

COVID-19 Experiences (COVEX)

Prudence W. Fisher, PhD
Payal Desai, MPH
Jaimie Klotz, MPH
J. Blake Turner, PhD
Jazmin A. Reyes-Portillo, PhD
Isabel Ghisolfi, BA
Cristiane S. Duarte, PhD, MPH

O questionário COVID-19 Experiences (COVEX) foi desenvolvido por pesquisadores da Divisão de Psiquiatria da Criança e do Adolescente da Universidade de Columbia/Instituto Psiquiátrico do Estado de Nova York para uso em nossas pesquisas novas e em andamento e por ambientes clínicos afiliados para documentar as experiências de participantes da pesquisa e pacientes na época da pandemia do COVID-19. O COVEX pode ser administrado como uma entrevista ou como uma medida de auto aplicada. Também está sendo traduzido para outros idiomas.

O questionário é composto por nove sessões:

[Seção 1: Sintomas e diagnósticos do COVID-19](#)

[Seção 2: Vulnerabilidade ao COVID e exposição direta](#)

[Seção 3: Situação de vida](#)

[Seção 4: Mudanças de Emprego / Escola](#)

[Seção 5: Preocupações, mudanças na saúde mental](#)

[Seção 6: Problemas e suporte durante o surto de COVID-19](#)

[Seção 7: Coping](#)

[Seção 8: Perguntas relacionadas à gravidez \(opcional\)](#)

[Seção 9: Uso da mídia](#)

A Seção 5 incorpora os nove itens de sintomas do Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9) e três itens da escala de 7 itens da escala de Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7). Também inclui perguntas sobre solidão, uso de álcool e drogas e preocupações decorrentes do COVID-19. Esta seção termina com algumas “perguntas opcionais” que avaliam mudanças no estado emocional e no comportamento durante o surto

Este trabalho está licenciado sob uma Licença Internacional Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0. Todos os materiais associados à COVEX são de código aberto, sem restrição de direito não comercial de uso. Investigadores ou usuários interessados são bem-vindos para usar uma ou mais das seções da COVEX ou perguntas para atender às suas necessidades. Incentivamos a referência adequada, a notificação avançada de qualquer uso e de mídia, relatórios científicos ou publicações que usam a totalidade ou parte da COVEX, embora isso não seja necessário. Também ficaríamos gratos pelo compartilhamento voluntário de dados para fins de estudos psicométricos no COVEX liderada pelos Drs. Fisher e Duarte. (prudence.fisher@nyspi.columbia.edu; cristiane.duarte@nyspi.columbia.edu)

Citação sugerida

Fisher, P.W., Desai, P., Klotz, J., Turner, J.B., Reyes-Portillo, J.A., Ghisolfi, I., Canino, G., and Duarte, C.S. (2020) COVID-19 Experiences (COVEX).

COVID-19 Experiences (COVEX)

Essas perguntas são sobre suas experiências durante a pandemia do novo coronavírus, também conhecida como o surto de COVID-19.

Seção 1: Sintomas e diagnóstico do COVID-19

1. Desde que surto teve início, você teve sintomas de COVID-19? Ou seja, você teve febre, falta de ar, dor de garganta, dores no corpo, fadiga, nariz escorrendo ou congestionado, diarreia, calafrios, dor muscular, dor de cabeça ou perda de paladar ou olfato?

- Não
- Sim
- Não tenho certeza

2. Qual dos seguintes sintomas você experimentou desde que o surto de COVID-19 começou na sua região (ou seja, desde [data])? [marque todas as opções aplicáveis]

- Febre (acima de 100 graus Fahrenheit ou acima de 37,8 graus Celsius)
- Tosse
- Nariz escorrendo
- Falta de ar
- Tremores com calafrios
- Calafrios (sem tremores)
- Dor de garganta
- Dor de cabeça
- Dores musculares ou corporais
- Formigamento ou sensação de queimação
- Fadiga
- Sonolência excessiva
- Diarreia
- Náusea ou vômito
- Perda do olfato
- Perda do paladar
- Coceira ou vermelhidão nos olhos
- Descoloração dos dedos dos pés ou das mãos (aparência “escura”)
- Feridas / erupções cutâneas nos pés ou nas mãos
- Derrame
- Nenhuma das opções acima → **IR PARA 3**

2a. Como você classificaria a gravidade de sua doença?

- Doença leve (tosse seca, dor de cabeça, náusea / diarreia, dores e dores, febre baixa - sem necessidade de consultar um médico ou hospitalização)
- Doença moderada (tosse, febre alta (acima de 100 graus Fahrenheit ou acima de 37,8 graus Celsius), calafrios, sensação de não conseguir sair da cama, falta de ar)
- Doença grave (falta de ar, complicações que levam a pneumonia)
- Doença crítica (insuficiência respiratória, choque séptico e/ou disfunção ou falha de órgãos)
- Não sei

2b. Qual das seguintes situações ocorreu como resultado de seus sintomas? [assinale tudo que se aplique]

- Tive que passar a noite no hospital → **IR PARA 2C**
- Consultei-me com um médico pessoalmente, seja numa clínica, consultório ou pronto socorro
- Falei com um médico por telefone, por e-mail ou on-line
- Eu me isolei ou me coloquei em quarentena em casa por conta própria
- Nenhuma das anteriores

Se teve que passar a noite em um hospital; pergunte:

2c. Quantas dias você ficou no hospital? _____ [dias]

3. Um profissional de saúde já lhe disse que você tem ou provavelmente [tem/já teve] COVID-19 (Coronavírus)?

- Não
- Sim

4. Você foi testado para o COVID-19?

- Não
- Sim, teste positivo
- Sim, mas teste nunca foi positivo
- Sim, mas não peguei o resultado ainda

Se sim, pergunte:

4a. Que tipo de teste foi esse?

