

Estratégias de enfrentamento e fatores de risco a claustrofobia e ansiedade em estudantes de odontologia durante lockdown decorrente da segunda onda da pandemia COVID-19

Autores

Jennifer Vianna Barbosa¹, Rheryda de Sousa Rocha Pereira Freitas¹, André Alves Crispim¹, Patrícia Cristiane Mota¹, Paulo Goberlânio de Barros Silva^{1*}, Renata Mota Bitu Sousa¹, Fabrício Bitu Sousa¹, Thinali Sousa Dantas¹

1. Departamento de odontologia, Unichristus, Fortaleza, Ceará, Brasil

Resumo:

O aumento dos casos COVID-19, trouxe desafios complexos para a saúde global, sendo o lockdown uma medida mundialmente adotada. Tal medida impactou na rotina dos estudantes, visto que levou à migração das aulas presenciais para o ambiente virtual, podendo ter contribuído para um aumento nos casos de ansiedade e claustrofobia relacionados ao COVID-19. Com o objetivo de avaliar relação de claustrofobia e ansiedade diante do isolamento social, frente à modalidade de ensino remoto, foi realizado um estudo envolveu opinião anônima de 260 alunos de graduação em Odontologia do Centro Universitário Christus, Fortaleza, Ceará, Brasil. Um questionário dividido em quatro blocos contendo informações sobre idade, sexo, semestre, turno, atividades extracurriculares anteriores ao isolamento, uso de dispositivos eletrônicos e dados do perfil do aluno em abordagem de quatro etapas para selecionar itens, foi administrado usando formulário Google®. Os dados foram analisados considerando confiança de 95%. ($p < 0,05$). Como resultados observamos que os níveis de ansiedade foram significativamente menores comparados a claustrofobia. Houve aumento da ansiedade em estudantes acima de 20 anos, com renda entre três e quatro salários mínimos, em estágios. Sendo aulas virtuais diretamente

associadas ao aumento da ansiedade. A maior prevalência de claustrofobia esteve associada ao sexo feminino, com renda familiar entre três e quatro salários mínimos e ao aumento do uso de internet e dispositivos eletrônicos. Estudo sugere alta prevalência e crescimento dos níveis de ansiedade e claustrofobia em estudantes de odontologia durante lockdown em enfrentamento ao COVID-19, demonstrando impactos significativos à saúde mental dos estudantes durante a pandemia.

DESCRIPTORES: Ansiedade; claustrofobia; coronavírus; pandemia; ensino à distância.

ABSTRACT

The increase of COVID-19 cases has brought complex challenges to global health, with lockdown being a measure adopted worldwide. Such measure impacted on the routine of students, since it led to the migration of face-to-face classes to the virtual environment, and may have contributed to an increase in cases of anxiety and claustrophobia related to COVID-19. To evaluate the relation between claustrophobia and anxiety in the face of social isolation and remote learning. Study involved anonymous opinion of 260 undergraduate dental students from Centro Universitário Christus, Fortaleza, Ceará,

Brazil. A questionnaire divided into four blocks containing information on age, gender, semester, shift, extracurricular activities prior to isolation, use of electronic devices, and student profile data in a four-step approach to select items, was administered using Google® form. Data were analyzed considering 95% confidence. ($p < 0,05$). Anxiety levels were significantly lower compared to claustrophobia. There was increased anxiety in students over 20 years old, with income between three and four minimum wages, in internships. Virtual classes were directly associ-

ated with increased anxiety. The higher prevalence of claustrophobia was associated with female students, with family income between three and four minimum wages and with increased use of internet and electronic devices. Study suggests high prevalence and increased levels of anxiety and claustrophobia in dental students during lockdown in coping with COVID-19, demonstrating significant impacts to students' mental health during the pandemic.

DESCRIPTORS: Anxiety; claustrophobia; coronavirus; pandemic; distance learning.

INTRODUÇÃO

O rápido aumento do número de casos de COVID-19 (SARS-CoV-2), apresentado como síndrome respiratória aguda, trouxe desafios complexos para a saúde pública global no ano de 2020. O COVID-19 foi considerado uma emergência de saúde pública de interesse mundial e devido seus altos índices de disseminação do vírus fez-se necessária a adoção de medidas preventivas para conter a propagação do SARS-CoV-2.^{1,2}

Dentre as medidas adotadas para controle e não disseminação do vírus, têm-se o distanciamento e o isolamento social, o uso de máscaras e higienização das mãos. Sendo o isolamento social amplamente aderido por diversos países como o Brasil, em sua forma mais rígida, denominada *lockdown*.²

O nordeste brasileiro enfrenta atualmente a segunda onda de infecções e com o aumento do número e casos, óbitos e consequente sobrecarga do sistema de saúde, tornou-se necessária a adoção de medidas.² Em Fortaleza, Ceará, o novo decreto em vigor de 04 de março de 2021, teve como uma de suas medidas a suspensão de atividades consideradas não essenciais, retomando como medida sanitária o isolamento social rígido e suspensão de atividades como aulas presenciais de ensino superior.^{2,3}

O isolamento social tem sido interpretado como uma medida eficaz

na redução das taxas de contaminação, trazendo consigo mudanças em diversos âmbitos. Na perspectiva do ensino, as aulas passaram por uma adaptação para as aulas remotas e sistema híbrido.^{4,5} A medida de isolamento social, e consequentemente implementação do sistema híbrido de ensino trouxe repercussões no comportamento dos alunos, sendo muitas vezes interpretados como gatilhos para sensações de ansiedade e claustrofobia, ocasionando impactos na rotina, qualidade de vida, psicológico e emocional.⁴

Segundo dados apontados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em novembro de 2020, o Brasil era considerado o segundo país com mais casos de ansiedade no mundo antes da pandemia e com o advento da pandemia esse quadro se agravou⁶, havendo ainda um aumento da venda de calmantes, antidepressivos e estabilizadores de humor aumentaram em média 80%.⁷

A ansiedade é definida como difusa que pode manifestar-se por meio de mal-estar gástrico, dor torácica, palpitações, sudorese, cefaleia, tontura, falta de ar, sensação de asfixia, tremores, extremidades frias, calafrios ou ondas de calor.⁸ Ao passo que as fobias, tendem a se desenvolver quando a pessoa possui um senso de perigo exagerado ou irrealista, sendo descritas na literatura como um medo esmagador e debili-

tante de um objeto, lugar, situação, sentimento ou até mesmo animal. Normalmente, a pessoa que possui algum tipo de fobia costuma evitar contato com a fonte de seus medos.⁹ A claustrofobia é definida como medo situacional, onde o estímulo temido é o próprio espaço fechado, apertados, cheios de pessoas.^{8,10,12}

Diante do contexto de isolamento social enfrentado frente a pandemia de COVID-19, observou-se um impacto no estilo de vida da população, as mudanças na rotina têm provocado sentimentos de ansiedade, frustração, medo com relação a própria saúde e de familiares, sensação de ócio e até mesmo influências socioeconômicas. Não obstante, o grande número de perdas no contexto familiar, que pode ser considerado um fator contribuinte para o desencadeamento destes sentimentos.⁵

A transição das aulas para o ambiente virtual, trouxe também mudanças na rotina de estudos dos alunos e consequentemente impactos nos níveis de aprendizagem, além de impactos psicoemocionais dos alunos de ensino superior.⁵ O que reflete diretamente na qualidade de tempo dedicado a estudos, assimilação do conteúdo no modo remoto a depender da forma de acesso utilizada para as aulas virtuais, ambiente de estudo e a forma como essa afeta a concentração e desenvolvimento com qualidade das atividades propostas pela instituição de ensino.¹³

