

Entrevistado n° _____
 Data da Aplicação: ____/____/____

ICAST-C : Pesquisa das experiências da Criança com Disciplina

Em todo o mundo são usadas diferentes formas para disciplinar crianças. Muitas vezes, a violência em casa é entendida como forma de educar. Essa pesquisa é sobre as experiências das crianças em relação à educação e à violência.

Histórico: Por favor, fale-nos sobre você.

B1. É menino ou menina? *(assinale apenas um campo com um X)*

Menino

Menina

B2. Data de nascimento: ____/____/____ *(por favor, escreva apenas o mês e o ano)*

B3. Que ano da escola está cursando? *(por favor, marque apenas um número)*

| | | | | | | | | | | | |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|--|
| | | | | | | | | | | | |
| 1ª série | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1º | 2º | |

B4. Onde você mora? *(assinale apenas um campo com um X)*

Em um sítio, chácara, periferia

Em uma cidade pequena

Favela

Em uma cidade grande

Outro (por favor, especifique:

(_____)

B5. Qual opção descreve melhor a sua família? *(assinale apenas um campo com um X)*

Pai e mãe moram juntos em casa

Moro com minha mãe

Moro com meu pai

Moro com outros parentes

Outro (por favor, especifique: _____)

B6. O grau de escolaridade de seus pais é/foi:

Mãe

Nunca estudou

Ensino Infantil

Ensino Fundamental

Ensino Médio

Ensino Técnico

Ensino Superior

Pós-graduação (Mestrado, Doutorado)

Pai

Nunca estudou

Ensino Infantil

Ensino Fundamental

Ensino Médio

Ensino Técnico

Ensino Superior

Pós-graduação (Mestrado, Doutorado)

Questionário ISPCAN para CRIANÇAS V3.0

Não sei

Não sei

B7. Você pertence a alguma religião ou grupo religioso? (*assinale apenas um campo com um X*)

Sim

Não (Se não, vá para a pergunta B9)

B8. Qual a sua religião? (**Lista de opções para o país**)

Católica

Espírita

Evangélica

Outros

B9. Qual é sua raça ? (**Lista de opções para o país**)

Branco

Mulato

Negro

Outro

B10. Você se sente seguro com sua família? (*assinale apenas um campo com um X*)

Sempre

Muitas vezes

Poucas vezes

Nunca

B11. Alguém, em sua casa, usou álcool e/ou drogas e depois se comportou de uma maneira que lhe deu medo?

Sim

Não

B12. Em sua casa, você já viu adultos berrando e gritando de uma maneira que lhe deu medo?

Sim

Não

B13. Em sua casa, alguma vez você viu os adultos machucando-se fisicamente (exemplo, batendo, estapeando e chutando)?

Sim

Não

B14. Em sua casa, você já viu os adultos usarem facas, revólveres, pedaços de pau, pedras ou outros objetos para ferirem ou assustarem outras pessoas?

Sim

Não

B15. Às vezes até mesmo crianças ou adolescentes, que são da sua idade, podem ter sido cruéis. Eles/as podem ter feito você sentir vergonha ou sentir-se mal sobre si mesmo. Você já foi maltratado ou ameaçado(sofreu bullying) por outra criança ou adolescente, em sua casa, no último ano?

Sim

Não

Disciplina: Experiência da criança no lar

Questionário ISPCAN para CRIANÇAS V3.0

Com estas perguntas, queremos saber sobre experiências que acontecem com crianças em suas casas (com suas famílias). Este questionário está sendo usado com crianças de diversas partes do mundo. Queremos saber que experiências as crianças vêm tendo, para poder mantê-las seguras.

As perguntas a seguir referem-se a coisas que podem ter acontecido com você no último ano. As perguntas podem parecer estranhas ou difíceis de responder. Por favor, tente respondê-las da melhor forma possível. Isto não é um teste. Não há respostas certas ou erradas. Sem a qualquer momento sentir-se incomodado demais para continuar, poderá parar.

