Questionário de Impacto do Coronavírus na Saúde (CRISIS) V0.3

*Formulário Auto-Reportado da Linha de Base do Adulto*

**Licença de Atribuição:** CC-BY-4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

O questionário CRISIS foi desenvolvido por meio de um esforço colaborativo entre os grupos de pesquisa de Kathleen Merikangas e Argyris Stringaris no Programa de Pesquisa “Colaboração no Espectro do Humor” do National Institute of Mental Health, e aqueles do grupo do Michael P. Milham no Child Mind Institute e Instituto NYS Nathan S. Kline de Pesquisa em Psiquiatria.

**Contribuidores e consultores em conteúdo:** Evelyn Bromet, Stan Colcombe, Kathy Georgiadis, Dan Klein, Giovanni Salum

**Coordenadores:** Lindsay Alexander, Ioanna Douka, Julia Dunn, Diana Lopez, Anna MacKay- Brandt, Ken Towbin

**Suporte Técnico e de Edição:** Irene Droney, Beth Foote, Jianping He, Georgia O’ Callaghan, Judith Milham, Courtney Quick, Diana Paksarian, Kayla Sirois

Nossos grupos encorajam notificação prévia de qualquer mídia, relatórios científicos ou publicações de dados que tenham sido coletados com o CRISIS ([merikank@mail.nih.gov](mailto:merikank@mail.nih.gov)), ainda que não seja obrigatório. Nós também encorajamos compartilhamento voluntário de dados com o propósito de estudos psicométricos liderados pelo Dr. Stringaris ([argyris.stringaris@nih.gov](mailto:argyris.stringaris@nih.gov)).

**Tradução e edição para o Português Brasileiro**

Arthur G. Manfro1, Danielle Soares1, Giovanni A. Salum1

1 Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal so Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Seção de Afetos Negativos e Processos Sociais, Porto Alegre, Brasil

**Número de Identificação:**

**País:**

**Estado/Província/Região:**

**Idade (anos):**

**INFORMAÇÕES BÁSICAS**

**Primeiramente, antes de começarmos com as perguntas principais, nós gostaríamos de obter algumas informações gerais sobre você.**