Diante do exposto, o estudo teve como objetivo, avaliar e comparar os efeitos da exposição à realidade virtual à sensação de claustrofobia e ansiedade na qualidade de vida e tempo dedicado aos estudos de forma remota. Tendo em vista a importância desta temática na atualidade e o fato de não estar completamente elucidado na literatura esta possível associação.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo de estudo, amostra e considerações éticas

Este estudo transversal observacional, envolveu a opinião anônima de alunos de graduação em Odontologia de um centro de referência de ensino superior de uma região específica (Unichristus, Fortaleza, Ceará, Brasil), obedecendo às normas da Resolução 510/1612. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade, de acordo com as normas brasileiras de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme estabelecido na resolução 466/12 – Registro 305350020.5.0000.5049

Devido ao sistema de isolamento social implementado por instituições governamentais para reduzir a disseminação do COVID-19, um questionário online foi administrado usando o formulário Google®. A pesquisa foi promovida entre estudantes de graduação em odontologia da Unichristus por meio de várias plataformas de mídia social: Instagram, Facebook e Whatsapp.¹⁹ Como critério de inclusão, foram incluídos no estudo os alunos que responderam sim aos dois primeiros itens do questionário: "Deseja participar deste estudo?" e "Você é aluno do curso de graduação em odontologia da Unichristus (Fortaleza, Ceará, Brasil)?" sendo estes os únicos itens não obrigatórios do questionário. Foram excluídos do estudo, questionários preenchidos após o prazo estipulado no item "cál-

culo amostral e prazo de aplicação do questionário" e os questionários em que os dois itens não obrigatórios não foram preenchidos.

Instrumentos de pesquisa

O questionário foi elaborado com quatro blocos de questões: o bloco 1 contendo questões relacionadas à idade, sexo, semestre, turno e atividades extracurriculares anteriores ao isolamento social e o bloco 2 com questões relativas às práticas de estudo antes e durante o isolamento social, bem como o uso de assassinos de concentração (TV, telefone celular, streaming de mídia, etc.) durante este período. O bloco 3 (dados do perfil do aluno) foi desenvolvido em uma abordagem de 4 etapas para selecionar itens.¹⁴ Em primeiro lugar, uma revisão da temática de questionários avaliando o perfil de estudo em e-learning foi acessada para compreender os itens importantes para investigar esse perfil.^{5, 15, 16, 17.}

Em segundo, um especialista em ensino elaborou um questionário estruturado com base nas informações descritas anteriormente.⁵ Em terceiro lugar, os itens foram avaliados por três especialistas, um doutor em educação em saúde, um doutor em docência e um doutor em bioestatística. Em quarto lugar, foram realizadas correções de disposição de itens menores (objetificação das respostas) com base na sugestão dos três especialistas e os questionários foram lançados. Esse processo foi realizado em sete dias para minimizar o viés de fadiga, sendo as reuniões realizadas por videoconferência devido ao contexto da pandemia do COVID-19. Assim, o bloco 3 continha questões referentes às atividades de educação a distância realizadas durante o isolamento social e exposição ao COVID-19.

O bloco 4 era composto por Inventário de Claustrofobia previamente validado. O Inventário de Claustrofobia é um instrumento de-

envolvido na Inglaterra para medir a Claustrofobia por suposição de exposição a eventos claustrofóbicos. O Inventory of Claustrophobia foi adaptado e validado para o português brasileiro em 2008 e contém 26 itens que podem ser respondidos por meio de uma escala Likert de 5 pontos.

Cálculo da amostra e período de administração do questionário

Barros Silva et al.⁵ (2020) mostraram que em uma amostra de alunos brasileiros de odontologia em Educação a Distância (EAD) o aprendizado presencial aumentou em 9,01 vezes a qualidade de vida durante o isolamento social no início da pandemia de COVID-19 (versus 93,2% alunos de odontologia com baixa qualidade de vida e aprendizado presencial), estimamos uma amostra de 214 estudantes de odontologia para avaliar o isolamento social de longa data pela pandemia COVID-19 adotando 90% de poder e 95% de confiança (método de Kesley). Devido à possibilidade de perda da amostra foram adicionados 20%, resultando em 260 alunos de odontologia.

Por determinação do Ministério da Saúde (MS), o ensino prático em sala de aula foi suspenso, e a recomendação de ministrar aulas teóricas em plataformas digitais no formato de ensino a distância foi prontamente seguida pela instituição no primeiro dia de isolamento. O instrumento foi lançado 14 dias (em 18 de março de 2020) após o governo estadual suspender as atividades em sala de aula e ficou disponível por 24 horas no 14º dia de isolamento social (01 de abril de 2020; 01:01).

Nesse período, o questionário foi respondido por 135 alunos. Cada sala de odontologia da Unichristus tem um líder, então entramos em contato pelo WhatsApp com os líderes de classe que enviaram os questionários aos seus grupos de WhatsApp. Assim, para atingir o número estabelecido no cálculo amostral, o questionário

permaneceu disponível por mais 24 horas (15º dia de isolamento social), totalizando 260 questionários respondidos. Nossa faculdade de odontologia tem 654 alunos matriculados, portanto, nossa taxa de resposta nesses dois dias foi de 36,1%, conforme descrito anteriormente.¹⁸

Análise estatística

Os dados das pesquisas respondidas foram exportados para uma planilha do Microsoft Excel por meio do comando "Ver as respostas em Planilhas" do Google Forms®, e posteriormente codificados e analisados por meio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0 no Windows ($p < 0,05$).

Os escores do Inventário de Claustrofobia e ansiedade relacionada ao COVID-19 foram convertidos em uma escala linear de 0 a 100. As médias e desvios-padrão foram calculados, juntamente com o alfa de Cronbach geral e os valores do alfa de Cronbach excluindo cada domínio, e os a correlação de cada item foi analisada com a soma dos escores (testes de correlação de postos de Spearman).

As duas categorias de claustrofobia (claustrofobia baixa / moderada (0-70) e alta (70-100) distance learning during social seclusion by COVID-19: improving the quality of life of undergraduate dentistry students ansiedade relacionada ao COVID-19 (baixa / moderada (<20 [mediana = 20]) e alta (20+) foram associadas a todos os itens dos blocos do questionário por meio do teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher e as variáveis com $p < 0,200$ e foram analisadas por modelo de regressão logística multinomial (análise multivariada).

RESULTADOS

Perfil de claustrofobia e ansiedade relacionada ao COVID-19 em estudantes de odontologia durante o segundo lockdown

Um total de 260 estudantes participaram deste estudo. O inventário de claustrofobia respondido por essa amostra apresentou uma excelente consistência interna (α de Cronbach = 0.954). Todos os itens mostraram uma correlação significativa e positiva com o somatório total do inventário de claustrofobia ($p < 0.001$) apresentando o item 21 a maior média e o item 10 a menor média. O questionário de ansiedade relacionada ao COVID-19 também apresentou uma excelente consistência interna (α de Cronbach = 0.814). Todos os itens mostraram uma correlação significativa e positiva com o somatório total do inventário de claustrofobia ($p < 0.001$) apresentando o item 2 a maior média e o item 4 a menor média (Tabela 1).

Em uma escala de 0-100 os níveis de ansiedade relacionada ao COVID-19 ($22.69 \pm 19.55\%$) foram significativamente menores que os níveis de claustrofobia ($42.25 \pm 22.58\%$) ($p < 0.001$). Esses dois parâmetros foram diretamente correlacionados entre si ($p < 0.001$, $r = 0.370$) (Figura 1).

Influência do perfil socio-demográfico e da rotina de estudo nos níveis de claustrofobia e ansiedade relacionada ao COVID-19

A maior parte dos estudantes faz parte de uma atividade extracurricular ($n = 168$, 64.6%) e os grupos de estudo foram a atividade extracurricular mais citada ($n = 113$, 43.5%) (Tabela 2).