- Cotonete nasal
- Exame de sangue para infecção ativa
- Exame de sangue para anticorpos
- Teste de saliva
- Outro: _____

Seção 2: Vulnerabilidade ao COVID e exposição direta

1. Antes do surto de COVID-19, você tinha uma condição médica que poderia fazer com que você ficasse muito doente se pegasse o COVID-19? (Por exemplo, asma, um problema respiratório ou pulmonar, sistema imunológico suprimido, diabetes, pressão alta, obesidade ou algum outro problema de saúde significativo).

- Não → IR PARA 2
- Sim

Se sim, pergunte:

1a. Qual problema era? _____

2. Durante ou nos poucos meses anteriores ao surto de COVID-19, você era fumava cigarro ou cigarro eletrônico (vape, e-cigar, vapor)? [marque todas as opções aplicáveis]

- Não → IR PARA 3
- Sim fumante de cigarro
- Sim, fumante de cigarro eletrônico

Se fumante de cigarro comum, pergunte:

2a. Quanto você fumava?

- Um maço ou mais por dia (um maço são 20 cigarros)
- Diariamente, 10 a 19 cigarros
- Diariamente, 4-9 cigarros
- 1-3 cigarros diários
- Menos de um cigarro por dia

Se for fumante de cigarro eletrônico, pergunte:

2b. Quantas vezes você usava o cigarro eletrônico?

- Mais de uma vez por dia
- Diariamente ou quase todos os dias
- 3-4 dias por semana
- 1-2 dias por semana
- Menos que isso

3. Durante ou após o início do surto de COVID-19, você estava grávida?

- Não
- Sim

4. Durante o surto de COVID-19, você morou com alguém que estava com COVID-19?

- Não → IR PARA 5
- Sim
- Não tenho certeza, acho que alguém com quem vivi pode ter tido o COVID-19

Se sim ou não tenho certeza, pergunte:

4a. Quem era essa pessoa? [marque todas as opções aplicáveis]

- Parceiro
- Pai ou mãe
- Criança
- Irmão
- Avó
- Outros membros da família (por exemplo, tia, tio, primo)
- Colega de quarto
- Outro: _____

4b Eles (ou qualquer um deles) foram hospitalizados por COVID-19?

- Não
- Sim

4c. Eles (ou algum deles) morreram por causa do COVID-19?

- Não → IR PARA 5
- Sim

Se sim, pergunte:

4d. Quem morreu? [marque todas as opções aplicáveis]

- Parceiro
- Pai ou mãe
- Filho
- Irmão
- Avô
- Outros membros da família (por exemplo, tia, tio, primo)
- Colega de quarto
- Outros

5. Alguém da sua família com quem você não morava ou algum de seus amigos íntimos foi diagnosticado ou adoeceu com COVID-19?

- Não → IR PARA 6
- Sim
- Não tenho certeza, acho que alguém da minha família ou um amigo próximo pode ter tido o COVID-19

Se sim ou não tenho certeza, pergunte:

5a. Quem era essa pessoa? [marque todas as opções aplicáveis]

- Parceiro
- Pai ou mãe
- filho
- Irmão
- Avô
- Outros membros da família (por exemplo, tia, tio, primo)
- Amigo próximo
- Outro _____

5b. Você esteve perto deles (ou algum deles) quando estavam doentes ou pouco antes, nas 2 semanas antes de ficarem doentes?

- Não
- Sim

5c. Eles (ou algum deles) foram hospitalizados por COVID-19?

- Não
- Sim

5d. Eles (ou algum deles) morreram por causa do COVID-19?

- Não
- Sim

Se sim, pergunte:

5e. Quem morreu? [marque todas as opções aplicáveis]

- Parceiro
- Pai ou mãe
- Filho
- Irmão
- Avô
- Outros membros da família (por exemplo, tia, tio, primo)
- Amigo próximo
- Outro_____

6. Tem alguém (mais) com quem você interage regularmente, com isso queremos dizer pelo menos duas vezes por semana, que foi diagnosticado ou ficou doente com COVID-19?

- Não
- Sim
- Não tenho certeza, acho que alguém com quem interagi pode ter tido o COVID-19

Se sim ou não, pergunte:

6a. Você esteve perto deles (ou algum deles) quando estavam doentes ou pouco antes disso, nas 2 semanas antes de ficarem doentes?

- Não
- Sim

Seção 3: Situação de vida

O próximo conjunto de perguntas é sobre sua situação de vida durante o surto de COVID-19.

1. Houve alguma mudança em onde você mora ou com quem mora (morava) durante o surto de Covid19? Por exemplo, se você foi morar temporariamente em um lugar diferente ou mudaram as pessoas com quem você morava.

- Sim [marque todas as opções aplicáveis]
 - Mudou-se para casa dos “pais” ou da família (por exemplo, voltou da universidade para casa etc.)
 - Mudou-se para um local / situação diferente (por exemplo, foi morar com parentes ou amigos)
 - Outras pessoas adicionadas ao agregado familiar
 - Alguém saiu da sua casa
 - Afastou-se de sua família
 - Perdeu sua moradia
 - Foi morar em um abrigo
 - Outro_____
- Não

2. Durante o surto de COVID-19, muitas pessoas ficaram em quarentena. Qual das seguintes descreve melhor o que você (e as pessoas com quem vive) fez durante o surto de COVID-19? [marque todas as opções aplicáveis].

