

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Nathália Duarte Barros Rocha

COVID 19: a boca, o ambiente, o estilo de vida e o contexto espiritual

Juiz de Fora

2023

Nathália Duarte Barros Rocha

COVID 19: a boca, o ambiente, o estilo de vida e o contexto espiritual

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia. Área de concentração: Cirurgia, Periodontia, Imunopatologia e Patologia

Orientadora: Professora Doutora Maria das Graças Afonso Miranda Chaves

Coorientadora: Professora Doutora Gisele Maria Campos Fabri

Juiz de Fora

2023

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Rocha, Nathália Duarte Barros.

COVID-19: a boca, o ambiente, o estilo de vida e o contexto espiritual / Nathália Duarte Barros Rocha. -- 2023.

69 p. : il.

Orientadora: Maria das Graças Afonso Miranda Chaves

Coorientadora: Gisele Maria Campos Fabri

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Odontologia. Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica, 2023.

1. dor orofacial. 2. covid-19. 3. espiritualidade. 4. odontologia. 5. qualidade de vida. I. Chaves, Maria das Graças Afonso Miranda, orient. II. Fabri, Gisele Maria Campos, coorient. III. Título.

Nathália Duarte Barros Rocha

COVID-19: a boca, o ambiente, o estilo de vida e o contexto espiritual

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia. Área de concentração: Clínica Odontológica.

Aprovada em 29 de maio de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria das Graças Afonso Miranda Chaves - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

Profa. Dra. Gisele Maria Campos Fabri
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

Profa. Dra. Sumatra melo da Costa Pereira Jales
Universidade de São Paulo - USP

Profa. Dra. Leticia Miquelitto Gasparoni
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

Juiz de Fora, 27/04/2023.



Documento assinado eletronicamente por **Maria das Graças Afonso Miranda Chaves, Professor(a)**, em 29/05/2023, às 13:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sumatra Melo da costa Pereira Jales, Usuário Externo**, em 29/05/2023, às 13:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gisele Maria Campos Fabri, Professor(a)**, em 29/05/2023, às 13:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Leticia Miquelitto Gasparoni, Professor(a)**, em 29/05/2023, às 14:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufff (www2.ufff.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1255408** e o código CRC **12A2B745**.

Dedico este trabalho ao meu marido
pelo apoio e carinho de sempre.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a meu marido por todo auxílio não apenas nesta etapa, como também na jornada da vida.

Agradeço à minha orientadora Prof^a. Graça e coorientadora Prof^a. Gisele por sempre me guiarem no caminho do aprendizado, da pesquisa e do progresso da vida.

Agradeço à Dra. Sumatra por também sempre ser um guia nos caminhos do aprendizado e da vida.

Agradeço aos professores envolvidos na realização desta pesquisa por suas contribuições e orientações, em especial ao Prof. Dr. José Fabri e ao Prof. Dr. José Jonas.

Agradeço aos membros desta banca que certamente irão contribuir para a sofisticação desta pesquisa.

Agradeço a todos os professores do Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFJF por terem contribuído com a minha formação e em especial à Letícia e à Valéria por todas as orientações durante o curso.

Agradeço também à Prefeitura Municipal de Santos Dumont, à Secretaria de Saúde e à Vigilância Sanitária pelo apoio para a realização desta pesquisa, em especial à Odineia Amorim.

"O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida"
(Cicely Saunders)

RESUMO

Introdução: Fatores ambientais, econômicos e sociais interagem em sinergismo com a COVID-19 e a dor orofacial pode ter sido potencializada neste contexto sindêmico. A espiritualidade pode auxiliar os sujeitos a vivenciarem as adversidades do período pandêmico. **Objetivos:** Este estudo avaliou a associação da COVID-19 com a frequência de queixas odontológicas, perfil socioeconômico, prática de atividade física e a espiritualidade. **Metodologia:** Foi realizado um estudo transversal, através de entrevistas telefônicas, com pacientes adultos com diagnóstico de COVID-19 para investigar as queixas odontológicas, o perfil socioeconômico, o perfil de atividade física e a espiritualidade. **Resultados:** Foram abordados 846 pacientes dos quais 82 aceitaram participar do estudo e foram entrevistados. A dor/ queixa odontológica foi relatada por 59 (71,9%) pacientes. O perfil de atividade física prevalente foi o sedentário em 37 (45,1%). A classe socioeconômica mais comum foi a de baixa renda C2 em 29 (35,4%). Os testes de associação não apresentaram significância estatística entre a dor orofacial e as variáveis gênero, classe social e perfil de atividade física. Entretanto, os dados demonstraram maior prevalência de dor orofacial em mulheres com diagnóstico de Covid -19 (mulheres 78% e homens 22,%, $Z= 18,4\%$ $p<;0,001$), pertencentes a uma classe socioeconômica mais baixa (classes C 49,2% e D-E 37,3% e classe B 13,6%, $Z=11,62$, $p=0,003$) e que praticavam pouca ou nenhuma atividade física (sedentários 45,8%, insuficientemente ativo 42,4% e ativos 11,9% $Z= 12,339$ $p=0,02$). Em relação à espiritualidade, 72 (87,8%) afirmaram que suas crenças religiosas ou espirituais auxiliaram no enfrentamento da COVID-19, 68 (82,9)% dos participantes relataram que a doença influenciou suas crenças, 64 (78%) pacientes relataram que desde o diagnóstico de COVID-19 a espiritualidade mudou e ficou mais fortalecida. Além disso, 61 (74,3%) dos participantes relataram que gostariam de que as equipes de saúde abordassem a espiritualidade durante o tratamento. A análise de correspondência múltipla mostrou que a espiritualidade tem maior relação com os pacientes que tiveram mais queixas orofaciais e do sexo feminino.

Conclusão: Sugere-se que a dor orofacial pode ser mais um dano potencial da COVID-19. A infecção pelo Sars Cov-2 pode ser um fator etiológico biológico da dor orofacial, que também pode ser potencializada pelos fatores psicossociais da COVID-19. A espiritualidade foi um recurso fundamental dos pacientes no processo de

enfrentamento da doença de COVID-19 e da dor orofacial. A espiritualidade parece ser um recurso para enfrentar doenças e situações inesperadas. Além disso, a assistência envolvendo aspectos da espiritualidade pode ser um diferencial para o atendimento integral e humanizado dos pacientes.

Palavras-chave: COVID-19, dor orofacial, espiritualidade, odontologia, qualidade de vida

ABSTRACT

Introduction: Environmental, economic and social factors interact in synergism with COVID-19 and orofacial pain may have been potentiated in this synergistic context. Spirituality can help subjects to experience the adversities of the pandemic period.

Objectives: This study evaluated the association of COVID-19 with the frequency of dental complaints, socioeconomic profile, physical activity and spirituality.

Material and Methods: A cross-sectional study was conducted through telephone interviews with adult patients diagnosed with COVID-19 to investigate dental complaints, socioeconomic profile, physical activity profile and spirituality.

Results: 846 patients were approached, of which 82 agreed to participate in the study and were interviewed. Dental pain/complaint was reported by 59 (71.9%) patients. The prevalent physical activity profile was sedentary in 37 (45.1%). The most common socioeconomic class was low income C2 in 29 (35.4%). The association tests did not show statistical significance between orofacial pain and the variables gender, social class and physical activity profile. However, the data showed a higher prevalence of orofacial pain in women diagnosed with Covid-19 (women 78% and men 22.%, $Z = 18.4\%$ $p < 0.001$), belonging to a lower socioeconomic class (classes C 49.2% and D-E 37.3% and class B 13.6%, $Z = 11.62$, $p = 0.003$) and who practiced little or no physical activity (sedentary 45.8%, insufficiently active 42.4% and active 11.9% $Z = 12.339$ $p = 0.02$). Regarding spirituality, 72 (87.8%) stated that their religious or spiritual beliefs helped in coping with COVID-19, 68 (82.9%) of participants reported that the disease influenced their beliefs, 64 (78%) patients reported that since the diagnosis of COVID-19 Spirituality changed and became stronger. In addition, 61 (74.3%) of the participants reported that they would like health teams to address spirituality during treatment. Multiple correspondence analysis showed that spirituality is more related to patients who had more orofacial and female complaints.

Conclusion: It is suggested that orofacial pain may be another potential harm of COVID-19. Sars Cov-2 infection may be a biological etiological factor of orofacial pain, which can also be potentiated by psychosocial factors of COVID-19. Spirituality was a fundamental resource of patients in the process of coping with COVID-19 disease and orofacial pain. Spirituality seems to be a resource to face diseases and unexpected situations. In addition, assistance involving

aspects of spirituality can be a differential for the comprehensive and humanized care of patients.

Key words: COVID-19, orofacial pain, spirituality, dentistry, quality of life

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	– Fluxograma do estudo.....	24
Figura 2	– Gráfico da análise de correspondência entre queixas de dor orofacial, sexo e espiritualidade.....	32
Figura 3	– Gráfico da análise de correspondência entre queixas de dor orofacial, sexo e espiritualidade com <i>zoom</i>	33
Figura 4	– Perspectiva sindêmica.....	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Dados sociodemográficos.....	24
Tabela 2	– Profissão.....	25
Tabela 3	– Estratificação socioeconômica – IBGE.....	26
Tabela 4	– Classificação quanto à atividade física – IPAQ.....	26
Tabela 5	– Formas de gravidade COVID -19.....	27
Tabela 6	– Comorbidades.....	27
Tabela 7	– Medicações de uso contínuo.....	27
Tabela 8	– Sintomas de dor orofacial.....	28
Tabela 9	– Características da dor orofacial.....	28
Tabela 10	– Fatores de piora da dor orofacial.....	28
Tabela 11	– Classificação da dor orofacial.....	29
Tabela 12	– Automedicação para dor	29
Tabela 13	– Avaliação de triagem para dor e distúrbios temporomandibulares recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial	29
Tabela 14	– Ferramenta FICA modificada (adaptada à COVID- 19.....	30
Tabela 15	– Associação entre dor orofacial, sexo, classe socioeconômica e atividade física.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM	Articulação temporomandibular
COVID-19	Doença do coronavírus
DTM	Disfunção temporomandibular
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPAQ	Questionário internacional de atividade física
OMS	Organização Mundial de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
HAS	Hipertensão arterial sistêmica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
3	PROPOSIÇÃO	18
4	MÉTODOLOGIA.....	19
4.1	Desenho do estudo.....	21
4.2	Critérios de inclusão.....	21
4.3	Critérios de exclusão.....	21
4.4	Metodologia de análise de dados.....	21
4.5	Desfecho primário.....	22
4.6	Desfecho secundário.....	22
5	ASPECTOS ÉTICOS.....	23
6	RESULTADOS.....	24
6.1	Caracterização da amostra Fluxograma.....	24
6.2	Dados sociodemográficos.....	24
6.3	Perfil socioeconômico.....	26
6.4	Classificação quanto à atividade física.....	26
6.5	Condição clínica.....	26
6.6	Sintomas de dores orofaciais.....	28
6.7	Espiritualidade.....	30
6.8	Avaliação da associação entre a queixa de dor orofacial, sexo, classe social e perfil de atividade física.....	31
6.9	Avaliação da relação entre dor orofacial, espiritualidade e sexo.....	32
7	DISCUSSÃO.....	34
8	CONCLUSÃO.....	39
	REFERÊNCIAS.....	40
	ANEXOS.....	49

1 INTRODUÇÃO

A COVID-19 foi a maior emergência de saúde pública mundial na contemporaneidade e afetou todas as esferas da vida humana (DESAI *et al.*, 2022; SILVA ANDRADE *et al.*, 2021; NALBANDIAN *et al.*, 2021).

