



Seção C: Relação do respondente com a pessoa com síndrome de Down

C1. Qual é a sua relação/parentesco com a pessoa com síndrome de Down?

- Mãe
- Pai
- Irmã
- Irmão
- Madrasta
- Padrasto
- Tia
- Tio
- Avó
- Avô
- Cuidador/a
- Prefiro não responder
- Outros

Outros

C2. Você é o/a principal responsável pelos cuidados da pessoa com síndrome de Down?

- Sim
- Não

C3. Você recebe apoio de outras pessoas nesse cuidado?

- Sim
- Não



C4. De quem você recebe mais apoio no cuidado da pessoa com síndrome de Down?

Esposo/Esposa

Filho(s)

Mãe (avô da pessoa com síndrome de Down)

Pai (avô da pessoa com síndrome de Down)

Empregado(s)

Cuidador(es)

Amigo(s)

Prefiro não responder

Outros

Outros



C5. Quem é o/a principal responsável pela pessoa com síndrome de Down?

Mãe da pessoa com síndrome de Down

Pai da pessoa com síndrome de Down

Irmã da pessoa com síndrome de Down

Irmão da pessoa com síndrome de Down

Madrasta da pessoa com síndrome de Down

Padrasto da pessoa com síndrome de Down

Tia da pessoa com síndrome de Down

Tio da pessoa com síndrome de Down

Avó da pessoa com síndrome de Down

Avô da pessoa com síndrome de Down

Cuidador/a

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros

C6. Quantas horas diárias, em média, você dedica aos cuidados da pessoa com síndrome de Down?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seção D: Histórico de saúde da pessoa com síndrome de Down sob a sua responsabilidade

As próximas questões abordam temas relacionados à saúde, acesso a serviços e atendimentos na área da saúde pela pessoa com síndrome de Down sob a sua responsabilidade.

D1. Além da síndrome de Down, a pessoa possui mais alguma deficiência?

É possível marcar mais de uma alternativa.

Sim, deficiência visual

Sim, deficiência motora



Sim, deficiência mental

Sim, deficiência auditiva

Não

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros

D2. Quando o diagnóstico da síndrome de Down foi feito?

Durante a gravidez

Após o parto

Não sei informar

Prefiro não responder

D3. Houve dificuldades para a obtenção do diagnóstico?

Sim

Não

Não sei informar

Prefiro não responder

D4. Por quais motivos houve dificuldade para a obtenção do diagnóstico?

Marque todas as opções que se apliquem

Por falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a síndrome de Down

Por falta de acompanhamento pré-natal adequado

Por falta de estrutura hospitalar adequada para a realização do diagnóstico

Não sei informar

Prefiro não responder



D7. Existe(m) outra(s) condição(ões) de saúde além das listadas acima?

Caso haja, especifique na opção "Outro".

Não

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros

D8. A pessoa com síndrome de Down sob sua responsabilidade faz acompanhamento com alguma das especialidades médicas listadas abaixo, por fatores relacionados à síndrome de Down?

	Sim, pelo Sistema Único de Saúde (SUS)	Sim, com plano de saúde	Sim, particular (sem plano de saúde)	Não	Não sei informar
Geneticista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiologista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clínico geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ginecologista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urologista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oftalmologista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otorrinolaringologista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psiquiatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapeuta ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonoaudiólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutricionista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistente social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Sim, pelo Sistema Único de Saúde (SUS)	Sim, com plano de saúde	Sim, particular (sem plano de saúde)	Não	Não sei informar
Pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geriatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocrinologista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico da Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatologista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D9. Existe(m) outra(s) especialidade(s) de saúde além das listadas acima?

Caso haja, especifique na opção "Outro".

- Não
- Não sei informar
- Prefiro não responder
- Outros

Outros

D10. Onde ocorre a maior parte dos atendimentos nas especialidades selecionadas na pergunta anterior?

- No Distrito Federal
- Fora do Distrito Federal

D11. Especifique a região administrativa em que a maior parte dos atendimentos ocorre.

- Águas Claras
- Arniqueira
- Brazlândia
- Candangolândia
- Ceilândia
- Cruzeiro
- Fercal
- Gama
- Guará



- Itapoã
- Jardim Botânico
- Lago Norte
- Lago Sul
- Núcleo Bandeirante
- Paranoá
- Park Way
- Planaltina
- Plano Piloto
- Recanto das Emas
- Riacho Fundo
- Riacho Fundo II
- Samambaia
- Santa Maria
- São Sebastião
- SCIA
- SIA
- Sobradinho
- Sobradinho II
- Sol Nascente/Pôr do Sol
- Sudoeste/Octogonal
- Taguatinga
- Varjão
- Vicente Pires

D12. Em qual estado ocorre a maior parte dos atendimentos nas especialidades selecionadas?

- AC
- AL
- AP
- AM



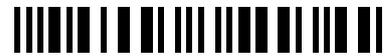


- BA
- CE
- ES
- GO
- MA
- MT
- MS
- MG
- PA
- PB
- PR
- PE
- PI
- RJ
- RN
- RS
- RO
- RR
- SC
- SP
- SE
- TO

D13. Por qual(is) motivo(s) o(s) atendimento(s) ocorre(m) fora do DF?

Marque todas as alternativas que se aplicam.

- Não existe a especialidade/serviço na rede pública do DF
- Não existe a especialidade/serviço nem na rede pública, nem na rede privada do DF
- Existe a especialidade/serviço, mas não há profissional especializado atendendo no DF
- Longa lista de espera para acessar o serviço de saúde no DF
- Existe a especialidade/serviço, mas os profissionais do serviço de saúde do DF não têm preparo para atender às pessoas com síndrome de Down
- Não sei informar



Prefiro não responder

Outros

Outros

D14. De modo geral, com qual frequência as consultas/atendimentos costumam ocorrer? Considere todos os atendimentos que a pessoa com síndrome de Down sob a sua responsabilidade necessita.

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Semestralmente

Uma vez no ano

Outra frequência

Não tem frequência definida

Não sei informar

Prefiro não responder

D15. Quais dificuldades a pessoa com síndrome de Down sob a sua responsabilidade e/ou você já enfrentaram ao acessar os serviços de atendimento na área da saúde?

Marque todas as opções que se apliquem.

Dificuldade de agendamento

Falta de profissional especializado na rede pública

Falta de profissional especializado na rede particular

Profissional sem preparo para lidar com pacientes com síndrome de Down

Indisponibilidade de serviço perto de onde mora

Alto custo das consultas/acompanhamento nas especialidades que não atendem na rede pública

Falta de informação sobre onde buscar atendimento para uma dada especialidade

Dificuldade de deslocamento ao local de atendimento



- Longa lista de espera para acessar o serviço de saúde
- Horário de trabalho/estudos incompatível com o horário do serviço de atendimento
- Discriminação/preconceito ao buscar atendimento/no atendimento
- Recusa ao atendimento à pessoa com síndrome de Down
- Falta de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) para pessoas com síndrome de Down
- Precisei acessar à justiça para a pessoa com síndrome de Down ter acesso a algum tratamento/atendimento médico/hospitalar
- Todas as condições de saúde da pessoa foram subordinadas à síndrome de Down e, por isso, ela não recebeu o tratamento adequado
- Não enfrentei dificuldades
- Não sei informar
- Prefiro não responder
- Outros

Outros

Seção E: Experiência e convívio no ambiente escolar da pessoa com síndrome de Down

As próximas questões referem-se à experiência da pessoa com síndrome de Down sob a sua responsabilidade na escola e a possíveis situações vivenciadas por ela no ambiente escolar.

E1. Qual é a situação escolar da pessoa com síndrome de Down?

A "idade escolar" compreende desde os 4 até os 17 anos.

- Ainda não está em idade escolar
- Matriculada em escola/instituição de ensino pública
- Matriculada em escola/instituição de ensino particular
- Não está estudando, mas já estudou em escola/instituição de ensino pública
- Não está estudando, mas já estudou em escola/instituição de ensino particular
- Nunca estudou
- Não sei informar
- Prefiro não responder



E2. Por quais motivos a pessoa com síndrome de Down nunca estudou ou não está estudando?

Marque todas as opções que se apliquem

Dificuldade para encontrar vaga em escola regular

Dificuldade para encontrar vaga em escola especial

A pessoa com síndrome de Down foi colocada em lista de espera, mesmo a escola tendo vagas

Escolas/instituições de ensino procuradas se negam a matricular pessoas com síndrome de Down

Escolas/instituições de ensino procuradas alegaram não possuir profissionais qualificados para lidar com pessoas com síndrome de Down

Escolas/instituições de ensino procuradas não possuem tutores de ensino para pessoas com síndrome de Down

Familiares/responsáveis preferem educar a pessoa com síndrome de Down em casa

A pessoa com síndrome de Down não possui autonomia para frequentar escola/instituição de ensino

A pessoa com síndrome de Down não se sentiu confortável/acolhido(a) nas escolas/instituições de ensino que frequentou

Já concluiu o ciclo escolar

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros

E3. Qual modalidade da escola/instituição de ensino a pessoa com síndrome de Down frequenta atualmente ou frequentou por último?

Ensino Regular

Ensino Especial

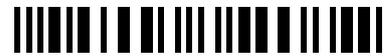
Ensino Domiciliar

Não sei informar

Prefiro não responder

E4. Abaixo, são apresentadas algumas afirmações sobre a escola/instituição de ensino em que a pessoa com síndrome de Down frequenta atualmente ou frequentou por último. Marque todas as afirmações que se apliquem.

Os(As) professores(as) são qualificados(as) para o ensino às pessoas com síndrome de Down



- Os demais profissionais (ex.: diretor(a), coordenador(a), auxiliares pedagógicos, bibliotecários(as)) possuem preparo para acompanhar pessoas com síndrome de Down
- A escola/instituição de ensino possui acessibilidade física e recursos necessários (de comunicação, tecnologia e material didático adequado) para ensinar e incluir pessoas com síndrome de Down
- A escola/instituição de ensino permite que o(a) aluno(a) com síndrome de Down tenha um segundo professor/tutor em sala de aula
- A escola oferece Atendimento Educacional Especializado (AEE) no contraturno, quando necessário
- Houve cobrança ou tentativa de cobrança de valor adicional (sobretaxa de matrícula ou mensalidade) para inclusão da pessoa com síndrome de Down na escola/instituição de ensino
- O currículo da escola passou por adequações metodológicas necessárias ao ensino de pessoas com síndrome de Down
- A escola/instituição de ensino dispõe de um(a) pedagogo(a) para acompanhar o desenvolvimento do aluno com síndrome de Down
- A escola/instituição de ensino dispõe de um(a) psicopedagogo(a) para acompanhar o desenvolvimento do aluno com síndrome de Down
- Nenhuma das opções acima se aplicam
- Não sei informar
- Prefiro não responder

E5. Abaixo, são apresentadas algumas afirmações sobre a experiência da pessoa com síndrome de Down na escola que frequenta atualmente ou frequentou por último. Para cada uma das afirmações, indique se você concorda totalmente; concorda parcialmente; não concorda, nem discorda; discorda pouco ou discorda totalmente.

	concorda totalmente	concorda parcialmente	não concorda, nem discorda	discorda pouco	discorda totalmente
A pessoa com síndrome de Down gosta/gostava de ir para a escola/instituição de ensino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pessoa com síndrome de Down tem/teve dificuldade para acompanhar as aulas e ou atividades propostas na escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pessoa com síndrome de Down percebe/percebeu falta de paciência por parte dos(as) professores(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pessoa com síndrome de Down se sente/sentiu isolada dos colegas da escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pessoa com síndrome de Down se sente/sentiu discriminada (recebeu/recebe tratamento diferenciado em relação aos seus colegas que a fez/faz se sentir excluída/inferiorizada) no ambiente escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pessoa com síndrome de Down sofre/sofreu bullying (agressão física, verbal e/ou psicológica) no ambiente escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pessoa com síndrome de Down é/foi acolhida pela equipe de profissionais da escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pessoa com síndrome de Down se sente/sentiu segura na escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pessoa com síndrome de Down participa/participava das atividades desenvolvidas no contexto escolar (educativas, esportivas, culturais ou sociais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O convívio com os colegas da escola contribui/contribuiu para a autoestima e o desenvolvimento emocional e cognitivo da pessoa com síndrome de Down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O convívio com os colegas da escola contribui/contribuiu para a socialização e a autonomia da pessoa com síndrome de Down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



E6. Você conhece o Programa Educação Precoce (PEP) do Governo do Distrito Federal?

