

Questionário ACE

(Adverse Childhood Experiences)

Enquanto você crescia, durante os primeiros 18 anos de sua vida:

1. Seu pai/mãe ou outro adulto na casa frequentemente, ou muito frequentemente... xingou, insultou, diminuiu ou humilhou você ? Ou agiu de um modo que o deixou com medo de ser machucado fisicamente?

Não ___ Se Sim, marque 1 ___

2. Seu pai/mãe ou outro adulto na casa frequentemente, ou muito frequentemente... empurrou, agarrou, deu um tapa ou jogou algo em você? Ou alguma vez bateu tão fortemente que deixou alguma marca ou o deixou ferido/a?

Não ___ Se Sim, marque 1 ___

3. Alguma vez um adulto ou uma pessoa ao menos 5 anos mais velha do que você o tocou ou acariciou ou fez com que você tocasse o corpo dele/a de um modo sexual? Ou tentou ou de fato teve relação oral, anal ou vaginal com você?

Não ___ Se Sim, marque 1 ___

4. Você com frequência ou muitas vezes sentiu que... ninguém em sua família o/a amava ou pensava que você era importante ou especial? Ou em sua família as pessoas não se cuidavam, ou sentiam-se próximas, ou apoiavam umas às outras?

Não ___ Se Sim, marque 1 ___

5. Você com frequência ou muitas vezes sentiu... que não tinha o suficiente para comer, tinha que usar roupas sujas e não tinha ninguém para te proteger? Ou seus pais estavam bêbados demais ou drogados demais para cuidar de você ou te levar ao médico, caso você precisasse?

Não ___ Se Sim, marque 1 ___

6. Alguma vez você já perdeu um pai/mãe biológico, padrasto/madrasta por causa de divórcio, abandono ou outro motivo?

Não ___ Se Sim, marque 1 ___

7. Com frequência ou muitas vezes sua mãe/pai, madrasta/padrasto foi empurrada/o, agarrada/o, levou um tapa ou teve algo jogado nela/e, ou chutada/o, mordida/o, levou um soco ou apanhou com algo? ou Alguma vez apanhou por ao menos alguns minutos ou foi ameaçada/o com uma arma ou faca?

Não ___ Se Sim, marque 1 ___

8. Você viveu com qualquer pessoa que tinha um problema com bebida, ou que usava drogas?

Não ___ Se Sim, marque 1 ___

9. Alguém de sua casa era deprimido, ou mentalmente doente ou alguma vez alguém da casa tentou suicídio?

Não ___ Se Sim, marque 1 ___

10. Alguma vez alguém de sua casa foi para a prisão?

Não ___ Se Sim, marque 1 ___

Se você somar os numerais onde marcou sim, esse é seu score ACE (> 3 significativo, quanto mais alto o score amiro o impacto de experiências de vida)