

ESTUDO SOBRE PESSOAS IDOSAS COM DEMÊNCIA E CUIDADORES NO DISTRITO FEDERAL

QUESTIONÁRIO 2 – Perfil 2: Cuidador/a profissional particular de pessoa idosa com demência ou em processo de diagnóstico

BLOCO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos você a participar da pesquisa "Estudo sobre pessoas idosas com demência e cuidadores no Distrito Federal", coordenada pelo Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal - IPEDF. Os objetivos da pesquisa são: 1) traçar o perfil sociodemográfico das pessoas idosas diagnosticadas com demência ou em processo de diagnóstico, residentes no Distrito Federal, e de seus cuidadores; e 2) identificar os serviços existentes para esse público e suas demandas de cuidado.

Sua participação é anônima, inteiramente opcional e sem qualquer compensação financeira. Os(As) participantes da pesquisa devem ser maiores de 18 anos. O tempo de preenchimento do questionário é de, aproximadamente, 35 minutos. Os dados obtidos por este questionário ficarão sob cuidados da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do IPEDF. Os dados não serão divulgados de forma individual e nem identificada ou identificável. Os relatórios finais da pesquisa subsidiarão o planejamento de ações destinadas ao público-alvo citado acima. Você será questionado ao final se deseja cadastrar seu e-mail para receber os resultados. Não informe o seu e-mail caso você não queira receber os relatórios.

Caso tenha alguma dúvida ou questionamento sobre sua participação nesta pesquisa, entre em contato por meio do endereço eletrônico politicassociais@codeplan.df.gov.br.

A1. Você concorda em participar desta pesquisa?

() Sim, concordo em participar desta pesquisa. Declaro que li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que tenho mais de 18 anos. Entendo que sou livre para aceitar ou recusar e que posso interromper minha participação a qualquer momento. Concordo que as informações coletadas para a pesquisa sejam usadas para os propósitos acima descritos. [ir para o bloco B]

() Não concordo em participar desta pesquisa. [encerrar a entrevista]

BLOCO B: Identificação

B1. Local de realização da entrevista:

() Unidade Básica de Saúde (UBS)

() Ambulatório de geriatria

() Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)/ Abrigo/ Casa de repouso/ Centro de acolhimento. Qual? _____

() Domicílio particular

- Entrevista por telefone
- Outro. Qual? _____

B2. Atualmente você está cuidando de pessoa(s) idosa(s) diagnosticada(s) com demência ou em processo de diagnóstico?

- Sim [ir para a questão B3]
- Não [encerrar a entrevista]

B3. Você é:

- Cuidador/a **familiar** de pessoa idosa com demência ou em processo de diagnóstico. *(O(a) cuidador/a familiar pode ser pessoa da família, parente, amigo, vizinho ou qualquer outra pessoa que cuide de pessoa idosa com demência ou em processo de diagnóstico de forma não remunerada.)*
- Cuidador/a **particular** de pessoa idosa com demência ou em processo de diagnóstico. *(O(a) cuidador/a particular é aquele que recebe remuneração para desempenhar a função de cuidador/a e trabalha em domicílio/casa de família e/ou faz acompanhamento em caso de hospitalização.)*
- Cuidador/a **institucionalizado** de pessoa idosa com demência ou em processo de diagnóstico. *(O(a) cuidador/a institucionalizado é aquele que recebe remuneração para desempenhar a função de cuidador/a e trabalha em uma instituição ou abrigo.)*

B4. Qual é a sua data de nascimento?

- [entrada numérica]

BLOCO C: Experiência e trabalho como cuidador/a

C1. Há quanto tempo você atua como cuidador/a de pessoas idosas?

- Menos de 1 ano
- De 1 ano a 3 anos
- De 3 a 5 anos
- De 5 a 7 anos
- De 7 a 10 anos
- Mais de 10 anos

C2. Qual sua formação principal?

- Cuidador/a de idoso certificado
- Auxiliar/técnico em enfermagem
- Técnico/a em nutrição
- Auxiliar em saúde bucal
- Auxiliar de farmácia
- Assistente social

- Enfermeiro/a
- Farmacêutico/a
- Fisioterapeuta
- Fonoaudiólogo/a
- Médico/a
- Odontólogo/a
- Psicólogo/a
- Terapeuta Ocupacional
- Estagiário/a de curso de saúde
- Empregada doméstica/diarista/secretaria com dupla função ou que deixou esta função para cuidar
- Não tenho formação específica para cuidar de pessoas idosas
- Outro. Qual? _____

C3. Você já concluiu algum curso de longa duração/especialização voltado ao cuidado da pessoa idosa e/ou pessoa com demência?