Sim

Não

E7. A pessoa com síndrome de Down é ou já foi atendida pelo Programa Educação Precoce (PEP)?

Sim

Não

Seção F: Experiência e convívio no ambiente de trabalho da pessoa com síndrome de Down

As próximas questões referem-se às experiências de trabalho da pessoa com síndrome de Down sob sua responsabilidade e a possíveis situações vivenciadas por ela no ambiente de trabalho.

F1. A pessoa com síndrome de Down trabalha atualmente?

Sim, trabalha com carteira assinada

Sim, trabalha sem carteira assinada

Sim, trabalha como funcionário público

Sim, trabalha como autônomo

Sim, trabalha como Microempreendedor(a) Individual (MEI)

Sim, trabalha como estagiário

Sim, trabalha como Jovem Aprendiz/Jovem Candango

Não, está aposentado(a)

Não, está desempregado(a) e procurando emprego

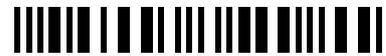
Não, não trabalha e nem procura emprego

Não, nunca trabalhou

Não tem idade para trabalhar

Não sei informar

Prefiro não responder



F2. Por qual/is motivo/s a pessoa com síndrome de Down não está trabalhando/nunca trabalhou?

Marque todas as opções que se apliquem

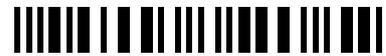
- Não há oferta de vagas para pessoas com síndrome de Down
- Os empregadores preferem não contratar pessoas com síndrome de Down
- Os empregadores não oferecem apoio ou treinamento às pessoas com síndrome de Down, dificultando a permanência no trabalho
- Os empregadores não estão preparados para lidar com pessoas com síndrome de Down no ambiente de trabalho
- O deslocamento para o local de trabalho é/era difícil
- A pessoa com síndrome de Down passou por situações de discriminação (recebeu/recebe tratamento diferenciado que o/a fez se sentir excluído(a)/inferiorizado(a)) no ambiente de trabalho
- A pessoa com síndrome de Down sofreu bullying (agressão física, verbal e/ou psicológica) no ambiente de trabalho
- A pessoa com síndrome de Down não possui autonomia para trabalhar
- Os familiares/responsáveis não se sentem seguros em deixar a pessoa com síndrome de Down trabalhar
- A pessoa com síndrome de Down não teve acesso à formação escolar/capacitação necessária para trabalhar
- Nenhum dos motivos anteriores
- Não sei informar
- Prefiro não responder
- Outros

Outros

F3. Abaixo, são apresentadas algumas afirmações sobre a experiência da pessoa com síndrome de Down no ambiente de trabalho. Para cada uma das afirmações, indique se você concorda totalmente; concorda parcialmente; não concorda, nem discorda; discorda pouco ou discorda totalmente.

Caso a pessoa não esteja trabalhando atualmente, responda conforme a última experiência de trabalho dela.

- | | concorda totalmente | concorda parcialmente | não concorda, nem discorda | discorda pouco | discorda totalmente |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A pessoa com síndrome de Down gosta/gostava de trabalhar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A pessoa com síndrome de Down tem/teve dificuldade no convívio com os colegas do trabalho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A pessoa com síndrome de Down percebe/percebeu falta de paciência do(s) seu(s) superior(es) no trabalho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



	concorda totalmente	concorda parcialmente	não concorda, nem discorda	discorda pouco	discorda totalmente
A pessoa com síndrome de Down percebe/percebeu falta de paciência do(s) seu(s) colega(s) de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pessoa com síndrome de Down não é/não foi devidamente orientada por seu(s) superior(es) e colega(s) para o desenvolvimento de suas atividades no trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pessoa com síndrome de Down não tem/não teve chances de crescimento/promoção no emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O empregador não estimula/não estimulava a integração entre a pessoa com síndrome de Down e os demais colaboradores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pessoa com síndrome de Down passou/passa por situações de discriminação (recebeu/recebe tratamento diferenciado que a fez se sentir excluída/inferiorizada) no ambiente de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pessoa com síndrome de Down sofreu/sofre bullying (agressão física, verbal e/ou psicológica) no ambiente de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A experiência de trabalho contribui/contribuiu para a autoestima e autonomia da pessoa com síndrome de Down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A experiência do trabalho contribui/contribuiu para a dinamização da vida social da pessoa com síndrome de Down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

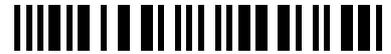
Seção G: Qualidade de vida e convívio social da pessoa com síndrome de Down

As próximas questões referem-se à socialização e à qualidade de vida da pessoa com síndrome de Down sob a sua responsabilidade e a possíveis situações vivenciadas por ela nos ambientes que frequenta.

G1. De quais das seguintes atividades de socialização e integração a pessoa com síndrome de Down participa?

Marque todas as opções que se apliquem.

- Eventos e festas familiares
- Eventos culturais públicos (ex.: shows, peças de teatro, circo)
- Clube/espços recreativos
- Cinema
- Igreja
- Reunião de grupos (ex.: catequese)
- Frequenta a casa de amigos
- Frequenta a casa de familiares
- Pratica atividades desportivas
- Atua em Organizações Não-Governamentais (ONGs), partidos políticos, movimentos sociais, associações de bairro e/ou outras
- Não participa/não realiza nenhuma atividade de socialização



Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros

G2. Quais das seguintes barreiras a pessoa com síndrome de Down encontra ou já encontrou para participar das atividades listadas na questão anterior?

Marque todas as opções que se apliquem.

Falta de acessibilidade dos locais (ex.: rampas)

Falta de reserva de vagas para pessoas com deficiência

Falta de preparo dos profissionais para atender/lidar com pessoas com síndrome de Down

Discriminação/preconceito

Dificuldade de deslocamento

Não enfrentou dificuldades

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros

G3. Avalie o quanto cada uma das seguintes situações dificulta a inclusão social das pessoas com síndrome de Down no Distrito Federal.

