

ANEXO B: QUESTIONÁRIO

Link de acesso ao questionário:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdcnfol00KkyHPxQk63BkL96P-j1S9QhOMWEBiGKqCi6jFsSA/viewform?usp=sharing&oid=109670775573845442541>

Google Forms

Está com problemas para ver ou enviar este formulário?

PREENCHER NO FORMULÁRIOS GOOGLE

Este é um convite para você preencher o formulário:

Percepções dos Cirurgiões-dentistas em relação às doenças respiratórias – COVID-19, Influenza e infecção por VSR

Prezado(o) Cirurgião(ã)-dentista,

A pandemia trouxe uma série de preocupações aos Cirurgiões-dentistas quanto ao contágio de doenças respiratórias, especialmente a Covid-19, Influenza e VSR (Vírus Sincicial Respiratório). Essas doenças são transmitidas por gotículas, também presentes na saliva, colocando o cirurgião-dentista no topo da cadeia de risco de contágio.

Ao mesmo tempo, essa pandemia levantou uma série de questões acerca do verdadeiro impacto que a crise trouxe aos atendimentos odontológicos, do real conhecimento do profissional no controle efetivo de transmissões virais no âmbito do consultório, bem como da importância ou não da vacinação dessas doenças pelos dentistas.

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa nacional respondendo a um questionário destinado a dentistas. O objetivo deste estudo é o de conhecer a percepção dos Cirurgiões-dentistas acerca dessas questões, que poderão ajudar no desenvolvimento de melhorias na assistência odontológica para profissionais e pacientes no Brasil.

Sua participação é voluntária, não sendo necessária identificação. Os dados serão tratados de forma anônima e confidencial e suas respostas serão mantidas em sigilo.

Não há remuneração pela participação na pesquisa. As informações coletadas serão tratadas de forma confidencial e utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos. Os dados individuais não serão divulgados, e os resultados serão apresentados em trabalhos científicos, publicações e eventos acadêmicos de forma agregada e anonimizada, ou seja, sem identificação dos participantes.

Todos os Cirurgiões-dentistas são elegíveis para participar da pesquisa. Profissionais que não atuam diretamente no atendimento a pacientes poderão assinalar, quando o caso, a opção "não se aplica".

Caso a pesquisa revele lacunas de conhecimento e desinformação sobre as infecções respiratórias entre os cirurgiões-dentistas, serão propostas ações públicas para mitigar essa situação e garantir a disseminação de informações precisas e atualizadas

Uma cópia do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) poderá ser impressa ou salva em PDF através do link <https://abrir.link/RZXfk>.

SUA PARTICIPAÇÃO É MUITO IMPORTANTE!

Instituição e pesquisadores responsáveis:

Programa de Pós-graduação em Infectologia
 Universidade Federal de São Paulo
 R. Botucatu, 740 - 5º andar - sala 507
 Vila Clementino - São Paulo, SP
 CEP 04023-900

Prof. Dra. Nancy Cristina Junqueira Bellei (responsável) - nbellei@unifesp.br
 Rodrigo Matheus (assistente) – drmatheus@hotmail.com

Você aceita participar do estudo de forma voluntária? *

- Sim
- Não

Qual seu sexo?

*

- Masculino
- Feminino
- Prefiro não declarar

Qual sua idade?

*

- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40

- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
- 59
- 60
- 61
- 62
- 63
- 64
- 65
- 66
- 67
- 68
- 69
- 70
- 71
- 72
- 73
- 74

- 75
- 76
- 77
- 78
- 79
- 80 ou mais

Qual seu estado civil?

*

- Solteiro
- Casado
- Separado
- Divorciado
- Viúvo
- Prefiro não declarar

Há quanto tempo trabalha como Cirurgião-dentista?

*

- Menos que um ano
- 1-5 anos
- 6-10 anos
- 11-15 anos
- 16-20 anos
- 21-30 anos
- 31-40 anos
- Mais de 40 anos

Em qual categoria profissional você trabalha como Cirurgião-dentista?

Pode ser assinalado mais de uma alternativa.

*

- Profissional liberal
- Funcionário no setor privado
- Funcionário no setor público
- Prefiro não responder

Você já concluiu algum curso de pós-graduação em Odontologia? Selecione o maior grau:

*

- Não
- Não, mas estou cursando
- Sim, aperfeiçoamento ou similares
- Sim, especialização ou residência
- Sim, mestrado ou doutorado
- Prefiro não declarar

Em que estado se dá a maior parte de sua atuação profissional como Cirurgião-dentista?

