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

*Formulário Auto-Reportado da Linha de Base do Responsável/Cuidador*

**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**

Marina S. Borges1,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:**

**Sua idade (anos):**

**Idade do/da jovem (anos):**

**INFORMAÇÕES BÁSICAS**

**Primeiramente, antes de começarmos com as perguntas principais, nós gostaríamos de obter algumas informações gerais sobre o/a jovem.**

1. **Qual sua relação com o/a jovem**?
   1. Mãe
   2. Pai
   3. Avô/Avó
   4. Tio/Tia
   5. Pai/Mãe adotivo
   6. Outro: especifique\_\_\_\_
2. **Por favor, especifique o sexo/gênero do/da jovem:** 
   1. Masculino
   2. Feminino
   3. Outro \_\_\_\_
3. **Pensando no que você sabe sobre a história da família do/da jovem, qual das opções a seguir descreve melhor as regiões geográficas de onde vieram os antepassados do jovem ​​(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, Paquistão, 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. América do Sul ou América Central
   19. Não sei
   20. Outros
4. **O/a jovem 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
5. **O/a jovem está matriculado em alguma escola/universidade durante esse ano letivo?**
   1. Não está na escola/universidade
   2. Ensino fundamental até o 5° ano
   3. Ensino fundamental entre 6° e 9° ano
   4. Ensino médio
   5. Universidade/ ensino técnico
   6. Pós-graduação
6. **Qual dessas opções melhor descreve o lugar que o/a jovem mora?**
   1. Cidade grande
   2. Periferia de cidade grande
   3. Cidade pequena
   4. Pequeno município/Vilarejo
   5. Área Rural
7. **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
8. **Qual o maior grau de ensino que o outro responsável ou cuidador completou?**
   1. Ensino Fundamental
   2. Ensino Médio Incompleto
   3. Ensino Médio Completo / EJA
   4. Ensino Superior Incompleto
   5. Ensino Superior Completo
   6. Pós-Graduação
   7. Não há outro responsável ou cuidador
9. **Quantas pessoas atualmente vivem na casa do/da jovem (além do jovem)?** \_\_\_
10. **Por favor, especifique a relação que essas pessoas tem com o/a jovem (marque todas que se aplicam)**
    1. Um dos pais
    2. Os dois pais
    3. Avós
    4. Irmãos / Irmãs
    5. Outros jovens / crianças
    6. Outros parentes
    7. Pessoas que não são parentes
11. **Algum adulto que vive na 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?**
         1. Sim
         2. Não, vivem separados devido ao COVID-19
         3. 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 na casa do/da jovem no total? \_\_\_\_\_\_\_\_\_**
13. **O/a jovem 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 a saúde física do/da jovem no geral?**
    1. Excelente
    2. Muito boa
    3. Boa
    4. Razoável
    5. Ruim
16. **Algum profissional de saúde ou de educação já disse a você que o/a jovem 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 altura do/da jovem? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cm)**
18. **Qual é o peso do/da jovem? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (kg)**
19. **Como você classificaria a saúde mental/emocional do/da jovem 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. **... o/a jovem 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 o/a jovem 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. **O/a jovem 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 família do/da jovem foi diagnosticado com Coronavírus/COVID-19?** **(marque todos que se aplicam)**
   1. Sim, um membro da minha família que mora na casa do/da jovem
   2. Sim, um membro da minha família que não mora na casa do/da jovem
   3. Não
5. **Alguma das seguintes opções aconteceu com membros da família do/da jovem 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 o/a jovem 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 o/a jovem 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 região causou alguma mudança positiva na vida do/da jovem?**
   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. **..., o prédio da escola/faculdade/universidade do/da jovem foi fechado? Sim/Não/Não se aplica**
   1. **Se não,**
      * As aulas estão acontecendo? Sim/Não
      * O jovem está indo nas aulas presencialmente? Sim/Não
   2. **Se sim,**
      * O jovem está tendo aulas online? Sim/Não
      * O jovem tem acesso fácil à internet e computador? Sim/Não
      * O jovem tem tarefas escolares para fazer? Sim/Não
      * O jovem tem recebido refeições da escola? Sim/Não
2. **... com quantas pessoas, fora as pessoas que moram com o/a jovem, ele/ela teve conversas pessoalmente? \_\_\_\_\_\_**
3. **... quanto tempo o/a jovem 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
4. **... o quão estressantes têm sido para o/a jovem as restrições de sair de casa?**
   1. Nenhum pouco
   2. Um pouco
   3. Moderadamente
   4. Bastante
   5. Extremamente
5. **... o contato do/da jovem com pessoas, fora as que moram com ele/ela, mudou em comparação a *antes* da crise do Coronavírus/COVID19 na sua região?**
   1. Tem muito menos contato
   2. Tem um pouco menos de contato
   3. Tem aproximadamente o mesmo contato
   4. Tem um pouco mais contato
   5. Tem muito mais contato
6. **... o quão difícil tem sido para o/a jovem seguir as recomendações de evitar contato próximo com outras pessoas?**
   1. Nada
   2. Um pouco
   3. Moderadamente
   4. Bastante
   5. Extremamente
7. **... a qualidade do relacionamento do/da jovem com os membros da sua família que moram com ele/ela mudou?**
   1. Piorou muito
   2. Piorou um pouco
   3. Segue aproximadamente a mesma
   4. Melhorou um pouco
   5. Melhorou muito
8. **... o quão estressantes têm sido para o/a jovem essas mudanças no contato com a sua família?**
   1. Nada
   2. Um pouco
   3. Moderadamente
   4. Bastante
   5. Extremamente
9. **... a qualidade do relacionamento do/da jovem com seus amigos mudou?**
   1. Piorou muito
   2. Piorou um pouco
   3. Segue aproximadamente a mesma
   4. Melhorou um pouco
   5. Melhorou muito
10. **... o quão estressantes têm sido para o/a jovem essas mudanças no contato com seus amigos?**
    1. Nada
    2. Um pouco
    3. Moderadamente
    4. Bastante
    5. Extremamente
11. **... o quanto o cancelamento de eventos importantes na vida do/da jovem (como formaturas, bailes, férias, etc.) têm sido difíceis para ele/ela?**
    1. Nada
    2. Um pouco
    3. Moderadamente
    4. Bastante
    5. Extremamente
12. **... o quanto as mudanças relacionadas ao Coronavírus/COVID-19 na região criaram problemas financeiros para o/a jovem ou sua família?**
    1. Nada
    2. Um pouco
    3. Moderadamente
    4. Bastante
    5. Extremamente
13. **... o quanto o/a jovem está preocupado com a estabilidade da sua situação de moradia?**
    1. Nada
    2. Um pouco
    3. Moderadamente
    4. Bastante
    5. Extremamente
14. **O/a jovem se preocupou com ficar sem comida em função da falta de dinheiro?**
    1. Sim
    2. Não
15. **O quão esperançoso o/a jovem 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 na região:**