Difícult
muito Difícult
pouco Não difícult
Não sei
informar Prefiro não
responder

Preconceito/discriminação da sociedade

Falta de informação/desconhecimento da sociedade sobre a síndrome de Down

Preconceito/não aceitação por parte da família da pessoa com síndrome de Down



H2. Qual o sexo que está informado na certidão de nascimento da pessoa com síndrome de Down?

- Feminino
- Masculino
- Intersexo
- Não sei informar
- Prefiro não responder

H3. Quanto à identidade de gênero, como a pessoa com síndrome de Down se identifica?

A dimensão da identidade de gênero de uma pessoa tem a ver com a forma como ela se relaciona com as representações de masculinidades e feminilidades e como isso se traduz em sua prática social. Não necessariamente a identidade de gênero tem relação com o sexo de nascimento, com genitália e/ou a orientação sexual da pessoa.

Pessoas "cis" são pessoas que se identificam com o sexo que consta na sua certidão de nascimento.

- Mulher cis
- Mulher trans
- Homem cis
- Homem trans
- Travesti
- Não binária/Gênero fluido
- Agênero
- Não sei informar
- Prefiro não responder
- Outros

Outros



H4. Com qual raça ou cor a pessoa com síndrome de Down se identifica?

- Branca
- Preta
- Parda
- Amarela
- Indígena
- Não sei informar
- Prefiro não responder

H5. Qual é o estado civil da pessoa com síndrome de Down?

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Em união estável/Mora junto
- Divorciado(a)/Separado(a)
- Viúvo(a)
- Não sei informar
- Prefiro não responder



H6. Qual é a escolaridade da pessoa com síndrome de Down?

- Não alfabetizado(a)/Sem escolaridade
- Alfabetizado(a) (lê e escreve)
- Pré-escola (maternal e jardim de infância)
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino fundamental ou supletivo do ensino fundamental
- Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino médio ou supletivo do ensino médio
- Ensino técnico incompleto
- Ensino técnico completo
- Superior incompleto
- Superior completo
- Especialização incompleto
- Especialização completo
- Mestrado incompleto
- Mestrado completo
- Doutorado incompleto
- Doutorado completo
- Não sei informar
- Prefiro não responder

H7. A pessoa com síndrome de Down reside no Distrito Federal?

- Sim
- Não

H8. Em qual região administrativa a pessoa com síndrome de Down reside?

- Águas Claras
- Arniqueira
- Brazlândia
- Candangolândia





- Ceilândia
- Cruzeiro
- Fercal
- Gama
- Guará
- Itapoã
- Jardim Botânico
- Lago Norte
- Lago Sul
- Núcleo Bandeirante
- Paranoá
- Park Way
- Planaltina
- Plano Piloto
- Recanto das Emas
- Riacho Fundo
- Riacho Fundo II
- Samambaia
- Santa Maria
- São Sebastião
- SCIA
- SIA
- Sobradinho
- Sobradinho II
- Sol Nascente/Pôr do Sol
- Sudoeste/Octogonal
- Taguatinga
- Varjão
- Vicente Pires



H9. Em qual cidade e estado a pessoa com síndrome de Down reside?

As opções de cidades/estados disponíveis referem-se àquelas que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE). Caso a pessoa com síndrome de Down não resida na RIDE, marque a opção "Outros" e especifique o município e o estado de residência.

- Abadiânia (GO)
- Água Fria de Goiás (GO)
- Águas Lindas de Goiás (GO)
- Alexânia (GO)
- Alto Paraíso de Goiás (GO)
- Alvorada do Norte (GO)
- Arinos (MG)
- Barro Alto (GO)
- Buritituba (MG)
- Cabeceiras (GO)
- Cabeceira Grande (MG)
- Cavalcante (GO)
- Cidade Ocidental (GO)
- Cocalzinho de Goiás (GO)
- Corumbá de Goiás (GO)
- Cristalina (GO)
- Flores de Goiás (GO)
- Formosa (GO)
- Goianésia (GO)
- Luziânia (GO)
- Mimoso de Goiás (GO)
- Niquelândia (GO)
- Novo Gama (GO)
- Padre Bernardo (GO)
- Pirenópolis (GO)
- Planaltina (GO)
- Santo Antônio do Descoberto (GO)
- São João d'Aliança (GO)



Simolândia (GO)

Unai (MG)

Valparaíso de Goiás (GO)

Vila Boa (GO)

Vila Propício (GO)

Outros

Outros

H10. Qual é a situação de moradia da pessoa com síndrome de Down?

Mora com a família

Mora sozinha (com autonomia)

Mora sozinha (com tutela ou apoio familiar)

Mora com grupo de pessoas (com tutela ou apoio)

Mora em instituição residencial com cuidados

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros



H11. Quantas pessoas moram com a pessoa com síndrome de Down?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Mais de 10

Não sei informar

Prefiro não responder

H12. A pessoa com síndrome de Down possui filhos?

Caso a resposta seja afirmativa, indique no espaço para comentários, utilizando apenas algarismos, quantos filhos(as) a pessoa com síndrome de Down possui.

Sim

Não

Não sei informar

Prefiro não responder



H13. Somando a renda de todos que moram na residência com a pessoa com síndrome de Down, a renda domiciliar mensal é de aproximadamente:

- Até 1 salário mínimo (até R\$ 1.212,00 inclusive)
- De 1 a 2 salários mínimos (de R\$ 1.212,00 até R\$ 2.424,00 inclusive)
- De 2 a 5 salários mínimos (de R\$ 2.424,00 até R\$ 6.060,00 inclusive)
- De 5 a 10 salários mínimos (de R\$ 6.060,00 até R\$ 12.120,00 inclusive)
- De 10 a 20 salários mínimos (de R\$ 12.120,00 até R\$ 24.240,00 inclusive)
- De 20 a 30 salários mínimos (de R\$ 24.240,00 até R\$ 36.360,00 inclusive)
- Mais de 30 salários mínimos (mais de R\$ 36.360,00)
- Não sei informar
- Prefiro não responder

H14. A pessoa com síndrome de Down recebe algum benefício do governo?

