



Seção C: Relação do respondente com a pessoa com epilepsia

Responda as seguintes questões com base na sua relação/parentesco com a pessoa com epilepsia.

C1. Qual é a sua relação/parentesco com a pessoa com epilepsia?

- 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 epilepsia?

- Sim
- Não
- Prefiro não responder

C3. Você recebe apoio de outras pessoas nesse cuidado?

- Sim
- Não
- Prefiro não responder



C4. De quem você mais recebe apoio no cuidado da pessoa com epilepsia?

Esposo/Esposa

Filho(s)

Mãe (avô da pessoa com epilepsia)

Pai (avô da pessoa com epilepsia)

Empregado(s)

Cuidador(es)

Amigo(s)

Prefiro não responder

Outros

Outros



C5. Quem é o/a principal responsável pela pessoa com epilepsia?

Mãe da pessoa com epilepsia

Pai da pessoa com epilepsia

Irmã da pessoa com epilepsia

Irmão da pessoa com epilepsia

Madrasta da pessoa com epilepsia

Padrasto da pessoa com epilepsia

Tia da pessoa com epilepsia

Tio da pessoa com epilepsia

Avó da pessoa com epilepsia

Avô da pessoa com epilepsia

Cuidador/a

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros

Seção D: Histórico de saúde da pessoa com epilepsia

As próximas questões abordam temas relacionados à saúde da pessoa com epilepsia sob sua responsabilidade e ao acesso a serviços e atendimentos na área da saúde por essa pessoa.

~~D1.~~ A pessoa com epilepsia possui alguma deficiência?

D16

É possível marcar mais de uma alternativa.

Sim, deficiência visual

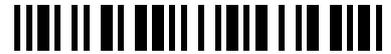
Sim, deficiência motora

Sim, deficiência mental

Sim, deficiência auditiva

Não

Não sei informar



Prefiro não responder

Outros

Outros

~~D2.~~ **Com quantos anos, aproximadamente, a pessoa teve a primeira crise epiléptica?**

D1

~~D3.~~ **Quanto tempo demorou para a pessoa ser diagnosticada após ter a primeira crise epiléptica?**

D2

Especifique o tempo aproximado em meses.

~~D4.~~ **Você e a pessoa com epilepsia enfrentaram dificuldades para chegar ao diagnóstico definitivo de epilepsia?**

D3

Marque todas as alternativas que se aplicam.

Sim, por falta de informação minha e/ou das pessoas próximas a mim sobre a epilepsia

Sim, por falta de orientação adequada dos profissionais de saúde que acessamos após as crises começarem

Sim, porque enfrentamos longa lista de espera na rede pública de saúde para acessar os profissionais e/ou exames necessários para o diagnóstico

Sim, porque não havia na rede pública de saúde os profissionais e/ou exames necessários para o diagnóstico

Sim, porque as crises da pessoa com epilepsia não eram convulsivas

Sim, porque foi difícil identificar os fatores que causavam/causam as crises epilépticas

Não enfrentamos dificuldades para chegar ao diagnóstico

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros



	Sim, está em tratamento	Sim, mas não está em tratamento	Já teve e não está mais em tratamento	Nunca teve	Não sei informar	Prefiro não responder
Ansiedade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D8. A pessoa com epilepsia sob a sua responsabilidade apresenta outra(s) condição(ões) de saúde relacionadas à epilepsia ou à síndrome epiléptica idiopática além das listadas acima?

D7

Caso a resposta seja afirmativa, especifique qual(is) outra(s) condição(ões) selecionando a opção "Outros".

Não

Não sei informar

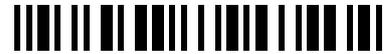
Prefiro não responder

Outros

Outros

D9. A pessoa com epilepsia sob a sua responsabilidade faz acompanhamento com alguma das especialidades médicas listadas abaixo por fatores relacionados ao diagnóstico de epilepsia (por causa dos efeitos das crises epilépticas e/ou dos efeitos do tratamento adotado)?

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



D10. A pessoa com epilepsia sob a sua responsabilidade faz acompanhamento com outra(s) especialidade(s) de saúde além das listadas acima, por fatores relacionados ao diagnóstico de epilepsia ou síndrome epiléptica idiopática?

Caso a resposta seja afirmativa, identifique qual(is) outra(s) especialidade(s) selecionando a opção "Outros".

Não

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros

D11. Onde ocorre a maior parte dos atendimentos nas especialidades selecionadas na pergunta anterior?

No Distrito Federal

Fora do Distrito Federal

D12. Em qual região administrativa ocorre a maior parte dos atendimentos?

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

D13. Especifique o estado em que ocorre a maior parte dos atendimentos.

- 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

D14. 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
- Os serviços de saúde da rede pública do DF não possuem profissionais preparados para orientar e/ou oferecer alternativas de tratamento adequadas para pessoas com epilepsia ou síndromes epiléticas idiopáticas.
- Os serviços de saúde do DF, tanto da rede pública quanto da rede privada, não possuem profissionais preparados para orientar e/ou oferecer alternativas de tratamento adequadas para pessoas com epilepsia ou síndromes epiléticas idiopáticas.
- Não sei informar
- Prefiro não responder
- Outros

Outros



D15. De modo geral, com qual frequência as consultas/atendimentos costumam ocorrer? Considere todos os atendimentos médicos relacionados à epilepsia de que a pessoa necessita.

