

# Você é importante: Pesquisa sobre o impacto do COVID-19 na Saúde Mental

Q1 O Departamento de Saúde Mental e Serviços de Adição (DMHAS), através do Escritório de Assuntos Comunitários e Recuperação, está conduzindo uma pesquisa para nos ajudar a compreender melhor os impactos do COVID-19 na nossa comunidade. Sua opinião é essencial pra nos ajudar a entender as necessidades da comunidade e priorizar políticas publicas e decisões sobre programas. A pesquisa é anônima. Estamos procurando respostas de pessoas que moram em Connecticut. Nós reconhecemos que algumas pessoas podem ter dificuldades para acessar a pesquisa, neste caso estamos solicitando que amigos e familiares completem a pesquisa em seu lugar.

**Q2 Você está preenchendo a pesquisa para você mesmo(a) ou outra pessoa?**

- Estou preenchendo por mim mesmo (a)
- Estou preenchendo para alguém

**Q3 Se você está preenchendo por alguém, por favor especifique a sua relação com a pessoa**

- Sou um(a) familiar
- Sou um(a) cuidador(a)
- Sou um(a) profissional de saúde
- Sou um(a) amigo(a)
- Outro \_\_\_\_\_

**Se você estiver preenchendo por alguém, por favor tente fazê-lo na presença da pessoa. As respostas devem refletir o que ela pensa.**

**Q5 Você tem 18 anos de idade ou mais?**

- Não
- Sim

**Q6 Você reside em Connecticut?**

- Não
- Sim

Informações sobre Questionário Online  
Consentimento Verbal para Participação em Pesquisa

**Título:** Você é importante: Pesquisa sobre o impacto do COVID-19 na Saúde Mental

**Investigadora Principal:** Dra. Chyrell Bellamy

**Introdução** Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa. Sua participação é completamente voluntária. As informações abaixo explicarão o propósito desta pesquisa, o que será solicitado que você faça, e os potenciais riscos e benefícios. Você é encorajado(a) a fazer perguntas antes de decidir se você deseja participar, ou a qualquer momento durante a pesquisa.

**Propósito** O Departamento de Saúde Mental e Serviços de Adição (DMHAS), através do Escritório de Assuntos Comunitários e Recuperação, está conduzindo uma pesquisa para avaliar o impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos residentes de Connecticut, incluindo pessoas que recebem serviços do DMHAS. O propósito desta pesquisa é investigar as experiências pessoais de funcionalidade no dia a dia (por exemplo, a realização de tarefas cotidianas), problemas pessoais (por exemplo, necessidades materiais, preocupações com a saúde mental, uso de substâncias, experiências de violência doméstica), e uso de serviços de tele saúde em função do COVID-19. Esta pesquisa informará políticas públicas e processos de tomada de decisão sobre serviços, portanto, de extrema importância para melhor compreender as necessidades atuais e futuras dos residentes de Connecticut e as pessoas que recebem serviços do DMHAS. Antecipamos que leve de 12-15 minutos para completar a pesquisa. Esperamos que pelo menos 500 indivíduos preencham o questionário até 31 de dezembro de 2021.

**Procedimentos** Se você escolher participar desta pesquisa, você será convidado a preencher um questionário online que contém perguntas sobre como as coisas têm sido durante a pandemia do COVID-19. Especificamente, você encontrará perguntas sobre sua funcionalidade pessoal (por exemplo, a realização de tarefas cotidianas), problemas pessoais (por exemplo, necessidades materiais, preocupações com a saúde mental, uso de substâncias, experiências de violência doméstica), e uso de serviços de tele saúde em função do COVID-19.

**Possíveis riscos** Sua responsabilidade nesta pesquisa é apenas o preenchimento do questionário. Este estudo não requer procedimentos ou tratamentos. Portanto, a participação neste estudo não envolve nenhum risco físico a você. É possível que algumas perguntas possam ser desconfortáveis (por exemplo, perguntas sobre violência doméstica). Você pode escolher não responder a perguntas que lhe causem desconforto.

**Possíveis benefícios** Esta pesquisa pode não beneficiar você diretamente. No entanto, o conhecimento obtido a partir dos resultados deste estudo vai nos ajudar a melhor entender as necessidades atuais e futuras dos(as) residentes de Connecticut e das pessoas que recebem serviços do DMHAS, e pode ser utilizado para informar decisões programáticas e políticas públicas.