Fatores pertinentes à conjuntura vivida em decorrência das estratégias da quarentena, do distanciamento e do isolamento social, somado aos agravos econômicos, incertezas diante de um vírus potencialmente mortal e o número de mortes causados pela doença, influenciaram na desesperança, no estilo de vida e no bem-estar físico, mental, espiritual e social da população mundial. (ASMUNDSON; TAYLOY, 2020; CARVALHO *et al.*, 2020; SCHMIDT *et al.*, 2020; TORALES *et al.*, 2020).

A dor tem sido descrita como uma experiência individual e multifatorial, modulada por fatores físicos, psíquicos, ambientais e socioculturais (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2009). Fatores ambientais, econômicos e sociais interagem em sinergismo com a COVID-19 e a dor orofacial pode ter sido potencializada neste contexto sindêmico (HORTON, 2020).

As evidências científicas apontam que a espiritualidade tem um impacto positivo sobre a saúde e bem-estar com diminuição dos níveis de mortalidade geral, depressão, suicídio, uso/ abuso de álcool ou drogas, na melhoria da qualidade de vida, no enfretamento de situações inesperadas e estressantes e aumento dos níveis de satisfação com a vida (CURSIO; MOREIRA-ALMEIDA, 2019; DALGALARRONDO, 2006; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO-NETO; KOENIG, 2006; KOENIG *et al.*, 2012; TSUANG *et al.*, 2007; KOENIG, 2008; LUCCHETTI, A; LUCCHETTI, G; AVEZUM, 2011; KOENIG, 2012). Assim, em contextos de pandemia, como é o caso da COVID-19, a espiritualidade pode auxiliar os sujeitos a vivenciarem as adversidades deste momento (SCORSOLINI-COMIN *et al.*, 2020; KOENIG, 2020).

Embora haja estudos científicos abordando a importância da espiritualidade como aliada na assistência em saúde, são poucos profissionais de saúde que integram essa prática em seu dia a dia e os estudos ainda são escassos (MACDONALD; SIGNH; BULGARELLI, 2020). Especificamente na área da Odontologia esta abordagem é mais escassa ainda, os poucos estudos disponíveis sobre o tema demonstram que a educação odontológica não prepara o estudante para abordar a espiritualidade, existindo este treinamento apenas em cursos de pós-

graduação, especialmente em cuidados paliativos (MACDONALD; SIGNH; BULGARELLI, 2020; BULGARELLI *et al.*, 2014).

Estudos sistemáticos que abordam a dor orofacial em pacientes com COVID-19 são escassos, entretanto, são fundamentais para conhecer o contexto, estabelecer estratégias diagnósticas e terapêuticas e, também, planejamentos em saúde pública.

Diante do exposto, busca-se investigar a associação da COVID-19 com a presença de queixas odontológicas, o perfil socioeconômico, a prática de atividade física e a espiritualidade, amplificando o olhar e buscando entender o impacto da doença na integralidade do indivíduo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) nomeou oficialmente a doença resultante da infecção pelo vírus SARS-CoV-2 como doença de coronavírus 2019 (COVID-19) e declarou em março de 2020 uma pandemia (SHARMA *et al.*, 2020).

Por se tratar de um novo vírus ao qual a população mundial não tinha imunidade e diante da indisponibilidade de medicamentos e de vacinas, no primeiro momento da pandemia, as medidas não farmacológicas preconizadas pela OMS foram de extrema importância por serem medidas efetivas no combate ao coronavírus (GARCIA; DUARTE, 2020). As intervenções não farmacológicas foram adotadas com o objetivo de desacelerar a transmissão do vírus entre os seres humanos e postergar o pico de ocorrência da curva epidêmica (GARCIA; DUARTE, 2020).

O intuito dessas regras foi mitigar os efeitos da doença sobre as populações e diminuir as demandas instantâneas por cuidados em saúde e consequentemente minimizar a mortalidade e a morbidade associadas (GARCIA; DUARTE, 2020). As principais medidas implementadas foram o distanciamento social, a etiqueta respiratória, o uso de máscara e a higienização das mãos (GARCIA; DUARTE, 2020).

Diante desse novo panorama, com a restrição do contato social e das atividades econômicas, mudanças no estilo de vida e nas relações sociais com as recomendações mais rigorosas de medidas de higiene, por exemplo, pode-se relacionar a COVID-19 à piora da qualidade de vida, trazendo impactos negativos físicos, mentais e sociais (JYN, *et al.*, 2020; DUAN; ZHU, 2020). A pandemia também pode ser associada à amplificação ou surgimento de doenças mentais, como o estresse (DUAN; ZHU, 2020).

À medida que o mundo enfrenta sucessivas ondas de contágio e surgimento de novas variantes, sintomas prolongados, persistentes e incapacitantes da doença têm surgido em alguns pacientes (MEHANDRU; MERAD, 2022). Assim, é imperativo o estudo sobre os efeitos pós-COVID, de curto e de longo prazo (MEHANDRU; MERAD, 2022, VENKATESAN, 2021; SHAH, 2021; WANG; KREAM, 2020). Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA usam a expressão "condições pós-COVID" como um termo guarda-chuva para a ampla gama de consequências para a saúde que estão presentes, a partir de quatro semanas após a infecção pelo SARS-CoV-2 (MEHANDRU; MERAD, 2022).

Estudos apontam que as manifestações mais comuns no pós-COVID-19 são as sistêmicas, como fadiga e baixa concentração, as neurológicas, como síndromes de dor, anormalidades do sono, dor de cabeça crônica, déficits de memória e comprometimento do humor, as cardíacas, como palpitações, síncope, disritmias e sintomas posturais e as respiratórias, como a dispneia e tosse. A fisiopatologia dessas manifestações ainda não está totalmente compreendida (MEHANDRU; MERAD, 2022; SILVA ANDRADE *et al.*, 2021; LEUNG *et al.*, 2020; VITIELLO; FERRARO, 2020; JIN *et al.*, 2020).

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor é definida como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (RAJA *et al.*, 2020). A dor tem etiologia multifatorial sendo modulada por fatores físicos, psíquicos, ambientais e socioculturais (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2009). A dor é a causa mais comum de sofrimento, incapacita os indivíduos e afeta a qualidade de vida de milhares de pessoas em todo o mundo (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2009).

A dor orofacial é definida pela Sociedade Brasileira de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (SBDOF) como sendo toda a dor associada a tecidos moles e mineralizados - pele, vasos sanguíneos, ossos, dentes, glândulas ou músculos - da cavidade oral e da face.” (LEEuw, 2010). A modulação da dor orofacial se dá por fatores físicos como as alterações orgânicas dos tecidos e também por fatores emocionais como ansiedade, depressão e desamparo (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2009).

A dor se resulta da relação entre os componentes afetivos, cognitivos, neurovegetativos, neuroendócrinos e neuroimunológicos que se expressam diante de um estímulo e a interpretação desse fenômeno é individual e ocorre de acordo com o estado mental e o valor simbólico que representa (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2009).

Um relatório da Organização Pan-Americana em Saúde (OPAS), mostrou que a pandemia da COVID-19 afeta desproporcionalmente as mulheres, trazendo aumentos da desigualdade de gênero em saúde, impactos no acesso a emprego, desenvolvimento e bem-estar (OPAS, 2022).

Alguns autores demonstram que a pandemia da COVID-19 pode ser classificada como uma sindemia, em que duas ou mais doenças interagem sinergicamente entre si, de forma a causar danos maiores. O impacto dessa interação é influenciado pelos cenários sociais e ambientais em que essas doenças ocorrem e

tornam as populações mais susceptíveis aos efeitos dessas doenças (HORTON, 2020;).

A espiritualidade é o aspecto da humanidade que se refere à forma como os indivíduos buscam a compreensão das questões acerca da vida, do seu significado, e da relação com o sagrado e o transcendente, podendo ou não conduzir ou originar rituais religiosos e formação de comunidades (KOENIG, 2000).

A relação entre saúde e espiritualidade é antiga na história da humanidade, fazendo parte das tradições das populações (SANTOS, 2009). Desde que o ser humano existe há a utilização da espiritualidade na busca pelo significado de vida, na busca pela melhoria da qualidade de vida, na busca da harmonia e paz e para tratar doenças, sendo uma prática isolada ou coadjuvante com as práticas médicas (SANTOS, 2009). Porém, apenas na contemporaneidade, a espiritualidade passou a ser incorporada cientificamente pelas ciências da saúde (CUNHA; SCORSOLINI-COMIN, 2019; CUNHA *et al.*, 2020).

Um marco desse reconhecimento ocorreu em 1998, quando a OMS definiu a espiritualidade como um dos pilares do cuidado em saúde. A OMS definiu a saúde como um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, ampliando a noção anterior de que a saúde consistia na ausência de doença ou enfermidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Estudos apontam que a espiritualidade pode ser utilizada para entender as questões envolvidas sobre a vida e sobre a morte e como uma ferramenta para lidar com (*coping*) as adversidades e a dor, seja ela física, moral ou espiritual (SANTOS, 2009). A literatura revela que a utilização da espiritualidade em cuidados de saúde se relaciona com níveis elevados de esperança e diminuição do medo, preocupação e tristeza (LUCCHETTI *et al.*, 2020). Os valores transcendentais auxiliam na superação de perdas e interrupções, promovem significado, conexão, harmonia e estimulam valores sociais essenciais de cuidado e compaixão pelos outros (ROSSATO; ULLÁN; SCORSOLINI-COMIN, 2021; WALSH, 2020)

Durante a pandemia, pesquisas mostram que a espiritualidade contribuiu para aliviar o estresse e o sofrimento dos profissionais de saúde e de pacientes e seus familiares (ROSSATO; ULLÁN; SCORSOLINI-COMIN, 2021; WALSH, 2020). Também foi usada como forma de compreensão da COVID-19 além de trazer

esperança e bem-estar, auxiliando os indivíduos no enfrentamento de toda a conjuntura pandêmica (ROSSATO; ULLÁN; SCORSOLINI-COMIN, 2021).

3 PROPOSIÇÃO

Os objetivos deste estudo foram avaliar a associação da COVID-19 com a frequência de queixas odontológicas, perfil socioeconômico, prática de atividade física e a espiritualidade. Identificar as queixas odontológicas mais frequentes em participantes com diagnóstico de COVID-19. Oferecer cuidados preventivos de saúde através de orientações especializadas.

A hipótese é a COVID-19 está associada a um maior número de queixas odontológicas, baixo nível socioeconômico, sedentarismo e menor espiritualidade.

4 METODOLOGIA

A amostra foi constituída por todos os participantes com diagnóstico de COVID-19 confirmados por exame laboratorial na cidade de Santos Dumont que aceitaram participar da pesquisa, desta forma o cálculo amostral será por conveniência. Foram incluídos indivíduos adultos com idade entre 30 a 60 anos com diagnóstico laboratorial de COVID-19.