- Diariamente
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Semestralmente
- Uma vez no ano
- Não tem frequência definida
- Não sei informar
- Prefiro não responder
- Outros

Outros

D16. Quais dificuldades você e/ou a pessoa com epilepsia já enfrentaram ao acessar os serviços de atendimento na área da saúde?

Marque todas as opções que se aplicam.

- Dificuldade de agendamento de consultas e/ou exames
- Falta de profissional especializado na rede pública
- Falta de profissional especializado na rede particular
- Profissionais sem preparo para orientar e informar pessoas com epilepsia ou síndromes epiléticas idiopáticas, bem como seus responsáveis
- 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 alguma especialidade
- Longa lista de espera para acessar o serviço de saúde
- Horário de trabalho/estudos incompatível com o horário do serviço de atendimento
- Discriminação direcionada à pessoa com epilepsia
- Dificuldade de acesso aos medicamentos antiepilépticos pela rede pública de saúde
- Dificuldade de acesso aos medicamentos antiepilépticos pela rede privada



Não enfrentei dificuldades

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros

Seção E: Experiência e convívio no ambiente escolar da pessoa com epilepsia

As próximas questões referem-se à experiência da pessoa com epilepsia sob a sua responsabilidade na escola e a possíveis situações que ela vivenciou/vivencia no ambiente escolar.

E1. A pessoa com epilepsia está frequentando alguma escola/instituição de ensino atualmente?

Ainda não está em idade escolar

Sim, frequenta escola/instituição de ensino pública

Sim, frequenta escola/instituição de ensino particular

Não, mas já frequentou escola/instituição de ensino pública

Não, mas já frequentou escola/instituição de ensino particular

Nunca estudou

Prefiro não responder

E2. Por quais motivos a pessoa com epilepsia nunca estudou ou não está estudando?

Marque todas as opções que se aplicarem.

Dificuldade para encontrar vaga em escola regular

Dificuldade para encontrar vaga em escola especial

Escolas/instituições de ensino procuradas se negaram a matricular pessoas com epilepsia ou síndrome epiléptica idiopática

Escolas/instituições de ensino procuradas não possuíam profissionais preparados para lidar com as crises epilépticas e seus efeitos físicos e psicossociais

Escolas/instituições de ensino procuradas não possuíam tutores de ensino/monitores preparados para educar pessoas com epilepsia ou síndrome epiléptica idiopática

Fui conduzido(a) pelos profissionais da escola/instituição de ensino a retirar a pessoa com epilepsia da escola/instituição de ensino após ela ter uma crise epiléptica

Eu, enquanto responsável pela pessoa com epilepsia, não me senti/sinto seguro(a) para enviar a pessoa com epilepsia para a escola/instituição de ensino

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

A pessoa com epilepsia não se sentiu seguro(a) nas escolas/instituições de ensino que frequentou



Já concluiu o ciclo escolar

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros

E3. Qual a modalidade de escola/instituição de ensino a pessoa com epilepsia sob a sua responsabilidade frequenta atualmente ou frequentou por último?

Ensino Regular

Ensino Especial

Ensino Domiciliar

Não sei informar

Prefiro não responder

E4. As pessoas no ambiente escolar da pessoa sob sua responsabilidade sabem/sabiam que ela tem/tinha epilepsia?

Caso a pessoa não esteja estudando atualmente, responda com base na última escola/instituição de ensino que ela frequentou.

Sim. Tanto os/as colegas quanto os/as professores/as e demais profissionais da escola/instituição escolar sabem/sabiam que a pessoa tem epilepsia

Sim. Os/as professores/as e demais profissionais da escola/instituição escolar sabem/sabiam que a pessoa tem epilepsia, mas os/as colegas não sabem/sabiam

Não. Tanto os/as colegas quanto os/as professores/as e demais profissionais da escola/instituição escolar não sabem/sabiam que a pessoa tem epilepsia

Não sei informar

Prefiro não responder

E5. Abaixo, são apresentadas algumas afirmações sobre a escola/instituição de ensino em que a pessoa com epilepsia sob a sua responsabilidade frequenta atualmente ou frequentou por último. Marque todas as afirmações que se apliquem.