Os estudantes de odontologia do sexo feminino ($p = 0.030$) e com renda familiar entre três e quatro salários mínimos ($p = 0.033$) apresentaram maior prevalência de claustrofobia. Os estudantes com idade superior a 20 anos ($p < 0.001$), cursando Disciplinas profissionalizantes e estágios ($p < 0.001$), com renda familiar entre três e quatro salários mínimos ($p = 0.001$), estudando no período da tarde ($p < 0.001$) apresentaram maior prevalência de ansiedade relacionada ao COVID-19. A participação em ati-

dades de monitoria foi inversamente associada à ansiedade relacionada ao COVID-19 ($p = 0.031$) e os grupos de estudo diretamente relacionado a esse parâmetro ($p = 0.041$) (Tabela 2).

Houve um aumento no uso de internet ($n = 241$, 92.7%), celulares ($n = 241$, 92.7%), TV ($n = 131$, 50.4%) e serviços de streaming ($n = 184$, 70.8%). A plataforma mais citada onde está tendo aulas virtuais foi o google meet ($n = 253$, 97.3%) (Tabela 3).

Os estudantes de odontologia com Tempo estudo antes pandemia entre 4 e 6h/dia apresentaram maior prevalência de claustrofobia ($p < 0.001$) bem como aqueles que referiram redução no uso de serviços de streaming ($p = 0.018$). O aumento do tempo de estudo ($p = 0.045$) e de TV ($p = 0.045$) foram diretamente associados a altos níveis de ansiedade. Aulas virtuais na plataforma Zoom ($p = 0.010$) também foi diretamente associados a altos níveis de ansiedade ($p = 0.010$) enquanto que a plataforma própria da faculdade ($p = 0.004$) e o sistema moodle ($p = 0.005$) inversamente associadas a altos níveis de ansiedade (Tabela 3).

Ambiente de estudo, mas não a exposição ao COVID-19, interferem nos níveis de claustrofobia e ansiedade relacionada ao COVID-19

Estudar em ambientes externos como varandas reduziu significativamente a prevalência de claustrofobia ($p = 0.020$) e assistir aulas virtuais no computador ($p = 0.048$), tablet ($p = 0.036$), sala de jantar ($p = 0.012$) e cozinha ($p = 0.023$) aumentaram a prevalência de ansiedade (Tabela 4).

Análise multivariada de fatores de risco a claustrofobia e ansiedade relacionada ao COVID-19 em estudantes de odontologia durante segundo lockdown

Em análise multivariada a participação em três atividades extracurriculares ($p = 0.020$) e estudar em locais externos ($p = 0.004$) reduziram significativamente a prevalência de

claustrofobia, já participar de grupos de estudo ($p=0.020$) e apresentar tempo de estudo antes a pandemia (Entre 4 e 6h/dia) ($p=0.025$) aumentaram essa prevalência. Já a ansiedade relacionada ao COVID-19 foi inversamente associada a uma renda familiar entre três e quatro salários mínimos ($p=0.002$) e diretamente associada com turnos de aulas a tarde ($p=0.030$), dispositivo para assistir aulas virtuais (tablet) ($p=0.021$), e estudar na sala de jantar ($p=0.032$) ou cozinha ($p=0.010$) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

A educação superior na área da saúde é percebida como estressante. Diversos estudos demonstram uma alta prevalência de ansiedade, estresse e depressão em estudantes de saúde²⁰, porém essas condições estão se agravando devido à crise de saúde pública ocasionada pela a pandemia do COVID-19.²¹ Nosso estudo sugere que há uma alta prevalência e um crescimento nos níveis de ansiedade e claustrofobia nos estudantes de odontologia durante o segundo lockdown para controle do COVID-19, sendo essas duas alterações foram diretamente correlacionadas.

O presente estudo analisou o perfil de claustrofobia e ansiedade destes estudantes com prevalências elevadas, apresentando 34.2% dos estudantes escores de claustrofobia superiores a 50% e 140 (53.8%) apresentaram 20% ou mais na escala de ansiedade (Tabela 1). Estes dados corroboram com o estudo de Salman, et al.,²¹ (2020) realizado na universidade do Paquistão, foram obtidos dados alarmantes na prevalência de ansiedade moderada a grave e depressão nos estudantes (34% e 45% respectivamente) demonstrando que a pandemia do COVID-19 teve um impacto adverso significativo na saúde mental de estudantes universitários.

No estudo também foi analisado o perfil sociodemográfico e a rotina de

estudo. Consistente com outros estudos o grupo do sexo feminino tiveram resultando mais elevados de ansiedade e claustrofobia, uma vez que as mulheres articularem mais facilmente os sintomas depressivos que os homens^{25, 30, 33} Outro fato importante foi que os estudantes com idade superior a 20 anos, cursando disciplinas profissionalizantes e estágios, com renda familiar entre três e quatro salários mínimos, estudando no período da tarde apresentaram maior prevalência de ansiedade relacionada ao COVID-19 (Tabela 2), estes dados podem ser contextualizados que estudantes mais velhos em grande parte precisam trabalhar para somar na renda familiar consequentemente, podemos observar uma grande prevalência deste grupo em turnos mais flexíveis como turnos da tarde e da noite para conseguirem trabalhar.³² Adicionalmente, circunstâncias como isolamento social, instabilidade econômica, crianças que precisam ser cuidadas em casa, incerteza sobre o futuro, desafios de aprendizagem remota, medo de se infectar e muito mais^{24, 31}

Alunos que estavam satisfeitos com sua educação tinham menos depressão, ansiedade e estresse²⁹ e uma vez que o isolamento social modificou significativamente o contexto de estudo e houve aumento do tempo de estudo ($p=0.045$) e de TV ($p=0.045$), isso pode ser um fator que contribui para a diminuição da satisfação acadêmica e aumentar os níveis de estresse.²⁰ Desta forma, podemos sugerir que é preciso um equilíbrio na quantidade de estudo diário, na administração das horas vagas e uso de aparelhos eletrônicos.

Estudos como o de Preti, et al.,³⁰ (2020) tiveram resultados opostos relacionados ao papel dos fatores sociodemográficos, não foram encontradas fortes evidências sugerindo que esses fatores pessoais não causam diferença nas respostas psicológicas. Em vez disso, sugere que outros fatores

pessoais estão, como história psiquiátrica, mais consistentemente associados a baixa resiliência e piores desfechos. Alguns autores enfatizam que a redução do estresse e a melhoria da qualidade de vida do estudante seriam uma forma de promover neles a criatividade e a iniciativa, capacitando-os a lidar melhor com as necessidades psicossociais dos pacientes^{24, 26}. A criação ou adoção de estratégias de enfrentamento para melhorar a saúde mental dos estudantes tem se mostrado um método crescente e eficaz neste período^{21, 24}

O trabalho de enfrentamento pode atuar de forma duas formas: a individualizada que é direcionada apenas a um indivíduo; ou pode ser trabalhado de forma coletiva direcionada para grupos, por exemplo, estudantes universitários do curso de odontologia, um fato importante que precisamos destacar é que diversos caminhos podem ser utilizados, seja no âmbito religiosos ou no de aceitação. Outro papel importante que precisa ser adotado sugerido por diversos estudos é o dever das instituições educacionais de trabalhar em conjunto com as autoridades para promover as medidas para manter a saúde mental de seus alunos, enfatizando o controle e autodesenvolvimento podendo atuar de acordo com as sugestões da Organização Mundial da Saúde;^{20, 21, 24}. Este fato pode ser observado de forma subjetiva no presente estudo durante a análise das aulas virtuais nas plataformas online, por exemplo, a plataforma Zoom também foi diretamente associados a altos níveis de ansiedade enquanto que a plataforma da própria da faculdade e o sistema moodle foram inversamente associadas aos níveis de ansiedade.

