



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

LAURA DE FÁTIMA SOUTO MAIOR

**AUTOGERENCIAMENTO DE SAUDE BUCAL EM TEMPOS DE PANDEMIA DA
COVID-19 NO BRASIL: uma abordagem transversal**

Recife

2022

LAURA DE FÁTIMA SOUTO MAIOR

**AUTOGERENCIAMENTO DE SAÚDE BUCAL EM TEMPOS DE PANDEMIA DA
COVID-19 NO BRASIL: uma abordagem transversal**

Tese apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de doutora em Odontologia.

Área de concentração: Clínica Integrada

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Alessandra de Albuquerque Tavares Carvalho

Recife

2022

Catálogo na fonte:
Elaine Freitas, CRB4:1790

S728a Souto Maior, Laura de Fátima
Autogerenciamento de saúde bucal em tempos de pandemia da
covid-19 no Brasil: uma abordagem transversal / Laura de Fátima Souto
Maior . – 2022.
43 p. : il.

Orientadora: Alessandra de Albuquerque Tavares Carvalho.
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro
de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Odontologia.
Recife, 2022.

Inclui referências.

1. Inquéritos de saúde bucal. 2. Saúde autoavaliada. 3. COVID-19;
4. Higiene bucal. 5. Cuidado dental. I. Carvalho, Alessandra de
Albuquerque Tavares (orientadora). II. Título.

796.07 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2022 - 267)

LAURA DE FÁTIMA SOUTO MAIOR

**"AUTOGERENCIAMENTO DE SAÚDE BUCAL EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19 NO
BRASIL: UMA ABORDAGEM TRANSVERSAL"**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Odontologia. Área de concentração: Clínica Integrada

Aprovado em: 14/02/2022.

Orientador:

Prof.^a Dr.^a Alessandra de Albuquerque Tavares Carvalho

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Laudenice de Lucena Pereira (Examinadora Externa)
Centro Universitário - UNIPÊ

Prof.^a Dr.^a Lívia Natália Sales Brito (Examinadora Externa)
Universidade Estadual da Paraíba

Prof.^a Dr.^a Kátia Maria Gonçalves Marques (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Ingrid Carla Guedes da Silva Lima (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Alessandra de Albuquerque Tavares Carvalho (Presidente)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este estudo a todas as vítimas da COVID-19 e seus familiares, e a todos os profissionais de saúde e pesquisadores que fizeram história no combate à pandemia. Que as perdas tenham mais de um sentido e que os vazios deixados ofereçam mais espaço para que a vida compense com fé, força e coragem em seguir em frente.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, como a força que me move, sem o qual nada poderia, que com sua imensa graça, concedeu-me este momento, que sua luz sempre me guie na missão de ajudar ao próximo.

Aos meus pais, **Noé e Socorro**, pelo fundamental suporte, pelo incentivo diário e por tanto amor. Obrigada por tê-los.

A minha irmã, **Paula**, meu amparo e fortaleza, obrigada por sempre ampliar meu mundo e me potencializar.

Ao meu irmão, **Noé Neto**, pelo apoio e por torcer pelas minhas conquistas.

Aos meus sobrinhos **Lara e Pedro Noé**, pela alegria constante.

A minha querida **Ia**, por sua dedicação e carinho comigo.

A minha **Tia Ninha**, que não poupa esforços em me ver bem e feliz.

Aos meus amigos irmãos que a odontologia me presenteou, **Pannella Maciel e Cícero Feitoza**, sempre ao meu lado, obrigada pelo companheirismo e por vibrarem comigo nesta caminhada.

Ao meu grande amigo **Filipe Mendes**, sempre disposto a ajudar, contar com você é bom demais, obrigada pela eterna amizade.

Ao meu bem, **Elmano Neto**, por dividir comigo, mesmo que de longe, minhas frustrações, vitórias, a minha vida, como você é importante pra mim.

A minha orientadora, querida **Professora Alessandra**, pela acolhida, pela pessoa amiga, pela confiança, pelos ensinamentos e por todo o apoio na construção desse estudo. Muito obrigada por tudo! À senhora, todo o meu carinho, respeito e admiração.

Ao estimado **Professor Jair** pelo fundamental auxílio durante esses anos.

A **Professora Laudence de Lucena**, quanta felicidade tê-la em mais uma etapa acadêmica. Agradeço toda disponibilidade e atenção.

Aos **Professores da Banca**, pela generosidade e por todas as contribuições relevantes e necessárias à melhoria desse estudo.

Aos meus **Colegas de Pós-Graduação**, obrigada por toda vivência, pelos conhecimentos compartilhados e por tanto aprendizado.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (**CAPES**), pela concessão da bolsa de estudos durante o curso.

As parcerias construídas dentro da **UFPE** continuarão vivas e pulsantes.

A todos que torceram por mim ao longo dessa trajetória, minha imensa gratidão!

“Que eu nunca esqueça, que a subida mais escarpada e mais à mercê dos ventos, é sorrir de alegria”. (LISPECTOR, 1983, p. 24).

RESUMO

O objetivo desse estudo foi avaliar como medidas de distanciamento social têm refletido no autogerenciamento dos cuidados e hábitos diários de saúde bucal, durante o período da pandemia da COVID-19, na população brasileira. Uma abordagem transversal foi utilizada por meio da distribuição de um questionário eletrônico que incluía questões sociodemográficas, de saúde, sobre práticas de higiene bucal e informações acerca de consulta odontológica. A amostra consistiu em 1663 respondentes com idade ≥ 18 anos. A estatística descritiva foi realizada com porcentagens, e testes de Qui-quadrado foram usados para comparar as respostas antes e durante a pandemia. Os resultados evidenciaram que a maioria dos adultos brasileiros, apesar de autorreferirem possuir boa/muito boa qualidade nos cuidados de higienização bucal, e uma alta frequência de escovação diária, reduziu o nível de autocuidado e práticas saudáveis de higiene bucal, durante o surto da COVID-19. Não houve diferenças significativas entre os sexos, os participantes mais jovens, de 18 a 30 anos, permaneceram com a maior prevalência de frequência de escovação diária de duas vezes. Entre os menos remunerados e aqueles com escolaridade inferior, houve menor prevalência da maior frequência de escovação diária e da melhor autoavaliação dos cuidados de higienização bucal. Houve influência significativa na frequência de escovação diária pelos fatores: queixa ao mastigar ($p=0,003$), queda de autoestima ($p<0,001$) e dieta balanceada ($p<0,001$). E ainda, influência significativa na qualidade da autoavaliação dos cuidados de higienização bucal pelos fatores: problemas no sono ($p=0,011$), queixa ao mastigar ($p<0,001$), queda de autoestima ($p<0,001$) e dieta balanceada ($p<0,001$). Reforçamos a necessidade da valorização de medidas preventivas para incentivo e manutenção dos cuidados e hábitos saudáveis de higiene bucal em períodos de restrição social.

Palavras-chave: inquéritos de saúde bucal; saúde autoavaliada; COVID-19; higiene bucal; cuidado dental.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate how social distancing measures have impacted the Brazilian population's daily oral care and oral health habits during the period of the COVID-19 pandemic. A cross-sectional approach was used through the distribution of an electronic questionnaire that included questions on sociodemographic status, health, oral hygiene practices and dental appointments. The sample consisted of 1663 respondents aged ≥ 18 years. Descriptive statistics were performed using percentages, and chi-square tests were used to compare responses before and during the pandemic. Results showed that most adults, despite self-reporting good/very good quality in oral hygiene care, and a high frequency of daily brushing, reduced the level of self-care and healthy oral hygiene practices during the COVID-19 outbreak. No significant differences between the sexes were observed. The youngest participants, aged 18 to 30, remained with the highest prevalence of twice-daily brushing. Among the lower-income respondents and those with less education, there was a lower prevalence of high-frequency daily brushing and a lower prevalence of a better self-assessment of oral hygiene care. The following factors significantly influenced the frequency of daily brushing: chewing complaints ($p=0.003$), low self-esteem ($p<0.001$), and balanced diet ($p<0.001$). Furthermore, the following factors significantly influenced the quality of the oral hygiene care self-assessment: sleep problems ($p=0.011$), chewing complaints ($p<0.001$), low self-esteem ($p<0.001$), and balanced diet ($p<0.001$). This study reinforces the need to value preventive measures to maintain healthy oral hygiene care and habits in periods of social restriction.

Key words: dental health surveys; self-rated health; COVID-19; oral hygiene; dental care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVO	14
3	METODOLOGIA	15
3.1	<i>Considerações Éticas</i>	15
3.2	<i>Estatística</i>	16
4	RESULTADOS	17
4.1	<i>Características Sociodemográficas dos Participantes</i>	17
4.2	<i>Cuidados de higiene bucal e hábitos diários antes e durante a pandemia da COVID-19.</i>	19
4.3	<i>Análise do sono, queixa ao mastigar, autoestima e dieta balanceada, antes e durante a pandemia da COVID-19</i>	21
4.4	<i>Informações acerca da consulta odontológica durante a pandemia da COVID-19</i>	22
4.5	<i>Frequência de escovação diária antes e durante a pandemia da COVID-19, segundo o perfil pessoal e financeiro dos participantes.</i>	24
4.6	<i>Frequência de escovação diária antes e durante a pandemia da COVID-19, segundo alteração da qualidade e duração do sono, presença de queixa ao mastigar, episódio de queda de autoestima e dieta balanceada.</i>	27
4.7	<i>Autoavaliação da qualidade dos cuidados de higienização bucal antes e durante a pandemia da COVID-19, segundo o perfil pessoal e financeiro dos participantes</i>	30
4.8	<i>Autoavaliação da qualidade dos cuidados de higienização bucal, antes e durante a pandemia da COVID-19, segundo alteração da qualidade e duração do sono, presença de queixa ao mastigar, episódio de queda de autoestima e dieta balanceada.</i>	33

5	DISCUSSÃO	36
<i>5.1</i>	<i>Limitações</i>	38
6	CONCLUSÃO	40
	REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) tem sido uma ameaça potencial à saúde humana e forçou o mundo a mudar a maneira de viver^{1,2}. Medidas de distanciamento, quarentena e isolamento social foram necessárias e decisivas para o seu controle³. Ao mesmo tempo em que práticas de bloqueio eram implementadas, autoridades sanitárias recomendavam à população, meios de prevenção e proteção direcionados a higiene geral⁴.

Além do fechamento de estabelecimentos considerados não essenciais, para evitar a propagação do vírus e a sobrecarga dos sistemas assistenciais de saúde, os serviços de atenção odontológica, ainda que essenciais, também foram drasticamente afetados⁵. Restrições no atendimento odontológico, como medida recomendada, levou a um atraso no atendimento não emergencial. Diretrizes especiais de controle de infecção para o atendimento oral precisaram ser adicionadas e ainda estão sendo exploradas^{5,6}. O alerta para o risco de infecção cruzada entre profissionais de odontologia e pacientes devido à peculiaridade da prática, fez surgir o medo e o afastamento dos atendimentos^{7,8}.

Com a suspensão das consultas normais e eletivas, o autogerenciamento adequado da saúde bucal durante esse período se fez ainda mais essencial. O estado de saúde bucal, avaliado clinicamente pelo cirurgião-dentista, permite o estabelecimento de informação diagnóstica objetiva⁹. A autoavaliação da saúde é subjetiva, e combina fatores físicos, emocionais do bem-estar, aliado a influências comportamentais relacionadas aos cuidados com a saúde¹⁰. No que se refere à necessidade de assistência odontológica, esta, é comumente determinada por percepções do estado de saúde e pela percepção da necessidade de cuidado. Essa percepção depende da compreensão do indivíduo do que é normal na saúde bucal, e de sintomas específicos que ele apresenta^{11,12}.

Pesquisas demonstram a existência da correlação entre fatores sociais, biológicos e psicológicos, influenciados por hábitos de vida e medidas de distanciamento^{1,2,10}. No Brasil, estudos recentes já apontam uma influência negativa na autopercepção da saúde dos brasileiros na pandemia da COVID-19^{10,13,14}. Consequências adversas sob o bem-estar físico e psíquico das pessoas em distanciamento social vêm cada vez mais se mostrando evidentes. Sintomas de estresse, distúrbios do sono, práticas comportamentais não saudáveis e preocupação financeira, têm sido consistentemente associados^{1,2}.

À luz das questões mencionadas, as necessidades de autoproteção durante a pandemia da COVID-19 são fundamentais para o seu enfrentamento. Em virtude do impacto da

restrição social na vida diária das pessoas, sob os mais variados aspectos, formulamos a hipótese de que a preocupação com a pandemia, o período de confinamento, desafios de adaptação, instabilidade cotidiana, bem como, prioridades de gastos, provocaria certo descaso na atenção diária nos cuidados e hábitos de higiene bucal. Considerando essa hipótese e, sobretudo, a importância da saúde bucal como parte do bem-estar geral do ser humano, avaliamos como medidas de distanciamento social, têm refletido no autogerenciamento dos cuidados e hábitos diários de saúde bucal, durante o período de pandemia da COVID-19, na população brasileira.

2 OBJETIVO

Avaliar, através de uma abordagem transversal, como medidas de distanciamento social têm refletido no autogerenciamento dos cuidados e hábitos diários de saúde bucal, durante o período da pandemia da COVID-19, em indivíduos com idade ≥ 18 anos, residentes no Brasil.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, baseado em mídia social, de abrangência nacional, conduzido em 2020, após a adoção de medidas de distanciamento implementadas para o controle da rápida propagação do vírus no Brasil.

O estudo incluiu voluntários brasileiros, com idade ≥ 18 anos que possuíam acesso a internet. A amostra foi não probabilística, do universo de voluntários em escala nacional. Para o cálculo amostral, foram utilizados dados da população brasileira informados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística–IBGE, divulgados no ano de 2018. Para calcular o tamanho da amostra, parâmetros de erro amostral aceitável de 0,025, intervalo de confiança de 95% e prevalência esperada do autocuidado com a saúde bucal de 50% foram considerados. Obtendo um total de respostas necessárias de 1537.

Como ferramenta de estudo, um questionário semi-estruturado, autorreferido foi elaborado através do Google Forms, contendo consentimento informado, questões demográficas, sócioeconômicas e de saúde, além de perguntas relacionadas aos cuidados e hábitos diários de higienização bucal antes e durante a pandemia da COVID-19. As perguntas foram baseadas em questionários prévios^{11,15}. Após um pré-teste, com 30 pessoas, as quais não foram incluídas na amostra total, o recrutamento dos sujeitos foi realizado com a divulgação por mídias sociais, WhatsApp, Email, Instagram e Facebook.

A primeira seção de questões abordou as características sociodemográficas dos participantes (sexo, raça, idade, grau de escolaridade, estado civil, profissão, renda, estado do Brasil em que reside). A segunda seção compreendeu a perguntas sobre cuidados bucais e hábitos diários, e incluiu questões como: frequência de escovação; uso de adjuvantes na escovação; aparência dos dentes, gengiva, língua e bochecha; qualidade dos cuidados; queixa ao mastigar; alteração na dieta; problemas com sono e queda de autoestima, antes e durante a pandemia da COVID-19. Por fim, a terceira seção de questões contemplou o autorrelato sobre a necessidade de consulta odontológica, principal motivo, se conseguiu realizá-la, local da consulta (rede privada ou Sistema Único de Saúde) e segurança no atendimento, durante o confinamento na pandemia da COVID-19.

A condução e análise desse estudo seguiram as recomendações e diretrizes da Declaração de Fortalecimento do Relato de Estudos Observacionais em Epidemiologia (STROBE)¹⁶.

O estudo obedeceu aos preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A aprovação ética foi concedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE (CAAE: 33722820.8.0000.5208/Número do parecer: 4.104.919). O formulário de consentimento documentou os objetivos, natureza e procedimento do estudo. Para participação, foi necessária aceitação voluntária e anuência dos participantes após leitura e/ou escuta da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O anonimato e a confidencialidade foram rigorosamente mantidos.

Estatística

As respostas obtidas no Google Forms foram codificadas diretamente em uma planilha de banco de dados no Microsoft Excel, transportadas para análise no software IBM SPSS (versão 18.00, Armonk, New York, EUA, IBM Corporation) e analisadas através de estatística descritiva e inferencial. Para caracterizar o perfil sociodemográfico, meio de mantimento da renda e o perfil financeiro dos participantes da pesquisa, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequência. Para a idade, foram calculadas as estatísticas: média e desvio padrão. Na comparação dos hábitos e cuidados de higiene bucal antes e durante a pandemia da COVID-19, assim como, da qualidade e duração do sono, queixa ao mastigar, autoestima e dieta, foi construída a tabela de contingência e aplicado o teste Qui-quadrado para homogeneidade. Ainda, a tabela de contingência e o teste de homogeneidade foram utilizados para avaliar a percepção dos participantes segundo o sexo, acerca do atendimento odontológico durante a pandemia da COVID-19. Para avaliar se os fatores de perfil pessoal e financeiro, qualidade e duração do sono, presença de queixa ao mastigar, episódio de queda da autoestima e dieta balanceada, têm influência significativa na frequência de escovação e na autoavaliação da qualidade dos cuidados de higienização bucal, antes e durante a pandemia da COVID-19, foi construída a tabela de contingência e aplicado o teste Qui-quadrado para independência. Os resultados foram considerados significativos quando $p < 0,05$.

4 RESULTADOS

Um total de 1663 indivíduos brasileiros (72,5% mulheres e 27,5% homens) responderam ao questionário online, número superior ao mínimo necessário para representatividade da amostra. A frequência de colaboradores foi predominante na Região Nordeste, com (76,9%, n= 1279), seguida pelas Regiões Sudeste (11,5%, n= 191), Norte (5,3%, n=88), Sul (4,4%, n= 74), e Centro-Oeste (1,3%, n=31).

Características sociodemográficas dos participantes

Os achados mostraram que a maioria dos participantes do estudo possuía idade de 18 e 30 anos (44,6%), média de idade de 34,7 anos, estavam solteiros (53,3%) e se autorrelataram brancos (56,7%). Em termos de escolaridade da amostra total, (38,6%) eram qualificados para pós-graduação completa (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição do perfil pessoal dos participantes.

Fator avaliado	n	%	p-valor
Sexo			
Masculino	458	27,5	<0,001
Feminino	1205	72,5	
Idade			
18 a 30 anos	741	44,6	<0,001
31 a 45 anos	602	36,2	
46 a 59 anos	238	14,3	
60 anos ou mais	82	4,9	
Média±DP	34,7±12,1		-
Cor ou raça			
Branca	943	56,7	<0,001
Parda	574	34,5	
Preta	99	6,0	
Amarela	44	2,6	
Indígena	3	0,2	
Estado civil			
Solteiro	886	53,3	<0,001
Casado	582	35,0	
União estável	111	6,7	
Divorciado	76	4,6	
Viúvo	8	0,4	
Nível de escolaridade			
Fundamental incompleto	6	0,3	<0,001
Fundamental completo	18	1,1	
Médio incompleto	15	0,9	
Médio completo	194	11,7	

Superior incompleto	298	17,9
Superior completo	321	19,3
Pós-graduação incompleta	169	10,2
Pós-graduação completa	642	38,6

Nota: Média±Desvio padrão (DP).

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Fonte: A autora (2022)

No período pré-pandêmico, as categorias profissionais mais prevalentes na manutenção da renda principal dos participantes foram: exercício profissional em setor público (32,0%) e trabalho em setor privado (26,3%). A taxa de desempregados era de 17,8%. Durante a pandemia da COVID-19 houve uma redução da prevalência do trabalho no setor público (31,6%) e privado (22,1%) e, um aumento da prevalência de desempregados (20,9%). Nesse período, também foi possível constatar um aumento de beneficiários de programas governamentais de 2,3% para 7,6% (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição do meio de mantimento de renda principal dos participantes antes e durante a pandemia da COVID-19.

Fator avaliado	Momento de avaliação		p-valor
	Antes da COVID-19	Durante a COVID-19	
Como você mantinha sua renda principal?			
Trabalho em setor público	532(32,0%)	525(31,6%)	
Trabalho em setor privado	437(26,3%)	367(22,1%)	
Trabalho por conta própria sem empregados	202(12,1%)	157(9,4%)	
Trabalho por conta própria com empregados	84(5,1%)	65(3,9%)	<0,001 ¹
Empregado doméstico/diarista	8(0,5%)	5(0,3%)	
Beneficiário de programas governamentais	38(2,3%)	126(7,6%)	
Aposentado e /ou pensionista	66(4,0%)	71(4,3%)	
Desempregado	296(17,8%)	347(20,9%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para homogeneidade.

Fonte: A autora (2022)

Sobre a distribuição do perfil financeiro dos participantes antes e durante a pandemia da COVID-19, a maioria dos participantes apresentava uma renda familiar acima de R\$ 1.000,00 até R\$ 3.000,00 (23,2%), seguido do grupo com renda acima de R\$ 5.000,00 até R\$ 10.000,00 (23,0%) e acima de R\$ 3.000,00 até R\$ 5.000,00 (20,0%). Durante a pandemia 53,6% dos participantes informaram que a renda total da sua casa permaneceu a mesma, porém, para 37,2% dos participantes, houve redução da renda familiar mensal (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição do perfil financeiro dos participantes quanto à renda total da casa antes e durante a pandemia da COVID-19.

Fator avaliado	n	%	p-valor
ANTES da pandemia da COVID-19, qual era a renda total da sua casa?			
Sem renda	43	2,6	
Até R\$1.000,00	165	9,9	
Acima de R\$ 1.000,00 até R\$ 3.000,00	386	23,2	
Acima de R\$ 3.000,00 até R\$ 5.000,00	333	20,0	<0,001
Acima de R\$ 5.000,00 até R\$ 10.000,00	383	23,0	
Acima de R\$ 10.000,00 até R\$ 20.000,00	244	14,7	
Acima de 20.000,00 ou mais	109	6,6	
DURANTE a pandemia da COVID-19, a renda total da sua casa mudou?			
Continua a mesma	890	53,6	
Sem renda	19	1,1	
Sim, mudou para mais	64	3,8	
Sim, mudou para menos	619	37,2	<0,001
Sim, aumentou, com o Auxílio Emergencial do Governo Federal	51	3,1	
Sim, diminuiu, com o Auxílio Emergencial do Governo Federal	20	1,2	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Fonte: A autora (2022)

Cuidados de higiene bucal e hábitos diários antes e durante a pandemia da COVID-19.

Na tabela 4, a análise das respostas aponta que antes do período de confinamento, a maioria dos participantes escovava os dentes três vezes ou mais por dia (68,3%). Durante a pandemia, percebemos que houve uma redução na frequência de escovação, caindo para 59,7%. Ao mesmo tempo, constata-se que a frequência unitária de escovação diária cresceu de 3% para 6,8% no período de restrição.

O momento do dia em que a escovação era realizada também sofreu alteração. No período pré-pandemia a prática da escovação era realizada pela metade dos respondentes (50,4%), após as refeições. Durante a fase de restrição, a prevalência de escovação após as refeições caiu para 43,8%. Observa-se também, que houve aumento da prevalência de participantes que não tinham horário fixo de escovação de 8,4% para 14,1%.

Acerca dos meios utilizados para fazer a higiene da boca, antes da pandemia da COVID-19, os participantes citaram com maior constância o uso da escova de dente (98,7%), pasta de dente (94,6%) e fio dental (73,5%). Durante a pandemia os itens continuaram sendo os mais citados, sem diferença significativa para o teste de homogeneidade ($p=0,979$).

Quando questionados sobre o hábito de observar a aparência da boca, incluindo dentes, gengiva, língua e bochecha, um número acentuado de participantes declarou sempre (76,0%) estar atento a esse aspecto. Na fase de restrição, esse costume mudou sutilmente (76,0% para 75,5%). Em contrapartida, 21,2% dos participantes raramente faziam tal avaliação bucal antes da pandemia e, durante a pandemia, este percentual passou a ser de 20,7%. O teste de homogeneidade não foi significativo para este fator avaliado ($p=0,250$).

A qualidade dos cuidados de higienização bucal foi autoavaliada como boa (49,8%), muito boa (28,1%) e regular (19,1%), antes da pandemia da COVID-19. Notamos que no período de restrição, houve uma redução no percentual das melhores avaliações (boa 45,3%; muito boa 26,7%) e um aumento do percentual de respostas qualificadas como regular (21,8%).

Tabela 4. Cuidados e hábitos diários de higiene bucal antes e durante a pandemia da COVID-19.

Fator avaliado	Momento de avaliação		p-valor
	Antes da COVID-19	Durante da COVID-19	
Com que frequência escovava os dentes?			
1 (uma) vez por dia	50(3,0%)	113(6,8%)	<0,001 ¹
2 (duas) vezes por dia	475(28,6%)	543(32,7%)	
3 (três) vezes ou mais por dia	1136(68,3%)	992(59,7%)	
Não escovo todos os dias	2(0,1%)	15(0,8%)	
Em que momento você costumava escovar os dentes?			
Após acordar	93(5,6%)	94(5,6%)	<0,001 ¹
Antes de dormir	24(1,4%)	63(3,8%)	
Após acordar e antes de dormir	568(34,2%)	543(32,7%)	
Após as refeições	838(50,4%)	728(43,8%)	
Não possui horário fixo	140(8,4%)	235(14,1%)	
O que usava para fazer a higiene de sua boca? Escolha quantas opções desejar.			
Escova de dente	1642(98,7%)	1587(95,4%)	0,978 ¹
Pasta de dente	1574(94,6%)	1524(91,6%)	
Fio dental	1223(73,5%)	1198(72,0%)	
Limpador de língua	244(34,5%)	237(14,2%)	
Enxaguante bucal	573(14,7%)	578(34,8%)	
Você costumava observar a aparência da sua boca (dentes, gengiva, língua e bochecha)?			
Sempre	1264(76,0%)	1255(75,5%)	0,250 ¹
Raramente	353(21,2%)	345(20,7%)	
Nunca	46(2,8%)	63(3,8%)	
Como você avaliava a qualidade de seus			

cuidados de higienização bucal?			
Muito boa	468(28,1%)	444(26,7%)	
Boa	827(49,8%)	753(45,3%)	
Regular	317(19,1%)	362(21,8%)	<0,001 ¹
Ruim	44(2,6%)	88(5,2%)	
Muito ruim	7(0,4%)	16(1,0%)	

*Variável de múltipla resposta sendo calculada a prevalência baseando-se no total de respondentes (n = 1663).

¹p-valor do teste Qui-quadrado para homogeneidade.

Fonte: A autora (2022)

Análise do sono, queixa ao mastigar, autoestima e dieta balanceada, antes e durante a pandemia da COVID-19

Na tabela 5 é apresentada a distribuição dos fatores relacionados à análise do sono, queixa ao mastigar, autoestima e dieta, antes e durante a pandemia da COVID-19. Na análise pré-existente da qualidade e duração do sono, 57,8% dos respondentes afirmaram que raramente apresentavam disfunções. Já, durante a adesão das medidas de restrição, 51,1% começaram a relatar sempre ter problemas de sono. Os brasileiros também relataram um aumento na queixa à mastigação durante a pandemia da COVID-19 (4,8% para 8,7%). Ao mesmo tempo, detectamos uma mudança expressiva do percentual de participantes que sempre, raramente e nunca relataram episódios de queda na autoestima, antes e durante o período pandêmico, indicando uma piora nesse aspecto. A adesão intensa às medidas de distanciamento social também refletiu na dieta dos brasileiros. Observamos uma mudança no comportamento alimentar diante da queda na ingestão de alimentos saudáveis.

Tabela 5. Análise do sono, queixa ao mastigar, autoestima e dieta balanceada, antes e durante a pandemia da COVID-19.

Fator avaliado	Antes da COVID-19	Durante a COVID-19	p-valor
Apresentava alterações na qualidade e duração no sono?			
Sempre	433(26,0%)	850(51,1%)	
Raramente	960(57,8%)	652(39,2%)	<0,001 ¹
Nunca	270(16,2%)	161(9,7%)	
Apresentava alguma queixa ao mastigar?			
Sempre	80(4,8%)	145(8,7%)	
Raramente	615(37,0%)	580(34,9%)	<0,001 ¹
Nunca	968(58,2%)	938(56,4%)	
Apresentava episódios de queda em sua autoestima?			

Sempre	293(17,6%)	612(36,8%)	
Raramente	1046(62,9%)	793(47,7%)	<0,001 ¹
Nunca	324(19,5%)	258(15,5%)	
Você seguia uma dieta balanceada?			
Sempre	609(36,6%)	412(24,7%)	
Raramente	695(41,8%)	703(42,3%)	<0,001 ¹
Nunca	359(21,6%)	548(33,0%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para homogeneidade.

Fonte: A autora (2022)

Informações acerca da consulta odontológica durante a pandemia da COVID-19

Na Tabela 6 as respostas apontam que a maioria dos participantes não teve necessidade de consultar o dentista presencialmente durante a pandemia (70,5%). Para aqueles que precisaram de atendimento e conseguiram realizar consulta presencial, a maior parte foi feita através do atendimento privado (64,7%). Ainda, 33,3% (163 casos) não conseguiram realizar consulta odontológica presencial. Quando questionados sobre o que fizeram quando não conseguiram o atendimento presencial, 69,9% (114 casos) afirmaram não fazer nada, 18,4% (30 casos) fez uso da automedicação, 7,4% (12 casos) fez uso de alguma medida alternativa à medicação e apenas 4,3% (07 casos) recorreram ao atendimento remoto por telefone ou mídias sociais.