- Quarentena voluntária (ficou em casa e limitou severamente o contato com pessoas fora de casa e saiu de casa apenas por necessidade) devido ao medo de se expor ao vírus.
- Quarentena voluntária devido a um caso confirmado/suspeito no domicílio.
- Auto-isolamento/quarentena obrigatório por profissional médico devido a caso confirmado/suspeito (não foi permitido sair por qualquer motivo, incluindo para comprar suprimentos).
- Recomendação de isolamento pelo governo local e/ou empregador, insistindo que as pessoas fiquem em casa (por exemplo, ainda é permitido caminhar e socializar ao ar livre mantendo-se a distância)
- Lockdown, permitido sair de casa apenas quando estritamente necessário
- Nenhuma das opções acima → IR PARA 3

2a Quantos dias você ficou em casa e limitou o contato com pessoas de fora de sua casa, tanto quanto possível? _____[semanas] OU _____[meses].

3. Alguém com quem você morou durante o surto de COVID-19 teve que trabalhar fora de casa?

- Não
- Sim
- Não tenho certeza

4. Você saiu de casa para cuidar ou ver como estavam pessoas que você geralmente cuida?

- Não
- Sim

5. Durante o período do surto de COVID-19, por mais ou menos quanto tempo você ficou diariamente fora da sua casa?

- Nada
- < 30 minutos
- 30 minutos a < 1 hora
- 1 hora a < 2 horas
- 2 horas a < 3 horas
- 3 horas ou mais

6. Não incluindo a si mesmo, com quantas pessoas [você tem/tinha] morando na sua casa durante a maior parte do surto de COVID-19? _____ (se morar sozinho, coloque 0)

Se não estiver morando sozinho, pergunte:

6a Quem [mora/morou] lá? Qual era o relacionamento deles com você?

- Companheiro
- Pai ou mãe
- Filhos
- Irmãos
- Avós
- Outros membros da família (por exemplo, tia, tio, primo)
- Amigos
- Outros moradores/companheiros de quarto
- Outro, especificar: _____

Se não estiver morando sozinho, pergunte:

6b Você achava que tinha muita gente para o tamanho da casa?

- Não
- Sim
- Não tenho certeza

ENTREVISTADOR: SE A ENTREVISTA FOR REALIZADA POR TELEFONE E O RESPONDENTE NÃO ESTIVER EM UM LOCAL COM PRIVACIDADE, DIGA O SEGUINTE: Para as próximas perguntas não leia sua resposta em voz alta, mas leia o número ao lado da resposta no cartão.

Se morar com apenas 1 pessoa que não seja parceiro, filhos ou pais, pergunte:

7. De um modo geral, como você está/estava se relacionando com a outra pessoa com quem você está/estava vivendo durante o surto de COVID-19?

- 1 - Muito bem - sem problemas ou tensão
- 2 - Bem - tensão ocasional, alguma tensão, mas manejável
- 3 - Médio - com tensão e às vezes as coisas ficam/ficavam fora de controle (discussões acaloradas ocasionais)
- 4 - Não muito bem - muita discussão, clima da casa instável, problemas recorrentes
- 5 - Péssimo

7a. Essa situação é diferente de antes do início do surto de COVID-19?

- Não
- Sim

Se estiver morando com 2 ou mais pessoas, pergunte:

8. No geral, quão bem as pessoas da sua família estão/estavam se dando durante o surto de COVID-19?

- 1 - Muito bem - sem problemas ou tensão
- 2 - Bem - tensão ocasional, alguma tensão, mas manejável
- 3 - Médio - com tensão e às vezes as coisas ficam/ficavam fora de controle (discussões acaloradas ocasionais)
- 4 - Não muito bem - muita discussão, clima da casa instável, problemas recorrentes
- 5 - Péssimo

8a Essa situação é diferente de como era antes do surto de COVID-19?

- Não
- Sim
- N/A, nenhum relacionamento antes do surto

Se estiver morando com um parceiro, pergunte:

9. Como você e seu parceiro se deram/estão se dando durante o surto de COVID-19?

- 1 - Muito bem - sem problemas ou tensão
- 2 - Bem - tensão ocasional, alguma tensão, mas manejável
- 3 - Médio - com tensão e às vezes as coisas ficam/ficavam fora de controle (discussões acaloradas ocasionais)
- 4 - Não muito bem - muita discussão, clima da casa instável, problemas recorrentes
- 5 - Péssimo

9a. Essa situação é diferente de como era antes do surto de COVID-19?

- Não
- Sim

Se vive com filho (s), pergunte:

10. Como você e seu(s) filho(s) se deram/estão se dando durante o surto de COVID-19?

- 1 - Muito bem - sem problemas ou tensão
- 2 - Bem - tensão ocasional, alguma tensão, mas manejável
- 3 - Médio - com tensão e às vezes as coisas ficam/ficavam fora de controle (discussões acaloradas ocasionais)
- 4 - Não muito bem - muita discussão, clima da casa instável, problemas recorrentes
- 5 - Péssimo

10a. Essa situação é diferente de como era antes do surto de COVID-19?

- Não
- Sim

Se morar com os pais, pergunte;

11. Como você e seu(s) pais(s) se deram/estão se dando durante o surto de COVID-19?

- 1 - Muito bem - sem problemas ou tensão
- 2 - Bem - tensão ocasional, alguma tensão, mas manejável
- 3 - Médio - com tensão e às vezes as coisas ficam/ficavam fora de controle (discussões acaloradas ocasionais)
- 4 - Não muito bem - muita discussão, clima da casa instável, problemas recorrentes
- 5 - Péssimo

11a. Essa situação é diferente de como era antes da pandemia?