Com o advento da suspensão das aulas presenciais, fez-se necessário que instituições de ensino e seu corpo docente aderissem à virtualização do ensino. Apesar dessa migração das

aulas de odontologia para o ambiente virtual não se constitui em algo recente,^{2,17} é fato que os fechamentos das atividades presenciais pode causar impactos no que diz respeito às atividades de conclusão de curso, pesquisas e outras atividades essencialmente presenciais, gerando preocupação e ansiedade entre os graduandos.²⁸

O ambiente de estudo, assim como o uso de dispositivos eletrônicos, demonstrou aumento na prevalência de ansiedade, onde foi observado que estudar em ambientes não apropriados como sala de jantar e cozinha aumentaram os níveis de ansiedade dos alunos. Além disso, aulas no contra-turno, também aumentaram a prevalência de ansiedade. Sendo importante ressaltar os diversos tipos de estímulos que estão associados ao aprendizado, sejam eles ambientais, como relacionados ao local de estudo, iluminação, sons no ambiente, e nível de formalidade destes, bem como por estímulos emocionais, sociais, físicos ou psicológicos, que conforme já relatado na literatura são fatores influenciadores na determinação do ambiente de estudo adequado.²³

À depender do estilo de estudo e aprendizagem do aluno, este pode acabar optando por ambientes mais isolados, como mostrado no presente estudo, onde o ambiente mais mencionado foi o quarto. O estudo em locais externos como varandas, demonstrou reduzir de forma significativa a prevalência de claustrofobia, o que leva a crer que este hábito seria uma modalidade de enfrentamento para a claustrofobia.²³

As variáveis como histórico pessoal ou familiar de COVID-19, bem como a perda familiar ou de conhecidos devido ao vírus não demonstrou influenciar a prevalência de claustrofobia e ansiedade, no entanto, a maioria dos estudantes afirmou estar saindo de casa ocasionalmente ou apenas para realizar necessidades, o que pode ter contribuído para estes fatores não demonstrarem diferença estatística.³⁴

Na análise multivariada enquanto a participação em atividades extracurriculares e estudar em locais externos, reduziu significativamente a prevalência de claustrofobia, enfatizando estudos sobre os fatores determinantes no aprendizado como o am-

biente de estudo,²³ a participação em grupos de estudo e apresentar tempo de estudo antes a pandemia aumentaram sua a prevalência. Isso sugere que o sentimento de sobrecarga e aumento da demanda e responsabilidades no ensino virtual, proporciona aumento da sensação de claustrofobia nos alunos, como anteriormente em outros estudos.^{22, 28} Além disso, a ansiedade relacionada ao COVID-19 foi inversamente associada a renda familiar, sugerindo que fatores econômicos podem estar associados ao sentimento de ansiedade.²⁷

CONCLUSÃO

Portanto, o estudo sugere que há uma alta taxa de prevalência e crescimento dos níveis de ansiedade e claustrofobia em estudantes de odontologia durante o segundo lockdown em enfrentamento ao COVID-19, associada aos meios utilizados para estudo, bem como ambiente de estudo e tempo gasto no uso de dispositivos eletrônicos. Achados estes que demonstraram impactos significativos à saúde mental dos estudantes durante a pandemia.

Tabela 1: Propriedades psicométricas do inventário de claustrofobia e do questionário de ansiedade relacionado ao COVID-19 em estudantes de odontologia durante lockdown da segunda onda da infecção pelo SARS-CoV-2.

		α de	Correlação com	Escore (escala de Likert) ^d				
	Média±DP	Cronbach	Escore total ^c	0	1	2	3	4
Inventário de claustrofobia	43.94±23.15	0.954^a						
Item 1	1.51±1.28	0.954 ^b	p<0.001 (r=0.579)	162 (62.3%)	58 (22.3%)	31 (11.9%)	2 (0.8%)	7 (2.7%)
Item 2	1.13±1.23	0.953 ^b	p<0.001 (r=0.632)	63 (24.2%)	69 (26.5%)	86 (33.1%)	29 (11.2%)	13 (5.0%)
Item 3	1.32±1.30	0.953 ^b	p<0.001 (r=0.677)	108 (41.5%)	64 (24.6%)	57 (21.9%)	18 (6.9%)	13 (5.0%)
Item 4	1.27±1.16	0.953 ^b	p<0.001 (r=0.620)	157 (60.4%)	61 (23.5%)	31 (11.9%)	5 (1.9%)	6 (2.3%)
Item 5	0.87±1.15	0.953 ^b	p<0.001 (r=0.610)	140 (53.8%)	61 (23.5%)	42 (16.2%)	13 (5.0%)	4 (1.5%)
Item 6	1.95±1.27	0.952 ^b	p<0.001 (r=0.706)	72 (27.7%)	70 (26.9%)	52 (20.0%)	45 (17.3%)	21 (8.1%)
Item 7	2.28±1.36	0.952 ^b	p<0.001 (r=0.734)	113 (43.5%)	58 (22.3%)	40 (15.4%)	40 (15.4%)	9 (3.5%)
Item 8	2.07±1.35	0.952 ^b	p<0.001 (r=0.737)	94 (36.2%)	63 (24.2%)	52 (20.0%)	28 (10.8%)	23 (8.8%)
Item 9	1.20±1.14	0.953 ^b	p<0.001 (r=0.607)	87 (33.5%)	65 (25.0%)	71 (27.3%)	25 (9.6%)	12 (4.6%)
Item 10	0.80±1.03	0.954 ^b	p<0.001 (r=0.575)	140 (53.8%)	51 (19.6%)	42 (16.2%)	16 (6.2%)	11 (4.2%)
Item 11	1.59±1.34	0.952 ^b	p<0.001 (r=0.735)	36 (13.8%)	69 (26.5%)	65 (25.0%)	52 (20.0%)	38 (14.6%)
Item 12	1.27±1.27	0.952 ^b	p<0.001 (r=0.704)	34 (13.1%)	41 (15.8%)	71 (27.3%)	45 (17.3%)	69 (26.5%)
Item 13	1.04±1.20	0.954 ^b	p<0.001 (r=0.538)	43 (16.5%)	45 (17.3%)	75 (28.8%)	44 (16.9%)	53 (20.4%)
Item 14	0.92±1.14	0.953 ^b	p<0.001 (r=0.574)	88 (33.8%)	80 (30.8%)	54 (20.8%)	27 (10.4%)	11 (4.2%)

Item 15	2.14±1.44	0.952 ^b	p<0.001 (r=0.700)	136 (52.3%)	67 (25.8%)	35 (13.5%)	17 (6.5%)	5 (1.9%)
Item 16	1.48±1.32	0.952 ^b	p<0.001 (r=0.698)	72 (27.7%)	60 (23.1%)	64 (24.6%)	31 (11.9%)	33 (12.7%)
Item 17	1.66±1.38	0.952 ^b	p<0.001 (r=0.767)	95 (36.5%)	68 (26.2%)	50 (19.2%)	26 (10.0%)	21 (8.1%)
Item 18	1.90±1.39	0.951 ^b	p<0.001 (r=0.785)	121 (46.5%)	54 (20.8%)	51 (19.6%)	21 (8.1%)	13 (5.0%)
Item 19	2.20±1.28	0.952 ^b	p<0.001 (r=0.675)	132 (50.8%)	54 (20.8%)	46 (17.7%)	18 (6.9%)	10 (3.8%)
Item 20	2.55±1.37	0.951 ^b	p<0.001 (r=0.738)	51 (19.6%)	41 (15.8%)	49 (18.8%)	59 (22.7%)	60 (23.1%)
Item 21	2.76±1.36	0.952 ^b	p<0.001 (r=0.676)	83 (31.9%)	56 (21.5%)	59 (22.7%)	38 (14.6%)	24 (9.2%)
Item 22	2.12±1.47	0.952 ^b	p<0.001 (r=0.687)	70 (26.9%)	58 (22.3%)	60 (23.1%)	35 (13.5%)	37 (14.2%)
Item 23	1.74±1.47	0.952 ^b	p<0.001 (r=0.716)	56 (21.5%)	51 (19.6%)	63 (24.2%)	44 (16.9%)	46 (17.7%)
Item 24	1.88±1.41	0.951 ^b	p<0.001 (r=0.769)	28 (10.8%)	55 (21.2%)	64 (24.6%)	62 (23.8%)	51 (19.6%)
Item 25	2.50±1.39	0.952 ^b	p<0.001 (r=0.730)	29 (11.2%)	32 (12.3%)	59 (22.7%)	47 (18.1%)	93 (35.8%)
Item 26	1.79±1.31	0.953 ^b	p<0.001 (r=0.654)	28 (10.8%)	18 (6.9%)	55 (21.2%)	46 (17.7%)	113 (43.5%)
Questionário de ansiedade relacionada ao COVID-19	4.54±3.91	0.814^a						
Item 1	0.59±0.92	0.778 ^b	p<0.001 (r=0.699)	48 (18.5%)	50 (19.2%)	56 (21.5%)	35 (13.5%)	71 (27.3%)
Item 2	1.46±1.12	0.779 ^b	p<0.001 (r=0.792)	71 (27.3%)	58 (22.3%)	49 (18.8%)	32 (12.3%)	50 (19.2%)
Item 3	1.09±1.17	0.799 ^b	p<0.001 (r=0.717)	56 (21.5%)	56 (21.5%)	63 (24.2%)	34 (13.1%)	51 (19.6%)
Item 4	0.62±0.93	0.777 ^b	p<0.001 (r=0.698)	30 (11.5%)	36 (13.8%)	59 (22.7%)	45 (17.3%)	90 (34.6%)
Item 5	0.77±0.99	0.758 ^b	p<0.001 (r=0.763)	57 (21.9%)	54 (20.8%)	66 (25.4%)	52 (20.0%)	31 (11.9%)

^aα de Cronbach do questionário; ^bα de Cronbach do questionário se o item for deletado; ^cCorrelação de Spearman com o somatório de cada questionário; ^dFrequência absoluta e percentual de cada item assinalado pelos estudantes.

Tabela 2: Perfil sociodemográfico e letivo e sua influência nos níveis de claustrofobia e ansiedade relacionada ao COVID-19 em estudantes de odontologia durante lockdown da segunda onda da infecção pelo SARS-CoV-2.

	Total	Inventário claustrofobia (0 a 100)		p-Valor	Ansiedade relacionada ao COVID-19 (0 a 100)		p-Valor
		Até 50	>50		<20	20+	
Idade							
Até 20	102 (39.2%)	71 (41.5%)	31 (34.8%)	0.295	63 (52.5%)*	39 (27.9%)	<0.001
>20	158 (60.8%)	100 (58.5%)	58 (65.2%)		57 (47.5%)	101 (72.1%)*	
Sexo							
Feminino	212 (81.5%)	133 (77.8%)	79 (88.8%)*	0.030	92 (76.7%)	120 (85.7%)	0.061
Masculino	48 (18.5%)	38 (22.2%)*	10 (11.2%)		28 (23.3%)	20 (14.3%)	
Semestre							
Disciplinas básicas	91 (35.0%)	64 (37.4%)	27 (30.3%)	0.267	60 (50.0%)*	31 (22.1%)	<0.001
Disciplinas profissionalizantes	125 (48.1%)	76 (44.4%)	49 (55.1%)		43 (35.8%)	82 (58.6%)*	
Estágios	44 (16.9%)	31 (18.1%)	13 (14.6%)		17 (14.2%)	27 (19.3%)*	
Renda familiar SM							
1 a 2 sm	71 (27.3%)	45 (26.3%)	26 (29.2%)	0.033	30 (25.0%)	41 (29.3%)	0.001
3 a 4 sm	89 (34.2%)	51 (29.8%)	38 (42.7%)*		30 (25.0%)	59 (42.1%)*	
>4 sm	100 (38.5%)	75 (43.9%)*	25 (28.1%)		60 (50.0%)*	40 (28.6%)	
Turno de aula							
Manhã	113 (43.5%)	75 (43.9%)	38 (42.7%)	0.858	55 (45.8%)	58 (41.4%)	0.475
Tarde	36 (13.8%)	22 (12.9%)	14 (15.7%)	0.526	6 (5.0%)	30 (21.4%)*	<0.001
Noite	160 (61.5%)	107 (62.6%)	53 (59.6%)	0.635	67 (55.8%)	93 (66.4%)	0.080
Atividade extracurricular							
Monitoria	103 (39.6%)	68 (39.8%)	35 (39.3%)	0.945	56 (46.7%)*	47 (33.6%)	0.031
Grupos estudo	113 (43.5%)	67 (39.2%)	46 (51.7%)	0.054	44 (36.7%)	69 (49.3%)*	0.041
Extensão	18 (6.9%)	14 (8.2%)	4 (4.5%)	0.266	8 (6.7%)	10 (7.1%)	0.880

Iniciação científica	40 (15.4%)	24 (14.0%)	16 (18.0%)	0.403	14 (11.7%)	26 (18.6%)	0.124
Quantidade de atividades extra-curriculares							
Nenhuma	44 (16.9%)	28 (16.4%)	16 (18.0%)	0.157	18 (15.0%)	26 (18.6%)	0.241
Uma	168 (64.6%)	117 (68.4%)	51 (57.3%)		85 (70.8%)	83 (59.3%)	
Duas	38 (14.6%)	22 (12.9%)	16 (18.0%)		14 (11.7%)	24 (17.1%)	
Três	10 (3.8%)	4 (2.3%)	6 (6.7%)		3 (2.5%)	7 (5.0%)	

*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %).

Tabela 3: Rotina de estudo e distratores e sua influência nos níveis de claustrofobia e ansiedade relacionada ao COVID-19 em estudantes de odontologia durante lockdown da segunda onda da infecção pelo SARS-CoV-2.

