



**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DA PESQUISA: O ACESSO AO ATENDIMENTO  
ODONTOLÓGICO DOS PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS: A PERCEPÇÃO DOS  
CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE CURRAIS NOVOS-RN**

Número do Questionário: _____	Data da Entrevista: ____/____/____
Nome: _____	
Unidade Básica de Saúde: _____	

<b>1. Idade:</b>		
<b>2. Gênero:</b>	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino
<b>3. Religião:</b>	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Protestante	<input type="checkbox"/> Outra:
<b>4. Naturalidade:</b>	<input type="checkbox"/> Capital	<input type="checkbox"/> Interior
<b>5. Estado Civil:</b>	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> União Estável	<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Outro:
<b>6. Escolaridade:</b>	<input type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Especialização: <input type="checkbox"/> Mestrado: <input type="checkbox"/> Doutorado:	
<b>7. Instituição na qual se formou:</b>	<input type="checkbox"/> Faculdade Pública	<input type="checkbox"/> Faculdade Privada
<b>8. Renda:</b>		
<b>9. Tempo de Formado:</b>		
<b>10. Além da Unidade Básica de Saúde da Família, onde mais você trabalha?</b>	<input type="checkbox"/> Outro Posto de Saúde <input type="checkbox"/> Consultório Particular <input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Professor na área de: <input type="checkbox"/> Outro:
<b>11. Total de horas trabalhadas por semana?</b>		
<b>12. Regime jurídico de trabalho:</b>	<input type="checkbox"/> Efetivo <input type="checkbox"/> Terceirizado	<input type="checkbox"/> Contrato Temporário
<b>13. Tempo de atuação na UBS:</b>		
<b>14. Durante a sua graduação, você desenvolveu atividades curriculares e/ou extracurriculares na comunidade?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, por quanto tempo? _____		
<b>15. Durante a graduação, você teve alguma disciplina/capacitação em relação ao paciente portador de necessidade especial?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, Se sim, por quanto tempo e quais? _____ _____		
<b>16. Você atende o Paciente com Necessidade Especial?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não, por que? _____ _____		

**17. Que tipo de atenção você dedica a este tipo de paciente?**

- Solicita que a ASB/TSB anote os dados do paciente e encaminha pois não é competência da ESF;  
 Realiza o exame clínico e dá orientações de higiene bucal ao paciente e/ou ao cuidador;  
 Apenas realiza o exame clínico e encaminha;  
 Realiza o exame clínico e o tratamento possível;  
 Passa o caso para um colega, pois não se sente apto a atender;  
 Realiza visita domiciliar solicitada pelo ACS;  
 Outros:

**18. Na sua unidade de saúde, existe alguma assistência odontológica prestada ao paciente com necessidade especial?**

- Sim  
 Não

Se não, por que?

**19. Como você avaliaria o acolhimento da Equipe de Saúde Bucal da sua UBS, ao paciente com necessidade especial?**

- Ruim  
 Regular  
 Bom  
 Ótimo

**20. Você acha que sua unidade (Recepção, ESF, ASB/TSB, etc.) consegue dar acesso a este tipo de paciente?**

- Sim  
 Não

Se não, por que?

**21. Em sua opinião, o que seria necessário para capacitar melhor as ESB para o atendimento paciente com necessidade especial?**

---

---

---

**22. Caso houvesse a possibilidade de uma capacitação para o atendimento ao paciente com necessidade especial, você participaria?**

- Sim  
 Não

Se não, por que?

---

---

**23. Você já encaminhou algum paciente com necessidade especial para o CEO?**

- Sim  
 Não

**24. Caso a resposta da questão anterior seja afirmativa, como você avalia a resolutividade do CEO para este tipo de paciente?**

- Ruim  
 Regular  
 Bom  
 Ótimo

Justifique:

---

---

---