

N.º de identificação do cliente \_\_\_\_\_

Data de preenchimento: \_\_\_\_\_

# ESTRESSE, TRAUMA E EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA

PREENCHIDO POR CLIENTES

## Triagem de Trauma Infantil e Adolescente (CATS) - Relatório de Jovens (7 a 17 anos) [OPCIONAL]

Eventos estressantes ou assustadores acontecem com muitas pessoas. Segue uma lista de eventos estressantes e assustadores que podem ocorrer. Marque SIM se aconteceu com você. Marque Não se não aconteceu com você.

| Evento  | Não | Sim |
|---|-----|-----|
| 1. Desastres naturais graves, como enchentes, tornados, furacões, terremotos ou incêndios.  |     |     |
| 2. Acidente ou lesão grave, como acidente de carro/bicicleta, mordida de cachorro ou lesão esportiva.   |     |     |
| 3. Ameaças, agressões ou feridas graves dentro da família.  |     |     |
| 4. Ameaças, agressões ou feridas graves na escola ou na comunidade.   |     |     |
| 5. Ataque, esfaqueamento, tiroteio ou roubo com ameaça.   |     |     |
| 6. Ver alguém da família ser ameaçado, agredido ou machucado gravemente.  |     |     |
| 7. Ver alguém na escola ou na comunidade ser ameaçado, agredido ou machucado gravemente.  |     |     |
| 8. Alguém fez coisas de natureza sexual a você ou fez com que você fizesse coisas de natureza sexual à pessoa quando você não podia rejeitar. Ou quando forçado ou pressionado. |     |     |
| 9. Online ou nas redes sociais, alguém pressionou você ou lhe pediu para fazer algo de natureza sexual. Como tirar ou enviar fotos.   |     |     |
| 10. Alguém fez bullying com você pessoalmente. Falando coisas muito maldosas para assustar você.  |     |     |
| 11. Alguém fez bullying com você online. Falando coisas muito maldosas para assustar você.  |     |     |
| 12. Alguém próximo a você morreu repentinamente ou violentamente.   |     |     |
| 13. Você teve um procedimento médico estressante ou assustador.   |     |     |

*Original measure translated for EPINET by the EPINET National Data Coordinating Center.*

| Evento                                      | Não | Sim |
|---|-----|-----|
| 14. Esteve em uma situação de guerra.       |     |     |
| 15. Outro evento estressante ou assustador? |     |     |
| Descrever: _____                            |     |     |

**Marque 0, 1, 2 ou 3 para indicar quantas vezes essas coisas afetaram a você nas últimas duas semanas:**

| Nas últimas duas semanas, com que frequência as seguintes coisas afetaram a você:   | Nunca | Uma vez ou outra | Metade do tempo | Quase sempre |
|---|-------|------------------|-----------------|--------------|
| 1. Surgem em sua cabeça pensamentos ou imagens perturbadoras sobre o que aconteceu.   | 0     | 1                | 2               | 3            |
| 2. Sonhos ruins que fazem você se lembrar do que aconteceu.   | 0     | 1                | 2               | 3            |
| 3. Sentir que algo que aconteceu está acontecendo de novo.  | 0     | 1                | 2               | 3            |
| 4. Sentir muita chateação quando algo lembrou você do que aconteceu.  | 0     | 1                | 2               | 3            |
| 5. Sentimentos fortes em seu corpo quando é lembrado do que aconteceu (transpirar, coração batendo rápido, estômago embrulhado).                                | 0     | 1                | 2               | 3            |
| 6. Tentar não pensar ou falar sobre o que aconteceu. Ou não desenvolver sentimentos sobre isso.   | 0     | 1                | 2               | 3            |
| 7. Ficar longe das pessoas, lugares, coisas ou situações que recordam você do que aconteceu.  | 0     | 1                | 2               | 3            |
| 8. Não poder se lembrar de parte do que aconteceu.  | 0     | 1                | 2               | 3            |
| 9. Pensamentos negativos sobre você ou outras pessoas. Pensamentos como: eu não tenho uma vida boa, não posso confiar em ninguém, o mundo inteiro não é seguro. | 0     | 1                | 2               | 3            |
| 10. Culpar a si pelo que aconteceu ou culpar outra pessoa quando não é culpa dela.  | 0     | 1                | 2               | 3            |
| 11. Frequentes sentimentos ruins (medo, raiva, culpa, vergonha).  | 0     | 1                | 2               | 3            |
| 12. Não querer fazer as coisas que costumava fazer.   | 0     | 1                | 2               | 3            |
| 13. Não se aproximar de pessoas.  | 0     | 1                | 2               | 3            |
| 14. Não poder ter sentimentos bons ou felizes.  | 0     | 1                | 2               | 3            |

*Original measure translated for EPINET by the EPINET National Data Coordinating Center.*

| Nas últimas duas semanas, com que frequência as seguintes coisas afetaram a você: | Nunca | Uma vez ou outra | Metade do tempo | Quase sempre |
|---|-------|------------------|-----------------|--------------|
| 15. Sentir ira. Ter acessos de raiva e descontar nos outros.                      | 0     | 1                | 2               | 3            |
| 16. Fazer coisas inseguras.   | 0     | 1                | 2               | 3            |
| 17. Ter cautela excessiva, sempre na defensiva (ver quem está ao seu redor).      | 0     | 1                | 2               | 3            |
| 18. Sentir nervosismo.  | 0     | 1                | 2               | 3            |
| 19. Dificuldade em prestar atenção.   | 0     | 1                | 2               | 3            |
| 20. Dificuldades em adormecer ou em dormir.                                       | 0     | 1                | 2               | 3            |

Marque “SIM” ou “NÃO” se os problemas que marcou interferem com:

| Os problemas descritos nas perguntas anteriores interferem nestes aspectos de sua vida? | Sim                   | Não                   |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Dar-se bem com outras pessoas  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Hobbies/diversão   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Escola ou trabalho   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Relações familiares  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Felicidade geral   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |