

Entrevistado nº: _____

Data de Aplicação: ___/___/___

ICAST-R : Uma entrevista Retrospectiva sobre a infância

Gostaríamos de fazer perguntas sobre seu passado, de quando você era uma criança pequena até seus 18 anos de idade. As perguntas são sobre assuntos violentos e difíceis que podem acontecer com crianças e jovens. Tudo que disser é confidencial. Não escreva seu nome no papel. Ninguém em sua família, sua vizinhança ou as autoridades saberão o que nos contou. Por favor, responda a todas as perguntas mesmo se você achar que algumas delas não se apliquem a você.

Em primeiro lugar, conte-nos um pouco sobre você.

1. Você é do sexo masculino ou feminino? (assinale apenas um campo com um X)

Masculino

Feminino

2. Em que mês e ano você nasceu? : _____/_____

3. Qual o seu grau de escolaridade? (assinale apenas um campo com um X)

Ensino Fundamental completo

Ensino Médio

Ensino Fundamental incompleto

Ensino Médio incompleto

Ensino Superior Completo

Pós- graduação

4. Quando estava crescendo, onde viveu a MAIOR PARTE daquele tempo?

(assinale apenas um campo com um X)

Em um sítio,, chácara

Em uma cidade pequena

Em uma cidade grande

Outro (por favor, especifique: __periferia, favela_____)

5. Você trabalha? (assinale apenas um campo com um X)

Sim, trabalho período integral e sou assalariado.

Sim, trabalho meio período e sou assalariado.

Trabalho, mas não recebo salário.

Não, não estou trabalhando no momento.

6. Está estudando atualmente (Inclui ensino a distância)? (assinale apenas um campo com um X)

Sim, ainda estou no Ensino Médio

Sim, estou estudando em uma escola técnica

Sim, estou na faculdade

Não, não estou estudando atualmente

Às vezes, alguns pais ou outros adultos responsáveis não podem ou não querem dar toda a atenção e cuidado que uma criança necessita. Por favor, responda as perguntas a seguir sobre negligência e se isso causa problemas a você.

7. Em algum momento, você não foi cuidado por seus pais ou outro adulto responsável quando estava doente ou ferido?

- Sim Não (vá para a pergunta 8) Não me lembro (vá para a pergunta 8)

Se sim, em que período de sua vida isso aconteceu? (Por favor, assinale todas as idades em que isso aconteceu a você, na linha abaixo)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nascimento 1ano 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18anos

Se sim, com que frequência isso aconteceu com você durante sua vida?

- Muitas vezes para contar Entre 10-50 vezes menos de 10 vezes

Que pessoas fizeram isso com você? (assinale o/os campos com um X)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pai ou/e Mãe | <input type="checkbox"/> Outro parente adulto |
| <input type="checkbox"/> Irmãos | <input type="checkbox"/> Outra pessoa em minha casa |
| <input type="checkbox"/> Professor(es) | <input type="checkbox"/> Amigos ou pessoas que conheço |
| <input type="checkbox"/> Pessoas com quem trabalho | <input type="checkbox"/> Vizinho(s) |
| <input type="checkbox"/> Estranho(s) | <input type="checkbox"/> Outros (por favor, especifique: _____) |

Quanto essa experiência o afetou?

- Muito Seriamente Um pouco Nem um pouco

8. Você já passou fome ou sede mesmo quando seus pais ou responsáveis tinham condições para lhe oferecer comida ou bebida?

- Sim Não (vá para a pergunta 9) Não me lembro (vá para a pergunta 9)

Se sim, em que período de sua vida isso aconteceu? (Por favor, assinale todas as idades em que isso aconteceu a você, na linha abaixo)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nascimento 1ano 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18anos

Se sim, com que frequência isso aconteceu com você durante sua vida?

- Muitas vezes para contar Entre 10-50 vezes menos de 10 vezes

Que pessoas fizeram isso com você? (assinale o/os campos com um X)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pai ou/e Mãe | <input type="checkbox"/> Outro parente adulto |
| <input type="checkbox"/> Irmãos | <input type="checkbox"/> Outra pessoa em minha casa |
| <input type="checkbox"/> Professor(es) | <input type="checkbox"/> Amigos ou pessoas que conheço |

Questionário ISPCAN para JOVENS ADULTOS V3.0

- Pessoas com quem trabalho
 Estranho(s)
- Vizinho(s)
 Outros (por favor, especifique: _____)

Quanto essa experiência o afetou?

- Muito Seriadamente Um pouco Nem um pouco

9. Fizeram você usar roupas sujas, rasgadas, ou inapropriadas para a estação enquanto seus pais ou outros responsáveis tinham condições para fornecer roupas melhores?

- Sim Não (vá para a pergunta 10) Não me lembro (vá para a pergunta 10)

Se sim, em que período de sua vida isso aconteceu? (Por favor, assinale todas as idades em que isso aconteceu a você, na linha abaixo)

Nascimento 1ano 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18anos

Se sim, com que frequência isso aconteceu com você durante sua vida?

- Muitas vezes para contar Entre 10-50 vezes menos de 10 vezes

Que pessoas fizeram isso com você? (assinale o/os campos com um X)

- Pai ou/e Mãe Outro parente adulto
 Irmãos Outra pessoa em minha casa
 Professor(es) Amigos ou pessoas que conheço
 Pessoas com quem trabalho Vizinho(s)
 Estranho(s) Outros (por favor, especifique: _____)

Quanto essa experiência o afetou?

- Demais Seriadamente Um pouco Nem um pouco

10. Você já se feriu porque não havia um adulto o/a supervisionando?

- Sim Não (vá para a pergunta 11) Não me lembro (vá para a pergunta 11)

Se sim, em que período de sua vida isso aconteceu? (Por favor, assinale todas as idades em que isso aconteceu a você, na linha abaixo)

Nascimento 1ano 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18anos

Se sim, com que frequência isso aconteceu com você durante sua vida?

- Muitas vezes para contar Entre 10-50 vezes menos de 10 vezes

Que pessoas fizeram isso com você? (assinale o/os campos com um X)

- Pai ou/e Mãe Outro parente adulto

Questionário ISPCAN para JOVENS ADULTOS V3.0

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Irmãos | <input type="checkbox"/> Outra pessoa em minha casa |
| <input type="checkbox"/> Professor(es) | <input type="checkbox"/> Amigos ou pessoas que conheço |
| <input type="checkbox"/> Pessoas com quem trabalho | <input type="checkbox"/> Vizinho(s) |
| <input type="checkbox"/> Estranho(s) | <input type="checkbox"/> Outros (por favor, especifique: _____) |

Quanto essa experiência o afetou?

- Demais Seramente Um pouco Nem um pouco

11. Seus pais ou outros responsáveis não lhe proporcionaram um ambiente seguro para morar, mesmo tendo condições para tal?

- Sim Não (vá para a pergunta 12) Não me lembro (vá para a pergunta 12)

Se sim, em que período de sua vida isso aconteceu? (Por favor, assinale todas as idades em que isso aconteceu a você, na linha abaixo)

Nascimento 1ano 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18anos

Se sim, com que frequência isso aconteceu com você durante sua vida?

- Muitas vezes para contar Entre 10-50 vezes Menos de 10 vezes

Que pessoas fizeram isso com você? (assinale apenas um dos campos com um X)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pai ou/e Mãe | <input type="checkbox"/> Outro parente adulto |
| <input type="checkbox"/> Irmãos | <input type="checkbox"/> Outra pessoa em minha casa |
| <input type="checkbox"/> Professor(es) | <input type="checkbox"/> Amigos ou pessoas que conheço |
| <input type="checkbox"/> Pessoas com quem trabalho | <input type="checkbox"/> Vizinho(s) |
| <input type="checkbox"/> Estranho(s) | <input type="checkbox"/> Outros (por favor, especifique: _____) |

Quanto essa experiência o afetou?

- Demais Seramente Um pouco Nem um pouco

12. Muitas crianças não recebem o cuidado físico e emocional necessário em alguma fase de suas vidas. Em termos gerais, como você avalia sua infância agora?

- Sempre recebi o cuidado necessário de meus pais.
 Quando não recebia os cuidados necessários de meus pais, era aceitável, pois éramos pobres .
 Quando não recebia os cuidados necessários de meus pais, NÃO era aceitável, porque podiam tê-lo feito.

