

N.º de identificação do cliente _____

Data de preenchimento: _____

ESTRESSE, TRAUMA E EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA

PREENCHIDO POR CLIENTES

Experiências adversas na infância (ACES) [OPCIONAL]

Pensando sobre quando você tinha menos de 18 anos...

- 1. Um de seus pais ou outro adulto em sua casa com frequência ou com muita frequência... Xingava, insultava, rebaixava ou humilhava você? Ou agia de forma que fazia você ficar com medo de agressão física?**
 - Não
 - Sim
- 2. Um de seus pais ou outro adulto em sua casa com frequência ou com muita frequência... Empurrava, agarrava, dava um tapa ou jogava algo em você? Ou agrediu você com tanta força que deixou marcas ou machucou você?**
 - Não
 - Sim
- 3. Um adulto ou uma pessoa pelo menos 5 anos mais velha do que você... Tocou ou acariciou você ou fez que você tocasse nas partes genitais deles? Ou tentou ou conseguiu ter uma relação sexual oral, anal ou vaginal com você?**
 - Não
 - Sim
- 4. Você frequentemente ou muito frequentemente sentiu que... Ninguém em sua família amava você ou pensava que você era importante ou especial? Ou que os seus familiares não cuidavam uns dos outros, não eram unidos, nem se apoiavam?**
 - Não
 - Sim

Original measure translated for EPINET by the EPINET National Data Coordinating Center.

5. **Você frequentemente ou muito frequentemente sentiu que... Não tinha o suficiente para comer, tinha que usar roupas sujas e não havia ninguém que protegesse você? Ou seus pais estavam bêbados ou drogados e não podiam cuidar de você ou levar você para tratamento médico quando necessário?**
- Não
 Sim
6. **Seus pais alguma vez passaram por separação ou divórcio?**
- Não
 Sim
7. **A sua mãe ou a sua madrasta: ... Era frequentemente ou muito frequentemente empurrada, agarrada, esbofeteada, ou atiravam coisas nela? Ou era às vezes, frequentemente, ou muito frequentemente chutada, mordida, socada ou espancada com algo duro? Ou alguma vez foi espancada sem interrupção por pelo menos alguns minutos, ou ameaçada com uma arma ou faca?**
- Não
 Sim
8. **Você morava com alguém que bebia ou era alcoólatra, ou que usava drogas ilícitas?**
- Não
 Sim
9. **Alguma pessoa em sua casa estava deprimida ou mentalmente doente, ou tentou suicídio?**
- Não
 Sim
10. **Alguma pessoa em sua casa foi para a prisão?**
- Não
 Sim