*

- AC
- AL
- AP
- AM
- BA
- CE
- DF
- ES
- GO
- MA
- MT
- MS
- MG
- PA
- PB
- PR
- PE
- PI
- RJ
- RN
- RS
- RO
- RR

- SC
- SP
- SE
- TO

Durante a pandemia da COVID-19, quantos dias ficou sem trabalhar?

*

- Não trabalhei durante a pandemia
- 1-10 dias
- 11-30 dias
- 31-60 dias
- 61-90 dias
- Acima de 90 dias
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar
- Não se aplica

ANTES da pandemia, quantos pacientes você atendia, em média, por dia?

*

- 0-5
- 6-10
- 11-20
- 21-35
- +35
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar
- Não se aplica

DURANTE a pandemia, quantos pacientes você atendia, em média, por dia?

*

- Não atendi durante a pandemia
- 1-5
- 6-10
- 11-20
- 21-35
- +35

- Não sei dizer
- Prefiro não declarar
- Não se aplica

ATUALMENTE, quantos pacientes você atendia, em média, por dia?

*

- 0-5
- 6-10
- 11-20
- 21-35
- +35
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar
- Não se aplica

Como você avalia o impacto da pandemia da COVID-19 na rotina clínica do seu principal local de trabalho?

*

- Não houve impacto
- Impacto leve
- Impacto intermediário
- Impacto forte
- Impacto muito forte
- Não sei responder
- Prefiro não declarar
- Não se aplica

Quais as maiores dificuldade encontradas durante a pandemia?

*

Durante a pandemia você realizou triagem prévia dos pacientes para atendimento odontológico?

*

- Sim

- Não
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar
- Não se aplica

Durante a pandemia, a estrutura física do seu principal local de trabalho foi adaptada?

*

- Não
- Sim, a sala de espera/recepção
- Sim, o consultório
- Sim, todo o ambiente de trabalho
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar
- Não se aplica
- Outro:

Teve que reduzir a carga horária de trabalho dos funcionários durante o período de pandemia?

*

- Sim
- Não
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar
- Não se aplica

Teve que demitir funcionários durante o período de pandemia?

*

- Sim
- Não
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar
- Não se aplica

Você ou seu empregador(a) recorreram a algum órgão oficial para seguir recomendações na adaptação da rotina de atendimento no seu principal local de trabalho durante a pandemia de COVID-19?

Pode ser assinalado mais de uma alternativa.

*

- Não foram seguidas recomendações de órgãos oficiais
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- Ministério da Saúde
- CFO - Conselho Federal de Odontologia
- CRO – Conselho Regional de Odontologia
- Secretarias de Saúde Estadual e/ou Municipal
- Não sei responder
- Prefiro não declarar

Quais fontes de informações frente à pandemia de COVID-19 você utilizou?

Pode ser assinalado mais de uma alternativa.

*

- Não acessei informações
- Órgãos oficiais (Ministério da Saúde, ANVISA, OMS) ou associações de classe (CFO, CRO)
- Sites de universidades ou centros de pesquisa
- Literatura científica
- Sites/blogs de saúde
- Redes sociais
- Outros dentistas
- Outros profissionais de saúde
- Rádio e/ou televisão
- Mídia Impressa (jornais, revistas)
- Outras fontes
- Não sei responder
- Prefiro não declarar

Você recebeu algum treinamento sobre medidas preventivas frente à COVID-19?

*

- Não recebi treinamento
- Apenas instruções gerais ou treinamento online
- Recebi treinamento prático
- Não sei responder
- Prefiro não declarar
- Outro:

Em caso positivo, quem foi o responsável pelo treinamento?**Pode ser assinalado mais de uma alternativa.**

*

- Não recebi treinamento
- Órgãos oficiais (Ministério da Saúde, ANVISA, OMS)
- Associações de classe (CFO, CRO)
- Secretaria de saúde estadual
- Secretaria de saúde municipal
- Não sei responder
- Prefiro não declarar
- Outro:

Sobre quais medidas preventivas frente à COVID-19 você já recebeu treinamento?**Pode ser assinalado mais de uma alternativa.**

*

- Não recebi treinamento
- Uso de diferentes tipos de EPIs
- Sequência padrão de colocação e retirada de EPIs
- Descarte correto de EPIs
- Preparo do ambiente clínico pré atendimento
- Preparo do ambiente clínico entre atendimentos
- Preparo do ambiente clínico pós atendimento
- Controle da infecção no ambiente de trabalho
- Não sei responder
- Prefiro não declarar
- Não se aplica
- Outro:

Como você avalia seu nível de conhecimento acerca do uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) no atendimento odontológico?

