosto enquanto você falava, ou levantasse quando você se sentasse a seu lado, e você achar que foi por causa de seu mau hálito?		
18.	Você acredita já ter ouvido comentários (indiretos e/ou de terceiros) sobre seu mau hálito?		

ANEXO II

APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA – PLATAFORMA BRASIL

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA																	
DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA																	
Título da Pesquisa: RELAÇÃO ENTRE CARACTERÍSTICAS PATOLÓGICAS DA PERSONALIDADE E ANSIEDADE SOCIAL EM INDIVÍDUOS COM QUEIXA DE HALITOSE Pesquisador Responsável: Mauricio Duarte da Conceição Área Temática: Versão: 2 CAAE: 36081314.4.0000.5514 Submetido em: 06/10/2014 Instituição Proponente: Universidade São Francisco-SP Situação da Versão do Projeto: Aprovado Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável Patrocinador Principal: Financiamento Próprio																	
																	
Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_388701																	
DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA																	
Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 2 - Projeto Original (PO) - Versão 2 - Curriculo dos Assistentes - Documentos do Projeto - Folha de Rosto - Submissão 1 - Informações Básicas do Projeto - Subm - Outros - Submissão 1 - Projeto Detalhado / Brochura Investigad - TCLE / Termos de Assentimento / Justi - Apreciação 1 - Universidade São Francisc - Projeto Completo				<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo de Documento</th> <th>Situação</th> <th>Arquivo</th> <th>Postagem</th> <th>Ações</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5"> </td> </tr> </tbody> </table>				Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações					
Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações													
LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO																	
Apreciação *	Pesquisador Responsável *	Versão *	Submissão *	Modificação *	Situação *	Exclusiva do Centro Coord. *	Ações										
PO	Maurício Duarte da Conceição	2	06/10/2014	31/10/2014	Aprovado	Não	   										
HISTÓRICO DE TRÂMITES																	
Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações										
PO	15/09/2014 19:16:39	Parecer do relator emitido			Universidade São Francisco-SP	Universidade São Francisco-SP											
PO	15/09/2014 18:57:29	Aceitação de Elaboração de Relatoria			Universidade São Francisco-SP	Universidade São Francisco-SP											
PO	15/09/2014 10:18:10	Confirmação de Indicação de Relatoria			Universidade São Francisco-SP	Universidade São Francisco-SP											
PO	12/09/2014 14:02:13	Indicação de Relatoria			Universidade São Francisco-SP	Universidade São Francisco-SP											
PO	12/09/2014 14:01:57	Aceitação do PP			Universidade São Francisco-SP	Universidade São Francisco-SP											
PO	11/09/2014 18:12:28	Submetido para avaliação do CEP		Pesquisador Principal	PESQUISADOR RESPONSÁVEL	Universidade São Francisco-SP											
« « Ocorrência 11 a 16 de 16 registro(s) » »																	