



SWYC™ :

2 meses

1 mês, 0 dias até 3 meses, 31 dias
 1 month, 0 days to 3 months, 31 days
 V1.07, 4/1/17

Nome da Criança (Child name)
Data de Nascimento (DOB):
Idade Gestacional (gestational age)
Data de Hoje (date of administration):
IG Corrigida (ID#):

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO (Developmental Milestones)

As perguntas a seguir são sobre o desenvolvimento de sua criança. Por favor, conte para nós o quanto sua criança faz cada uma destas coisas. Se sua criança já deixou de fazer alguma destas coisas, escolha a resposta que melhor descreve o quanto ele/ela costumava fazer isso antes. Por favor, verifique se respondeu TODAS as perguntas.

	Ainda Não	Um pouco	Muito
Faz sons que mostram para você que ele ou ela está feliz ou chateado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parece feliz em ver você	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segue com os olhos o movimento de um brinquedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vira a cabeça para achar a pessoa que está falando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém a cabeça firme quando puxado para sentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Junta as mãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém a cabeça firme quando você o/a segura na posição sentada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faz sons como "ga", "ma" ou "ba"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olha quando você o/a chama pelo nome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LISTA DE SINTOMAS DO BEBÊ (BPSC)

Estas perguntas são sobre o comportamento da sua criança. Pense sobre o que você esperaria de outras crianças da mesma idade e nos conte o quanto cada pergunta descreve o comportamento de sua criança.

	Não	Um pouco	Muito
Sua criança fica incomodada com novas pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sua criança fica incomodada em lugares novos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É difícil para sua criança lidar com mudanças na rotina?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sua criança fica incomodada de ser carregada por outras pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sua criança chora muito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É difícil para sua criança se acalmar sozinha?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sua criança fica irritada facilmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sua criança continua chorando, mesmo quando você a pega no colo e tenta acalmá-la?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É difícil manter sua criança nas rotinas do dia a dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sua criança tem dificuldades para pegar no sono?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É difícil para você dormir o suficiente por causa da sua criança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sua criança tem dificuldades para manter o sono?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PREOCUPAÇÕES DOS PAIS (Parent Concerns)

Com relação ao comportamento atual da sua criança:	Não	Um pouco	Muito
Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento dela?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você tem alguma preocupação com o comportamento de sua criança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PERGUNTAS SOBRE A FAMÍLIA (Family Questions)

		Sim	Não						
1	Alguem que mora com sua criança fuma cigarro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
2	No último ano, alguma vez você consumiu mais álcool ou drogas do que pretendia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
3	No último ano, você sentiu vontade ou necessidade de diminuir o seu consumo de álcool ou drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
4	Alguma vez, o uso de álcool ou drogas por algum membro da família trouxe consequências negativas para sua criança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
		Nunca aconteceu	Aconteceu algumas vezes	Frequentemente acontece					
5	Nos últimos 12 meses, ficamos preocupados se nossa comida poderia acabar antes que pudessemos comprar mais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
		Não tem conflito	Com algum conflito	Muito conflito	Não se aplica				
6	Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu/sua marido/companheiro(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
		Sem dificuldade de	Com alguma dificuldade de	Com muita dificuldade	Não se aplica				
7	Você e seu/sua marido/companheiro(a) resolvem seus desentendimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
8	Na última semana, quantos dias você ou outro membro da família leu para sua criança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mudanças emocionais com um novo bebê (Emotional Changes with a New Baby**)

Visto que acabou de ter seu bebê, gostaríamos de saber como você se sente. Não apenas como se sente hoje, mas como se sentiu NOS ÚLTIMOS 7 DIAS. Por favor, marque a resposta que corresponde com o que você sente.

Nos últimos 7 dias...				
1 Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tanto como dantes	Menos do que antes	Muito menos do que antes	Nunca	
2 Tenho tido esperança no futuro				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tanta como sempre tive	Bastante menos do que costumava ter	Muito menos do que costumava ter	Quase nenhuma	
3* Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sim, a maioria das vezes	Sim, algumas vezes	Raramente	Não, nunca	
4 Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não, nunca	Quase nunca	Sim, por vezes	Sim, muitas vezes	
5* Tenho-me sentido com medo, ou muito assustada, sem grande motivo				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sim, muitas vezes	Sim, por vezes	Não, raramente	Não, nunca	
6* Tenho sentido que são coisas demais para mim				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sim, a maioria das vezes não tenho conseguido resolvê-las	Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes	Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente	Não, resolvo-as tão bem como dantes	
7* Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sim, quase sempre	Sim, por vezes	Raramente	Não, nunca	
8* Tenho-me sentido triste ou muito infeliz				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sim, quase sempre	Sim, muitas vezes	Raramente	Não, nunca	
9* Tenho-me sentido tão infeliz que choro				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sim, quase sempre	Sim, muitas vezes	Só às vezes	Não, nunca	
10* Tive ideias de fazer mal a mim mesma				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sim, muitas vezes	Por vezes	Muito raramente	Nunca	

**© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. Written permission must be obtained from the Royal College of Psychiatrists for copying and distribution to others or for republication (in print, online or by any other medium).