- Sim, um curso na área
- Sim, mais de um curso na área
- Sim, especialização/pós graduação profissional
- Sim, residência na área
- Sim, pós graduação *stricto sensu* (mestrado, doutorado, PhD) na área
- Outro tipo de capacitação na área. Qual? _____
- Não

C4. Você possui outro(s) emprego(s) além do trabalho como cuidador/a particular de pessoa idosa com demência?

- Sim, mas neste(s) não trabalho com idosos em processo demencial
- Sim e também trabalho com idosos em processo demencial
- Prefiro não responder
- Não

C5. Atualmente, em quantas casas/domicílios você atua como cuidador/a particular de pessoa idosa com demência?

- somente 1 casa
- 2 casas diferentes
- 3 casas diferentes ou mais

[As próximas questões terão como referência as atividades relacionadas à pessoa idosa com demência que o/a cuidador/a está acompanhando no momento da entrevista. Caso o entrevistado seja abordado sem estar acompanhando a pessoa idosa de quem cuida e trabalhe em duas casas diferentes ou mais, as próximas questões desse bloco - C6 a C24 - terão como referência as atividades relacionadas à pessoa idosa com demência de quem o/a cuidador/a cuida há mais tempo.]

C6. Há quanto tempo você cuida da pessoa idosa com demência sob sua responsabilidade/que você está acompanhando?

- Menos de 3 meses
- De 3 a 6 meses
- De 7 a 11 meses
- De 1 ano a 3 anos
- De 4 a 5 anos
- Mais de 5 anos

C7. Qual tipo de vínculo você possui em seu trabalho como cuidador/a da pessoa idosa com demência sob sua responsabilidade/que você está acompanhando?

- Informal ou autônomo
- Microempreendedor individual (MEI)
- Carteira de trabalho registrada como empregada
- Doméstica
- Carteira de trabalho registrada como cuidador/a
- Contrato de prestação de serviços
- Outro. Qual? _____

C8. Quantos dias da semana, em média, você trabalha como cuidador/a da pessoa idosa com demência sob sua responsabilidade/que você está acompanhando?

- 1 vez por semana
- 2 vezes por semana
- 3 ou 4 vezes por semana
- 5 ou 6 vezes por semana
- todos os dias da semana
- cuidado de fim de semana
- cuidado hospitalar temporário

C9. Em um dia típico de trabalho, quantas horas diárias, em média, você dedica aos cuidados da pessoa idosa com demência?

- Até 4 horas

- De 5 a 6 horas
- De 7 a 8 horas
- De 9 a 12 horas
- De 13 a 24 horas

C10. Quais atividades você costuma realizar no seu trabalho como cuidador/a da pessoa idosa com demência?

Marcar todas as opções que se apliquem

- Auxílio na **higiene** da pessoa idosa (banho, higiene oral e atividades relacionadas)
- Auxílio na **alimentação e hidratação** da pessoa idosa
- Administração de **medicamentos**
- Cuidados com **sondas**
- Realização de **curativos**
- Verificação da **pressão arterial**
- Verificação da **glicemia**
- Mudança de decúbito (**mobilização** da pessoa idosa na cama)
- Idas a **consultas** médicas, exames e terapias (fisioterapia, fonoaudiologia, etc.)
- Realização de **passeios**
- Preparação de alimentos** para a pessoa idosa
- Conversas/entretenimento/atividades de **lazer**
- Atividades para **estímulo cognitivo** da pessoa idosa
- Acompanhamento em **exercícios dentro ou fora de casa**
- Outra(s). Qual(is)? _____

C11. Você realiza atividades domésticas em seu trabalho de cuidador/a da pessoa idosa com demência sob sua responsabilidade/que você está acompanhando? Indique a(s) alternativa(s) que melhor descreve(m) sua situação em relação à realização de atividades domésticas.

Marcar todas as opções que se apliquem

- Faço a limpeza do domicílio
- Lavo e/ou passo roupas
- Faço compras de alimentos e outros produtos para o domicílio
- Cozinho para todas as pessoas do domicílio
- Realizo outras atividades domésticas além das listadas
- Não realizo atividades domésticas em meu trabalho como cuidador/a particular

C12. Qual é o grau de dificuldade para realizar as seguintes atividades em seu trabalho de cuidador/a da pessoa idosa com demência?

