

# **Epidemic – Pandemic Impacts Inventory (EPII)**

## ***Brazilian Portuguese-Translation***

Damion J. Grasso, Ph.D.<sup>1</sup>  
Margaret J. Briggs-Gowan, Ph.D.<sup>1</sup>  
Julian D. Ford, Ph.D., ABPP<sup>1</sup>  
Alice S. Carter, Ph.D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*University of Connecticut School of Medicine*

<sup>2</sup>*University of Massachusetts*

**PURPOSE:** The EPII is a tool designed to assess tangible impacts of epidemics and pandemics across personal and social life domains.

**DEVELOPMENT:** Candidate items were constructed by a team of clinical and developmental psychologists with expertise in assessment of stress, trauma, resilience, and coping. Feedback from professionals across multiple disciplines (e.g., social work, pediatrics, medicine, anthropology) was incorporated in selecting and refining final items for of the measure, which was accomplished via expert consensus.

**TRANSLATION.** We acknowledge several individuals for their efforts in translating the English version of the EPII into Brazilian Portuguese. We thank Ms. Alice Lima for providing an initial translation, and Ms. Acileide Coelho for providing back-translated versions and suggested edits. We also thank Dr. Michele Ribeiro for support on the reconciliation of the versions. Dr. Ana Baumann, from Washington University in St. Louis supervised the work and edited the final version.

**PSYCHOMETRICS:** Because the EPII is newly developed, there are no psychometric properties yet available. Use of the EPII in research studies will help to establish psychometric properties and will likely result in refinement of the tool.

**SCORING.** Optimal scoring procedures are not yet determined and will be informed by future research.

**PERMISSIONS.** Researchers are welcome and encouraged to use the EPII in their research studies. Researchers may disseminate the survey using a paper format or may convert items to an online survey format so long as the integrity of the instructions and items is maintained. Users shall not modify items without permission from the developers. Please inform us of your intention to use the instrument by sending an Email to Dr. Damion Grasso at [dgrasso@uchc.edu](mailto:dgrasso@uchc.edu) with the following information: (1) Principal Investigator(s), (2) Purpose of research study, (3) Population(s) studied, and (4) Study location(s).

### **Suggested Citation**

Grasso, D.J., Briggs-Gowan, M.J., Ford, J.D., & Carter, A.S. (2020). *The Epidemic – Pandemic Impacts Inventory (EPII), Brazilian Portuguese Translation.*

## EPIDEMIC – PANDEMIC IMPACTS INVENTORY (EPII) Brazilian Portuguese Translation

### Instruções

Gostaríamos de saber como a pandemia da COVID-19 mudou a vida das pessoas. Para cada frase abaixo, indique se a pandemia afetou VOCÊ ou SUA FAMÍLIA da maneira descrita.

Marque **SIM (Eu)** se você foi impactado.

Marque **SIM (Outra pessoa em casa)** se outra pessoa (ou pessoas) em sua casa foi impactada.

Marque **NÃO** se você e sua família não foram afetados.

Marque **N/A** se a declaração não se aplicar a você ou a alguém na sua casa.

\*\*\*No caso de tanto **SIM (Eu)** quanto **SIM (Outra pessoa em casa)** forem verdadeiros, marque as duas opções\*\*\*

TRABALHO			
1.	Foi demitido do trabalho ou teve que fechar seu próprio negócio.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
2.	Horas de trabalho reduzidas.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
3.	Teve que demitir ou dispensar funcionários ou pessoas supervisionadas.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
4.	Teve que continuar trabalhando, mesmo em contato próximo com pessoas que podem estar infectadas (por exemplo, clientes, pacientes, colegas de trabalho).	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
5.	Passa muito tempo desinfetando a casa devido ao contato próximo com pessoas que podem estar infectadas no trabalho.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
6.	Aumento da carga de trabalho ou das responsabilidades do trabalho.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
7.	Dificuldade em fazer um bom trabalho por causa da necessidade de cuidar das pessoas em casa.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
8.	Dificuldade em fazer a transição para trabalhar em casa.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
9.	Forneceu atendimento direto à pessoas com a doença (por exemplo, médico, enfermeiro, assistente de assistência ao paciente, radiologista).	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
10.	Forneceu atendimento de suporte à pessoas com a doença (por exemplo, equipe de suporte médico, limpeza, administração).	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A

11.	Prestou atendimento à pessoas que morreram como resultado da doença.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
<b>CASA</b>				
14.	Serviço de babá indisponível quando necessário.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
15.	Dificuldade em cuidar das crianças em casa.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
16.	Teve mais conflitos com os filhos ou está sendo mais rígido com eles.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
17.	Teve que assumir o ensino/dar aulas para uma criança.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
18.	Família ou amigos tiveram que se mudar para sua casa.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
19.	Teve que passar muito mais tempo cuidando de um membro da família.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
20.	Teve que se mudar de casa.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
21.	Tornou-se sem-teto.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
22.	Aumento de argumentos verbais ou conflito com um parceiro ou cônjuge.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
23.	Aumento do conflito físico com um parceiro ou cônjuge.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
24.	Aumento de argumentos verbais ou conflito com outros adultos em casa.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
25.	Aumento do conflito físico com outros adultos em casa.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
26.	Aumento do conflito físico entre crianças em casa.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
<b>ATIVIDADES SOCIAIS</b>				
27.	Está separado da família ou amigos íntimos.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
28.	Não tem a capacidade ou os recursos para conversar com a família ou amigos enquanto distantes.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
29.	Não foi possível visitar o ente querido em um estabelecimento de saúde (por exemplo, casa de repouso, asilo).	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
30.	Celebrações familiares canceladas ou restritas.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
31.	Viagens ou férias planejadas canceladas.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
32.	Atividades religiosas ou espirituais canceladas ou restritas.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A