Os principais motivos da consulta durante a pandemia da COVID-19 citados pelos participantes foram: dor dentária (22,0%), manutenção de aparelho ortodôntico (18,4%) e necessidade de restaurações (11,2%).

Dos participantes que conseguiram atendimento presencial durante a pandemia da COVID-19, a maioria afirmou sentir-se seguro no atendimento (86,9%), notou alguma diferença no atendimento com o dentista (78,6%) e considerou como muito bom o atendimento prestado (67,9%). O teste de homogeneidade não foi significativo nos fatores avaliados ($p > 0,05$), indicando que a percepção dos participantes de ambos os sexos acerca da consulta com o dentista é semelhante.

Tabela 6. Informações acerca da consulta odontológica durante a pandemia da COVID-19, segundo o sexo.

Fator avaliado	n	%	Sexo do participante		p-valor
			Masculino	Feminino	
DURANTE a pandemia da COVID-19, você teve necessidade de consultar o dentista presencialmente?					
Sim	490	29,5	134(29,3%)	356(29,5%)	0,909 ¹

Não	1173	70,5	324(70,7%)	849(70,5%)	
Você conseguiu realizar a consulta presencial com o dentista DURANTE a pandemia da COVID-19, e onde foi sua consulta?					
SUS	8	1,6	2(1,5%)	6(1,7%)	
Consultório particular	317	64,7	84(62,7%)	233(65,4%)	0,189 ²
Entidade Filantrópica sem apoio do SUS	2	0,4	2(1,5%)	0(0,0%)	
Não consegui realizar consulta	163	33,3	46(34,3%)	117(32,9%)	
Caso tenha tido necessidade de consultar o dentista presencialmente DURANTE a pandemia da COVID-19 e não tenha conseguido, o que você fez?					
Se automedicou	30	18,4	8(17,4%)	22(18,8%)	
Fez uso de alguma medida alternativa à medicação	12	7,4	5(10,9%)	7(6,0%)	0,629 ²
Conseguiu atendimento remoto	7	4,3	1(2,2%)	6(5,1%)	
Não fez nada	114	69,9	32(69,6%)	82(70,1%)	
Qual o principal motivo de sua consulta DURANTE a pandemia da COVID-19?					
Dor dentária	108	22,0	30(22,4%)	78(21,9%)	
Manutenção de aparelho ortodôntico	90	18,4	24(17,9%)	66(18,5%)	
Restauração	55	11,2	14(10,4%)	41(11,5%)	
Problemas na gengiva	40	8,2	9(6,7%)	31(8,7%)	
Visitas de rotina e limpeza	38	7,8	12(9,0%)	26(7,3%)	
Extração	32	6,5	3(2,2%)	29(8,1%)	
Trauma	25	5,1	11(8,2%)	14(3,9%)	
Prótese	8	1,6	1(0,7%)	7(2,0%)	
Canal	9	1,8	1(0,7%)	8(2,2%)	-
Ferida na boca	7	1,4	3(2,2%)	4(1,1%)	
Estética	6	1,2	1(0,7%)	5(1,4%)	
Implante	5	1,0	3(2,2%)	2(0,6%)	
Nascimento dos Sisos	5	1,0	0(0,0%)	5(1,4%)	
Apertamento dentário e dor facial	4	0,8	0(0,0%)	4(1,1%)	
Mau hálito	2	0,4	1(0,7%)	1(0,3%)	
Sensibilidade	2	,4	0(0,0%)	2(0,6%)	
Ignorado	54	11,0	21(15,7%)	33(9,3%)	
Sentiu-se seguro no atendimento DURANTE a pandemia da COVID-19?					
Sim	284	86,9	799(89,8%)	205(85,8%)	0,343 ¹
Não	43	13,1	9(10,2%)	34(14,2%)	
Notou alguma diferença no atendimento com o dentista DURANTE a pandemia da COVID-19?					
Sim	257	78,6	68(77,3%)	189(79,1%)	0,724 ¹
Não	70	21,4	20(22,7%)	50(20,9%)	

Como você pode avaliar seu atendimento com o dentista realizado DURANTE a pandemia da COVID-19?					
Muito bom	222	67,9	59(67,0%)	163(68,2%)	
Bom	80	24,5	18(20,5%)	62(25,9%)	
Regular	23	7,0	10(11,4%)	13(5,4%)	0,168 ²
Ruim	2	0,6	1(1,1%)	1(0,4%)	
Muito ruim	0	0,0	0(0,0%)	0(0,0%)	

¹p-valor do teste de Qui-quadrado para homogeneidade.

Fonte: A autora (2022)

Frequência de escovação diária antes e durante a pandemia da COVID-19, segundo o perfil pessoal e financeiro dos participantes

Na Tabela 7 observamos os resultados da análise da frequência de escovação diária de acordo com o sexo, faixa etária, escolaridade e perfil financeiro. O sexo não foi um fator significativo para alterar a frequência de escovação ($p= 0,398$ e $0,292$, antes e durante a pandemia da COVID-19, respectivamente), e a maior frequência relatada, tanto antes como durante a fase de confinamento, para ambos os sexos, foi a de três vezes ou mais por dia.

Em todas as faixas etárias avaliadas, também é constatado que a maior frequência de escovação é a de três vezes ou mais por dia, para os dois momentos ($p<0,05$). Porém, essa prevalência foi significativamente menor na faixa etária de 18 a 30 anos (64,1% antes da pandemia e 54,5% durante a pandemia). Ainda, esta faixa etária é a que possui maior prevalência da frequência de escovação diária de duas vezes (32,4% antes da pandemia e 35,6% durante a pandemia) em comparação aos demais grupos.

No quesito escolaridade foi encontrada maior prevalência de escovação diária de três ou mais vezes, em todos os grupos, tanto antes como durante a pandemia. Porém, observa-se que há uma relação diretamente proporcional da prevalência de maior frequência de escovação e o grau de escolaridade dos participantes. O teste de independência foi significativo para os períodos avaliados (antes $p<0,001$ e durante $p=0,012$), indicando que a escolaridade é um fator determinante para a frequência de escovação antes e durante a pandemia.

Em relação à influência da forma de mantimento da renda principal na frequência diária de escovação, verifica-se que o teste foi significativo para o momento antes e durante a pandemia (ambos com $p<0,001$). Antes da pandemia, em todos os grupos, houve maior prevalência de três vezes ou mais de escovação diária, porém, a frequência de duas vezes foi

maior no grupo de empregado doméstico/diarista e desempregado (ambos com 37,5%). Durante a pandemia, também houve maior prevalência de três ou mais vezes de escovação diária em todos os grupos, exceto para empregado doméstico/diarista e beneficiário de programas governamentais (ambos com 50,0% de frequência de escovação diária de duas vezes).

Acerca da relação da renda da casa antes da COVID-19, na frequência diária de escovação, houve significância tanto para o momento antes da pandemia como durante ($p < 0,05$), com maior prevalência de três ou mais escovações diárias em todas as categorias de renda dos participantes nos dois momentos, porém, a frequência de três vezes ou mais, foi menor no grupo sem renda antes da pandemia (46,5%) e no grupo com renda de até R\$1.000,00 durante a pandemia (46,7%).

Tabela 7. Frequência de escovação diária antes e durante a pandemia da COVID-19, segundo o perfil pessoal e financeiro dos participantes.

Fatores avaliados	Frequência diária de escovação antes da pandemia?			p-valor	Frequência diária de escovação durante a pandemia?			p-valor
	Até uma vez	Duas vezes	Três vezes ou mais		Até uma vez	Duas vezes	Três vezes ou mais	
Sexo								
Masculino	17(3,7%)	121(26,4%)	320(69,9%)	0,380 ¹	30(6,6%)	148(32,3%)	280(61,1%)	0,513 ¹
Feminino	35(2,9%)	354(29,4%)	816(67,7%)		98(8,1%)	395(32,8%)	712(59,1%)	
Idade								
18 a 30 anos	26(3,5%)	240(32,4%)	475(64,1%)	0,010 ¹	73(9,9%)	264(35,6%)	404(54,5%)	<0,001 ¹
31 a 45 anos	16(2,6%)	169(28,1%)	417(69,3%)		35(5,8%)	201(33,4%)	366(60,8%)	
46 a 59 anos	7(2,9%)	50(21,0%)	181(76,1%)		18(7,5%)	63(26,5%)	157(66,0%)	
60 anos ou mais	3(3,7%)	16(19,5%)	63(76,8%)		2(2,4%)	15(18,3%)	65(79,3%)	
Qual o seu nível de escolaridade?								
Fundamental incomp/comp	5(20,8%)	8(33,3%)	11(45,9%)	<0,001 ¹	4(16,7%)	8(33,3%)	12(50,0%)	0,012 ¹
Médio incompleto incomp/comp	11(5,3%)	86(41,1%)	112(53,6%)		17(8,1%)	86(41,1%)	106(50,8%)	
Superior incompleto incomp/comp	20(3,2%)	180(29,1%)	419(67,7%)		57(9,2%)	194(31,3%)	368(59,5%)	
Pós-graduação incompleta incomp/comp	16(2,0%)	201(24,8%)	594(73,2%)		50(6,2%)	255(31,4%)	506(62,4%)	
Como você mantinha sua renda principal?								
Trabalho em setor público	11(2,1%)	138(25,9%)	383(72,0%)	<0,001 ¹	33(6,2%)	151(28,4%)	348(65,4%)	<0,001 ¹
Trabalho em setor privado	6(1,3%)	113(25,9%)	318(72,8%)		26(6,0%)	143(32,7%)	268(61,3%)	
Trabalho por conta própria sem empregados	8(3,9%)	66(32,7%)	128(63,4%)		19(9,4%)	82(40,6%)	101(50,0%)	
Trabalho por conta própria com empregados	3(3,6%)	21(25,0%)	60(71,4%)		5(6,0%)	30(35,7%)	49(58,3%)	
Empregado doméstico / diarista	1(12,5%)	3(37,5%)	4(50,0%)		1(12,5%)	4(50,0%)	3(37,5%)	
Beneficiário de programas governamentais	3(7,9%)	10(26,3%)	25(65,8%)		5(13,2%)	19(50,0%)	14(36,8%)	
Aposentado e /ou pensionista	5(7,6%)	13(19,7%)	48(72,7%)		5(7,6%)	13(19,7%)	48(72,7%)	
Desempregado	15(5,1%)	11(37,5%)	170(57,4%)		34(11,5%)	101(34,1%)	161(54,4%)	
Renda da casa antes da COVID-19?								
Sem renda	5(11,6%)	18(41,9%)	20(46,5%)	<0,001 ¹	5(11,6%)	17(39,5%)	21(48,9%)	0,004 ¹
Até R\$1.000,00	12(7,3%)	65(39,4%)	88(53,3%)		17(10,3%)	71(43,0%)	77(46,7%)	
Acima de R\$ 1.000,00 até R\$ 3.000,00	9(2,3%)	119(30,8%)	258(66,9%)		34(8,8%)	127(32,9%)	225(58,3%)	
Acima de R\$ 3.000,00 até R\$ 5.000,00	12(3,6%)	97(29,1%)	224(67,3%)		32(9,6%)	89(26,7%)	212(63,7%)	
Acima de R\$ 5.000,00 até R\$ 10.000,00	8(2,1%)	103(26,9%)	272(71,0%)		23(6,0%)	132(34,5%)	228(59,5%)	
Acima de R\$ 10.000,00 até R\$ 20.000,00	4(1,6%)	54(22,1%)	186(76,3%)		11(4,5%)	76(31,1%)	157(64,4%)	
Acima de 20.000,00	2(1,8%)	19(17,4%)	88(80,7%)		6(5,5%)	31(28,4%)	72(66,1%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência

Fonte: A autora (2022)

Frequência de escovação diária antes e durante a pandemia da COVID-19, segundo alteração da qualidade e duração do sono, presença de queixa ao mastigar, episódio de queda de autoestima e dieta balanceada.

Antes da pandemia da COVID-19 houve influência significativa na frequência de escovação diária pelos fatores: episódios de queda de autoestima ($p < 0,001$) e dieta balanceada ($p < 0,001$) (Tabela 8).

Em todas as categorias de queda de autoestima houve maior prevalência de frequência de escovação por três ou mais vezes ao dia, porém, o grupo de participantes que relatou sempre apresentar queda de autoestima, possui menor prevalência da frequência de três vezes ou mais da escovação (59,4%), em comparação ao grupo que raramente e nunca apresentou queda de auto-estima (70,4% e 69,8%, respectivamente). Além disso, a prevalência de duas escovações diárias e de apenas uma escovação diária é maior no grupo de participantes que sempre apresentou queda em sua autoestima (34,8% e 5,8%).

Na avaliação do segmento dieta balanceada, em todos os grupos, observa-se que houve maior prevalência na frequência de escovação diária de três ou mais vezes, porém no grupo que sempre seguiu uma dieta balanceada a prevalência da escovação diária por três vezes ou mais é maior (79,5%) em comparação aos demais. Ainda, verifica-se que as maiores prevalências de duas escovações diárias (40,9%) e de uma escovação diária (7,5%) são no grupo de participantes que nunca seguiu uma dieta balanceada.

Para o momento pandêmico houve influência significativa na frequência de escovação diária pelos fatores: queixa ao mastigar ($p = 0,003$), episódios de queda de autoestima ($p < 0,001$) e dieta balanceada ($p < 0,001$) (Tabela 8).

Percebe-se que mesmo a prevalência da frequência de escovação de três ou mais vezes por dia ser maior em todas as categorias de queixa ao mastigar, o grupo que sempre apresenta tal queixa possui uma prevalência menor da frequência de escovação por três ou mais vezes ao dia (52,4%). Ainda, o grupo que sempre apresenta queixa ao mastigar possui maior prevalência da escovação dental por duas vezes ao dia (35,2%) e uma vez ao dia (12,4%) em comparação aos demais grupos.

Com relação à presença de queda de autoestima, houve maior prevalência de escovação por três ou mais vezes ao dia em todos os grupos, porém, o grupo de participantes que relatou sempre apresentar queda de autoestima, possui menor prevalência da frequência de três vezes ou mais de escovação (52,3%) em comparação

ao grupo que raramente apresenta queda de autoestima (63,4%) e o grupo que nunca apresentou queda de sua autoestima (65,5%). Além disso, a prevalência de duas escovações diárias (36,3%) e de apenas uma escovação diária (11,4%) é maior no grupo de participantes que sempre apresentou queda de autoestima.

Na avaliação do segmento de uma dieta balanceada, observa-se que houve maior prevalência de três ou mais vezes de escovação diária em todos os grupos, porém no grupo que sempre seguiu uma dieta balanceada, a prevalência da escovação diária por três vezes ou mais é maior (69,7%) em comparação ao grupo que raramente ou que nunca seguiu uma dieta balanceada (61,5% e 49,9%, respectivamente). Ainda, verifica-se que as maiores prevalências de duas escovações diárias (40,1%) e de uma escovação diária (10,0%) são no grupo de pacientes que nunca seguiu uma dieta balanceada.

Tabela 8. Frequência de escovação diária antes e durante a pandemia da COVID-19, segundo qualidade e duração do sono, queixa ao mastigar, queda de autoestima e dieta balanceada.

Fatores Avaliados	Frequência de escovação diária antes da pandemia			p-valor	Frequência de escovação diária durante a pandemia			p-valor
	Até uma vez	Duas vezes	Três vezes ou mais		Até uma vez	Duas vezes	Três vezes ou mais	
Alteração na qualidade e duração do sono								
Sempre	21(4,8%)	117(27,0%)	295(68,2%)	0,105 ¹	79(9,3%)	277(32,6%)	494(58,1%)	0,097 ¹
Raramente	21(2,2%)	280(29,2%)	659(68,6%)		38(5,8%)	208(31,9%)	406(62,3%)	
Nunca	10(3,7%)	78(28,9%)	182(67,4%)		11(6,8%)	58(36,0%)	92(57,2%)	
Queixa ao mastigar								
Sempre	2(2,5%)	28(35,0%)	50(62,5%)	0,200 ¹	18(12,4%)	51(35,2%)	76(52,4%)	0,003 ¹
Raramente	23(3,7%)	188(30,6%)	404(65,7%)		57(9,8%)	190(32,8%)	333(57,4%)	
Nunca	27(2,7%)	259(26,8%)	682(70,5%)		53(5,6%)	302(32,2%)	583(62,2%)	
Episódios de queda de autoestima								
Sempre	17(5,8%)	102(34,8%)	174(59,4%)	<0,001 ¹	70(11,4%)	222(36,3%)	320(52,3%)	<0,001 ¹
Raramente	22(2,1%)	288(27,5%)	736(70,4%)		48(6,1%)	242(30,5%)	503(63,4%)	
Nunca	13(4,0%)	85(26,2%)	226(69,8%)		10(3,9%)	79(30,6%)	169(65,5%)	
Dieta balanceada								
Sempre	5(0,8%)	120(19,7%)	484(79,5%)	<0,001 ¹	17(4,1%)	108(26,2%)	287(69,7%)	<0,001 ¹
Raramente	20(2,9%)	208(29,9%)	467(67,2%)		56(7,9%)	215(30,6%)	432(61,5%)	
Nunca	27(7,5%)	147(40,9%)	185(51,6%)		55(10,0%)	220(40,1%)	273(49,9%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência.

Fonte: A autora (2022)

Autoavaliação da qualidade dos cuidados de higienização bucal antes e durante a pandemia da COVID-19, segundo o perfil pessoal e financeiro dos participantes

O sexo foi um fator significativo na autoavaliação da qualidade dos cuidados de higienização bucal antes da pandemia ($p=0,002$), mas não foi significativo durante a ocorrência da pandemia da COVID-19 ($p= 0,090$). Antes da pandemia houve maior prevalência de muito boa/boa autoavaliação, tanto no sexo masculino como no feminino (74,3% e 79,3%, respectivamente), porém, a regular autoavaliação foi maior para os homens (24,0%) em comparação com as mulheres (17,2%). Durante a pandemia, a prevalência de muito boa/boa autoavaliação foi mais semelhante entre os dois sexos (68,1% e 73,4%, respectivamente), assim como a prevalência da regular autoavaliação (25,1% e 20,5%, respectivamente).

No quesito idade, verificou-se significância estatística tanto no momento anterior como durante a pandemia ($p<0,001$ para ambos momentos). Nos dois períodos de avaliação observa-se maior prevalência de muito boa/boa autoavaliação em todas as faixas etárias avaliadas, porém, essa prevalência foi significativamente menor no grupo de pacientes com idade de 18 a 30 anos (73,4% antes da pandemia e 66,7% durante a pandemia), em comparação às demais categorias de faixa etária.

Quanto à escolaridade dos participantes, foi encontrada maior prevalência de muito boa/boa autoavaliação em todos os grupos de escolaridade, tanto no momento antes da pandemia como durante a pandemia. Porém, observa-se que há uma relação diretamente proporcional da prevalência de maior frequência da boa/muito boa autoavaliação dos cuidados de higienização bucal com a escolaridade dos participantes. O teste de independência foi significativo tanto antes como durante a pandemia ($p<0,001$ para ambos), indicando que a escolaridade é um fator determinante para autoavaliação dos cuidados de higienização bucal.