1. **Por favor, especifique seu sexo/gênero**
   1. Masculino
   2. Feminino
   3. Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Pensando no que você sabe sobre a história da sua família, qual das opções a seguir descreve melhor as regiões geográficas de onde vieram seus antepassados ​​(por exemplo: seus tataravós)? Você pode selecionar quantas opções precisar.**
   1. Inglaterra, Irlanda, Escócia ou País de Gales
   2. Austrália – não descendente de Aborígenes ou das Ilhas do Estreito de Torres
   3. Austrália – descendente de Aborígenes ou das Ilhas do Estreito de Torres
   4. Nova Zelândia – sem descendência Maori
   5. Nova Zelândia – descendência Maiori
   6. Norte da Europa, incluindo Suécia, Noruega, Finlândia e países vizinhos
   7. Europa Ocidental, incluindo França, Alemanha, Holanda e países vizinhos
   8. Europa Oriental, incluindo Rússia, Polônia, Hungria e países vizinhos
   9. Sul da Europa, incluindo Itália, Grécia, Espanha, Portugal e países vizinhos
   10. Oriente Médio, incluindo Líbano, Turquia e países vizinhos
   11. Ásia Oriental, incluindo China, Japão, Coreia do Sul, Coreia do Norte, Taiwan e Hong Kong
   12. Sudeste Asiático, incluindo Tailândia, Malásia, Indonésia, Cingapura e países vizinhos
   13. Sul da Ásia, incluindo Índia, Paquiestão, Sri Lanka e países vizinhos
   14. Polinésia, Micronésia ou Melanésia, incluindo Tonga, Fiji, Papua Nova Guiné e países vizinhos
   15. África
   16. América do Norte – não descendente das Primeiras Nações, Nativos Americanos, Inuit ou Métis
   17. América do Norte – descendente das Primeiras Nações, Nativos Americanos, Inuit ou Métis
   18. Não sei
   19. Outros
3. **Você é hispânico ou descendente de latinos - isto é, Mexicano, Americano-mexicano, Chicano, Porto-riquenho, Cubano, Sul-americano, da América Central ou qualquer outra cultura ou origem hispânica?**
   1. Sim
   2. Não
4. **Atualmente, você está trabalhando ou estudando?**
   1. Trabalhando com salário
   2. De licença
   3. Desempregado ou procurando por emprego
   4. Aposentado
   5. Do Lar/Dona de Casa
   6. Aposentado por invalidez
   7. Matriculado na escola/faculdade/universidade
5. **Qual é o seu emprego? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
6. **Você serviu no Exército?**
   1. Sim
   2. Não
7. **Qual dessas opções melhor descreve o lugar que você mora?**
   1. Cidade grande
   2. Periferia de cidade grande
   3. Cidade pequena
   4. Pequeno município/Vilarejo
   5. Área Rural
8. **Qual o maior grau de ensino que você completou?**
   1. Ensino Fundamental
   2. Ensino Médio Incompleto
   3. Ensino Médio Completo / EJA
   4. Ensino Superior Incompleto
   5. Ensino Superior Completo
   6. Pós-Graduação
9. **Quantas pessoas vivem na sua casa (além de você)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
10. **Por favor, especifique o seu relacionamento com as pessoas que moram na sua casa (marque todas que se aplicam):**
    1. Parceiro/Esposo(a)
    2. Pais
    3. Avós
    4. Irmãos/Irmãs
    5. Outros parentes
    6. Pessoas que não são parentes
11. **Algum adulto que vive na sua casa é TRABALHADOR DE ATIVIDADE ESSENCIAL (ex: profissional de saúde, entregador, forças de segurança). Sim/Não**
    1. **Se sim,**
       * **Se sim, eles voltam para casa todos os dias?**
         + Sim
         + Não, vivem separados devido ao COVID-19
         + Não, vivem separados por outros motivos
       * **Eles são paramédicos/socorristas, profissionais de saúde ou trabalhadores de instituições que tratam pacientes com COVID-19? Sim/Não**
12. **Quantos quartos tem sua casa no total? \_\_\_\_\_\_\_\_\_**
13. **Você tem seguro/plano de saúde?**
    1. Sim, militar
    2. Sim, empresarial
    3. Sim, individual
    4. Sim, governamental/serviço público
    5. Sim, outro
    6. Não
14. **Nos 3 meses anteriores à crise do Coronavírus/COVID-19, você ou sua família receberam dinheiro de programas de assistência governamental (Bolsa Família, BPC, LOAS, por exemplo)?**
    1. Sim
    2. Não
15. **Como você classificaria sua saúde física no geral?**
    1. Excelente
    2. Muito boa
    3. Boa
    4. Razoável
    5. Ruim
16. **Algum profissional de saúde ou de educação já disse que você tinha alguma das condições de saúde abaixo (marque todas que já lhe disseram)?**
    1. Alergias de estação/sazonais
    2. Asma ou outros problemas pulmonares
    3. Problemas de coração
    4. Problemas nos rins
    5. Doenças imunológicas
    6. Diabetes ou açúcar alto no sangue
    7. Câncer
    8. Artrite
    9. Dores de cabeça frequentes ou muito fortes
    10. Epilepsia ou convulsões
    11. Problemas graves de estômago ou intestino
    12. Acne grave ou outros problemas graves de pele
    13. Problemas emocionais ou de saúde mental como depressão ou ansiedade
    14. Problemas com álcool ou drogas
    15. Deficiência intelectual
    16. Transtorno de espectro autista
    17. Problemas de aprendizado
17. **Qual é a sua altura? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cm)**
18. **Qual é seu peso? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (kg)**
19. **Como você classificaria sua saúde mental/emocional antes da crise de Coronavírus/COVID-19 na sua região?**
    1. Excelente
    2. Muito boa
    3. Boa
    4. Razoável
    5. Ruim