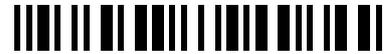
Os(As) professores(as) são/eram preparados(as) para lidar com os efeitos físicos e psicossociais do diagnóstico de epilepsia sobre os/as estudantes diagnosticados(as)

Os demais profissionais (ex.: diretor(a), coordenador(a), auxiliares pedagógicos, bibliotecários(as)) possuem/possuíam preparo para lidar com os efeitos físicos e psicossociais do diagnóstico de epilepsia sobre os/as estudantes diagnosticados(as)

A escola/instituição de ensino promove/promovia ações de acolhimento e visando a permanência de estudantes com epilepsia

A escola/instituição de ensino promove/promovia ações que visam/visavam informar seus estudantes sobre a epilepsia e combater o estigma relacionado à doença

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 a inclusão ou permanência da pessoa com epilepsia na escola/instituição de ensino
- A escola/instituição de ensino dispõe/dispunha de um(a) tutor(a) de ensino/monitor(a) para acompanhar o desenvolvimento do(a) estudante com epilepsia
- A escola/instituição de ensino dispõe/dispunha de um(a) psicopedagogo(a) para acompanhar o desenvolvimento do(a) estudante com epilepsia
- Nenhuma das opções acima se aplicam
- Não sei informar
- Prefiro não responder

E6. Abaixo, são apresentadas algumas afirmações sobre a experiência da pessoa com epilepsia sob a sua responsabilidade na escola em que estuda atualmente ou que 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 epilepsia 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 epilepsia tem/tinha 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 epilepsia tem/tinha baixo rendimento acadêmico e/ou dificuldade de aprendizado, por razões físicas e/ou psicossociais relacionadas à epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pessoa com epilepsia se sente/sentia segura na escolar/instituição de ensino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pessoa com epilepsia é/era isolado(a) dos colegas da escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você tem/tinha medo de que a pessoa com epilepsia tenha/tivesse uma crise epiléptica na escola/instituição de ensino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pessoa com epilepsia tem/tinha vergonha de ter uma crise epiléptica na escola/instituição de ensino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pessoa com epilepsia é/foi discriminada (recebeu/recebe tratamento diferenciado em relação aos seus colegas que o/a faz/fez se sentir excluído/inferiorizado) no ambiente escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pessoa com epilepsia 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 epilepsia não recebe/recebeu apoio adequado dos profissionais da escola ao ter uma crise epiléptica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pessoa com epilepsia 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"/>
A pessoa com epilepsia é/foi acolhido(a) pelos seus colegas de escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pessoa com epilepsia 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 socialização e autoestima da pessoa com epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minha rede de apoio para lidar com os efeitos físicos e psicossociais da epilepsia na pessoa sob minha responsabilidade se expandiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



E7. Abaixo, são apresentadas algumas afirmações relacionadas à adesão escolar da pessoa com epilepsia.

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
Quando a pessoa tinha/tem uma crise epiléptica na escola/instituição de ensino, ela ia/vai embora e não assistia/assiste o restante das aulas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando a pessoa tinha/tem uma crise epiléptica, eu não me sentia/sinto segura(o) para permitir que ela fosse/vá à escola/instituição de ensino nos dias seguintes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando a pessoa tinha/tem uma crise epiléptica na escola/instituição de ensino, ela mudava/muda de escola/instituição de ensino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pessoa com epilepsia perdia/perde muitas aulas para fazer consultas e exames médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A pessoa com epilepsia faltava/falta às aulas mesmo sem ter atendimentos médicos ou crises epilépticas no período	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seção F: Experiência e convívio no ambiente de trabalho da pessoa com epilepsia
As próximas questões referem-se às experiências de trabalho e a possíveis situações que a pessoa com epilepsia sob a sua responsabilidade vivencia/vivenciou no ambiente de trabalho.

F1. A pessoa com epilepsia trabalha atualmente?

Sim, trabalha com carteira assinada	<input type="checkbox"/>
Sim, trabalha sem carteira assinada	<input type="checkbox"/>
Sim, trabalha como funcionário público	<input type="checkbox"/>
Sim, trabalha como autônomo	<input type="checkbox"/>
Sim, trabalha como Microempreendedor(a) Individual (MEI)	<input type="checkbox"/>
Sim, trabalha como estagiário	<input type="checkbox"/>
Sim, trabalha como Jovem Aprendiz/Jovem Candango	<input type="checkbox"/>
Não, está aposentado(a)	<input type="checkbox"/>
Não, está desempregado(a) e procurando emprego	<input type="checkbox"/>
Não, não trabalha e nem procura emprego	<input type="checkbox"/>
Não, nunca trabalhou	<input type="checkbox"/>
Não tem idade para trabalhar	<input type="checkbox"/>
Não sei informar	<input type="checkbox"/>
Prefiro não responder	<input type="checkbox"/>



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

Marque todas as opções que se apliquem

- Médico-perito determinou que a pessoa com epilepsia não pode trabalhar (incapacidade laborativa)
- Foi demitido(a) após sofrer acidente de trabalho decorrente de uma crise epiléptica
- Foi afastado(a) ou aposentado/(a) após sofrer acidente de trabalho decorrente de uma crise epiléptica
- Foi demitido(a) após ter uma crise epiléptica no local de trabalho
- Pediu demissão após ter uma crise epiléptica no local de trabalho
- Foi demitido(a) por faltar muitas vezes ao trabalho em decorrência de crises epilépticas e/ou efeitos dos tratamentos
- Passou por situações de discriminação (recebeu/recebe tratamento diferenciado que o/a fez se sentir excluído(a)/inferiorizado(a)) no ambiente de trabalho
- Sofreu bullying (agressão física, verbal e/ou psicológica) no ambiente de trabalho por causa da epilepsia
- A epilepsia limitou o acesso da pessoa à formação escolar/capacitação necessária para trabalhar
- Nenhum dos motivos anteriores
- Não sei informar
- Prefiro não responder
- Outros

Outros

F3. As pessoas no ambiente de trabalho sabem/sabiam que a pessoa possui epilepsia ou síndrome epiléptica idiopática?