1. **... em média, que horas o/a jovem 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 o/a jovem 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 o/a jovem 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 o/a jovem 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, o/a jovem 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, o/a jovem 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 na região:**

1. **... o quão preocupado, no geral, o/a jovem estava?**
   1. Nenhum pouco preocupado
   2. Um pouco preocupado
   3. Moderadamente preocupado
   4. Bastante preocupado
   5. Extremamente preocupado
2. **... o quão feliz versus triste o/a jovem estava?**
   1. Muito triste/deprimido/infeliz
   2. Moderadamente triste/deprimido/infeliz
   3. Neutro
   4. Moderadamente feliz/animado
   5. Muito feliz/animado
3. **... o quanto o/a jovem 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 o/a jovem 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 o/a jovem 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 o/a jovem 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 o/a jovem 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 o/a jovem 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 o/a jovem estava se sentindo?**
   1. Nenhum pouco solitário
   2. Um pouco solitário
   3. Moderadamente solitário
   4. Bastante solitário
   5. Extremamente solitário
10. **... o quanto o/a jovem 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 na região, quanto tempo por dia o/a jovem passou:**

1. **... assistindo TV ou outras mídias digitais (Netflix, Youtube, navegando na Internet, por exemplo)?**
   1. Não assistiu TV ou usou 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 usou redes sociais
   2. Menos de 1h
   3. 1-3h
   4. 4-6h
   5. Mais de 6h
3. **... jogando videogames?**
   1. Não joguou 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 na região, com que frequência o/a jovem usou:**

1. **... álcool?**
   1. Não usou
   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 usou
   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 usou
   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 usou
   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 usou
   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 usou
   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 usou
   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 (2 ÚLTIMAS SEMANAS)**

**Durante as DUAS ÚLTIMAS SEMANAS:**

1. **... em média, que horas o/a jovem 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 o/a jovem 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 o/a jovem 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 o/a jovem 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, o/a jovem 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, o/a jovem 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 (2 ÚLTIMAS SEMANAS)**

**Durante as DUAS ÚLTIMAS SEMANAS:**

1. **... o quão preocupado, no geral, o/a jovem estava?**
   1. Nenhum pouco preocupado
   2. Um pouco preocupado
   3. Moderadamente preocupado
   4. Bastante preocupado
   5. Extremamente preocupado
2. **... o quão feliz versus triste o/a jovem estava?**
   1. Muito triste/deprimido/infeliz
   2. Moderadamente triste/deprimido/infeliz
   3. Neutro
   4. Moderadamente feliz/animado
   5. Muito feliz/animado
3. **... o quanto o/a jovem 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 o/a jovem 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 o/a jovem 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 o/a jovem 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 o/a jovem 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 o/a jovem 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 o/a jovem estava se sentindo?**
   1. Nenhum pouco solitário
   2. Um pouco solitário
   3. Moderadamente solitário
   4. Bastante solitário
   5. Extremamente solitário
10. **... o quanto o/a jovem 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 (2 ÚLTIMAS SEMANAS)**

**Durante as DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, quanto tempo por dia o/a jovem passou:**

1. **... assistindo TV ou outras mídias digitais (Netflix, Youtube, navegando na Internet, por exemplo)?**
   1. Não assistiu TV ou usou 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 usou redes sociais
   2. Menos de 1h
   3. 1-3h
   4. 4-6h
   5. Mais de 6h
3. **... jogando videogames?**
   1. Não joguou videogames
   2. Menos de 1h
   3. 1-3h
   4. 4-6h
   5. Mais de 6h

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

**Durante as DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, com que frequência o/a jovem usou:**

1. **... álcool?**
   1. Não usou
   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 usou
   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 usou
   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 usou
   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 usou
   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 usou
   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 usou
   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 o/a jovem 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 no/na jovem, 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]**