**Table S1** Sociodemographic, occupational and clinical characteristics of the 2300 healthcare workers of a tertiary/quaternary university hospital, reference for COVID-19, in Sao Paulo, Brazil.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Characteristics |  | n (%) or median [25th – 75th percentile] |
| Female |  | 1839 (80.0) |
| Age (years) |  | 42 [34 – 54] |
| Marital status  Single / Divorced / Separated / Widowed  Married |  | 1238 (53.8)  1062 (46.2) |
| Work category  Physician  Nursing technician  Administrative staff  Nurse  Workers of laboratory / radiology / pharmacy  Multidisciplinary health team  General services a |  | 540 (23.5)  450 (19.6)  340 (14.8)  331 (14.4)  326 (14.2)  270 (11.7)  43 (1.9) |
| Work in COVID-19 related areas (current or past)  Yes  No |  | 1163 (50.6)  1137 (49.4) |
| Location of work in COVID-19 areas (n=1163)  Intensive Care Unit  Ward  Emergency room  Others  Laboratory  Surgical/obstetrics unit  Outpatient clinic |  | 506 (43.5)  421 (36.2)  249 (21.4)  119 (10.2)  51 (4.4)  50 (4.3)  18 (1.5) |
| Time working in COVID-19 areas (n=1163)  ≤ 3 months  4 - 6 months  7 - 9 months  ≥ 10 months  Not reported |  | 139 (11.9)  335 (28.8)  231 (19.9)  400 (34.4)  58 (5.0) |
| Pre-existing condition  No  Yes  Not reported |  | 1472 (64.0)  820 (35.7)  8 (0.3) |
| Pre-existing condition (n=820)  Hypertension  Obesity  Chronic pulmonary disease  Diabetes  Others b  Cardiovascular disease  Endocrine disease  Rheumatic disease  Immunodepression or immunosuppressive drug use  Cancer  Chronic kidney disease |  | 344 (42.0)  197 (24.0)  156 (19.0)  144 (17.6)  84/ (10.2)  63 (7.7)  61 (7.4)  53 (6.5)  32 (3.9)  23 (2.8)  18 (2.2) |
| Previous COVID-19 infection  No  Yes  Positive PCR  Positive serology  Symptoms and image compatible, without laboratory confirmation |  | 1660 (72.2)  640 (27.8)  371 (16.1)  239 (10.4)  30 (1.3) |
| COVID-19 diagnosis date (n=640)  Mar. – June 2020  July – Sept. 2020  Oct. – Dec. 2020  Jan. – Feb. 2021  Not reported |  | 332 (51.9)  95 (14.8)  112 (17.5)  31 (4.8)  70 (10.9) |
| COVID-19 clinical characteristics (n=640)  Asymptomatic (PCR/positive serology)  Symptomatic, no hospitalization required  Symptomatic, hospitalization required  Not reported |  | 164 (25.6)  444 (69.4)  28 (4.4)  4 (0.6) |
| A close friend or a family member had a severe illness from COVID-19?  No  Yes |  | 1290 (56.1)  1010 (43.9) |
| A close friend or a family member died from COVID-19?  No  Yes |  | 1689 (73.4)  611 (26.6) |
| Overall, how would you rate your level of exhaustion regarding your work (burnout)?  I have no symptoms of burnout  Occasionally I am under stress, and I don’t always have much energy, but I don’t feel burned out  I am definitely burning out and have one or more symptoms of burnout, such as physical and emotional exhaustion  The symptoms of burnout that I’m experiencing won’t go away. I think about frustration at work a lot  I feel completely burned out and often wonder if I can go on. I am at the point where I may need some changes or may need to seek some sort of help |  | 653 (28.4)  1006 (43.7)  472 (20.5)  78 (3.4)  91 (4.0) |

a Included cleaning assistant, general services assistant, general technician, caterer, driver and elevator operator.

b Groups of diseases representing less than 2% of total, including the following areas: neurology, gastroenterology, psychiatry, dermatology, hematology, among others.