	Muita dificuldade	Alguma dificuldade	Não tenho dificuldade	Não realizo essa tarefa	Não sei informar
Administração de medicamentos					
Alimentação e hidratação					
Prevenção de quedas do idoso					
Verificação da pressão arterial					
Verificação da glicemia					
Banho, higiene corporal e oral					
Transferências, posicionamentos e manuseio					
Curativos e assaduras					
Cuidados com sondas (sondas vesicais, sondas nasoenterais, sonda no estômago ou jejuno)					
Saídas de casa (para ir a consultas, exames, ir na casa de familiares, etc)					

C13. Você recebe apoio de outras pessoas no cuidado da pessoa idosa com demência?

Sim [ir para questão C14]

Não [ir para questão C15]

C14. De quem você mais recebe apoio no cuidado da pessoa idosa com demência?

Esposo/Esposa da pessoa idosa com demência

Filho(s) da pessoa idosa com demência

Familiar(es)/Parente(s) da pessoa idosa com demência

Amigo(s) da pessoa idosa com demência

Vizinho(s) da pessoa idosa com demência

Empregado(s) da pessoa idosa com demência

Outros cuidador(es) profissional(ais) particular(es)

Outro. Qual? _____

C15. Atualmente, quanto você recebe por mês como cuidador/a da pessoa idosa com demência sob sua responsabilidade/que você está acompanhando?

- () Menos de R\$600,00
- () De R\$600,00 até R\$1.212,00 (até 1 salário mínimo, inclusive)
- () De R\$1.212,00 até R\$2.424,00 (de 1 até 2 salários mínimos, inclusive)
- () De R\$2.424,00 até R\$3.636,00 (de 2 até 3 salários mínimos, inclusive)
- () Mais de R\$3.636,00 (mais de 3 salários mínimos)
- () Prefiro não responder

C16. Você recebe/recebeu informações sobre a demência desde que começou a cuidar de pessoa(s) idosa(s) com demência ou em processo de diagnóstico?

Marcar todas as opções que se apliquem

- () Sim, de um(a) médico(a) ou outro profissional de saúde da rede pública de saúde
- () Sim, de um(a) médico(a) ou outro profissional de saúde particular
- () Sim, de um(a) assistente social
- () Sim, de outro(a) cuidador(a) profissional
- () Sim, de outro(s) profissional(is)
- () Sim, da família da(s) pessoa(s) idosa(s)
- () Não recebo/recebi informações
- () Não sei informar

C17. Quando você tem dúvidas sobre a melhor forma de cuidar da pessoa idosa com demência ou não sabe como proceder em determinada situação no cuidado, onde você busca informações?

Marcar todas as opções que se apliquem

- () Com outro(s) cuidador(es)
- () Com médicas/os
- () Com enfermeiras/os
- () Com outro(s)/outra(s) profissional(is) da área da saúde
- () Na Internet
- () Em livros
- () Em jornais/revistas
- () Com parentes/familiares
- () Em grupos de apoio
- () Outro. Qual? _____

Não busco informações

Não sei informar

C18. Você se considera preparado/a para desempenhar a função de cuidador/a de uma pessoa idosa com demência ou em processo de diagnóstico?

Sim

Não

Nem sempre

Prefiro não responder

C19. O que mais te ajudaria em sua rotina como cuidador/a de uma pessoa idosa com demência ou em processo de diagnóstico?

Marcar todas as opções que se apliquem

Ter um manual de apoio ao/a cuidador/a, contendo informações sobre cuidados com a pessoa idosa com demência nas diferentes fases da doença (cuidados com higiene, alimentação, medicação, como fazer curativos, etc)

Participar de um grupo de apoio ao/a cuidador/a (espaço para compartilhar experiências e dúvidas com outros cuidadores e profissionais da área)

Participar de oficinas e cursos de capacitação

Ter visitas de profissionais da área da saúde (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, etc)

Ter apoio psicológico por parte de profissionais especializados

Realizar atividades de autocuidado

Ter locais de inclusão e atividades sociais para as pessoas com demência

Ter com quem dividir o cuidado

Outro. Qual? _____

C20. Quais as principais dificuldades enfrentadas por você em sua rotina como cuidador/a da pessoa idosa com demência?

Marcar todas as opções que se apliquem

Dificuldade de comunicação com a pessoa idosa

Dificuldade de comunicação/relacionamento com a equipe de trabalho

Dificuldade de comunicação/relacionamento com os familiares da pessoa idosa com demência em cuidados

Alterações de humor e de comportamento da pessoa idosa com demência

- () Falta de recursos materiais (itens de higiene, luvas, seringa, máscara, esparadrapo, algodão, gazes, fraldas e outros similares)
- () Alta demanda de tarefas
- () Sobrecarga mental
- () Sobrecarga física
- () Baixa remuneração
- () Falta de conhecimento
- () Fadiga
- () Outro. Qual? _____

C21. Você mora na mesma casa ou terreno que a pessoa idosa com demência de quem você cuida/que você está acompanhando?