**Incentivos** Não há incentivos ou pagamentos pela participação nesta pesquisa

**Procedimentos alternativos** A alternativa é não participar desta pesquisa. Você é livre para recusar consentimento e não participar neste estudo.

**Confidencialidade** Para proteger seu anonimato, sua resposta não será ligada ao seu nome ou email de nenhuma forma. A pesquisa poderá ser publicada em revistas disponíveis ao público, e um relatório técnico será apresentado ao Escritório da Direção do Departamento de Saúde Mental e Serviços de Adições.

**Contato** Se você tiver mais perguntas sobre este estudo, você pode entrar em contato com a Investigadora Principal, Dra. Chyrell Bellamy ligando para 203-444-2219. Se você gostaria de conversar com alguém que não seja parte da equipe de pesquisadores para discutir problemas, preocupações e perguntas pertinentes a esta pesquisa, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética da Universidade de Yale ligando para 203-785-4688 ou para Janet Storey do

Comitê de Ética do Departamento de Saúde Mental e Serviços de Adição ligando para 860-418-6823.

**Participação Voluntária** A participação neste estudo é completamente voluntária. Você pode recusar sua participação, parar de participar a qualquer momento e por qualquer razão, ou recusar responder qualquer pergunta específica sem nenhuma penalidade. Ao oferecer seu consentimento verbal, você não está abrindo mão de nenhum de seus direitos legais. Ao continuar, você está confirmando que leu cuidadosamente todas as informações acima e que você aceita participar deste estudo voluntariamente.

**Q8 Qual sua relação com o Departamento de Saúde Mental e Adições de Connecticut?**

- Usuário de serviços de saúde mental e/ou uso de substâncias
- Defensor de direitos
- Nenhuma relação
- Outro \_\_\_\_\_

**Q9 Qual é a sua idade?**

- 18 - 24
- 25 - 34
- 35 - 44
- 45 - 54
- 55 - 64
- 65 +

**Q10 Você tem descendência latina ou hispânica?**

- Não
- Sim
- Não sei

**Q11 Se hispânico, selecione uma das opções abaixo**

- Cubano(a)
- Porto Riquenho(a)
- Equatoriano(a)
- Mexicano(a)
- Dominicano(a)
- Cabo Verdiano(a)
- Brasileiro(a)
- Outro
- Não sei
- Não se aplica

**Q12 Raça (selecione todas as opções que se aplicam)**

- Índio(a) Americano(a)/Nativo(a) do Alasca
- Asiático(a)
- Negro(a)/Afro Americano(a)
- Nativo(a) do Havai/outras ilhas do Pacífico
- Branco(a)
- Não sei
- Outra (especifique) \_\_\_\_\_

**Q13 Língua de preferência**

- Espanhol
- Italiano
- Francês
- Português
- Polonês
- Grego
- Vietnamita
- Laosiano
- Mandarim
- Cantonês
- Japonês
- Russo
- Letão
- Crioulo haitiano
- Libras
- Inglês
- Nenhuma
- Outra
- Não sei

**Q14 Qual das seguintes opções melhor captura sua identificação de gênero?**

- Masculino
- Feminino
- Transgêneo
- Não-binário
- Gênero não-conformista

- Prefiro não dizer
- Prefiro descrever \_\_\_\_\_

**Q15 Selecione a opção que melhor descreve seu seguro de saúde**

- Sem seguro/pago do bolso
- Medicaid/Medicare/HUSKY
- Seguro privado (e.g., Aetna, Anthem Blue Cross/Blue Shield, Cigna)
- Outro (especifique) \_\_\_\_\_

**Q16 Você pode estimar a sua renda mensal ATUAL (bruta, antes dos impostos), sem incluir food stamps?**

- Menos que \$500 por mês
- \$501 até \$1000 por mês
- \$1001 até \$3000 por mês
- \$3001 até \$5000 por mês
- Mais que \$5001 por mês

**Q17 Qual são as suas atuais fontes de renda? (selecione todas as opções que se aplicam)**

- Renda sujeita a impostos através de emprego ou trabalho autônomo
- Renda não sujeita a impostos/trabalho informal ou irregular
- Social Security Income (SSI)
- Social Security Disability Income (SSDI)
- SAGA/welfare
- Outros benefícios (TANF, TFA, state supplement, WIC)
- Benefício ligado às Forças Armadas
- Seguro desemprego
- Pensão alimentícia
- Renda/pensão de aposentadoria
- Empréstimo estudantil
- Ajuda financeira para faculdade
- Não tenho certeza
- Outro (especifique) \_\_\_\_\_

**Q18 Qual é o seu nível de escolaridade?**

- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo ou equivalente (GED)
- Ensino superior incompleto
- Ensino técnico
- Ensino superior completo
- Pós-graduação

**Q19 Quantas pessoas vivem na sua casa contando você?**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Mais que 10

**Q20 Nas duas últimas semanas a sua família passou pelas situações abaixo? (selecione todas que se aplicam)**

- Faltou dinheiro para pagar o aluguel
- Faltou dinheiro para pagar a conta de gás
- Faltou dinheiro para pagar as compras de supermercado
- Sem domicílio fixo ou lugar para dormir

**Q21 O seu emprego permite que você trabalhe de casa se necessário?**

- Não
- Sim
- Não sei
- Não se aplica

**Q22 Selecione a opção que melhor descreve sua moradia**

- Sem moradia
- Moro de favor
- Alugo
- Casa própria
- Lar de idosos
- República
- Moradia assistida para pessoas com necessidades especiais
- Moradia para pessoas em tratamento para uso de substâncias
- Outra (especifique) \_\_\_\_\_

**Q23 Você é pai, mãe, guardião legal ou cuidador?**

- Não sou pai, mãe, guardião legal ou cuidador
- Sim, sou pai, mãe, guardião legal ou cuidador de criança(s) com menos de 18 anos
- Sim, sou pai, mãe, guardião legal ou cuidador de criança(s) com mais de 18 anos
- Sim, sou pai, mãe, guardião legal ou cuidador de crianças com mais e menos de 18 anos

**Q24 Se você tem filhos(as) ou netos(as), você teve dificuldades relacionadas a alguma destas questões? (selecione todas que se aplicam)**

- Não tive dificuldades
  - Creche
  - Administrar maternidade/paternidade e trabalho
  - Escola à distância/online ou férias escolares
  - Visita, guarda compartilhada, pai/mãe solteiro(a), etc.
  - Relacionamentos familiares
  - Minha saúde mental/uso de substância
  - A saúde mental/uso de substância do(a) meu(minha) filho(a)
  - Recursos adequados
  - Outras dificuldade relacionadas à maternidade/paternidade
- 

**Q25 Selecione as áreas em que você está tendo dificuldades no momento por causa do COVID-19 (selecione todas que se aplicam)**

- Moradia
- Renda/benefícios
- Emprego
- Comida
- Roupas limpas e higiene
- Transporte
- Educação/educação online
- Saúde
- Saúde mental
- Outro (especifique) \_\_\_\_\_

**Q26 Comparando a mesma época no ano passado, você diria que cada um dos seguintes aspectos da sua saúde ficaram melhores, piores, ou o mesmo?**

	Muito pior	Pior	Mais ou menos o mesmo	Melhor	Muito melhor
Saúde geral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saúde física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saúde mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Q27 Você sente que está fazendo o suficiente para administrar seu estresse?**

- Não
- Sim
- Não sei

**Q28 Pensando no ano passado, você diria que o seu nível de estresse aumentou, diminuiu ou ficou o mesmo?**

- Diminuiu
- Ficou o mesmo
- Aumentou



**Q29 Abaixo há uma lista de coisas que as pessoas dizem causar estresse em suas vidas. Para cada uma, indique se é uma fonte significativa de estresse na sua vida.**

	Nada significativa	Não muito significativa	Um pouco significativa	Muito significativa
Dinheiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupações de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relacionamentos (esposos, filhos(as), parceiros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de saúde na família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Responsabilidades familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Custos da casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estabilidade no emprego	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segurança pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discriminação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de tecnologia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Q30 Você faz algum dos seguintes para administrar o estresse? (selecione todas que se aplicam)**

- Exercício ou caminhada
- Rezo
- Jogo videogame
- Leio
- Escuto música
- Meditação ou yoga
- Vou à igreja
- Assisto televisão por mais de 2 horas por dia
- Tiro soneca
- Passo tempo com amigos ou família
- Pratico esportes
- Jogos de azar
- Tenho um hobby
- Faço compras
- Faço uma massagem/vou ao spa
- Fumo
- Bebo álcool
- Como
- Vou a um profissional de saúde mental (psicólogo, psiquiatra, assistente social)
- Não faço nada; não tenho disposição ou capacidade para fazer nenhuma atividade
- Eu não faço nada para administrar meu estresse
- Uso a internet
- Passo tempo com um animal de estimação
- Uso cigarro eletrônico
- Outro

**Q31 Você foi vítima de violência doméstica desde o início da pandemia de COVID-19?**

- Não
- Sim

**Q32 Você recebeu serviços de tele saúde desde o início da pandemia de COVID-19? Isso quer dizer falar com um profissional de saúde pelo telefone ou computador.**

- Não
- Sim

**Q33 Se sim, por favor selecione o meio de comunicação (selecione todos que se aplicam)**

- Telefone
- Vídeo conferência no celular
- Vídeo conferência no computador, tablet ou iPad
- Mensagem de texto
- E-mail
- Outro (especifique) \_\_\_\_\_

**Q34 Indique os tipos de serviços de tele saúde que você recebeu (selecione todos que se aplicam)**

- Clínico geral

- Especialista (coração, asma, diabetes e outros problemas de saúde específicos)
- Atendimento de urgência
- Saúde mental/aconselhamento/terapia
- Tratamento para uso de substâncias
- Peer support
- Ajuda espiritual/religiosa
- Bem estar/administração de estresse/coaching
- Outro (especifique) \_\_\_\_\_

**Q35 Selecione sua experiência com telesaúde**

- Foi simples e efetivo
- Foi difícil e de difícil uso
- Foi impossível pois eu não tenho um telefone ou computador
- Outro (descreva) \_\_\_\_\_

**Q36 Comparado com antes da pandemia de COVID-19, selecione a opção que melhor descreve seu contato com profissionais de saúde**

- Menos contato com profissionais de saúde desde o COVID-19
- Mesmo contato com profissionais de saúde desde o COVID-19
- Mais contato com profissionais de saúde desde o COVID-19
- Outro (especifique) \_\_\_\_\_

**Q37 O que está impedindo você de usar serviços de telesaúde? (selecione todas que se aplicam)**

- Eu não tenho um telefone
- Eu não tenho minutos, dados ou espaço no celular para aplicativos
- Eu não tenho um computador
- Eu não tenho acesso à internet
- Não me ofereceram serviços de telesaúde
- Não se aplica
- Não me senti confortável (explique por que)  
\_\_\_\_\_
- Outra razão (especifique) \_\_\_\_\_

**Q38 Qual o seu nível de conforto com serviços de telesaúde**

- Muito confortável
- Desconfortável
- Neutro
- Confortável
- Muito confortável

**Q39 Você tem algum destes problemas de saúde? (selecione todos que se aplicam)**

- Asma
- Doença pulmonar crônica
- Doença cardíaca crônica
- Diabetes
- Doença renal crônica
- Câncer
- Obesidade
- Pressão alta
- Doença imunossupressora

**Q40 Você recebeu serviços de saúde mental ou física presenciais desde o início da pandemia de COVID-19**

- Não
- Sim, serviços de saúde mental
- Sim, serviços de saúde física
- Sim, serviços de saúde mental e física

**Q41 Selecione a opção que melhor descreve sua saúde mental durante a pandemia de COVID-19**

- Não senti ansiedade, estresse ou angústia como resultado do COVID-19
- Pequeno aumento de ansiedade, estresse ou angústia como resultado do COVID-19
- Aumento moderado de ansiedade, estresse ou angústia como resultado do COVID-19
- Aumento significativo de ansiedade, estresse ou angústia como resultado do COVID-19

**Q42 Quem oferece suporte a você? (selecione todos que se aplicam)**

- Profissionais de saúde
- Peer support (formal ou informal - por um Recovery Support Specialist, Recovery Coach, Peer Navigator, warm lines ou informalmente de alguém com experiência em navegar seu próprio problema de saúde mental ou uso de substâncias.)
- Família
- Amigos
- Grupos religiosos
- Auto-ajuda (como AA, NA, etc)
- Outros suportes comunitários (especifique) \_\_\_\_\_

**Q43 Você ofereceu suporte a outros durante a pandemia de COVID-19?**

- Não
- Sim (explique) \_\_\_\_\_

**Q44 Qual das opções abaixo você experimentou como resultado de estresse? (selecione todas que se aplicam)**

- Dor de cabeça
- Mal estar no estômago/indigestão
- Tensão muscular
- Irritabilidade ou raiva

- Fadiga
- Esquecimento
- Dificuldade para se concentrar
- Dificuldade para tomar decisões
- Preocupação constante
- Sensação de sobrecarga
- Mudanças nos hábitos de sono (dormir demais, dificuldade para cair no sono)
- Outro \_\_\_\_\_
- Nenhum

**Q45 Comparado com antes da pandemia de COVID-19, quão comum você acha que é que pessoas expressem racismo ou visões insensíveis sobre grupos minoritários na nossa sociedade?**

- Menos comum do que antes do COVID-19
- Tão comum quanto antes do COVID-19
- Mais comum do que antes do COVID-19
- Não sei

**Q46 Quanto você se preocupa que outras pessoas possam te ver com suspeitas POR CAUSA DA SUA RAÇA OU ETNIA se você estiver usando uma máscara ao frequentar lojas e outros comércios?**

- Nem um pouco
- Não muito
- Um bocado
- Muito
- Não sei

**Q47 Você presenciou, ouviu ou viu algum incidente de racismo ou xenofobia (preconceito contra pessoas de outros países) relacionados ao COVID-19?**

- Não
- Sim
- Não sei

**Q48 Desde o início da pandemia de COVID-19 com que frequência você sofreu discriminação pela sua raça, etnia ou cor?**

- Nunca
- Às vezes
- Muitas vezes
- O tempo todo
- Não sei

**Q49 Onde você encontra informações sobre saúde mental desde o início da pandemia de COVID-19? (selecione todos que se aplicam)**

- Na página do Departamento de Saúde Mental de Connecticut
- Facebook
- Página do CDC
- Página do governo do estado de Connecticut
- Autoridade de Saúde Local
- Comunidade religiosa
- Noticiário nacional/local
- Outro (especifique) \_\_\_\_\_

**Q50 Selecione a opção que melhor reflete sua experiência com medicamentos desde o início da pandemia de COVID-19**

- Não tive dificuldades para obter prescrição, refil ou buscar minhas medicações
- Alguma dificuldade para obter refil ou buscar minhas medicações (por causa das medidas de distanciamento social, transporte, menos suporte)
- Dificuldade significativa pois não consegui contactar um profissional de saúde
- Não se aplica
- Outro (especifique) \_\_\_\_\_

**Q51 Selecione a opção que melhor descreve sua experiência com serviços de saúde mental ou uso de substâncias (terapia, case management, etc)**

- Não tive dificuldades em receber serviços
- Alguma dificuldade para receber serviços (por causa de medidas de distanciamento social, transporte, menos suporte)
- Dificuldade significativa pois não consegui contactar profissionais de saúde
- Não se aplica
- Outra (especifique) \_\_\_\_\_

**Q52 Se você se sentir confortável para responder, selecione a opção que melhor reflete sua experiência com uso de drogas e/ou álcool**

- Nenhuma mudança no meu uso de álcool e/ou drogas
- Um pequeno aumento no meu uso de álcool e/ou drogas
- Um aumento significativo no meu uso de álcool e/ou drogas
- Uma redução no meu uso de álcool e/ou drogas
- Não se aplica

**Q53 Você conhece pessoalmente alguém que morreu de COVID-19?**

- Não
- Sim

**Q54 Quais foram as virtudes que ajudaram você a lidar com a pandemia de COVID-19**

---

---

---

**Q55 Na sua opinião, o que o Departamento de Saúde Mental e Serviços de Adição de Connecticut poderia fazer para oferecer suporte nestes tempos difíceis?**

---

---

---