

País: _____

Alguém te ajudou a responder a este questionário?

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

Rastreio Global de Psicotrauma para Crianças (GPS-C)	
6–10 anos	_ _ _ _ _ _ _ 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
Às vezes acontecem coisas más ou difíceis na vida das pessoas que podem ser muito assustadoras. Por favor, responde às perguntas a seguir dizendo se aconteceram coisas más ou assustadoras contigo	
Depois dessas coisas más ou assustadoras terem acontecido, houve alguma coisa que te incomodou no último mês ? 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