13. Em geral, antes de se completar 18 anos, com que frequência você não recebeu atenção física e emocional comparado a outras crianças da sua idade?

- Muito menos do que a maioria das crianças
- Um pouco menos do que a maioria das crianças
- O mesmo que a maioria das crianças
- Um pouco mais do que a maioria das crianças
- Muito mais do que a maioria das crianças

Temos algumas perguntas sobre assuntos violentos e difíceis que podem acontecer com crianças e jovens. Por favor, pense apenas nos anos antes de completar 18 anos

.

14. Quando você estava crescendo (antes de completar 18 anos), alguém lhe bateu (socos, tapas) com muita força, machucando-o/a?

- Sim
- Não (vá para a pergunta 15)
- Não me lembro (vá para a pergunta 15)

Se sim, em que período de sua vida isso aconteceu? (Por favor, assinale todas as idades em que isso aconteceu a você, na linha abaixo)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nascimento 1ano 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18anos

Se sim, com que frequência isso aconteceu com você durante sua vida?

- Muitas vezes para contar
- Entre 10-50 vezes
- Menos de 10 vezes

Que pessoas fizeram isso com você? (assinale o/os campos com um X)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pai ou/e Mãe | <input type="checkbox"/> Outro parente adulto |
| <input type="checkbox"/> Irmãos | <input type="checkbox"/> Outra pessoa em minha casa |
| <input type="checkbox"/> Professor(es) | <input type="checkbox"/> Amigos ou pessoas que conheço |
| <input type="checkbox"/> Pessoas com quem trabalho | <input type="checkbox"/> Vizinho(s) |
| <input type="checkbox"/> Estranho(s) | <input type="checkbox"/> Outros (por favor, especifique: _____) |

Quanto essa experiência o afetou?

- Demais
- Seriamente
- Um pouco
- Nem um pouco

15. Quando estava crescendo (antes de completar 18 anos), alguém o/a chutou com muita força, machucando-o/a?

- Sim
- Não (vá para a pergunta 16)
- Não me lembro (vá para a pergunta 16)

Se sim, em que período de sua vida isso aconteceu? (Por favor, assinale todas as idades em que isso aconteceu a você, na linha abaixo)

Nascimento	1ano	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18anos	

Se sim, com que frequência isso aconteceu com você durante sua vida?

- Muitas vezes para contar Entre 10-50 vezes menos de 10 vezes

Que pessoas fizeram isso com você? (assinale o/os campos com um X)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pai ou/e Mãe | <input type="checkbox"/> Outro parente adulto |
| <input type="checkbox"/> Irmãos | <input type="checkbox"/> Outra pessoa em minha casa |
| <input type="checkbox"/> Professor(es) | <input type="checkbox"/> Amigos ou pessoas que conheço |
| <input type="checkbox"/> Pessoas com quem trabalho | <input type="checkbox"/> Vizinho(s) |
| <input type="checkbox"/> Estranho(s) | <input type="checkbox"/> Outros (por favor, especifique: _____) |

Quanto essa experiência o afetou?

- Demais Seramente Um pouco Nem um pouco

16. Antes de ter 18 anos, alguém bateu em você com muita força com um objeto como uma vara, chinela, chicote ou cinto o/a machucando ?

- Sim Não (vá para a pergunta 17) Não me lembro (vá para a pergunta 17)

Se sim, em que período de sua vida isso aconteceu? (Por favor, assinale todas as idades em que isso aconteceu a você, na linha abaixo)

Nascimento	1ano	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18anos	

Se sim, com que frequência isso aconteceu com você durante sua vida?

- Muitas vezes para contar Entre 10-50 vezes menos de 10 vezes

Que pessoas fizeram isso com você? (assinale o/os campos com um X)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pai ou/Mãe | <input type="checkbox"/> Outro parente adulto |
| <input type="checkbox"/> Irmãos | <input type="checkbox"/> Outra pessoa em minha casa |
| <input type="checkbox"/> Professor(es) | <input type="checkbox"/> Amigos ou pessoas que conheço |
| <input type="checkbox"/> Pessoas com quem trabalho | <input type="checkbox"/> Vizinho(s) |
| <input type="checkbox"/> Estranho(s) | <input type="checkbox"/> Outros (por favor, especifique: _____) |

Quanto essa experiência o afetou?

