

Mental Health

Sintomas de Saúde Mental

Você pode escolher não responder todas as perguntas.

Se você está tendo pensamentos suicidas esses atendimentos gratuitos estão disponíveis todos os dias da semana para oferecer apoio:

Brazil: 141 (Centro de Valorização da Vida, <http://www.cvv.org.br/>)

USA: 1-800-273-8255 (Crisis Text Line: envie mensagem de texto TALK para 741741)

Reino Unido: 116 123

Países Baixos: 0800 0113

Canadá: 833-456-4566

Encontre [serviços adicionais](#) para seu país

Alguma vez (antes dos sintomas de COVID-19) você teve diagnóstico de algum transtorno de saúde mental (ex: depressão, ansiedade, transtorno do pânico, psicose etc)?

- Sim
- Não

Você acha que você tem ou tinha algum transtorno de saúde mental que ainda não tenha sido diagnosticado?

- Sim
 Não

Caso você tenha respondido Sim a qualquer uma das perguntas acima, qual das seguintes você experienciou? (assinale todas que se aplicarem)

- Depressão
 Transtorno Bipolar
 Transtorno de Ansiedade
 Dependência Química
 Transtorno Alimentar
 Transtorno de Personalidade
 Transtorno Psicótico
 Delirium
 Transtorno de estresse pós-traumático
 Outro

Para cada transtorno que se aplique a você, especifique:

Nenhuma mudança Início Piora Piora moderada r

	N/A	durante COVID- 19	durante COVID- 19	significativa durante COVID-19	durante COVID- 19
Depressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transtorno Bipolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transtorno de Ansiedade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dependência Química	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transtorno Alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transtorno de Personalidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transtorno Psicótico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delirium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transtorno de estresse pós- traumático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>					

Opcionalmente, descreva como o transtorno lhe afetou durante o COVID-19.

Depressive Symptoms

Ao longo das últimas 2 semanas, com que frequência você tem sido incomodado/a pelos seguintes problemas?

	Nem um pouco	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
Teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu cansado(a) ou com pouca energia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nem um pouco	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mais da metade dos dias Quase todos

Nem um pouco

Vários dias

dias

os dias

Se você selecionou algum dos problemas acima, o quão difícil esses problemas tornaram você fazer seu trabalho, cuidar das coisas em casa, ou se dar bem com outras pessoas?

- Nem um pouco difícil
- Um pouco difícil
- Muito difícil
- Extremamente difícil

(Opcional) Se desejar, compartilhe um pouco mais sobre sua experiência

Anxiety Symptoms

Nas últimas 2 semanas, com qual frequência você se sentiu incomodado/a com os problemas a seguir?

Nem um pouco

Vários dias

Mais da
metade dos
diasQuase todos
os dias

Sentir-se nervoso/a,
ansioso/a ou muito
tenso/a

Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações

Preocupar-se muito com diversas coisas

Dificuldade para relaxar

Nem um pouco Vários dias Mais da metade dos dias Quase todos os dias

Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a

Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a

Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer

Nem um pouco Vários dias Mais da metade dos dias Quase todos os dias

Se você selecionou algum dos problemas acima, o quão difícil esses problemas tornaram você fazer seu trabalho, cuidar das coisas em casa, ou se dar bem com outras pessoas?

- Nem um pouco difícil
- Um pouco difícil
- Muito difícil
- Extremamente difícil

(Opcional) Se desejar, compartilhe um pouco mais sobre sua

experiência

Suicidal Thoughts

Se você está tendo pensamentos suicidas esses atendimentos gratuitos estão disponíveis todos os dias da semana para oferecer apoio:

Brazil: 141 (Centro de Valorização da Vida, <http://www.cvv.org.br/>)

US: 1-800-273-8255 (Crisis Text Line: envie mensagem de texto TALK para 741741)

Reino Unido: 116 123

Países Baixos: 0800 0113

Canadá: 833-456-4566

Encontre [servicos de apoio adicionais](#) para seu país

Em algum momento durante a pandemia de COVID-19 você:

- Desejou que você estivesse morto ou desejou poder dormir e não acordar
- Teve pensamentos de se matar
- Teve pensamentos de machucar a si mesmo/a
- Fez alguma coisa para se machucar
- Eu não tive nenhum pensamento suicida

Outro

Psychiatric Medication

Você tem tomado medicamento psiquiátrico prescrito durante sua recuperação?

- Sim
 Não

Em algum momento durante a pandemia de COVID-19 houveram mudanças em sua medicação psiquiátrica?

- Sim, foi feito um ajuste na dose de meu medicamento anterior
 Sim, novos medicamentos foram prescritos para mim
 Não, eu continuei com o mesmo medicamento e doses anteriores
 Não, eu não precisei de medicamentos psiquiátricos

Se você recebeu uma prescrição de NOVOS medicamentos, quais eram estes?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antidepressivos (Não Bupropiona) | <input type="checkbox"/> Melatonina para insônia |
| <input type="checkbox"/> Wellbutrin (Bupropiona) | <input type="checkbox"/> Estabilizadores de humor (ex: lítio, ácido valpróico, topiramato etc) |
| <input type="checkbox"/> Benzodiazepina (medicamento ansiolítico) | <input type="checkbox"/> Estimulantes |

Anti-psicótico

Outro

Medicamentos para insônia (ex: zolpidem, zopiclone, zaleplon)

Você tem tomado algum desses medicamentos, indique como eles afetaram sua condição. (Selecione todas as opções que se apliquem)

	Muito melhor	Moderadamente melhor	Um pouco melhor	A mesma coisa	Um pouco pior
Antidepressivos (ISRS/ISRSN /SNRI/bupropiona, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benzodiazepina (medicamento ansiolítico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-psicótico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicamentos para insônia (ex: zolpidem, zopiclone, zaleplon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Muito melhor	Moderadamente melhor	Um pouco melhor	A mesma coisa	Um pouco pior
Melatonina para insônia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estabilizadores de humor (ex: lítio, ácido valpróico, topiramato etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimulantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>					
	Muito melhor	Moderadamente melhor	Um pouco melhor	A mesma coisa	Um pouco pior

Se você precisou de tratamento psiquiátrico durante COVID-19, selecione todas as opções que se apliquem:

- Recebi tratamento de meu médico de família
- Recebi tratamento do profissional de saúde mental que já me atendia
- Recebi tratamento de um novo profissional de saúde mental
- Não consegui receber o tratamento que eu precisava

Se você não conseguiu receber tratamento psiquiátrico, qual das seguintes opções influenciou sua impossibilidade de receber tratamento?

- Custo
- Acesso a um aparelho compatível com telesaúde
- O profissional preferido não aceita meu plano de saúde
- O profissional preferido não atende pacientes via telesaúde
- Outro

Coping

Que atividades de bem-estar você fez / participou para lhe ajudar a lidar com a situação? (selecione todas as opções que se apliquem)

- Grupos de apoio ou comunidades online específicos sobre COVID-19
- Grupos de apoio ou comunidades online não relacionados ao COVID-19
- Terapia
- Yoga

- Exercício aeróbico
- Meditação
- Nenhum dos anteriores

Se você participou de uma comunidade online sobre COVID-19, qual foi o efeito de sua participação no seu bem estar psicológico?

- Melhorou bastante meu bem estar psicológico
- Melhorou moderadamente meu bem estar psicológico
- Não influenciou em nada meu bem estar psicológico
- Piorou moderadamente meu bem estar psicológico
- Piorou significativamente meu bem estar psicológico

Você concorda com essa afirmativa? "Um ou mais médicos não acreditou em mim"

- Concordo fortemente
- Concordo
- Concordo em parte
- Nem concordo nem discordo
- Discordo em parte
- Discordo
- Discordo fortemente

(Opcional) Descreva como sua participação em comunidades online afetou seu bem estar

Estar fisicamente isolado de outras pessoas:

- Teve um impacto forte e negativo em meu bem estar psicológico
- Teve um impacto negativo em meu bem estar psicológico
- Não teve impacto em meu bem estar psicológico
- Teve um impacto positivo em meu bem estar psicológico
- Teve um impacto forte e positivo em meu bem estar psicológico
- Não fiquei fisicamente isolado de outras pessoas

(Opcional) Avalie as 28 afirmações abaixo sobre métodos de enfrentamento

	Não tenho feito isso	Um pouco	Mais ou menos	Tenho feito isso muito
Tenho me dedicado ao trabalho ou outras atividades para tirar minha mente de outras coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho concentrado meus esforços para fazer alguma coisa sobre a situação que estou vivendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dito para mim mesmo "isso não é real"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho bebido ou usado drogas para me sentir melhor comigo mesmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tenho recebido apoio emocional de outras pessoas

Eu desisti de tentar lidar com isso

Tenho tentado agir para fazer a situação melhorar

Não tenho feito isso

Um pouco

Mais ou menos

Tenho feito isso muito

Eu tenho me recusado a acreditar que isso aconteceu

Eu tenho falado coisas para deixar os sentimentos ruins saírem

Eu tenho recebido apoio e conselhos de outras pessoas

Tenho tentado ver sob uma nova perspectiva, para tentar ver as coisas de forma mais positiva

Tenho me criticado

Estou tentando criar uma estratégia sobre o que fazer

Tenho recebido conforto e compreensão de outra pessoa

Não tenho feito isso

Um pouco

Mais ou menos

Tenho feito isso muito

Tenho desistido de tentar me adaptar

Tenho buscado alguma coisa boa no que está acontecendo

Tenho feito piadas sobre isso

Tenho feito alguma coisa para pensar menos nisso, como ir ao cinema, assistir TV, ler, sonhar acordado, dormir, shopping

Eu tenho aceitado a realidade do que aconteceu

Tenho expressado meus sentimentos negativos

Tenho tentado buscar conforto em minha religião ou crenças espirituais

Não tenho feito isso

Um pouco

Mais ou menos

Tenho feito isso muito

Tenho tentado buscar conselhos ou ajuda de outras pessoas sobre o que fazer

Eu estou aprendendo a viver com isso

Tenho pensado muito sobre quais devem ser os próximos passos

Tenho me culpado sobre as coisas que aconteceram

Eu tenhi orado ou meditado

Eu tenho me divertido com a situação

Não tenho feito
isso

Um pouco

Mais ou menos

Tenho feito
isso muito

Alguma outra coisa que você gostaria de compartilhar sobre enfrentamento dessa situação?

Structural Support

Como voce descreve o apoio ou falta de apoio recebido das seguintes pessoas, durante seu adoecimento?

	Prejudicial	Dispensável	Cético	Apático/a	Um pou preocupã
Profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Companheiro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Família (não companheiro/a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empregador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Opcional) Se você quiser, sinta-se à vontade para compartilhar sua experiência de apoio ou falta de apoio durante seu adoecimento.

Enquanto você estava doente, qual desses cenários se assemelha mais com sua experiência?

- Morava sozinho e me senti capaz de cuidar de mim
- Morava sozinho e precisei de mais ajuda do que eu tive
- Morava com alguém que cuidou bem de mim
- Morava com alguém e precisei de mais ajuda do que eu tive
- Outro

Se você estava se isolando, seja em um espaço na mesma casa ou em uma casa diferente, qual desses cenários mais se parece com sua experiência?

Considere 'reunir' como recomeçar a morar com outros de novo, e não apenas visitando/socializando com outros.

- Não me isolei / Fiquei morando com outros ao longo de meu adoecimento.
- Eu me reuni com outros em algum momento entre as semanas 1-3 e eles se infectaram (provavelmente de mim)
- Eu me reuni com outros em algum momento entre as semanas 1-3 e eles não se infectaram

- Eu me reuni com outros em algum momento entre as semanas 4-6 e eles se infectaram
- Eu me reuni com outros em algum momento entre as semanas 4-6 e eles não se infectaram
- Eu me reuni com outros em algum momento após a semana 6 e eles se infectaram
- Eu me reuni com outros em algum momento após a semana 6 e eles não se infectaram
- Eu estou me isolando / não me reuni com outros
- N/A

Você tem algum animal de estimação na sua casa? *

- Sim
- Não

Se sim, especifique: *

- Gatos
- Cachorros
- Roedores
- Outros

Com relação ao cuidado médico que você recebeu durante a pandemia de COVID-19: *

- Acredito que eu recebi o cuidado necessário
- Acredito que eu recebi um pouco abaixo do cuidado necessário
- Acredito que eu recebi muito abaixo do cuidado necessário

Não precisei de nenhum cuidado médico

Com relação à sua situação financeira durante a pandemia de COVID-19 (selecione todas as opções que se apliquem): *

- Eu perdi meu emprego, ou não pude trabalhar como autônomo
- Não tenho tido condições de arcar com gastos básicos como alimentação e moradia
- Tenho estado em dificuldades financeiras, mas tenho conseguido me manter
- Não tive nenhuma dificuldade financeira

(Opcional) Eu acredito que meu governo federal e as instituições de saúde pública fizeram o melhor possível para lidar com a pandemia de COVID-19.

- Concordo fortemente
- Concordo
- Concordo em parte
- Nem concordo nem discordo
- Discordo em parte
- Discordo
- Discordo fortemente

Se você tem filhos, eles ficaram doentes com COVID (ou com suspeita de COVID) por mais de três semanas?

- Não tenho filhos
- Meus filhos não ficaram doentes

- Meus filhos ficaram doentes, mas se recuperaram em menos de 3 semanas
- Um ou mais de meus filhos ficaram doentes por mais de 3 semanas, e um ou mais de meus filhos se recuperaram antes de 3 semanas.
- Todos meus filhos ficaram doentes por mais de 3 semanas.