

Data de Aplicação: _____

Entrevistado n°: ____/____/____

QUESTIONÁRIO DOS PAIS PARENTALIDADE E DISCIPLINA NO LAR

Começaremos perguntando sobre o histórico de < criança... >.

B1. Sexo da Criança

Menina

Menino

B2. Data de Nascimento da Criança: ____/____/____ (por favor, escreva apenas o mês e o ano)

B3. Em qual posição (a criança) se insere na ordem de nascimento em sua família?

Primeiro (Mais velha)

Meio

Último (Caçula)

Filho único

B4. Quantos irmãos ou irmã (a criança) tem? _____

B5. (A criança ...) tem um irmão ou irmã gêmeo?

Sim

Não

B6. A (criança....) apresenta deficiência de desenvolvimento?

Sim

Não

B7. Comparado com outras crianças da mesma idade, como descreveria a saúde de (criança)?

Excelente

Boa

Mediana

Ruim

B8. Qual o relacionamento que **VOCÊ** tem com esta criança? (por favor, assinale APENAS uma alternativa)

Mãe

Pai

Madrasta

Padrasto

Mãe adotiva

Pai adotivo

Irmã

Irmão

Avó

Avô

Outros (exemplo, tio, primo) (Por favor, especifique:

(_____)

B9. Quem mais mora na mesma casa com a criança (em termos de grau de parentesco da criança)? (por favor, assinale todas as alternativas válidas)

Mãe

Pai

Madrasta

Padrasto

Mãe adotiva

Pai adotivo

Companheiro da Mãe

Parceira do Pai

Avó

Avô

Irmão(s) (Quantidade: _____)

Irmã(s) (Quantidade: _____)

Outros (Por favor, especifique:

(_____)

B10. Quantos adultos, além de você, que vivem na casa cuidam da (criança ...)? Por exemplo, esta pessoa incluiria qualquer um que educa (a criança) ou desempenha outro papel importante nas atividades diárias da criança?

Nenhuma

Uma

Duas

Mais de duas

Questionário ISPCAN para PAIS

Estas perguntas referem-se a como criou a < criança... >.

Todos os adultos usam certos métodos para ensinar crianças o comportamento correto ou como lidar com um problema de comportamento. Eu vou ler vários métodos que possam ser usados e quero que me diga com que frequência você (ou se aplicável, seu marido/esposa ou qualquer outra pessoa que cuide da criança) usa/usou-os em (.....) no último ano. Diga-me se você ou seu parceiro/a ou qualquer outra pessoa que cuide da criança fez isto a (.....): uma vez por semana ou com mais frequência; várias vezes ao mês; mensalmente ou bimestralmente; várias vezes ao ano; um ou duas vezes ao ano. Se não fez isto no último ano, mas fez no passado, por favor, indicar.

Algumas perguntas podem parecer inapropriadas para uma criança muito nova ou uma criança mais velha. Por favor, responda da melhor forma possível, visto que este é um questionário padronizado, usado em todo o mundo.

D1. A segunda pessoa (padrasto/madrasta/outra cuidador) por quem eu preencheri as perguntas de D2-D37, na tabela seguinte, é:

- Padrasto/madrasta da criança
- Meu esposo/a/parceiro/a, que não é o pai/mãe biológico da criança
- Outra pessoa (Por favor, especifique: _____)
- Não há outra pessoa que cuide desta criança; responderei apenas por mim

| | | ≥ 50 vezes | 13-50 | 6-12 | 3-5 | 1-2 | 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 | | | |
| D2. Você explicou por que algo que ele/ela fez estava errado? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D3. Você deu a ele/ela uma recompensa por ter se comportado bem? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D4. Você disse a ele/ela iniciar ou parar de fazer algo? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D5. Você sacudiu o/a agressivamente? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D6. Você bateu nas nádegas dele/a com um objeto (tal como uma vara, vassoura, bengala ou cinto)? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D7. Você bateu em outra parte do corpo (não nas nádegas) com um objeto (tal | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |

Questionário ISPCAN para PAIS

| | | | | | | | | | |
|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| como uma vara, vassoura, bengala ou cinto)? | | | | | | | | | |
| D8. Você deu a ele/ela outra coisa para você fazer (para que parasse ou mudasse de comportamento)? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D9. Você puxou a orelha dele/a? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |

| | | ≥ 50 vezes | 13-50 | 6-12 | 3-5 | 1-2 | 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 | | | |
| D10. Você bateu na cabeça dele/a com o dorso da mão (crocs, cascudo)? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D11. Você puxou o cabelo dele/a? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D12. Ameaçou abandonar seu filho/a? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D13. Você berrou ou gritou com ele/ela? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D14. Você assustou seu filho/a com fantasmas ou com pessoas ruins? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D15. Você chutou-o/a? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D16. Você pôs pimenta ou outra comida apimentada na boca dele/a (para causar dor)? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D17. Você forçou-o(a) a ficar parado em uma posição que causasse dor? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |

Questionário ISPCAN para PAIS

| | | | | | | | | | |
|---|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| D18. Você ameaçou seu filho /a que algo de ruim iria acontecer com ele? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D19. Você deu palmadas nas nádegas dele(a)? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D20. Você sufocou-o/a ou impediu-a(o) de respirar? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D21. Você pôs a(o) de castigo? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D22. Você trançou-o/a para fora de casa? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D23. Você tirou privilégios (coisas que ele/ela gostasse) ou dinheiro? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |

| | | ≥ 50 vezes | 13-50 | 6-12 | 3-5 | 1-2 | 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 | | | |
| D24. Você proibiu-o/a de sair? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D25. Beliscou-o/a com intenção de machucar? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D26. Você insultou-o/a, chamando-o/a de burro/a, preguiçoso/a ou outros nomes como esses? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D27. Você deu um tapa em seu rosto ou em sua nuca? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D28. Você recusou-se a falar com ele/ela? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D29. Você culpou- | Pai/Mãe | | | | | | | | |

Questionário ISPCAN para PAIS

| | | | | | | | | | |
|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| o/a por seu azar? | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D30. Você ameaçou machucá-la/o ou matá-la/o? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D31. Você o/a queimou, escaldou ou marcou o/a ferro? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D32. Você bateu repetidamente com um objeto ou espancou o/a? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D33. Você trancou ou amarrou-o/a para restringir seu movimento? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D34. Você proibiu uma refeição como forma de castigo? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D35. Você usou humilhação em público para discipliná-lo/la? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D36. Você deu drogas ou álcool a ela/ela? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |
| D37. Você disse que gostaria a ele/ela que estivesse morto/a ou que nunca deveria ter nascido? | Pai/Mãe | | | | | | | | |
| | Outro cuidador | | | | | | | | |

Estas perguntas referem-se a outras experiências que < a criança.. > pode ter tido durante o último ano:

| | ≥ 50 vezes | 13-50 | 6-12 | 3-5 | 1-2 | 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 | | | |
| O1. Seu filho não foi cuidado quando ele/ela estava doente ou ferida? | | | | | | | | |

Questionário ISPCAN para PAIS

| | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| O2. Seu filho não recebeu comida ou bebida mesmo que sua família pudesse comprar? | | | | | | | | |
| O3. Seu filho foi obrigado a vestir roupas sujas, rasgadas ou inapropriadas para a estação, mesmo que sua família pudesse fornecer roupas melhores? | | | | | | | | |
| O4. Seu filho machucou-se porque não havia um adulto o supervisionando? | | | | | | | | |
| O5. Seu filho não teve sempre um lugar seguro para morar, mesmo que sua família pudesse proporcioná-lo? | | | | | | | | |
| O6. Seu filho foi tocado de forma sexual por um adulto? | | | | | | | | |
| O7. Seu filho teve relações sexuais com um adulto? | | | | | | | | |
| O8. Você gostaria de dizer mais alguma coisa? | | | | | | | | |

Estas perguntas referem-se à sua opinião sobre disciplina.

A1. Quais métodos de disciplina demonstraram serem os mais eficazes para mudar o comportamento o comportamento de seu filho/a?

| |
|--|
| |
|--|

A2. Você acha que punição física é um método eficiente para a disciplina de uma criança?

- Não, nunca é eficiente.
- Na maioria das vezes não é eficiente.
- Na maior parte das vezes é eficiente.
- Sim, é sempre eficiente.

Estas perguntas referem-se às informações demográficas dos pais

P1. Idade

Mãe da criança: _____ anos de idade

Pai da criança: _____ anos de idade

Questionário ISPCAN para PAIS

P2. Residência permanente

| | <u>Mãe</u> | <u>Pai</u> |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Em uma cidade grande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Em uma cidade pequena | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No campo, chácara ou periferia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Favela | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P3. Grau de Escolaridade

| | <u>Mãe</u> | <u>Pai</u> |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ensino Fundamental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ensino Fundamental incompleto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ensino Médio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ensino Médio incompleto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Superior Completo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pós- graduação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P4. Você trabalha?

| | <u>Mãe</u> | <u>Pai</u> |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Sim, trabalho período integral. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sim, trabalho meio período. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Não, estou desempregado. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Não, não estou trabalhando no momento. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outros (por favor, especifique) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

O ICAST-P foi desenvolvido pela Sociedade Internacional para a Prevenção do Abuso e Negligência

Infantil, em colaboração com a UNICEF