

Criança e Adolescent Survey of Experience - versão pais (CASE)

Portuguese Translation

Nome:	O nome do seu filho:
-------	----------------------

Este questionário faz perguntas sobre acontecimentos que as crianças podem achar que são maus ou perturbadores, mas também faz perguntas sobre acontecimentos que as crianças podem considerar bons ou agradáveis. Se nos ÚLTIMOS 12 MESES ACONTECEU algum destes acontecimentos ao seu/sua filho(a), preencha o círculo que se encontra abaixo da palavra "SIM". Também deve preencher um círculo para indicar até que ponto esse acontecimento foi BOM ou MAU para o seu filho. Se esse acontecimento não se passou com o seu filho, preencha o círculo abaixo da palavra "NÃO" e passe à questão seguinte. Se se enganar, coloque uma cruz por cima da resposta errada, e assinale a resposta correcta.

Lembre-se: se "Sim", o evento aconteceu ao seu filho, também assinalar uma caixa para mostrar quão bom ou quão ruim o evento foi para o seu filho .			Muito Bom	Bastante Bom	Um Pouco Bom	Um Pouco Mau	Bastante Mau	Muito Mau
	Escreva a data 12 meses atrás: _____	Nos últimos 12 meses	Sim	Não				
1. Mudámos de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. O(A) meu/minha filho(a) (ou a sua equipa) ganhou um prémio, uma distinção ou um concurso (ex. escola, desporto, música, dança)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eu ou o meu/minha companheiro(a) dormimos fora de casa (ex. hospital, férias, trabalho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. O(A) meu/minha filho(a) arranjou um novo(a) namorado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eu ou o meu/minha companheiro(a) mudámos de emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alguém especial para o(a) meu/minha filho(a) (que não é da nossa família) foi morar para longe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Alguém da nossa família ficou bastante doente ou ferido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eu ou o meu/minha companheiro(a) soubemos que íamos ter um bebé ou tivemos um bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eu ou o meu/minha companheiro(a) tivemos que falar com o director da escola do meu/minha filho(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. O(A) meu/minha filho(a) dormiu fora de casa (ex. acampamento, viagem, hospital)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Alguém veio viver com a nossa família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. O(A) meu/minha filho(a) foi gozado, posto de parte ou agredido física ou verbalmente por outros miúdos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. O animal de estimação do(a) meu/minha filho(a) morreu, ficou doente, perdeu-se ou ficou ferido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. O(A) meu/minha filho(a) teve uma grande zanga com alguém da nossa família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. O(A) meu/minha filho(a) esteve bastante doente ou ferido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eu e o meu/minha companheiro(a) separámo-nos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. O(A) meu/minha filho(a) saiu-se bem num teste ou num exame importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eu ou o meu/minha companheiro(a) ficámos desempregados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. O(A) meu/minha filho(a) terminou o namoro com a(o) meu/minha namorado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

centreforeemotionalhealth.com.au

© Centre for Emotional Health, Macquarie University, Australia
Original Publication: Allen, Rapee, & Sandberg (2012)

Translated by:

Pereira & Barros (2010)

The information in this document is not intended as a substitute for professional medical advice, diagnosis or treatment



Criança e Adolescent Survey of Experience - versão pais (CASE)

Portuguese Translation

Nome:		O nome do seu filho:							
Escreva a data 12 meses atrás: _____				Muito Bom	Bastante Bom	Um Pouco Bom	Um Pouco Mau	Bastante Mau	Muito Mau
Nos últimos 12 meses:....		Sim	Não						
20.	O(A) meu/minha filho(a) teve uma grande zanga com alguém especial para ele(a) (que não é da nossa família)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	O(A) meu/minha filho(a) tem um(a) amigo(a) novo(a) especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	O(A) meu/minha filho(a) viu acontecer uma coisa má (ex. um acidente de carr alguém ser roubado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	O(A) meu/minha filho(a) mudou de escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Alguém da nossa família morreu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Pessoas da nossa família tiveram uma grande zanga ou discussão (que não foi com o meu/minha filho/a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Eu casei-me, fiquei noiva ou comecei a namorar com outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Alguém assaltou a nossa casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Alguém da nossa família saiu de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	O(A) meu/minha filho(a) esteve envolvido numa luta (sem ser com pessoas da nossa família)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	O(A) meu/minha filho(a) saiu-se mal num teste ou exame importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	. Alguém especial para o(a) meu/minha filho(a) morreu (que não é nosso familiar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	O(A) meu/minha filho(a) foi escolhido para ser delegado da turma, representante dos alunos ou capitão de equipa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Um professor ralhou muito com o meu/minha filho(a) ou castigou-o(a) seriamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	O(A) meu/minha filho(a) começou uma nova actividade, desporto ou passatempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	O(A) meu/minha filho(a) soube que iria ter que repetir um ano na escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Alguém especial para o meu/minha filho(a) (que não é nossa família) esteve bastante doente ou ferido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	O pai do meu filho casou-se, ficou noivo ou começou a namorar com outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	O(A) meu/minha filho(a) fez uma viagem de férias especial (ex. pela Europa, para outro continente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros acontecimentos perturbadores ou bons (por favor, faça uma lista):									
39.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>