

País: \_\_\_\_\_

Alguém te ajudou a responder a este questionário?

- “Não”
- “Sim, um familiar”
- “Sim, um profissional que trabalha comigo”

<b>Rastreo Global de Psicotrauma para Crianças (GPS-C)</b>				
<b>6–10 anos</b>		_ _ _ _ _ _ _		
Número de Identificação do				
És		<input type="checkbox"/> Uma menina	<input type="checkbox"/> Um menino	<input type="checkbox"/> Preferes não dizer
Quantos anos tens?		____ anos		
<b>Às vezes acontecem coisas más ou difíceis na vida das pessoas que podem ser muito assustadoras.</b> Por favor, responde às perguntas a seguir dizendo <b>se</b> aconteceram coisas más ou assustadoras contigo				
<b>Depois dessas coisas más ou assustadoras terem acontecido,</b> houve alguma coisa que te incomodou <b>no último mês</b> ? Marca "Não" se não te incomodou, ou "Sim" se alguma das coisas abaixo te incomodou:				
1	Tens pensado muito ou tido sonhos assustadores sobre o que aconteceu?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
2	Tentaste não pensar no que aconteceu, ou afastar-te de pessoas, lugares, ou de coisas que te fazem lembrar disso?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
3	Ficaste a olhar à tua volta, como se algo mau estivesse a acontecer outra vez, mesmo sem motivo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
4	Foi difícil para ti fazer coisas ou estar com as pessoas como antes?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
5	Sentiste que a culpa do que aconteceu foi tua?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
6	Sentiste-te mal contigo, como se não fosses importante?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
7	Ficaste tão zangado que disseste ou fizeste coisas sem querer?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
8	Sentiste-te mais nervoso ou com mais medo do que antes?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
9	Sentiste-te muito preocupado e não conseguiste parar de te preocupar?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	

10	Sentiste-te muito triste, choraste, ou pensaste que as coisas nunca iam melhorar?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
11	Foi difícil para ti divertir-te ou aproveitar as coisas como antes?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
12	Foi difícil para ti adormecer ou dormir sem acordar durante a noite?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
13	Tentaste magoar-te a ti mesmo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
14	Sentiste que estavas num sonho, ou que as coisas à tua volta eram estranhas, como num sonho?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
15	Sentiste como se estivesses a olhar para ti de cima, ou como se estivesses a ver o teu corpo de fora?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
16	Houve outras coisas que te incomodaram, como sentir-te doente, sozinho, ou não te dares bem com os teus amigos ou outras pessoas?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

© 2021, Global Psychotrauma Screen 2.0 Olf & Bakker, Global Collaboration on Traumatic Stress. Update for children, GPS-C, 2021, Grace & Olf, <https://www.global-psychotrauma.net/gps>. Traduzido por Gonçalves, M., & Alves, V. (2024). Escola de Psicologia, Universidade do Minho