Marque todas as opções que se apliquem.

- BPC (Benefício de Prestação Continuada)/LOAS
- Auxílio Brasil (Bolsa Família)
- Seguro Desemprego
- Aposentadoria/Auxílio-doença (INSS)
- Pensão
- Auxílio Emergencial
- DF Social
- Prato Cheio
- Cartão Creche
- Incentiva DF
- DF Brincar
- Agentes da Cidadania
- Não recebe nenhum benefício
- Não sei informar
- Prefiro não responder



Outros



Outros

H15. A pessoa com síndrome de Down é beneficiária de algum dos seguintes programas do Governo do Distrito Federal?

Marque todas as opções que se apliquem.

Criança Feliz Brasiliense

Conecta Mais

DF Acessível

Passage Livre Especial (BRB Mobilidade)

Morar bem

Não é beneficiária de nenhum programa social do Governo do DF

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros



Outros

Seção I: Histórico de saúde

As próximas questões abordam temas relacionados à sua saúde e ao acesso a serviços e atendimentos na área da saúde.

I1. Além da síndrome de Down, você possui mais alguma deficiência?

É possível marcar mais de uma alternativa.

Sim, deficiência visual

Sim, deficiência motora

Sim, deficiência mental

Sim, deficiência auditiva

Não

Não sei informar



14. Você apresenta outra(s) condição(ões) de saúde relacionadas à síndrome de Down além das listadas acima?

Caso a resposta seja afirmativa, marque a opção "Outro" e especifique.

Não

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros

15. Você faz acompanhamento com alguma das especialidades médicas listadas abaixo por fatores relacionados à síndrome de Down?

	Sim, pelo Sistema Único de Saúde (SUS)	Sim, com plano de saúde	Sim, particular (sem plano de saúde)	Não	Não sei informar
Geneticista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiologista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clínico geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ginecologista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urologista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oftalmologista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otorrinolaringologista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psiquiatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapeuta ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonoaudiólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutricionista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Sim, pelo Sistema Único de Saúde (SUS)	Sim, com plano de saúde	Sim, particular (sem plano de saúde)	Não	Não sei informar
Assistente social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geriatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocrinologista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico da família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatologista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Você faz acompanhamento com outra(s) especialidade(s) de saúde além das listadas acima?

Caso a resposta seja afirmativa, marque a alternativa "Outro" e especifique.

- Não
- Não sei informar
- Prefiro não responder
- Outros

Outros

17. Onde ocorre a maior parte dos atendimentos nas especialidades selecionadas na pergunta anterior?

- No Distrito Federal
- Fora do Distrito Federal

18. Em qual região administrativa do Distrito Federal ocorre a maior parte dos atendimentos nas especialidades selecionadas?

- Águas Claras
- Arniqueira
- Brazlândia
- Candangolândia
- Ceilândia
- Cruzeiro
- Fercal





- Gama
- Guará
- Itapoã
- Jardim Botânico
- Lago Norte
- Lago Sul
- Núcleo Bandeirante
- Paranoá
- Park Way
- Planaltina
- Plano Piloto
- Recanto das Emas
- Riacho Fundo
- Riacho Fundo II
- Samambaia
- Santa Maria
- São Sebastião
- SCIA
- SIA
- Sobradinho
- Sobradinho II
- Sol Nascente/Pôr do Sol
- Sudoeste/Octogonal
- Taguatinga
- Varjão
- Vicente Pires

19. Em qual estado ocorre a maior parte dos atendimentos nas especialidades selecionadas?

AC

AL





- AP
- AM
- BA
- CE
- ES
- GO
- MA
- MT
- MS
- MG
- PA
- PB
- PR
- PE
- PI
- RJ
- RN
- RS
- RO
- RR
- SC
- SP
- SE
- TO

I10. Por qual(is) motivo(s) o(s) atendimento(s) ocorre(m) fora do DF?

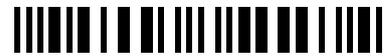
Não existe a especialidade/serviço na rede pública do DF

Não existe a especialidade/serviço nem na rede pública, nem na rede privada do DF

Existe a especialidade/serviço, mas não há profissional especializado atendendo no DF

Longa lista de espera para acessar o serviço de saúde no DF

Existe a especialidade/serviço, mas os profissionais do serviço de saúde do DF não têm preparo para atender às pessoas com síndrome de Down



Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros

I11. De modo geral, com qual frequência as consultas/atendimentos costumam ocorrer? Considere todos os atendimentos de que você necessita.

Diariamente

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Semestralmente

Uma vez no ano

Outra frequência

Não tem frequência definida

Não sei informar

Prefiro não responder

I12. Quais dificuldades você e/ou seu/sua responsável já enfrentaram ao acessar os serviços de atendimento na área da saúde?

Marque todas as alternativas que se aplicam.

Dificuldade de agendamento

Falta de profissional especializado na rede pública

Falta de profissional especializado na rede particular

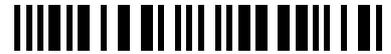
Profissional sem preparo para lidar com pacientes com síndrome de Down

Indisponibilidade de serviço de saúde perto de onde mora

Alto custo das consultas/acompanhamento nas especialidades que não atendem na rede pública

Falta de informação sobre onde buscar atendimento para uma dada especialidade

Dificuldade de deslocamento ao local de atendimento



Longa lista de espera para acessar o serviço de saúde

Horário de trabalho/estudos incompatível com o horário do serviço de atendimento

Discriminação/preconceito ao buscar atendimento/durante o atendimento

Recusa ao atendimento à pessoa com síndrome de Down

Falta de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) para pessoas com síndrome de Down

Precisei acessar à justiça para ter acesso a algum tratamento/atendimento médico/hospitalar

Todas as minhas condições de saúde foram subordinadas à síndrome de Down e, por isso, não recebi o tratamento adequado

Não enfrentei dificuldades

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros

Seção J: Experiência e convívio no ambiente escolar

As próximas questões referem-se à sua experiência na escola e a possíveis situações que você vivenciou no ambiente escolar.