	Total	Inventário claustrofobia (0 a 100)		p-Valor	Ansiedade relacionada ao COVID19 (0 a 100)		p-Valor
		Até 50	>50		<20	20+	
Tempo estudo antes pandemia							
Até 1h/dia	14 (5.4%)	12 (7.0%)	2 (2.2%)	<0.001	7 (5.8%)	7 (5.0%)	0.201
Entre 1 e 2h/dia	50 (19.2%)	45 (26.3%)*	5 (5.6%)		26 (21.7%)	24 (17.1%)	
Entre 2 e 4h/dia	90 (34.6%)	58 (33.9%)	32 (36.0%)		47 (39.2%)	43 (30.7%)	
Entre 4 e 6h/dia	67 (25.8%)	27 (15.8%)	40 (44.9%)*		23 (19.2%)	44 (31.4%)	
>6h/dia	39 (15.0%)	29 (17.0%)	10 (11.2%)		17 (14.2%)	22 (15.7%)	
Tempo estudo durante pandemia							
Até 1h/dia	21 (8.1%)	18 (10.5%)	3 (3.4%)	0.051	11 (9.2%)	10 (7.1%)	0.137
Entre 1 e 2h/dia	66 (25.4%)	42 (24.6%)	24 (27.0%)		37 (30.8%)	29 (20.7%)	
Entre 2 e 4h/dia	88 (33.8%)	53 (31.0%)	35 (39.3%)		33 (27.5%)	55 (39.3%)	
Entre 4 e 6h/dia	60 (23.1%)	45 (26.3%)	15 (16.9%)		30 (25.0%)	30 (21.4%)	
>6h/dia	25 (9.6%)	13 (7.6%)	12 (13.5%)		9 (7.5%)	16 (11.4%)	
Tempo estudo durante pandemia aumentou							
Reduziu	119 (45.8%)	71 (41.5%)	48 (53.9%)	0.124	51 (42.5%)	68 (48.6%)	0.045
Nem reduziu nem aumentou	72 (27.7%)	49 (28.7%)	23 (25.8%)		42 (35.0%)*	30 (21.4%)	
Aumentou	69 (26.5%)	51 (29.8%)	18 (20.2%)		27 (22.5%)	42 (30.0%)*	
Aumentou uso internet							
Reduzi	2 (0.8%)	1 (0.6%)	1 (1.1%)	0.569	1 (0.8%)	1 (0.7%)	0.281
Não aumentei nem reduzi	17 (6.5%)	13 (7.6%)	4 (4.5%)		11 (9.2%)	6 (4.3%)	
Aumentei	241 (92.7%)	157 (91.8%)	84 (94.4%)		108 (90.0%)	133 (95.0%)	
Aumentou uso celulares							
Reduzi	5 (1.9%)	4 (2.3%)	1 (1.1%)	0.632	2 (1.7%)	3 (2.1%)	0.676
Não aumentei nem reduzi	14 (5.4%)	8 (4.7%)	6 (6.7%)		8 (6.7%)	6 (4.3%)	
Aumentei	241 (92.7%)	159 (93.0%)	82 (92.1%)		110 (91.7%)	131 (93.6%)	
Aumentou uso TV							
Reduzi	31 (11.9%)	20 (11.7%)	11 (12.4%)	0.314	12 (10.0%)	19 (13.6%)	0.010
Não aumentei nem reduzi	98 (37.7%)	70 (40.9%)	28 (31.5%)		57 (47.5%)*	41 (29.3%)	
Aumentei	131 (50.4%)	81 (47.4%)	50 (56.2%)		51 (42.5%)	80 (57.1%)*	
Aumentou uso serviços streaming							
Reduzi	13 (5.0%)	4 (2.3%)	9 (10.1%)*	0.018	6 (5.0%)	7 (5.0%)	0.853
Não aumentei nem reduzi	63 (24.2%)	45 (26.3%)*	18 (20.2%)		31 (25.8%)	32 (22.9%)	
Aumentei	184 (70.8%)	122 (71.3%)*	62 (69.7%)		83 (69.2%)	101 (72.1%)	
Plataformas onde está tendo aulas virtuais							
Google meet	253 (97.3%)	164 (95.9%)	89 (100.0%)	0.053	117 (97.5%)	136 (97.1%)	0.859
Zoom	135 (51.9%)	96 (56.1%)	39 (43.8%)	0.059	52 (43.3%)	83 (59.3%)*	0.010
Plataforma própria	195 (75.0%)	131 (76.6%)	64 (71.9%)	0.406	100 (83.3%)*	95 (67.9%)	0.004
Youtube	182 (70.0%)	118 (69.0%)	64 (71.9%)	0.628	87 (72.5%)	95 (67.9%)	0.415
Moodle	235 (90.4%)	156 (91.2%)	79 (88.8%)	0.523	115 (95.8%)*	120 (85.7%)	0.006
Outros	8 (3.1%)	7 (4.1%)	1 (1.1%)	0.271	4 (3.3%)	4 (2.9%)	1.000

*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %).

Tabela 4: Ambiente de estudo e sua influência nos níveis de claustrofobia e ansiedade relacionada ao COVID-19 em estudantes de odontologia durante lockdown da segunda onda da infecção pelo SARS-CoV-2.

	Total	Inventário claustrofobia (0 a 100)		p-Valor	Ansiedade relacionada ao COVID19 (0 a 100)		p-Valor
		Até 50	>50		<20	20+	
Está tendo aulas presenciais							
Não	226 (86.9%)	148 (86.5%)	78 (87.6%)	0.090	110 (91.7%)	116 (82.9%)	0.108
Sim. uma vez por semana	6 (2.3%)	5 (2.9%)	1 (1.1%)		2 (1.7%)	4 (2.9%)	
Sim. duas ou três vezes por semana	19 (7.3%)	15 (8.8%)	4 (4.5%)		7 (5.8%)	12 (8.6%)	
Sim. todos os dias da semana	9 (3.5%)	3 (1.8%)	6 (6.7%)		1 (0.8%)	8 (5.7%)	
Que tipo de aulas							
Laboratoriais gerais	6 (2.3%)	3 (1.8%)	3 (3.4%)	0.410	2 (1.7%)	4 (2.9%)	0.524
Laboratoriais aplicadas	8 (3.1%)	7 (4.1%)	1 (1.1%)	0.188	2 (1.7%)	6 (4.3%)	0.223
Clínicas	23 (8.8%)	17 (9.9%)	6 (6.7%)	0.389	8 (6.7%)	15 (10.7%)	0.252
Dispositivo para assistir aulas virtuais							
Celular	215 (82.7%)	142 (83.0%)	73 (82.0%)	0.837	99 (82.5%)	116 (82.9%)	0.940
Computador	228 (87.7%)	154 (90.1%)	74 (83.1%)	0.107	100 (83.3%)	128 (91.4%)*	0.048
Tablet	15 (5.8%)	9 (5.3%)	6 (6.7%)	0.628	3 (2.5%)	12 (8.6%)*	0.036
Cômodo onde assiste aulas virtuais							
Quarto	214 (82.3%)	140 (81.9%)	74 (83.1%)	0.798	103 (85.8%)	111 (79.3%)	0.168
Sala de estar	65 (25.0%)	46 (26.9%)	19 (21.3%)	0.327	26 (21.7%)	39 (27.9%)	0.250
Sala de jantar	11 (4.2%)	7 (4.1%)	4 (4.5%)	0.879	1 (0.8%)	10 (7.1%)*	0.012
Cozinha	16 (6.2%)	10 (5.8%)	6 (6.7%)	0.776	3 (2.5%)	13 (9.3%)*	0.023
Escritório sala de estudos	29 (11.2%)	22 (12.9%)	7 (7.9%)	0.224	14 (11.7%)	15 (10.7%)	0.808
Varanda ambientes externos	15 (5.8%)	14 (8.2%)*	1 (1.1%)	0.020	5 (4.2%)	10 (7.1%)	0.305
Pessoas na mesma residência							
Até 3	110 (42.3%)	73 (42.7%)	37 (41.6%)	0.863	47 (39.2%)	63 (45.0%)	0.343
>3	150 (57.7%)	98 (57.3%)	52 (58.4%)		73 (60.8%)	77 (55.0%)	
Cômodos na residência							
Até 5	107 (41.2%)	71 (41.5%)	36 (40.4%)	0.868	41 (34.2%)	66 (47.1%)*	0.034
>5	153 (58.8%)	100 (58.5%)	53 (59.6%)		79 (65.8%)*	74 (52.9%)	
Cômodos de estudo existem na sua residência							
1	73 (28.1%)	49 (28.7%)	24 (27.0%)	0.774	35 (29.2%)	38 (27.1%)	0.717
>1	187 (71.9%)	122 (71.3%)	65 (73.0%)		85 (70.8%)	102 (72.9%)	

*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %).

