

ESTUDO SOBRE PESSOAS IDOSAS COM DEMÊNCIA E CUIDADORES NO DISTRITO FEDERAL

QUESTIONÁRIO 3 – Perfil 3: Cuidador/a profissional institucionalizado/a 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 Codeplan. 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 politicas.sociais@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

() Domicílio particular

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

- Entrevista por telefone
- Outro. Qual? _____

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

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

B3. Você é:

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

B4. Qual é a sua data de nascimento?

- [entrada numérica]

BLOCO C: Experiência e trabalho como cuidador/a

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

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

C2. Qual sua formação principal?

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

- Enfermeiro/a
- Farmacêutico/a
- Fisioterapeuta
- Fonoaudiólogo/a
- Médico/a
- Odontólogo/a
- Psicólogo/a
- Terapeuta Ocupacional
- Estagiário/a de curso de saúde
- Não tenho formação específica para cuidar de pessoas idosas
- Outro. Qual? _____

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

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

C4. Você possui outro(s) emprego(s) além do trabalho nesta instituição/na instituição onde você cuida de pessoas idosas com demência?

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

C5. Você já havia tido outra experiência como cuidador/a de pessoa idosa com demência?

- Sim
- Não

[Caso o entrevistado tenha mais de um trabalho em que cuida de pessoas idosas com demência, as próximas questões desse bloco - C6 a C20 - terão como referência o trabalho na instituição de longa permanência para idosos onde ele foi abordado. No caso do/a entrevistado/a ser abordado/a fora da

instituição e trabalhar em mais de uma instituição, as questões C6 a C20 a terão como referência a experiência em que ele está há mais tempo.]

C6. Há quanto tempo você trabalha nesta instituição de longa permanência para idosos/abrigo?

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

C7. Qual tipo de vínculo você possui em seu trabalho nesta instituição/na instituição onde você cuida de pessoas idosas com demência?

- () Informal ou autônomo
- () Microempreendedor individual (MEI)
- () Carteira de trabalho registrada como cuidador/a
- () Carteira de trabalho registrada como profissional de saúde
- () Carteira de trabalho registrada como outro profissional (atendente, maqueiro, auxiliar e outros)
- () Contrato de prestação de serviços
- () Prefiro não responder
- () Outro. Qual? _____

C8. Em um dia típico de trabalho nesta instituição/na instituição em que você cuida de pessoas idosas com demência, quantos pessoas idosas em processo demencial você costuma atender/cuidar?

- () [entrada numérica]
- () Não sei informar
- () Não posso responder

C9. Quantos dias da semana, em média, você trabalha nesta instituição/na instituição em que você cuida de pessoas idosas com demência?

- () 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

C10. Em um dia típico de trabalho, quantas horas diárias, em média, você dedica aos cuidados das pessoas idosas 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

C11. Atualmente, quanto você recebe por mês como cuidador/a nesta instituição/na instituição em que você cuida de pessoas idosas com demência?

Menos de R\$600,00

De R\$600,00 até R\$1.212,00 (até 1 salário mínimo, inclusive)

De R\$1.212,00 até R\$2.424,00 (de 1 até 2 salários mínimos, inclusive)

De R\$2.424,00 até R\$3.636,00 (de 2 até 3 salários mínimos, inclusive)

Mais de R\$3.636,00 (mais de 3 salários mínimos)

Prefiro não responder

C12. Nesta instituição/Na instituição em que você cuida de pessoas idosas com demência, existem programas institucionais de apoio psicológico aos cuidadores?

Sim, mas nunca participei

Sim, participo ativamente

Sim, já participei

Não existe

Não sei informar

Prefiro não responder

C13. Quais as principais dificuldades enfrentadas por você em seu trabalho de cuidado de pessoas idosas com demência nesta instituição/na instituição em que você atua?

Marcar todas as opções que se aplicarem

Dificuldade de comunicação com a pessoa idosa

Dificuldade de comunicação/relacionamento com a equipe de trabalho

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

Alterações de humor e de comportamento da pessoa idosa com demência

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

C14. Você recebe/recebeu informações sobre a demência desde que começou a cuidar de pessoa(s) idosa(s) com demência ou em processo de diagnóstico?

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

C15. Quando você tem dúvidas sobre a melhor forma de cuidar da pessoa idosa com demência ou não sabe como proceder em determinada situação no cuidado, onde você busca informações?

Marcar todas as opções que se apliquem

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

Não busco informações

Não sei informar

C16. Você se considera preparado/a para desempenhar a função de cuidador/a da pessoa idosa com demência?

Sim

Não

Nem sempre

Prefiro não responder

C17. Quais dos seguintes recursos você acredita que te ajudariam em sua rotina como cuidador/a de uma pessoa idosa com demência ou em processo de diagnóstico?