- Demais Seramente Um pouco Nem um pouco

17. Antes de completar 18 anos, alguém sacudiu seu corpo com tanta força que o/a machucou?

- Sim Não (vá para a pergunta 17) Não me lembro (vá para a pergunta 17)

18)

18)

Se sim, em que período de sua vida isso aconteceu? (Por favor, assinale todas as idades em que isso aconteceu a você, na linha abaixo)

Nascimento	1ano	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18anos		

Se sim, com que frequência isso aconteceu com você durante sua vida?

- Muitas vezes para contar Entre 10-50 vezes Menos de 10 vezes

Que pessoas fizeram isso com você? (assinale o/os campos com um X)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pai ou/e Mãe | <input type="checkbox"/> Outro parente adulto |
| <input type="checkbox"/> Irmãos | <input type="checkbox"/> Outra pessoa em minha casa |
| <input type="checkbox"/> Professor(es) | <input type="checkbox"/> Amigos ou pessoas que conheço |
| <input type="checkbox"/> Pessoas com quem trabalho | <input type="checkbox"/> Vizinho(s) |
| <input type="checkbox"/> Estranho(s) | <input type="checkbox"/> Outros (por favor, especifique: _____) |

Quanto essa experiência o afetou?

- Demais Seriadamente Um pouco Nem um pouco

18. Antes de completar 18 anos, alguém esfaqueou ou cortou você com uma faca ou objeto afiado que o/a machucou?

- Sim Não (vá para a pergunta 19) Não me lembro (vá para a pergunta 19)

Se sim, em que período de sua vida isso aconteceu? (Por favor, assinale todas as idades em que isso aconteceu a você, na linha abaixo)

Nascimento	1ano	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18anos		

Se sim, com que frequência isso aconteceu com você durante sua vida?

- Vezes demais para contar Entre 10-50 vezes menos de 10 vezes

Que pessoas fizeram isso com você? (assinale o/os campos com um X)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pai ou/e Mãe | <input type="checkbox"/> Outro parente adulto |
| <input type="checkbox"/> Irmãos | <input type="checkbox"/> Outra pessoa em minha casa |
| <input type="checkbox"/> Professor(es) | <input type="checkbox"/> Amigos ou pessoas que conheço |
| <input type="checkbox"/> Pessoas com quem trabalho | <input type="checkbox"/> Vizinho(s) |
| <input type="checkbox"/> Estranho(s) | <input type="checkbox"/> Outros (por favor, especifique: _____) |

Quanto essa experiência o afetou?

- Demais Seriadamente Um pouco Nem um pouco

19. Muitas crianças têm experiências nas quais alguém machuca seus corpos de propósito, batendo ou de outras formas. Talvez isso tenha acontecido a você. Em termos gerais, como você avalia sua infância agora ?

- Nunca fui ferido de propósito por alguém.
- Na maior parte do tempo, quando me batiam ou me espancavam, era por disciplina e era aceitável e Justificado.
- Na maior parte do tempo, quando me batiam ou me espancavam, era por disciplina e NÃO era aceitável ou justificado.
- Na maior parte do tempo, quando me batiam ou me espancavam, NÃO era por disciplina e não era aceitável e justificado.

20. Em geral, antes de completar 18 anos, com que frequência você foi ferido fisicamente (espancado, machucado ou outros atos) comparado a outras crianças da sua idade?

- Muito menos do que a maioria das crianças
- Um pouco menos do que a maioria das crianças
- O mesmo que a maioria das outras crianças
- Um pouco mais do que a maioria das crianças
- Muito mais do que a maioria das crianças

Às vezes acontecem coisas que fazem com que crianças sintam-se muito assustadas ou preocupadas. Podem também desencadear constrangimento, vergonha, ou sentimentos de não ser mais amado. Por favor, responda cada uma destas perguntas sobre eventos que podem ter ocorrido antes de completar 18 anos.

21. Quando estava crescendo (antes de completar 18 anos), alguém insultou e criticou você, fazendo-o/a sentir como se fosse ruim, estúpido/a ou inútil?

