



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

**Esquiva social e medo de avaliação negativa em
pacientes portadores de halitose: Estudo de
intervenção**

Fernando Lima da Silva

Salvador (Bahia)
Outubro, 2016

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal da Bahia
Sistema de Bibliotecas
Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira

Lima da Silva, Fernando

Esquiva social e medo de avaliação negativa em pacientes portadores de halitose: estudo de intervenção / Fernando Lima da Silva. (Salvador, Bahia): Silva, FL, 2016.

viii, 46 f.

Professor orientador: Miriam Elza Gorender.
Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, 2016.

Palavras chaves: 1. Halitose. 2. Transtornos fóbicos. 3. Medo. 4. Ansiedade. I. Gorender, Miriam Elza. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Esquiva social e medo de avaliação negativa em pacientes portadores de halitose: estudo de intervenção.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Esquiva social e medo de avaliação negativa em pacientes portadores de halitose: Estudo de intervenção

Fernando Lima da Silva

Professor orientador: **Miriam Elza Gorender**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2016.1, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Outubro, 2016

Monografia: *Esquiva social e medo de avaliação negativa em pacientes portadores de halitose: estudo de intervenção*, de **Fernando Lima da Silva**.

Professor orientador: **Miriam Elza Gorender**

COMISSÃO REVISORA:

- **Miriam Elza Gorender** (Presidente, Professor orientador), Professora do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Milton Ricardo de Abreu Roque**, Professor do Departamento de Bio-Interação do Instituto de Ciências da Saúde.
- **Liliane Elze Falcao Lins Kusterer**, Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:

Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no X Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2016.

Cada um tem sua raridade: selo, flor, dente de elefante. Uns têm até felicidade! Eu tenho ...
(extraído do poema “Retrato Falante”, de **Cecília Meireles**)

**Aos Meus Pais, Francisco
Cruz e Maria Aparecida
Lima**

EQUIPE

- Fernando Lima da Silva, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: nandolyma@gmail.com; e
- Professor orientador: Miriam Elza Gorender.

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

CENTRO MÉDICO CENTENÁRIO

- Clínica Kolbe de Pesquisa e Tratamento do Hábito

FONTES DE FINANCIAMENTO

Recursos próprios.

AGRADECIMENTOS

- ◆ À minha Professora orientadora, Doutora **Miriam Elza Gorender**, por toda orientação, de fato, no decorrer da concepção da monografia, bem como toda a sua disponibilidade de tempo e solicitude e por todo aprendizado passado para mim durante esse tempo. Levarei todos eles por toda minha vida. Agradeço também por ser um exemplo de professora e de compromisso para com o estudante.
- ◆ Aos Professores **Milton Ricardo de Abreu Roque** e **Liliane Elze Falcao Lins Kusterer**, membros da Comissão Revisora desta Monografia, por terem disponibilizado o seu tempo e pela atenção durante a construção desse trabalho, tornando-o melhor.
- ◆ Ao professor **Fernando Martins Carvalho**, pela contribuição na configuração da metodologia deste trabalho e pela enorme ajuda na parte de análise estatística do estudo.
- ◆ Ao amigo **Jerry Lavelle Oliveira Lima**, acadêmico do curso de Direito, pela ajuda e solicitude nas questões gráficas e de formatação, ajudando sempre que requisitado e contribuindo para a construção e ajustamento do trabalho na reta final.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE TABELAS	2
I. RESUMO	3
II. OBJETIVOS	4
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
III.1. Halitose	5
III.2. Esquiva social	8
IV. METODOLOGIA	11
IV.1. Desenho de estudo	11
IV.2. Aplicação de escalas	11
IV.3. Avaliação das escalas	12
IV.4. Amostra	12
IV.5. Critérios de inclusão e exclusão	12
IV.5.1. Inclusão	12
IV.5.2. Exclusão	12
IV.6. Possíveis vieses	12
IV.6.1. Vies de seleção	12
IV.6.2. Vies de perda de seguimento	13
IV.7. Riscos e benefícios	13
IV.7.1. Benefícios	13
IV.7.2. Riscos	13
IV.8. Aspectos éticos	13
VI. RESULTADOS	15
VII. DISCUSSÃO	18
VIII. CONCLUSÃO	23
IX. SUMMARY	24
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
X. ANEXOS	27
• ANEXO I: Escala de medo da avaliação negativa	28
• ANEXO II: Escala de esquiva e desconforto social	29
• ANEXO III: Termo de consentimento livre esclarecido	30
• ANEXO IV: Comprovante de parecer do CEP/FMB-UFBA	32

ÍNDICE DE TABELAS

TABELAS

TABELA 1. Variáveis sociodemográficas dos participantes da pesquisa	15
TABELA 2. Pontuações nas escalas de “Esquiva e desconforto social” e “Medo de avaliação negativa” antes e depois do tratamento para halitose	16
TABELA 3. Média, mediana e desvio padrão das pontuações gerais obtidas nas escalas de “Esquiva e desconforto social” e “Medo de avaliação negativa” antes e depois do tratamento para halitose	17

I. RESUMO

ESQUIVA SOCIAL E MEDO DE AVALIAÇÃO NEGATIVA EM PACIENTES PORTADORES DE HALITOSE: ESTUDO DE INTERVENÇÃO. Introdução:

Trata-se de um estudo de intervenção, no qual foram aplicadas as escalas de Watson e Friend de “Esquiva e Desconforto Social” e “Medo de Avaliação Negativa”, entre os pacientes que procuraram tratamento para halitose e foram diagnosticados com halitose real, na Clínica Kolbe de Pesquisa e Tratamento do Hálito. Há muito poucos estudos sobre halitose e suas consequências psíquicas e sociais e este trabalho busca ajudar a preencher esta lacuna. **Objetivos:** Verificar a frequência do grau de esquiva social e de medo de avaliação negativa em pacientes portadores de halitose antes e depois do tratamento. **Métodos:** aplicação das escalas entre os pacientes que procuraram tratamento para halitose, e foram diagnosticados com halitose real, antes e após tratamento. **Resultados:** A maioria dos participantes da pesquisa pertenciam ao sexo feminino e a idade variou de 19 a 63 anos. 57,3% dos pacientes tiveram um tempo de tratamento maior que quatro meses. **Discussão:** Os resultados demonstraram que a declinação das pontuações obtidas pelos pacientes portadores de halitose em ambas escalas depois do tratamento, traduz na melhora do medo de ser avaliado negativamente e na questão da ansiedade, bem como no grau esquiva e no desconforto em ambiente social. **Conclusão:** Pacientes tratados para halitose real, sem alterações do perfil psicopatológico, melhoram significativamente do grau de medo de avaliação negativa e da esquiva social.

Palavras-chave: Halitose; Transtornos fóbicos; Medo; Ansiedade.

II. OBJETIVO

PRIMÁRIO

Verificar a frequência do grau de esquiva social e de medo de avaliação negativa em pacientes portadores de halitose antes e depois do tratamento.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

III.1. Halitose

Hipócrates, o Pai da Medicina, na Grécia Antiga já fazia referência a uma disfunção hoje popularmente conhecida por diversas denominações, dentre as quais “mau hálito”, e cientificamente abordada sob a terminologia “halitose” ou “ozostomia”. Não se trata de uma doença, mas de uma alteração do odor oral, indicativa da existência de desordens de origem local ou sistêmica. A halitose é um problema que atravessa a história, a cultura, a raça e o sexo. Escritos sobre halitose datam dos tempos dos gregos e romanos (Rosenberg, 2003).

O termo Halitose deriva do latim halitus “ar expirado” e osis “alteração patológica” (Cisternas & Bydlowski, 1998). O hálito fétido decorre da emanção de odoríferos, ou seja, substâncias de baixo peso molecular, voláteis e com odor ofensivo ao olfato humano, que se dispersam no ar, sensibilizando o epitélio olfativo. Não é considerada uma doença por si, mas sim uma condição anormal do hálito, patológica ou fisiológica, que precisa ser diagnosticada e tratada (Tárzia, 2003).

Os odores são pistas essenciais na criação e conservação de vínculos sociais, pois estão impregnados de valores culturais (Elias & Ferriani, 2006). A halitose já preocupava os antigos, havendo referências desde 1550 a.C., ainda em papiros. Ter um hálito fragrante na Antiguidade era exalar a doçura da vida e atestar a pureza da alma de uma pessoa (Classen et al, 1996).

No entanto, somente em 1898 a halitose foi estudada e descrita por Howe em literatura científica, passando a ser considerada uma entidade clínica. Uma das primeiras publicações brasileiras conhecidas data de 1962, escrita pelo então Cirurgião-Dentista, Nelson Thomaz Lascala, sob o tema “A Halitose em Pacientes com Moléstias Periodontais” (Carvalho et al, 2008).

Sua etiologia é sempre multifatorial e seu tratamento multidisciplinar, podendo ser: Preventivo, mascarador, curativo ou ainda misto. Existem mais de 60 origens para a Halitose (Tárzia, 2003). Podem ser simples como uma má higiene oral ou até mais complexas como o diabetes, passando por origens que estão se tornando muito

frequentes nos tempos modernos como o estresse, a hipossalivação, a ingestão insuficiente de água, mudança de hábitos alimentares, prisão de ventre, rinite, hipoglicemia entre outras (Gorender & Kolbe, 2004).

A halitose pode acometer pessoas de ambos os sexos, bem como não possui uma idade específica para ocorrer, mas em sua grande maioria afeta pessoas na faixa etária dos 21 aos 50 anos de idade (Carvalho et al, 2008). Segundo Tárzia (2003), cerca de 30% da população brasileira apresentava alguma forma de mau odor oral com potenciais consequências biopsicossociais. Da população que sofre de mau hálito, aproximadamente 50% experimenta um problema severo, criando desconforto pessoal e social (Cartaxo & Padilha, 2010).

A halitose matinal, também conhecida como fisiológica, ocasionalmente atinge indistintamente 100% da população mundial, devido à diminuição do fluxo salivar durante o sono (Marchior, 2002). Outra forma de halitose fisiológica é o mau cheiro temporário causado por algum componente específico da dieta como álcool, cebola e alho. A halitose fisiológica é uma condição transitória, geralmente controlada com uma boa higiene bucal. O grande problema é a halitose patológica, que é muito mais intensa e persistente (Volpato & Volpato, 2008).

Fundamentos básicos, bem como tipos de pacientes existentes, tipos de halitose e de seus compostos voláteis, mecanismos de formação desses compostos e locais de formação dos mesmos, são de extrema importância para elaboração do diagnóstico e plano de tratamento adequado para cada caso (Falcão & Vieira, 2003).