O estudo envolveu uma análise retrospectiva dos dados referentes às características demográficas da população estudada, do diagnóstico clínico e da evolução da COVID-19, assim como da terapêutica utilizada, que se encontram registrados nas bases de dados da Secretaria de Santos Dumont. O acesso aos dados foi disponibilizado em fevereiro de 2021 e foram referentes aos casos positivos entre março e dezembro de 2020. Para garantir a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras) foi limitado o acesso aos prontuários apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa. Um estudo transversal foi também executado através de entrevista telefônica para investigar a presença de queixas odontológicas, o perfil socioeconômico, a prática de atividades físicas e a espiritualidade. Em relação aos participantes que foram tratados em regime de internação, a entrevista telefônica foi realizada após alta hospitalar. A entrevista telefônica seguiu o seguinte protocolo de abordagem:

- 1- Cumprimento cordial e identificação do pesquisador
- 2- Explicação sobre a pesquisa e participação: *“somos uma equipe de pesquisadores da UFJF que pretende estudar e compreender o impacto da COVID-19 na saúde bucal e a relação com o ambiente, atividade física e espiritualidade. Esta pesquisa é muito importante pois pode ajudar a compreender melhor se alguma alteração bucal e do modo de vida contribui para o agravamento da doença e assim podemos desenvolver estratégias melhores para prevenir a Covid. Você ou alguém de sua casa testou positivo para Covid? Gostaria de contribuir conosco?”*
- 3- Esclarecimentos sobre o TCLE: *“enviaremos pra você por e-mail ou WhatsApp o TCLE para que possa compreender melhor nossa pesquisa. Assim que você ler, responda nos que compreendeu e que aceita os termos. Assim que recebermos sua resposta entraremos em contato novamente para que nos ajude nesta importante pesquisa.”*

4- Agradecimentos e despedida

Após esta conversação, nos casos em que o participante aceitou participar da pesquisa, o TCLE foi enviado através dos seguintes meios digitais: e-mail ou WhatsApp, de acordo com a escolha de cada participante.

Instrumentos de avaliação:

1. Ficha para a obtenção de informações relativas aos dados demográficos do participante, a sua história médica incluindo medicamentos em uso e a presença de comorbidades, evolução da COVID-19 e o tratamento ao qual foi submetido.
2. Ficha clínica da Equipe de Dor Orofacial (EDOF-HC) modificada (Siqueira, 2004) para investigar a presença de queixas bucais (ANEXO A)
3. Questionário Classe socioeconômica IBGE (ALMEIDA e WICKERHAUSER, 2015), para caracterizar o perfil socioeconômico da população estudada (ANEXO B)
4. Questionário internacional de atividade física IPAQ, é um questionário que permite estimar o tempo semanal gasto em atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa, em diferentes contextos do cotidiano (BENEDETTI *et al.*, 2007) (ANEXO C)
5. Questionário FICA (F=fé/crença, I=importância/influência, C=comunidade, A=ação no tratamento) (PUCHALSKI, 2000), ferramenta utilizada para obter a história espiritual dos participantes, e adaptado para o contexto da COVID19 (FERREI *et al.*, 2020) (ANEXO D)
6. Questionário para triagem de Dor Orofacial e DTM recomendado pela Academia de Dor Orofacial (DE LEEW, 2010) (ANEXO E)

O período de realização das entrevistas foi de março a dezembro de 2021. Cada ligação realizada para a entrevista e obtenção dos dados teve duração média de 30 minutos por participante.

Os participantes receberam orientações de cuidados preventivos odontológicos e sobre práticas de atividade física através de cartilha digital.

Após aplicação dos questionários, os dados coletados foram digitalizados e agrupados em uma planilha, funcionando como um banco de dados, a fim de facilitar o acesso às informações colhidas e a posterior análise destes dados.

4.1 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo retrospectivo, transversal e quantitativo. Foram analisados retrospectivamente, os dados referentes às características demográficas de participantes com diagnóstico laboratorial positivo para COVID-19, o diagnóstico clínico e a evolução da COVID-19, assim como a terapêutica utilizada, que se encontram registrados nas bases de dados da Secretaria de Saúde de Santos Dumont. O acesso aos dados foi referente aos casos positivos entre março e agosto de 2020. Além disso, foi realizada entrevista, via telefônica, para investigar a presença de queixas odontológicas, perfil socioeconômico, práticas de espiritualidade e de atividades físicas.

4.2 Critérios de inclusão

Foram incluídos indivíduos adultos com idade entre 30 a 60 anos com diagnóstico laboratorial de COVID-19.

4.3 Critérios de exclusão

Foram excluídos indivíduos com deficiências cognitivas, participantes em tratamento oncológico, participantes que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido ou com respostas incompletas dos questionários para coleta de dados, participantes sem acesso à telefonia ou internet, participantes sem confirmação laboratorial de COVID-19 e participantes que tiveram como desfecho o óbito.

4.4 Metodologia de análise de dados

Foi realizada a tabulação dos dados e análise descritiva das frequências e porcentagens, médias, desvios-padrão. Procurou-se investigar a relação entre as variáveis estudadas por meio da análise das tabelas de contingência. Foram utilizados testes qui-quadrado de independência para avaliar as associações entre as queixas de dor orofacial com relação ao sexo do paciente, perfil socioeconômico e perfil de atividade física, além dos testes qui-quadrado de aderência e Z para comparar diferenças entre proporções. Em todos os testes estatísticos foi considerado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e um intervalo de confiança de 95%. Os dados foram analisados com o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS: IBM Corp. Lançado em 2020. IBM SPSS Statistics para Windows, Versão 27.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

Foi feita também, a análise descritiva exploratória com a análise de correspondência múltipla para visualizar a relação entre as variáveis entre si, entre a espiritualidade, a queixa de dor orofacial e o sexo do paciente. A análise de correspondência é uma técnica multivariada projetada para explorar as relações entre variáveis categóricas dispostas em tabelas de dupla entrada. As informações das linhas e colunas da tabela de contingência são representadas em um gráfico bidimensional, permitindo ao pesquisador representar e interpretar as relações entre as variáveis categóricas dentro de diferentes contextos em um espaço de menor dimensão. Essa representação revela uma imagem mais ampla das relações entre as variáveis linhas e colunas do que poderia ser obtida por uma análise bivariada. Nesta técnica as distâncias entre os pontos no gráfico são distâncias qui-quadrado e pontos mais próximos são mais semelhantes que pontos mais distantes. Sendo uma técnica exploratória, não se faz testes de significância estatística.

4.5 Desfecho primário

Conhecer a associação da doença com a frequência de queixas odontológicas, perfil socioeconômico, prática de atividade física e espiritualidade de indivíduos diagnosticados com COVID-19.

4.6 Desfecho secundário

Oferecer cuidados preventivos de saúde através de orientações especializadas.

5 ASPECTOS ÉTICOS

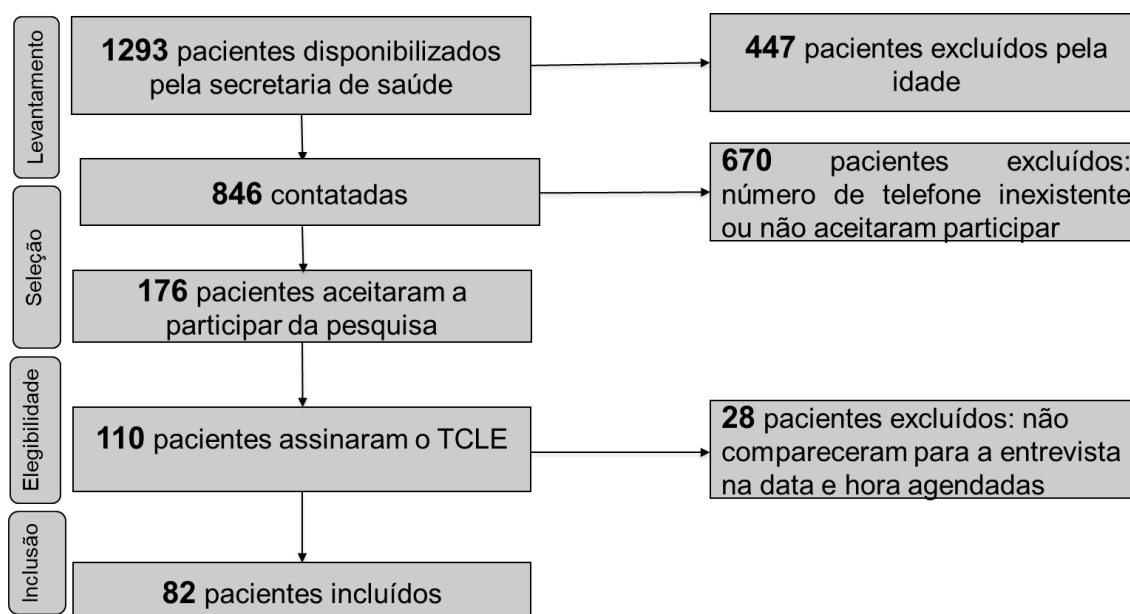
Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora com o seguinte número de parecer consubstanciado 4.267.712

6 RESULTADOS

6.1 Caracterização da amostra - Fluxograma

Foram disponibilizados 1293 pacientes pela secretaria de saúde, destes foram excluídos 447 pelo critério da idade. Foram contactadas 846 pessoas, por via telefônica, no período de março a dezembro de 2021. Destes, apenas 176 aceitaram participar da pesquisa, sendo que 110 assinaram o TCLE e destes 82 participantes completaram todas as etapas da pesquisa, incluindo a fase da entrevista que teve duração média de 30 minutos com cada participante. Desta forma, foram incluídos 82 participantes.

Figura 1: Fluxograma do estudo



Fonte: elaborada pelo autor (2022)

6.2 Dados sociodemográficos

O sexo prevalente foi o feminino em 59 (72%) entrevistados. A média de idade foi de 40,4, com valor mínimo de 30 e máximo de 60 anos. Em relação à raça, 52 (63,4%) pacientes se autodeclararam pertencentes à raça branca.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos

Dados sociodemográficos	n ¹ (%)
Sexo	

Feminino	59 (72)
Masculino	23 (28)
Idade	
Média ± desvio padrão (anos)	40,4±8,6
Mediana (máximo-mínimo) anos	38,5 (30-60)
Raça	
Branca	52 (63,4)
Parda	25 (30,5)
Preta	5 (6,1)

n¹ = 82 total de pacientes

Fonte: elaborada pelo autor (2022)

A profissão mais relatada foi “do lar” em 18 (22%) participantes.

Tabela 2 - Profissão

Profissão	n¹ (%)
Do lar	18 (22)
Desempregado	11 (13,4)
Balconista	8 (9,8)
Autônomo	7 (8,6)
Técnico de enfermagem	5 (6,0)
Professor	5 (6,0)
Vendedor	4 (4,9)
Bancário	3 (3,6)
Agente comunitário de saúde	2 (2,5)
Aposentado	2 (2,5)
Auxiliar	2 (2,5)
Cuidador de idoso	2 (2,5)
Faxineiro	2 (2,5)
Advogado	1 (1,2)
Caldeireiro	1 (1,2)
Cirurgião-dentista	1 (1,2)
Educador físico	1 (1,2)
Enfermeiro	1 (1,2)
Fisioterapeuta	1 (1,2)
Médico	1 (1,2)

Montador de andaime	1 (1,2)
Pastor	1 (1,2)
Pedreiro	1 (1,2)
Policial militar	1 (1,2)

n¹ = 82

Fonte: elaborada pelo autor (2022)

6.3 Perfil socioeconômico

Em relação à estratificação socioeconômica, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a maioria dos pacientes pertenciam à classificação de baixa renda C em 43 (52,5%).

Tabela 3 – Estratificação socioeconômica - IBGE

Estratificação socioeconômica	n ¹ (%)
C	43 (52,5)
D-E	26 (31,7)
B	13 (15,8)

n¹ = 82 total de pacientes

Fonte: elaborada pelo autor (2022)

6.4 Classificação quanto à atividade física

De acordo com o questionário de classificação quanto à atividade física – IPAQ, a maioria dos pacientes eram sedentários 37 (45,2%).