- Não
- Sim

Se a aprovação do estudo e a privacidade estiverem garantidas:

ENTREVISTADOR: SE A ENTREVISTA FOR POR TELEFONE, DIGA O SEGUINTE:

Nas próximas 3 perguntas eu vou perguntar sobre alguns assuntos particulares, então, por favor, desligue o viva-voz se ele estiver ligado.

12. Durante o surto de COVID-19, as coisas em algum momento chegaram ao ponto no qual um adulto com quem você vive/viveu foi fisicamente violento com uma criança (por exemplo, empurrou, bateu, chutou ou sacudiu ela)?

- Não
- Sim

13. Durante o surto de COVID-19, um adulto em sua casa em algum momento já foi fisicamente violento com você (por exemplo, empurrou, bateu, chutou ou sacudiu você)?

- Não
- Sim

14. Durante o surto de COVID-19, em algum momento as coisas chegaram ao ponto em que um adulto com quem você vive/vivia ficou fisicamente violento com outra pessoa (por exemplo, empurrou, bateu, chutou ou sacudiu outra pessoa)?

- Não
- Sim

Seção 4: Mudanças de Emprego/Escola

Agora vamos mudar de assunto e perguntar sobre o trabalho.

1. Qual das seguintes alternativas melhor descreve sua situação de trabalho nas duas semanas anteriores ao surto de COVID-19?

- Trabalhava em período integral → **IR PARA 1B**
- Trabalhava meio período → **IR PARA 1B**
- Autônomo → **IR PARA 1B**
- Procurava trabalho, desempregado → **IR PARA 1A**
- Desempregado e não estava procurando → **IR PARA 1A**
- Temporariamente dispensado → **IR PARA 1A**
- Aposentado → **IR PARA 1A**
- Dona/Dono de casa → **IR PARA 1A**
- Licença de Maternidade → **IR PARA 1A**
- Doença/afastamento → **IR PARA 1A**
- Portador de alguma deficiência → **IR PARA 1A**
- Outro → **IR PARA 1B**

Se não estava trabalhando antes do surto de COVID-19, pergunte;

1a. Você começou um novo trabalho durante o surto de COVID-19?

- Não → **IR PARA 5**
- Sim → **IR PARA 4**

1b. Em que local você trabalhou nas duas semanas anteriores ao surto de COVID-19? [marque todas as opções aplicáveis]

- Em casa
- Em um ambiente médico (hospital, clínica, consultório médico, pronto socorro, etc.)
- Em um escritório ou prédio de escritórios
- Em casa de família (babá, diarista, etc.)
- Em um serviço com interação regular com clientes (entregador, transporte, vendedor, restaurante etc.)
- Na cidade como socorrista (policial, bombeiro, SAMU etc.)
- Em um almoxarifado ou fábrica
- Em ambiente externo (jardinagem, construção, obras rodoviárias, etc.)
- Outro _____

1c. Que tipo de trabalho você fez? _____

Se empregado antes do surto de COVID-19, pergunte;

2. Você perdeu algum(s) emprego(s) durante o surto de COVID-19?

- Não → **IR PARA 2B**
- Sim, fui demitido de um emprego
- Sim, fui dispensado temporariamente de um emprego
- Sim, perdi todos os meus empregos → **IR PARA 2B**

Se demitido ou dispensado temporariamente, pergunte;

2a Você continuou trabalhando de alguma maneira durante o surto de COVID-19?

- Não → **IR PARA 5**
- Sim

2b. Você começou ou conseguiu um [novo/outro] emprego durante o surto de COVID-19?

- Não
- Sim

Se estiver trabalhando atualmente, pergunte:

3. Você teve mudanças significativas em seu trabalho (por exemplo, carga horária, salário, etc.) por causa ou durante o surto? [marque todas as opções aplicáveis]

- Não
- Sim, passei a trabalhar à distância/home office
- Sim, aumento das horas de trabalho
- Sim, diminuição das horas de trabalho
- Sim, aumento da carga de trabalho
- Sim, diminuição da carga de trabalho
- Sim, corte de salário ou de vencimentos
- Sim, o salário ou os salários aumentaram
- Sim, outra mudança significativa: _____

**4. Em quais locais você está trabalhando desde o início do surto de COVID-19?
[marque todos que se aplicam]**

- Em casa
- Em um ambiente médico (hospital, clínica, consultório médico, pronto socorro, etc.)
- Em um escritório ou prédio de apartamentos
- Em casa de família (babá, diarista, etc.)
- Em um serviço com interação regular com clientes (entregador, transporte, vendedor, restaurante etc.)
- Na cidade como socorrista (policial, bombeiro, SAMU etc.)
- Em um almoxarifado ou fábrica
- Em ambiente externo (jardinagem, construção, obras rodoviárias, etc.)
- Outro _____

5. Nas semanas antes do início do surto de COVID-19, você era um estudante (matriculado em algum curso)?

- Estudante em tempo integral
- Estudante em meio período
- Não → **VÁ PARA 6 SE ESTIVER TRABALHANDO DURANTE O SURTO; VÁ PARA 8 SE NÃO ESTIVER TRABALHANDO**

Se for estudante em período integral ou parcial, pergunte:

5a. Após o início do surto do COVID-19, você continuou sendo estudante?

