

## **Apêndice - Questionário Aplicado**

1. Assinale qual seu perfil profissional

- ☐ Recém formado
- ☐ Formado há 5 anos
- ☐ Formado entre 6 a 15 anos
- ☐ Formado entre 16 a 25 anos
- ☐ Formado há mais de 26 anos

2. Qual sua idade?

- ☐ Entre 20 e 30 anos
- ☐ Entre 30 e 40 anos
- ☐ Entre 40 e 50 anos
- ☐ Entre 50 e 60 anos
- ☐ Mais de 60 anos

3. Em qual estado você atua/trabalha? \_\_\_\_\_

4. Qual sua especialidade? \_\_\_\_\_

5. Você tem conhecimento sobre o que são células-tronco?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Pouco conhecimento

6. Em uma escala de 1 a 5, qual o seu nível de conhecimento sobre o uso de células-tronco em procedimentos odontológicos?

- 1 - Nenhum conhecimento
- 2 - Conhecimento básico
- 3 - Moderado
- 4 - Bom
- 5 - Avançado

7. Você tem conhecimento que o cirurgião-dentista pode realizar a coleta de células-tronco derivadas de tecidos orais?

- Sim
- Não
- Pouco conhecimento

8. Quais tecidos orais você tem conhecimento que o cirurgião-dentista pode realizar a coleta de células-tronco? (Possibilidade em marcar mais de uma)

- ☐ Polpa do dente de leite
- ☐ Tecido do periósteo do palato
- ☐ Polpa do terceiro molar permanente
- ☐ Polpa de qualquer dente permanente
- ☐ Não tenho conhecimento

9. Você já participou de alguma palestra, curso ou workshop sobre células-tronco e suas aplicações em odontologia? Se não, teria interesse em participar?

- Sim, já participei
- Não participei, porém tenho interesse
- Não participei, e não tenho interesse no assunto

10. Você acha que a coleta de células-tronco de dente de leite deve ser incentivada para pacientes pediátricos?

- Sim, definitivamente
- Talvez, dependendo do caso
- Não
- Não tenho opinião formada

11. Você acha que a coleta de células-tronco do periosteio ou dente permanente deve ser incentivada para adultos?

- Sim, definitivamente
- Talvez, dependendo do caso
- Não
- Não tenho opinião formada

12. Qual a sua opinião sobre o armazenamento de células-tronco para uso futuro em procedimentos regenerativos?

- Extremamente importante
- Moderadamente importante

- Pouco importante
- Não é importante
- Não tenho conhecimento para opinar

13. Você já recomendou a coleta e armazenamento de células-tronco para algum paciente?

- Sim
- Não

14. Em quais situações você recomendaria a coleta de célula tronco? (marque todas que se aplicam)

- ☐ Pacientes com histórico familiar de doenças neurológicas, como Alzheimer e Parkinson
- ☐ Pacientes interessados em opções preventivas de saúde
- ☐ Pacientes com histórico familiar e atual de lesões ósseas, como osteoartrite
- ☐ Pacientes com doenças autoimune
- ☐ Paciente com interesse em regeneração de tecido dentário e periodontal
- ☐ Não tenho conhecimento para indicar

15. Você acredita que as células-tronco podem ter um papel relevante em tratamentos odontológicos no futuro?

- Sim
- Não

○ Não tenho certeza

16. Em quais áreas da odontologia você acredita que as células-tronco têm mais potencial de aplicação? (marque todas que se aplicam)

☐ Regeneração de polpa dentária

☐ Regeneração de tecido periodontal

☐ Reconstrução óssea para implantes

☐ Reabilitação de defeitos craniofaciais

☐ Tratamentos de doenças inflamatórias ou degenerativas

☐ Não tenho conhecimento para opinar

17. Em uma escala de 1 a 5, qual é o seu nível de confiança na eficácia das células-tronco para aplicações odontológicas futuras?

○ Nenhuma confiança

○ 1

○ 2

○ 3

○ 4

○ 5

○ Confiança muito alta

18. Quais são, na sua opinião, as principais barreiras para a utilização de células-tronco em odontologia atualmente? (marque todas que se aplicam)

- ☐ Falta de conhecimento técnico
- ☐ Custos elevados
- ☐ Limitações legais e regulamentares
- ☐ Falta de pesquisas clínicas conclusivas
- ☐ Falta de interesse por parte dos pacientes
- ☐ Não tenho conhecimento para opinar

19. Você é a favor da coleta de células-tronco?

- ☐ Sim
- ☐ Parcialmente
- ☐ Não
- ☐ Apenas na área da Medicina
- ☐ Apenas na área da Odontologia

20. Você teria interesse em saber mais sobre esse tipo de conteúdo?

- ☐ Sim
- ☐ Parcialmente
- ☐ Não