Os pacientes podem ser classificados em: tipo I (portador consciente de halitose real), tipo II (portador inconsciente de halitose real) e tipo III (portador condicionado de pseudo-halitose) (Falcão & Vieira, 2003; Carvalho et al, 2008). A halitose real caracteriza-se pela presença de odoríferos no fluxo expiratório e a pseudo-halitose (halitose imaginária) pela ausência de odoríferos, entretanto, existe uma alteração senso-perceptivo gustativa e/ou olfativa que leva o indivíduo a acreditar possuir halitose. Os odoríferos são classificados em: à base de enxofre, os compostos sulfurados voláteis (CSV); à base dos produtos da putrefação, os compostos orgânicos voláteis (COV); à base dos produtos aromáticos; e à base subprodutos aromáticos (Falcão & Vieira, 2003).

A percepção sobre a halitose é variável entre os seus portadores. Existem quatro grupos de indivíduos em relação à halitose: Os que têm halitose e não sabem; Os que têm halitose e não se preocupam; Os que têm halitose, sabem que têm, e se preocupam; Os que não têm halitose e acreditam que tem. Os pacientes que têm halitose e não sabem e os que têm e não se preocupam, não desenvolvem alterações comportamentais significativas, por não terem consciência de seu problema ou por não o levarem a sério. Entretanto, os grupos 3 e 4, que representam a grande maioria de pacientes, têm queixa em ter halitose e tendem a desenvolver muitas alterações comportamentais (Conceição, 2013).

Segundo Rocha (2003), anamnese, ectoscopia, oroscopia, método organoléptico, halitometria, avaliação dos padrões salivares, exames por imagem, avaliação dos hábitos alimentares, exames laboratoriais e testes microbiológicos destacam-se entre os métodos de diagnósticos mais utilizados em pacientes com mau hálito.

Devido à etiologia multifatorial da halitose, não existe terapêutica padrão para o seu tratamento. A avaliação geral da saúde do indivíduo fornecerá subsídios para prescrição de exames complementares, bem como para a necessidade de uma abordagem transdisciplinar. O sucesso do tratamento da halitose consiste, em geral, na redução dos compostos voláteis de enxofre, bem como de outras substâncias desagradáveis. Desse modo, a maioria dos tratamentos consiste em intervenções mecânicas e químicas no ambiente bucal. Tipicamente, as intervenções mecânicas são a intensificação da escovação, o uso do fio dental e a raspagem da superfície lingual, enxaguatório bucal e o uso de creme dental contendo sais de zinco (Carvalho et al, 2008).

No convívio social, o portador do mau hálito, sofre discriminações que o levam a mudanças do tipo: postura (eles ficam curvados, falam sempre de cabeça baixa), criação de novos hábitos (falam com a mão em frente à boca, deixam crescer o bigode), iniciam o hábito de fumar (para camuflarem o mau hálito), passando pelo isolamento no convívio pessoal e profissional (evitam ao máximo falar com as pessoas), a perda do contato físico mais íntimo (temos relatos de pacientes que deixaram de beijar suas esposas), ao não crescimento profissional (evitam dar sugestões em reuniões), chegando a extremos de pacientes que se tornaram eremitas e se isolaram do mundo, e outros que chegaram ao suicídio (Gorender & Kolbe, 2004).

III.2. Esquiva social

As fobias são um dos mais frequentes problemas de saúde mental do brasileiro (Almeida Filho et al, 1992). O termo fobia deriva da palavra grega phobos, que significa terror e medo extremo (Nardi, 2000).

O transtorno de ansiedade social (TAS) ou fobia social, segundo o DSM-IV (APA, 2013) é caracterizado pelo medo persistente de uma ou mais situações nas quais o indivíduo é exposto à possível avaliação por parte de outros, como por exemplo comer, beber, falar em público, ser o centro das atenções, interagir com o sexo oposto, temendo fazer algo ou comportar-se de maneira humilhante ou embaraçosa. A evitação destas situações é frequente e constante, o que caracteriza a esquiva fóbica. Porém, quando tais situações são inevitáveis, são evidenciadas manifestações importantes de ansiedade frequentemente acompanhadas de sintomas autonômicos.

A Psiquiatria atual reconhece o Transtorno de Ansiedade Social como o medo patológico de comer, beber, tremer, enrubescer, falar, escrever, ou agir de forma ridícula ou inadequada na frente de outros. Um forte componente psíquico é o medo de uma avaliação negativa ou crítica por parte dos demais. É causa de considerável sofrimento e incapacidade para seus portadores. Estes, devido ao medo antecipatório intenso, terminam por evitar as situações de exposição social que o provocam (APA, 2013).

Os sintomas da fobia social são desproporcionais à situação temida (medo de falar em público, comer em público, assinar documentos na frente de outras pessoas, utilizar mictórios públicos, dirigir-se a pessoas de autoridade etc.) e acompanhados por sintomas somáticos agudos, tais como palpitações, tremores, sudorese, tensão muscular, boca seca, náusea, diarreia ou dor de cabeça. Os pacientes apresentam também rubor, tremor e urgência urinária, e interferência significativa no funcionamento social ou ocupacional normal (Nardi, 2000).

Devido ao início precoce, em geral, é comum os portadores do transtorno não se darem conta do prejuízo que sofrem em função deste, visto que moldam suas vidas dentro das limitações que a doença impõe, por exemplo evitando promoções que os obrigariam a expor-se em público. Da mesma forma, é mais comum o relato do transtorno em homens, o que não quer dizer que seja mais prevalente na população

masculina. Mas para as mulheres é mais aceito o comportamento de ficar em casa, cuidando das tarefas domésticas, enquanto que dos homens é exigido que saíssem, trabalhem e interajam (Schneier et al, 1994).

Ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. A ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como norma naquela faixa etária e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo (Allen et al, 1995).

O transtorno de ansiedade social difere da timidez ou ansiedade social normal das seguintes formas: a) o transtorno não permite que o paciente treine seu desempenho de forma eficaz (o paciente acaba apenas ‘treinando a esquiva’); b) a ansiedade antecipatória do transtorno é grave e incapacitante; c) o transtorno é rico em sintomas físicos quando a exposição está próxima ou durante a mesma; d) o paciente com transtorno de ansiedade social tende quase sempre a evitar ou a fugir de situações sociais (Nardi, 2000).

Alguns pacientes com ansiedade social, especialmente do tipo generalizado, tentam controlar seus medos, tensões e ansiedades usando álcool ou drogas. Este tipo de automedicação para controlar a ansiedade tem sido encontrado em mais de 40% dos casos. O álcool é utilizado geralmente para reduzir a inibição nos eventos sociais, mas em indivíduos com Fobia Social existe um risco maior de que este uso se torne exagerado. Estudos clínicos e de comunidade revelam que geralmente a Fobia Social é o transtorno primário, com o abuso de álcool surgindo mais tarde. Há evidências de que pacientes com ansiedade social de início mais precoce tendem a apresentar maior risco para abuso de álcool ou substância (Nardi, 2000).

Em amostras epidemiológicas a fobia social é mais frequente no sexo feminino do que no masculino, aparecendo na proporção de 3:2. Já em amostras clínicas a fobia social é mais freqüente no sexo masculino (Davidson et al, 1993). Também é mais comum em pessoas de baixo nível socioeconômico. Frequentemente tem um início precoce, sendo 50% com início na adolescência e 50% com início em torno dos 20 anos de idade (Kessler et al, 1994). Diferentes estudos relatam que a idade média de início da Fobia Social está entre 15 e 16 anos (Nardi, 2000).

O início precoce da ansiedade social é um fator importante devido as suas implicações para o desenvolvimento do indivíduo e os prejuízos acadêmicos e nos relacionamentos sociais. Há evidências de que indivíduos que iniciaram a patologia com idade muito cedo, antes dos 15 anos, correm mais risco de desenvolverem depressão ou alcoolismo futuramente (Nardi, 2000).

O diagnóstico do transtorno de ansiedade social (TAS) é feito clinicamente e difere da timidez pela gravidade, persistência, prejuízo e sofrimento resultantes dos sintomas ansiosos (Schneier, 2006). O perfil da maioria dos pacientes afetados inclui menor grau de instrução, ser jovem, não ter emprego e morar sozinho. O número de situações sociais temidas parece estar associado com maior comorbidade e menor qualidade de vida (Acarturk et al, 2008).

Para os atuais sistemas classificatórios, o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social não pode ser feito caso o medo ou embaraço sejam causados pela presença de sintomas de uma condição mental ou médica geral, como por exemplo, delírios ou pensamentos obsessivos de um lado, ou tartamudez ou o tremor causado pela Doença de Parkinson, ou por outro (APA, 2013).

Tal nos parece ser o caso da halitose. Sendo grande sua prevalência na população geral, torna-se com muita frequência causa de vergonha, embaraço e comportamentos de esquiva, sendo que ao longo dos anos vem sendo observados com frequência quadros de extrema gravidade, gerando incapacidade e limitação a seus portadores, com risco inclusive de suicídio. No entanto, embora os prejuízos vinculados à esquiva na fobia social já venham sendo estudados, quase nada existe sobre a esquiva social nos portadores de halitose (Gorender & Kolbe, 2004).

IV. METODOLOGIA

IV.1. Desenho de estudo

Trata-se de um estudo de intervenção, no qual foram aplicadas as escalas de Watson e Friend de “Esquiva e desconforto social” e “Medo de avaliação negativa” (Watson & Friend, 1969), utilizadas no Brasil desde 1996 (introduzidas por Tito Paes de Barros Neto em sua dissertação de mestrado) (Barros Neto, 1996), entre os pacientes que procuravam tratamento para halitose e foram diagnosticados com halitose real, antes e após tratamento, na Clínica Kolbe de Pesquisa e Tratamento do Hálito.

IV.2. Aplicação de escalas

As escalas foram aplicadas em pacientes maiores de idade em dois momentos, antes e após o tratamento. Estas foram distribuídas somente depois que os pacientes tiveram conhecimento da pesquisa, sendo esclarecidos pela equipe da Clínica Kolbe, previamente treinada pelo pesquisador responsável para tal, no sentido de evitar prejuízo ao paciente, de garantir sua assistência e confidencialidade da pesquisa. Para tal, os pacientes que procuravam a Clínica para tratamento do hálito foram esclarecidos durante a consulta, da existência da pesquisa e do que se tratava, em um ambiente calmo, localizado em uma sala reservada para eles, onde puderam refletir e tirar suas dúvidas a respeito da pesquisa. Depois disso, foram lhes apresentado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, para a participação na pesquisa, quando também puderam tirar suas dúvidas. Os pacientes tiveram a oportunidade de pensar sobre o conteúdo do termo de consentimento e responderam se desejavam participar ou não numa consulta posterior, antes de iniciar o seu tratamento para halitose. Depois que ficaram cientes do que se tratava a pesquisa, seus objetivos, riscos, benefícios etc, os pacientes responderam se queriam ou não participar da mesma, caso já tivessem chegado a uma conclusão. Os pacientes que aceitaram, logo em seguida assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, ficando com uma via. Depois desse momento, eles responderam às escalas auto aplicativas, visto que pacientes portadores de halitose em geral se recusam a responder qualquer questionário ou teste que implique em contato frontal (como ser perguntado por entrevistador treinado). Os participantes foram esclarecidos de que, se não se sentissem bem em responder qualquer uma das questões,

poderiam deixar as escalas em branco. Os participantes da pesquisa responderam o questionário novamente na última consulta referente ao seu tratamento e no mesmo ambiente onde foi respondido pela primeira vez as escalas.

IV.3. Avaliação das escalas

Com as informações obtidas nas escalas aplicadas, foi criado um banco de dados numa planilha do programa Microsoft Excel 2010. Esses dados foram transferidos para software de análise estatística (IBM SPSS Statistics 20) onde os mesmos também foram analisados. Foi utilizado o teste de Wilcoxon Pareado, para avaliar se as medianas das escalas são diferentes.

IV.4. Amostra

Foi realizada uma amostragem de conveniência. A amostra constou de 30 pacientes de ambos os sexos, que procuraram consecutivamente a Clínica Kolbe de Pesquisa e Tratamento do Hálito no segundo semestre de 2015.

IV.5. Critérios de Inclusão e Exclusão

IV.5.1. Inclusão

Pacientes portadores de halitose real.

IV.5.2. Exclusão

Pacientes menores de idade; Pacientes diagnosticados como não portadores de halitose ou com halitose imaginária; Pacientes portadores de fobia social anterior à halitose, ou de alguma outra condição que possa causar comportamento de esquiva social; Portadores de transtornos psíquicos como: psicose, transtornos de humor, retardo, dependência de substâncias ilícitas ou lícitas.

IV.6. Possíveis vieses

IV.6.1. Viés de seleção

Foaram selecionados apenas pacientes atendidos na Clínica Kolbe de Pesquisa e Tratamento do Hálito.

IV.6.2. Viés de perda de seguimento

Foram excluídos os pacientes que deixarem de responder uma das escalas de Watson e Friend de “Esquiva e desconforto social” e “Medo de avaliação negativa”.

IV.7. Riscos e benefícios

IV.7. 1. Riscos

O estudo foi realizado em pacientes de uma clínica de halitose, os quais com frequência referem ansiedade e desconforto na interação social presencial, sendo este o próprio motivo da realização do estudo. Por este motivo as escalas são auto-aplicáveis, não sendo necessária a presença dos membros da equipe de pesquisa para tal. A Equipe da Clínica Kolbe distribuiu os questionários auto-aplicáveis aos pacientes que aceitaram participar da pesquisa.

IV.7. 2. Benefícios

Contribuição para ampliação de conhecimento sobre a Halitose e a esquiva social, que apresenta raríssimos trabalhos na literatura brasileira e mundial.

IV.8. Aspectos éticos

O estudo seguiu a orientação da Declaração de Helsink, versão 2013 e a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto primeramente foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia- UFBA, obtendo aprovação do mesmo para realização da pesquisa, de acordo com o comprovante do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa. (Anexo IV).

A participação neste estudo foi voluntária, iniciando-se somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente selecionado para participar do projeto.

Os informes sobre o projeto explicou em linguagem clara e acessível os procedimentos que foram empregados e suas finalidades. Após leitura e esclarecimento das dúvidas, os pacientes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Anexo III).

As escalas utilizadas no projeto, com os dados individuais referentes aos pacientes estarão a qualquer momento, disponíveis aos mesmos. Além disso, os dados obtidos no projeto estarão a qualquer momento disponível ao CEP/CONEP. A responsabilidade final pelos aspectos éticos durante a execução do projeto será dos seus autores, sendo resguardada a instituição envolvida. Os resultados do estudo serão enviados a revistas e encontros científicos com o intuito de publicação.

VI. RESULTADOS

De uma amostragem de conveniência de 30 pacientes, a maioria pertencia ao sexo feminino e a idade variou de 19 a 63 anos. A escolaridade mais prevalente foi o nível médio. Esses resultados encontram na tabela 1 abaixo.

TABELA 1. Variáveis sociodemográficas dos participantes da pesquisa.

	N	%
Idade		
> 40	13	43,3
≤ 40	17	56,6
Sexo		
Masculino	9	30,0
Feminino	21	70,0
Escolaridade		
Médio	16	53,3
Superior	14	46,6

Em relação ao tempo de tratamento realizado pelos pacientes, 46,7% deles tiveram um tempo menor ou igual a quatro meses de tratamento e 57,3% um tempo de tratamento maior que quatro meses.

Na tabela 2 são apresentadas as pontuações obtidas pelos participantes nas escalas de “Esquiva e Desconforto Social” e “Medo de Avaliação Negativa” antes e depois do tratamento para halitose.

TABELA 2. Pontuações nas escalas de “Esquiva e desconforto social” e “Medo de avaliação negativa” antes e depois do tratamento para halitose.

PONTUAÇÃO				
P	EMA ^(a)	EMD ^(b)	ESA ^(c)	ESD ^(d)
1	22	6	11	1
2	24	17	2	3
3	10	4	12	0
4	1	0	1	0
5	6	2	4	1
6	24	15	16	11
7	18	8	22	7
8	10	3	1	0
9	18	21	17	21
10	2	6	7	9
11	19	13	5	3
12	18	10	12	2
13	13	6	3	2
14	5	1	1	3
15	19	5	4	0
16	4	4	19	0
17	19	4	5	1
18	16	10	7	5
19	23	12	14	8
20	25	23	21	19
21	1	1	0	0
22	8	6	17	13
23	13	6	15	5
24	12	16	18	26
25	13	11	3	3
26	23	24	19	20
27	19	7	1	1
28	29	26	27	16
29	27	24	7	0
30	22	7	12	0

(P) Pacientes; (a) Escala de medo antes; (b) Escala de medo depois; (c) Escala de esquiva antes; (d) Escala de esquiva depois

A média, mediana e desvio padrão das pontuações obtidas nas escalas de “Esquiva e Desconforto Social” e “Medo de Avaliação Negativa” antes e depois do tratamento da halitose pelos participantes podem ser visualizadas na tabela 3.

TABELA 3. Média, mediana e desvio padrão das pontuações obtidas nas escalas de “Esquiva e desconforto social” e “Medo de avaliação negativa” antes e depois do tratamento para halitose.

	EMA ^(a)	EMD ^(b)	ESA ^(c)	ESD ^(d)
Média	15,4	9,9	10,1	6,0
Mediana	18,0	7,0	9,0	3,0
Desvio Padrão	8,0	7,5	7,6	7,5

(a) Escala de medo antes; (b) Escala de medo depois; (c) Escala de esquiva antes; (d) Escala de esquiva depois.

Teste de Wilcoxon Pareado: Pa,b < 0,001; Pc,d < 0,001

VII. DISCUSSÃO

O termo Halitose deriva do latim halitus “ar expirado” e osis “alteração patológica” (Cisternas & Bydlowski, 1998). Não se trata de uma doença, mas de uma alteração do odor oral, indicativa da existência de desordens de origem local ou sistêmica. Hoje é popularmente conhecida por diversas denominações, dentre as quais “mau hálito”, e cientificamente abordada sob a terminologia “halitose” ou “ozostomia” (Rosenberg, 2003).

A etiologia da halitose é sempre multifatorial, tendo mais de 60 origens e seu tratamento multidisciplinar, podendo ser: Preventivo, Mascarador, Curativo ou ainda misto (Tárzia, 2003). Segundo Tárzia (2003), cerca de 30% da população brasileira apresenta alguma forma de mau odor oral com potenciais consequências biopsicossociais.

Os pacientes portadores de halitose podem ser classificados em: tipo I (portador consciente de halitose real), tipo II (portador inconsciente de halitose real) e tipo III (portador condicionado de pseudo-halitose) (Falcão & Vieira, 2003; Carvalho et al, 2008). No presente estudo foi selecionado somente pacientes com halitose real, ou seja, aqueles classificados como tipo I.

A halitose causa constrangimento àqueles que a possuem, afetando tanto a saúde física quanto a sua saúde mental. Da população que sofre de mau hálito, aproximadamente 50% experimenta um problema severo, criando desconforto pessoal e social (Cartaxo & Padilha, 2010). No convívio social, o portador do mau hálito, sofre discriminações que o levam a mudanças que vai desde criação de novos hábitos até a perda do contato físico mais íntimo (pacientes que deixaram de beijar suas esposas). Essas mudanças trazem outras repercussões na vida do portador de halitose como o não crescimento profissional (evitam dar sugestões em reuniões), chegando a extremos de pacientes que se tornaram eremitas e se isolaram do mundo, e outros que chegaram ao suicídio (Gorender & Kolbe, 2004).

O transtorno de ansiedade social (TAS) ou fobia social é caracterizado pelo medo persistente de uma ou mais situações nas quais o indivíduo é exposto à possível avaliação por parte de outros, como por exemplo comer, beber, falar em público, ser o centro das atenções, interagir com o sexo oposto, temendo fazer algo ou comportar-se

de maneira humilhante ou embaraçosa (APA, 2013). Esse medo de interação com outros indivíduos da mesma espécie é uma condição que está sendo observado cada vez mais na vida do portador de halitose. O receio de ser avaliado negativamente e a presença de esquiva e desconforto social são condições que afeta portador de halitose, sendo causa de considerável sofrimento e incapacidade para esses portadores.

A ausência total de pesquisas nesta área no Brasil dificulta em muito o estudo e conseqüentemente o entendimento profissional. No mundo também existem pouquíssimas pesquisas no campo da Halitose. Nesse contexto, o presente estudo tem o objetivo de verificar grau de esquiva social e de medo de avaliação negativa em pacientes portadores de halitose antes e depois do tratamento, contribuindo e abrindo novas portas de estudo.

Apesar de ser um estudo de intervenção, não foi padronizado o tipo de tratamento recebido pelos pacientes, tendo em vista que os mesmos apresentavam um halitose de etiologia multifatorial e de graus variados, necessitando de estratégias diferenciadas no tratamento. Além disso não foi abordado no trabalho qual o tipo de tratamento que cada paciente recebeu, levando em consideração que se trata de uma alteração de múltiplas causas, necessitando de abordagens diferentes e às vezes multiprofissional a depender da etiologia. Entretanto essa questão não influenciou aparentemente no objetivo do trabalho mesmo sendo talvez um ponto de limitação a ser considerado, juntamente com a amostragem pequena e restrita a um grupo tão específico.

Este estudo foi realizado com 30 pacientes de ambos os sexos, que procuraram tratamento para halitose e foram diagnosticados com halitose real. O sexo feminino foi predominante em relação ao masculino, sendo 70% do total dos pacientes. Esse fato não implica em dizer que o sexo feminino é mais propenso a desenvolver halitose. Segundo Carvalho (2008) a halitose pode acometer pessoas de ambos os sexos, bem como não possui uma idade específica para ocorrer, mas em sua grande maioria afeta pessoas na faixa etária dos 21 aos 50 anos de idade. Em relação a idade dos pacientes, aqueles que apresentavam uma idade menor ou igual a quarenta anos foram a maioria, chegando a 56,6% do total. Quanto ao grau de escolaridade, o nível médio teve um leve predomínio em relação ao superior, tendo um porcentagem de 53,3%.

Devido a ocorrência de alterações no convívio social do portador de halitose, é pertinente ressaltar que a pesar do sexo feminino ser predominante em relação ao masculino, para a questão da presença de halitose real no estudo, não implica em dizer

que as mulheres são mais propensa a desenvolver fobia social. Em amostras clínicas de fobia social o sexo masculino é o que mais predomina (Davidson et al, 1993).

Para avaliar o grau de Esquiva e Medo de Avaliação Negativa dos pacientes foi aplicado duas escalas, de Watson e Friend de “Esquiva e desconforto social” e “Medo de avaliação negativa” presente no anexo I e II. A primeira é uma escala que consta de 28 ítems, divididos igualmente em respostas tipo VERDADEIRO-FALSO. Pacientes com pontuação elevada nesta escala tendem a evitar situações sociais, preferem trabalhar sozinhos, descrevem a si mesmos como pessoas que pouco falam, sendo mais preocupados e menos confiantes em relacionamentos sociais. A outra escala foi concebida junto com a anterior e consta de 30 proposições com 17 ítems com resposta VERDADEIRO e 13 com resposta FALSO. Pacientes com pontuação elevada nesta escala tendem a se tornar ansiosos em situações de avaliação, lutando para obterem aprovação e evitando a todo custo situações onde possam ser criticados (Barros Neto,1996).

Analisando as pontuações obtidas pelos participantes nas escalas de Medo de Avaliação Negativa e de Esquiva e Desconforto Social ficou evidente que houve uma declinação da pontuação em ambas escalas depois do tratamento para halitose na maioria dos pacientes, mostrando assim, melhora no medo de ser avaliado negativamente e na questão da ansiedade bem como no grau esquiva e no desconforto em ambiente social. Resultado similar porém em estudo diferente foi encontrado por Gorender & Kolbe (2004), ao verificar que os pacientes com halitose apresentavam um esquiva social bem superior em relação ao grupo controle (que não tinham halitose) e também frente à população geral (que segundo o estudo, o comportamento de esquiva significativo é encontrado de 5 a 13% da população).

Na mesma tabela foi possível evidenciar que alguns pacientes mesmo em número bem pequeno não modificaram suas pontuações em nenhuma das escalas após tratamento e outros modificaram para mais ou para menos as pontuações apenas em um das escalas. Isso talvez possa ser explicado devido a halitose ser na maioria das vezes multifatorial como aponta Tárzia (2003), não tendo uma terapêutica padrão (Carvalho et al, 2008) e a cura pode ser mascarada pela melhora do quadro do mau hálito, não estando o paciente completamente curado. Além disso é comum que durante o tratamento da halitose os pacientes continuem a pensar que seu mau hálito persiste apesar das alterações em seu hálito estarem devidamente tratadas (Conceição, 2013).

No decorrer do tratamento para halitose se espera que o paciente obtenha resultados sequenciais de um hálito normal, o que lhe possibilitará a progressivamente se sentir cada vez mais seguro em relação ao seu hálito. A persistência do pensamento da existência do mau hálito mesmo diante da ausência dessa condição pode estar relacionado com o processo de adaptação olfatória do portador de halitose, denominado de fadiga olfatória. O olfato é um dos cinco sentidos do corpo humano, este está susceptível a grande adaptação. Na primeira exposição a um cheiro muito forte, a sensação pode ser muito intensa, mas dentro de um minuto quase não será mais sentido. Dessa forma, os indivíduos são incapazes de mensurar a sua própria halitose (Ayers & Colquhoun, 1998).

Cabe ressaltar também a questão da segurança adquirida pelos pacientes após término do tratamento, muitos demoram um pouco para se ajustarem a nova vida e darem conta que estão completamente curados. Por outro lado é importante levantar a seguinte questão reflexiva: será que alguns pacientes que procuram tratamento para halitose o fazem por responsabilizar esta pelo comportamento de esquiva que poderia ter outras etiologias?

Um perfil psicopatológico pode estar presente em pacientes com queixa de halitose. Alterações comportamentais em pacientes portadores de halitose, bem como o perfil psicopatológico são aspectos de grande relevância para o tratamento do mau hálito e mudança de auto-percepção em relação ao seu estado de cura. Em alguns casos, no qual é diagnosticada alguma psicopatologia, esta costuma ser a razão pela qual o paciente desenvolve uma forte convicção na persistência de sua halitose, pois quando a psicopatologia é adequadamente tratada, o paciente recupera a segurança em estar com um hálito agradável (Conceição, 2013).

Outro aspecto que talvez possa interferir nas pontuações obtidas pelos pacientes, questionadas anteriormente, é tempo de tratamento. No estudo 46,7% dos pacientes tiveram um tempo menor ou igual a quatro meses de tratamento e 57,3% um tempo de tratamento maior que quatro meses. O tempo de tratamento para halitose é variável e depende da etiologia. No estudo realizado por Gorender & Kolbe (2004), que tiveram uma amostra bem semelhante com a do presente estudo e um tempo de tratamento similar, obtiveram resultados bem significativos quanto a mudança de esquiva e medo de avaliação negativa pelos pacientes. Talvez a questão do tempo de tratamento não interfira diretamente de modo tão significativa na mudança ou não das pontuações nas

escalas, mas é um questão relevante para observar, pois não se tem conhecimento sobre sua interferência de forma indireta e até mesmo direta.

Ao utilizar o teste de Wilcoxon Pareado para avaliar se as médias e medianas das escalas são diferentes, antes e depois do tratamento para halitose, constatou-se que houve mudança significativas nas mesmas, com diferença no desvio padrão e ($p < 0,001$) na escala de Esquiva e desconforto social e Medo de avaliação negativa. Esses valores indicaram que as mudanças nas pontuações obtidas nas escalas que levaram as diferenças nas médias e medianas são significantes estatisticamente, traduzindo uma mudança no grau de esquiva e medo de avaliação negativa por parte da maioria dos pacientes após tratamento para halitose.

O decréscimo das medias e medianas sugerem também que a halitose mesmo sendo uma doença multifatorial, de repercução na saúde do ponto de vista biológico e também saúde mental, quando bem conduzida (diagnostico preciso e terapêutica adequada) repercute positivamente na vida do portador de halitose, com mudanças por exemplo no âmbito dos relacionamentos sociais que é um dos pilares para qualidade de vida (Elias & Ferriani, 2006) de todo ser humano, mas que é afetado frequentemente pela halitose.

As mudanças com a cura da halitose vão além das evidenciadas, interferindo de modo importante nas alterações mais comuns relatadas pelos pacientes com problemas no hálito (Conceição, 2013): Falar menos; Desviar o rosto para falar; Evitar falar próximo a alguém; Usar mascaradores de hálito; Ter pensamentos de insegurança relacionados à halitose; Colocar a mão na boca ao falar; Restringir-se socialmente devido à halitose; Restringir-se profissionalmente devido à halitose; Restringir-se afetivamente devido à halitose; 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; Isolar-se socialmente, deixando de ir a compromissos, devido à halitose; Desvalorizar-se (sentimento de baixa autoestima).

VIII. CONCLUSÃO

1. Pacientes tratados para halitose real, sem alterações do perfil psicopatológico, melhoram significativamente do medo de ser avaliado negativamente e da esquiva social.
2. Fica a necessidade de estudos futuros para esclarecer o quanto as variáveis (sexo, idade, classe social, comorbidades, tempo de tratamento, etc.) influenciam na mudança do grau de esquiva social e medo de avaliação negativa antes e depois do tratamento para halitose.

IX. SUMMARY

SOCIAL AVOIDANCE AND FEAR OF NEGATIVE EVALUATION IN PATIENTS WITH HALITOSIS: INTERVENTION STUDY. **Introduction:** This is an intervention study, in which were applied Watson and Friend's scales of "Social Avoidance and Distress" and "Fear of Negative Evaluation" to patients who sought treatment for halitosis and were diagnosed with real halitosis in Kolbe Research and Treatment of Breath Clinic. There are very few studies of halitosis and its psychic and social consequences and this work aims to help fill this gap. **Objectives:** To determine the frequency of degree of social avoidance and fear of negative evaluation in patients with halitosis before and after treatment. **Methods:** scales were applied to patients who sought treatment for halitosis and were diagnosed with real halitosis, before and after treatment. **Results:** The majority of participants were females and ages ranged from 19 to 63 years. 57.3% of patients had a greater treatment time to four months. **Discussion:** The results showed that the decline of the scores obtained by patients with halitosis in both scales after treatment translates into improvement of the fear of being negatively evaluated, anxiety, degree of avoidance and discomfort in social environment. **Conclusion:** Patients treated for real halitosis without changing the psychopathological profile, significantly improve the degree of fear of negative evaluation and social avoidance.

Key words: Halitosis; Phobic disorders; Fear; Anxiety.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Rosenberg M. Halitose: Perspectivas em pesquisa. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. 173 p.
- 2- Cisternas JR, Bydlowski SP. Patofisiologia da halitose. In: Douglas CR, Editor. Patofisiologia oral: fisiologia normal e patológica aplicada à odontologia e fonoaudiologia. São Paulo: Pancast. 1998:53-63.
- 3- Tarzia, O. Halitose: Um desafio que tem cura. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: EPUB, 2003. 240 p.
- 4- Elias MS, Ferriani MGC. Aspectos históricos e sociais da halitose. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2006 Oct; 14(5):821-823.
- 5- Classen C, Howes D, Synnott A. Aroma: a história cultural dos odores. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 1996.
- 6- Carvalho MF, Rodrigues PA, Chaves MGAM. Halitose: revisão literária. HU Revista 2008;34(4):273-279.
- 7- Gorender M, Kolbe A. Correlação entre halitose e esquivia social. Rev bras neurol psiquiatr. 2004; 8(2):68.
- 8- Cartaxo RO, Padilha WWN. Estudo comparativo entre procedimentos diagnósticos para halitose: uma abordagem preliminar. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, 2010; 10(1):113-119.
- 9- Marchior VF. A influência da dieta na halitose. In: CARDOSO RJA, GONÇALVES EAN. Odontologia - arte, ciência e técnica. São Paulo: Artes Médicas. Divisão Odontológica. 20º Ciosp-Apcd. 2002; 20(4):317-329.
- 10- Volpato LEC, Volpato MCPF. Halitose. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, São Paulo. 2008;62(3):226-227.
- 11- Vieira CN, Falcão DP. Tratamento imediato da halitose. In: Odontologia arte e conhecimento. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p.375-385.
- 12- Conceição MD. Alterações Comportamentais Decorrentes da Halitose (ACDH). Bom Hálito e Segurança! Metas Essenciais no Tratamento da Halitose. 1 ed. Campinas - SP: Arte em Livros; 2013:315-38.
- 13- Rocha DPF. Halitose: Quais são os métodos de diagnóstico e tratamento da halitose?. In: LOTUFO RFM, LASCALA JR. T. (Org.). Periodontia e Implantodontia: Desmistificando a ciência. 1º ed. São Paulo: Artes Médicas. 2003:359-375.

- 14- Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB, Busnello, ED. Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em Áreas Urbanas Brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP/APAL*. 1992;14:93-104.
- 15- Nardi AE. Transtorno de ansiedade social: fobia social. A timidez patológica. Rio de Janeiro: MEDSI; 2000.
- 16- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5 ed, Washington (DC), 2013.
- 17- Schneier FR, Heckelman LR, Garfinkel R, Campeas R, Fallon BA, Gitow A, Street L, Del Bene D, Liebowitz MR. Functional Impairment in Social Phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1994; 55: 322-331.
- 18- Allen AJ, Leonard H, Swedo SE. Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34:976-86.
- 19- Davidson JR, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiologic Catchment Area Study. *Psychol Med*. 1993; 23(3):709-18.
- 20- Kessler RC, Mc Gonagle K, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
- 21- Schneier F. Social anxiety disorder. *N Engl J Med*. 2006; 355:1029-36.
- 22- Acarturk C, de Graaf R, van Straten A, Have M, Cuijpers P. Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking: a population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008; 43(4):273-9.
- 23- Watson D, Friend R. Measurement of Social-Evaluative Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1969; 33:448-457.
- 24- Barros Neto TP. Perfil Psicopatológico e Transtornos de Personalidade em uma Amostra de Fóbicos Sociais [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1996.
- 25- Ayers KMS, Colquhoun ANK. Halitosis: causes, diagnosis and treatment. *N Z Dent* 1998; 94(418):156-60.

XI. ANEXOS

ANEXO I

ESCALA DE MEDO DA AVALIAÇÃO NEGATIVA		
Assinale (V) para verdadeiro ou (F) para falso em cada uma das afirmações:		
1. Raramente me preocupo se os outros me acham bobo	V	F
2. Preocupo-me sobre o que as pessoas vão pensar sobre mim, mesmo quando sei que isso não faz qualquer diferença	V	F
3. Fico tenso e agitado se sei que alguém está me avaliando	V	F
4. Fico despreocupado mesmo que eu saiba que as pessoas têm uma má impressão de mim	V	F
5. Fico muito aborrecido quando sou inadequado socialmente	V	F
6. Não me preocupa a opinião que pessoas importantes têm de mim	V	F
7. Frequentemente sinto medo de parecer ridículo ou fazer papel de bobo	V	F
8. Não me importo muito quando outras pessoas me desaprovam	V	F
9. Frequentemente tenho medo de que outras pessoas percebam minhas dificuldades	V	F
10. A desaprovação das outras pessoas tem pouco efeito sobre mim	V	F
11. Quando alguém está me avaliando, tendo a esperar pelo pior	V	F
12. Raramente me preocupo com a impressão que estou causando em alguém	V	F
13. Tenho medo de não ser aprovado pelos outros	V	F
14. Tenho medo de que os outros descubram falhas em mim	V	F
15. A opinião das outras pessoas não me abala	V	F
16. Não fico zangado se não agrado outras pessoas	V	F
17. Quando estou falando com outras pessoas, preocupo-me com o que estarão pensando sobre mim	V	F
18. Sinto que, às vezes, não posso evitar de ser inadequado socialmente, então não deveria preocupar-me com isso	V	F
19. Geralmente, preocupo-me com o tipo de impressão que causo no outro	V	F
20. Preocupo-me muito com o que meus superiores pensam sobre mim	V	F
21. Não me afeta saber que estão me avaliando	V	F
22. Preocupo-me com a possibilidade dos outros não me valorizarem	V	F
23. Preocupo-me muito pouco com o que os outros estão pensando sobre mim	V	F
24. Às vezes, acho que estou preocupado demais com o que os outros pensam sobre mim	V	F
25. Muitas vezes, estou preocupado com a possibilidade de dizer ou fazer algo errado	V	F
26. Frequentemente, estou indiferente à opinião que os outros terão sobre mim	V	F
27. Geralmente, estou confiante de que os outros terão uma impressão favorável sobre mim	V	F
28. Frequentemente penso que as pessoas que considero importantes não pensarão muito bem sobre mim	V	F
29. Preocupo-me com as opiniões que meus amigos têm sobre mim	V	F
30. Fico tenso e agitado quando sei que estou sendo avaliado por meus superiores	V	F

ANEXO II

ESCALA DE ESQUIVA E DESCONFORTO SOCIAL		
Assinale (V) para verdadeiro ou (F) para falso em cada uma das afirmações:		
1. Sinto-me tranqüilo, mesmo em situações sociais não-familiares	V	F
2. Tento evitar situações que me forcem a ser muito sociáveis	V	F
3. É muito fácil relaxar quando estou com estranhos	V	F
4. Não tenho qualquer desejo especial de evitar pessoas	V	F
5. Frequentemente acho as ocasiões sociais desagradáveis	V	F
6. Geralmente, sinto-me calmo e confortável em ocasiões sociais	V	F
7. Geralmente, sinto-me tranqüilo quando converso com alguém do sexo oposto	V	F
8. Evito falar com as pessoas a não ser que as conheça bem	V	F
9. Se aparecer a oportunidade de conhecer pessoas novas, frequentemente aceito	V	F
10. Frequentemente, sinto-me nervoso ou tenso em reuniões informais nas quais pessoas de ambos os sexos então presentes	V	F
11. Geralmente, fico nervoso diante das pessoas, a não ser que as conheça	V	F
12. Sinto-me relaxado quando estou com um grupo de pessoas	V	F
13. Muitas vezes, quero me afastar das pessoas	V	F
14. Geralmente, sinto-me desconfortável quando estou com um grupo de pessoas que não conheço	V	F
15. Geralmente, sinto-me tranqüilo quando encontro alguém pela primeira vez	V	F
16. Quando sou apresentado às pessoas, sinto-me tenso e nervoso	V	F
17. Posso entrar tranqüilamente em uma sala cheia de pessoas estranhas	V	F
18. Evitaria juntar-me a um grupo grande de pessoas	V	F
19. Tenho prazer em falar com meus superiores, quando querem falar comigo	V	F
20. Frequentemente, sinto-me tenso com um grupo de pessoas	V	F
21. Tento a me afastar das pessoas	V	F
22. Não me importo em falar com as pessoas em festas e reuniões	V	F
23. Raramente fico confortável junto a um grupo grande de pessoas	V	F
24. Frequentemente planejo desculpas para evitar compromissos sociais	V	F
25. Às vezes, assumo a responsabilidade de apresentar pessoas umas as outras	V	F
26. Tento evitar ocasiões sociais formais	V	F
27. Geralmente vou a todos os meus compromissos sociais	V	F
28. Acho fácil relaxar ao lado de outras pessoas	V	F

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Esquiva social e medo de avaliação negativa em pacientes portadores de halitose: Estudo de intervenção”, sob a responsabilidade da Prof^a Dr^a Miriam Elza Gorender, Doutora em Ciências da Saúde pela UFRJ, Professora Adjunta do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da UFBA. Essa pesquisa pretende verificar se existe um prejuízo no relacionamento com outras pessoas por causa de mau hálito. Se aceitar participar da pesquisa você pode ajudar a entender sobre as alterações no hálito na vida dos portadores de mau hálito, fazendo com que talvez seja possível ajudar outros pacientes.

Essa pesquisa só está podendo ser realizada devido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Bahia, que é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Resolução CNS n° 466 de 2012).

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são aumento do nível de ansiedade, constrangimento e receio de responder as perguntas. Para minimizar possíveis riscos, os questionários serão de autopreenchimento, respondidos em um ambiente reservado e calmo. Caso esta ansiedade e constrangimento cheguem a ser prejudiciais, poderá entrar em contato com a Prof^a Dr^a Miriam Elza Gorender (vide dados de contato abaixo) para obter ajuda e se necessário atendimento, no Serviço de Psiquiatria do HUPES de forma imediata, gratuita e pelo tempo que for necessário. Poderá também obter os benefícios de um melhor conhecimento sobre sua condição pessoal, além de contribuir para o maior conhecimento deste problema, podendo ser um passo para definir possível necessidade de observação, diagnóstico e tratamento de sintomas que atualmente passam despercebidos pelos profissionais de saúde.

Sua participação é voluntária e se dará respondendo um questionário de duração de 15 minutos, distribuído em dois momentos, antes e depois do tratamento para o mau hálito, em uma sala reservada. Você pode sentir vergonha ao responder qualquer pergunta. Por isso, pode deixar de responder ou desistir de participar da pesquisa, sem

prejuízo no seu atendimento neste ou em qualquer outro serviço desta Unidade. A sua participação é voluntária. Não terá nenhum gasto referente à sua participação na pesquisa, haja visto que não necessitará vir a clínica em nenhum momento exclusivamente para responder às escalas, que serão respondidas durante o tratamento buscado voluntariamente e, também não receberá nenhuma remuneração.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a sua identidade não será divulgada, tendo o participante garantia de sigilo e confidencialidade. Dados de seu prontuário (idade, gênero, ocupação) também poderão ser consultados para fins de epidemiologia mas também não serão divulgados individualmente nem identificados na pesquisa ou em qualquer outro local, só podendo ser utilizados de forma anônima. Quando o trabalho estiver pronto será apresentado na Clínica Kolbe de Pesquisa e Tratamento do Hálito. Irá receber uma copia do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Para qualquer outra informação, poderá entrar em contato com a pesquisadora Miriam Elza Gorender pelo e-mail (miriamgorender@gmail.com), pelo telefone (71)31810464 ou no endereço Centro Médico da Graça, sala 203, Rua Humberto de Campos 144, Graça, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UFBA através do telefone: (71) 3283-5564 e e-mail: cepfmb@ufba.br, ou se preferir presencialmente, através do endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n. Centro Histórico, CEP 40.026-010 Salvador, Bahia, com expediente: manhãs (segunda, terça e quinta) de 7:00 às 13:00 horas, tardes (segunda, quarta e sexta) de 14:00 às 18:00 horas.