- Não → **VÁ PARA 6 SE ESTIVER TRABALHANDO DURANTE O SURTO; VÁ PARA 8 SE NÃO ESTIVER TRABALHANDO**
- Não, e formei ou o curso terminou mais cedo → **VÁ PARA 6 SE ESTIVER TRABALHANDO DURANTE O SURTO; VÁ PARA 8 SE NÃO ESTIVER TRABALHANDO**
- Sim

Se ainda estiver matriculado na escola, pergunte:

5b. Desde o início do surto de COVID-19, sua escola tem oferecido aulas online?

- Não → **VÁ PARA 6 SE ESTIVER TRABALHANDO DURANTE O SURTO; VÁ PARA 8 SE NÃO ESTIVER TRABALHANDO**
- Sim

Se ainda estiver matriculado na escola ou curso, pergunte:

5c. Você sentiu um aumento ou diminuição nas tarefas escolares ou do curso (tempo gasto estudando)?

- Aumento
- Diminuição
- Sem alteração

Se estiver trabalhando em casa ou tendo aulas online, pergunte:

6. Foi ou está sendo difícil trabalhar ou estudar por causa de outras responsabilidades em casa (ex.: cuidar de crianças, família, tensão, espaço)?

- Não
- Sim

Se estiver trabalhando em casa ou tendo aulas online, pergunte:

7. Foi ou está sendo difícil trabalhar ou estudar por causa das condições do ambiente da sua casa (internet ruim, computador, tensão, espaço)?

- Não
- Sim

8. Alguém em sua casa perdeu o emprego ou perdeu uma parte significativa da renda como resultado do surto de COVID-19?

- Não
- Sim

Se sim, pergunte:

8a Quem perdeu o emprego ou uma parte significativa da renda como resultado do surto de COVID-19?

- Companheiro
- Pais
- Filhos
- Irmãos
- Avós
- Outros membros da família (por exemplo, tia, tio, primo)
- Amigos
- Outras pessoas da casa/ colegas de quarto
- Outro, especificar: _____

Seção 5: Preocupações, mudanças na saúde mental

Agora vou fazer algumas perguntas sobre como você está se sentindo ultimamente.

1. Nas últimas duas semanas, com que frequência aconteceu algum dos seguintes problemas?

1a. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1b. Sentiu-se triste, deprimido ou sem esperança

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1c. Teve problemas para dormir ou dormiu demais

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1d. Sentiu-se cansado ou com pouca energia

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1e. Teve pouco apetite ou comeu demais

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1f. Sentiu-se mal consigo mesmo - ou sentiu que você é um fracasso ou que decepcionou sua família

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1g. Teve problemas para se concentrar em coisas, como ler o jornal ou assistir televisão

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1h. Moveu-se ou falou tão devagar que outras pessoas podem ter notado. Ou o oposto – esteve tão mais inquieto ou agitado que você se mexeu (agitação) muito mais do que habitual.

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1i. Pensou que era melhor estar morto ou pensou em machucar a si mesmo

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1j. Sentiu-se nervoso, ansioso ou no limite

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1k. Não foi capaz de parar ou controlar as preocupações

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1l. Era facilmente incomodado ou irritado (irritadiço)

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1m. Sentiu-se solitário

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. No mês passado, com que frequência você bebeu álcool?

- Diariamente ou quase todos os dias
- 3-4 dias por semana
- 1-2 dias por semana
- 1-3 dias por mês
- Nenhuma vez → **IR PARA 3**

Se bebeu álcool, pergunte:

2a Quando você bebe, quantas doses você normalmente toma?

- 1-2 doses
- 3-4 doses
- Mais de 4 doses

3. No mês passado, com que frequência você usou outras drogas?

- Diariamente ou quase todos os dias
- 3-4 dias por semana
- 1-2 dias por semana
- 1-3 dias por mês
- Menos de uma vez por mês
- Nunca

4. Vou fazer as mesmas perguntas novamente, mas agora você deve pensar nas duas semanas durante o surto de COVID-19 que foram as mais difíceis para você.

Durante as duas semanas mais difíceis, com que frequência você passou por algum os seguintes problemas?

4a. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4b. Sentiu-se triste, deprimido ou sem esperança

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4c. Teve problemas para dormir ou dormiu demais

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4d. Sentiu-se cansado ou com pouca energia

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4e. Teve pouco apetite ou comeu demais

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4f. Sentiu-se mal consigo mesmo - ou que você é um fracasso ou que decepcionou sua família

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4g. Teve problemas para se concentrar em coisas, como ler o jornal ou assistir televisão

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4h. Moveu-se ou falou tão devagar que outras pessoas podem ter notado. Ou o oposto – esteve tão mais inquieto ou agitado que você se mexeu (agitação) muito mais do que habitual.

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4i. Pensou que era melhor morrer ou pensou em machucar a si mesmo

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4j. Sentiu-se nervoso, ansioso ou no limite

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4k. Não foi capaz de parar ou controlar as preocupações

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4l. Era facilmente incomodado ou irritado (irritadiço)

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4m. Sentiu-se solitário

Não aconteceu	Alguns dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Durante essas duas semanas que foram as mais difíceis para você, com que frequência você bebeu álcool?

- Diariamente ou quase todos os dias
- 3-4 dias por semana
- 1-2 dias por semana
- 1-3 dias por mês
- Nenhuma vez → **IR PARA 3**

Se bebeu álcool, pergunte:

5a Quando você bebeu, quantas doses você geralmente tomou?