Tabela 5: Exposição ao COVID-19 e sua influência nos níveis de claustrofobia e ansiedade relacionada ao COVID-19 em estudantes de odontologia durante lockdown da segunda onda da infecção pelo SARS-CoV-2.

	Total	Inventário claustrofobia (0 a 100)		p-Valor	Ansiedade relacionada ao COVID19 (0 a 100)		p-Valor
		Até 50	>50		<20	20+	
Você já teve COVID19							
Não	127 (48.8%)	84 (49.1%)	43 (48.3%)	0.080	61 (50.8%)	66 (47.1%)	0.820
Talvez	64 (24.6%)	48 (28.1%)	16 (18.0%)		29 (24.2%)	35 (25.0%)	
Sim	69 (26.5%)	39 (22.8%)	30 (33.7%)		30 (25.0%)	39 (27.9%)	
Parentes mesma residência tiveram COVID19							
Não	119 (45.8%)	79 (46.2%)	40 (44.9%)	0.904	49 (40.8%)	70 (50.0%)	0.325

Talvez	29 (11.2%)	18 (10.5%)	11 (12.4%)		14 (11.7%)	15 (10.7%)	
Sim	112 (43.1%)	74 (43.3%)	38 (42.7%)		57 (47.5%)	55 (39.3%)	
Perdeu familiar por COVID19							
Não	204 (78.5%)	133 (77.8%)	71 (79.8%)	0.710	96 (80.0%)	108 (77.1%)	0.576
Sim	56 (21.5%)	38 (22.2%)	18 (20.2%)		24 (20.0%)	32 (22.9%)	
Perdeu amigo conhecido COVID19							
Não	101 (38.8%)	67 (39.2%)	34 (38.2%)	0.878	47 (39.2%)	54 (38.6%)	0.922
Sim	159 (61.2%)	104 (60.8%)	55 (61.8%)		73 (60.8%)	86 (61.4%)	
Frequência saída casa							
Praticamente não saio de casa, consigo realizar todas as minhas atividades e necessidades a distância	25 (9.6%)	12 (7.0%)	13 (14.6%)	0.093	12 (10.0%)	13 (9.3%)	0.670
Saio de casa ocasionalmente, apenas para realizar minhas necessidades (comprar comida, ir para aulas presenciais, etc)	209 (80.4%)	138 (80.7%)	71 (79.8%)		99 (82.5%)	110 (78.6%)	
Saio de casa frequentemente, tanto para realizar minhas necessidades como para me divertir/distrair	23 (8.8%)	19 (11.1%)	4 (4.5%)		8 (6.7%)	15 (10.7%)	
Saio de casa normalmente, meus hábitos fora de casa voltaram ao normal	3 (1.2%)	2 (1.2%)	1 (1.1%)		1 (0.8%)	2 (1.4%)	

*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %).

Tabela 6: Fatores que influenciam diretamente o nível de sensação de claustrofobia e ansiedade

	p-Valor	OR Ajustada (IC95%)
Inventário de claustrofobia >50 (0-100)		
Sexo	0.066	2.62 (0.94-7.33)
Renda familiar	0.487	0.72 (0.28-1.84)
Atividades extracurriculares (grupos de estudo)	*0.020	3.07 (1.19-7.90)
Atividades extracurriculares (quantidade)	0.247	3.63 (0.41-32.29)
Atividades extracurriculares (três)	*0.020	0.10 (0.01-0.69)
Tempo de estudo antes a pandemia (Entre 4 e 6h/dia)	*0.025	5.51 (1.24-24.45)
Tempo de estudo durante a pandemia	0.415	0.21 (0.00-9.03)
Aumentou do tempo de estudo durante a pandemia	0.385	3.04 (0.25-37.18)
Aumentou uso de serviços de streaming	0.108	0.17 (0.02-1.48)
Plataformas aulas virtuais (google meet)	1.000	6.91 (0.69-16.97)
Plataformas aulas virtuais (zoom)	0.207	0.60 (0.27-1.32)
Está tendo aulas presenciais (não)	*0.042	5.76 (1.07-31.07)
Está tendo aulas presenciais (laboratoriais aplicadas)	0.722	1.93 (0.05-71.52)
Dispositivo para assistir aulas virtuais (computador)	0.928	0.95 (0.33-2.74)
Local de estudo (varanda/ambientes externos)	*0.004	0.03 (0.00-0.32)
Você já teve COVID19	0.943	1.03 (0.42-2.54)
Frequência saída de casa	0.662	2.27 (0.06-89.87)
Ansiedade relacionada ao COVID19 20+ (0-100)		
Idade	0.447	1.36 (0.62-2.96)
Sexo	0.071	0.47 (0.20-1.07)
Semestre	0.493	1.59 (0.42-6.01)
Renda familiar (3-4 sm)	*0.002	0.27 (0.12-0.61)
Turno aula (tarde)	*0.030	3.90 (1.14-13.35)
Turno aula (noite)	0.963	1.02 (0.48-2.18)
Atividades extracurriculares (monitoria)	0.221	0.62 (0.29-1.33)
Atividades extracurriculares (grupos de estudo)	0.534	1.25 (0.62-2.50)
Atividades extracurriculares (iniciação científica)	0.665	1.25 (0.46-3.40)
Tempo de estudo durante a pandemia	0.166	3.40 (0.60-19.19)

Modificação do tempo de estudo durante a pandemia	0.183	0.51 (0.19-1.37)
Aumento no uso de TV	0.382	1.39 (0.66-2.92)
Plataformas aulas virtuais (zoom)	0.109	1.81 (0.88-3.76)
Plataformas aulas virtuais (própria)	0.387	0.69 (0.29-1.61)
Plataformas aulas virtuais (moodle)	0.219	0.43 (0.11-1.65)
Está tendo aulas presenciais (não)	0.238	4.09 (0.39-42.48)
Dispositivo para assistir aulas virtuais (computador)	0.128	2.14 (0.80-5.70)
Dispositivo para assistir aulas virtuais (tablet)	*0.021	7.44 (1.35-40.86)
Local de estudo (quarto)	0.173	0.53 (0.22-1.32)
Local de estudo (sala de jantar)	*0.032	18.30 (1.28-261.61)
Local de estudo (cozinha)	*0.010	10.65 (1.78-63.66)
Cômodos na residência	0.074	0.54 (0.27-1.06)

*p<0,05, regressão logística multinomial; OR = odds ratio; IC95% intervalo de confiança 95% da OR ajustada

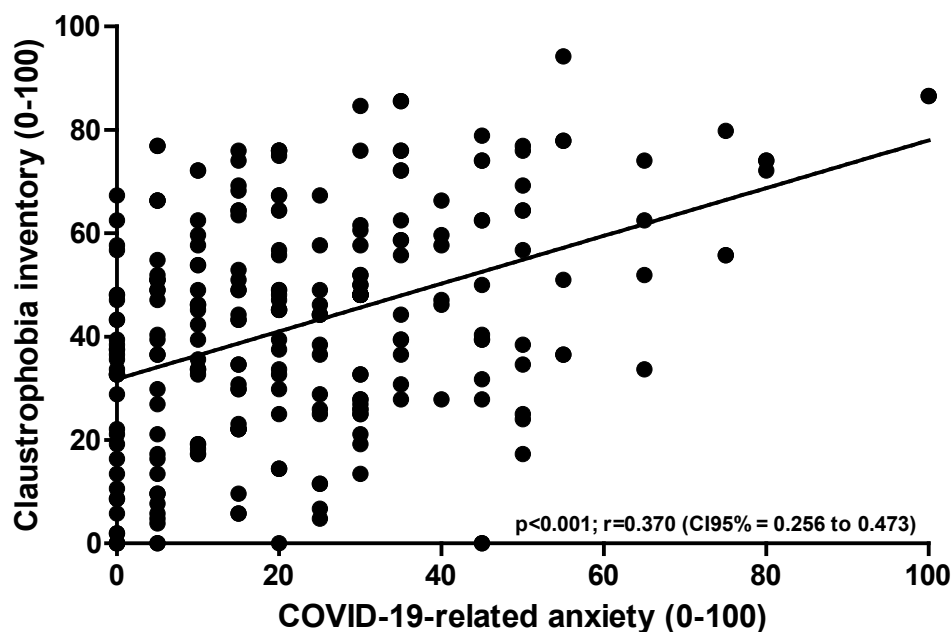


Figura 1: Correlação entre os níveis de claustrofobia e ansiedade relacionado ao COVID-19 em estudantes de odontologia durante lockdown da segunda onda da infecção pelo SARS-CoV-2.