Tabela 4 – Classificação quanto à atividade física - IPAQ

Classificação quanto à atividade física	n ¹ (%)
Sedentário	37 (45,2)
Insuficientemente ativo	32 (39,0)
Ativo	13 (15,8)

n¹ = 82 total de pacientes

Fonte: elaborada pelo autor (2022)

6.5 Condição clínica

Em relação à gravidade da doença, a maioria dos pacientes tiveram a forma leve da Covid 74 (90,2%), seguido da forma moderada em 8 (10%) e nenhum participante com a forma grave.

Tabela 5 – Formas de gravidade COVID -19

Gravidade	n¹ (%)
Leve	74 (90,2)
Moderada	8 (9,8)

n¹ = 82

Fonte: elaborada pelo autor (2022)

Do total de pacientes, 32 apresentaram comorbidades. Destas, a mais comum foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS) em 21 auto relatos.

Tabela 6 - Comorbidades

Comorbidade	n¹ (%)
HAS	21 (65,6)
Diabetes	5 (15,6)
Hipotireoidismo	2 (6,2)
Asma	1 (3,1)
Ansiedade e depressão	1 (3,1)
Obesidade	1 (3,1)
Osteoporose	1 (3,1)
Retocolite ulcerativa inespecífica	1 (3,1)

n¹ = 32

Fonte: elaborada pelo autor (2022)

Sobre medicações de uso contínuo, 34 pacientes relataram fazer uso de um ou mais medicamentos, o mais comum foram os anti-hipertensivos em 61,8%.

Tabela 7 – Medicações de uso contínuo

Medicações de uso contínuo	n¹ (%)
Anti-hipertensivos	21 (61,8)
Anticoncepcional	7 (20,6)
Broncodilatadores	5 (14,7)
Benzodiazepínicos	4 (11,8)
Anti-hiperglicemiantes	4 (11,8)
Antidepressivos	2 (5,9)
Anticonvulsivantes	2 (5,9)
Hormônio tireoidiano	1 (2,9)

n¹ = 34

Fonte: elaborada pelo autor (2022)

6.6 Sintomas de dores orofaciais

Ao serem questionados sobre a presença de alguma dor/ queixa odontológica, 59 (72%) participantes relataram uma ou mais queixas de dor orofacial, sendo 15 (18,3%) pacientes com queixa de odontalgia, 35 (42,7%) com sintomas álgicos de DTM e 46 (56%) com queixa de cefaleia. Todas as queixas álgicas se iniciaram após a infecção de COVID-19, com tempo médio de queixa de 2,9 meses, variando de uma semana a até 6 meses. Daqueles pacientes que tiveram sintomas de dor orofacial, 46 (78%) eram do sexo feminino, pertenciam a classe social de renda baixa C 29 (49,2%) e D-E 22 (37,3%) e eram sedentários 27 (45,8%) e insuficientemente ativos 25 (42,4%).

Tabela 8 – Sintomas de dor orofacial

Tipo de dor orofacial	n¹ (%)
Cefaleia	46 (56,0)
Dor na ATM	35 (42,7%)
Odontalgia	15 (18,3%)

n¹ = 82 total de pacientes

Fonte: elaborada pelo autor (2022)

Entre os 15 pacientes que relataram queixas de odontalgia, 11 (73,4%) classificaram como espontânea e 4 (26,6%) provocada - pela mastigação 3(20%) ou por estresse 1 (6,6%). A duração da dor foi de dias em 8 (53,4%) pacientes, de minutos em 4 (26,7%) e de horas em 3 (20%).

Tabela 9 – Características da dor orofacial

Característica da dor orofacial	n¹ (%)
Espontânea	11 (73,4%)
Provocada	4 (26,6%)

n¹ = 15

Fonte: elaborada pelo autor (2022)

Dos fatores de piora da dor de dente, 12 pacientes responderam positivamente, sendo o frio relatado por 5 (33,3%) pacientes como fator de piora da dor, o alimento doce em 3 (20%) pacientes e a mastigação em 2 (13,3%).

Tabela 10 – Fatores de piora da dor orofacial

Fatores que pioram a dor	n¹ (%)
Frio	5 (41,7)

Doce	3 (25,0)
Mastigação	2 (16,7)

n¹ = 12

Fonte: elaborada pelo autor (2022)

A característica da dor latejante foi a mais comum em 6 (40%) pacientes, seguida de pontada em 5 (33,3%).

Tabela 11 – Classificação da dor orofacial

Classificação da dor orofacial	n¹ (%)
Latejante	6 (40,0)
Pontada	5 (33,3%)

n¹ = 15

Fonte: elaborada pelo autor (2022)

Em relação aos fatores de melhora da dor orofacial, apenas a automedicação foi pontuada, em 12 pacientes. Destes, 9 (60%) pacientes fizeram uso de analgésico, 2 (13,3%) de anti inflamatório, 1 (6,6%) de relaxante muscular e 1 (6,6%) de sedativo.

Tabela 12 – Automedicação para a dor

Automedicação para dor	n¹ (%)
Analgésico	9 (60)
Antiinflamatório	2 (13,3)
Relaxante muscular	1 (6,6)
Sedativo	1 (6,6)

n¹ = 12

Fonte: elaborada pelo autor (2022)

A escala visual analógica para a dor orofacial (VAS) foi pontuada por 12 pacientes, sendo a média de 7,2 para dor, um mínimo de 3 e um valor máximo de 10.

De acordo com o questionário Avaliação de triagem para dor e desordens temporomandibulares recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial 35 (42,7%) pacientes apresentaram sintomas dolorosos de DTM, sendo dos quais, 21 (25,6%) pacientes responderam ter dificuldade ou dor ou ambas para abrir a boca e ter dor ao redor das orelhas, têmporas ou bochecha, 14 (17,1%) pacientes relataram ter dificuldade, dor ou ambas ao mastigar, falar ou à função mandibular.

Tabela 13 – Avaliação de triagem para dor e desordens temporomandibulares recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial

Sintomas dolorosos de DTM	n¹ (%)
Dificuldade ou dor para abrir a boca	21 (25,6)

Dor ao redor das orelhas, têmporas ou bochecha	21 (25,6)
Dificuldade ou dor ao mastigar, falar ou à função mandibular	14 (17,1)

n¹ = 35

Fonte: elaborada pelo autor (2022)

6.7 Espiritualidade

Em relação à espiritualidade 72 entrevistados (87,8%) relataram que suas crenças espirituais ajudaram a lidar com o processo de adoecimento causado pela Covid-19. Além disso, 68 (82,9%) participantes relataram que a doença influenciou as crenças religiosas ou espirituais. Em relação a ter apoio da comunidade espiritual, mesmo que de forma remota, 42 (51,2%) participantes responderam que mantiveram algum tipo de contato. Por fim, 62 (75,6%) pacientes relataram que gostaria que as equipes de saúde abordassem a espiritualidade durante os atendimentos.

Os resultados encontrados no questionário que avaliou a espiritualidade dos participantes estão detalhados na tabela 15.

Tabela 14 - Ferramenta FICA modificado (adaptado a COVID-19)

Questionário FICA	n(%)
	RESPOSTA POSITIVA
Domínio F = fé, crença ou significado	
Q1) O COVID-19 influenciou suas crenças e práticas espirituais?	68 (82,9%)
Q2) O COVID-19 e o estresse que você sofreu afetaram a sua busca pelo significado de vida?	39 (47,6%)
Domínio I = importância e influência	
Q3) Desde o diagnóstico do COVID-19, sua espiritualidade mudou?	64 (78,0%)
Q4) Suas crenças espirituais estão te ajudando a lidar com esta doença e as consequências do COVID-19?	72 (87,8%)
Domínio C = comunidade	
Q5) Você encontrou uma maneira de permanecer conectado com uma	42 (51,2%)

comunidade espiritual durante a pandemia?	
Q6) Você sente algum tipo de apoio da sua comunidade espiritual durante esse tempo?	42 (51,2%)
Domínio A = intervenções na assistência	
Q7) Você gostaria que a equipe de saúde considerasse a questão da espiritualidade/religiosidade no seu tratamento?	61 (74,3%)
Q8) Acha que falar com um especialista em cuidados espirituais pode ajudá-lo neste momento?	57 (69,5%)

Legenda: Q1 = question; FICA = Fé, crença ou significado; importância ou influência; comunidade; intervenções na assistência

Fonte: elaborada pelo autor (2022)

6.8 Avaliação da associação entre a queixa de dor orofacial, sexo, classe social e perfil de atividade física

Embora os testes de associação não tenham apresentado significância estatística entre a dor orofacial e as variáveis gênero, classe social e perfil de atividade física, conforme tabela 14, pôde-se notar que a maior parte dos pacientes que apresentaram dor eram mulheres (mulheres 78% e homens 22%, $Z= 18,4\%$ $p<0,001$), pertenciam a uma classe de renda mais baixa (classes C 49,2% e D-E 37,3% e classe B 13,6%, $Z=11,62$, $p=0,003$) e praticavam pouca ou nenhuma atividade física (sedentários 45,8%, insuficientemente ativo 42,4% e ativos 11,9% $Z= 12,339$ $p =0,02$).

Tabela 15: Associação entre dor orofacial, sexo, classe socioeconômica e atividade física

Variável		Dor orofacial	n (%)	χ^2	P
Sexo	Masculino	Sem dor	10 (12,2%)	3,771	0,061
		Com dor	13 (15,9%)		
	Feminino	Sem dor	13 (15,9%)		
		Com dor	46 (56,1%)		
Classe socioeconômica	B	Sem dor	5 (6,1%)	3,198	0,221

		Com dor	8 (9,8%)		
	C	Sem dor	14 (17,1%)		
		Com dor	29 (35,4%)		
	D-E	Sem dor	4 (4,9%)		
		Com dor	22 (26,7%)		
Perfil de atividade física	Sedentário	Sem dor	10 (12,2%)	2,735	0,273
		Com dor	27 (32,9%)		
	Insuficientemente ativo	Sem dor	7 (8,5%)		
		Com dor	25 (30,5%)		
	Ativo	Sem dor	6 (7,3%)		
		Com dor	7 (8,5%)		

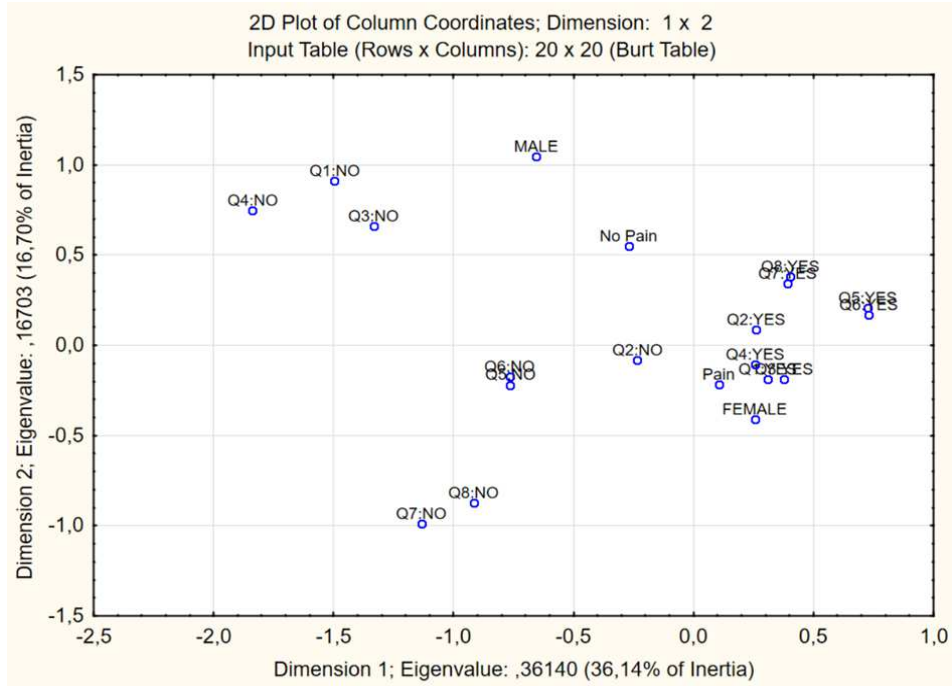
χ^2 = teste qui-quadrado; p = p value.