- 1-2 doses
- 3-4 doses
- Mais de 4 doses

6. Durante essas duas semanas que foram as mais difíceis para você, com que frequência você usou outras drogas?

- Diariamente ou quase todos os dias
- 3-4 dias por semana
- 1-2 dias por semana
- 1-3 dias por mês
- Menos de uma vez por mês
- Nunca

7. As próximas perguntas são sobre preocupações que você tem (ou teve) durante o surto de COVID-19. Para essas perguntas, pense no período durante o surto que foi o mais difícil para você.

Durante esse tempo, qual foi/é seu grau de preocupação com...

7a. Que você mesmo possa pegar COVID-19?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nenhum | Um pouco | Médio | Extremo | Não sei |
| <input type="checkbox"/> |

7b. Que você possa infectar outra pessoa com COVID-19?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nenhum | Um pouco | Médio | Extremo | Não sei |
| <input type="checkbox"/> |

7c. Que alguém da sua família ou amigo próximo possa ficar muito doente com o COVID-19?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nenhum | Um pouco | Médio | Extremo | Não sei |
| <input type="checkbox"/> |

7d. Que cuidados médicos adequados não estariam disponíveis se você ou sua família adoecessem COVID-19?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nenhum | Um pouco | Médio | Extremo | Não sei |
| <input type="checkbox"/> |

7e. Que você ou seus familiares não possam pagar pelo tratamento ou teste para COVID-19?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nenhum | Um pouco | Médio | Extremo | Não sei |
| <input type="checkbox"/> |

7f. Que você ou sua família não pudessem obter assistência médica por outro problema médico (que não a COVID 19)?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nenhum | Um pouco | Médio | Extremo | Não sei |
| <input type="checkbox"/> |

7g. Sobre como outras pessoas da sua família ou de quem você é próximo lidam com o isolamento/ estar sozinho?

Nenhum Um pouco Médio Extremo Não sei

7h. Que você não seria capaz de cuidar de pessoas da sua família que precisem de ajuda?

Nenhum Um pouco Médio Extremo Não sei

7i. Que você perderá renda devido ao fechamento do local de trabalho ou redução das horas por causa do surto de COVID-19?

Nenhum Um pouco Médio Extremo Não sei

7j. Que você ou sua família sofrerão uma perda financeira significativa por causa do COVID-19?

Nenhum Um pouco Médio Extremo Não sei

8. Em geral, quanto você acha que a preocupação ou o estresse relacionado ao surto de COVID-19 teve um impacto negativo na sua saúde mental?

- Sem impacto negativo
- Pequeno impacto negativo
- Impacto negativo moderado/médio
- Grande impacto negativo

9. Em geral, quanto você acha que a preocupação ou o estresse relacionado ao surto de COVID-19 teve um impacto negativo na sua saúde física?

- Sem impacto negativo
- Pequeno impacto negativo
- Impacto negativo moderado/médio
- Grande impacto negativo

Opcional

As perguntas restantes nesta seção podem ser úteis para avaliar alterações no estado clínico durante o surto de COVID-19. Se não for relevante para o seu estudo, vá para a Seção 6.

10. Muitas pessoas experimentaram ou experimentam mudanças em suas emoções e comportamentos durante o surto de COVID-19.

Comparado com o seu desempenho antes do início do surto na sua região, quanto você foi ou tem sido afetado pelo seguinte:

10a. Sente-se nervoso ou ansioso.

Sem alteração	Muito mais que de costume	Um pouco mais que de costume	Um pouco menos que de costume	Muito menos que de costume
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10b. Não ser capaz de parar de se preocupar.

Sem alteração	Muito mais que de costume	Um pouco mais que de costume	Um pouco menos que de costume	Muito menos que de costume
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10c. Setinu-se triste.

Sem alteração	Muito mais que de costume	Um pouco mais que de costume	Um pouco menos que de costume	Muito menos que de costume
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10d. Sentiu-se incomodado ou irritado.

Sem alteração	Muito mais que de costume	Um pouco mais que de costume	Um pouco menos que de costume	Muito menos que de costume
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10e. Sentiu falta de motivação.

Sem alteração	Muito mais que de costume	Um pouco mais que de costume	Um pouco menos que de costume	Muito menos que de costume
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10f. Sentiu-se só.

Sem alteração	Muito mais que de costume	Um pouco mais que de costume	Um pouco menos que de costume	Muito menos que de costume
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10g. Sentiu-se sem esperança.

Sem alteração	Muito mais que de costume	Um pouco mais que de costume	Um pouco menos que de costume	Muito menos que de costume
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Agora eu gostaria de saber sobre algumas mudanças de comportamento desde o início do surto. Novamente, em comparação com como as coisas eram antes do surto, você sentiu algum dos seguintes:

11a. Alteração na quantidade que você está comendo.

Sem alteração	Muito mais que de costume	Um pouco mais que de costume	Um pouco menos que de costume	Muito menos que de costume
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11b. Mudança na sua quantidade de sono.

Sem alteração	Muito mais que de costume	Um pouco mais que de costume	Um pouco menos que de costume	Muito menos que de costume
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11c. Mudança na quantidade de atividade sexual.

Sem alteração	Muito mais que de costume	Um pouco mais que de costume	Um pouco menos que de costume	Muito menos que de costume
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11d. Mudança no uso de álcool ou outras substâncias.