J1. Você está frequentando alguma escola/instituição de ensino atualmente?

Responda conforme a sua última experiência escolar.

Sim, frequento escola/instituição de ensino pública

Sim, frequento escola/instituição de ensino particular

Não, mas já frequentei escola/instituição de ensino pública

Não, mas já frequentei escola/instituição de ensino particular

Nunca estudei

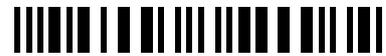
Não sei informar

Prefiro não responder

J2. Por quais motivos você nunca estudou ou não está estudando?

Marque todas as opções que se apliquem.

Dificuldade para encontrar vaga em escola regular



Dificuldade para encontrar vaga em escola especial

Fui colocado(a) em lista de espera, mesmo a escola tendo vagas

Escolas/instituições de ensino procuradas se negaram a matricular pessoas com síndrome de Down

Escolas/instituições de ensino procuradas alegaram não possuir profissionais qualificados para acompanhar pessoas com síndrome de Down

Escolas/instituições de ensino procuradas não possuem/possuíam tutores de ensino preparados para educar pessoas com síndrome de Down

Meus familiares/responsáveis preferem me educar em casa

Não possuo autonomia para frequentar escola/instituição de ensino

Não me senti confortável/seguro(a) para frequentar uma escola/instituição de ensino

Já concluí o ciclo escolar

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros

J3. Qual a modalidade da escola/instituição de ensino você frequenta atualmente ou frequentou por último?

Ensino Regular

Ensino Especial

Ensino Domiciliar

Não sei informar

Prefiro não responder

J4. Abaixo, são apresentadas algumas afirmações sobre a escola/instituição de ensino que você frequenta atualmente ou frequentou por último.

Marque todas as afirmações que se aplicarem.

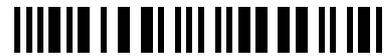
Os(As) professores(as) são/eram qualificados(as) para o ensino às pessoas com síndrome de Down

A escola/instituição de ensino possui/possuía acessibilidade física e recursos necessários (de comunicação, tecnologia e material didático adequado) para ensinar e incluir pessoas com síndrome de Down

A escola/instituição de ensino permite/permitia que o(a) aluno(a) com síndrome de Down tenha/tivesse um segundo professor/tutor em sala de aula

A escola oferece/oferecia Atendimento Educacional Especializado (AEE) no contraturno, quando necessário

Houve cobrança ou tentativa de cobrança de valor adicional (sobretaxa de matrícula ou mensalidade) para minha inclusão na escola/instituição de ensino



- O currículo da escola/instituição de ensino passou por adequações metodológicas necessárias ao ensino de pessoas com síndrome de Down
- A escola/instituição de ensino dispõe/dispunha de um(a) pedagogo(a) para acompanhar o desenvolvimento do aluno com síndrome de Down
- A escola/instituição de ensino dispõe/dispunha de um(a) psicopedagogo(a) para acompanhar o desenvolvimento do aluno com síndrome de Down
- Nenhuma das opções acima se aplicam
- Não sei informar
- Prefiro não responder

J5. Abaixo, são apresentadas algumas afirmações sobre sua experiência na escola que você frequenta atualmente ou frequentou por último. Para cada uma das afirmações, indique se você concorda totalmente; concorda parcialmente; não concorda, nem discorda; discorda pouco ou discorda totalmente.

	concorda totalmente	concorda parcialmente	não concorda, nem discorda	discorda pouco	discorda totalmente
Você gosta/gostava de ir para a escola/instituição de ensino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você tem/teve dificuldade para acompanhar as aulas e ou atividades propostas na escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você percebe/percebeu falta de paciência com você por parte dos(as) professores(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você se sente/sentiu isolado(a) dos colegas da escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você se sente/sentiu discriminado(a) (recebeu/recebe tratamento diferenciado em relação aos seus colegas que o/a fez/faz se sentir excluído/inferiorizado) no ambiente escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você sofre/sofreu bullying (agressão física, verbal e/ou psicológica) no ambiente escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você é/foi acolhido(a) pela equipe de profissionais da escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você se sente/sentiu seguro(a) na escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você participa/participava das atividades desenvolvidas no contexto escolar (educativas, esportivas, culturais ou sociais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O convívio com os colegas da escola contribui/contribuiu para sua autoestima e seu desenvolvimento emocional e cognitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O convívio com os colegas da escola contribui/contribuiu para sua socialização e sua autonomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J6. Você conhece o Programa Educação Precoce (PEP) do Governo do Distrito Federal?

- Sim
- Não

J7. Você foi atendido(a) pelo Programa Educação Precoce (PEP)?

- Sim
- Não



Seção K: Experiência e convívio no ambiente de trabalho

As próximas questões referem-se às suas experiências de trabalho e a possíveis situações que você vivencia/vivenciou no ambiente de trabalho.

K1. Você trabalha atualmente?

- Sim, trabalho com carteira assinada
- Sim, trabalho sem carteira assinada
- Sim, trabalho como funcionário público
- Sim, trabalho como autônomo
- Sim, trabalho como Microempreendedor(a) Individual (MEI)
- Sim, trabalho como estagiário
- Sim, trabalho como Jovem Aprendiz/Jovem Candango
- Não, estou aposentado(a)
- Não, estou desempregado(a) e procurando emprego
- Não, não trabalho e nem procuro emprego
- Nunca trabalhei
- Não sei informar
- Prefiro não responder

K2. Por qual/is motivo/s você não está trabalhando/nunca trabalhou?

- Não há oferta de vagas para pessoas com síndrome de Down
- Os empregadores preferem não contratar pessoas com síndrome de Down
- Os empregadores não oferecem apoio ou treinamento às pessoas com síndrome de Down, dificultando a permanência no trabalho
- Os empregadores não estão preparados para lidar com pessoas com síndrome de Down no ambiente de trabalho
- O deslocamento para o local de trabalho é/era difícil
- Passei por situações de discriminação (recebeu/recebe tratamento diferenciado que o/a fez se sentir excluído(a)/inferiorizado(a)) no ambiente de trabalho
- Sofri bullying (agressão física, verbal e/ou psicológica) no ambiente de trabalho
- Não possuo autonomia para trabalhar
- Meus familiares/responsáveis não se sentem seguros em me deixar trabalhar
- Não tive acesso à formação escolar/capacitação necessária para trabalhar
- Nenhum dos motivos anteriores
- Não sei informar
- Prefiro não responder



Outros



Outros

K3. Abaixo, são apresentadas algumas afirmações sobre sua experiência no ambiente de trabalho. Para cada uma das afirmações, indique se você concorda totalmente; concorda parcialmente; não concorda, nem discorda; discorda pouco ou discorda totalmente.