- Sim
 Não (vá para a pergunta 22)
 Não me lembro (vá para a pergunta 22)

Se sim, em que período de sua vida isso aconteceu? (Por favor, assinale todas as idades em que isso aconteceu a você, na linha abaixo)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nascimento 1ano 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18anos

Se sim, com que frequência isso aconteceu com você durante sua vida?

- Muitas vezes para contar
 Entre 10-50 vezes
 Menos de 10 vezes

Que pessoas fizeram isso com você? (assinale o/os campos com um X)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pai ou/e Mãe | <input type="checkbox"/> Outro parente adulto |
| <input type="checkbox"/> Irmãos | <input type="checkbox"/> Outra pessoa em minha casa |
| <input type="checkbox"/> Professor(es) | <input type="checkbox"/> Amigos ou pessoas que conheço |
| <input type="checkbox"/> Pessoas com quem trabalho | <input type="checkbox"/> Vizinho(s) |
| <input type="checkbox"/> Estranho(s) | <input type="checkbox"/> Outros (por favor, favor, |

especifique: _____)

Quanto essa experiência o afetou?

- Demais Seriadamente Um pouco Nem um pouco

22. Antes de completar 18 anos, alguém disse que não era amado(a) ou que não merecia ser amado(a)?

- Sim Não (vá para a pergunta 23) Não me lembro (vá para a pergunta 23)

Se sim, em que período de sua vida isso aconteceu? (Por favor, assinale todas as idades em que isso aconteceu a você, na linha abaixo)

Nascimento 1 ano 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 anos

Se sim, com que frequência isso aconteceu com você durante sua vida?

- Vezes demais para contar Entre 10-50 vezes menos de 10 vezes

Que pessoas fizeram isso com você? (assinale o/os campos com um X)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pai e/ou Mãe | <input type="checkbox"/> Outro parente adulto |
| <input type="checkbox"/> Irmãos | <input type="checkbox"/> Outra pessoa em minha casa |
| <input type="checkbox"/> Professor(es) | <input type="checkbox"/> Amigos ou pessoas que conheço |
| <input type="checkbox"/> Pessoas com quem trabalho | <input type="checkbox"/> Vizinho(s) |
| <input type="checkbox"/> Estranho(s) | <input type="checkbox"/> Outros (por favor, especifique: _____) |

Quanto essa experiência o afetou?

- Demais Seriadamente Um pouco Nem um pouco

23. Antes de completar 18 anos, alguém disse a você que desejava que não tivesse nascido, ou que estivesse morto?

- Sim Não (vá para a pergunta 24) Não me lembro (vá para a pergunta 24)

Se sim, em que período de sua vida isso aconteceu? (Por favor, assinale todas as idades em que isso aconteceu a você, na linha abaixo)

Nascimento 1 ano 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 anos

Se sim, com que frequência isso aconteceu com você durante sua vida?

- Muitas vezes para contar Entre 10-50 vezes Menos de 10 vezes

Que pessoas fizeram isso com você? (assinale o/os campos com um X)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pai ou/e Mãe | <input type="checkbox"/> Outro parente adulto |
| <input type="checkbox"/> Irmãos | <input type="checkbox"/> Outra pessoa em minha casa |
| <input type="checkbox"/> Professor(es) | <input type="checkbox"/> Amigos ou pessoas que conheço |
| <input type="checkbox"/> Pessoas com quem trabalho | <input type="checkbox"/> Vizinho(s) |
| <input type="checkbox"/> Estranho(s) | <input type="checkbox"/> Outros (por favor, especifique: _____) |

Quanto essa experiência o afetou?

- Demais Seriamente Um pouco Nem um pouco

24. Antes de completar 18 anos, você foi ameaçado(a) de que seria gravemente ferido(a) ou até morto(a)?

- Sim Não (vá para a pergunta 25) Não me lembro (vá para a pergunta 25)

Se sim, em que período de sua vida isso aconteceu? (Por favor, assinale todas as idades em que isso aconteceu a você, na linha abaixo)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nascimento 1ano 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18anos

Se sim, com que frequência isso aconteceu com você durante sua vida?

- Muitas vezes para contar Entre 10-50 vezes Menos de 10 vezes

Que pessoas fizeram isso com você? (assinale o/os campos com um X)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pai ou/e Mãe | <input type="checkbox"/> Outro parente adulto |
| <input type="checkbox"/> Irmãos | <input type="checkbox"/> Outra pessoa em minha casa |
| <input type="checkbox"/> Professor(es) | <input type="checkbox"/> Amigos ou pessoas que conheço |
| <input type="checkbox"/> Pessoas com quem trabalho | <input type="checkbox"/> Vizinho(s) |
| <input type="checkbox"/> Estranho(s) | <input type="checkbox"/> Outros (por favor, especifique: _____) |

Quanto essa experiência o afetou?

- Demais Seriamente Um pouco Nem um pouco

25. Antes de completar 18 anos, alguém ameaçou abandonar você, ou o/a expulsou de sua casa ?

- Sim Não (vá para a pergunta 26) Não me lembro (vá para a pergunta 26)

Se sim, em que período de sua vida isso aconteceu? (Por favor, assinale todas as idades em que isso aconteceu a você, na linha abaixo)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nascimento 1ano 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18anos

Se sim, com que frequência isso aconteceu com você durante sua vida?

- Muitas vezes para contar Entre 10-50 vezes Menos de 10 vezes

Que pessoas fizeram isso com você? (assinale o/os campos com um X)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pai ou/e Mãe | <input type="checkbox"/> Outro parente adulto |
| <input type="checkbox"/> Irmãos | <input type="checkbox"/> Outra pessoa em minha casa |
| <input type="checkbox"/> Professor(es) | <input type="checkbox"/> Amigos ou pessoas que conheço |
| <input type="checkbox"/> Pessoas com quem trabalho | <input type="checkbox"/> Vizinho(s) |

Estranho(s)

Outros (por favor, especifique: _____)

Quanto essa experiência o afetou?

Demais

Seriamente

Um pouco

Nem um pouco

26. Muitas crianças são ofendidas ou ameaçadas em algum momento de suas vidas. Talvez isso tenha acontecido a você. Em termos gerais, como você avalia sua infância agora ?

Nunca fui ofendida(a) ou ameaçado(a) por alguém.

Na maior parte do tempo, quando era ofendido ou ameaçado, era por disciplina e era aceitável e Justificado.

Na maior parte do tempo, quando era ofendido ou ameaçado, era por disciplina, mas NÃO aceitável e Justificado.

Na maior parte do tempo, quando era ofendido ou ameaçado, NÃO era por disciplina e NÃO era justificado.

27. Em geral, antes de completar 18, com que frequência você era insultado ou ameaçado, comparado a outras crianças da sua idade?

Muito menos do que a maioria das crianças

Um pouco menos do que a maioria das crianças

O mesmo que a maioria das crianças

Um pouco mais do que a maioria das crianças

Muito mais do que a maioria das crianças

As próximas perguntas são sobre experiências sexuais que, por vezes, acontecem a crianças e jovens. É importante lembrar que todas as perguntas são apenas sobre atos sexuais que podem ter ocorrido antes de você completar 18 anos, e que foram contra sua vontade (ou você se sentiu induzido).

28. Quando estava crescendo (antes de completar 18 anos), alguém tentou fazer você olhar suas partes íntimas ou queria olhar as suas contra sua vontade?

Sim

Não (vá para a pergunta 29)

Não me lembro (vá para a pergunta 29)

Se sim, em que período de sua vida isso aconteceu? (Por favor, assinale todas as idades em que isso aconteceu a você, na linha abaixo)

Nascimento 1ano 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18anos

Se sim, com que frequência isso aconteceu com você durante sua vida?

- Muitas vezes para contar Entre 10-50 vezes Menos de 10 vezes

Que pessoas fizeram isso com você? (assinale o/os campos com um X)

- Pai ou/e Mãe Outro parente adulto
 Irmãos Outra pessoa em minha casa
 Professor(es) Amigos ou pessoas que conheço
 Pessoas com quem trabalho Vizinho(s)
 Estranho(s) Outros (por favor, especifique: _____)

Quanto essa experiência o afetou?

- Demais Sericamente Um pouco Nem um pouco

31. Antes de completar 18 anos, alguém o/a aborreceu por falar com você de forma sexual, ou escreveu fatos/assuntos sexuais sobre você, contra sua vontade?

- Sim Não (vá para a pergunta 32) Não me lembro (vá para a pergunta 32)

Se sim, em que período de sua vida isso aconteceu? (Por favor, assinale todas as idades em que isso aconteceu a você, na linha abaixo)

Nascimento 1ano 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18anos

Se sim, com que frequência isso aconteceu com você durante sua vida?

- Muitas vezes para contar Entre 10-50 vezes menos de 10 vezes

Que pessoas fizeram isso com você? (assinale o/os campos com um X)

- Pai ou/e Mãe Outro parente adulto
 Irmãos Outra pessoa em minha casa
 Professor(es) Amigos ou pessoas que conheço
 Pessoas com quem trabalho Vizinho(s)
 Estranho(s) Outros (por favor, especifique: _____)

Quanto essa experiência o afetou?

- Demais Sericamente Um pouco Nem um pouco

32. Antes de completar 18 anos, alguém tentou fazer sexo com você contra sua vontade?

- Sim Não (vá para a pergunta 33) Não me lembro (vá para a pergunta 33)

Se sim, em que período de sua vida isso aconteceu? (Por favor, assinale todas as idades em que isso aconteceu a você, na linha abaixo)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Nascimento 1ano 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18anos

Se sim, com que frequência isso aconteceu com você durante sua vida?

- Muitas vezes para contar Entre 10-50 vezes Menos de 10 vezes

Que pessoas fizeram isso com você? (assinale o/os campos com um X)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pai ou/e Mãe | <input type="checkbox"/> Outro parente adulto |
| <input type="checkbox"/> Irmãos | <input type="checkbox"/> Outra pessoa em minha casa |
| <input type="checkbox"/> Professor(es) | <input type="checkbox"/> Amigos ou pessoas que conheço |
| <input type="checkbox"/> Pessoas com quem trabalho | <input type="checkbox"/> Vizinho(s) |
| <input type="checkbox"/> Estranho(s) | <input type="checkbox"/> Outros (por favor, especifique: _____) |

Quanto essa experiência o afetou?

- Demais Seriamente Um pouco Nem um pouco

Agora, por favor, responda a estas próximas perguntas se aconteceu qualquer experiência sexual indesejada. Se nenhum ato sexual indesejado aconteceu com você, então completou todas as perguntas.

33. Chegou a contar para alguém sobre experiências sexuais indesejadas antes?

- Sim Não (fim do questionário)

Se sim, para quem contou? (assinale o/os campos com um X)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pai ou /e Mãe | <input type="checkbox"/> Outro parente adulto |
| <input type="checkbox"/> Irmãos | <input type="checkbox"/> Outra pessoa em minha casa |
| <input type="checkbox"/> Professor(es) | <input type="checkbox"/> Amigos ou pessoas que conheço |
| <input type="checkbox"/> Pessoas com quem trabalho | <input type="checkbox"/> Vizinho(s) |
| <input type="checkbox"/> Estranho(s) | <input type="checkbox"/> Marido/Esposa |
| <input type="checkbox"/> Um médico/ Profissional da Área de Saúde | <input type="checkbox"/> Serviço de assistência (telefone ou internet) |
| <input type="checkbox"/> Polícia | <input type="checkbox"/> Um assistente social |
| <input type="checkbox"/> Um líder religioso | <input type="checkbox"/> Outros (por favor, especifique: _____) |

Quanto tempo levou até contar pela primeira vez sobre o ato ou atos sexuais indesejados?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Em um dia | <input type="checkbox"/> Após alguns dias |
| <input type="checkbox"/> Após algumas semanas | <input type="checkbox"/> Após alguns meses |
| <input type="checkbox"/> Após um ano ou dois | <input type="checkbox"/> Três anos ou mais |

Na primeira vez que contou, como a pessoa reagiu? (assinale apenas um campo com um X)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acreditaram em mim e me apoiaram | <input type="checkbox"/> Acreditaram em mim, mas não agiram |
| <input type="checkbox"/> Culparam-me por ter causado o incidente | <input type="checkbox"/> Não acreditaram em mim |

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