

# Anexo 2

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

QUESTIONÁRIO PARA CUIDADORAS  
REMUNERADAS DE PESSOAS IDOSAS



## Anexo 2. Questionário para cuidadoras remuneradas 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. Você está trabalhando como cuidador(a) atualmente?** Marque todas que se aplicam.

- sou cuidador(a) em domicílio/casa de família
- sou cuidador(a) em uma instituição ou abrigo
- sou cuidador(a) de pessoa idosa em um centro-dia
- sou cuidador(a) de saúde mental em uma SRT
- outro
- não estou trabalhando como cuidador(a) no momento

**20. Em quantas casas ou instituições você atua como cuidador(a) atualmente?**

- somente 1 local
- 2 locais diferentes
- 3 locais ou mais

**21. Há quanto tempo você está no seu trabalho atual como cuidador(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

**22. 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.

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

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

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

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

**25. Quanto você atualmente recebe por mês como cuidador(a)?**

- 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

**26. 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

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

- aumentou
- continuou igual
- diminuiu pouco
- diminuiu muito

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

**29. Seu horário de trabalho 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. No seu trabalho atual de cuidador(a), que tipo de vínculo você possui?** (Pode marcar mais de uma opção).

- informal ou autônomo
- microempreendedor individual (MEI)
- carteira de trabalho registrada como empregada
- doméstica
- carteira de trabalho registrada como cuidador(a)
- outro

**32. No seu trabalho atual de cuidador(a), quem é seu contratante?** (Pode marcar mais de uma opção).

- o idoso ou sua família
- instituição, agência ou empresa
- organização social (OS), como IABAS, CIEDS, etc.
- trabalho para uma cooperativa
- sou servidor(a) público(a) concursado(a)
- outro

**33. Sua remuneração no trabalho de cuidados se alterou após o início da pandemia?**

- continuou igual
- aumentou
- diminuiu

**34. Você depende de transporte público para chegar ao seu local de trabalho?**

- sim
- não

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

- sim
- não

**36. Seu empregador fornece máscara, álcool gel ou luvas para você utilizar?**

- nunca
- poucas vezes
- muitas vezes
- sempre

**37. Seu empregador te deu alguma orientação sobre o coronavírus?**

- sim, de maneira satisfatória/suficiente
- sim, mas de maneira insatisfatória/insuficiente
- não

**38. Você sabe o que deve fazer no seu trabalho como cuidador(a) para diminuir as chances de transmissão do vírus?**

- sim
- não
- não tenho certeza

**39. Você sabe o que deve fazer no seu trabalho como cuidador(a), caso a pessoa de quem você cuida esteja com suspeita de estar com o novo coronavírus COVID-19?**

- sim
- não
- não tenho certeza

**40. 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

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

- nunca
- poucas vezes
- muitas vezes
- sempre

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

- nunca
- poucas vezes
- muitas vezes
- sempre

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

- nunca
- poucas vezes
- muitas vezes
- sempre

**44. Você gostaria de receber informações sobre algum desses assuntos?** Marque todas que se aplicam.

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