

# Anexo 1

## CUIDA-COVID: Pesquisa Nacional sobre as Pessoas Cuidadoras de Idosos na Pandemia de COVID-19

### QUESTIONÁRIO PARA CUIDADORAS FAMILIARES DE PESSOAS IDOSAS

*Para usar o questionário da pesquisa no todo ou em parte, por favor, cite a fonte:*

*Cuida-COVID: Pesquisa nacional sobre as condições de trabalho e saúde das pessoas cuidadoras de idosos na pandemia. Rio de Janeiro: EPSJV/ICICT/Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://covid19.cuidadores.fiocruz.br/>*



## Anexo 1. Questionário para cuidadoras familiares de pessoas idosas

1. **Qual a sua idade?** (campo obrigatório\*)
2. **Qual o seu sexo/gênero?** (campo obrigatório\*)
3. **Em que ESTADO você reside?** (campo obrigatório\*)
4. **Em que CIDADE você reside?**
5. **Você atuava como cuidador(a) antes da pandemia?**  
 sim, como cuidador(a) contratado(a)/remunerado(a)  
 sim, de forma não remunerada  
 não
6. **Você está atuando como cuidador(a) de idosos atualmente?**  
 sim, sou cuidador(a) contratado(a), com remuneração  
 sim, cuido de um parente/amigo, sem remuneração  
 não
7. **Qual sua cor/raça?**  
 branca  
 preta  
 parda  
 amarela  
 indígena
8. **Qual a sua escolaridade?**  
 sem instrução e menos de 1 ano de estudo  
 ensino fundamental incompleto ou equivalente  
 ensino fundamental completo ou equivalente  
 ensino médio incompleto ou equivalente  
 ensino médio completo ou equivalente
- ensino superior incompleto ou equivalente  
 ensino superior completo ou mais
9. **Você já concluiu algum curso de formação para cuidador?**  
 não  
 sim
10. **Você já concluiu algum curso técnico?**  
 não  
 técnico em enfermagem  
 técnico em massoterapia  
 técnico em cuidado de idosos  
 outro
11. **Você começou a atuar como cuidador(a) há quanto tempo?**
12. **Em geral, como você avalia sua saúde?**  
 excelente  
 boa  
 moderada  
 ruim  
 péssima
13. **Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma dessas doenças?** (Pode marcar mais do que uma opção).  
 diabetes  
 hipertensão  
 asma / enfisema/ doença respiratória crônica ou outra  
 doença do pulmão  
 doença do coração  
 depressão  
 câncer  
 nenhuma das opções acima

**14. Após a chegada da pandemia ao Brasil, você apresentou algum desses sintomas?** (Pode marcar mais de uma opção).

- febre
- calafrios
- dor de cabeça
- tosse seca
- tosse com catarro
- falta de ar
- fadiga ou cansaço
- dor de garganta
- coriza
- congestão nasal
- náusea ou vômitos
- diarreia
- dores nas articulações
- prefiro não responder
- nenhum desses sintomas

**15. Você precisou de atendimento médico por estar com sintomas do novo coronavírus COVID-19?**

- não precisei ou não tive sintomas
- não tive acesso a atendimento, mas gostaria de ter tido
- sim, consulta na rede pública
- sim, consulta particular
- sim, precisei ser internado(a) em um hospital público
- sim, precisei ser internado(a) em um hospital particular
- prefiro não responder

**16. Você fez o teste para saber se estava infectado(a) com o novo coronavírus?**

- não
- sim, e deu positivo
- sim, e deu negativo
- fiz, mas não recebi o resultado
- prefiro não responder

**17. Você tem algum problema crônico de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco?**

- não
- sim

**18. Durante a pandemia, as mudanças nas suas atividades habituais afetaram a sua dor na coluna?**

- permaneceu igual
- aumentou um pouco
- aumentou muito
- diminuiu

**19. De quem você cuida, de forma não remunerada?**

- de familiar ou parente
- cuidado de amigo(a) ou vizinho(a)
- outro

**20. Após o início da pandemia você continuou atuando como cuidador(a)?**

- cuidava e continuei cuidando durante a pandemia
- comecei a cuidar após o início da pandemia
- não, parei de cuidar após o início da pandemia.

**21. Além de você, outra pessoa se responsabiliza pelo cuidado da pessoa idosa?**

- sim, um(a) cuidador(a) contratado(a)
- sim, outro familiar, parente, vizinho, amigo
- não, sou o(a) único(a) cuidador(a) responsável

**22. Há quanto tempo você cuida deste(a) idoso(a)?**

- menos de 3 meses
- de 3 a 6 meses
- de 7 meses a 12 meses
- de 1 ano a 3 anos
- mais de 3 anos

**23. Que atividades você costuma realizar no seu trabalho de cuidados?** (Pode marcar mais de uma opção).

- auxílio no banho
- auxílio na alimentação
- passeios
- administração de medicamentos
- preparação de alimentos
- limpeza do domicílio ou instituição
- lavar e/ou passar roupas

- compra de alimentos e outros produtos
- conversas/ entretenimento/ jogos
- outras

**24. Quantos dias da semana você trabalha como cuidador(a) em média?**

- todos os dias da semana
- 5 ou 6 vezes por semana
- 3 ou 4 vezes por semana
- 2 vezes por semana
- 1 vez por semana ou menos

**25. Em um dia típico, quantas horas você trabalha como cuidador(a)?**

- 4 horas ou menos
- 6 horas
- 8 horas
- 12 horas
- 24 horas

**26. Antes do início da pandemia do coronavírus, qual era a sua situação de trabalho?**

- trabalhando com carteira de trabalho ou como
- servidor(a) público(a)
- trabalhando sem carteira de trabalho ou por conta própria
- aposentado(a)/pensionista(a)
- do lar/dona de casa
- estudante
- desempregado(a)
- outra situação

**27. Qual é atualmente a sua renda mensal familiar?**

- menos de R\$600,00
- de R\$600,00 a R\$1044,00
- de R\$1045,00 a R\$2089,00
- de R\$2090,00 a R\$3134,00
- de R\$3135,00 a R\$4179,00
- de R\$4180,00 ou mais
- prefiro não responder

**28. No seu domicílio, qual é o número de moradores?**

**29. Seu tempo de dedicação para os cuidados mudou depois do início da pandemia?**

- aumentou muito
- aumentou um pouco
- se manteve igual
- diminuiu

**30. A quantidade de esforço que você precisa dedicar para o trabalho de cuidados se alterou depois do início da pandemia?**

- aumentou muito
- aumentou um pouco
- se manteve igual
- diminuiu

**31. Sua renda familiar se alterou após o início da pandemia?**

- aumentou
- continuou igual
- diminuiu
- diminuiu muito

**32. Você mora na mesma casa ou terreno que a pessoa cuidada?**

- sim, desde antes da pandemia
- sim, a partir da pandemia
- não

**33. Você utiliza transporte público para ir à casa da pessoa cuidada?**

- não
- sim

**34. Você utiliza máscara durante o trajeto para o local de trabalho?**

- sim
- não

**35. Você tem acesso a máscara, álcool gel ou luvas para você utilizar?**

- nunca
- poucas vezes
- muitas vezes
- sempre

**36. Você sabe o que deve fazer, no cuidado da pessoa idosa, para diminuir as chances de transmissão do vírus?**

- sim
- não
- não tenho certeza

**37. Você sabe o que deve fazer, caso a pessoa de quem você cuida esteja com suspeita de estar com o novo coronavírus COVID-19?**

- sim
- não
- não tenho certeza

**38. Alguma dessas situações ocorreu no seu trabalho de cuidados durante a pandemia?** (Pode marcar mais de uma opção).

- pessoa cuidada com suspeita de COVID-19
- internação da pessoa cuidada por suspeita de COVID-19
- falecimento da pessoa cuidada por suspeita de COVID-19
- outras pessoas na casa ou na instituição com suspeita de COVID-19
- nenhuma das opções anteriores

**39. No período da pandemia, com que frequência você se sentiu isolado(a) dos seus familiares ou amigos próximos?**

- nunca
- poucas vezes
- muitas vezes
- sempre

**40. No período da pandemia, com que frequência você se sentiu triste ou deprimido(a)?**

- nunca
- poucas vezes
- muitas vezes
- sempre

**41. No período da pandemia, com que frequência você se sentiu ansioso(a) ou nervoso(a)?**

- nunca
- poucas vezes
- muitas vezes
- sempre

**42. Você gostaria de receber informações sobre algum desses assuntos?** (Pode marcar mais de uma opção).

- como prevenir o contágio
- como lidar com o isolamento social
- como cuidar de uma pessoa com COVID-19
- direitos trabalhistas
- políticas de saúde
- outros