Sem alteração	Muito mais que de costume	Um pouco mais que de costume	Um pouco menos que de costume	Muito menos que de costume
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11e. Outra mudança (especifique) _____

Sem alteração	Muito mais que de costume	Um pouco mais que de costume	Um pouco menos que de costume	Muito menos que de costume
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seção 6: Problemas e suporte durante o surto de COVID-19

1. Desde o surto de COVID-19, você teve algum dos seguintes? [marque todos que se aplicarem]

- Dificuldade em obter assistência infantil (creche, babá, alguém para cuidar de seu bebê etc.)
- Dificuldade em obter comida
- Dificuldade em obter água
- Dificuldade em obter produtos de limpeza/higiene (sabão, lenço, álcool gel, toalhas de papel etc.)
- Dificuldade em obter produtos de papel (papel higiênico, toalhas de papel etc.)
- Dificuldade em obter fraldas, leite em pó e outros produtos para cuidados com o bebê
- Dificuldade em obter assistência médica ou prescrições

Se há dificuldade em obter assistência médica ou prescrições preencha da 1a até 1d;

1a. Isso inclui atendimento pré-natal?

- Não
- Sim
- N/A

1b. Isso inclui atendimento psiquiátrico?

- Não
- Sim
- N/A

1c. Isso inclui prescrições?

- Não
- Sim
- N/A

1d. Você teve outras dificuldades relacionadas à obtenção de assistência médica ou prescrições?

- Não
- Sim, descreva essas outras dificuldades: _____

2. Quais dos seguintes recursos você (ou as pessoas da sua casa) usaram ou tem usado durante o surto de COVID-19?

- Refeições gratuitas nas escolas
- Bancos de alimentos
- Acesso gratuito à Internet/WiFi
- Computador/tablet/celular fornecido gratuitamente para a educação do meu filho
- Abrigos/alojamentos do governo
- Seguro desemprego
- SUS
- Bolsa família
- Programa de distribuição de alimentos do governo
- Aluguel congelado/suspenso
- Ajuda financeira de familiares, amigos, parceiros, uma organização ou outra pessoa
- Aconselhamento/terapia grátis (telefone, mensagens, chat por vídeo)
- Prevenção de suicídio e outras linhas diretas de crise (CVV etc.)
- Linhas diretas de violência doméstica (disque 180)

3. Você passou por discriminação devido a estereótipos relacionados ao COVID-19 (por exemplo, pessoas tratando você de maneira diferente com base em sua origem etc.)?

- Não
- Sim

Seção 7: Coping

1. Quais das seguintes estratégias foram ou têm sido úteis para você durante o surto de COVID-19?

1a. Enviar mensagens de texto, chamadas ou videochamadas a familiares ou amigos.

Nada/ não tentei	Levemente	Um pouco	Moderadamente	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>				

1b. Conversar com um terapeuta/psicoterapeuta.

Nada/ não tentei	Levemente	Um pouco	Moderadamente	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>				

1c. Fazer exercício/caminhada

Nada/ não tentei	Levemente	Um pouco	Moderadamente	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>				

1d. Cozinhar

Nada/ não tentei	Levemente	Um pouco	Moderadamente	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>				

1e. Artesanato/pintura

Nada/ não tentei	Levemente	Um pouco	Moderadamente	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>				

1f. Limpar/ cuidar da casa

Nada/ não tentei	Levemente	Um pouco	Moderadamente	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>				

1g. Jogar com membros da família (baralho, damas etc.)

Nada/ não tentei	Levemente	Um pouco	Moderadamente	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>				

1h. Jogos online

Nada/ não tentei	Levemente	Um pouco	Moderadamente	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>				

1i. Entretenimento virtual (shows, shows ao vivo, esportes, novela etc.)

Nada/ não tentei	Levemente	Um pouco	Moderadamente	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>				

1j. Outro (especifique)_____

Nada/ não tentei	Levemente	Um pouco	Moderadamente	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>				

2. No geral, você acha que o surto de COVID-19 teve um impacto positivo em sua vida?

- Sem impacto positivo
- Pequeno impacto positivo
- Impacto moderado / médio positivo
- Grande impacto positivo

Se o entrevistado tem filhos, pergunte;

3. Quais das seguintes estratégias foram ou tem sido úteis para SEU FILHO enquanto permaneceram em casa por causa do surto de COVID-19?

3a. Enviar mensagens de texto, chamadas ou videochamadas a familiares ou amigos.

Nada/ não tentei	Levemente	Um pouco	Moderadamente	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>				

3b. Cursos/aulas online.

Nada/ não tentei	Levemente	Um pouco	Moderadamente	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>				

3c. Conversar com um terapeuta/psicoterapeuta.

Nada/ não tentei	Levemente	Um pouco	Moderadamente	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>				

3d. Fazer exercício/caminhada

Nada/ não tentei	Levemente	Um pouco	Moderadamente	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>				

3e. Cozinhar

Nada/ não tentei	Levemente	Um pouco	Moderadamente	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>				

3f. Artesanato/pintura

Nada/ não tentei	Levemente	Um pouco	Moderadamente	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>				

3g. Jogar com membros da família (baralho, damas etc.)

Nada/ não tentei	Levemente	Um pouco	Moderadamente	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>				

3h. Jogos online

Nada/ não tentei	Levemente	Um pouco	Moderadamente	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>				

3i. Entretenimento virtual (shows, shows ao vivo, esportes, novela etc.)

Nada/ não tentei	Levemente	Um pouco	Moderadamente	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>				

3j. Outro (especifique)_____

Nada/ não tentei	Levemente	Um pouco	Moderadamente	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>				

Seção 8: Perguntas relacionadas à gravidez

Esta seção pode ser útil para avaliar mulheres grávidas durante o surto de COVID-19. Se não for relevante ao seu estudo, vá para a Seção 9.