Em relação à influência da forma de mantimento da renda principal na autoavaliação da qualidade dos cuidados de higienização bucal, o teste foi significativo para o momento antes e durante a pandemia ($p<0,001$). Antes da pandemia, em todos os grupos, houve maior prevalência de boa/muito boa autoavaliação, exceto para o grupo empregado doméstico/diarista, que apresentou maior prevalência de autoavaliação regular (50,0%). Durante a pandemia, houve boa/muito boa autoavaliação dos cuidados com a higienização bucal em todos os grupos de forma de mantimento da renda principal.

Acerca da influência da renda na autoavaliação da qualidade dos cuidados de higienização bucal, verifica-se significância tanto para o momento antes como durante a

pandemia ($p < 0,001$ para ambos). Houve maior prevalência de muito boa/boa autoavaliação em todas as categorias de renda dos participantes, nos dois momentos, porém, a prevalência da melhor autoavaliação foi menor no grupo com renda de até R\$1.000,00 no momento antes da pandemia (62,4%) e, no grupo sem renda, durante a pandemia (55,8%).

Tabela 9. Autoavaliação da qualidade dos cuidados de higienização bucal antes e durante a pandemia da COVID-19, segundo o perfil pessoal e financeiro dos participantes.

Fatores avaliados	Autoavaliação dos cuidados de higienização bucal antes da pandemia			p-valor	Autoavaliação dos cuidados de higienização bucal durante a pandemia			p-valor
	Muito boa/ Boa	Regular	Ruim/ Muito ruim		Muito boa/ Boa	Regular	Ruim/ Muito ruim	
Sexo								
Masculino	340(74,3%)	110(24,0%)	8(1,7%)	0,002 ¹	312(68,1%)	115(25,1%)	31(6,8%)	0,090 ¹
Feminino	955(79,3%)	207(17,2%)	43(3,5%)		885(73,4%)	247(20,5%)	73(6,1%)	
Idade								
18 a 30 anos	544(73,4%)	162(21,9%)	35(4,7%)	<0,001 ¹	494(66,7%)	178(24,0%)	69(9,3%)	<0,001 ¹
31 a 45 anos	487(80,9%)	104(17,3%)	11(1,8%)		460(76,4%)	116(19,3%)	26(4,3%)	
46 a 59 anos	202(84,9%)	32(13,4%)	4(1,7%)		181(76,1%)	49(20,6%)	8(3,4%)	
60 anos ou mais	62(75,6%)	19(23,2%)	1(1,2%)		62(75,6%)	19(23,2%)	1(1,2%)	
Qual o seu nível de escolaridade?								
Fundamental incomp/comp	14(58,3%)	6(25,0%)	4(16,7%)	<0,001 ¹	15(62,5%)	5(20,8%)	4(16,7%)	<0,001 ¹
Médio incompleto incomp/comp	133(63,6%)	58(27,8%)	18(8,6%)		129(61,7%)	62(29,7%)	18(8,6%)	
Superior incompleto incomp/comp	464(75,0%)	140(22,6%)	15(2,4%)		422(68,2%)	152(24,6%)	45(7,2%)	
Pós-graduação incompleta incomp/comp	684(84,4%)	113(13,9%)	14(1,7%)		631(77,8%)	143(17,6%)	37(4,6%)	
Como você mantém sua renda principal?								
Trabalho em setor público	431(81,0%)	90(16,9%)	11(2,1%)	<0,001 ¹	396(75,4%)	105(20,0%)	24(4,6%)	0,001 ¹
Trabalho em setor privado	356(81,5%)	75(17,2%)	6(1,3%)		276(75,2%)	68(18,5%)	23(6,3%)	
Trabalho por conta própria sem empregados	148(73,3%)	47(23,3%)	7(3,4%)		102(65,0%)	50(31,8%)	5(3,2%)	
Trabalho por conta própria com empregados	75(89,3%)	7(8,3%)	2(2,4%)		50(76,9%)	13(20,0%)	2(3,1%)	
Empregado doméstico/diarista	3(37,5%)	4(50,0%)	1(12,5%)		3(60,0%)	2(40,0%)	0(0,0%)	
Beneficiário de programas governamentais	28(73,7%)	8(21,1%)	2(5,2%)		82(65,1%)	29(23,0%)	15(11,9%)	
Aposentado e /ou pensionista	55(83,4%)	9(13,6%)	2(3,0%)		57(80,3%)	11(15,5%)	3(4,2%)	
Desempregado	199(67,2%)	77(26,0%)	20(6,8%)		231(66,6%)	84(24,2%)	32(9,2%)	
Renda da casa antes da COVID-19?								
Sem renda	27(62,8%)	12(27,9%)	4(9,3%)	<0,001 ¹	24(55,8%)	15(34,9%)	4(9,3%)	<0,001 ¹
Até R\$1.000,00	103(62,4%)	48(29,1%)	14(8,5%)		94(57,0%)	53(32,1%)	18(10,9%)	
Acima de R\$ 1.000,00 até R\$ 3.000,00	274(71,0%)	101(26,2%)	11(2,8%)		250(64,8%)	103(26,7%)	33(8,5%)	
Acima de R\$ 3.000,00 até R\$ 5.000,00	270(81,1%)	50(15,0%)	13(3,9%)		260(78,1%)	55(16,5%)	18(5,4%)	
Acima de R\$ 5.000,00 até R\$ 10.000,00	308(80,4%)	70(18,3%)	5(1,3%)		287(75,0%)	74(19,3%)	22(5,7%)	
Acima de R\$ 10.000,00 até R\$ 20.000,00	216(88,5%)	27(11,1%)	1(0,4%)		197(80,8%)	42(17,2%)	5(2,0%)	
Acima de 20.000,00 ou mais	97(89,0%)	9(8,2%)	3(2,8%)		85(78,0%)	20(18,3%)	4(3,7%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência.

Fonte: A autora (2022)

Autoavaliação da qualidade dos cuidados de higienização bucal, antes e durante a pandemia da COVID-19, segundo alteração da qualidade e duração do sono, presença de queixa ao mastigar, episódio de queda de autoestima e dieta balanceada.

Na Tabela 10, verifica-se que antes da pandemia houve influência significativa na autoavaliação da qualidade dos cuidados de higienização bucal pelos fatores: queixa ao mastigar ($p<0,001$), queda de autoestima ($p<0,001$) e dieta balanceada ($p<0,001$).

Percebe-se que mesmo a prevalência de autoavaliação muito boa/boa sendo maior em todas as categorias de queixa ao mastigar, o grupo que sempre apresenta tal queixa, possui uma menor prevalência da melhor autoavaliação da qualidade dos cuidados com a higiene bucal (66,3%). Ainda, este grupo, possui maior prevalência de regular autoavaliação (26,3%) e de ruim/muito ruim autoavaliação (7,4%), em comparação aos demais grupos deste quesito.

Com relação à presença de queda de autoestima, houve maior prevalência de muito boa/boa autoavaliação da qualidade dos cuidados de higienização bucal em todas as categorias; porém, o grupo de participantes que sempre relata apresentar queda de autoestima, possui menor prevalência da melhor autoavaliação (68,3%), em comparação ao grupo que raramente apresenta (80,4%) e ao grupo que nunca apresentou queda de autoestima (78,4%). Além disso, a prevalência de regular auto-avaliação e de ruim/muito ruim autoavaliação é maior no grupo de participantes que sempre apresentou queda de autoestima (24,6% e 7,1% respectivamente).

Na análise do segmento dieta balanceada, observa-se que houve maior prevalência de muito boa/boa autoavaliação da qualidade dos cuidados de higienização bucal em todos os grupos, no entanto, no grupo que os participantes relataram sempre seguir uma dieta balanceada, a prevalência muito boa/boa autoavaliação da qualidade de higienização bucal é maior (89,8%) em comparação ao grupo que raramente ou que nunca seguiu uma dieta balanceada (75,7% e 61,8%, respectivamente). Verifica-se também que as maiores prevalências de regular autoavaliação e ruim/muito ruim auto-avaliação se deu no grupo de participantes que nunca seguiu uma dieta balanceada (30,4% e 7,8%, respectivamente).

Para o momento pandêmico da COVID-19 houve influência significativa na autoavaliação dos cuidados de higienização bucal pelos fatores: alteração na qualidade e duração no sono ($p=0,011$), queixa ao mastigar ($p<0,001$), episódio de queda de autoestima ($p<0,001$) e dieta balanceada ($p<0,001$).

Temos uma maior prevalência de muito boa/boa autoavaliação dos cuidados de higienização bucal em todas as categorias de alteração na qualidade e duração do sono;

porém, o grupo de participantes que sempre apresenta alterações na qualidade e duração do sono possui menor prevalência da melhor autoavaliação dos cuidados de higienização bucal (68,6%), em comparação ao grupo que raramente apresenta (76,4%) e o grupo que nunca apresentou alteração (72,0%). Além disso, a prevalência de regular autoavaliação e de ruim/muito ruim é maior no grupo de participantes que sempre apresentou alteração na qualidade e duração do sono (23,6% e 7,8% respectivamente).

Para o fator queixa ao mastigar, percebe-se que mesmo a prevalência da autoavaliação muito boa/boa sendo maior em todas as categorias, o grupo que sempre apresenta tal queixa possui uma prevalência menor da melhor autoavaliação da qualidade do cuidado com a higiene bucal (60,7%). Ainda, o grupo que sempre apresenta queixa ao mastigar possui maior prevalência de regular (28,3%) e de ruim/muito ruim autoavaliação (11,0%) em comparação aos demais grupos de queixa ao mastigar.

Com relação presença de queda de autoestima, houve maior prevalência de muito boa/boa autoavaliação da qualidade de higienização bucal em todos os grupos; porém, o grupo de participantes que sempre apresenta queda de autoestima possui menor prevalência da melhor auto-avaliação da qualidade dos cuidados de higienização bucal (64,2%), em comparação ao grupo que raramente apresenta (75,9%) e o grupo que nunca apresentou (78,3%). Além disso, a prevalência de regular e de ruim/muito ruim autoavaliação é maior no grupo de participantes que sempre apresentou queda de autoestima (25,3% e 10,5%).