Se quiser ajuda sobre qualquer uma das coisas que perguntarmos, fale com a pessoa que lhe entregou este questionário. A menos que nos diga que quer conversar, ninguém saberá as respostas que marcou ou marcará. Para cada pergunta, por favor, marque todas as alternativas que se aplicarem para a pessoa que o maltratou (nome adulto, mulher adulta, menino/adolescente, menina/adolescente).

| | ≥ 50 vezes | 13-50 vezes | 6-12 vezes | 3-5 vezes | 1-2 vezes | Não no último ano, mas já aconte- ceu. | Nunca em minha vida | Sem res- posta |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--|--|------------------------------|----------------------|
| | Uma vez por semana ou mais | Várias vezes por mês | Mensalmente ou Bimestralmente | Várias vezes por ano | Uma ou duas vezes por ano | | | |
| D1a. Berrou, ou gritou muito alto com você? | | | | | | | | |
| D1b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todos que se aplicarem) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D2a. Insultou-o/a, chamando-o/a de burro/a, preguiçoso/a ou outras coisas parecidas? | | | | | | | | |
| D2b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todos que se aplicarem) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D3a. Desejou que algum mal acontecesse no futuro? | | | | | | | | |
| D3b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todos que se aplicarem) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D4a. Ignorou-o/a? | | | | | | | | |
| D4b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todos que se aplicarem) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |

Questionário ISPCAN para CRIANÇAS V3.0

| | ≥ 50 vezes | 13-50 vezes | 6-12 vezes | 3-5 vezes | 1-2 vezes | Não no último ano, mas já aconteceu. | Nunca em minha vida | Sem resposta |
|--|----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------------|--------------|
| | Uma vez por semana ou mais | Várias vezes por mês | Mensalmente ou Bimestralmente | Várias vezes por ano | Uma ou duas vezes por ano | | | |
| D5a. Culpou-o/a por sua infelicidade? | | | | | | | | |
| D5b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todos que se aplicarem) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D6a. Disse a você para parar o que estava fazendo? | | | | | | | | |
| D6b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todos que se aplicarem) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D7a. Quando você fez alguma coisa errada, alguém explicou por que o que fez estava errado? | | | | | | | | |
| D7b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todos que se aplicarem) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D8a. Deu a você uma recompensa por ter se comportado bem? | | | | | | | | |
| D8b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todos que se aplicarem) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D9a. Deu alguma coisa para você fazer (para que parasse ou mudasse de comportamento)? | | | | | | | | |
| D9b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D10a. Tirou de você privilégios (coisas que você gosta) ou dinheiro? | | | | | | | | |
| D10b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D11a. Proibiu você de sair? | | | | | | | | |

Questionário ISPCAN para CRIANÇAS V3.0

| | ≥ 50 vezes | 13-50 vezes | 6-12 vezes | 3-5 vezes | 1-2 vezes | Não no último ano, mas já aconte- ceu. | Nunca em minha vida | Sem res- posta |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--|--|------------------------------|----------------------|
| | Uma vez por semana ou mais | Várias vezes por mês | Mensalmente ou Bimestralmente | Várias vezes por ano | Uma ou duas vezes por ano | | | |
| D11b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D12a. Envergonhou você na frente de outras pessoas? | | | | | | | | |
| D12b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D13a. Disse que de- sejava que você esti- vesse morto ou que nunca tivesse nasci- do? | | | | | | | | |
| D13b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D14a. Ameaçou deixar ou abandonar você? | | | | | | | | |
| D14b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D15a. Trancou você para fora de casa? | | | | | | | | |
| D15b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D16a. Assustou vo- cê com fantasmas, espíritos maus ou pessoas perigosas? | | | | | | | | |
| D16b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D17a. Ameaçou ferir ou matar você? | | | | | | | | |
| D17b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |

Questionário ISPCAN para CRIANÇAS V3.0

| | ≥ 50 vezes | 13-50 vezes | 6-12 vezes | 3-5 vezes | 1-2 vezes | Não no último ano, mas já aconteceu. | Nunca em minha vida | Sem resposta |
|--|----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------------|--------------|
| | Uma vez por semana ou mais | Várias vezes por mês | Mensalmente ou Bimestralmente | Várias vezes por ano | Uma ou duas vezes por ano | | | |
| D18a. Chutou você? | | | | | | | | |
| D18b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D19a. Sacudiu você de forma agressiva? | | | | | | | | |
| D19b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D20a. Deu um tapa em seu rosto ou em sua nuca? | | | | | | | | |
| D20b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D21a. Bateu em sua cabeça(cascudo, croc)? | | | | | | | | |
| D21b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D22a. Deu palmadas em suas nádegas (bumbum)? | | | | | | | | |
| D22b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D23a. Bateu em suas nádegas(bumbum) com um objetos como vara, vassoura, chinelos ou cinto? | | | | | | | | |
| D23b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D24a. Bateu em outra parte do corpo (não nas nádegas) com um objeto como | | | | | | | | |