Caso aceite o convite para participação no estudo, você deverá assinar e rubricar as duas vias do presente termo, mantendo em seu poder uma cópia.

Declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo Pesquisador Responsável e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Dr. Miriam Elza Gorender
Assinatura do pesquisador orientador

ANEXO IV

COMPROVANTE DO PARECER DO CEP/FMB-UFBA

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Correlação entre esquivas sociais, medo de avaliação negativa e presença de Halitose em

pacientes de uma Clínica Especializada no Tratamento do Hálito.

Pesquisador: Miriam Gorender

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39001714.5.0000.5577

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.215.457

Apresentação do Projeto:

INTRODUÇÃO

Hipócrates, o Pai da Medicina, na Grécia Antiga já fazia referência a uma disfunção hoje popularmente conhecida por diversas denominações, dentre as quais "mau hálito", e cientificamente abordada sob a terminologia "halitose" ou "ozostomia". Não se trata de uma doença, mas de uma alteração do odor oral, indicativa da existência de desordens de origem local ou sistêmica. A halitose é um problema que atravessa a história, a cultura, a raça e o sexo. Escritos sobre halitose datam dos tempos dos gregos e romanos. O termo Halitose deriva do latim halitus "ar expirado" e o sis "alteração patológica". O hálito fétido decorre da emissão de odoríferos, ou seja, substâncias de baixo peso molecular, voláteis e com odor ofensivo ao olfato humano, que se dispersam no ar, sensibilizando o epitélio olfativo. Não é considerada uma doença por si, mas sim uma condição anormal do hálito, patológica ou fisiológica, que precisa ser diagnosticada e tratada. A halitose já preocupava os antigos, havendo referências desde 1550 a.C., ainda em papiros. Ter um hálito fragrante na Antiguidade era exalar a doçura da vida e atestar a pureza da alma de uma pessoa. No entanto, somente em 1898 a halitose foi estudada e descrita por Howe em literatura científica, passando a ser considerada uma entidade clínica. Uma das primeiras

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3ª ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Continuação do Parecer: 1.215.457

publicações brasileiras conhecidas data de 1962, escrita pelo então Cirurgião-Dentista, Nelson Thomaz Lascaia, sob o tema "A Halitose em Pacientes com Moléstias Periodontais". Sua Etiologia é sempre multifatorial e seu tratamento multidisciplinar, podendo ser: Preventivo, Mascarador, Curativo ou ainda misto. Existem mais de 60 origens para a Halitose. Podem ser simples como uma má higiene oral ou até mais complexas como o Diabetes, passando por origens que estão se tornando muito frequentes nos tempos modernos como o estresse, a hipossalivação, a ingestão insuficiente de água, mudança de hábitos alimentares, prisão de ventre, rinite, hipoglicemia entre outras. Cerca de 30% da população brasileira apresentava alguma forma de mau odor oral com potenciais consequências biopsicossociais. A incidência do mau hálito na população brasileira é, segundo a ABPO (Associação Brasileira de Pesquisas dos Odores Bucais), de 40%. Sendo 17% de 0 a 12 anos, 41% de 12 a 65 anos, 71% acima de 65 anos. A halitose matinal, também conhecida como fisiológica, ocasionalmente atinge indistintamente 100% da população mundial, devido à diminuição do fluxo salivar durante o sono. Outra forma de halitose fisiológica é o mau cheiro temporário causado por algum componente específico da dieta como álcool, cebola e alho. A halitose fisiológica é uma condição transitória, geralmente controlada com uma boa higiene bucal. O grande problema é a halitose patológica, que é muito mais intensa e persistente. Fundamentos básicos, bem como tipos de pacientes existentes, tipos de halitose e de seus compostos voláteis, mecanismos de formação desses compostos e locais de formação dos mesmos, são de extrema importância para elaboração do diagnóstico e plano de tratamento adequado para cada caso. Os pacientes podem ser classificados em: tipo I (portador consciente de halitose real), tipo II (portador inconsciente de halitose real) e tipo III (portador condicionado de pseudo halitose). A halitose real caracteriza-se pela presença de odoríferos no fluxo expiratório e a pseudo-halitose (halitose imaginária) pela ausência de odoríferos, entretanto, existe uma alteração senso-perceptivo gustativa e/ou olfativa que leva o indivíduo a acreditar possuir halitose. Os odoríferos são classificados em: à base de enxofre, os compostos sulfurados voláteis (CSV); à base dos produtos da putrefação, os compostos orgânicos voláteis (COV); à base dos produtos aromáticos; e à base subprodutos aromáticos. Anamnese, ectoscopia, oroscopia, método organoléptico, halimetria, avaliação dos padrões salivares, exames por imagem, avaliação dos hábitos alimentares, exames laboratoriais e testes microbiológicos destacam-se entre os métodos de diagnósticos mais utilizados em pacientes com mau hálito. No convívio social, o portador do mau hálito, sofre discriminações que o levam a mudanças do tipo: postura (eles ficam curvados, falam sempre de cabeça baixa), criação de novos hábitos (falam com a mão em frente à boca, deixam crescer o bigode), iniciam o hábito de fumar (para camuflarem o mau hálito), passando pelo isolamento no

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3ª ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

Continuação do Parecer: 1.215.457

convívio pessoal e profissional (evitam ao máximo falar com as pessoas), a perda do contato físico mais íntimo (temos relatos de pacientes que deixaram de beijar suas esposas), ao não crescimento profissional (evitam dar sugestões em reuniões), chegando a extremos de pacientes que se tornaram eremitas e se isolaram do mundo, e outros que chegaram ao suicídio. Sobre a Esquiva Social. As fobias são um dos mais frequentes problemas de saúde mental do brasileiro. O termo fobia deriva da palavra grega phobos, que significa terror e medo extremo. O transtorno de ansiedade social (TAS) ou fobia social, segundo o DSM-IV é caracterizado pelo medo persistente de uma ou mais situações nas quais o indivíduo é exposto à possível avaliação por parte de outros, como por exemplo comer, beber, falar em público, ser o centro das atenções, interagir com o sexo oposto, temendo fazer algo ou comportar-se de maneira humilhante ou embaraçosa. A evitação destas situações é frequente e constante, o que caracteriza a esquiva fóbica. Porém, quando tais situações são inevitáveis, são evidenciadas manifestações importantes de ansiedade frequentemente acompanhadas de sintomas autonômicos. A Psiquiatria atual reconhece o Transtorno de Ansiedade Social como o medo patológico de comer, beber, tremer, enrubescer, falar, escrever, ou agir de forma ridícula ou inadequada na frente de outros. Um forte componente psíquico é o medo de uma avaliação negativa ou crítica por parte dos demais. É causa de considerável sofrimento e incapacidade para seus portadores. Estes, devido ao medo antecipatório intenso, terminam por evitar as situações de exposição social que o provocam. Os sintomas da fobia social são desproporcionais à situação temida (medo de falar em público, comer em público, assinar documentos na frente de outras pessoas, utilizar mictórios públicos, dirigir-se a pessoas de autoridade etc.) e acompanhados por sintomas somáticos agudos, tais como palpitações, tremores, sudorese, tensão muscular, boca seca, náusea, diarreia ou dor de cabeça. Os pacientes apresentam também rubor, tremor e urgência urinária, e interferência significativa no funcionamento social ou ocupacional normal. Devido ao início precoce, em geral, é comum os portadores do transtorno não se darem conta do prejuízo que sofrem em função deste, visto que moldam suas vidas dentro das limitações que a doença impõe, por exemplo evitando promoções que os obrigariam a expor-se em público. Da mesma forma, é mais comum o relato do transtorno em homens, o que não quer dizer que seja mais prevalente na população masculina. Mas para as mulheres é mais aceito o comportamento de ficar em casa, cuidando das tarefas domésticas, enquanto que dos homens é exigido que saiam, trabalhem e interajam. Ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. A ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conepe@saude.gov.br

Continuação do Parecer: 1.215.457

relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como norma naquela faixa etária e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo (Allen; Leonard; O transtorno de ansiedade social difere da timidez ou ansiedade social normal das seguintes formas: a) o transtorno não permite que o paciente treine seu desempenho de forma eficaz (o paciente acaba apenas 'treinando a esquiva'); b) a ansiedade antecipatória do transtorno é grave e incapacitante; c) o transtorno é rico em sintomas físicos quando a exposição está próxima ou durante a mesma; d) o paciente com transtorno de ansiedade social tende quase sempre a evitar ou a fugir de situações sociais. É quadro bastante frequente, tendo prevalência que varia, de acordo com os estudos, de entre 5 a 13% da população geral com sintomas compatíveis com o transtorno, em diversos graus, além de apresentar altas taxas de comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, principalmente depressão. Também se verifica importante associação com o abuso do álcool, frequentemente usado para facilitar o contato social. Em amostras epidemiológicas a fobia social é mais frequente no sexo feminino do que no masculino, aparecendo na proporção de 3:2. Já em amostras clínicas a fobia social é mais frequente no sexo masculino. Também é mais comum em pessoas de baixo nível socioeconômico. Frequentemente tem um início precoce, sendo 50% com início na adolescência e 50% com início em torno dos 20 anos de idade. O diagnóstico do transtorno de ansiedade social (TAS) é feito clinicamente e difere da timidez pela gravidade, persistência, prejuízo e sofrimento resultantes dos sintomas ansiosos. O perfil da maioria dos pacientes afetados inclui menor grau de instrução, ser jovem, não ter emprego e morar sozinho. O número de situações sociais temidas parece estar associado com maior comorbidade e menor qualidade de vida. Para os atuais sistemas classificatórios, o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social não pode ser feito caso o medo ou embaraço sejam causados pela presença de sintomas de uma condição mental ou médica geral, como por exemplo, delírios ou pensamentos obsessivos de um lado, ou tartamudez ou o tremor causado pela Doença de Parkinson, por outro.

HIPÓTESE

Pacientes portadores de halitose apresentam comportamento de esquiva social e medo de avaliação negativa?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso-controle, no qual serão aplicadas as escalas de Watson e Friend de "Esquiva e desconforto social" e "Medo de avaliação negativa", já validada no Brasil, entre

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conepe@saude.gov.br

Continuação do Parecer: 1.215.457

pacientes que procuraram tratamento para halitose, em uma Clínica Especializada no Tratamento do Hálito, comparando a pontuação em escalas específicas com a pontuação obtida na população geral e com a pontuação obtida em grupo controle (familiares). Em ambos os grupos serão aplicadas as escalas de Watson e Friend de "Esquiva e desconforto social" e "Medo de avaliação negativa", utilizadas no Brasil desde 1996 (introduzidas por Paes de Barros Neto, T em sua dissertação de mestrado). Serão aplicadas em dois momentos, o primeiro será depois de constatar que o paciente tem Halitose e, o segundo ocorrerá ao término do tratamento. Nos controles serão aplicadas em um só momento. As escalas foram escolhidas por serem escalas já validadas no Brasil, amplamente utilizadas; por objetivarem a avaliação de comportamentos de esquiva e sintomas associados, e não do transtorno de fobia social, o que seria inadequado (vide Introdução); finalmente, por serem auto-aplicativas, visto que pacientes portadores de halitose em geral se recusam a responder qualquer questionário ou teste que implique em contato frontal (como ser perguntado por entrevistador treinado). Nos EUA o ponto de corte da escala de esquiva (SAD), que podemos tomar como referência, foi de 9,1+8,0 e a mediana foi 7, e na escala de medo e avaliação negativa (FNE) foi 15,4+8,6 e a mediana 16.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Pacientes portadores de halitose atendidos na Clínica Kolbe de Pesquisa e Tratamento do Hálito

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

1. Pacientes diagnosticados como não portadores de halitose ou com halitose imaginária;
2. Pacientes portadores de fobia social anterior à halitose, ou de alguma outra condição que possa causar comportamento de esquiva social;
3. Portadores de transtornos psíquicos como: psicose, transtornos de humor retardado, dependência de substâncias ilícitas ou lícitas.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Verificar se existe uma prevalência entre esquiva social e medo de avaliação negativa em pacientes portadores halitose maior do que entre a população geral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

O estudo será realizado em população pacientes de clínica de halitose, os quais com frequência referem ansiedade e desconforto na interação social presencial, sendo este o próprio motivo da

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.215.457

realização do estudo. Por este motivo as escalas são autoaplicáveis, não sendo necessária a presença dos membros da equipe de pesquisa para tal. A equipe da Clínica Kolbe, durante a realização do tratamento, compromete-se a aplicar os questionários aos pacientes e controles que aceitarem participar da pesquisa, tendo pleno conhecimento da mesma.

BENEFÍCIOS

Contribuição para ampliação de conhecimento sobre a Halitose e a esquiva social, que apresenta raríssimos trabalhos na literatura brasileira e mundial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de Recurso ao Parecer Consubstanciado CEP nº 1017923, em que a pesquisadora declara:

"O projeto foi corrigido levando em consideração as observações e objeções explicitadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com alterações na carta de anuência (identificando o responsável técnico e legal do serviço); no termo de confidencialidade e compromisso (acrescentando a assinatura do orientador); na Declaração de Helsink, atualizando-a no projeto. As modificações constam nos documentos anexados e enviados ao endereço (cepfbm@ufba.br), por conta que o local de anexar arquivo na Plataforma Brasil não está disponível. Solicitamos portando reavaliação do projeto. OBS: Foi também anexado o item "ADENDO" só para ressaltar a mudança feita no título realizado no recurso anterior.".

Para tanto, foi anexado os seguintes documentos para subsidiar o recurso:

- TCLE.pdf, postado em 19/03/2015;
- PROJETO.pdf, postado em 19/03/2015;
- Termo de Compromisso de Confidencialidade e Sigilo.pdf, postado em 19/03/2015;
- Carta de Anuência.pdf, postado em 19/03/2015;
- Folha de Rosto.pdf, postado em 19/03/2015;
- ADENDO.pdf, postado em 19/03/2015.

Na Reunião Ordinária do mês de Maio, o protocolo "Correlação entre esquiva social, medo de avaliação negativa e presença de Halitose em pacientes de uma Clínica Especializada no Tratamento do Hálito", registrado sob o número CAAE 39001714.5.0000.5577, teve seu recurso ao parecer CEP Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia nº 916.814 analisado por esta Comissão. Na ocasião, foram levantadas algumas pendências em relação a este protocolo e,

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Aca Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (51)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.215.457

de acordo com a deliberação do colegiado, estas seriam passíveis de resolução pela pesquisadora e patrocinador mediante a emissão de parecer com status PENDENTE pela Comissão e providências subsequentes pelos proponentes. Porém, até a versão em vigência, a Plataforma Brasil não permite a emissão de parecer com status PENDENTE para protocolo em estado de Recurso.

A pesquisadora após o contato efetuado introduziu a documentação referente às pendências elencadas pela CONEP e com base nestas alterações foi realizada a apreciação técnica do protocolo de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Verificar item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Verificar item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

TRATA-SE DE ANÁLISE DE RECURSO AO PARECER CEP Nº 1017923:

1. Quanto ao documento "Folha de Rosto.pdf", postado em 19/03/2015, solicita-se adequação do campo de preenchimento "2. Número de Participantes da Pesquisa: 64", visto que no documento "PROJETO.pdf", postado em 19/03/2015, o número de participantes informado é diferente. Conforme lê-se na página 9 de 14 deste documento: "Será realizada uma amostragem de conveniência. A amostra constará de 30 pacientes de ambos os sexos, que procurarem consecutivamente a Clínica Kolbe de Pesquisa e Tratamento do Hálito no primeiro semestre de 2015".

RESPOSTA: Em relação ao Número de Participantes da Pesquisa citada na Folha de Rosto, já foi modificado para 30 pacientes desde a solicitação de alterações pelo Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UFBA, onde foi feito um novo desenho de estudo, sofrendo mudança no título da pesquisa e na metodologia. Todas as mudanças constam no PROJETO em anexo e no adendo explicando ao CEP da Faculdade de Medicina da Bahia a mudança no título. Como não foi possível alterar o número de participante na Folha de Rosto gerada na Plataforma Brasil, haja visto não ser possível a modificação de itens já submetidos no sistema, foi feito a correção do número de participantes dentro do PROJETO que se encontra em anexo.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Quanto às informações prestadas na Plataforma Brasil, descritas no documento intitulado

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

Continuação do Parecer: 1.215.457

"PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_424295.pdf":

2.1. Na página 4 de 6, no item "Riscos", lê-se: "A equipe da Clínica Kolbe, durante a realização do tratamento, compromete-se a aplicar os questionários aos pacientes e controles que aceitarem participar da pesquisa, tendo pleno conhecimento da mesma". Solicitam-se esclarecimentos quanto à execução da pesquisa, pois está informado que os questionários serão aplicados pela equipe da Clínica Kolbe, e não pela pesquisadora responsável.

RESPOSTA: Também foi realizada a correção no item "Riscos", esclarecendo que a Equipe da Clínica Kolbe, previamente treinada pelo pesquisador responsável, irá distribuir os questionários aos pacientes da pesquisa. Em relação ao uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc), esse item foi respondido e consta no TCLE em anexo.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.2. Na página 5 de 6, lê-se: "Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)? Sim". Neste sentido, no que se refere ao acesso aos prontuários, a CONEP esclarece que tal responsabilidade, sob o ponto de vista legal e ético, é do pesquisador, da instituição e do patrocinador. A CONEP alerta no sentido de obediência às disposições éticas e legais brasileiras. Cumpre ressaltar que os dados do prontuário são de propriedade única e exclusiva do próprio participante que forneceu tais informações em uma relação de confidencialidade entre médico e paciente, para realização do seu tratamento e cuidados médicos, e não para utilização de tais dados em pesquisas. Ao Sistema CEP-CONEP não cabe legislar sobre o acesso ao prontuário médico, cabendo-lhe exigir o cumprimento do sigilo, conforme Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.3.e., Carta Circular nº 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS e Código de Ética Médica 2009, artigo 89. Sendo assim:

i. Solicita-se que conste no TCLE a garantia de sigilo e confidencialidade, de acordo com as normas brasileiras.

RESPOSTA: Em relação ao item "Termo de Compromisso de Confidencialidade e Sigilo.pdf", nele aparece o nome de Fernando Lima da Silva. Solicito que ele seja incluído no grupo de pesquisa como assistente, pois o projeto de pesquisa faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso do aluno, que é graduando da Faculdade de Medicina da Bahia, e está sob minha orientação.

TRECHO ALTERADO DO TCLE: "Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a sua identidade não será divulgada, TENDO O PARTICIPANTE GARANTIA DE SIGILO E

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

Continuação do Parecer: 1.215.457

CONFIDENCIALIDADE. DADOS DE SEU PRONTUÁRIO (IDADE, GÊNERO, OCUPAÇÃO) TAMBÉM PODERÃO SER CONSULTADOS PARA FINS DE EPIDEMIOLOGIA MAS TAMBÉM NÃO SERÃO DIVULGADOS INDIVIDUALMENTE NEM IDENTIFICADOS NA PESQUISA OU EM QUALQUER OUTRO LOCAL, SÓ PODENDO SER UTILIZADOS DE FORMA ANÔNIMA". (destaque nosso para o trecho alterado).

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

ii. Solicita-se esclarecer no TCLE qual será a relação de dados que serão pesquisados a partir dos prontuários.

RESPOSTA: TRECHO ALTERADO DO TCLE: "Dados de seu prontuário (idade, gênero, ocupação) também poderão ser consultados para fins de epidemiologia mas também não serão divulgados individualmente nem identificados na pesquisa ou em qualquer outro local, só podendo ser utilizados de forma anônima".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.3. O cronograma não está adequado, pois informa que o estudo já teve início. Solicita-se esclarecimento e, caso necessário, adequação do cronograma com relação à data de início do estudo, dado que este ainda se encontra em análise no sistema CONEP/CEP, conforme item 3.3.f, da Norma Operacional CNS nº 001 de 2013.

RESPOSTA: Como solicitado o cronograma foi reformulado.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.4. Solicita-se informar se haverá a inclusão de participantes menores de idade. Caso esteja prevista a inclusão de crianças e adolescentes, solicita-se apresentar o Termo de Assentimento.

RESPOSTA: Respondendo ao item 2.4. das pendências, não haverá a inclusão de participantes menores de idade, constando essa informação no PROJETO em anexo.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. No documento "Termo de Compromisso de Confidencialidade e Sigilo.pdf", postado em 19/03/2015, lê-se "Eu, Fernando Lima, CPF: 04146314550, discente do curso de graduação da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, matrícula 212201090, comprometo-me em manter sigilo, bem como respeitar a privacidade e proteger a identidade dos participantes [...]". Neste sentido, solicitam-se esclarecimentos a respeito da garantia de sigilo e

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

Continuação do Parecer: 1.215.457

privacidade por pessoa não cadastrada como membro da equipe de pesquisa (Fernando Lima da Silva). Além disso, solicita-se a atualização dos membros da equipe de pesquisa, de modo a incluir todos os membros desta pesquisa na Plataforma Brasil dentro do campo de cadastro de assistentes de pesquisa. RESPOSTA: Em relação ao item "Termo de Compromisso de Confidencialidade e Sigilo.pdf", nele aparece o nome de Fernando Lima da Silva. Solicito que ele seja incluído no grupo de pesquisa como assistente, pois o projeto de pesquisa faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso do aluno, que é graduando da Faculdade de Medicina da Bahia, e está sob minha orientação [...]. Na Plataforma Brasil não foi possível realizar a inclusão do aluno Fernando Lima da Silva no grupo de pesquisa, por isso foi solicitado a inclusão deste.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4. Quanto ao documento "TCLE.pdf", postado em 19/03/2015:

4.1. Não consta a garantia de assistência integral e gratuita pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes direta ou indiretamente da participação no estudo. Ressalta-se que é de responsabilidade do pesquisador, do patrocinador do estudo e das instituições participantes, a prestação de assistência integral e acompanhamento do participante da pesquisa que vier a sofrer tais danos, conforme item II.3.2 da Resolução CNS nº 466 de 2012. Solicita-se adequação.

RESPOSTA: TRECHO DO TCLE ALTERADO: "Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são aumento do nível de ansiedade, constrangimento e receio de responder as perguntas. Para minimizar possíveis riscos, os questionários serão de autopreenchimento, respondidos em um ambiente reservado e calmo. Caso esta ansiedade e constrangimento cheguem a ser prejudiciais, poderá entrar em contato com a Profa Dra Miriam Elza Gorender (vide dados de contato abaixo) para obter ajuda e se necessário atendimento, no Serviço de Psiquiatria do HUPES DE FORMA IMEDIATA, GRATUITA E PELO TEMPO QUE FOR NECESSÁRIO" (destaque nosso para o trecho alterado).

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.2. Não consta a garantia de prestação de assistência imediata, sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa, em situações em que este dela necessite. Ressalta-se que é de responsabilidade do pesquisador, do patrocinador do estudo e das instituições participantes, a prestação de assistência imediata e acompanhamento do participante da pesquisa, conforme item

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

Continuação do Parecer: 1.215.457

II.3.1 da Resolução CNS nº 466 de 2012. Solicita-se adequação.

RESPOSTA: TRECHO DO TCLE ALTERADO: "Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são aumento do nível de ansiedade, constrangimento e receio de responder as perguntas. Para minimizar possíveis riscos, os questionários serão de autopreenchimento, respondidos em um ambiente reservado e calmo. Caso esta ansiedade e constrangimento cheguem a ser prejudiciais, poderá entrar em contato com a Profa Dra Miriam Elza Gorender (vide dados de contato abaixo) para obter ajuda e se necessário atendimento, no Serviço de Psiquiatria do HUPES DE FORMA IMEDIATA, GRATUITA E PELO TEMPO QUE FOR NECESSÁRIO" (destaque nosso para o trecho alterado).

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.3. Deve constar no TCLE a garantia ao sigilo, à confidencialidade e à privacidade dos dados que possam identificar pessoas ou grupos, bem como seus dados de saúde. Cabe ao pesquisador responsável prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros, conforme item III.2.i, Resolução CNS nº 466 de 2012. Neste sentido, é importante destacar que os dados somente poderão ser passados a terceiros depois de anonimizados. Solicita-se adequação.

RESPOSTA: TRECHO ALTERADO DO TCLE: "Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a sua identidade não será divulgada, TENDO O PARTICIPANTE GARANTIA DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE. DADOS DE SEU PRONTUÁRIO (IDADE, GÊNERO, OCUPAÇÃO) TAMBÉM PODERÃO SER CONSULTADOS PARA FINS DE EPIDEMIOLOGIA MAS TAMBÉM NÃO SERÃO DIVULGADOS INDIVIDUALMENTE NEM IDENTIFICADOS NA PESQUISA OU EM QUALQUER OUTRO LOCAL, SÓ PODENDO SER UTILIZADOS DE FORMA ANÔNIMA". (destaque nosso para o trecho alterado).

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.4. Não é informado que está garantido o ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Cabe ressaltar que, como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS nº 466 de 2012, deve ser garantido ao participante de pesquisa o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte e alimentação nos dias em que for necessária sua presença para consultas ou exames. Assim sendo, solicita-se que a garantia de ressarcimento dos gastos decorrentes da

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (51)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

Continuação do Parecer: 1.215.457

participação no estudo seja apresentada de modo claro e afirmativo.

RESPOSTA: Os participantes da pesquisa não terão nenhum gasto referente à sua participação, haja visto que os pacientes não necessitarão vir à clínica em nenhum momento exclusivamente para responder às escalas, que serão respondidas durante o tratamento por eles buscado voluntariamente. Quanto às outras pendências referentes ao TCLE, foram respondidas e se encontram no TCLE em anexo.

TRECHO ALTERADO DO TCLE: "Não terá nenhum gasto referente à sua participação na pesquisa, haja visto que não necessitará vir a clínica em nenhum momento exclusivamente para responder às escalas, que serão respondidas durante o tratamento buscado voluntariamente e, também não receberá nenhuma remuneração".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.5. O participante de pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apondo sua assinatura na última página do referido Termo. O pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo. Solicita-se incluir a seguinte redação: "Declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo Investigador Responsável e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas", conforme Item IV.5.d, da Resolução CNS nº 466 de 2012.

RESPOSTA: TRECHO ALTERADO DO TCLE: "Caso aceite o convite para participação no estudo, você deverá assinar e rubricar as duas vias do presente termo, mantendo em seu poder uma cópia. Declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo Pesquisador Responsável e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.6. Solicita-se que seja incluído no TCLE o horário de funcionamento do CEP responsável pelo estudo. Para melhor esclarecer o participante de pesquisa, solicita-se ainda que conste no TCLE uma breve descrição do que é o CEP e qual sua função no estudo, conforme item IV.5.d, da Resolução CNS nº 466 de 2012.

RESPOSTA: TRECHOS ALTERADOS NO TCLE:

1) "Essa pesquisa só está podendo ser realizada devido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Bahia, que é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3ª ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.215.457

defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Resolução CNS nº 466 de 2012)".

2) "poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UFBA através do telefone: (71) 3283-5564 e e-mail: cepfmb@ufba.br, ou se preferir presencialmente, através do endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n. Centro Histórico, CEP 40.026-010 Salvador, Bahia, com expediente: manhãs (segunda, terça e quinta) de 7:00 às 13:00 horas, tardes (segunda, quarta e sexta) de 14:00 às 18:00 horas".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

5. Todos os documentos anexados pelo pesquisador na Plataforma Brasil devem permitir o uso dos recursos "copiar" e "colar". Quando o documento estiver assinado e, por este motivo, não permitir o uso de tais recursos, faz-se necessária a apresentação concomitante deste mesmo documento em versão que permita o uso dos referidos recursos. Solicita-se adequação, conforme Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, anexo II.

RESPOSTA: Conforme e-mail enviado pela pesquisadora responsável:

"Ao CONEP, seguem arquivos anexos para correção de pendências referentes ao protocolo "Correlação entre esquiwa social, medo de avaliação negativa e presença de Halitose em pacientes de uma Clínica Especializada no Tratamento do Hálito", registrado sob o número CAAE 39001714.5.0000.5577, conforme requisitado. Atenciosamente, Dra. Miriam Gorender Profa. Associada do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da UFBA".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde		
Bairro: Asa Norte		CEP: 70.750-521
UF: DF	Município: BRASILIA	
Telefone: (51)3315-5878		E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.215.457

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Carta de Anuência.pdf	20/11/2014 13:53:58		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/11/2014 13:59:05		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	20/11/2014 13:50:34		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Detalhado .pdf	20/11/2014 17:26:45		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_424295.pdf	20/11/2014 21:02:15		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_424295.pdf	24/11/2014 09:24:51		Aceito
Recurso do Parecer	recurso.pdf	19/03/2015 13:26:20	Miriam Gorender	Aceito
Recurso do Parecer	TCLE.pdf	19/03/2015 13:20:54	Miriam Gorender	Aceito
Recurso do Parecer	PROJETO.pdf	19/03/2015 13:21:25	Miriam Gorender	Aceito
Recurso do Parecer	Termo de Compromisso de Confidencialidade e Sigilo.pdf	19/03/2015 13:21:55	Miriam Gorender	Aceito
Recurso do Parecer	Carta de Anuência.pdf	19/03/2015 13:22:39	Miriam Gorender	Aceito
Recurso do Parecer	Folha de Rosto.pdf	19/03/2015 13:23:24	Miriam Gorender	Aceito
Recurso do Parecer	ADENDO.pdf	19/03/2015 13:23:56	Miriam Gorender	Aceito
Recurso do Parecer	recurso.pdf	18/04/2015 12:47:28	Miriam Gorender	Aceito
Outros	ADENDO.pdf	27/07/2015 12:12:26		Aceito
Outros	CARTA DE ANUENCIA.pdf	27/07/2015 12:13:33		Aceito
Outros	FOLHA DE ROSTO.pdf	27/07/2015 12:13:59		Aceito
Outros	PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO.pdf	27/07/2015 12:14:19		Aceito
Outros	PROJETO (VERSÃO ALTERADA).pdf	27/07/2015 12:15:15		Aceito
Outros	PROJETO (VERSÃO LIMPA).pdf	27/07/2015 12:15:34		Aceito
Outros	Resposta recurso institucional CAAE 39001714500005577.pdf	27/07/2015 12:16:03		Aceito
Outros	Respostas às pendências listadas	27/07/2015		Aceito

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conepe@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.215.457

Outros	pela CONEP.pdf	12:16:18		Aceito
Outros	TCLE (VERSÃO ALTERADA).pdf	27/07/2015 12:16:35		Aceito
Outros	TCLE (VERSÃO LIMPA).pdf	27/07/2015 12:16:48		Aceito
Outros	TERMO DE COMPROMISSO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO.pdf	27/07/2015 12:17:03		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 05 de Setembro de 2015

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador)

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (51)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br