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

- Sim, tanto os/as colegas de trabalho quanto os/as superiores sabem/sabiam que a pessoa tem epilepsia
- Somente os/as colegas de trabalho sabem/sabiam que a pessoa tem epilepsia
- Somente os/as superiores sabem/sabiam que a pessoa tem epilepsia
- Não, tanto os/as colegas de trabalho quanto os/as superiores não sabem/sabiam que a pessoa tem epilepsia
- Não sei informar
- Prefiro não responder



F4. Abaixo, são apresentadas algumas afirmações sobre a experiência da pessoa com epilepsia sob a sua responsabilidade no ambiente de trabalho.

F4

Marque todas as alternativas que se aplicam.

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

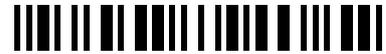
- A pessoa com epilepsia sente que precisa/já sentiu que deveria esconder de seus superiores e colegas de trabalho que possui epilepsia, por medo de ser demitido(a)
- A pessoa com epilepsia sente que precisa/já sentiu que deveria esconder de seus superiores e colegas de trabalho que possui epilepsia, por medo de ser discriminado(a)
- A pessoa com epilepsia já foi demitido(a) após ter uma crise epiléptica no local de trabalho
- A pessoa com epilepsia tem/teve dificuldade no convívio com os colegas do trabalho
- A pessoa com epilepsia já sofreu acidentes no trabalho decorrentes de crises epiléticas
- A pessoa com epilepsia não recebeu apoio adequado dos seus/suas colegas de trabalho e superiores ao ter uma crise epiléptica
- A pessoa com epilepsia percebe/percebeu que, após ter uma crise epiléptica no local de trabalho, as pessoas começaram a tratá-la(o) de forma diferente, tanto em nível pessoal como profissional
- A pessoa com epilepsia já pediu demissão no caso de ter uma crise epiléptica no ambiente de trabalho
- A pessoa com epilepsia não tem/não teve chances de crescimento/promoção no emprego
- A pessoa com epilepsia passou/passa por situações de discriminação (recebeu/recebe tratamento diferenciado que o/a fez se sentir excluído(a)/inferiorizado(a)) no ambiente de trabalho por causa da epilepsia
- A pessoa com epilepsia sofre/sofreu bullying (agressão física, verbal e/ou psicológica) no ambiente de trabalho por causa da epilepsia
- A epilepsia nunca atrapalhou o pleno desenvolvimento profissional e integração no local de trabalho da pessoa com epilepsia
- Nenhuma das alternativas anteriores se aplicam
- Prefiro não responder

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

As próximas questões referem-se à socialização, qualidade de vida e possíveis situações que a pessoa com epilepsia sob a sua responsabilidade vivenciou nos ambientes que frequenta. Também abordam a sua experiência enquanto responsável de uma pessoa com epilepsia ou síndrome epiléptica idiopática.

G1. Avalie o quanto cada uma das seguintes situações dificulta a inclusão social das pessoas com epilepsia no Distrito Federal.

	Dificulta muito	Dificulta pouco	Não dificulta	Não sei informar	Prefiro não responder
Preconceito/discriminação da sociedade	<input type="checkbox"/>				
Falta de informação/desconhecimento da sociedade sobre a epilepsia	<input type="checkbox"/>				
Preconceito por parte da família da pessoa com epilepsia	<input type="checkbox"/>				
Falta de preparo e de qualificação das escolas para receber alunos com epilepsia	<input type="checkbox"/>				
Falta de medidas que visem à inserção e à permanência de pessoas com epilepsia no mercado de trabalho	<input type="checkbox"/>				



	Dificulta muito	Dificulta pouco	Não dificulta	Não sei informar	Prefiro não responder
Falta de profissionais especializados para diagnosticar a doença e orientar adequadamente as pessoas com epilepsia	<input type="checkbox"/>				
Alto custo dos tratamentos/acompanhamentos	<input type="checkbox"/>				
Falta de programas de governo/políticas públicas voltados para pessoas com epilepsia	<input type="checkbox"/>				

G2. Abaixo, são apresentadas algumas afirmações sobre sua experiência enquanto responsável de uma pessoa com epilepsia. 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
Eu não tinha qualquer informação sobre a epilepsia até a pessoa pela qual sou responsável ser diagnosticada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dificuldade de lidar com as crises epiléticas, quando elas ocorrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Percebi que pessoas próximas se afastaram após saberem do diagnóstico da pessoa pela qual sou responsável ou após presenciarem uma crise epilética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tive que deixar o meu trabalho diversas vezes para socorrer a pessoa com epilepsia pela qual sou responsável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os acompanhamentos médicos, efeitos dos tratamentos e das crises epiléticas da pessoa pela qual sou responsável exigem uma grande quantidade do meu tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possuo uma rede de apoio que posso acionar para repartir o manejo dos efeitos físicos e psicossociais da epilepsia na pessoa pela qual sou responsável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho/tive resistência em aprovar outras formas de tratamento para a pessoa com epilepsia que não o medicamento antiepilético sugeridas pelo neurologista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não me sinto bem-vinda(o) em alguns ambientes ou eventos caso leve comigo a pessoa com epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não me sinto segura(o) para frequentar alguns ambientes ou eventos com a pessoa com epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evito contar para pessoas de fora do meu círculo social/familiar mais próximo do diagnóstico de epilepsia da pessoa pela qual sou responsável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G3. Qual(is) dos seguintes grupos de apoio, associações ou instituições você frequenta ou já frequentou?

Marque todas as alternativas que se aplicam.

- Associação Brasileira de Epilepsia (ABE)
- Liga Brasileira de Epilepsia (LBE)
- Assistência à Saúde de Pacientes com Epilepsia (ASPE)
- Viva Além das Crises
- Mães da Epilepsia (grupo de Facebook)



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

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



H5. Qual é o estado civil da pessoa com epilepsia?

- 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 epilepsia?

- 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 epilepsia reside no Distrito Federal?

Sim

Não

H8. Em qual região administrativa a pessoa com epilepsia 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 epilepsia 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

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

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 epilepsia?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Mais de 10

Não sei informar

Prefiro não responder

H12. A pessoa com epilepsia possui filhos?

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

Sim

Não

Não sei informar

Prefiro não responder



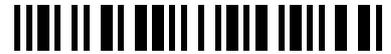
H13. Somando a renda de todos que moram na residência com a pessoa com epilepsia, a renda domiciliar mensal é de aproximadamente:

- 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 epilepsia recebe algum benefício do governo?

Marque todas as opções que se aplicarem

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



Outros

Outros

H15. A pessoa com epilepsia 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

Passé 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.~~ Você possui alguma deficiência?

I18

É possível marcar mais de uma alternativa.

Sim, deficiência visual

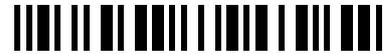
Sim, deficiência motora

Sim, deficiência mental

Sim, deficiência auditiva

Não

Não sei informar



Prefiro não responder

Outros

Outros

I2. Com quantos anos, aproximadamente, você teve a primeira crise epiléptica?

I3. Quanto tempo demorou para você ser diagnosticado(a) com epilepsia ou síndrome epiléptica idiopática após ter a primeira crise epiléptica?

Especifique o tempo aproximado em meses.

~~I4.~~ Você teve dificuldades para ser diagnosticado(a)?

I 3

Marque todas as alternativas que se aplicam.

Sim, por falta de informação minha e/ou das pessoas próximas a mim sobre a epilepsia

Sim, por falta de orientação adequada dos profissionais de saúde que acessei após as crises começarem

Sim, porque enfrentei longa lista de espera na rede pública de saúde para acessar os profissionais e/ou exames necessários para o diagnóstico

Sim, porque não havia na rede pública de saúde os profissionais e/ou exames necessários para o diagnóstico

Sim, porque foi difícil/identificar os fatores que causavam/causam as minhas crises epilépticas

Sim, porque as minhas crises não eram convulsivas

Não tive dificuldades para ser diagnosticado(a)

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros



15.

Quais os tipos de tratamento para a epilepsia você realiza atualmente e como você acessa o(s) tratamento(s)?

I 4

	Acessei o tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS)	Acessei o tratamento particular, com plano de saúde	Acessei o tratamento particular, sem plano de saúde	Não realizo o tratamento	Não sei informar	Prefiro não responder
Estimulação do nervo vago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dieta cetogênica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de medicamentos antiepiléticos sem canabidiol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de medicamentos antiepiléticos à base de canabidiol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.

Você realiza outro tratamento para a epilepsia que não foi listado na questão anterior?

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

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

Outros

17.

Sobre a administração dos sintomas da epilepsia e dos efeitos físicos e psicossociais das crises epiléticas e dos tratamentos em você, marque a alternativa que melhor se aplica ao seu caso:

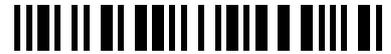
- Conto com uma rede de apoio que aciono sempre que preciso, composta por familiares, amigos e colegas de trabalho ou de escola
- Conto com uma rede de apoio que aciono sempre que preciso, composta apenas por meus familiares
- Conto com uma rede de apoio, mas costumo eu mesmo(a) manejar os efeitos físicos e psicossociais das crises epiléticas e dos tratamentos
- Não conto com uma rede de apoio e sempre lido eu mesmo(a) com os efeitos físicos e psicossociais das crises epiléticas e dos tratamentos
- Prefiro não responder

18.

Abaixo são listadas algumas afirmações relacionadas a fatores que podem levar às pessoas com epilepsia a criar mecanismos de autogestão dos efeitos físicos e psicossociais das crises epiléticas e dos tratamentos.

Marque todas que se aplicarem.

As crises são muito frequentes, por isso precisei aprender a lidar com os seus efeitos sem a ajuda de outras pessoas



I10. Você apresenta outra(s) condição(ões) de saúde relacionadas à epilepsia além das listadas acima?

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

Não

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros

I11. Você faz acompanhamento com alguma das especialidades médicas listadas abaixo por fatores relacionados ao diagnóstico de epilepsia (por causa dos efeitos das crises epiléticas e/ou dos efeitos do tratamento adotado)?

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



I12. Você faz acompanhamento com outra(s) especialidade(s) de saúde além das listadas acima, por fatores relacionados ao diagnóstico de epilepsia?

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

Não

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros

I13. 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

I14. Onde ocorre a maior parte dos atendimentos nas especialidades selecionadas na pergunta anterior?

No Distrito Federal

Fora do Distrito Federal

I15. Especifique a região administrativa na qual 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

116. Especifique em que estado a maior parte dos atendimentos ocorre.

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



I17. 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

Os serviços de saúde da rede pública do DF não possuem profissionais preparados para orientar e/ou oferecer alternativas de tratamento adequadas para pessoas com epilepsia ou síndromes epiléticas idiopáticas.

Os serviços de saúde do DF, tanto da rede pública quanto da rede privada, não possuem profissionais preparados para orientar e/ou oferecer alternativas de tratamento adequadas para pessoas com epilepsia ou síndromes epiléticas idiopáticas.

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros

I18. Quais dificuldades você já enfrentou 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

Profissionais sem preparo para orientar e informar pessoas com epilepsia ou síndromes epiléticas idiopáticas

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 alguma especialidade

Longa lista de espera para acessar o serviço de saúde

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

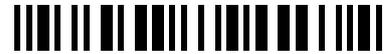
Sofri/sofro discriminação por causa da epilepsia

Tenho/tive dificuldade de acesso aos medicamentos antiepilépticos pela rede pública de saúde

Tenho/tive dificuldade de acesso aos medicamentos antiepilépticos pela rede privada

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/vivencia no ambiente escolar.

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

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

Prefiro não responder

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

Marque todas as opções que se apliquem.

Dificuldade para encontrar vaga em escola regular

Dificuldade para encontrar vaga em escola especial

Escolas/instituições de ensino procuradas se negaram a matricular pessoas com epilepsia ou síndrome epiléptica idiopática

Escolas/instituições de ensino procuradas não possuíam profissionais preparados para lidar com as crises epiléticas e seus efeitos físicos e psicossociais

Escolas/instituições de ensino procuradas não possuíam tutores de ensino/monitores preparados para educar pessoas com epilepsia ou síndrome epilética idiopática

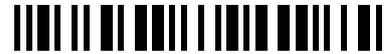
Meus familiares/responsáveis não se sentiram/sentem seguros para me enviar para a escola/instituição de ensino

Não me senti confortável/seguro(a) para frequentar escolas/instituições de ensino

Os efeitos das crises epiléticas e/ou dos tratamentos me impediram de frequentar escolas/instituições de ensino

Já concluí o ciclo escolar

Prefiro não responder



Outros



Outros

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

J5

Ensino Regular

Ensino Especial

Ensino Domiciliar

Não sei informar

Prefiro não responder

J4. As pessoas no seu ambiente escolar sabem/sabiam que você tinha epilepsia?

Sim, tanto meus/minhas colegas quanto os/as professores/as e demais profissionais da escola/instituição escolar sabem/sabiam que sou uma pessoa com epilepsia

Sim, os/as professores/as e demais profissionais da escola/instituição escolar sabem/sabiam que sou uma pessoa com epilepsia, mas meus/minhas colegas não sabiam

Não, tanto meus/minhas colegas quanto os/as professores/as e demais profissionais da escola/instituição escolar não sabem/sabiam que sou uma pessoa com epilepsia

Não sei informar

Prefiro não responder

J5. 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 aplicam.

Os(As) professores(as) são/eram preparados(as) para lidar com os efeitos físicos e psicossociais do diagnóstico de epilepsia sobre os/as estudantes diagnosticados(as)

Os demais profissionais (ex.: diretor(a), coordenador(a), auxiliares pedagógicos, bibliotecários(as)) possuem/possuíam preparo para lidar com os efeitos físicos e psicossociais do diagnóstico de epilepsia sobre os/as estudantes diagnosticados(as)

A escola/instituição de ensino promove/promovia ações de acolhimento e visando a permanência de estudantes com epilepsia

A escola/instituição de ensino promove/promovia ações que visam/visavam informar seus estudantes sobre a epilepsia e combater o estigma relacionado à doença

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 ou permanência (após uma crise epiléptica) na escola/instituição de ensino