Fonte: elaborada pelo autor (2022)

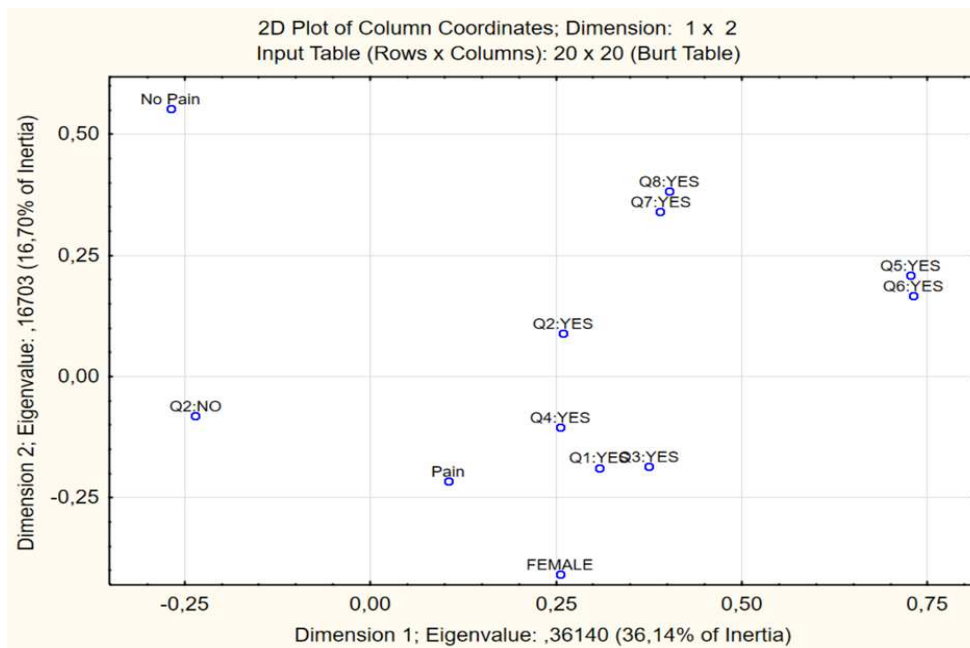
6.9 Avaliação da relação entre dor orofacial, a espiritualidade e sexo

A análise de correspondência múltipla extraiu 52,84% da variância total dos dados. A primeira dimensão extrai maior proporção da variância dos dados, seguida pela segunda dimensão. As respostas positivas da Q1 (do domínio F = *fé*) e das questões Q3 e Q4 (do domínio I = *importância*) mostram relação e têm maior influência na dor orofacial relatada. As respostas positivas das questões Q5 e Q6 referentes ao domínio C = *comunidade*, estão relacionadas e influenciam mais a dor orofacial do que as questões Q7 e Q8 do domínio A = *assistência*. As mulheres tendem a apresentar mais queixa de dor orofacial que os homens. As figuras 2 e 3 detalham a análise de correspondência.

Figura 2: Gráfico da análise de correspondência entre queixas de dor orofacial, sexo e espiritualidade



Legenda: Q1 a Q8 = Question 1 a 8, sequência de perguntas do questionário FICA.
 Figura 3: Gráfico da análise de correspondência entre queixas de dor orofacial, sexo e espiritualidade com *zoom*



Legenda: Q1 a Q8 = Question 1 a 8, sequência de perguntas do questionário FICA.

7. DISCUSSÃO:

Dados originais e alarmantes estão demonstrados neste estudo que evidencia alta prevalência (71,9%) de queixas de dor orofacial. Um aspecto peculiar a ser destacado é o fato de que todas as queixas de dor orofacial surgiram após o período da infecção da COVID-19. O tempo de aparecimento destes sintomas variou de uma semana a seis meses após o diagnóstico laboratorial. Os fatores biopsicossociais envolvidos na fisiopatologia da dor orofacial podem ajudar a explicar esta prevalência de dor nos resultados deste estudo.

Neste contexto, a dor tem sido descrita como uma experiência individual e multifatorial, modulada por fatores físicos, psíquicos, ambientais e socioculturais (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2009). Assim, para a manifestação da dor estão envolvidas alterações orgânicas e respostas emocionais de negação, ansiedade, raiva, depressão, impotência, desamparo, dependência, necessidade de proteção e desesperança (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2009). Todos esses sentimentos foram vivenciados, de certa forma, durante a pandemia da COVID-19.

Além disso, estudos científicos apontam que o vírus Sars Cov-2 tem ação neurotrófica e neuro invasiva e afeta diretamente terminações nervosas e células endoteliais (ATHAYDE *et al.*, 2021; SIKES *et al.*, 2021; RHEA *et al.*, 2021; JEONG *et al.*, 2022), o que pode contribuir para o surgimento ou uma exacerbação de quadros álgicos, inclusive no complexo trigeminal e nos vasos sanguíneos da face. Uma outra consequência da infecção pelo novo coronavírus é a inflamação que causa vasculopatias que também podem levar a quadros álgicos. Embora a fisiopatologia dos sintomas respiratórios causados pela COVID-19 esteja esclarecida, ainda não se conhece por completo a ação desse vírus em outras regiões do corpo humano, como o sistema estomatognático, tampouco todas as consequências a longo prazo do novo coronavírus. A própria infecção da COVID-19 pode ser um fator biológico desencadeador ou agravante da dor orofacial. Possivelmente, os pacientes com odontalgias apresentavam lesões dentárias pré-existentes, progressivas e agravadas.

Ademais, pode-se dizer que a pandemia foi um desafio mundial em todas as esferas da vida humana e pôde ter atuado como fator modulador da natureza psicossocial/espiritual das dores orofaciais. No contexto pandêmico, destaca-se as mudanças repentinas, em que a insegurança econômica, a restrição social, as incertezas perante o adoecimento e seus desdobramentos como o luto, o

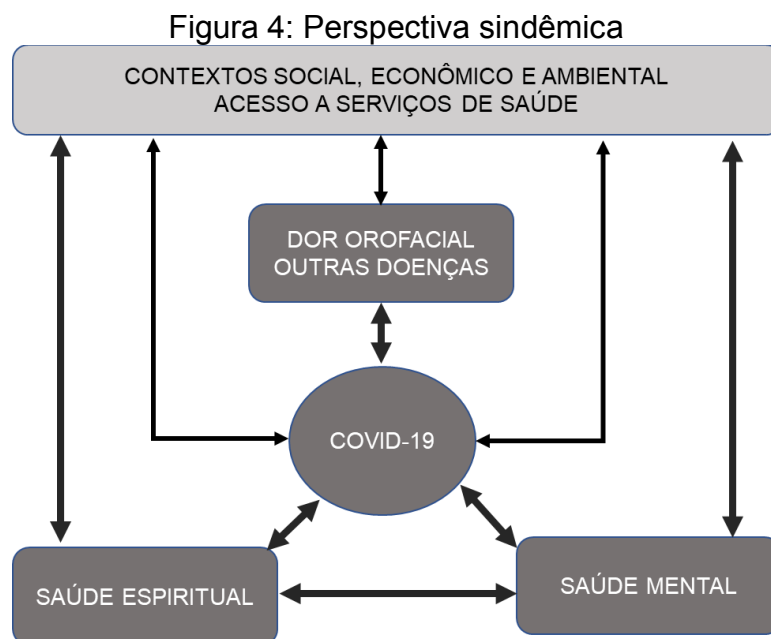
aprofundamento dos problemas sociais pré-existentes e o estresse adicional doméstico, impactaram fortemente a saúde mental de todos os indivíduos (SONAQUE; NUNES, 2021). Soma-se a esse cenário, a restrição nos serviços de saúde, inclusive nos serviços de odontologia, no momento mais crítico da pandemia, que pode ter postergado o diagnóstico e tratamento das dores orofaciais.

Embora neste estudo não tenha sido observado resultados estatísticos significativos correlacionando a dor orofacial com o sexo houve maior proporção de mulheres com dor orofacial do que homens. Estudos científicos demonstram que as mulheres são mais suscetíveis a dor orofacial devido a regulação hormonal, maior sensibilidade à dor e pela modulação de fatores psicológicos ou comportamentais (FEREEIRA; SILVA; FELÍCIO, 2016). As mulheres também foram afetadas desproporcionalmente pela COVID-19 (OPAS, 2022).

Foi observado maior proporção de pacientes com dor foi maior nas classes socioeconômicas mais baixas e com perfil de atividade física sedentário. O sedentarismo foi acentuado pela pandemia (SACCOMANNO, 2022). A falta de atividade física está relacionada com o aumento do estresse e obesidade e podem ser fatores que contribuem para o aumento das dores orofaciais (SACCOMANNO, 2022). Os mecanismos fisiopatológicos envolvidos estão associados ao aumento de substâncias pró-inflamatórias decorrentes da inatividade física (GLEESON *et al.*, 2011; PETERSEN; PEDERSEN, 2005), que podem desencadear dor muscular.

Além disso, as disparidades socioeconômicas e demográficas também se relacionam com o surgimento de dores orofaciais (RILEY; GILBERT; HEFT, 2003), por fatores relacionados a dificuldades de acesso aos serviços de saúde que dificultam a prevenção das doenças bucodentais (BARBOSA *et al.*, 2021).

Neste contexto, sugerimos que a alta prevalência das queixas orofaciais esteja relacionada ao caráter sindêmico da COVID-19. Uma vez que, existe uma interação sinérgica entre a COVID-19 e diversas outras doenças em que os contextos social, econômico e ambiental, determinam as condições de vida das populações, potencializam essa relação mútua, aumentando as incidências e potencializando os efeitos clínicos e sociais dessas doenças (HORTON, 2020). Então, a dor orofacial pode ser incluída como uma condição potencializada pelo cenário de fragilidades dos sistemas sociais, desafios ambientais, crise econômica e a vulnerabilidade social aprofundadas pelo novo coronavírus. Este cenário sindêmico está representado pela figura 4.



Fonte: elaborada pelo autor (2022)

Dados peculiares foram encontrados no presente estudo, demonstrando que a espiritualidade como *coping* religioso/espiritual positivo da COVID-19 e da dor orofacial. Quase a totalidade dos participantes 72 (87,8%) consideraram que suas crenças espirituais estavam ajudando a lidar com a doença e as consequências do COVID-19. A busca da religião, espiritualidade ou fé para o manejo do estresse frequente em situações de crise representa um importante aspecto na área da saúde com possíveis implicações no tratamento de doenças (PARGAMENT, 1997), inclusive das dores orofaciais e da COVID-19.

É importante destacar que mais de 70% dos participantes afirmaram que o COVID-19 influenciou suas crenças e práticas espirituais e que gostariam que a equipe de saúde considerasse a questão da espiritualidade/religiosidade no seu tratamento. A análise sobre a necessidade de abordar a espiritualidade nos cuidados em saúde tem ficado em evidência, atualmente, principalmente após o seu reconhecimento científico como uma dimensão da saúde por organizações internacionais como a OMS que definiu a saúde como um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; CUNHA *et al.*, 2020; ROSSATO; RIBEIRO; SCORSOLINI-COMIN, 2020). A dor orofacial se relaciona a esse contexto, ao ser definida como uma experiência complexa e multidimensional que compreende as dimensões sensível/discriminatória, cognitiva, emocional e motivacional. As condições dolorosas

são moduladas tanto por aspectos biológicos, como a inflamação e a lesão nervosa, quanto aspectos psicossociais e espirituais²⁸ (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2009).