1. Quão preocupada você ficou com o COVID-19 durante a gravidez?

Nem um pouco Levemente Um pouco Moderadamente Muito

2. Quão preocupada você tem estado de que seu bebê possa pegar COVID-19?

Nem um pouco Levemente Um pouco Moderadamente Muito

3. O coronavírus impactou negativamente nas suas expectativas a respeito da gravidez/parto?

Nem um pouco Levemente Um pouco Moderadamente Muito

4. Agora, vou ler uma lista de coisas que podem ter feito você se preocupar ou se sentir mais estressada com a gravidez ou o parto.

Diga-me o quanto cada uma delas pode ter causado mais estresse ou preocupação.

4a. Interrupções no pré-natal

Nem um pouco Levemente Um pouco Moderadamente Muito

4b. Quarentena/isolamento

Nem um pouco Levemente Um pouco Moderadamente Muito

4c. Distância da família

Nem um pouco Levemente Um pouco Moderadamente Muito

4d. Perda de receita/salário

Nem um pouco Levemente Um pouco Moderadamente Muito

4e. Dificuldade em obter recursos essenciais (comida, água, itens de higiene)

Nem um pouco Levemente Um pouco Moderadamente Muito

4f. O parto no hospital devido a medo de ser contaminada com COVID-19

Nem um pouco

Levemente

Um pouco

Moderadamente

Muito

4g. Dar a luz em um hospital com medo de ser separada de meu bebê

Nem um pouco

Levemente

Um pouco

Moderadamente

Muito

5. Em qual trimestre você estava quando você passou pelo maior nível de estresse devido ao COVID-19?

- Primeiro trimestre
- Segundo trimestre
- Terceiro trimestre

Seção 9: Uso da mídia

1. Qual é a maneira mais comum que você vê as notícias? [marque todas as opções aplicáveis]

- Jornais e revistas impressos
- Rádio
- Televisão
- Mídia social
- Site ou aplicativo de notícias
- Família, amigos ou vizinhos

2. Durante o surto de COVID-19, em média, quanto tempo por dia você passou recebendo informações sobre o COVID-19 ou sobre o impacto que o vírus está causando na sua cidade, estado, país?

- Nenhuma
- <1 hora
- 1 hora - <2 horas
- 2 horas - <3 horas
- 3 horas - <4 horas
- 4 horas - <5 horas
- 5 ou mais horas por dia

3. O uso das seguintes fontes de informação contribuiu para a sua saúde mental de uma maneira positiva ou negativa?

3a. Amigos, familiares ou vizinhos (por telefone ou pessoalmente)

Positivo

Neutro

Negativo

Eu não uso essa fonte

3b. Funcionários/órgãos do governo local (municipal/estadual)

Positivo Neutro Negativo Eu não uso essa fonte

3c. Funcionários/órgãos do governo nacional

Positivo Neutro Negativo Eu não uso essa fonte

3d. Funcionários/órgãos nacionais e internacionais de saúde (ex.: Ministério da Saúde, OMS)

Positivo Neutro Negativo Eu não uso essa fonte

3e. Notícias (notícias impressas ou online)

Positivo Neutro Negativo Eu não uso essa fonte

3f. Rádio, Podcasts

Positivo Neutro Negativo Eu não uso essa fonte

3g. Facebook

Positivo Neutro Negativo Eu não uso essa fonte

3h. Instagram, Snapchat

Positivo Neutro Negativo Eu não uso essa fonte

3i. Twitter

Positivo Neutro Negativo Eu não uso essa fonte

3j. Outra mídia social (ex.: TikTok, Reddit, Blogs etc.)

Positivo Neutro Negativo Eu não uso essa fonte

4. Com que frequência você utiliza ou se volta às seguintes fontes para obter informações sobre o surto de COVID- 19?

4a. Amigos, familiares ou vizinhos (não incluindo o Facebook ou as mídias sociais)

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>				

4b. Profissionais (ex.: seu médico, farmacêutico, etc.)

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>				

4c. Funcionários do governo local (ex.: governador, prefeito)

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>				

4d. Governo Federal (ex.: Presidente, Ministério da Saúde)

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>				

4e. Sites de Medicina/Saúde (ex.: OMS, Conselho Federal de Medicina)

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>				

4f. Notícias impressas ou online

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>				

4g. TV e rádio

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>				

4h. Mídias sociais (Instagram, Facebook, YouTube, TikTok)

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>				

As seguintes medidas foram adaptadas para o desenvolvimento desta pesquisa

- Harkness, A. (2020). The Pandemic Stress Index. University of Miami.
Section 5 (7a, 7b, 7c, 7j)
Section 6 (2, 3)
- Kroenke, K. & Spitzer, R.L. (2002). The PHQ-9: A new depression and diagnostic severity measure.
Section 5 (1a-1i, 4a-4i)
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med.* 2007;146:317-25.
Section 5 (1j, 1k, 4j, 4k)
- [KFF Coronavirus Poll (conducted March 11-15, 2020)], (KFF, [March 17, 2020]),
(<http://files.kff.org/attachment/Topline-KFF-Coronavirus-Poll.pdf>, accessed March 31, 2020)]
Section 5 (8, 9)
- Featherstone, J. D., Bell, R. A., & Ruiz, J. B. (2019). Relationship of people's sources of health information and political ideology with acceptance of conspiratorial beliefs about vaccines. *Vaccine*, 37(23), 2993-2997.
Section 9 (4)