- () Sim [ir para questão C24]
- () Não [ir para questão C22]

C22. Você depende de transporte público para chegar à casa da pessoa idosa com demência de quem você cuida/que você está acompanhando?

- () Sim. Quantos? _____ [ir para questão C23]
- () Não [ir para questão C24]

C23. Qual é o tempo, em média, do deslocamento da sua casa até a casa da pessoa idosa de quem você cuida/que você está acompanhando?

- () Menos de 1 hora
- () Entre 1 e 2 horas
- () Mais de 2 horas
- () Não sei informar

C24. Como a pandemia da Covid-19 impactou seu trabalho como cuidador/a de pessoa idosa com demência? Indique a(s) alternativa(s) que melhor descreve(m) os principais desafios/dificuldades enfrentados por você por causa da pandemia.

Marcar todas as opções que se aplicarem

- () Tive/Tenho dificuldades em fazer com que os pacientes entendessem/entendam o protocolo de prevenção à Covid-19
- () Tive/Tenho dificuldades de acesso a recursos materiais necessários (equipamentos de proteção individual - EPIs, por exemplo)

- () Meu tempo de dedicação à(s) pessoa(s) idosa(s) com demência aumentou e me senti sobrecarregado(a)
- () Me senti/Me sinto ansioso(a), nervoso(a), deprimido(a) e/ou estressado(a) por conta do trabalho durante a pandemia
- () Fiquei/fico preocupado(a) com minha saúde
- () Fiquei/fico preocupado(a) com a saúde da(s) pessoa(s) idosa(s) sob meus cuidados
- () Vivi/Vivo um processo de luto relacionado a perda de um familiar
- () Vivi/Vivo um processo de luto relacionado a perda de um paciente
- () Enfrentei/enfrento dificuldades financeiras pela perda de trabalho(s) durante a pandemia
- () Não acredito que a pandemia tenha impactado minha rotina de trabalho

BLOCO D: Saúde e qualidade de vida do/a cuidador/a

D1. Em geral, como você avalia sua saúde?

- () Excelente
- () Boa
- () Moderada
- () Ruim
- () Péssima

D2. Você possui alguma deficiência?

Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (Art. 2º - LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência).

- () Sim, deficiência visual
- () Sim, deficiência motora
- () Sim, deficiência mental/intelectual
- () Sim, deficiência auditiva
- () Outra(s). Qual(is)? _____
- () Não possuo deficiência
- () Não sei informar
- () Prefiro não responder

D3. Você já recebeu o diagnóstico de alguma dessas doenças ou problemas de saúde por parte de um profissional ou outro profissional de saúde?

	Sim	Não	Prefiro não responder
Diabetes			
Hipertensão			
Colesterol alto			
Asma ou bronquite asmática			
Doença do pulmão (enfisema pulmonar, bronquite crônica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC ou outra)			
Doença do coração (infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra)			
Acidente vascular cerebral (AVC)			
Depressão			
Ansiedade			
Câncer			
Obesidade			
Insuficiência renal			
Problema crônico de coluna (dor crônicas nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco ou outro)			

D4. Quando você está doente ou precisando de atendimento de saúde, costuma procurar:

Marcar todas as opções que se apliquem

- () Unidade Básica de Saúde (UBS)/Unidade de Saúde da Família
- () Policlínica pública/Ambulatório de hospital público
- () Unidade de Pronto Atendimento (UPA)/emergência de hospital público (24 horas)
- () Consultório particular/clínica privada
- () Emergência de hospital privado (24 horas)
- () Atendimento domiciliar particular
- () Atendimento em clínicas escolas/projetos sociais de Universidades
- () Farmácia
- () Outro. Qual? _____

D5. Onde ocorre a maior parte dos atendimentos de saúde que você costuma realizar?

- () No Distrito Federal [ir para questão D6]
- () Fora do Distrito Federal [ir para questão D7]

D6. Em qual região administrativa (RA) ocorre a maior parte dos atendimentos de saúde que você costuma realizar?