Marcar todas as opções que se apliquem

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

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

Participar de oficinas e cursos de capacitação

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

Ter apoio psicológico por parte de profissionais especializados

Realizar atividades de autocuidado

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

Ter com quem dividir o cuidado

Outro. Qual? _____

C18. Você depende de transporte público para chegar à instituição em que você trabalha como cuidador/a de pessoas idosas com demência?

Sim. Quantos? _____ [ir para questão C19]

Não [ir para questão C20]

C19. Qual é o tempo, em média, do deslocamento da sua casa até a instituição em que você trabalha como cuidador de pessoas idosas com demência?

Menos de 1 hora

Entre 1 e 2 horas

Mais de 2 horas

Não sei informar

C20. Como a pandemia da covid-19 impactou seu trabalho como cuidador/a de pessoa idosa com demência? Indique a(s) alternativa(s) que melhor descreve(m) os principais desafios/dificuldades enfrentados por você por causa da pandemia.

Marcar todas as opções que se apliquem

Tive/Tenho dificuldades em fazer com que os pacientes entendessem/entendam o protocolo de prevenção à Covid-19

Tive/tenho que dormir com o(a) paciente

Tive/Tenho dificuldades de acesso a recursos materiais necessários (EPIs, por exemplo)

Meu tempo de dedicação à(s) pessoa(s) idosa(s) com demência aumentou e me senti sobrecarregado(a)

Me senti/Me sinto ansioso(a), nervoso(a), deprimido(a) e/ou estressado(a) por conta do trabalho durante a pandemia

Fiquei/fico preocupado(a) com minha saúde

Fiquei/fico preocupado(a) com a saúde da(s) pessoa(s) idosa(s) sob meus cuidados

Vivi/Vivo um processo de luto relacionado a perda de um familiar

Vivi/Vivo um processo de luto relacionado a perda de um paciente

Não ter tido/não ter mais o auxílio dos familiares do paciente

Tive/tenho que utilizar transporte público para trabalhar

Enfrentei/enfrento dificuldades financeiras pela perda de trabalho(s) durante a pandemia

Não acredito que a pandemia tenha impactado minha rotina de trabalho

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

D1. Em geral, como você avalia sua saúde?

Excelente

Boa

Moderada

Ruim

Péssima

D2. Você possui alguma deficiência?

Sim, deficiência visual

- () Sim, deficiência motora
- () Sim, deficiência mental/intelectual
- () Sim, deficiência auditiva
- () Sim, outra deficiência
- () Não possui deficiência
- () Não sei informar
- () Prefiro não responder

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

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

Marcar todas as opções que se apliquem

- () Unidade Básica de Saúde (UBS)/Unidade de Saúde da Família
- () Policlínica pública/Ambulatório de hospital público
- () Unidade de Pronto Atendimento (UPA)/emergência de hospital público (24 horas)
- () Consultório particular/clínica privada
- () Emergência de hospital privado (24 horas)
- () Atendimento domiciliar particular

- Atendimento em clínicas escolas/projetos sociais de Universidades
- Farmácia
- Outro. Qual? _____

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

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

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

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

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

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

- Abadiânia (GO)
- Água Fria de Goiás (GO)
- Águas Lindas de Goiás (GO)
- Alexânia (GO)
- Alto Paraíso de Goiás (GO)
- Alvorada do Norte (GO)
- Barro Alto (GO)
- Cabeceiras (GO)
- Cavalcante (GO)
- Cidade Ocidental (GO)
- Cocalzinho de Goiás (GO)
- Corumbá de Goiás (GO)
- Cristalina (GO)
- Flores de Goiás (GO)
- Formosa (GO)
- Goianésia (GO)
- Luziânia (GO)
- Mimoso de Goiás (GO)
- Niquelândia (GO)
- Novo Gama (GO)

- Padre Bernardo (GO)
- Pirenópolis (GO)
- Planaltina (GO)
- Santo Antônio do Descoberto (GO)
- São João d Aliança (GO)
- Simolândia (GO)
- Valparaíso de Goiás (GO)
- Vila Boa (GO)
- Vila Propício (GO)
- Arinos (MG)
- Buritis (MG)
- Cabeceira Grande (MG)
- Unai (MG)
- Outra. Qual? _____

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

Marcar todas as opções que se apliquem

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

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

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

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

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

- Sim
- Não
- Prefiro não responder

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

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

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

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

E1. Nesta instituição/Na instituição em que você trabalha como cuidador/a de pessoa idosa com demência, há mais de uma pessoa idosa com demência ou em processo demencial sob seus cuidados?

