

Rastreo Global de Psicotrauma para Adolescentes (GPS-A)

11-17 anos

Número de Identificação do Participante

Género: Feminino Masculino Outro Prefiro não dizer

Idade (anos):

Às vezes acontecem coisas muito assustadoras ou difíceis na vida das pessoas. Se te aconteceram coisas destas, por favor responde às perguntas abaixo sobre o acontecimento que te incomoda **mais neste momento**

Depois do acontecimento, sentiste alguma das seguintes coisas no último mês? Marca "Não" se não sentiste, ou marca "Sim" se sentiste.

- | | | | |
|-----|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. | Tiveste sonhos assustadores ou pensamentos que te incomodaram sobre o que aconteceu? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 2. | Tentaste evitar pensar no que aconteceu, ou evitaste lugares, pessoas ou coisas que te faziam lembrar disso? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 3. | Sentiste-te sempre alerta ou assustado, mesmo sem razão? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 4. | Sentiste-te desligado das pessoas ou das coisas à tua volta, como se estivesses ausente, mesmo estando fisicamente presente? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 5. | Sentiste que a culpa do que aconteceu era tua? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 6. | Sentiste-te mal contigo mesmo, como se não fosses importante? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 7. | Sentiste-te tão zangado que não conseguiste controlar o que fazias ou dizias? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 8. | Sentiste-te nervoso ou ansioso? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 9. | Não conseguiste parar de te preocupar? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 10. | Sentiste-te muito triste ou sem esperança? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 11. | Perdeste o interesse ou a vontade de fazer coisas de que gostavas antes? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 12. | Tiveste dificuldade em adormecer ou manter o sono? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 13. | Tentaste magoar-te de propósito? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 14. | Sentiste que o mundo ou as pessoas 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 dores físicas, sentimentos maus, problemas na escola, com a família ou amigos? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 17. | Tiveste outros problemas como falta de dinheiro ou comida, mudança de casa, incidentes na escola, com amigos ou familiares? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 18. | Usaste cigarros, álcool, drogas ou medicamentos sem receita para aliviar sentimentos maus? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 19. | Faltou-te alguém para te ajudar (por exemplo, quando te sentias triste, levar-te à escola ou a eventos, ir contigo ao médico ou ao hospital)? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 20. | Durante a tua infância (0-10 anos), viveste algum outro acontecimento assustador ou horrível? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |

21.	Alguma vez te disseram que tens problemas emocionais ou comportamentais, ou já foste tratado por esses problemas (por exemplo, depressão, ansiedade, PHDA, distúrbios alimentares ou qualquer problema comportamental)?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim									
22.	Achas que és uma pessoa resiliente, que consegue superar situações difíceis ou acontecimentos negativos?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim									
F.	Como avalias o teu funcionamento atual (como estás agora em casa, na escola e noutras áreas da tua vida)?											
	Pobre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente

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