- () (XX) Águas Claras
- () (XXXIII) Arniqueira
- () (VIII) Bandeirante
- () (IV) Brazlândia
- () (XIX) Candangolândia
- () (IX) Ceilândia
- () (XI) Cruzeiro
- () (XXXI) Fercal
- () (II) Gama
- () (X) Guará
- () (XXVIII) Itapoã
- () (XXVII) Jardim Botânico
- () (XVIII) Lago Norte
- () (XVI) Lago Sul
- () (XXIV) Park Way
- () (VI) Planaltina
- () (I) Plano Piloto
- () (VII) Paranoá
- () (XV) Recanto das Emas
- () (XVII) Riacho Fundo
- () (XXI) Riacho Fundo II
- () (XII) Samambaia
- () (XIII) Santa Maria
- () (XIV) São Sebastião
- () (XXV) SCIA
- () (XXIX) SIA

- (V) Sobradinho
- (XXVI) Sobradinho II
- (XXXII) Sol Nascente/Pôr do Sol
- (XXII) Sudoeste/Octogonal
- (III) Taguatinga
- (XXIII) Varjão
- (XXX) Vicente Pires

D7. Em qual cidade ocorre a maior parte dos atendimentos que você costuma realizar?

- Abadiânia (GO)
- Água Fria de Goiás (GO)
- Águas Lindas de Goiás (GO)
- Alexânia (GO)
- Alto Paraíso de Goiás (GO)
- Alvorada do Norte (GO)
- Barro Alto (GO)
- Cabeceiras (GO)
- 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)
- () Valparaíso de Goiás (GO)
- () Vila Boa (GO)
- () Vila Propício (GO)
- () Arinos (MG)
- () Buritis (MG)
- () Cabeceira Grande (MG)
- () Unai (MG)
- () Outra. Qual? _____

D8. Quais dificuldades você já enfrentou para acessar esses serviços/atendimentos de saúde?

Marcar todas as opções que se apliquem

- () Falta de tempo
- () Falta de dinheiro
- () Dificuldade de transporte até o local
- () Dificuldade de agendamento
- () Indisponibilidade de serviço perto de onde moro
- () Falta de profissionais
- () Falta de informação sobre onde buscar atendimento
- () Achei que não tinha direito
- () Não tinha quem me acompanhasse
- () Não tive dificuldades
- () Outra. Qual? _____

D9. Com que frequência você apresenta os seguintes sentimentos/pensamentos em sua rotina como cuidador/a de uma pessoa idosa com demência?

	Nunca	Às vezes	Sempre	Não sei informar
Eu me sinto sozinho(a)/solitário(a) em minha rotina de cuidador/a de uma pessoa idosa com demência.				
Eu me sinto sobrecarregado/a em minha rotina de cuidador/a de uma pessoa idosa com demência.				

Eu me sinto irritado/a em minha rotina de cuidador/a de uma pessoa idosa com demência.				
Eu me sinto ansioso/a em minha rotina de cuidador/a de uma pessoa idosa com demência.				
Eu me sinto estressado/a entre cuidar da pessoa idosa com demência e minhas outras responsabilidades com a família e/ou trabalho.				
Eu sinto vergonha do comportamento da pessoa idosa com demência sob meus cuidados.				
Eu sinto falta de privacidade no meu dia a dia.				
Eu sinto receio pelo futuro da pessoa idosa com demência sob meus cuidados.				
Eu sinto que serei incapaz de cuidar da pessoa idosa com demência por muito mais tempo.				
Eu sinto receio/medo pelo meu futuro				
Eu sinto que poderia cuidar melhor da pessoa idosa com demência sob meus cuidados.				

D10. Você já sofreu abuso ou maus-tratos (agressão verbal, abuso psicológico, físico, sexual) da pessoa idosa com demência de quem você cuida ou de algum familiar dela?

- Sim, tanto da pessoa de quem cuido como de alguém de sua família.
- Sim, apenas da pessoa de quem cuido.
- Sim, apenas de familiar da pessoa de quem cuido.
- Não, de ninguém do domicílio em que trabalho.
- Prefiro não responder

D11. Você conhece ou participa de algum grupo de apoio ou de capacitação para cuidadores?

- Já participei, mas hoje não frequento mais
- Já participei, mas o grupo não existe mais
- Participo e temos encontros semanais
- Participo e temos encontros mensais
- Participo, mas nossos encontros não tem data fixa
- Não participo
- Não participo, mas caso conhecesse algum, eu participaria

D12. Qual o nome do grupo de apoio a cuidadores do qual você participa ou já participou? [habilitar para quem respondeu “participo” ou “já participei” na questão D11]

() _____

[As próximas questões terão, como referência, a pessoa idosa com demência que o/a cuidador/a está acompanhando no momento da entrevista. Caso o entrevistado seja abordado sem estar acompanhando a pessoa idosa sob seus cuidados ou cuide de mais de uma pessoa idosa com demência, as questões seguintes terão como referência as características e demandas relacionadas à pessoa idosa com demência de quem o/a cuidador/a cuida há mais tempo.]