A relação entre COVID-19, dor orofacial e espiritualidade apontada neste estudo é importante e corrobora com a literatura ao apontar que a espiritualidade tem impacto positivo nos aspectos físicos e emocionais dos pacientes, no processo de adoecimento e na qualidade de vida, e deve ser considerada uma estratégia de enfrentamento de processos estressores como observa-se no período pandêmico da COVID-19 (KELLY *et al.*, 2020; VAN NIEUW AMERONGEN-MEEUSE *et al.*, 2021). Por outro lado, a própria doença ou dor mobiliza a busca de algum auxílio. Assim, a espiritualidade, pode ser um recurso acessível, quando tantos outros estão limitados, além de ser uma dimensão que auxilia o gerenciamento do estresse e da resiliência (PUCHALSKY, 2013), e diante de situações inesperadas, auxilia na manutenção da esperança e oferta de suporte social (ABU-RAIYA *et al.*, 2020; COSTA *et al.*, 2019; FERREIRA-VALENTE *et al.*, 2019; HASSON-OHAYON *et al.*, 2009). Estudos científicos atuais mostram a relevância da relação estabelecida entre religiosidade, espiritualidade e enfrentamento da COVID-19 e corroboram com a necessidade de se incorporar a espiritualidade na assistência à saúde (CORPUZ, 2020; LUCCHETTI *et al.*, 2020; ROBERTO *et al.*, 2020). Outro resultado relevante deste estudo foi que o gênero feminino teve maior relação com a espiritualidade quando comparado ao gênero masculino, e em relação às queixas álgicas também foi o sexo com maior número de queixas. Um relatório da Organização Pan-Americana da Saúde, demonstra que a pandemia da COVID-19 afetou desproporcionalmente as mulheres nas Américas, havendo impactos nas áreas da saúde, emprego e bem-estar social (OPAS, 2022). A literatura científica aponta que a dor orofacial é prevalente em 10 a 30% da população geral e mais frequente em mulheres (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2009; VON KORFF *et al.*, 1998)

A influência positiva da comunidade espiritual no enfrentamento da COVID-19 e suas possíveis consequências como a dor orofacial, evidenciada neste estudo, é relevante no cenário pandêmico. A comunidade religiosa adaptou-se às necessidades do isolamento social e realizou seus rituais na modalidade virtual, no momento mais crítico da pandemia, no qual o isolamento social foi necessário. Desta forma, atuou no fortalecimento da saúde mental e espiritual, bem como na manutenção do vínculo com os seus participantes, sendo fonte espiritual de força (OPAS, 2020). A assistência

espiritual em tempos de pandemia auxilia as pessoas com as condições impostas pela doença, como o adoecimento e suas sequelas e na resolução de situações de luto. Os valores e práticas ligadas à dimensão transcendente ajudam as famílias a suportar e superar as perdas e interrupções, promovendo significado, harmonia, conexão e propósito, além de afirmar valores sociais essenciais de cuidado e compaixão pelos outros (ROSSATO; ULLÁN; SCORSOLINI-COMIN, 2020; WALSH, 2020).

A necessidade da abordagem da espiritualidade por profissionais de saúde, durante a assistência, também é um resultado importante deste estudo. Diversas pesquisas apontam que a abordagem da espiritualidade é importante não apenas para os pacientes em processo de adoecimento, mas também para seus familiares e para os profissionais envolvidos nos cuidados de saúde (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007; MENDONÇA *et al.*, 2022; MURAKAMI, CAMPOS, 2012). Além disso, estudos apontam que os pacientes a consideram um meio de confiança e de empatia quando o profissional de saúde aborda a espiritualidade durante a assistência em saúde, proporcionando uma relação médico-paciente humanizada e holística (OYAMA; KOENIG, 1998; MCGORD *et al.*, 2004; BORIS; MELO; MOREIRA, 2017; BEZERRA *et al.*, 2018; GÓES; CROSSETTI, 2020; WEBER; PARGAMENT, 2014).

Embora a temática da espiritualidade como dimensão da saúde esteja sendo discutida na literatura científica, a abordagem da dimensão espiritual ainda é pouco explorada e os profissionais da área da saúde não são treinados adequadamente durante sua formação (ROSSATO; ULLÁN; SCORSOLINI-COMIN, 2020). Há uma escassez de estudos que abordam a espiritualidade na área da Odontologia, e os resultados encontrados alertam para uma integração na abordagem. Habilidades de escuta, compaixão e empatia devem ser manifestadas em qualquer situação da assistência odontológica, o cuidado compassivo deve ser estimulado e incorporado na formação desses profissionais, incluindo a preparação para a abordagem espiritual que pode se tornar um recurso de humanização e de empatia.

8 CONCLUSÃO:

Sugere-se que a dor orofacial pode ser mais um dano potencial da COVID-19. A infecção pelo Sars Cov-2 pode ser um fator etiológico biológico da dor orofacial, que também pode ser potencializada pelos fatores psicossociais da COVID-19. A dor orofacial foi mais prevalente em mulheres, de classes sociais mais baixas e com perfil sedentário de atividade física. Assim, investimentos e estratégias de orientação e assistência especializadas podem contribuir para minimizar as morbidades associadas.

A espiritualidade foi um recurso fundamental dos pacientes no processo de enfrentamento da doença de COVID-19 e da dor orofacial. A espiritualidade parece ser um recurso para enfrentar doenças e situações inesperadas. Além disso, a assistência envolvendo aspectos da espiritualidade pode ser um diferencial para o atendimento integral e humanizado dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ABU-RAIYA, Hisham et al. Religious coping and health and well-being among Jews and Muslims in Israel. **The International Journal for the Psychology of Religion**, v. 30, n. 3, p.202-215, 2020. ASMUNDSON, Gordon JG; TAYLOR, Steven. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. **Journal of anxiety disorders**, v. 70, p. 102196, 2020.

ATHAYDE, Flávia Regina Florencio de et al. Impact event and orofacial pain amid the COVID-19 pandemic in Brazil: a cross-sectional epidemiological study. **Journal of Applied Oral Science**, v. 29, 2021.

BARBOSA, Alessandra Noro Fernandes et al. Dor e fatores associados em pacientes atendidos em um serviço de urgência odontológica no sul do Brasil. **Revista da ABENO**, v. 21, n. 1, p. 1021-1021, 2021.

BEZERRA, Maria Simone Mendes et al. A espiritualidade e a religiosidade como estratégias de enfrentamento do adoecer e morrer. **Ciênc Cuid Saude**, v. 17, n. 4, p. 451-55, 2018.

BORIS, Georges Daniel Janja Bloc; MELO, Anna Karynne; MOREIRA, Virginia. Influence of phenomenology and existentialism on Gestalt therapy. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 34, p. 476-486, 2017.

BULGARELLI, Alexandre Favero et al. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p.351-362, 2014.

CARVALHO, Poliana Moreira et al. The psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak. **Psychiatry research**, v. 286, p. 112902, 2020.

CORPUZ, Jeff Clyde G. Religions in action: the role of interreligious dialogue in the COVID-19 pandemic. **Journal of Public Health**, v. 43, n. 2, p. e236-237, 2021.

COSTA, Diogo Timóteo et al. Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 72, p. 640-645, 2019.

CUNHA, Vivian Fukumasu da et al. Religiosidade/espiritualidade em saúde: uma disciplina de pós graduação. **Estud. Interdiscip. Psicol**, p. 232-251, 2020.

CURCIO, Cristiane Schumann Silva; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Investigação dos conceitos de religiosidade e espiritualidade em amostra clínica e não clínica em contexto brasileiro: uma análise qualitativa. **Interação em Psicologia**, v. 23, n. 2, 2019.

DA CUNHA, Vivian Fukumasu; SCORSOLINI-COMIN, Fabio. A religiosidade/espiritualidade (R/E) como componente curricular na graduação em Psicologia: relato de experiência. **Psicologia Revista**, v. 28, n. 1, p. 193-214, 2019.

DALGALARRONDO, Paulo. Relationships between two fundamental dimensions of life: mental health and religion. **Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)**, v. 28, n. 3, p. 177-178, 2006.

DE LEEUW, R. Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. 2010.

DESAI, Amar D. et al. Long-term complications of COVID-19. **American Journal of Physiology-Cell Physiology**, v. 322, n. 1, p. C1-C11, 2022.

DUAN, Wenjing; ZHU, Shujin; LAI, Mingyong. The impact of COVID-19 on China's trade and outward FDI and related countermeasures. **Journal of Chinese Economic and Business Studies**, v. 18, n. 4, p. 355-364, 2020.

FERREIRA, Claudia Lúcia Pimenta; SILVA, Marco Antônio Moreira Rodrigues da; FELÍCIO, Cláudia Maria de. Sinais e sintomas de desordem temporomandibular em mulheres e homens. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2016. p. 17-21.

FERREIRA-VALENTE, Alexandra et al. Does religiosity/spirituality play a role in function, pain-related beliefs, and coping in patients with chronic pain? A systematic review. **Journal of religion and health**, p. 1-55, 2019.

GARCIA, Leila Posenato; DUARTE, Elisete. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, 2020.

GLEESON, Michael et al. The anti-inflammatory effects of exercise: mechanisms and implications for the prevention and treatment of disease. **Nature reviews immunology**, v. 11, n. 9, p. 607-615, 2011.

GÓES, Marta Georgina Oliveira de; CROSSETTI, Maria da Graça de Oliveira. Desenvolvimento de um modelo de cuidado espiritual para pacientes e familiares no adoecimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2020.

GUIMARÃES, Hélio Penna; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Arch. Clin Psychiatry**, v. 34, p. 88-94, 2007.

HASSON-OHAYON, Ilanit et al. Religiosity and hope: A path for women coping with a diagnosis of breast cancer. **Psychosomatics**, v. 50, n. 5, p. 525-533, 2009.

HORTON, Richard. Offline: COVID-19 is not a pandemic. **The lancet**, v. 396, n. 10255, p. 874, 2020.

JEONG, Gi Uk et al. Ocular tropism of SARS-CoV-2 in animal models with retinal inflammation via neuronal invasion following intranasal inoculation. **Nature Communications**, v. 13, n. 1, p. 7675, 2022.

JIN, Yuefei et al. Endothelial activation and dysfunction in COVID-19: from basic mechanisms to potential therapeutic approaches. **Signal transduction and targeted therapy**, v. 5, n. 1, p. 293, 2020.

JIN, Yuefei et al. Virology, epidemiology, pathogenesis, and control of COVID-19. **Viruses**, v. 12, n. 4, p. 372, 2020.

KELLY, Elizabeth et al. Does spiritual and religious orientation impact the clinical practice of healthcare providers?. **Journal of interprofessional care**, v. 34, n. 4, p. 520-527, 2020.

KOENIG, Harold et al. **Handbook of religion and health**. Oup Usa, 2012.

KOENIG, Harold et al. **Handbook of religion and health**. Oup Usa, 2012.

KOENIG, Harold G. Concerns about measuring "spirituality" in research. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 196, n. 5, p. 349-355, 2008.

KOENIG, Harold G. Maintaining health and well-being by putting faith into action during the COVID-19 pandemic. **Journal of religion and health**, v. 59, n. 5, p. 2205-2214, 2020.