**Table S2** Vaccination data and vaccine perceptions among 2300 healthcare workers of a tertiary/quaternary university hospital, reference for COVID-19, in Sao Paulo, Brazil.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Characteristics |  | n (%) |
| Which vaccine did you get?  Coronavac (Sinovac/Butantan)  ChAdOx (Oxford/AstraZeneca)  Not reported |  | 2294 (99.7)  5 (0.2)  1 (0.1) |
| Vaccination date  Jan. 2021  Feb. 2021 |  | 2184 (95.0)  116 (5.0) |
| Reported positive feeling after vaccination (n=2297) |  | 1918 (83.5) |
| Got the influenza vaccine in 2020  Yes  No  Do not know |  | 2102 (91.4)  160 (7.0)  38 (1.7) |
| Have already skipped vaccination for non-medical reasons  No  Yes  Do not know |  | 2134 (92.8)  114 (5.0)  52 (2.3) |
| In general, vaccination is important  Totally agree  Partially agree  Neutral  Partially disagree  Totally disagree |  | 2227 (96.8)  55 (2.4)  16 (0.7)  2 (0.1)  0 (0.0) |
| In general, vaccination is effective  Totally agree  Partially agree  Neutral  Partially disagree  Totally disagree |  | 1953 (84.9)  294 (12.8)  43 (1.9)  6 (0.3)  4 (0.2) |
| In general, vaccination is safe  Totally agree  Partially agree  Neutral  Partially disagree  Totally disagree |  | 1856 (80.7)  389 (16.9)  48 (2.1)  6 (0.2)  1 (0.1) |
| Vaccination should be obligatory  Totally agree  Partially agree  Neutral  Partially disagree  Totally disagree |  | 1351 (58.7)  582 (25.3)  179 (7.8)  86 (3.7)  102 (4.4) |
| Have received negative content of COVID-19 vaccines  Yes  No |  | 1513 (65.8)  741 (32.2) |
| Main sources of negative content  Social networks (Facebook, Instagram, WhatsApp, Twitter, among others)  Friends/family  Public personalities  Newspaper, television or radio  Expert professionals  Reports from the Ministry of Health  Technical literature |  | 1235 (53.7)  633 (27.5)  463 (20.1)  267 (11.6)  117 (5.1)  58 (2.5)  35 (1.5) |

**Questionnaire (English)**

\*Mandatory

1. Email Address \*

2. Informed Consent Form, do you agree? Available for access below \*

Yes (Skip to question 3)

No

3. Name? \*

4. Age? \*

5. CPF (Individual taxpayer registration)? \*

6. Gender? \*

Female

Male

Other:

7. Color or ethnicity? \*

White

Black

Pardo

Yellow

Indigene

Other:

8. Religion? \*

Catholic

Evangelical

Spiritist

Islamic

Jewish

Agnostic

Atheist

Without religion

Other:

9. Marital status? \*

Single

Married

Separate

Divorced

Widowed

10. Number of children? \*

11. Education? \*

Enter the number of years of study; counting starts in elementary school.

12. Profession? \*

Social worker

Administrative Assistant

Cleaning assistant

Biomedical

Nurse

Pharmacist

Physiotherapist

Speech therapist

Physician

Resident doctor

Nutritionist

Dentist

Multidisciplinary Resident

Security

Occupational Therapist

Nursing technician

Pharmacy technician

Radiology technician

Laboratory technician

Other:

13. Place of work? \*

FMUSP

Central Institute

ICESP

ICR

IMT

Incor

Inrad

IOT

IPQ

Outpatient Clinic Building

Roraima General Hospital

Other:

14. Worked in Covid-related area? \*

If "yes", answer the following two questions; if "no", skip them.

Yes

No

15. In which location?

Check all that apply.

Ward

ICU

Emergency Room

Other:

16. For how long?

Enter the approximate number of months.

17. Do you have any comorbidity or risk factor for serious illness? \*

Check all that apply.

I don't have any chronic illness

Diabetes

Cardiovascular disease

Liver disease

Neurological disease

Oncological disease

Kidney disease

Rheumatologic disease

Respiratory disease

Immunodeficiency

Hypertension

HIV/AIDS

Obesity

Routine use of immunosuppressants/corticosteroids

Other:

18. Did you have a diagnosed of Covid? \*

If "yes", answer the following two questions; if "no", skip them.

Yes, positive PCR (nasal swab)

Yes, positive serology

Yes, suggestive symptoms and image, no confirmation by examination

No

19. When?

Example: January 7, 2019

20. Which manifestation?

Symptomatic with hospitalization

Symptomatic without hospitalization

Asymptomatic (PCR/positive serology)

21. Do you have family members or close friends who have had serious illness from Covid? \*

Yes

No

22. Do you have family members or close friends who died from Covid? \*

Yes

No

23. Have you received any Covid vaccines? \*

Yes Skip to question 25

No Skip to question 24

24. Why did you not receive the vaccine? \*

Tick all that apply.