Na avaliação da dieta balanceada, observa-se que houve maior prevalência de muito boa/boa autoavaliação dos cuidados de higienização bucal em todos os grupos; porém, no grupo que sempre seguiu uma dieta balanceada a prevalência muito boa/boa autoavaliação dos cuidados de higienização bucal foi maior (83,5%) em comparação ao grupo que raramente ou que nunca seguiu uma dieta balanceada (71,6% e 63,9%, respectivamente). Ainda, verifica-se que as maiores prevalências de regular e ruim/muito ruim autoavaliação se deu no grupo de pacientes que nunca seguiu uma dieta balanceada (26,3% e 9,8%, respectivamente).

Tabela 10. Autoavaliação da qualidade de higienização bucal, antes e durante a pandemia da COVID-19, segundo alteração da qualidade do sono, presença de queixa ao mastigar, episódio de queda de autoestima e seguimento de dieta balanceada.

Fatores avaliados	Autoavaliação dos cuidados de higienização bucal antes da pandemia			p-valor	Autoavaliação dos cuidados de higienização bucal durante a pandemia			p-valor
	Muito boa/ Boa	Regular	Ruim/ Muito ruim		Muito boa/ Boa	Regular	Ruim/ Muito ruim	
Alterações na qualidade e duração do sono								
Sempre	330(76,2%)	90(20,8%)	13(3,0%)	0,515 ¹	583(68,6%)	201(23,6%)	66(7,8%)	0,011 ¹
Raramente	761(79,3%)	172(17,9%)	27(2,8%)		498(76,4%)	125(19,2%)	29(4,4%)	
Nunca	204(75,6%)	55(20,4%)	11(4,0%)		116(72,0%)	36(22,4%)	9(5,6%)	
Queixa ao mastigar								
Sempre	53(66,3%)	21(26,3%)	6(7,4%)	<0,001 ¹	88(60,7%)	41(28,3%)	16(11,0%)	<0,001 ¹
Raramente	454(73,8%)	139(22,6%)	22(3,6%)		395(68,1%)	146(25,2%)	39(6,7%)	
Nunca	788(81,4%)	157(16,2%)	23(2,4%)		714(76,1%)	175(18,7%)	49(5,2%)	
Queda de autoestima								
Sempre	200(68,3%)	72(24,6%)	21(7,1%)	<0,001 ¹	393(64,2%)	155(25,3%)	64(10,5%)	<0,001 ¹
Raramente	841(80,4%)	180(17,2%)	25(2,4%)		602(75,9%)	160(20,2%)	31(3,9%)	
Nunca	254(78,4%)	65(20,1%)	5(1,5%)		202(78,3%)	47(18,2%)	9(3,5%)	
Dieta balanceada								
Sempre	547(89,8%)	56(9,2%)	6(1,0%)	<0,001 ¹	344(83,5%)	56(13,6%)	12(2,9%)	<0,001 ¹
Raramente	526(75,7%)	152(21,9%)	17(2,4%)		503(71,6%)	162(23,0%)	38(5,4%)	
Nunca	222(61,8%)	109(30,4%)	28(7,8%)		350(63,9%)	144(26,3%)	54(9,8%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência.

Fonte: A autora (2022)

5 DISCUSSÃO

Largamente empregada como indicador de morbimortalidade, a autoavaliação tem sido bastante útil em pesquisas de saúde, principalmente pela sua validade nas relações com fatores emocionais, físicos e de bem-estar do indivíduo¹⁷. Nesse estudo, exploramos o impacto de medidas de distanciamento social, por autoavaliação, nos hábitos e cuidados de higiene bucal da população brasileira, durante a pandemia da COVID-19.

No geral, os resultados evidenciaram que a maioria dos adultos participantes, independente do sexo, apesar de autorreferirem possuir boa/muito boa qualidade nos cuidados de higienização bucal, e uma alta frequência de escovação diária, reduziu o nível de autocuidado e práticas saudáveis de higiene bucal, durante o surto da COVID-19. Pesquisas recentes têm fornecido relatos sobre o entendimento da diminuição da higiene bucal, em termos de certos hábitos odontológicos, durante a pandemia da COVID-19^{7,18}.

Existe uma relação entre fatores sociais, biológicos e psicológicos, influenciados por medidas de distanciamento¹⁰. Em nossos achados, os sujeitos mais jovens (18 a 30 anos) e os que apresentavam baixa renda e nível de escolaridade inferior, demonstraram as menores prevalências da maior frequência diária de escovação bucal e da melhor autoavaliação da qualidade dos cuidados bucais. Indivíduos com nível de graduação e pós-graduação e *status* socioeconômico elevado, também tiveram mudanças nos hábitos bucais. Essa conjuntura sugere a necessidade de melhorar a compreensão sobre medidas de autocuidado, garantindo práticas pessoais mais seguras⁴.

Análises também apontam que as pessoas podem estar preocupadas com outras questões e por isso deixam de lado a higiene bucal^{7,10,13,14}. Mudanças de rotina e o aumento da demanda de trabalho em algumas ocupações também podem ter afetado a higiene bucal diária dos brasileiros¹⁹. Essa circunstância é mais um entrave no enfrentamento da COVID-19 no país, pois o cumprimento adequado de medidas de higiene diária é essencial, principalmente no combate a cárie e a doença periodontal, problemas ainda bastante prevalentes no Brasil²⁰.

Outra provável explicação pode ter sido o uso de máscaras faciais como medida de proteção à transmissão do vírus. Uma diminuição da frequência diária na escovação e uma menor preocupação com a higiene bucal têm sido comprovadas, devido ao uso da barreira física²¹. Por outro lado, tem-se observado que o uso da máscara esteve associado à autopercepção do hálito e contribuiu significativamente para mudanças de hábitos de higiene bucal²².

Problemas usuais do sono, comportamentos sedentários, aumento no consumo de doces e chocolates, sofrimento psicológico, mudança de status de emprego e a falta de segurança de renda foram significativamente associados à percepção de agravamento da saúde durante a pandemia no Brasil^{10,13,14}. Esses dados estão em consonância com nosso estudo. Mais da metade dos participantes relataram apresentar alterações na qualidade e duração do sono durante a pandemia da COVID-19. Pudemos demonstrar ainda a influência significativa do sono na autoavaliação da qualidade dos cuidados de higienização bucal.

Com relação à queda na autoestima, o número de relatos apontando sempre apresentar queda na autoestima durante o período pandêmico dobrou, evidenciando o impacto nesse aspecto. Os participantes também referiram diminuição no consumo de alimentos mais saudáveis. A prevalência de atividade parafuncional autopercebida, como o bruxismo, também foi acentuada em outros relatos²¹. Em nosso estudo, a maioria dos participantes informou apresentar algum tipo de queixa ao mastigar durante a fase de restrição. Constatamos também, no mesmo período, uma influência significativa de queda de autoestima, dieta balanceada e queixa ao mastigar na frequência de escovação diária e na autoavaliação da qualidade dos cuidados de higienização bucal.

Uma piora das condições socioeconômicas dos adultos brasileiros durante a pandemia da COVID-19 foi reflexo da redução da renda familiar, perda de emprego e sofrimento psicológico¹⁴. Tem-se comprovado a associação do agravo socioeconômico e comportamentos desfavoráveis relacionados à saúde bucal¹⁹. Nossa análise aponta que pessoas menos remuneradas (empregados domésticos/diaristas, beneficiários de programas governamentais e desempregados) tiveram menores prevalências da maior frequência de escovação diária e da melhor autoavaliação na qualidade dos cuidados bucais durante o período de bloqueio.

No momento em que a saúde pública se concentrava na rede hospitalar tornava-se também imperativo a urgência na valorização do fortalecimento da atenção básica à saúde no Brasil²³. Ainda que fragilizada nos últimos anos, ações de prevenção e proteção, sempre foram o principal foco da saúde pública no país, e a pandemia da COVID-19 veio à tona para enfatizar essa necessidade. O fechamento e a redução do horário de atendimento odontológico, nos setores privado e governamental, limitou os cuidados de rotina e prevenção. Dos 490 participantes que necessitaram ser atendidos presencialmente, 327 conseguiram realizar a consulta e a predominância foi em consultório privado.

Os serviços odontológicos também necessitaram de uma reorientação devido o risco de transmissão do vírus durante o atendimento²⁴. Em nosso estudo, a maioria daqueles que

conseguiram realizar consulta, informaram notar alguma mudança no atendimento com o dentista. Ainda que novos protocolos de proteção tenham sido instituídos, as clínicas odontológicas foram consideradas altamente perigosas e as pessoas relutaram em visitar o dentista. Alguns estudos apontam que a procura por atendimento odontológico só acontecerá quando o uso de máscaras de proteção for dispensável²¹. Apesar do sentimento de insegurança demonstrado por alguns participantes durante o atendimento, no geral, a avaliação do atendimento com o dentista foi muito boa (15,5%) e boa (6.1%). Destacamos que 12,7% dos respondentes não conseguiram realizar atendimento odontológico presencial. É fato que o adiamento da necessidade odontológica levará a um provável agravamento da condição existente^{7,19,23}.

Uma alternativa necessária no contexto da pandemia da COVID-19 seria o atendimento à distância, por ligação telefônica ou através de mídias sociais, como Whatsapp, Instagram. A teleodontologia traz consigo diversos benefícios relevantes, e dessa forma, vem atuando como recurso facilitador para orientar pacientes no diagnóstico e terapêutica, além de diminuir a exposição à COVID-19, em pacientes saudáveis e reduzir a aglomeração nas clínicas²⁵. Alguns poucos participantes desse estudo (4,3%) recorreram a esta alternativa quando não conseguiram atendimento presencial. Apoderar dessa tecnologia de maneira segura, observando as evidências, é ampliar o método clínico de uma odontologia procedimental centrada, é olhar para a demanda repressada, pelo monitoramento de pacientes de risco e, sobretudo, é consolidar o papel indispensável do cirurgião-dentista na sociedade.