Questionário ISPCAN para CRIANÇAS V3.0

| | ≥ 50 vezes | 13-50 vezes | 6-12 vezes | 3-5 vezes | 1-2 vezes | Não no último ano, mas já aconteceu. | Nunca em minha vida | Sem resposta |
|--|----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------------|--------------|
| | Uma vez por semana ou mais | Várias vezes por mês | Mensalmente ou Bimestralmente | Várias vezes por ano | Uma ou duas vezes por ano | | | |
| uma vara, vassoura, chinela ou cinto? | | | | | | | | |
| D24b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D25a. Bateu em você repetidamente com um objeto ou com o punho (espancar)? | | | | | | | | |
| D25b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D26a. Sufocou ou impediu você de respirar? | | | | | | | | |
| D26b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D27a. Queimou, escaldou ou marcou a ferro você? | | | | | | | | |
| D27b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D28a. Pôs pimenta, sabão ou comida apimentada em sua boca para causar dor? | | | | | | | | |
| D28b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D29a. Trancou você ou amarrou você para impedir seus movimentos? | | | | | | | | |
| D29b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D30a. Puxou sua orelha? | | | | | | | | |

Questionário ISPCAN para CRIANÇAS V3.0

| | ≥ 50 vezes | 13-50 vezes | 6-12 vezes | 3-5 vezes | 1-2 vezes | Não no último ano, mas já aconte- ceu. | Nunca em minha vida | Sem res- posta |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--|--|------------------------------|----------------------|
| | Uma vez por semana ou mais | Várias vezes por mês | Mensalmente ou Bimestralmente | Várias vezes por ano | Uma ou duas vezes por ano | | | |
| D30b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D31a. Puxou seu cabelo? | | | | | | | | |
| D31b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| D32a. Beliscou você, causando dor? | | | | | | | | |
| D32b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |

Às vezes, quando crianças estão crescendo, as pessoas que cuidam delas (por exemplo pais/padrastos/pais adotivos/tios e tias, ou outros) não sabem como cuidar adequadamente de uma criança, e então a criança não recebe a atenção que necessita para ter um crescimento saudável. Algumas dessas coisas aconteceu com você no ano que passou?

| | ≥ 50 vezes | 13-50 vezes | 6-12 vezes | 3-5 vezes | 1-2 vezes | Não no último ano, mas já aconte- ceu. | Nunca | Sem res- posta |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--|--|-------|----------------------|
| | Uma vez por semana ou mais | Várias vezes por mês | Mensalmente ou Bimestralmente | Várias vezes por ano | Uma ou duas vezes por ano | | | |
| N1a. Ficou sem comida (passou fome) e/ou bebida (ficou com sede) mesmo havendo o suficiente para outros? | | | | | | | | |
| N1b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |

Questionário ISPCAN para CRIANÇAS V3.0

| | ≥ 50 vezes | 13-50 vezes | 6-12 vezes | 3-5 vezes | 1-2 vezes | Não no último ano, mas já aconte- ceu. | Nun- ca | Sem res- posta |
|---|--|-------------------------------|---|-------------------------------|--|---|------------|----------------------|
| | Uma vez por sema- na ou mais | Várias vezes por mês | Men- salmen- te ou Bimes- tral- mente | Várias vezes por ano | Uma ou du- as ve- zes por ano | | | |
| N2a. Teve que vestir roupas sujas, rasgadas ou não teve roupas para vestir? | | | | | | | | |
| N2b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| N3a. Não recebeu cuidados quando estava doente ou machucado – ex. não ser levado para o médico | | | | | | | | |
| N3b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| N4a. Você se machucou porque não havia um adulto lhe cuidando? | | | | | | | | |
| N4b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| N5a. Você sentiu-se descuidado, desprotegido? | | | | | | | | |
| N5b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| N6a. Fizeram você sentir-se sem importância? | | | | | | | | |
| N6b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| N7a. Você não teve apoio quando mais precisava? | | | | | | | | |
| N7b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |

Outras coisas assustadoras podem acontecer também perto de sua casa:

O1. Alguém próximo a você (membro da família, amigo ou vizinho) foi assassinado no último ano?