Caso você não esteja trabalhando atualmente, responda conforme sua última experiência de trabalho.

	concorda totalmente	concorda parcialmente	não concorda, nem discorda	discorda pouco	discorda totalmente
Você gosta/gostava de trabalhar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você tem/teve dificuldade no convívio com os colegas do trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você percebe/percebeu falta de paciência com você por parte do(s) seu(s) superior(es) no trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você percebe/percebeu falta de paciência com você por parte do(s) seu(s) colega(s) de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você não é/não foi devidamente orientado(a) por seu(s) superior(es) e colega(s) para o desenvolvimento de suas atividades no trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você não tem/não teve chances de crescimento/promoção no emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O empregador não estimula/não estimulava sua integração com os demais colaboradores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passei/passei por situações de discriminação (recebeu/recebe tratamento diferenciado que o/a fez se sentir excluído(a)/inferiorizado(a)) no ambiente de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofri/sofri bullying (agressão física, verbal e/ou psicológica) no ambiente de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você se sentiu infantilizada(o) no seu local de trabalho por seus superiores e/ou colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A experiência de trabalho contribui/contribuiu para sua autoestima e sua autonomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A experiência do trabalho contribui/contribuiu para a dinamização da sua vida social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Seção L: Qualidade de vida e convívio social

As próximas questões referem-se à sua socialização, sua qualidade de vida e a possíveis situações que você vivenciou nos ambientes que frequenta.

L1. Você recebe algum apoio para realizar suas atividades no dia a dia?

Sim

Não

L2. De quem você mais recebe apoio para realizar suas atividades no dia a dia?

Mãe

Pai

Irmã/Irmão

Esposo/Esposa

Avô

Avó

Empregado(s)

Cuidador(es)

Prefiro não responder

Outros

Outros

L3. A pessoa que você indicou é a única que te auxilia nas atividades do dia a dia?

Sim

Não



L4. De quem você mais recebe apoio para realizar suas atividades no dia a dia, além da pessoa indicada anteriormente?

- Mãe
- Pai
- Irmã/Irmão
- Esposo/Esposa
- Avô
- Avó
- Empregado(s)
- Cuidador(es)
- Não sei informar
- Prefiro não responder
- Outros

Outros

L5. De quais das seguintes atividades de socialização e integração você participa?

Marque todas as opções que se apliquem.

- Eventos e festas familiares
- Eventos culturais públicos (ex.: shows, peças de teatro, circo)
- Clube/espços recreativos
- Cinema
- Igreja
- Reunião de grupos (ex.: catequese)
- Frequenta a casa de amigos
- Frequenta a casa de familiares
- Pratica atividades desportivas
- Atua em Organizações Não-Governamentais (ONGs), partidos políticos, movimentos sociais, associações de bairro e/ou outras



Não participa/não realiza nenhuma atividade de socialização

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros

L6. Quais das seguintes barreiras você encontra ou já encontrou para participar das atividades acima descritas?

Marque todas as opções que se apliquem.

Falta de acessibilidade dos locais (ex.: rampas)

Dificuldade de deslocamento

Falta de reserva de vagas para pessoas com deficiência

Falta de preparo dos profissionais para atender/lidar com pessoas com síndrome de Down

Discriminação/preconceito

Não tenho autonomia para acessar as atividades sem o auxílio de outras pessoas

Não enfrentou dificuldades

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros

L7. Avalie o quanto cada uma das seguintes situações dificulta a inclusão social das pessoas com síndrome de Down no Distrito Federal

Dificulta muito Dificulta pouco Não dificulta Não sei informar Prefiro não responder

Preconceito/discriminação da sociedade

Falta de informação/desconhecimento da sociedade sobre a síndrome de Down



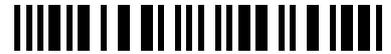
	Dificulta muito	Dificulta pouco	Não dificulta	Não sei informar	Prefiro não responder
Preconceito/não aceitação por parte da família da pessoa com síndrome de Down	<input type="checkbox"/>				
Falta de vagas para pessoas com síndrome de Down em escolas regulares	<input type="checkbox"/>				
Falta de preparo e de qualificação das escolas para receber alunos com síndrome de Down	<input type="checkbox"/>				
Falta de oportunidades para pessoas com síndrome de Down no mercado de trabalho	<input type="checkbox"/>				
Falta de profissionais de saúde na rede pública especializados no cuidado de pessoas com síndrome de Down	<input type="checkbox"/>				
Alto custo dos tratamentos/acompanhamentos médicos	<input type="checkbox"/>				
Falta de programas de governo/políticas públicas voltados para pessoas com síndrome de Down	<input type="checkbox"/>				
Condições da própria síndrome (dificuldade de fala, dificuldade de locomoção, dificuldade de aprendizagem, etc)	<input type="checkbox"/>				

L8. Qual(is) dos seguintes grupos de apoio, associações ou instituições você frequenta ou já frequentou?

Marque todas que se apliquem.

- DF Down
- Movimento Down
- APABB - Associação de Pais, Amigos e Pessoas com Deficiência, de Funcionários do Banco do Brasil e da Comunidade
- CrisDown
- APAE
- Pestalozzi
- Não participa de nenhum grupo, associação ou instituição
- Não sei informar
- Prefiro não responder
- Outros

Outros



Seção M: Perfil sociodemográfico

M1. Qual o sexo que está informado na sua certidão de nascimento?

- Feminino
- Masculino
- Intersexo
- Não sei informar
- Prefiro não responder

M2. Quanto à identidade de gênero, como você se identifica?