Assim como em outras investigações²¹, a dor dentária foi à causa mais referida pelos sujeitos, quando questionados sobre o principal motivo da consulta odontológica durante a pandemia. Uma pesquisa infodemiológica durante o surto da COVID-19 no Brasil demonstrou que a dor dentária, relacionada ou não ao terceiro molar, e problemas com aparelhos ortodônticos foram os tópicos mais comumente relacionados às necessidades autorreferidas de tratamento odontológico²⁶. Esses dados corroboram aos obtidos pelo nosso estudo.

Limitações

- Não foi possível abranger todos os estratos populacionais. Populações de extrema vulnerabilidade, desproporcionalmente afetadas pela pandemia da COVID-19, também estão em maior risco de doenças bucais e conseqüentemente apresentam disparidades de saúde bucal e atenção à saúde bucal em taxas mais elevadas²⁷.

- Muito embora o link da pesquisa tenha sido disponibilizado para todos os estados do Brasil, houve predominância de respostas para a Região Nordeste, resultando no viés de seleção; Isso se deve, provavelmente, a uma maior divulgação por conhecidos próximos a nós pesquisadores.

- Assim como encontrado em vários outros estudos, percebemos a participação de um número altamente significativo de mulheres^{1,14,21}.

- Ainda que o autorrelato seja útil indicador de saúde, pode ser influenciado pela desejabilidade social dos participantes. Logo, um viés de desejabilidade social pode ser justificável, uma vez que, os respondentes têm uma propensão em negar traços socialmente indesejáveis e admitir respostas socialmente desejáveis⁷.

- A técnica de amostragem não probabilística, impossibilita generalizações, no entanto, foi uma opção viável diante das restrições de distanciamento, permitindo-nos fazer uma análise descritiva fiel aos objetivos do estudo, pelo resultado representativo dos participantes. Sendo, dessa forma, uma fonte relevante de autorrelatos, de como a pandemia da COVID-19, refletiu nos cuidados e hábitos diários de saúde bucal da população brasileira.

6 CONCLUSÃO

O olhar atento para a própria saúde, num contexto de fragilidade e de grandes desafios enfrentados pelos serviços de atenção odontológica, se fez ainda mais essencial. Encorajar o autocuidado de maneira segura e responsável, compreendendo riscos e benefícios do autogerenciamento adequado da saúde bucal, traz melhorias à condição de vida de cada um, e da sociedade como um todo. Uma diminuição na frequência de escovação diária, e uma redução das melhores autoavaliações da qualidade dos cuidados bucais foram observadas durante a pandemia da COVID-19, no Brasil. Tendo em vista o papel indispensável da odontologia na vida das pessoas, enfatizamos a relevância desse estudo e reforçamos a necessidade de reorganização do acesso a saúde bucal e a valorização de medidas preventivas, para o incentivo e manutenção de hábitos saudáveis de higiene bucal em períodos de restrição social.

REFERÊNCIAS

1. Rahman MA, Hoque N, Alif SM, Salehin M, Islan SMS, Banik B, Sharif A, Nazim NB, Sultana F, Cross W. Factors associated with psychological distress, fear and coping strategies during the COVID-19 pandemic in Australia. *Global Health* 2020; 16(1):95.
2. Landa-Blanco M, Mejía CJ, Landa-Blanco AL, Martínez-Martínez CA, Vásquez D, Vásquez G, Moraga-Vargas P, Echenique Y, Del Cid GM, Montoya BD. Coronavirus awareness, confinement stress, and mental health: Evidence from Honduras, Chile, Costa Rica, Mexico and Spain. *Soc Sci Med* 2021; 277:113933.
3. Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med* 2020; 27(2): 1-4.
4. Qutob N, Awartani F. Knowledge, attitudes and practices (KAP) towards COVID-19 among Palestinians during the COVID-19 outbreak: A cross-sectional survey. *PLoS ONE* 2021; 16(1):e0244925.
5. Meng L, Hua F, Bian Z. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. *J Dent Res* 2020; 99(5):481-487.
6. Guo J, Xie H, Liang M, Wu H. COVID-19: a novel coronavirus and a novel challenge for oral healthcare. *Clin Oral Investig* 2020; 24(6): 2137-2138.
7. Abdulkareem AA, Abdulbaqi HR, Alshami ML, Al-Rawi NH. Oral health awareness, attitude towards dental treatment, fear of infection and economic impact during COVID-19 pandemic in the Middle East. *Int J Dent Hyg* 2021; 19(3): 295-304.
8. Samuel SR, Kuduruthullah S, Khair AMB, Al Shayeb M, Elkaseh A, Varma SR, Nadeem G, Elkhader IA, Ashekhi A. Impact of pain, psychological-distress, SARS-CoV2 fear on adults' OHRQOL during COVID-19 pandemic. *Saudi J Biol Sci.* 2021; 28(1): 492-494.
9. Pauli LK, Aarabi G, Kriston L, Jansen A, Heydecke G, Reissmann DR Clinical instruments and methods for assessing physical oral health: a systematic review. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2017; 45(4): 337-347.
10. Szwarcwald CL, Damacena GN, Barros MBA, Malta DC, Souza Júnior PRB, Azevedo LO, Machado ÍE, Lima MG, Romero D, Gomes CS, Werneck AO, Silva DRPD, Gracie R, Pina MF. Factors affecting Brazilians' self-rated health during the COVID-19 pandemic. *Cad Saude Publica* 2021; 37(3): e00182720.
11. Kojima A, Ekuni D, Mizutani S, Furuta M, Irie K, Azuma T, Tomofuji T, Iwasaki Y, Morita M. Relationships between self-rated oral health, subjective symptoms, oral health behavior and clinical conditions in Japanese university students: a cross-sectional survey at Okayama University. *BMC Oral Health* 2013; 13(62): 1-7.

12. Krause L, Seeling S, Starker A. Selbstwahrgenommene Mundgesundheit und assoziierte Faktoren bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse aus GEDA 2019/2020-EHIS [Self-perceived oral health and associated factors among adults in Germany. Results from GEDA 2019/2020-EHIS]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2021; 64(8): 967-976.
13. Malta DC, Szwarcwald CL, Barros MBA, Gomes CS, Machado ÍE, Souza Júnior PRB, Romero DE, Lima MG, Damacena GN, Pina MF, Freitas MIF, Werneck AO, Silva DRPD, Azevedo LO, Gracie R. The COVID-19 Pandemic and changes in adult Brazilian lifestyles: a cross-sectional study, 2020. *Epidemiol Serv Saude* 2020; 29(4): e2020407.
14. Teotônio I, Hecht M, Castro LC, Gandolfi L, Pratesi R, Nakano EY, Zandonadi RP, Pratesi CB. Repercussion of COVID-19 Pandemic on Brazilians' Quality of Life: a Nationwide Cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020; 17(22): 8554.
15. Nico LS, Andrade SS, Malta DC, Pucca Júnior GA, Peres MA. Self-reported oral health in the Brazilian adult population: results of the 2013 National Health Survey. *Cien Saude Colet* 2016; 21(2): 389-98.
16. Ebrahim S, Clarke M. STROBE: new standards for reporting observational epidemiology, a chance to improve. *Int J Epidemiol* 2007; 36(6): 1371.
17. Garbarski D, Schaeffer NC, Dykema J. Interviewers' Ratings of Respondents' Health: predictors and association with mortality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2019; 74(7): 1213-1221.
18. González-Olmo MJ, Delgado-Ramos B, Ruiz-Guillén A, Romero-Maroto M, Carrillo-Díaz M. Oral hygiene habits and possible transmission of COVID-19 among cohabitants. *BMC Oral Health* 2020; 20(286): 1-7.
19. Matsuyama Y, Aida J, Takeuchi K, Koyama S, Tabuchi T. Dental pain and worsened socioeconomic conditions due to the COVID-19 pandemic. *J Dent Res* 2021; 100(6): 591-598.
20. Arantes R, Jamieson LM, Frazão P. Dental caries, periodontal disease and restorative dental care among indigenous and non-indigenous groups in Brazil: A descriptive study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2021; 49(1): 63-69.
21. Pinzan-Vercelino CR, Freitas KM, Girão VM, da Silva DO, Peloso RM, Pinzan A. Does the use of face masks during the COVID-19 pandemic impact on oral hygiene habits, oral conditions, reasons to seek dental care and esthetic concerns? *J Clin Exp Dent* 2021;13(4): e369-e375.
22. Faria SFS, Costa FO, Godinho Pereira A, Miranda Cota LO. Self-perceived and self-reported breath odour and the wearing of face masks during the COVID-19 pandemic. *Oral Dis* 2021; 00:1-11.

23. Souza CDF, Gois-Santos VT, Correia DS, Martins-Filho PR, Santos VS. The need to strengthen primary health care in Brazil in the context of the COVID-19 pandemic. *Braz Oral Res* 2020; 34: e047.
24. Banakar M, Bagheri Lankarani K, Jafarpour D, Moayedi S, Banakar MH, MohammadSadeghi A. COVID-19 transmission risk and protective protocols in dentistry: a systematic review. *BMC Oral Health* 2020; 20(1): 275.
25. Ghai S. Teledentistry during COVID-19 pandemic. *Diabetes Metab Syndr* 2020; 14(5): 933-935.
26. Oliveira LM, Zanatta FB. Self-reported dental treatment needs during the COVID-19 outbreak in Brazil: an infodemiological study. *Braz Oral Res* 2020; 34: e114.
27. Brian Z, Weintraub JA. Oral health and COVID-19: increasing the need for prevention and access. *Prev Chronic Dis* 2020; 17(82): 200-266.