Not on the vaccination list

I was on vacation/leave

I had symptoms of covid

Because I already had Covid, I don't think I need it

I am afraid of adverse events associated with vaccination

I have doubts about the effectiveness/protection

I don't like vaccines

I don't consider myself in the risk group

I think it's not necessary

Because of vaccine alerts or news I read/heard/received

Other:

Skip to question 34

Covid vaccine

25. Which vaccine did you receive? \*

Coronavac (Butantan)

ChAdOx (Oxford/AstraZeneca)

Other:

26. Date of vaccination? \*

Vaccines were administered at HC between 01/19 and 01/21.

Example: January 7, 2019

27. Have you had any adverse events? \*

If "yes", answer the following four questions; if "no", skip them.

Yes

No

28. What symptoms did you have after vaccination?

Check all that apply.

Local pain

Fatigue

Headache

Fever

Muscle pain

Diarrhea

Nausea

Chills

Loss of appetite

Cough

Joint pain

Itch

Running nose

Other:

29. How many days after the vaccine did the symptoms start?

Reply in number of days; 0 if started on the day of vaccination

30. What is the duration of symptoms?

Reply in number of days.

31. What is the intensity of the symptoms?

Mild (interfered little with daily activities)

Moderate (impeded daily activities)

Serious (needed hospitalization)

32. How did you feel after the vaccination? \*

Tick ​​all the options that apply.

Safer

More hopeful

More anxious

Indifferent

Other:

33. Do you intend to take the second dose of the vaccine? \*

Yes

No

I don't know

Vaccination

34. Did you get the flu vaccine in 2020? \*

Yes

No

I don't know

35. Do you have an up-to-date vaccination record? \*

Yes

No

I don't know

36. Have you ever skipped vaccinating for reasons other than medical contraindications? \*

Yes

No

I don't know

37. In general, vaccination is important \*

Evaluate the options below and your level of agreement with the statement.

I totally agree

partially agree

Neutral

partially disagree

I totally disagree

38. In general, vaccines are effective \*

Evaluate the options below and your level of agreement with the statement.

I totally agree

partially agree

Neutral

partially disagree

I totally disagree

39. In general, vaccines are safe \*

Evaluate the options below and your level of agreement with the statement.

I totally agree

partially agree

Neutral

partially disagree

I totally disagree

40. Vaccination must be mandatory \*

Evaluate the options below and your level of agreement with the statement.

I totally agree

partially agree

Neutral

partially disagree

I totally disagree

41. Have you ever received any negative content about Covid vaccines? \*

If "yes", answer the following question; if "no", skip it.

Yes

No

I don't know

42. What is the source of the negative content?

Check all that apply.

Specialists in the field

Technical literature

Friends/family

Public personalities

Social networks (Facebook, Instagram, WhatsApp, Twitter, among others)

Newspaper, TV or Radio

World Health Organization reports

Reports from the Ministry of Health

Reports from the State Secretary of Health

Reports from the Municipal Secretary of Health

Other:

Skip to question 43

Social distancing

43. How was your adherence to social isolation in the 2nd half of 2020? \*

Work is excluded from this analysis.

Strict adherence (never leaves home or almost never leaves – at most once every 15 days)

High adherence (leaves home just a few times – 1-3 outings/week)

Regular adherence (limited, but leaves home with some frequency – 4-5 departures/week)

Low adherence or non-adherence (≥6 outings/week)

44. How do you rate the relevance of your outings in this period? \*

Work is excluded from this analysis.

Very relevant, hardly avoidable

Relevant, but sometimes avoidable

Little relevant, could be avoided on most occasions

45. Has your social distancing changed in the last month? \*

Work is excluded from this analysis. If "yes, less isolation", answer the following two questions; otherwise, skip it.

Yes, less adherent

No change

Yes, more adherent

46. ​​What was this change?

Check all that apply.

Increase in outings frequency

Higher risk exposures

More avoidable outings

Other:

47. What motivated such a change?

Tick ​​all that apply.