**STATUS DE SAÚDE E EXPOSIÇÃO AO CORONAVÍRUS/COVID-19**

**Durante as ÚLTIMAS DUAS SEMANAS:**

1. **... você foi exposto a alguém que provavelmente teria infecção pelo Coronavírus/COVDI-19? (marque todas as que se aplicam)**
   1. Sim, alguém com teste positivo
   2. Sim, alguém com diagnóstico médico, mas sem teste
   3. Sim, alguém com sintomas compatíveis com Coronavírus, mas sem diagnóstico médico
   4. Não
2. **Houve suspeita de que você teria infecção por Coronavírus/COVID-19?**
   1. Sim, com teste positivo
   2. Sim, com diagnóstico médico, mas sem teste
   3. Sim, com sintomas compatíveis com Coronavírus, mas sem diagnóstico médico
   4. Não, sem sinais e/ou sintomas
3. **Você teve algum dos seguintes sintomas? (marque todos que se aplicam)**
   1. Febre
   2. Tosse
   3. Falta de ar
   4. Dor de garganta
   5. Cansaço
   6. Perda de olfato ou paladar
   7. Infecção no olho
   8. Outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. **Alguém da sua família foi diagnosticado com Coronavírus/COVID-19?** **(marque todos que se aplicam)**
   1. Sim, um membro da minha família que mora na minha casa
   2. Sim, um membro da minha família que não mora na minha casa
   3. Não
5. **Alguma das seguintes opções aconteceu com membros da sua família por causa do Coronavírus/COVID-19? (marque todos que se aplicam)**
   1. Ficou doente fisicamente
   2. Foi hospitalizado
   3. Foi colocado em quarentena sozinho com sintomas
   4. Foi colocado em quarentena sozinho sem sintomas (por possível exposição, por exemplo)
   5. Perdeu o emprego
   6. Teve sua capacidade de ganhar dinheiro prejudicada
   7. Faleceu
   8. Nenhuma das acima

**Durante as ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, o quão preocupado você esteve com:**

1. **... ser infectado**
   1. Nada
   2. Um pouco
   3. Moderadamente
   4. Bastante
   5. Extremamente
2. **... amigos ou familiares serem infectados?**
   1. Nada
   2. Um pouco
   3. Moderadamente
   4. Bastante
   5. Extremamente
3. **... sua *Saúde Física* ser afetada pelo Coronavírus/COVID-19?** 
   1. Nada
   2. Um pouco
   3. Moderadamente
   4. Bastante
   5. Extremamente
4. **... sua *Saúde Mental/Emocional* ser afetada pelo Coronavirus/COVID-19??**
   1. Nada
   2. Um pouco
   3. Moderadamente
   4. Bastante
   5. Extremamente
5. **O quanto você está lendo ou falando sobre o Coronavírus/COVID-19?**
   1. Nada
   2. Raramente
   3. Ocasionalmente
   4. Frequentemente
   5. Na maior parte do tempo
6. **A crise do Coronavírus/COVID-19 na sua região causou alguma mudança positiva na sua vida?**
   1. Nenhuma
   2. Poucas
   3. Algumas

* **Se respondeu b ou c na questão 30, por favor especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MUDANÇAS NA VIDA PROVOCADAS PELA CRISE DO CORONAVÍRUS/COVID-19 NAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS**