*p<0.001, Correlação de Spearman.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Choi EPH, Hui BPH, Wan EYF. Depression and Anxiety in Hong Kong during COVID-19. *International Journal of Environmental Research*, 2020, 17;10:3740.

Ximenes RAA, Barreto ML. Covid-19 in the Northeast of Brazil: from lockdown to the relaxation of social distancing measures. *Cienc. Saúde Coletiva*, 2021, 26;4:1441-1456.

DECRETO Nº33.965, de 04 de março de 2021, Fortaleza-CE

Chaturvedi K, Vishwakarma DK, Singh N. COVID-19 e seu impacto na educação, vida social e saúde mental dos alunos: Uma pesquisa. *Rev. Child Youth Serv.* 2021.

Silva PGB, De Oliveira CAL, Borges MMF. Distance learning during social seclusion by COVID-19: Improving the quality of life of undergraduate dentistry students. *Eur J Dent Educ.* 2021, 25;1:124-134.

Nicolini H. Depression and anxiety during COVID-19 pandemic. *Cir Cir*; 2020, 88;5:542-547.

Kissler SM. Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the post pandemic period, *Science*, 2020, 368:860-868.

Da Silva APL. Claustrofobia em ressonância magnética: validação do questionário de claustrofobia, 2013.

Brotto FT. Como controlar a claustrofobia, *Psicólogo e Terapia*, Sitemap 2021.

Santos IZ. Realidade virtual e exposição in vivo como intervenções para pessoas diagnosticadas com claustrofobia, UEL, 2020.

Castillo AR. Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2000, 22;2:20-23.

Peteet JR. COVID-19 Anxiety. *J Relig Health*, 2020, 59:2203-2204.

Da Silva SC. Estilos de aprendizagem: um estudo comparativo. *Revista da Avaliação da Educação Superior*, 2016, 21(2):361-386.

Johnston JM, Leung GM, Fielding R, Tin KY, Ho LM. The development and validation of a knowledge, attitude and behaviour questionnaire to assess undergraduate evidence-based practice teaching and learning. *Med Educ.* 2003 Nov; 37(11):992-1000. doi: 10.1046/j.1365-2923.2003.01678.x.

Yu S, Yang KF. Attitudes toward web-based distance learning among health nurses in Taiwan: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2006, 43:767-774.

Bernard RM, Brauer A, Abrami PC, Surkers M. The development of a questionnaire for predicting online learning achievement. *Educ.* 2004, 25:31-47.

Andrews KG, Demps EL. Distance Education in the U.S. and Canadian Undergraduate Dental Curriculum. *J Dent Educ.*; 2003, 67:427-438.

Ebert JF, Huibers L, Christensen B, Christensen MB. Paper- or Web-Based Questionnaire Invitations as a Method for Data Collection: Cross-Sectional Comparative Study of Differences in Response Rate, Completeness of Data, and Financial Cost. *J Med Internet Res.* 2018, 20-24.

Moraes RR, Demarco FF. Email Vs. Instagram Recruitment Strategies For Online Survey Research, *Braz. Dent. J.* 2021, 32;1.

Ahmed SI, Uneeb SN, Bareeqa SB, Ibrahim S, Muneer S, Humayun SH, Samar SS. Prevalence of Anger in Medical Students: A Tertiary Care Experience from a Developing Country. *Cureus.* 2019 Mar 16;11(3):e4258. doi: 10.7759/cureus.4258.

Salman M, Asif N, Mustafa ZU, Khan TM, Shehzadi N, Tahir H, Raza MH, Khan MT, Hussain K, Khan YH, Butt MH, Mallhi TH. Psychological Impairment and Coping Strategies During the COVID-19 Pandemic Among Students in Pakistan: A Cross-Sectional Analysis. *Disaster Med Public Health Prep.* 2020 Oct 22:1-7. doi: 10.1017/dmp.2020.397.

Padrón I, Fraga I, Vieitez L, Montes C, Romero E. A Study on the Psychological Wound of COVID-19 in University

Students. *Front Psychol.* 2021 Jan 26;12:589927. doi: 10.3389/fpsyg.2021.589927.

Schmitt CS, Domingues MJCS. Estilos de aprendizagem: um estudo comparativo Avaliação, Campinas; Sorocaba, SP, 2016, Jul 21;2:361-385.

Savitsky B, Findling Y, Erel A, Hendel T. Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. *Nurse Educ Pract.* 2020 Jul;46:102809. doi: 10.1016/j.nepr.2020.102809.

Serralta FB, Martins EA, Chaves KB. DTM e Problemas psicológicos em estudantes de odontologia. *JBA, J. Multidiscip. Dor Craniofac.*, 2003. Out. 3;12:312-315.

Zonta R, Robles ACC, Grosseman S. Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2006, 30;3:147-153.

López-Castro T, Brandt L, Anthonipillai NJ, Espinosa A, Melara R. Experiences, impacts and mental health functioning during a COVID-19 outbreak and lockdown: Data from a diverse New York City sample of college students. *PLoS One.* 2021 Apr 7;16(4):e0249768. doi: 10.1371/journal.pone.0249768.

Wadgave U, Khairnar M. Urgent need to tackle Covid-19 impact on academic research in India. *Indian J Med Ethics.* 2021 Apr-Jun;VI(2):1-2. doi: 10.20529/IJME.2021.003.

Iqbal S, Gupta S, Venkatarao E. Stress, anxiety and depression among medical undergraduate students and their socio-demographic correlates. *Indian J Med Res.* 2015 Mar;141(3):354-7. doi: 10.4103/0971-5916.156571.

Preti E, Di Mattei V, Perego G, Ferrari F, Mazzetti M, Taranto P, Di Pierro R, Madeddu F, Calati R. The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Curr Psychiatry Rep.* 2020 Jul 10;22(8):43. doi: 10.1007/s11920-020-01166-z..

Hung M, Licari FW, Hon ES, Lauren E, Su S, Birmingham WC, Wadsworth LL, Lassetter JH, Graff TC, Harman W, Carroll WB, Lipsky MS. In an era of uncertainty: Impact of COVID-19 on dental education. *J Dent Educ.* 2021 Feb;85(2):148-156. doi: 10.1002/jdd.12404.

QueirozMG. O ensino da odontologia no Brasil: concepções e agentes. [Tese-Doutorado em Ciências Humanas]. Universidade Federal de Goiás, Goiânia; 2006.

Bezerra BPN, RIBEIRO AIAM, FARIAS ABL, FARIAS ABL, FONTES LBC, NASCIMENTO SR. et al. Prevalência da disfunção temporomandibular e de diferentes níveis de ansiedade em estudantes universitários. *Revista Dor*, 2012. Set. 13;3:235-242

Faro A, BAHIANO MA, NAKANO TC, REIS C, SILVA BFP, VITTI LS. Covid-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estud. Psicol*, 2020. 37;1-13.