



SWYC™ :

4 meses

4 meses, 0 dias até 5 meses, 31 dias
4 months, 0 days to 5 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
Mantém a cabeça firme quando puxado para sentar	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
Junta as mãos	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
Ri	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
Mantém a cabeça firme quando você o/a segura na posição sentada	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
Faz sons como "ga", "ma" ou "ba"	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
Olha quando você o/a chama pelo nome	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
Vira de barriga para baixo	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
Passa um brinquedo de uma mão para a outra	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
Procura por você ou outro cuidador quando está chateado	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
Segura dois objetos e bate um no outro	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2

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"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
Sua criança fica incomodada em lugares novos?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
É difícil para sua criança lidar com mudanças na rotina?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
Sua criança fica incomodada de ser carregada por outras pessoas?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
Sua criança chora muito?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
É difícil para sua criança se acalmar sozinha?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
Sua criança fica irritada facilmente?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
Sua criança continua chorando, mesmo quando você a pega no colo e tenta acalmá-la?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
É difícil manter sua criança nas rotinas do dia a dia?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
Sua criança tem dificuldades para pegar no sono?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
É difícil para você dormir o suficiente por causa da sua criança?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
Sua criança tem dificuldades para manter o sono?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2

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).