KOENIG, Harold G. Religion and medicine I: historical background and reasons for separation. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 30, n. 4, p. 385-398, 2000.

LEUNG, T. Y. M. et al. Short-and potential long-term adverse health outcomes of COVID-19: a rapid review. **Emerging microbes & infections**, v. 9, n. 1, p. 2190-2199, 2020.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. Spirituality, religiosity and the mental health consequences of social isolation during Covid-19 pandemic. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 67, n. 6, p. 672-679, 2021.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; AVEZUM JR, Alvaro. Religiosidade, espiritualidade e doenças cardiovasculares. **Rev Bras Cardiol**, v. 24, n. 1, p. 55-57, 2011.

MACDONALD, Mary Ellen; SINGH, Harprit K.; BULGARELLI, Alexandre F. Death, dying, and bereavement in undergraduate dental education: A narrative review. *Journal of Dental Education*, v. 84, n. 5, p. 524-533, 2020.

MCCORD, Gary et al. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. **The Annals of Family Medicine**, v. 2, n. 4, p. 356-361, 2004.

MEHANDRU, Saurabh; MERAD, Miriam. Pathological sequelae of long-haul COVID. **Nature immunology**, v. 23, n. 2, p. 194-202, 2022.

MENDONÇA, Angelo Braga et al. Aconselhamento e assistência espiritual a pacientes em quimioterapia: uma reflexão à luz da Teoria de Jean Watson. **Escola Anna Nery**, v. 22, 2018.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. Religiousness and mental health: a review. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 28, p. 242-250, 2006.

MURAKAMI, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, p. 361-367, 2012.

NALBANDIAN, Ani et al. Post-acute COVID-19 syndrome. **Nature medicine**, v. 27, n. 4, p. 601-615, 2021.

Organização Pan-Americana da Saúde. Considerações práticas e recomendações para líderes e comunidades religiosas no contexto da COVID-19: Orientação provisória, 2020.

Organização Pan-Americana da Saúde. Gender and Health Analysis: COVID-19 in the Americas, 2022.

OYAMA, Oliver; KOENIG, Harold G. Religious beliefs and practices in family medicine. **Arch Fam Med**, v. 7, n. 5, p. 431, 1998.

PARGAMENT, Kenneth I. **The psychology of religion and coping: Theory, research, practice**. Guilford press, 2001.

PETERSEN, Anne Marie W.; PEDERSEN, Bente Klarlund. The anti-inflammatory effect of exercise. **Journal of applied physiology**, v. 98, n. 4, p. 1154-1162, 2005.

PUCHALSKI, Christina M. Integrating spirituality into patient care: an essential element of person-centered care. **Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej**, v. 123, n. 9, p. 491-497, 2013.

RAJA, Srinivasa N. et al. The revised IASP definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. **Pain**, v. 161, n. 9, p. 1976, 2020.

RHEA, Elizabeth M. et al. The S1 protein of SARS-CoV-2 crosses the blood–brain barrier in mice. **Nature neuroscience**, v. 24, n. 3, p. 368-378, 2021.

RILEY, Joseph L.; GILBERT, Gregg H.; HEFT, Marc W. Socioeconomic and demographic disparities in symptoms of orofacial pain. **Journal of public health dentistry**, v. 63, n. 3, p. 166-173, 2003.

ROBERTO, Anka et al. Impact of spirituality on resilience and coping during the COVID-19 crisis: A mixed-method approach investigating the impact on women. **Health care for women international**, v. 41, n. 11-12, p. 1313-1334, 2020.

ROSSATO, Lucas; RIBEIRO, Beatriz Maria dos Santos Santiago; SCORSOLINI-COMIN, Fabio. Religiosidade/espiritualidade e saúde na pandemia de COVID-19. **Revista do NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity**, v. 14, n. 2, 2022.

ROSSATO, Lucas; ULLÁN, Ana M.; SCORSOLINI-COMIN, Fabio. Religious and spiritual practices used by children and adolescents to cope with cancer. **Journal of religion and health**, v. 60, p. 4167-4183, 2021.

SACCOMANNO, Sabina et al. The Influence of SARS-CoV-2 Pandemic on TMJ Disorders, OSAS and BMI. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 12, p. 7154, 2022.

SCHMIDT, Beatriz et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia (campinas)**, v. 37, 2020

SCORSOLINI-COMIN, Fabio et al. A religiosidade/espiritualidade como recurso no enfrentamento da COVID-19 religiosity/spirituality as a resource to face COVID-19. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 10, p. 3723, 2020.

SANTOS, F. S. Espiritualidade & saúde mental: espiritualidade na prática clínica. **Esp saúde mental**, 2009.

SHAH, Waqar et al. Managing the long term effects of covid-19: summary of NICE, SIGN, and RCGP rapid guideline. **bmj**, v. 372, 2021.

SHARMA, Omna et al. A Review of the Progress and Challenges of Developing a Vaccine for COVID-19. **Frontiers in immunology**, v. 11, p. 585354, 2020.

SILVA ANDRADE, Bruno et al. Long-COVID and post-COVID health complications: an up-to-date review on clinical conditions and their possible molecular mechanisms. **Viruses**, v. 13, n. 4, p. 700, 2021.

SILVA ANDRADE, Bruno et al. Long-COVID and post-COVID health complications: an up-to-date review on clinical conditions and their possible molecular mechanisms. **Viruses**, v. 13, n. 4, p. 700, 2021.

SIQUEIRA, José Tadeu Tesseroli; TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. **Dores orofaciais: diagnóstico e tratamento**. Artmed Editora, 2009.

SONAQUE, LUCILENE APARECIDA AIRES; NUNES, LAÍSY DE LIMA. SAÚDE MENTAL, SUAS PECULIARIDADES E O CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19. **Culturas & Fronteiras**, v. 4, n. 1, p. 47-64, 2021.

SYKES, Dominic L. et al. Post-COVID-19 symptom burden: what is long-COVID and how should we manage it?. **Lung**, v. 199, p. 113-119, 2021.

TORALES, Julio et al. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. **International journal of social psychiatry**, v. 66, n. 4, p. 317-320, 2020.

TSUANG, Ming T. et al. Spiritual well-being and health. **The Journal of nervous and mental disease**, v.195, n. 8, p. 673-680, 2007.

VAN NIEUW AMERONGEN-MEEUSE, Joke C. et al. Religious/spiritual care needs and treatment alliance among clinical mental health patients. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 28, n. 3, p. 370-383, 2021.

VENKATESAN, Priya. NICE guideline on long COVID. **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 9, n. 2, p. 129, 2021.

VITIELLO, A.; FERRARA, F. Pharmacological agents to therapeutic treatment of cardiac injury caused by Covid-19. **Life Sciences**, v. 262, p. 118510, 2020.

VON KORFF, Michael et al. An epidemiologic comparison of pain complaints. **Pain**. 1988;32(2): 173-83.

WALSH, Froma. Loss and resilience in the time of COVID-19: Meaning making, hope, and transcendence. **Family process**, v. 59, n. 3, p. 898-911, 2020.

WANG, Fuzhou; KREAM, Richard M.; STEFANO, George B. Long-term respiratory and neurological sequelae of COVID-19. **Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research**, v. 26, p. e928996-1, 2020.

WEBER, Samuel R.; PARGAMENT, Kenneth I. The role of religion and spirituality in mental health. **Current opinion in psychiatry**, v. 27, n. 5, p. 358-363, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)**. World Health Organization, 1998.

ANEXOS

ANEXO A – Questionário Baseado em Siqueira et al

Data: / /

Data de nascimento: / /

Profissão: _____ Cor: () B () N Idade: _____ Sexo: () F () M

● **Queremos conhecer um pouco de sua história no momento da infecção COVID 19. Seu relato pode ajudar a outros pacientes e a encontrarmos pistas sobre como a boca, o estilo de vida e o ambiente podem contribuir para a gravidade da doença. Então responda atentamente as perguntas e continue cuidando de você e de sua família. Considere para responder os últimos 3 meses.**

- 1- Você tem alguma dor ou desconforto na boca ou na face? () Sim () Não
- 2- Há quanto tempo você tem essa dor ou desconforto? ____ () Dias () Meses () Anos
- 3- Onde? _____
- 4- Como sua dor aparece? () Espontânea
() Provocada Como? _____
- 5- Quanto tempo dura sua dor? () segs () mins () horas () dias () Outro
- 6- Sabe qual foi o fator inicial da sua dor: () Sim () Não
Se sim, Como?

-
- 7- Fatores que acalmam a sua Dor: () Medicamentos () Frio () Quente ()
 - 8- Fatores que pioram a sua Dor: () Frio () Calor () Doce () fator emocional ()
 - 9- Fez algum tratamento? () Sim () Não .Tratamentos realizados para a dor e melhora: _____

10- Qual tratamento: _____

11- Como é a dor:

a) () pontada () peso () queimação () choque () latejante () contínua () outro:

b) () fraca () moderada () forte () intermitente () contínua ()

- 12- Nota de 0 a 10: _____
- 13- Quantas vezes por dia escova os dentes?
- 14- Você usa fio dental? () Sim () Não
- 15- Quantas vezes por dia você usa fio dental?
- 16- Você tem algum desconforto na gengiva? Qual?
- 17- Sua gengiva sangra? Sim / não/ Provocada/ espontânea
- 18- Você usa alguma solução bucal para bochecho? Qual?
- 19- Você já recebeu orientação de higiene bucal?
- 20- Você fuma?
- 21- Você faz consumo de bebida alcoólica?
- 22- Usa drogas?
- 23- Você escova a língua?
- 24- Qual a última vez que você foi ao dentista?
- 25- Você sente a boca seca? () o dia todo () pela manhã () durante a noite
- 26- Você sente os lábios ressecados? () Sim () Não
- 27- Você sente que produz saliva excessivamente? Chega a escorrer pelos lábios?
- 28- Você teve alguma lesão na boca? () Afta? Infecção?
- 29- Você usa algum tipo de dentadura () Qual _____
- 30- Você teve alterações no paladar ou no olfato? () disgeusia () ageusia () anosmia

ANEXO B – Questionário Socioeconômico

Nome: _____ Data: _____

No seu domicílio tem:

ITENS DE CONFORTO	NÃO POS SUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

ANEXO C - QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA

Você trabalha de forma remunerada: () Sim () Não Quantas horas você trabalha por dia: _____

De forma geral sua saúde está: () Excelente () Muito boa () Boa () Regular () Ruim

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana **NORMAL**, **USUAL** ou **HABITUAL**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa a ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo.

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez:

1a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades **VIGOROSAS** **por pelo menos 10 minutos contínuos**, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faça você suar **BASTANTE** ou aumentem MUITO sua respiração ou batimentos do coração.

Dias _____ por SEMANA () Nenhum

1b. Nos dias em que você faz essas atividades vigorosas por **pelo menos 10 minutos contínuos**, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades **por dia**?

Horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades **MODERADAS** **por pelo menos 10 minutos contínuos**, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que faça você suar leve ou aumentem **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração. **(POR FAVOR NAO INCLUA CAMINHADA)**

Dias _____ por SEMANA Nenhum ()

2b. Nos dias em que você faz essas atividades moderadas por **pelo menos 10 minutos contínuos** quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades **por dia**?

Horas: _____ Minutos: _____

3a. Em quantos dias de uma semana normal você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

Dias _____ por **SEMANA** Nenhum ()

3b. Nos dias em que você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gasta caminhando **por dia?**

Horas: _____ Minutos: _____

Estas últimas perguntas são em relação ao tempo que você gasta sentado ao todo no trabalho, em casa, na escola ou faculdade e durante o tempo livre. Isto inclui o tempo que você gasta sentado no escritório ou estudando, fazendo lição de casa, visitando amigos, lendo e sentado ou deitado assistindo televisão.

4a. Quanto tempo **por dia** você fica sentado em um dia da semana?

Horas: _____ Minutos: _____

4b. Quanto tempo **por dia** você fica sentado no final de semana?

Horas: _____ Minutos: _____

ANEXO D - Questionário FICA (PUCHALSKI)

Componentes	FICA	Adaptação ao COVID-19
F (Fé)	<ul style="list-style-type: none"> • Você se considera espiritual ou religioso? • Você tem crenças espirituais ou religiosas que te ajudam a lidar com problemas? • O que dá sentido à sua vida? 	<ul style="list-style-type: none"> • O COVID-19 influenciou suas crenças e práticas espirituais? • O COVID-19 e o estresse que você sofreu afetaram a sua busca pelo significado de vida?
I (Importância)	<ul style="list-style-type: none"> • Que importância você dá para a fé ou crenças religiosas em sua vida? • A fé ou crenças já influenciaram você a lidar com estresse ou problemas de saúde? • Você tem alguma crença específica que pode afetar decisões médicas ou de seu tratamento? 	<ul style="list-style-type: none"> • Desde o diagnóstico do COVID-19, sua espiritualidade mudou? Mais forte ou diminuiu? • Suas crenças espirituais estão te ajudando a lidar com esta doença e as consequências do COVID-19?
C (Comunidade)	<ul style="list-style-type: none"> • Você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual? • Ela te dá suporte? Como? • Existe algum grupo de pessoas que você “realmente” ama ou que seja importante para você? • Comunidades como igrejas, templos, centros, grupos de apoio são fontes de suporte importante? 	<ul style="list-style-type: none"> • Você encontrou uma maneira de permanecer conectado com uma comunidade espiritual durante a pandemia? • Você sente algum tipo de apoio da sua comunidade espiritual durante esse tempo?
A (Ação)	<ul style="list-style-type: none"> • Como você gostaria que o seu médico ou profissional da área da saúde considerasse a questão da religiosidade/espiritualidade no seu tratamento? • Indique, remeta a algum líder espiritual/religioso. 	<ul style="list-style-type: none"> • A partir do distanciamento social em casa e as restrições de visitantes no hospital, você tem alguma sugestão sobre como podemos apoiar melhor suas necessidades espirituais agora? • Acha que falar com um especialista em cuidados espirituais pode ajuda-lo neste momento?

ANEXO E Questionário de triagem recomendado para DTM segundo a Academia Americana de Dor Orofacial (DE LEEUW)

Nome: _____

Data: __/__/__ Sexo: () F () M Idade: __Anos Data Nasc. __/__/__

Questionário de triagem recomendado para DTM segundo a Academia Americana de Dor Orofacial:

- 1) Você tem dificuldades, dor ou ambas ao abrir a sua boca, por exemplo, ao bocejar?
() SIM () NÃO
 - 2) Sua mandíbula fica "presa", "travada" ou sai do lugar? () SIM () NÃO
 - 3) Você tem dificuldade, dor ou ambas ao mastigar, falar ou usar seus maxilares? () SIM () NÃO
 - 4) Você percebe ruídos na articulação de seus maxilares? () SIM () NÃO
 - 5) Seus maxilares ficam rígidos, apertados ou cansados com regularidade? () SIM () NÃO
 - 6) Você tem dor nas ou ao redor das orelhas, têmporas ou bochecha? () SIM () NÃO
Onde: a-() orelhas b-() têmporas c-() bochechas
 - 7) Você tem cefaléia, dores no pescoço ou nos dentes com freqüência? () SIM () NÃO
Onde: a-() cefaléia b-() dores no pescoço c-() dores nos dentes
 - 8) Você sofreu algum trauma recente na cabeça, pescoço ou maxilares? () SIM () NÃO
 - 9) Você percebeu alguma alteração recente na sua mordida? () SIM () NÃO
 - 10) Você fez tratamento recente para um problema não explicado na articulação mandibular? () SIM () NÃO
- USOU ALGUM APARELHO: _____

Produções científicas

International Association for the Study of Pain - IASP

Congresso Internacional IASP – 2022

Apresentação de trabalho



Premiação de 1° lugar pela apresentação de trabalho no Congresso Nacional de Saúde e Espiritualidade



Apresentação de trabalho no Seminário Nacional de Religiosidade e Promoção de Cuidado em Saúde.

UFJ
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Apresentação Oral de Trabalho

A Universidade Federal de Jataí declara que o trabalho

ANAMNESE ESPIRITUAL EM PACIENTES COM COVID-19: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

foi apresentado de forma síncrona e oral pelos(as) autores(as) NATHÁLIA DUARTE BARROS ROCHA; VICTÓRIA BOÉCHAT FEYO; MARIA DAS GRAÇAS AFONSO MIRANDA CHAVES e GISELE MARIA CAMPOS FABRI no Seminário Nacional de Religiosidade e Promoção de Cuidado em Saúde, realizado de forma on-line, entre os dias 19, 20 e 21 de maio de 2022, caracterizado como um evento de nível nacional e da área da saúde, organizado pela Universidade Federal de Jataí, Universidade Federal de Goiás e a Universidade de Brasília.

O trabalho consta publicado nos Anais Científicos do Congresso Brasileiro de Saúde Integrativa e Espiritualidade de 2022.

ISSN da publicação: 2675-2913.

JÚLIA DE MIRANDA MORAES
Coordenadora Geral



Documento assinado eletronicamente por **JULIA DE MIRANDA MORAES, Professora do Magistério Superior**, em 31/12/2022, às 14:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufj.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0091977** e o código CRC **3F0A90D1**.

Activate W
Go to PC settir

Apresentação de trabalho no XXII JOCAPE





Continuação do Parecer: 4.343.475

"Objetivo Secundário: Identificar as queixas odontológicas mais frequentes em participantes com diagnóstico de COVID-19. Avaliar a influência do histórico de prática de exercícios físicos ao curso da doença, comparando os graus de sedentarismo com as manifestações da doença COVID-19 e a severidade das complicações. Oferecer cuidados preventivos de saúde através de orientações especializadas."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Os riscos envolvidos no desenvolvimento dessa pesquisa são mínimos e incluem riscos de origem psicológica, intelectual ou emocional tais como possibilidade de constrangimento ao responder o questionário, desconforto, medo, vergonha, estresse, quebra de sigilo, cansaço ao responder às perguntas, quebra de anonimato. Para reduzir estes riscos, o participante será orientado, no primeiro momento do contato telefônico, que receberá digitalmente o TCLE assinado pelo pesquisador responsável e deve ciente de seu conteúdo responder à concordância em participar. Após tomar ciência do conteúdo do termo, o participante manifestará digitalmente a sua concordância em contribuir com o projeto. Neste termo, estará estabelecido que para minimizar os desconfortos, o participante tem liberdade para não responder questões constrangedoras. Os pesquisadores que entrarão em contato serão treinados e habilitados ao método de coleta dos dados e estarão atentos aos sinais verbais e não verbais de desconforto. O próprio participante poderá interromper as respostas aos questionários imediatamente quando sentir vontade, podendo ou não retomar sua participação, voluntariamente, e será assegurada a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiro através do termo de confidencialidade e sigilo assinado pelo pesquisador responsável. Os participantes avaliados receberão orientações de cuidados preventivos odontológicos e de atividades físicas seguras através de uma cartilha digital. Além disto, conhecer as queixas bucais, estilo de vida e ambiente que podem estar associadas à piora da COVID-19, poderá possibilitar melhor abordagem preventiva e diagnóstica, reduzir custos ambulatoriais e melhorar a qualidade de vida desses e de outros possíveis doentes."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.343.475

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPES. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, a emenda ao projeto está aprovada, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: junho de 2022.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emenda ao protocolo de pesquisa proposto, a qual a pesquisadora descreve a seguinte justificativa: "Inclusão da prefeitura de Santos Dumont no estudo. Em anexo Declaração de Instituição e Infraestrutura da referida cidade.". Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.343.475

modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1642179_E1.pdf	15/10/2020 12:01:43		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_esclarecido.docx	15/10/2020 12:00:23	Nathalia Duarte Barros Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	15/10/2020 12:00:00	Nathalia Duarte Barros Rocha	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_Infraestrutura_santos_dumont.pdf	02/10/2020 13:32:47	Nathalia Duarte Barros Rocha	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_Infraestrutura.pdf	12/08/2020 20:29:07	Nathalia Duarte Barros Rocha	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	12/08/2020 20:25:59	Nathalia Duarte Barros Rocha	Aceito
Outros	Termo_de_confabilidade_e_sigilo.pdf	04/08/2020 13:53:06	Nathalia Duarte Barros Rocha	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_Infraestrutura_sjnopomuceno.pdf	04/08/2020 12:55:26	Nathalia Duarte Barros Rocha	Aceito
Outros	Anexo_E_Questionario_FICA_historia_e_spiritual.docx	29/07/2020 10:08:52	Nathalia Duarte Barros Rocha	Aceito
Outros	ANEXO_D_Questionario_Internacional_de_Atividade_Fisica.docx	29/07/2020 10:08:12	Nathalia Duarte Barros Rocha	Aceito
Outros	Anexo_C_Questionario_Socioeconomico.docx	29/07/2020 10:07:03	Nathalia Duarte Barros Rocha	Aceito
Outros	ANEXO_B_Perfil_de_Impacto_de_Saud_e_Bucal.docx	29/07/2020 10:06:42	Nathalia Duarte Barros Rocha	Aceito
Outros	Anexo_A_Avaliacao_Queixas_Bucais.docx	29/07/2020 10:06:16	Nathalia Duarte Barros Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.343.475

Não

JUIZ DE FORA, 16 de Outubro de 2020

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “COVID-19: a boca, o ambiente, o estilo de vida e o contexto espiritual”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é avaliar a qualidade de vida e a saúde bucal do paciente com COVID-19. Nesta pesquisa pretendemos associar o perfil socioeconômico, práticas de atividades físicas e espirituais com a qualidade de saúde bucal desses pacientes.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você por meio de entrevista via telefone. Durante a pesquisa, você responderá perguntas sobre: **1) problemas de saúde relacionados à sua boca, 2) sua condição econômica e social 3) se você faz exercícios físicos 4) suas crenças religiosas e espirituais**. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são mínimos e incluem riscos de origem psicológica, intelectual ou emocional tais como possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; Desconforto; Medo; Vergonha; Estresse; Quebra de sigilo; Cansaço ao responder às perguntas e quebra de anonimato. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, você foi orientado, no primeiro momento do contato telefônico que receberia digitalmente o TCLE assinado pelo pesquisador responsável e deve estar ciente de seu conteúdo para responder digitalmente à concordância em participar. A pesquisa pode te ajudar na orientação sobre cuidados preventivos odontológicos e de atividades física segura através de uma cartilha digital.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. A sua participação é voluntária e mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento, bastando para isso sair da página da internet onde encontra-se o questionário. O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar. Qualquer dúvida em relação a pesquisa, sinta-se no direito de contatar a pesquisadora responsável listada abaixo.

Este termo de consentimento encontra-se digitalizado e está presente também na plataforma Formulários Google. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Gisele Maria Campos Fabri
Campus Universitário da UFJF
Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Odontologia/Departamento de Clínica Odontológica
CEP: 36036-900
Fone: (32) 2102-3851
E-mail: gisele.fabri@ufjf.edu.br

Rubrica do Participante de pesquisa ou responsável: _____
Rubrica do pesquisador: _____

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
CEP: 36036-900
Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