BLOCO E: Características e demandas da pessoa idosa com demência sob seus cuidados

E1. Qual é a idade da pessoa idosa com demência de quem você cuida/que você está acompanhando?

[entrada numérica]

E2. Qual é o sexo de nascimento da pessoa idosa com demência de quem você cuida?

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

E3. Em qual região administrativa a pessoa idosa com demência de quem você cuida reside?

- () (XX) Águas Claras
- () (XXXIII) Arniqueira
- () (VIII) Bandeirante
- () (IV) Brazlândia
- () (XIX) Candangolândia
- () (IX) Ceilândia
- () (XI) Cruzeiro
- () (XXXI) Fercal
- () (II) Gama
- () (X) Guará
- () (XXVIII) Itapoã
- () (XXVII) Jardim Botânico
- () (XVIII) Lago Norte

- (XVI) Lago Sul
- (XXIV) Park Way
- (VI) Planaltina
- (I) Plano Piloto
- (VII) Paranoá
- (XV) Recanto das Emas
- (XVII) Riacho Fundo
- (XXI) Riacho Fundo II
- (XII) Samambaia
- (XIII) Santa Maria
- (XIV) São Sebastião
- (XXV) SCIA
- (XXIX) SIA
- (V) Sobradinho
- (XXVI) Sobradinho II
- (XXXII) Sol Nascente/Pôr do Sol
- (XXII) Sudoeste/Octogonal
- (III) Taguatinga
- (XXIII) Varjão
- (XXX) Vicente Pires

E4. A pessoa idosa de quem você cuida já tem o diagnóstico de demência?

- Sim, já é diagnosticada com demência [ir para questão E5]
- Está em processo de diagnóstico [ir para questão E7]
- Não sei informar [ir para questão E8]

E5. Qual é o tipo de demência da pessoa idosa sob seus cuidados?

- Doença de Alzheimer
- Demência vascular
- Demência frontotemporal
- Demência por corpos de Lewy
- Demência senil
- Demência por Parkinson

Outra. Qual? _____

Não sei informar

E6. Há quanto tempo a pessoa idosa de quem você cuida tem o diagnóstico de demência?

Menos de 6 meses

De 7 a 11 meses

De 1 ano a 3 anos

De 4 anos a 5 anos

Mais de 5 anos

Não sei informar

E7. Quais foram/são as principais dificuldades enfrentadas para fechar o diagnóstico de demência?

Marcar todas as opções que se apliquem

Sinais e sintomas não eram/são claros

Falta de especialistas na rede pública de saúde

Falta de especialistas da rede particular de saúde

Longa fila de espera para a consulta na rede pública de saúde

Longa fila de espera para a consulta na rede particular de saúde

Longa fila de espera para marcar exames na rede pública de saúde

Longa fila de espera para marcar exames na rede particular de saúde

Indisponibilidade de exames necessários na rede pública de saúde

Indisponibilidade de exames necessários na rede pública de saúde

Falta de orientação adequada dos profissionais de saúde consultados

Falta de conhecimento da família sobre a doença e/ou sobre quais serviços procurar para o diagnóstico

Medo do diagnóstico por parte da família e/ou da pessoa idosa

Outro. Qual? _____

Não houve/há dificuldades para fechar o diagnóstico de demência

Não sei informar

E8. A pessoa idosa de quem você cuida apresenta algumas dessas características ou sintomas?

Marcar todas as opções que melhor descrevem as características/sintomas que você observa hoje.

Parece triste ou deprimido(a), chora, se lamenta, fica desanimado(a), tem baixo astral

É muito nervoso(a), ansioso(a), inquieto(a), parece assustado(a)

- () É agressivo(a)
- () Tem dificuldade de pegar no sono, além do habitual, perambula
- () Tem dificuldade de recordar eventos, recados, fatos recentes
- () Tem dificuldade de se orientar, se perde, não recorda onde está
- () Troca palavras, não entende, esquece o nome das coisas
- () Não consegue tomar remédios sozinho(a)
- () Não consegue tomar banho sozinho(a) ou tem muita dificuldade de se vestir
- () Não consegue comer sozinho(a), se alimentar
- () Tem dificuldade de lidar com o seu dinheiro

E9. Como é feito o acompanhamento médico da demência atualmente?

- () Pelo SUS
- () Por convênio médico ou serviço particular
- () Parte pelo SUS e parte pelo por convênio médico ou serviço particular
- () Não sei informar

E10. A pessoa idosa com demência sob seus cuidados já recebeu o diagnóstico de alguma dessas doenças ou problemas de saúde por parte de um médico ou outro profissional da saúde?

	Sim	Não	Não sei informar	Prefiro não responder
Diabetes				
Hipertensão				
Colesterol alto				
Asma ou bronquite asmática				
Doença do pulmão (enfisema pulmonar, bronquite crônica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC ou outra)				
Doença do coração (infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra)				
Acidente vascular cerebral (AVC)				
Depressão				
Ansiedade				
Câncer				
Obesidade				
Insuficiência renal				
Problema crônico de coluna (dor crônicas nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco ou outro)				

E11. Quando a pessoa idosa com demência sob seus cuidados está doente ou precisando de atendimento de saúde, qual serviço costuma ser procurado?

- Unidade Básica de Saúde (UBS)/Unidade de Saúde da Família
- Policlínica pública/Ambulatório de hospital público
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA)/emergência de hospital público (24 horas)
- Consultório particular/clínica privada
- Emergência de hospital privado (24 horas)
- Atendimento domiciliar particular
- Atendimento em clínicas escolas/projetos sociais de Universidades
- Farmácia
- Outro. Qual? _____

E12. Onde ocorre a maior parte dos atendimentos que a pessoa idosa com demência costuma realizar?

() No Distrito Federal [ir para questão E13]

() Fora do Distrito Federal [ir para questão E14]

E13. Em qual região administrativa (RA) ocorre a maior parte dos atendimentos de saúde que a pessoa idosa com demência costuma realizar?

() (XX) Águas Claras

() (XXXIII) Arniqueira

() (VIII) Bandeirante

() (IV) Brazlândia

() (XIX) Candangolândia

() (IX) Ceilândia

() (XI) Cruzeiro

() (XXXI) Fercal

() (II) Gama

() (X) Guará

() (XXVIII) Itapoã

() (XXVII) Jardim Botânico

() (XVIII) Lago Norte

() (XVI) Lago Sul

() (XXIV) Park Way

() (VI) Planaltina

() (I) Plano Piloto

() (VII) Paranoá

() (XV) Recanto das Emas

() (XVII) Riacho Fundo

() (XXI) Riacho Fundo II

() (XII) Samambaia

() (XIII) Santa Maria

() (XIV) São Sebastião

() (XXV) SCIA

() (XXIX) SIA

- (V) Sobradinho
- (XXVI) Sobradinho II
- (XXXII) Sol Nascente/Pôr do Sol
- (XXII) Sudoeste/Octogonal
- (III) Taguatinga
- (XXIII) Varjão
- (XXX) Vicente Pires

E14. Em qual cidade ocorre a maior parte dos atendimentos que a pessoa idosa com demência costuma realizar?

- Abadiânia (GO)
- Água Fria de Goiás (GO)
- Águas Lindas de Goiás (GO)
- Alexânia (GO)
- Alto Paraíso de Goiás (GO)
- Alvorada do Norte (GO)
- Barro Alto (GO)
- Cabeceiras (GO)
- 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)
- Valparaíso de Goiás (GO)
- Vila Boa (GO)
- Vila Propício (GO)
- Arinos (MG)
- Buritis (MG)
- Cabeceira Grande (MG)
- Unai (MG)

E15. Quais dificuldades você e a pessoa idosa com demência sob seus cuidados já enfrentaram para acessar esses serviços de saúde/assistência?

Marcar todas as opções que se apliquem

- Distância entre a residência da pessoa idosa e os serviços
- Dificuldade de locomoção que limita o acesso ao transporte público
- Dificuldade para pagar o transporte público
- Dificuldade para pagar táxi ou transporte de aplicativos
- Dificuldade com o agendamento do serviço
- Não tinha médico/profissional atendendo
- Não tinha serviço ou profissional especializado
- O serviço ou equipamento não estava funcionando
- Não conseguimos vaga ou senha
- Não podia pagar
- Falta de informação sobre onde buscar atendimento
- Outro motivo. Qual? _____
- Não enfrentamos dificuldades
- Não sei informar

E16. A pessoa idosa com demência sob seus cuidados faz uso de medicação de uso contínuo?

- Sim [ir para questão E17]
- Não [ir para questão E18]

Não sei informar [ir para questão E18]

E17. Quais as principais dificuldades para o uso das medicações prescritas?

Marcar todas as opções que se apliquem

- Dificuldade de acesso pelo SUS (UBS, Farmácia de Alto Custo)
- Alto custo dos medicamentos
- Forma de administração (comprimido, por exemplo)
- Rotina de uso (várias vezes ao dia, por exemplo)
- Efeitos colaterais
- Não há dificuldades
- Não sei informar

E18. A pessoa idosa sob seus cuidados pratica atividades de lazer?

Marcar todas as opções que se apliquem

- Esportes
- Dança
- Jogos
- Vai ao cinema
- Vai ao teatro
- Vai a festas
- Participa de dinâmicas grupais
- Produção de artesanato
- Passeios ao ar livre
- Passeios diversos
- Não pratica
- Não sei informar
- Outra. Qual? _____

E19. Você conhece o serviço de atendimento domiciliar da Estratégia Saúde da Família (ESF)?

- Sim
- Não

E20. A pessoa idosa com demência sob seus cuidados é ou já foi atendida pelo serviço de atendimento domiciliar?

- Sim

- Não
- Não sei informar

BLOCO F: Perfil sociodemográfico do respondente (cuidador/a)

F1. Qual sexo está informado na sua certidão de nascimento?

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

F2. 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.

- Mulher cis
- Mulher trans
- Homem cis
- Homem trans
- Travesti
- Não binária/Gênero fluido
- Agênero
- Não sei informar
- Prefiro não responder
- Outro. Qual? _____

F3. Com qual raça ou cor você se identifica?

- Branca
- Preta
- Parda
- Amarela
- Indígena
- Não sei informar

Prefiro não responder

Outro. Qual? _____

F4. Qual é o seu estado civil?

Solteira(o)

Casada(o)

Em união estável/Mora junto

Divorciada(o)/Separada(o)

Viúva(o)

Não sei informar

Prefiro não responder

F5. Qual é a sua escolaridade?

Não alfabetizado/Sem escolaridade

Alfabetizado (lê e escreve)

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

Ensino superior incompleto

Ensino superior completo

Pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado) incompleta

Pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado) completa

Não sei informar

Prefiro não responder

F6. Você possui outro vínculo de trabalho além de cuidador/a da pessoa idosa com demência?

Sim, trabalho com carteira de trabalho assinada

Sim, trabalho sem carteira de trabalho assinada

Sim, trabalho como servidora(o) pública(o)

- Sim, trabalho como autônomo/por conta própria
- Não tenho outro vínculo de trabalho.
- Outra situação de trabalho. Qual? _____

F7. Você reside no Distrito Federal?

- Sim [ir para questão F8]
- Não [ir para questão F9]

F8. Em qual região administrativa você reside?

- (XX) Águas Claras
- (XXXIII) Arniqueira
- (VIII) Bandeirante
- (IV) Brazlândia
- (XIX) Candangolândia
- (IX) Ceilândia
- (XI) Cruzeiro
- (XXXI) Fercal
- (II) Gama
- (X) Guará
- (XXVIII) Itapoã
- (XXVII) Jardim Botânico
- (XVIII) Lago Norte
- (XVI) Lago Sul
- (XXIV) Park Way
- (VI) Planaltina
- (I) Plano Piloto
- (VII) Paranoá
- (XV) Recanto das Emas
- (XVII) Riacho Fundo
- (XXI) Riacho Fundo II
- (XII) Samambaia
- (XIII) Santa Maria
- (XIV) São Sebastião

- (XXV) SCIA
- (XXIX) SIA
- (V) Sobradinho
- (XXVI) Sobradinho II
- (XXXII) Sol Nascente/Pôr do Sol
- (XXII) Sudoeste/Octogonal
- (III) Taguatinga
- (XXIII) Varjão
- (XXX) Vicente Pires

F9. Em qual cidade você reside?

- Abadiânia (GO)
- Água Fria de Goiás (GO)
- Águas Lindas de Goiás (GO)
- Alexânia (GO)
- Alto Paraíso de Goiás (GO)
- Alvorada do Norte (GO)
- Barro Alto (GO)
- Cabeceiras (GO)
- 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)
- Valparaíso de Goiás (GO)
- Vila Boa (GO)
- Vila Propício (GO)
- Arinos (MG)
- Buritis (MG)
- Cabeceira Grande (MG)
- Unai (MG)
- Outra. Qual? _____

F10. Quantas pessoas moram com você em seu domicílio?

[entrada numérica]

F11. Somando a renda de todos que moram no seu domicílio, 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)
- Mais de 10 salários mínimos (mais de R\$12.120,00)
- Não sei informar
- Prefiro não responder

F12. Você recebe algum benefício do governo?

- BPC (Benefício de Prestação Continuada)/LOAS
- Auxílio Brasil (antigo Bolsa Família)
- Seguro desemprego
- Aposentadoria/Auxílio-doença (INSS)
- Pensão
- Auxílio emergencial

- DF Social
- Prato Cheio
- Não recebo nenhum benefício
- Não sei informar
- Prefiro não responder
- Outro(s). Qual(is)? _____