Loosening of measures

Less sense of risk

Fatigue related to prolonged quarantine

Distance from close family/friends

Disbelief with isolation measures

Other:

48. What mask do you usually use? \*

Work is excluded from this analysis.

Check all that apply.

Cloth mask

Surgical mask

N95 mask

Face shield

Other:

49. What is your level of adherence to the use of masks? \*

Work is excluded from this analysis.

Strict adherence (uses on all outings and does not remove or almost does not remove from the face)

High adherence (uses on all outings and sometimes removes from the face)

Regular adherence (uses on all outings and frequently removes from the face)

Low adherence or non-adherence (does not use on all outings or never uses)

50. What is your level of adherence to hand hygiene? \*

Work is excluded from this analysis.

High adherence (frequently/whenever necessary)

Regular adherence (could be more frequently)

Low adherence or non-adherence

51. Has your adherence to individual protective measures changed in the last month? \*

Yes, more adherent

Yes, less adherent

No

Burnout

52. Overall, how would you rate your level of burnout? \*

Burnout is defined as a combination of emotional exhaustion, depersonalization and low personal fulfillment.

I have no symptoms of burnout

Occasionally I am under stress, and I don’t always have much energy, but I don’t feel burned out

I am definitely burning out and have one or more symptoms of burnout, such as physical and emotional exhaustion

The symptoms of burnout that I’m experiencing won’t go away. I think about frustration at work a lot

I feel completely burned out and often wonder if I can go on. I am at the point where I may need some changes or may need to seek some sort of help

53. Does thinking about the coronavirus make me anxious? \*

Little anxiety 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A lot of anxiety

54. After the vaccination, how is my anxiety about the coronavirus? \*

Little anxiety 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A lot of anxiety

55. Does thinking about the coronavirus make me depressed, without perspective? \*

A little 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A lot

56. The pandemic has changed our daily lives. What changes, as a result of the pandemic, have happened to you?

Check all that apply.

Financial loss

Lack of public safety

Lack of public transportation

Lack of medical care

No school/daycare for the child(ren)

No nanny or person who normally takes care of child(ren)

No employee who does the housework

No caregiver for seniors who are under your responsibility

Distance from family or friends who support you

Loss, change of routine and regular activities

Other:

**Questionnaire (Portuguese)**

\*Obrigatório

1. Endereço de e-mail \*

2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você está de acordo? Disponível para acesso abaixo \*

Sim (Pular para a pergunta 3)

Não

3. Nome? \*

4. Idade? \*

5. CPF? \*

6. Gênero? \*

Feminino

Masculino

Outro:

7. Cor ou etnia? \*

Branca

Preta

Parda

Amarela

Indígena

Outro:

8. Religião? \*

Católica

Evangélica

Espírita

Islâmica

Judaica

Agnóstica

Ateia

Sem religião

Outro:

9. Estado civil? \*

Solteiro

Casado

Separado

Divorciado

Viúvo

10. Número de filhos? \*

11. Escolaridade? \*

Digite o número de anos de estudo; a contagem inicia-se no ensino fundamental.

12. Profissão? \*

Assistente social

Auxiliar administrativo

Auxiliar de limpeza

Biomédico(a)

Enfermeiro(a)

Farmacêutico(a)

Fisioterapeuta

Fonoaudiólogo(a)

Médico(a) assistente

Médico(a) residente

Nutricionista

Odontólogo(a)

Residente multiprofissional

Segurança

Terapeuta ocupacional

Técnico(a) de enfermagem

Técnico(a) de farmácia

Técnico(a) de radiologia

Técnico(a) de laboratório

Outro:

13. Local de trabalho? \*

FMUSP

Instituto Central

ICESP

ICR

IMT

Incor

Inrad

IOT

IPQ

Prédio dos Ambulatórios

Hospital Geral de Roraima

Outro:

14. Trabalhou em área Covid? \*

Caso "sim", responda as duas perguntas seguintes; caso "não", pule-as.

Sim

Não

15. Em qual local?

Marque todas que se aplicam.

Enfermaria

UTI

Pronto Socorro

Outro:

16. Por quanto tempo?

Digite o número aproximado de meses.

17. Possui alguma doença crônica ou fator de risco para doença grave? \*

Marque todas que se aplicam.