*

- Muito baixo
- Baixo
- Razoável
- Alto

- Muito alto
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar

Quais dos equipamentos de proteção individual (EPIs) estão disponíveis em seu principal local de trabalho?

Pode ser assinalado mais de uma alternativa.

*

- Máscara cirúrgica descartável
- Máscara PFF2 (N95)
- Máscara de tecido lavável
- Gorro descartável
- Gorro de tecido
- Jaleco descartável
- Jaleco reutilizável de tecido
- Jaleco impermeável
- Óculos de proteção
- Face Shield ou protetor facial acrílico
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar

Durante a pandemia teve dificuldades na aquisição equipamentos de proteção individual (EPIs)?

*

- Sim
- Não
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar
- Não se aplica

Como você avalia seu nível de conhecimento acerca do descarte de equipamentos de proteção individual (EPIs) no atendimento odontológico?

*

- Muito baixo
- Baixo
- Razoável
- Alto

- Muito alto
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar

Costuma compartilhar o espaço da sala de espera com outros profissionais?

*

- Não
- Sim, com outros dentistas de mesma especialidade
- Sim, com dentistas de outras especialidades
- Sim, com outros profissionais da saúde (médicos, fisioterapeutas, psicólogos, etc.)
- Prefiro não declarar
- Não se aplica
- Outro:

Quão importante você considera a disponibilização de máscaras descartáveis e álcool em gel na sala de espera?

*

- Nem um pouco importante
- Ligeiramente importante
- Moderadamente importante
- Muito importante
- Extremamente importante
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar

Costuma disponibilizar álcool em gel na sala de espera?

*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar
- Não se aplica

A secretária(o) costuma oferecer máscaras descartáveis na sala de espera?

*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar
- Não se aplica

Costuma disponibilizar recomendações para pacientes com sintomas gripais na sala de espera?

*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar
- Não se aplica

A secretária(o) costuma questionar se os pacientes que chegam em atendimento estão com sintomas gripais?

*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar
- Não se aplica

Pacientes que faltam por conta de sintomas gripais recebem algum tipo de orientação para quando voltar em atendimento?

*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Prefiro não declarar

- Não se aplica

Pacientes com sintomas respiratórios (tosse, febre, dor de garganta) costumam solicitar o reagendamento de suas consultas?

*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar
- Não se aplica

Costuma trabalhar apresentando sintomas respiratórios?

*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar
- Não se aplica

Você costuma atender os pacientes que se apresentam em consulta com sintomas respiratórios (tosse, febre, dor de garganta)?

*

- Nunca
- Somente para atendimentos eletivos
- Somente para atendimentos de urgência/emergência
- Atendimento sem restrições (eletivos, urgência e emergência)
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar
- Não se aplica

Quanto você se sente preparado(a) para atender pacientes com diagnósticos confirmados de COVID-19

*

- Não me sinto preparado(a)
- Pouco preparado(a)
- Razoavelmente preparado(a)
- Bem preparado(a)
- Muito bem preparado(a)
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar
- Não se aplica

Você tem conhecimento de algum caso de infecção de paciente(s) e/ou funcionário(s) com COVID-19 que supostamente ocorreu dentro do seu ambiente de trabalho?

*

- Não
- Sim
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar
- Não se aplica

Como você avalia seu nível de conhecimento acerca dos fatores de risco na transmissão da COVID-19?

*

- Muito baixo
- Baixo
- Razoável
- Alto
- Muito alto
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar

Costuma investigar os fatores de risco de transmissão da COVID-19 durante a anamnese de pacientes?

*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Não sei dizer

- Prefiro não declarar
- Não se aplica

Como você avalia seu nível de conhecimento acerca das formas de transmissão da COVID-19?

*

- Muito baixo
- Baixo
- Razoável
- Alto
- Muito alto
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar

Como você avalia seu nível de conhecimento acerca das formas de transmissão da Influenza?

*

- Muito baixo
- Baixo
- Razoável
- Alto
- Muito alto
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar

Como você avalia seu nível de conhecimento acerca das formas de transmissão do VSR (Vírus Sincicial Respiratório)?

*

- Muito baixo
- Baixo
- Razoável
- Alto
- Muito alto
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar

Como você avalia seu nível de conhecimento acerca de protocolos de biossegurança contra a COVID-19?