**Durante as ÚLTIMAS DUAS SEMANAS:**

1. **... se você está estudando, o prédio da sua escola/faculdade/universidade foi fechado? Sim/Não**
   1. **Se não,**
      * As aulas estão acontecendo? Sim/Não
      * Você está indo nas aulas presencialmente? Sim/Não
   2. **Se sim,**
      * Você está tendo aulas online? Sim/Não
      * Você tem acesso fácil à internet e computador? Sim/Não
      * Você tem tarefas escolares para fazer? Sim/Não
      * Você tem recebido refeições da escola? Sim/Não
2. **... se você tinha um emprego antes do Coronavírus/COVID-19, você segue trabalhando? Sim/Não/Não se aplica**
   1. **Se sim,**
      * Você segue indo presencialmente em seu local de trabalho? Sim/Não
      * Você tem trabalhado de casa / à distância? Sim/Não
   2. **Se não,**
      * Você foi afastado do seu emprego? Sim/Não
      * Você perdeu o seu emprego? Sim/Não
3. **... com quantas pessoas, fora as pessoas que moram com você, você teve conversas pessoalmente? \_\_\_\_\_\_**
4. **... quanto tempo você passou fora de casa (indo ao mercado, lojas, parques, etc.)?**
   1. Nada
   2. 1-2 dias por semana
   3. Alguns dias por semana
   4. Vários dias por semana
   5. Todos os dias
5. **... o quão estressantes têm sido para você as restrições de sair de casa?**
   1. Nenhum pouco
   2. Um pouco
   3. Moderadamente
   4. Bastante
   5. Extremamente
6. **... o seu contato com pessoas, fora as que moram com você, mudou em comparação a *antes* da crise do Coronavírus/COVID19 na sua região?**
   1. Tenho muito menos contato
   2. Tenho um pouco menos de contato
   3. Tenho aproximadamente o mesmo contato
   4. Tenho um pouco mais contato
   5. Tenho muito mais contato
7. **... o quão difícil tem sido para você seguir as recomendações de evitar contato próximo com outras pessoas?**
   1. Nada
   2. Um pouco
   3. Moderadamente
   4. Bastante
   5. Extremamente
8. **... a qualidade do seu relacionamento com os membros da sua família que moram com você mudou?**
   1. Piorou muito
   2. Piorou um pouco
   3. Segue aproximadamente a mesma
   4. Melhorou um pouco
   5. Melhorou muito
9. **... o quão estressantes têm sido para você essas mudanças no contato com a sua família?**
   1. Nada
   2. Um pouco
   3. Moderadamente
   4. Bastante
   5. Extremamente
10. **... a qualidade do seu relacionamento com seus amigos mudou?**
    1. Piorou muito
    2. Piorou um pouco
    3. Segue aproximadamente a mesma
    4. Melhorou um pouco
    5. Melhorou muito
11. **... o quão estressantes têm sido para você essas mudanças no contato com seus amigos?**
    1. Nada
    2. Um pouco
    3. Moderadamente
    4. Bastante
    5. Extremamente
12. **... o quanto o cancelamento de eventos importantes na sua vida (como formaturas, bailes, férias, etc.) têm sido difíceis para você?**
    1. Nada
    2. Um pouco
    3. Moderadamente
    4. Bastante
    5. Extremamente
13. **... o quanto as mudanças relacionadas ao Coronavírus/COVID-19 na sua região criaram problemas financeiros para você ou sua família?**
    1. Nada
    2. Um pouco
    3. Moderadamente
    4. Bastante
    5. Extremamente
14. **... o quanto você está preocupado com a estabilidade da sua situação de moradia?**
    1. Nada
    2. Um pouco
    3. Moderadamente
    4. Bastante
    5. Extremamente
15. **Você se preocupou com ficar sem comida em função da falta de dinheiro?**
    1. Sim
    2. Não
16. **O quão esperançoso você está de que a crise do Coronavírus/COVID-19 na sua região vai acabar logo?**
    1. Nada
    2. Um pouco
    3. Moderadamente
    4. Bastante
    5. Extremamente

**COMPORTAMENTOS DO DIA-A-DIA (NOS 3 MESES ANTERIORES À CRISE)**

**Durante as TRÊS MESES ANTERIORES ao início da crise do Coronavírus/COVID-19 em sua região:**

1. **... em média, que horas você foi dormir nos DIAS DE SEMANA?**
   1. Antes das 21h
   2. Entre 21-23h
   3. Entre 23-01h
   4. Depois da 01h
2. **... em média, que horas você foi dormir nos FINAIS DE SEMANA?**
   1. Antes das 21h
   2. Entre 21-23h
   3. Entre 23-01h
   4. Depois da 01h
3. **... em média, quantas horas você dormiu por noite nos DIAS DE SEMANA?**
   1. Menos de 6h
   2. Entre 6-8h
   3. Entre 8-10h
   4. Mais de 10h
4. **... em média, quantas horas você dormiu por noite nos FINAIS DE SEMANA?**
   1. Menos de 6h
   2. Entre 6-8h
   3. Entre 8-10h
   4. Mais de 10h
5. **... quantos dias, por semana, você se exercitou (ficou com o coração e a respiração acelerados, por exemplo) por pelo menos 30 minutos?**
   1. Nenhum
   2. 1-2 dias
   3. 3-4 dias
   4. 5-6 dias
   5. Todos os dias
6. **... quantos dias, por semana, você passou ao ar livre?**
   1. Nenhum
   2. 1-2 dias
   3. 3-4 dias
   4. 5-6 dias
   5. Todos os dias

**EMOÇÕES E PRECOUPAÇÕES (NOS 3 MESES ANTERIORES À CRISE)**

**Durante as TRÊS MESES ANTERIORES ao início da crise do Coronavírus/COVID-19 em sua região:**

1. **... o quão preocupado, no geral, você estava?**
   1. Nenhum pouco preocupado
   2. Um pouco preocupado
   3. Moderadamente preocupado
   4. Bastante preocupado
   5. Extremamente preocupado
2. **... o quão feliz versus triste você estava?**
   1. Muito triste/deprimido/infeliz
   2. Moderadamente triste/deprimido/infeliz
   3. Neutro
   4. Moderadamente feliz/animado
   5. Muito feliz/animado
3. **... o quanto você tinha prazer em fazer suas atividades habituais?**
   1. Nenhum pouco
   2. Um pouco
   3. Moderadamente
   4. Bastante
   5. Extremamente
4. **... o quão tranquilo versus ansioso você estava?**
   1. Muito tranquilo/calmo
   2. Moderadamente tranquilo/calmo
   3. Neutro
   4. Moderadamente nervoso/ansioso
   5. Muito nervoso/ansioso
5. **... o quão inquieto ou agitado você estava?**
   1. Nenhum pouco inquieto/agitado
   2. Um pouco inquieto/agitado
   3. Moderadamente inquieto/agitado
   4. Muito inquieto/agitado
   5. Extremamente inquieto/agitado
6. **... o quão cansado ou esgotado você estava?**
   1. Nenhum pouco casado/esgotado
   2. Um pouco casado/esgotado
   3. Moderadamente casado/esgotado
   4. Muito casado/esgotado
   5. Extremamente casado/esgotado
7. **... o quanto você estava capaz de se focar ou se concentrar?**
   1. Muito focado/atento
   2. Moderadamente focado/atento
   3. Neutro
   4. Moderadamente desfocado/distraído
   5. Muito desfocado/distraído
8. **... o quão brabo ou facilmente irritável você estava?**
   1. Nenhum pouco brabo/facilmente irritável
   2. Um pouco brabo/facilmente irritável
   3. Moderadamente brabo/facilmente irritável
   4. Muito brabo/facilmente irritável
   5. Extremamente brabo/facilmente irritável
9. **... o quão solitário você estava se sentindo?**
   1. Nenhum pouco solitário
   2. Um pouco solitário
   3. Moderadamente solitário
   4. Bastante solitário
   5. Extremamente solitário
10. **... o quanto você teve pensamentos negativos, pensamentos sobre experiências desagradáveis ou sobre coisas que fazem você se sentir mal?**
    1. Nunca
    2. Raramente
    3. Ocasionalmente
    4. Frequentemente
    5. Muitas vezes