33.	Impossibilitado de estar com um membro da família em estado crítico.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
34.	Incapaz de comparecer pessoalmente ao velório de um membro da família ou amigo que morreu.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
35.	Impossibilitado de participar de clubes sociais, praticar esportes em grupo, ou participar de atividades voluntárias.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
36.	Impossibilitado de fazer atividades ou hobbies que trazem prazer,	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
<b>FINANÇAS</b>				
37.	Não foi possível obter comida suficiente ou comida saudável.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
38.	Não foi possível acessar água limpa.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
39.	Não é possível pagar contas importantes, como aluguel ou serviços essenciais como água ou luz.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
40.	Dificuldade em conseguir ir a lugares devido ao menor acesso ao transporte público ou a preocupações com segurança.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
41.	Não foi possível obter os medicamentos necessários (por exemplo, prescrições ou venda sem receita).	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
<b>SAÚDE EMOCIONAL E BEM-ESTAR</b>				
42.	Aumento dos problemas comportamentais ou emocionais dos filhos.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
43.	Aumento das dificuldades ou pesadelos do sono dos filhos.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
44.	Aumento de problemas ou sintomas de saúde mental (por exemplo, humor, ansiedade, estresse).	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
45.	Aumento dos problemas do sono ou má qualidade do sono.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
46.	Aumento no uso de álcool ou substâncias psicoativas.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
47.	Não foi possível acessar um terapeuta.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
48.	Não está satisfeito com as mudanças na terapia.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
49.	Passou mais tempo em telas e dispositivos (por exemplo, olhando para o telefone, jogando videogame, assistindo TV).	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A

<b>PROBLEMAS DE SAÚDE FÍSICA</b>			
50.	Aumento de problemas de saúde não relacionados à doença.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
51.	Menos atividade física ou exercício físico.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
52.	Comendo demais ou comendo mais alimentos não saudáveis (por exemplo, frituras, etc).	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
53.	Mais tempo sentado ou sedentário.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
54.	Procedimento médico importante cancelado (por exemplo, cirurgia).	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
55.	Não foi possível acessar atendimento médico para uma condição grave (por exemplo, diálise, quimioterapia).	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
56.	Recebeu menos atendimento médico do que o habitual (por exemplo, consultas de rotina ou preventivas).	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
57.	Parente idoso ou deficiente que não está em casa e não consegue obter a ajuda que precisa.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
<b>DISTANCIAMENTO FÍSICA E QUARENTENA</b>			
58.	Isolado ou em quarentena devido a uma possível exposição à doença.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
59.	Isolado ou em quarentena devido aos sintomas da doença.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
60.	Isolado devido às condições de saúde existentes que aumentam o risco de agravamento da doença.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
61.	Limite de proximidade física com filhos ou entes queridos devido a preocupações de infecção.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
62.	Mudou-se ou está longe da família devido a um trabalho de alto risco (por exemplo, profissional de saúde).	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
63.	Um familiar próximo que não está na mesma casa está em quarentena.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
64.	O membro da família não pôde voltar para casa devido a restrições de quarentena ou de viagem.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
65.	A família inteira ficou em quarentena por uma semana ou mais.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
<b>HISTÓRICO DE INFECÇÃO</b>			
66.	Atualmente apresenta sintomas da doença, mas não foi testado melhor.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A

67.	Fez o teste e atualmente está infectado.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
68.	Teve sintomas, mas nunca fez o teste.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
69.	Testou positivo, mas não a possui mais.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
70.	Recebeu tratamento médico devido a sintomas graves da doença.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
71.	Internação hospitalar devido à doença.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
72.	Alguém morreu com a doença enquanto estava em nossa casa.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
73.	Morte de amigo próximo ou membro da família por conta da doença.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
<b>POSITIVE CHANGE</b>				
74.	Maior tempo de qualidade com a família ou amigos pessoalmente ou à distância (por exemplo, por telefone, e-mail, mídia social).	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
75.	Mais tempo de qualidade com o parceiro ou cônjuge.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
76.	Mais tempo de qualidade com os filhos.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
77.	Melhor relacionamento com a família ou amigos.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
78.	Novas conexões feitas com pessoas que apoiam.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
79.	Aumento do exercício ou atividade física.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
80.	Mais tempo na natureza ou ao ar livre.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
81.	Mais tempo realizando atividades agradáveis (por exemplo, lendo livros, quebra-cabeças).	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
82.	Desenvolvimento de novos hobbies ou atividades.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
83.	Mais grato pelas coisas geralmente consideradas como garantidas.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
84.	Prestou mais atenção à saúde pessoal.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
85.	Prestou mais atenção à prevenção de lesões físicas.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
86.	Comeu alimentos mais saudáveis.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
87.	Menos ingestão de bebidas alcoólicas ou substâncias psicoativas.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A

88.	Gastou menos tempo em telas ou dispositivos fora do horário de trabalho (por exemplo, olhando para o telefone, jogando videogame, assistindo TV).	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
89.	Se voluntariou para ajudar as pessoas necessitadas.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
90.	Doou tempo ou bens a uma causa relacionada à doença (por exemplo, máscaras, doação de sangue, voluntariado).	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
91.	Encontrou um significado maior no trabalho, emprego ou escola.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A
92.	Mais eficiente ou produtivo no trabalho, emprego ou escola.	<input type="checkbox"/> SIM (Eu) <input type="checkbox"/> SIM (Outra pessoa em casa)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> N/A

**Muito obrigado por concluir esta importante pesquisa**