A dimensão da identidade de gênero de uma pessoa tem a ver com a forma como ela se relaciona com as representações de masculinidades e feminilidades e como isso se traduz em sua prática social. Não necessariamente a identidade de gênero tem relação com o sexo de nascimento, com genitália e/ou a orientação sexual da pessoa.

Pessoas "cis" são pessoas que se identificam com o sexo que consta na sua certidão de nascimento.

- Mulher cis
- Mulher trans
- Homem cis
- Homem trans
- Travesti
- Não binária/Gênero fluido
- Agênero
- Não sei informar
- Prefiro não responder
- Outros

Outros



M3. Com qual raça ou cor você se identifica?

- Branca
- Preta
- Parda
- Amarela
- Indígena
- Não sei informar
- Prefiro não responder
- Outros

Outros

M4. Qual é o seu estado civil?

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Em união estável/Mora junto
- Divorciado(a)/Separado(a)
- Viúvo(a)
- Não sei informar
- Prefiro não responder



M5. Qual é a sua escolaridade?

- Não alfabetizado(a)/Sem escolaridade
- Alfabetizado(a) (lê e escreve)
- Pré-escola (maternal e jardim de infância)
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino fundamental ou supletivo do ensino fundamental
- Educação de jovens e adultos (EJA) do ensino médio ou supletivo do ensino médio
- Ensino técnico incompleto
- Ensino técnico completo
- Superior incompleto
- Superior completo
- Especialização incompleto
- Especialização completo
- Mestrado incompleto
- Mestrado completo
- Doutorado incompleto
- Doutorado completo
- Não sei informar
- Prefiro não responder

M6. Você reside no Distrito Federal?

- Sim
- Não

M7. Em qual região administrativa você reside?

- Águas Claras
- Arniqueira
- Brazlândia
- Candangolândia





- Ceilândia
- Cruzeiro
- Fercal
- Gama
- Guará
- Itapoã
- Jardim Botânico
- Lago Norte
- Lago Sul
- Núcleo Bandeirante
- Paranoá
- Park Way
- Planaltina
- Plano Piloto
- Recanto das Emas
- Riacho Fundo
- Riacho Fundo II
- Samambaia
- Santa Maria
- São Sebastião
- SCIA
- SIA
- Sobradinho
- Sobradinho II
- Sol Nascente/Pôr do Sol
- Sudoeste/Octogonal
- Taguatinga
- Varjão
- Vicente Pires



M8. Em qual cidade e estado você reside?

As opções de cidades/estados disponíveis referem-se àquelas que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE). Caso você não resida na RIDE, marque a opção "Outros" e especifique o município e o estado de residência.

- Abadiânia (GO)
- Água Fria de Goiás (GO)
- Águas Lindas de Goiás (GO)
- Alexânia (GO)
- Alto Paraíso de Goiás (GO)
- Alvorada do Norte (GO)
- Arinos (MG)
- Barro Alto (GO)
- Buritís (MG)
- Cabeceiras (GO)
- Cabeceira Grande (MG)
- Cavalcante (GO)
- Cidade Ocidental (GO)
- Cocalzinho de Goiás (GO)
- Corumbá de Goiás (GO)
- Cristalina (GO)
- Flores de Goiás (GO)
- Formosa (GO)
- Goianésia (GO)
- Luziânia (GO)
- Mimoso de Goiás (GO)
- Niquelândia (GO)
- Novo Gama (GO)
- Padre Bernardo (GO)
- Pirenópolis (GO)
- Planaltina (GO)
- Santo Antônio do Descoberto (GO)
- São João d'Aliança (GO)





Simolândia (GO)

Unai (MG)

Valparaíso de Goiás (GO)

Vila Boa (GO)

Vila Propício (GO)

Outros

Outros

M9. Qual é a sua situação de moradia?

Moro com a família

Moro sozinho(a) (com autonomia)

Moro sozinho(a) (com tutela ou apoio familiar)

Moro com grupo de pessoas (com tutela ou apoio)

Moro em instituição residencial com cuidados

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros



M10. Quantas pessoas moram com você?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Mais de 10

Não sei informar

Prefiro não responder

M11. Você possui filhos?

Caso a resposta seja afirmativa, indique a quantidade de filhos(as) no espaço para comentários.

Sim

Não

Prefiro não responder



M12. Somando a renda de todos que moram na sua residência, a renda domiciliar mensal é de aproximadamente:

- Até 1 salário mínimo (até R\$ 1.212,00 inclusive)
- De 1 a 2 salários mínimos (de R\$ 1.212,00 até R\$ 2.424,00 inclusive)
- De 2 a 5 salários mínimos (de R\$ 2.424,00 até R\$ 6.060,00 inclusive)
- De 5 a 10 salários mínimos (de R\$ 6.060,00 até R\$ 12.120,00 inclusive)
- De 10 a 20 salários mínimos (de R\$ 12.120,00 até R\$ 24.240,00 inclusive)
- De 20 a 30 salários mínimos (de R\$ 24.240,00 até R\$ 36.360,00 inclusive)
- Mais de 30 salários mínimos (mais de R\$ 36.360,00)
- Não sei informar
- Prefiro não responder

M13. Você recebe algum benefício do governo?

Marque todas as opções que se apliquem.

- BPC (Benefício de Prestação Continuada)/LOAS
- Auxílio Brasil (Bolsa Família)
- Seguro Desemprego
- Aposentadoria/Auxílio-doença (INSS)
- Pensão
- Auxílio Emergencial
- DF Social
- Prato Cheio
- Cartão Creche
- Incentiva DF
- DF Brincar
- Agentes da Cidadania
- Não recebe nenhum benefício
- Não sei informar
- Prefiro não responder



Outros



Outros

M14. Você é beneficiário(a) de algum dos seguintes programas do Governo do Distrito Federal?

Marque todas as opções que se apliquem.

Criança Feliz Brasiliense

Conecta Mais

DF Acessível

Passage Livre Especial (BRB Mobilidade)

Morar bem

Não é beneficiária de nenhum programa social do Governo do DF

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros



Outros

Agradecemos a sua participação na pesquisa!

**Para demais esclarecimentos, entre em contato pelo e-mail
politicassociais@codeplan.df.gov.br.**