**USO DE MÍDIA DIGITAL (NOS 3 MESES ANTERIORES À CRISE)**

**Durante as TRÊS MESES ANTERIORES ao início da crise do Coronavírus/COVID-19 em sua região quanto tempo por dia você passou:**

1. **... assistindo TV ou outras mídias digitais (Netflix, Youtube, navegando na Internet, por exemplo)?**
   1. Não vi TV ou usei mídias digitais
   2. Menos de 1h
   3. 1-3h
   4. 4-6h
   5. Mais de 6h
2. **... usando redes sociais (Facetime, Facebook, Instragram, Snapchat, Twitter, TikTok, por exemplo)?**
   1. Não usei redes sociais
   2. Menos de 1h
   3. 1-3h
   4. 4-6h
   5. Mais de 6h
3. **... jogando videogames?**
   1. Não joguei videogames
   2. Menos de 1h
   3. 1-3h
   4. 4-6h
   5. Mais de 6h

**USO DE SUBSTÂNCIAS (NOS 3 MESES ANTERIORES À CRISE)**

**Durante as TRÊS MESES ANTERIORES ao início da crise do Coronavírus/COVID-19 em sua região, com que frequência você usou:**

1. **... álcool?**
   1. Não usei
   2. Raramente
   3. Uma vez por mês
   4. Várias vezes por mês
   5. Uma vez por semana
   6. Várias vezes por semana
   7. Uma vez por dia
   8. Mais de uma vez por dia
2. **... cigarros eletrônicos/vaping?**
   1. Não usei
   2. Raramente
   3. Uma vez por mês
   4. Várias vezes por mês
   5. Uma vez por semana
   6. Várias vezes por semana
   7. Uma vez por dia
   8. Mais de uma vez por dia
3. **... cigarros ou outros tipos de tabaco?**
   1. Não usei
   2. Raramente
   3. Uma vez por mês
   4. Várias vezes por mês
   5. Uma vez por semana
   6. Várias vezes por semana
   7. Uma vez por dia
   8. Mais de uma vez por dia
4. **... maconha/cannabis (baseado, pipe, bong, por exemplo)?** 
   1. Não usei
   2. Raramente
   3. Uma vez por mês
   4. Várias vezes por mês
   5. Uma vez por semana
   6. Várias vezes por semana
   7. Uma vez por dia
   8. Mais de uma vez por dia
5. **... opioides, heroína ou narcóticos?**
   1. Não usei
   2. Raramente
   3. Uma vez por mês
   4. Várias vezes por mês
   5. Uma vez por semana
   6. Várias vezes por semana
   7. Uma vez por dia
   8. Mais de uma vez por dia
6. **... outras drogas incluindo cocaína, crack, anfetamina, metanfetamina, alucinógenos ou ecstasy?**
   1. Não usei
   2. Raramente
   3. Uma vez por mês
   4. Várias vezes por mês
   5. Uma vez por semana
   6. Várias vezes por semana
   7. Uma vez por dia
   8. Mais de uma vez por dia
7. **... remédios para dormir ou sedativos/hipnóticos?**
   1. Não usei
   2. Raramente
   3. Uma vez por mês
   4. Várias vezes por mês
   5. Uma vez por semana
   6. Várias vezes por semana
   7. Uma vez por dia
   8. Mais de uma vez por dia

**COMPORTAMENTOS DO DIA-A-DIA (ÚLTIMAS 2 SEMANAS)**

**Durante as ÚLTIMAS 2 SEMANAS:**

1. **... em média, que horas você foi dormir nos DIAS DE SEMANA?**
   1. Antes das 21h
   2. Entre 21-23h
   3. Entre 23-01h
   4. Depois da 01h
2. **... em média, que horas você foi dormir nos FINAIS DE SEMANA?**
   1. Antes das 21h
   2. Entre 21-23h
   3. Entre 23-01h
   4. Depois da 01h
3. **... em média, quantas horas você dormiu por noite nos DIAS DE SEMANA?**
   1. Menos de 6h
   2. Entre 6-8h
   3. Entre 8-10h
   4. Mais de 10h
4. **... em média, quantas horas você dormiu por noite nos FINAIS DE SEMANA?**
   1. Menos de 6h
   2. Entre 6-8h
   3. Entre 8-10h
   4. Mais de 10h
5. **... quantos dias, por semana, você se exercitou (ficou com o coração e a respiração acelerados, por exemplo) por pelo menos 30 minutos?**
   1. Nenhum
   2. 1-2 dias
   3. 3-4 dias
   4. 5-6 dias
   5. Todos os dias
6. **... quantos dias, por semana, você passou ao ar livre?**
   1. Nenhum
   2. 1-2 dias
   3. 3-4 dias
   4. 5-6 dias
   5. Todos os dias

**EMOÇÕES E PRECOUPAÇÕES (ÚLTIMAS 2 SEMANAS)**

**Durante as ÚLTIMAS 2 SEMANAS:**

1. **... o quão preocupado, no geral, você estava?**
   1. Nenhum pouco preocupado
   2. Um pouco preocupado
   3. Moderadamente preocupado
   4. Bastante preocupado
   5. Extremamente preocupado
2. **... o quão feliz versus triste você estava?**
   1. Muito triste/deprimido/infeliz
   2. Moderadamente triste/deprimido/infeliz
   3. Neutro
   4. Moderadamente feliz/animado
   5. Muito feliz/animado
3. **... o quanto você tinha prazer em fazer suas atividades habituais?**
   1. Nenhum pouco
   2. Um pouco
   3. Moderadamente
   4. Bastante
   5. Extremamente
4. **... o quão tranquilo versus ansioso você estava?**
   1. Muito tranquilo/calmo
   2. Moderadamente tranquilo/calmo
   3. Neutro
   4. Moderadamente nervoso/ansioso
   5. Muito nervoso/ansioso
5. **... o quão inquieto ou agitado você estava?**
   1. Nenhum pouco inquieto/agitado
   2. Um pouco inquieto/agitado
   3. Moderadamente inquieto/agitado
   4. Muito inquieto/agitado
   5. Extremamente inquieto/agitado
6. **... o quão cansado ou esgotado você estava?**
   1. Nenhum pouco casado/esgotado
   2. Um pouco casado/esgotado
   3. Moderadamente casado/esgotado
   4. Muito casado/esgotado
   5. Extremamente casado/esgotado
7. **... o quanto você estava capaz de se focar ou se concentrar?**
   1. Muito focado/atento
   2. Moderadamente focado/atento
   3. Neutro
   4. Moderadamente desfocado/distraído
   5. Muito desfocado/distraído
8. **... o quão brabo ou facilmente irritável você estava?**
   1. Nenhum pouco brabo/facilmente irritável
   2. Um pouco brabo/facilmente irritável
   3. Moderadamente brabo/facilmente irritável
   4. Muito brabo/facilmente irritável
   5. Extremamente brabo/facilmente irritável
9. **... o quão solitário você estava se sentindo?**
   1. Nenhum pouco solitário
   2. Um pouco solitário
   3. Moderadamente solitário
   4. Bastante solitário
   5. Extremamente solitário
10. **... o quanto você teve pensamentos negativos, pensamentos sobre experiências desagradáveis ou sobre coisas que fazem você se sentir mal?**
    1. Nunca
    2. Raramente
    3. Ocasionalmente
    4. Frequentemente
    5. Muitas vezes

**USO DE MÍDIA DIGITAL (ÚLTIMAS 2 SEMANAS)**

**Durante as ÚLTIMAS 2 SEMANAS quanto tempo por dia você passou:**

1. **... assistindo TV ou outras mídias digitais (Netflix, Youtube, navegando na Internet, por exemplo)?**
   1. Não vi TV ou usei mídias digitais
   2. Menos de 1h
   3. 1-3h
   4. 4-6h
   5. Mais de 6h
2. **... usando redes sociais (Facetime, Facebook, Instragram, Snapchat, Twitter, TikTok, por exemplo)?**
   1. Não usei redes sociais
   2. Menos de 1h
   3. 1-3h
   4. 4-6h
   5. Mais de 6h
3. **... jogando videogames?**
   1. Não joguei videogames
   2. Menos de 1h
   3. 1-3h
   4. 4-6h
   5. Mais de 6h

**USO DE SUBSTÂNCIAS (ÚLTIMAS 2 SEMANAS)**

**Durante as ÚLTIMAS 2 SEMANAS com que frequência você usou:**

1. **... álcool?**
   1. Não usei
   2. Raramente
   3. Uma vez por mês
   4. Várias vezes por mês
   5. Uma vez por semana
   6. Várias vezes por semana
   7. Uma vez por dia
   8. Mais de uma vez por dia
2. **... cigarros eletrônicos/vaping?**
   1. Não usei
   2. Raramente
   3. Uma vez por mês
   4. Várias vezes por mês
   5. Uma vez por semana
   6. Várias vezes por semana
   7. Uma vez por dia
   8. Mais de uma vez por dia
3. **... cigarros ou outros tipos de tabaco?**
   1. Não usei
   2. Raramente
   3. Uma vez por mês
   4. Várias vezes por mês
   5. Uma vez por semana
   6. Várias vezes por semana
   7. Uma vez por dia
   8. Mais de uma vez por dia
4. **... maconha/cannabis (baseado, pipe, bong, por exemplo)?** 
   1. Não usei
   2. Raramente
   3. Uma vez por mês
   4. Várias vezes por mês
   5. Uma vez por semana
   6. Várias vezes por semana
   7. Uma vez por dia
   8. Mais de uma vez por dia
5. **... opioides, heroína ou narcóticos?**
   1. Não usei
   2. Raramente
   3. Uma vez por mês
   4. Várias vezes por mês
   5. Uma vez por semana
   6. Várias vezes por semana
   7. Uma vez por dia
   8. Mais de uma vez por dia
6. **... outras drogas incluindo cocaína, crack, anfetamina, metanfetamina, alucinógenos ou ecstasy?**
   1. Não usei
   2. Raramente
   3. Uma vez por mês
   4. Várias vezes por mês
   5. Uma vez por semana
   6. Várias vezes por semana
   7. Uma vez por dia
   8. Mais de uma vez por dia
7. **... remédios para dormir ou sedativos/hipnóticos?**
   1. Não usei
   2. Raramente
   3. Uma vez por mês
   4. Várias vezes por mês
   5. Uma vez por semana
   6. Várias vezes por semana
   7. Uma vez por dia
   8. Mais de uma vez por dia

**SERVIÇOS**

1. **À quais dos seguintes programas de suporte você tinha acesso antes da crise do Coronavírus/COVID-19 e que foram interrompidos ao longo das DUAS ÚLTIMAS SEMANAS (marque todas que se aplicam).**
   1. **Aulas especializadas para alunos com dificuldades**
   2. Tutorias
   3. Programa de mentoria
   4. Programa de atividades extracurriculares
   5. Programa de voluntariado
   6. Psicoterapia
   7. Atendimento psiquiátrico
   8. Terapia ocupacional
   9. Fisioterapia
   10. Fonoaudiologia
   11. Atividades esportivas
   12. Cuidados médicos para doenças crônicas
   13. Outros: Especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PREOCUAÇÕES E COMENTÁRIOS ADICIONAIS**

**Por favor, descreva quaisquer outras coisas que preocupam você em relação ao impacto do Coronavírus/COVID-19 em você, seus amigos ou sua família?**

**[CAIXA DE TEXTO]**

**Por favor, faça qualquer comentário que você queira fazer sobre esse questionário e/ou assuntos relacionados?**

**[CAIXA DE TEXTO]**