Não possuo nenhuma doença crônica

Diabetes

Doença cardiovascular

Doença hepática

Doença neurológica

Doença oncológica

Doença renal

Doença reumatológica

Doença respiratória

Imunodeficiência

Hipertensão

HIV/AIDS

Obesidade

Uso rotineiro de imussupressores/corticóide

Outro:

18. Teve diagnóstico de Covid? \*

Caso "sim", responda as duas perguntas seguinte; caso "não", pule-as.

Sim, PCR positivo (swab nasal)

Sim, sorologia positiva

Sim, sintomas e imagem sugestivos, sem confirmação por exame

Não

19. Quando?

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

20. Qual manifestação?

Sintomático com internação

Sintomático sem internação

Assintomático (PCR/sorologia positiva)

21. Tem familiares ou amigos próximos que tiveram doença grave por Covid? \*

Sim

Não

22. Tem familiares ou amigos próximos que faleceram por Covid? \*

Sim

Não

23. Recebeu alguma vacina de Covid? \*

Sim Pular para a pergunta 25

Não Pular para a pergunta 24

24. Por que não recebeu a vacina? \*

Assinalar todas que se aplicam.

Não estava na lista de vacinação

Estava de férias/licença

Estava com sintomas de covid

Pois já tive Covid, acho que não preciso

Tenho receio de eventos adversos associados à vacinação

Tenho dúvidas acerca da eficácia/proteção

Não gosto de vacinas

Não me considero do grupo de risco

Acho que não é necessário

Por alertas ou notícias contra a vacina que li/ouvi/recebi

Outro:

Pular para a pergunta 34

Vacina Covid

25. Qual vacina recebeu? \*

Coronavac (Butantan)

ChAdOx (Oxford/AstraZeneca)

Outro:

26. Data da vacinação? \*

As vacinas foram aplicadas no HC entre os dias 19/01 e 21/01.

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

27. Apresentou algum evento adverso? \*

Caso "sim", responda as quatro perguntas seguinte; caso "não", pule-as.

Sim

Não

28. Quais os sintomas que teve após a vacinação?

Marque todas que se aplicam.

Dor local

Fadiga

Dor de cabeça

Febre

Dor muscular

Diarreia

Náusea

Calafrios

Perda de apetite

Tosse

Dores articulares

Coceira

Nariz escorrendo

Outro:

29. Quantos dias após a vacina os sintomas começaram?

Responder em número de dias; 0 se iniciado no dia da vacinação

30. Qual a duração dos sintomas?

Responder em número de dias.

31. Qual a intensidade dos sintomas?

Leves (interferiram pouco nas atividades diárias)

Moderadas (impediram as atividades diárias)

Graves (precisou hospitalização)

32. Como se sentiu após a vacinação? \*

Marque todas as opções que se adequam.

Mais seguro

Mais esperançoso

Mais ansioso

Indiferente

Outro:

33. Pretende tomar a segunda dose da vacina? \*

Sim

Não

Não sei

Vacinação

34. Você tomou a vacina de influenza em 2020? \*

Sim

Não

Não sei

35. Você está com a carteira vacinal atualizada? \*

Sim

Não

Não sei

36. Já deixou de se vacinar por motivo que não fosse contraindicação médica? \*

Sim

Não

Não sei

37. De maneira geral, a vacinação é importante \*

Avalie as opções abaixo e seu nível de concordância com a afirmação.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Neutro

Discordo parcialmente

Discordo totalmente

38. De maneira geral, as vacinas são efetivas \*

Avalie as opções abaixo e seu nível de concordância com a afirmação.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Neutro

Discordo parcialmente

Discordo totalmente

39. De maneira geral, as vacinas são seguras \*

Avalie as opções abaixo e seu nível de concordância com a afirmação.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Neutro

Discordo parcialmente

Discordo totalmente

40. A vacinação deve ser obrigatória \*

Avalie as opções abaixo e seu nível de concordância com a afirmação.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Neutro

Discordo parcialmente

Discordo totalmente

41. Já recebeu algum conteúdo negativo sobre as vacinas para Covid? \*

Caso "sim", responda a pergunta seguinte; caso "não", pule-a.

Sim

Não

Não sei

42. Qual a fonte do conteúdo negativo?

Marque todas que se aplicam.

