

ESTUDO SOBRE PESSOAS IDOSAS COM DEMÊNCIA E CUIDADORES NO DISTRITO FEDERAL

QUESTIONÁRIO 1 – Perfil 1: Cuidador/a familiar 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 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: Relação do respondente com a pessoa idosa com demência

C1. Qual é a sua relação/parentesco com a pessoa idosa com demência sob seus cuidados?

Esposa(o)

Filha(o)

Neta(o)

Sobrinha(o)

Irmã(o)

Amiga(o)

Vizinha(o)

Outro. Qual? _____

C2. Você é a/o principal responsável pelos cuidados da pessoa idosa com demência?

Sim [ir para questão C3]

Não [ir para questão C5]

C3. Você recebe apoio de outras pessoas nesse cuidado?

Sim [ir para questão C4]

Não [ir para questão C6]

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

- Do meu esposo/Da minha esposa
- Do(s) meu(s) filho(s)
- Do(s) meu(s) familiar(es)/parente(s)
- Do(s) meu(s) amigo(s)
- Do(s) meu(s) vizinho(s)
- Do(s) meu(s) empregado(s)
- De cuidador(es) profissional(ais) particular(es)
- Outro. De quem? _____

C5. Quem é o/a principal responsável pelos cuidados da pessoa idosa com demência?

- Esposa(o) da pessoa idosa com demência
- Filha(o) da pessoa idosa com demência
- Neta(o) da pessoa idosa com demência
- Sobrinha(o) da pessoa idosa com demência
- Irmã(o) da pessoa idosa com demência
- Amiga(o) da pessoa idosa com demência
- Vizinha(o) da pessoa idosa com demência
- Cuidador(es) profissional(ais) particular(es)
- Não sei informar
- Outro. Quem? _____

C6. Você é o/a responsável financeiro (ou seja, responsável por todas ou pela maior parte das despesas) da pessoa idosa com demência?

- Sim
- Não
- Não sei informar

C7. Você mora na mesma casa ou terreno que a pessoa idosa com demência sob seus cuidados?

- Sim
- Não

C8. Qual o principal motivo que fez você se tornar cuidador/a da pessoa idosa com demência?

- Relação de intimidade

- Vontade
- Decisão própria
- Grau de parentesco
- Única pessoa disponível
- Proximidade geográfica (morar perto)
- Outro. Qual? _____
- Não sei informar

BLOCO D: Experiência e trabalho como cuidador/a

D1. Há quanto tempo você cuida da pessoa idosa com demência sob sua responsabilidade?

- Menos de 6 meses
- De 7 a 12 meses
- De 1 ano a 3 anos
- De 4 a 5 anos
- Mais de 5 anos

D2. Quantos dias da semana, em média, você cuida 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

D3. Em um dia típico, 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

D4. Você já fez algum curso de formação/capacitação para exercer a função de cuidador/a?

- Sim
- Curso em andamento
- Não
- Não sei informar

D5. Quais atividades você costuma realizar no cuidado 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)? _____

D6. Você realiza atividades domésticas quando atua como 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 quando atuo como cuidador/a

D7. Qual é o seu grau de dificuldade para realizar as seguintes atividades ao cuidar 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)					

D8. Você recebe algum auxílio financeiro para cuidar da pessoa idosa com demência?

- Sim
- Não
- Prefiro não responder

D9. Você recebe/recebeu informações sobre a demência desde que começou a cuidar da pessoa idosa com demência sob sua responsabilidade/que você está acompanhando?

- 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 um(a) cuidador(a) profissional
- Sim, de outro(s)/outra(s) profissional(is)
- Sim, da minha família/família da pessoa idosa com demência
- Não recebo/recebi informações
- Não sei informar

D10. 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)/outra(s) cuidador(es)/cuidadora(s)
- 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
- Não busco informações
- Não sei informar
- Outro. Qual? _____

D11. 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

D12. 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 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? _____

D13. 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 profissionais que me ajuda
- Dificuldade de comunicação/relacionamento com meus familiares/familiares da pessoa idosa com demência
- 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
- Falta de conhecimento
- Fadiga
- Outro. Qual? _____

D14. Como a pandemia da Covid-19 impactou sua rotina como cuidador/a da 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 apliquem

- Tive/Tenho dificuldades em fazer com que a pessoa idosa sob meus cuidados e familiares 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 pessoa idosa com demência aumentou e me senti sobrecarregado(a)
- Me senti/Me sinto ansioso(a), nervoso(a), deprimido(a) e/ou estressado(a) com o cuidado da pessoa idosa durante a pandemia
- Fiquei/fico preocupado(a) com minha saúde
- Fiquei/fico preocupado(a) com a saúde da pessoa idosa 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 para cuidar da pessoa idosa com demência
- Eu me tornei cuidador/a da pessoa idosa com demência devido à pandemia da Covid-19
- Contei com menos apoio do que contava anteriormente ou não contei com nenhum apoio durante a pandemia
- Não acredito que a pandemia tenha impactado minha rotina como cuidador/a

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

E1. Em geral, como você avalia sua saúde?

- Excelente
- Boa
- Moderada
- Ruim
- Péssima

E2. Você possui alguma deficiência?

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

E3. Você já recebeu o diagnóstico de alguma dessas doenças ou problemas de saúde por parte de um médico 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)			

E4. 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? _____

E5. Onde ocorre a maior parte dos atendimentos de saúde que você costuma realizar?

() No Distrito Federal [ir para questão E6]

() Fora do Distrito Federal [ir para questão E7]

E6. 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

E7. 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)
- Unaí (MG)
- Outra. Qual? _____

E8. 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
- Outra. Qual? _____
- Não tive dificuldades

E9. Quais das seguintes situações você vivenciou ou vivencia desde que começou a cuidar da pessoa idosa com demência sob sua responsabilidade? Marque a(s) alternativas que melhor descreve(m) a sua experiência.

Marcar todas as opções que se apliquem

- Não consigo ou tenho muita dificuldade em participar de reuniões e eventos de amigos e familiares
- Não consigo ou tenho muita dificuldade em fazer viagens e passeios
- Tive que sair no meu trabalho/Tive que parar de trabalhar por causa da função de cuidador/a
- Tive que parar de estudar por causa da função de cuidador/a

- () Diminuí a frequência ou deixei de praticar exercícios físicos
- () Diminuí a frequência ou deixei de praticar meus hobbies
- () Não tenho tempo suficiente para mim/para minhas atividades
- () Enfrento/Enfrentei dificuldades financeiras
- () Outra. Qual? _____

E10. 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 receio/medo pelo meu futuro.				
Eu sinto que serei incapaz de cuidar da pessoa idosa com demência por muito mais tempo.				
Eu gostaria que outra pessoa cuidasse da pessoa idosa com demência sob meus cuidados.				
Eu sinto que poderia cuidar melhor da pessoa idosa com demência sob meus cuidados.				

E11. 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
- () Não
- () Prefiro não responder

E12. Você conhece ou participa de algum grupo de apoio ou de capacitação para cuidadores/as?

- () 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

E13. 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 E12]

() _____

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

F1. Qual é a idade da pessoa idosa com demência de quem você cuida?

[entrada numérica]

F2. Qual é o sexo de nascimento da pessoa idosa com demência de quem você cuida?

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

F3. 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

F4. A pessoa idosa de quem você cuida já tem o diagnóstico de demência?

- Sim, já é diagnosticada com demência [ir para questão F5]
- Está em processo de diagnóstico [ir para questão F7]
- Não sei informar [ir para questão F8]

F5. 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

F6. Há quanto tempo a pessoa idosa de quem você cuida tem o diagnóstico de demência?

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

F7. 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 particular 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

F8. 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

F9. Como é feito o acompanhamento médico da demência atualmente?

() Pelo SUS

() Por convênio médico ou serviço particular

() Parte pelo SUS e parte por convênio médico ou serviço particular

() Não sei informar

F10. 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				
Problema crônico de coluna (dor crônicas nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco, ou outro)				

F11. 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? _____

F12. Onde ocorre a maior parte dos atendimentos que a pessoa idosa com demência costuma realizar?

- () No Distrito Federal [ir para questão F13]
- () Fora do Distrito Federal [ir para questão F14]

F13. 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) Itapo
- () (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

F14. Em qual cidade ocorre a maior parte dos atendimentos que a pessoa idosa com demência costuma realizar?

- () Abadiânia (GO)
- () gua 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)
- () Unaí (MG)

F15. 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 com o transporte
- Dificuldade com o agendamento do serviço
- Não tinha médico(a)/profissional atendendo
- Não tinha serviço ou profissional especializado
- O serviço ou equipamento não estava funcionando
- Não conseguimos vaga ou senha
- Não podia pagar
- Dificuldade em transportar a pessoa idosa com demência ou em processo de diagnóstico
- Falta de informação sobre onde buscar atendimento
- Outro motivo. Qual? _____
- Não enfrentamos dificuldades
- Não sei informar

F16. A pessoa idosa com demência sob seus cuidados faz uso de medicação de uso contínuo?

- Sim [ir para questão F17]
- Não [ir para questão F18]
- Não sei informar [ir para questão F18]

F17. 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)
- Recusa da pessoa com demência ou processo de diagnóstico
- Efeitos colaterais
- Não há dificuldades
- Não sei informar

F18. O idoso 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? _____

F19. Você conhece o serviço de atendimento domiciliar da Estratégia Saúde da Família (ESF)?

- Sim
- Não

F20. A pessoa idosa com demência sob seus cuidados é ou já foi atendida pelo serviço de atendimento domiciliar?

- Sim
- Não
- Não sei informar

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

G1. Qual sexo está informado na sua certidão de nascimento?

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

G2. 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? _____

G3. Com qual raça ou cor você se identifica?

- Branca
- Preta
- Parda
- Amarela
- Indígena
- Não sei informar
- Prefiro não responder
- Outro. Qual? _____

G4. 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

G5. 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

G6. Qual é a sua situação de trabalho?

- Trabalho com carteira de trabalho assinada
- Trabalho sem carteira de trabalho assinada
- Trabalho como servidora(o) pública(o)
- Trabalho como autônomo/por conta própria
- Sou aposentada(o)/pensionista(o)
- Sou dona(o) de casa/do lar
- Sou estudante
- Estou desempregada(o)
- Outro. Qual? _____

G7. Você reside no Distrito Federal?

- Sim [ir para questão G8]
- Não [ir para questão G9]

G8. 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

G9. 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)
- Unaí (MG)
- Outra. Qual? _____

G10. Quantas pessoas moram com você em seu domicílio?

[entrada numérica]

G11. 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

G12. 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)? _____