- Sim, cuido de mais de uma pessoa idosa com demência [pular para bloco F]
- Não, cuido apenas de uma pessoa idosa com demência [ir para questão E2]

E2. Qual é a idade da pessoa idosa com demência de quem você cuida?

[entrada numérica]

E3. Qual é o sexo de nascimento da pessoa idosa com demência de quem você cuida?

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

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

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

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

- Doença de Alzheimer
- Demência vascular
- Demência frontotemporal
- Demência por corpos de Lewy
- Demência senil
- Demência por Parkinson
- Não sei informar
- Outra. Quais? _____

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

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

() Não sei informar

E7. 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

E8. Como é feito o acompanhamento médico da demência atualmente?

() Pelo SUS

() Por convênio médico ou serviço particular

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

() Não sei informar

E9. 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)				

E10. A pessoa idosa com demência sob seus cuidados faz uso de medicação de uso contínuo?

- () Sim [ir para questão para E11]
() Não [ir para questão para E12]
() Não sei informar [ir para questão para E12]

E11. Quais as principais dificuldades para o uso das medicações prescritas?

Marcar todas as opções que se aplicarem

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

E12. A pessoa idosa sob seus cuidados pratica atividades de lazer?

Marcar todas as opções que se aplicarem

- () 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? _____

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

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

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

F2. Quanto à identidade de gênero, como você se identifica?

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

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

() Outro. Qual? _____

F3. Com qual raça ou cor você se identifica?

() Branca

() Preta

() Parda

() Amarela

() Indígena

() Não sei informar

() Prefiro não responder

() Outro. Qual? _____

F4. Qual é o seu estado civil?

() Solteira(o)

() Casada(o)

() Em união estável/Mora junto

() Divorciada(o)/Separada(o)

() Viúva(o)

() Não sei informar

() Prefiro não responder

F5. Qual é a sua escolaridade?

() Não alfabetizado/Sem escolaridade

() Alfabetizado (lê e escreve)

() Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo

() Educação de Jovens e Adultos (EJA) do ensino fundamental ou supletivo do ensino fundamental

() Educação de Jovens e Adultos (EJA) do ensino médio ou supletivo do ensino médio

() Ensino técnico incompleto

() Ensino técnico completo

() Ensino superior incompleto

() Ensino superior completo

- Pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado) incompleta
- Pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado) completa
- Não sei informar
- Prefiro não responder

F6. Você possui outro vínculo de trabalho além de cuidador/a na instituição?

- Sim, trabalho com carteira de trabalho assinada
- Sim, trabalho sem carteira de trabalho assinada
- Sim, trabalho como servidora(o) pública(o)
- Sim, trabalho como autônomo/por conta própria
- Não tenho outro vínculo de trabalho
- Outra situação de trabalho. Qual? _____

F7. Você reside no Distrito Federal?

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

F8. Em qual região administrativa você reside?

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

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

F9. Em qual cidade você reside?

- () Abadiânia (GO)
- () Água Fria de Goiás (GO)
- () Águas Lindas de Goiás (GO)
- () Alexânia (GO)
- () Alto Paraíso de Goiás (GO)
- () Alvorada do Norte (GO)
- () Barro Alto (GO)
- () Cabeceiras (GO)
- () Cavalcante (GO)
- () Cidade Ocidental (GO)
- () Cocalzinho de Goiás (GO)
- () Corumbá de Goiás (GO)
- () Cristalina (GO)

- Flores de Goiás (GO)
- Formosa (GO)
- Goianésia (GO)
- Luziânia (GO)
- Mimoso de Goiás (GO)
- Niquelândia (GO)
- Novo Gama (GO)
- Padre Bernardo (GO)
- Pirenópolis (GO)
- Planaltina (GO)
- Santo Antônio do Descoberto (GO)
- São João d Aliança (GO)
- Simolândia (GO)
- Valparaíso de Goiás (GO)
- Vila Boa (GO)
- Vila Propício (GO)
- Arinos (MG)
- Buritis (MG)
- Cabeceira Grande (MG)
- Unai (MG)
- Outra. Qual? _____

F10. Quantas pessoas moram com você em seu domicílio?

[entrada numérica]

F11. Somando a renda de todos que moram no seu domicílio, a renda domiciliar mensal é de aproximadamente:

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

Prefiro não responder

F12. Você recebe algum benefício do governo?

BPC (Benefício de Prestação Continuada)/LOAS

Auxílio Brasil (antigo Bolsa Família)

Seguro desemprego

Aposentadoria/Auxílio-doença (INSS)

Pensão

Auxílio emergencial

DF Social

Prato Cheio

Não recebe nenhum benefício

Não sei informar

Prefiro não responder

Outro(s). Qual(is)? _____