Fui conduzido(a), por ações diretas ou indiretas por parte dos profissionais da escola/instituição de ensino, a deixar a escola/instituição de ensino após ter uma crise epiléptica

A escola/instituição de ensino dispõe/dispunha de um(a) pedagogo(a) para acompanhar o desenvolvimento do aluno com epilepsia

A escola/instituição de ensino dispõe/dispunha de um(a) psicopedagogo(a) para acompanhar o desenvolvimento do aluno com epilepsia

Nenhuma das opções acima se aplicam



Não sei informar

Prefiro não responder

J6. 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 tem/tinha baixo rendimento acadêmico e/ou dificuldade de aprendizado, por razões físicas e/ou psicossociais relacionadas à epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você se sente/sentia seguro(a) na escola/instituição de ensino	<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 sente/sentia medo de ter uma crise epiléptica na escola/instituição de ensino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você sente/sentia vergonha de ter uma crise epiléptica na escola/instituição de ensino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você sente/sentia seu aprendizado prejudicado por um excesso de proteção por parte dos profissionais da sua escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você se sente/sentiu discriminado(a) (recebe/recebeu tratamento diferenciado em relação aos seus colegas que o/a fez 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 não recebe/recebeu apoio adequado dos profissionais da escola ao ter uma crise epiléptica	<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 é/foi acolhido(a) pelos seus colegas de 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/instituição de ensino contribui/contribuiu para sua socialização e autoestima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sua rede de apoio para lidar com os efeitos físicos e psicossociais da epilepsia se expandiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



J7. Abaixo, são apresentadas algumas afirmações relacionadas à sua adesão escolar.

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
Quando você tem/tinha uma crise epiléptica na escola/instituição de ensino, você vai/ia embora e não assiste/assistia o restante das aulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando você tem/tinha uma crise epiléptica seus responsáveis impedem/impediam você de ir à escola/instituição de ensino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando você tem/tinha uma crise epiléptica, não se sente/sentia segura(o) para ir à escola/instituição de ensino nos dias seguintes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando você tem/tinha uma crise epiléptica na escola/instituição de ensino, você muda/mudava de escola/instituição de ensino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você perde/perdia muitas aulas para fazer consultas e exames médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você falta/faltava às aulas mesmo sem ter atendimentos médicos ou crises epilépticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>
Sim, trabalho sem carteira assinada	<input type="checkbox"/>
Sim, trabalho como funcionário público	<input type="checkbox"/>
Sim, trabalho como autônomo	<input type="checkbox"/>
Sim, trabalho como Microempreendedor(a) Individual (MEI)	<input type="checkbox"/>
Sim, trabalho como estagiário	<input type="checkbox"/>
Sim, trabalho como Jovem Aprendiz/Jovem Candango	<input type="checkbox"/>
Não, estou aposentado(a)	<input type="checkbox"/>
Não, estou desempregado(a) e procurando emprego	<input type="checkbox"/>
Não, não trabalho e nem procuro emprego	<input type="checkbox"/>
Não, nunca trabalhei	<input type="checkbox"/>
Não sei informar	<input type="checkbox"/>
Prefiro não responder	<input type="checkbox"/>



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

Marque todas as opções que se apliquem.

- Médico-perito determinou que não posso trabalhar (incapacidade laborativa)
- Fui demitido(a) após sofrer acidente de trabalho decorrente de uma crise epiléptica
- Fui afastado(a) ou aposentado/(a) após sofrer acidente de trabalho decorrente de uma crise epiléptica
- Fui demitido após ter uma crise epiléptica no local de trabalho
- Pedi demissão após ter uma crise epiléptica no local de trabalho
- Fui demitido por faltar muitas vezes ao trabalho em decorrência de crises epiléticas e/ou efeitos dos tratamentos
- 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
- A epilepsia limitou meu acesso à formação escolar/capacitação necessária para trabalhar
- Nenhum dos motivos anteriores
- Não sei informar
- Prefiro não responder
- Outros

Outros

K3. As pessoas no seu ambiente de trabalho sabem/sabiam que você é uma pessoa com epilepsia ou síndrome epiléptica idiopática?

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

- Sim, tanto meus/minhas colegas de trabalho quanto os/as meus/minhas superiores sabem/sabiam que sou uma pessoa com epilepsia ou síndrome epiléptica idiopática
- Somente meus/minhas colegas de trabalho sabem/sabiam que sou uma pessoa com epilepsia ou síndrome epiléptica idiopática
- Somente os/as meus/minhas superiores sabem/sabiam que sou uma pessoa com epilepsia ou síndrome epiléptica idiopática
- Não, tanto meus/minhas colegas quanto meus/minhas superiores não sabem/sabiam que sou uma pessoa com epilepsia ou síndrome epiléptica idiopática
- Não sei informar
- Prefiro não responder