*

- Muito baixo
- Baixo
- Razoável
- Alto
- Muito alto
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar

Atualmente, você sente medo de contrair COVID-19 em sua prática profissional?

*

- Não
- Sim, um pouco
- Sim, razoavelmente
- Sim, muito
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar

Você já teve diagnóstico positivo confirmado para COVID-19?

*

- Não
- Sim, uma vez
- Sim, duas vezes
- Sim, três vezes
- Sim, quatro vezes ou mais
- Prefiro não declarar

Em caso positivo, foi hospitalizado devido à infecção por COVID-19?

*

- Não fui hospitalizado
- Sim, uma vez
- Sim, duas vezes
- Sim, três vezes
- Sim, quatro vezes ou mais
- Prefiro não declarar

Possui comorbidade(s)? Se sim, qual(s)?

Pode ser assinalado mais de uma alternativa.

*

- Não possuo comorbidades
- Hipertensão
- Diabetes
- Cardiopatia
- Insuficiência renal
- Asma/bronquite
- Obesidade
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar
- Outro:

Quão importante você considera a vacinação contra a COVID-19?

*

- Nem um pouco importante
- Ligeiramente importante
- Moderadamente importante
- Muito importante
- Extremamente importante
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar

Qual é o seu nível de confiança nas vacinas contra a COVID-19?

*

- Muito baixo
- Baixo
- Moderado
- Alto
- Muito alto
- Não sei responder
- Prefiro não declarar

Já foi vacinado contra a COVID-19?

*

- Nunca fui vacinado
- Sim, 1ª dose (esquema dose única)
- Sim, apenas a 1ª dose (esquema duas doses)
- Sim, 1ª e 2ª doses (esquema duas doses)
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar

Quantas doses de reforço da vacina de COVID-19 você tomou?

Pode ser assinalado mais de uma alternativa.

*

- Não fui vacinado
- 1ª dose de reforço (2021)
- 2ª dose de reforço (2022)
- 3ª dose de reforço (2023)
- 4ª dose de reforço (2024)
- Não tomei nenhuma dose de reforço
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar

Você tomou a vacina mais atualizada da COVID-19?

*

- Não
- Sim
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar
- Não se aplica

Quão importante considera a vacinação mesmo após tomar as 3 doses?

*

- Nem um pouco importante
- Ligeiramente importante
- Moderadamente importante
- Muito importante
- Extremamente importante
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar

Quão importante considera a vacinação após ter tido COVID-19?

*

- Nem um pouco importante
- Ligeiramente importante
- Muito importante
- Extremamente importante
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar

Quão importante você considera a vacinação contra a Influenza (Gripe)?

*

- Nem um pouco importante
- Ligeiramente importante
- Moderadamente importante
- Muito importante
- Extremamente importante
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar

Qual é o seu nível de confiança nas vacinas contra a Influenza (Gripe)?

*

- Muito baixo
- Baixo
- Moderado
- Alto
- Muito alto
- Não sei responder
- Prefiro não declarar

Já foi vacinado contra a Influenza (Gripe)?

*

- Nunca fui vacinado
- Sim, costumo me vacinar todos os anos
- Sim, mas não costumo me vacinar todos os anos
- Não sei dizer

- Prefiro não declarar

Quão importante você considera a vacinação contra a Hepatite B?

*

- Nem um pouco importante
- Ligeiramente importante
- Moderadamente importante
- Muito importante
- Extremamente importante
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar

Qual é o seu nível de confiança na vacina contra Hepatite B?

*

- Muito baixo
- Baixo
- Moderado
- Alto
- Muito alto
- Não sei responder
- Prefiro não declarar

Já foi vacinado contra a Hepatite B?

*

- Nunca fui vacinado
- Sim, 1ª dose
- Sim, 1ª e 2ª doses
- Sim, 3 doses (esquema vacinal completo)
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar

Já ouviu falar sobre a vacina do VSR (Vírus Sincicial Respiratório)?

*

- Sim
- Não
- Prefiro não declarar

Costuma questionar seus pacientes sobre quais vacinas já tomou?

*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar
- Não se aplica

Costuma recomendar vacinas para pacientes e/ou funcionários?

*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar
- Não se aplica

Costuma checar a vacinação dos seus colaboradores?

*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Não sei dizer
- Prefiro não declarar
- Não se aplica

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Powered by

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.
[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

[Crie seu próprio formulário do Google.](#)