- Sim Não no último ano, mas já aconteceu.
 Não Não tenho certeza

O2a. Já morou em algum lugar onde tenha visto alguém levar uma facada, tiroteio, pessoas brigando, ou tumultos no último ano? Se Não, vá para a pergunta O3.

- Sim Não no último ano, mas já aconteceu.
 Não Não tenho certeza

O2b. Se Sim, isso aconteceu porque estava morando em uma zona de tráfico de drogas?

- Sim Não

Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

O3. Alguém invadiu sua casa e roubou algo?

- Sim Não no último ano, mas já aconteceu.
 Não Não tenho certeza

Além dessas três perguntas que respondeu, gostaria de acrescentar algo mais sobre o que tem acontecido perto de sua casa no último ano?

| | ≥ 50 vezes | 13-50 vezes | 6-12 vezes | 3-5 vezes | 1-2 vezes | Não no último ano, mas já aconteceu. | Nunca | Sem resposta |
|--|----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|---------------------------|--------------------------------------|-------|--------------|
| | Uma vez por semana ou mais | Várias vezes por mês | Mensalmente ou Bimestralmente | Várias vezes por ano | Uma ou duas vezes por ano | | | |
| O4a. Fez você assistir a um filme pornográfico ou a olhar foto- | | | | | | | | |

Questionário ISPCAN para CRIANÇAS V3.0

| | ≥ 50 vezes | 13-50 vezes | 6-12 vezes | 3-5 vezes | 1-2 vezes | Não no último ano, mas já aconteceu. | Nunca | Sem resposta |
|---|----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|---------------------------|--------------------------------------|-------|--------------|
| | Uma vez por semana ou mais | Várias vezes por mês | Mensalmente ou Bimestralmente | Várias vezes por ano | Uma ou duas vezes por ano | | | |
| grafias com conteúdo sexual? | | | | | | | | |
| O4b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| O5a. Fez você olhar suas partes íntimas ou queria olhar as suas? | | | | | | | | |
| O5b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| O6a. Tocou suas partes íntimas ou fez você tocar as dele/dela? | | | | | | | | |
| O6b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente | | | | | | | | |
| O7a. Fez um vídeo de sexo ou tirou fotografias de você sozinho/a ou com outras pessoas fazendo coisas sexuais? | | | | | | | | |
| O7b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |
| O8a. Tentou fazer sexo com você contra sua vontade? | | | | | | | | |
| O8b. Se isto aconteceu, foi por um/uma (Por favor, assinale todas as alternativas válidas) <input type="checkbox"/> Homem adulto <input type="checkbox"/> Mulher adulta <input type="checkbox"/> Menino/Adolescente <input type="checkbox"/> Menina/Adolescente | | | | | | | | |

Essas perguntas referem-se à sua opinião sobre este questionário:

Questionário ISPCAN para CRIANÇAS V3.0

Q1. Tem outra experiência sobre ser machucado em sua casa de que ainda não perguntamos?

Q2. Tem alguma sugestão para prevenir violência contra crianças?

Q3a. Este questionário foi difícil de responder?

Sim

Não (Se Não, por favor, vá para a pergunta Q4)

Q3b. Se Sim, o que achou difícil de responder?

Q4a. Houve algo que não entendeu?

Sim

Não (Se Não, por favor, vá para a pergunta Q5)

Q4b. Se Sim, o que foi?

Q5a. Foi difícil ser completamente aberto sobre o que aconteceu com você?

Sim

Não (Se Não, por favor, vá para a pergunta Q6)

Q5b. Se Sim, por quê?

Q6. Há algo mais que gostaria de falar sobre o que aconteceu a você ou sobre preencher este questionário?

O ICAST-C foi desenvolvido pela Sociedade Internacional para a Prevenção do Abuso e Negligência Infantil, em colaboração com a UNICEF