K4. Abaixo, são apresentadas algumas afirmações sobre sua experiência
 K5 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 sente que precisa/já sentiu que deveria esconder de seus superiores e colegas de trabalho que possui epilepsia, por medo de ser demitido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você sente que precisa/já sentiu que deveria esconder de seus superiores e colegas de trabalho que possui epilepsia, por medo de ser discriminado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você foi demitido(a) após ter uma crise epiléptica no local de trabalho	<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"/>
Já sofri acidentes no trabalho decorrentes de crises epilépticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você não recebeu apoio adequado dos seus/suas colegas de trabalho e superiores ao ter uma crise epiléptica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você percebe/percebeu que, após ter uma crise epiléptica no local de trabalho, as pessoas começaram a te tratar de forma diferente, tanto em nível pessoal como profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você pediria demissão no caso de ter uma crise epiléptica no ambiente de 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"/>
Você passou/passa por situações de discriminação (recebeu/recebe tratamento diferenciado que o/a fez se sentir excluído(a)/inferiorizado(a)) no ambiente de trabalho por causa da epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofri/sofro bullying (agressão física, verbal e/ou psicológica) no ambiente de trabalho por causa da epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A epilepsia nunca atrapalhou o meu pleno desenvolvimento profissional e integração no local de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

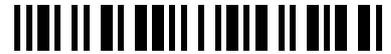
Seção L: Qualidade de vida e convívio social

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

L1. Quais das situações listadas a seguir você já experimentou por causa do diagnóstico de epilepsia ou de síndrome epiléptica idiopática?

Marque todas as alternativas que se aplicam.

- Não me sinto bem-vinda(o) em alguns ambientes ou eventos
- Não me sinto segura(o) para frequentar alguns ambientes ou eventos
- Evito expandir meu círculo social
- Não gosto ou não me sinto seguro (a) para participar de atividades sociais em lugares públicos e/ou desconhecidos
- Perdi amizades após o diagnóstico ou após uma crise epiléptica

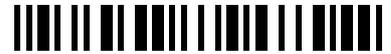


Perdi o contato com familiares após o meu diagnóstico ou após uma crise epiléptica	<input type="checkbox"/>
Meus relacionamentos romântico-sexuais foram/são prejudicados pela doença e seus efeitos	<input type="checkbox"/>
Você sentiu que sua socialização na infância foi prejudicada por um excesso de proteção por parte dos seus responsáveis	<input type="checkbox"/>
Sou/fui excluído de atividades sociais	<input type="checkbox"/>
Tenho medo de ter uma crise epiléptica em um lugar que não conheço e/ou entre pessoas desconhecidas	<input type="checkbox"/>
Não dirijo por medo ou por não poder tirar a carteira de motorista	<input type="checkbox"/>
Não costumo viajar para determinados lugares por medo de ter uma crise epiléptica e não ter a assistência adequada	<input type="checkbox"/>
Não costumo viajar de avião por medo de ter uma crise epiléptica durante o voo	<input type="checkbox"/>
Não costumo viajar sem companhia	<input type="checkbox"/>
Não sei informar	<input type="checkbox"/>
Prefiro não responder	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>

Outros

L2. Avalie o quanto cada uma das seguintes situações dificulta a inclusão social das pessoas com epilepsia no Distrito Federal

	Dificulta muito	Dificulta pouco	Não dificulta	Não sei informar	Prefiro não responder
Preconceito/discriminação da sociedade	<input type="checkbox"/>				
Falta de informação/desconhecimento da sociedade sobre a epilepsia	<input type="checkbox"/>				
Preconceito por parte da família da pessoa com epilepsia	<input type="checkbox"/>				
Falta de preparo e de qualificação das escolas para receber alunos com epilepsia	<input type="checkbox"/>				
Falta de medidas que visem à inserção e à permanência de pessoas com epilepsia no mercado de trabalho	<input type="checkbox"/>				
Falta de profissionais especializados para diagnosticar a doença e orientar adequadamente as pessoas com epilepsia	<input type="checkbox"/>				
Alto custo dos tratamentos/acompanhamentos	<input type="checkbox"/>				
Falta de programas de governo/políticas públicas voltados para pessoas com epilepsia	<input type="checkbox"/>				



L3. Qual dos seguintes grupos de apoio, associações ou instituições você frequenta/frequentou?

Associação Brasileira de Epilepsia (ABE)

Liga Brasileira de Epilepsia (LBE)

Assistência à Saúde de Pacientes com Epilepsia (ASPE)

Viva Além das Crises

Mães da Epilepsia (grupo de facebook)

Não participo nem tenho conhecimento de nenhum grupo, associação ou instituição

Não sei informar

Prefiro não responder

Outros

Outros

Seção M: Perfil sociodemográfico

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

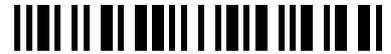
Feminino

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



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 quantos filhos(as) no espaço para comentários.

Sim

Não

Não sei informar

Prefiro não responder



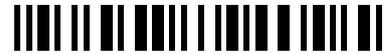
M12. Somando a renda de todos que moram na sua residência, a renda domiciliar mensal é de aproximadamente:

- 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

Passê Livre Especial (BRB Mobilidade)

Morar bem

Não sou beneficiário de nenhum programa social do Governo do Distrito Federal

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**