Especialistas da área

Literatura técnica

Amigos/Familiares

Personalidades públicas

Redes sociais (Facebook, Instagram, WhatsApp, Twitter, entre outros)

Jornal, TV ou Rádio

Informes da Organização Mundial da Saúde

Informes do Ministério da Saúde

Informes da Secretaria Estadual de Saúde

Informes da Secretária Municipal de Saúde

Outro:

Pular para a pergunta 43

Isolamento social

43. Como foi sua adesão ao isolamento social no 2º semestre de 2020? \*

Exclui-se o trabalho dessa análise.

Plena adesão (nunca sai de casa ou quase nunca sai – no máximo 1 saída a cada 15 dias)

Alta adesão (sai pouco de casa – 1-3 saídas/semana)

Regular adesão (limitando-se, porém sai com alguma frequência de casa – 4-5 saídas/semana)

Baixa adesão ou não adere (≥6 saídas/semana)

44. Como você classifica a relevância de suas saídas nesse período? \*

Exclui-se o trabalho dessa análise.

Bastante relevantes, pouco evitáveis

Relevantes, porém evitáveis em algumas ocasiões

Pouco relevantes, poderiam ser evitadas na maioria das ocasiões

45. Houve alteração em seu padrão de isolamento no último mês? \*

Exclui-se o trabalho dessa análise. Caso "sim, menor isolamento", responda as duas perguntas seguintes; caso contrário, pule-a.

Sim, menor isolamento

Não houve alteração

Sim, maior isolamento

46. Qual foi essa mudança?

Marque todas que se aplicam.

Aumento na frequência de saídas

Exposições de maior risco

Mais saídas evitáveis

Outro:

47. O que motivou tal mudança?

Assinalar todas que se aplicam.

Afrouxamento de medidas

Menor sensação de risco

Cansaço relacionado à quarentena prolongada

Distância de familiares/amigos próximos

Descrença com as medidas de isolamento

Outro:

48. Qual máscara você usa habitualmente? \*

Exclui-se o trabalho dessa análise.

Marque todas que se aplicam.

Máscara de pano

Máscara cirúrgica

Máscara n95

Face-shield

Outro:

49. Qual o seu nível de adesão ao uso de máscaras? \*

Exclui-se o trabalho dessa análise.

Plena adesão (usa em todas as saídas e não retira ou quase não retira do rosto)

Alta adesão (usa em todas as saídas e retira de vez em quando do rosto)

Regular adesão (usa em todas as saídas e retira frequentemente do rosto)

Baixa adesão ou não adere (não usa em todas as saídas ou nunca usa)

50. Qual o seu nível de adesão à higienização de mãos? \*

Exclui-se o trabalho dessa análise.

Alta adesão (higieniza com frequência/quando necessário)

Regular adesão (poderia higienizar com maior frequência)

Baixa adesão ou não adere

51. Houve alteração em sua adesão às medidas de proteção individual no último mês? \*

Sim, mais aderente

Sim, menos aderente

Não

Burnout

52. De uma maneira geral, como você classificaria seu nível de esgotamento com o trabalho (burnout)? \*

Burnout define-se como uma combinação de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal

Não tenho sintomas de burnout

Ocasionalmente estou estressado e nem sempre tenho tanta energia, mas não me sinto exausto

Definitivamente estou esgotado e tenho um ou mais sintomas de esgotamento, como exaustão física e emocional

Os sintomas de burnout que estou enfrentando não desaparecem. Eu penso muito em frustração no trabalho

Sinto-me completamente esgotado e muitas vezes me pergunto se posso continuar. Estou no ponto em que posso precisar de algumas mudanças ou procurar algum tipo de ajuda

53. Pensar no coronavírus me deixa ansioso? \*

Pouca ansiedade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muita ansiedade

54. Após a vacinação, como está minha ansiedade em relação ao coronavírus? \*

Pouca ansiedade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muita ansiedade

55. Pensar no coronavírus me deixa deprimido, para baixo, sem perspectiva? \*

Pouco 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito

56. A pandemia mudou o dia a dia de todos nós. Quais mudanças decorrentes da pandemia aconteceram com você?

Marque todas que se aplicam.

Perda financeira

Falta de segurança pública

Falta de transporte público

Falta de atendimento médico

Sem escola/creche para o(s) filho(s)

Sem babá ou pessoa que normalmente toma conta do(s) filho(s)

Sem funcionário que faz os serviços domésticos

Sem cuidador para idosos que estão sob sua responsabilidade

Afastamento de familiares ou amigos que servem de apoio para você

Perda, mudança de rotina e atividades comuns

Outro: