



# 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...				
<b>1 Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas</b>				
<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	
<b>2 Tenho tido esperança no futuro</b>				
<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	
<b>3* Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal</b>				
<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	
<b>4 Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo</b>				
<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	
<b>5* Tenho-me sentido com medo, ou muito assustada, sem grande motivo</b>				
<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	
<b>6* Tenho sentido que são coisas demais para mim</b>				
<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	
<b>7* Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sim, quase sempre	Sim, por vezes	Raramente	Não, nunca	
<b>8* Tenho-me sentido triste ou muito infeliz</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sim, quase sempre	Sim, muitas vezes	Raramente	Não, nunca	
<b>9* Tenho-me sentido tão infeliz que choro</b>				
<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	
<b>10* Tive ideias de fazer mal a mim mesma</b>				
<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).



**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...				
<b>1 Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas</b>				
<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	
<b>2 Tenho tido esperança no futuro</b>				
<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	
<b>3* Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal</b>				
<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	
<b>4 Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo</b>				
<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	
<b>5* Tenho-me sentido com medo, ou muito assustada, sem grande motivo</b>				
<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	
<b>6* Tenho sentido que são coisas demais para mim</b>				
<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	
<b>7* Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sim, quase sempre	Sim, por vezes	Raramente	Não, nunca	
<b>8* Tenho-me sentido triste ou muito infeliz</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sim, quase sempre	Sim, muitas vezes	Raramente	Não, nunca	
<b>9* Tenho-me sentido tão infeliz que choro</b>				
<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	
<b>10* Tive ideias de fazer mal a mim mesma</b>				
<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).



# SWYC™:

## 6 meses

6 meses, 0 dias até 8 meses, 31 dias  
6 months, 0 days to 8 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 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"/>
Vira de barriga para baixo . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Passa um brinquedo de uma mão para a outra . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procura por você ou outro cuidador quando está chateado . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segura dois objetos e bate um no outro . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levanta os braços para ser carregado . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Passa para a posição sentada sozinho(a) . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pega alimento com a mão e come . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puxa para ficar de pé . . . . .	<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...				
<b>1 Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas</b>				
<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	
<b>2 Tenho tido esperança no futuro</b>				
<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	
<b>3* Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal</b>				
<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	
<b>4 Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo</b>				
<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	
<b>5* Tenho-me sentido com medo, ou muito assustada, sem grande motivo</b>				
<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	
<b>6* Tenho sentido que são coisas demais para mim</b>				
<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	
<b>7* Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sim, quase sempre	Sim, por vezes	Raramente	Não, nunca	
<b>8* Tenho-me sentido triste ou muito infeliz</b>				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sim, quase sempre	Sim, muitas vezes	Raramente	Não, nunca	
<b>9* Tenho-me sentido tão infeliz que choro</b>				
<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	
<b>10* Tive ideias de fazer mal a mim mesma</b>				
<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).



# SWYC™ : 9 meses

9 meses 0 dias até 11 meses, 31 dias  
9 months, 0 days to 11 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

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
Levanta os braços para ser carregado . . . . .	0	1	2
Passa para a posição sentada sozinho(a) . . . . .	0	1	2
Pega alimento com a mão e come . . . . .	0	1	2
Puxa para ficar de pé . . . . .	0	1	2
Brinca de "escondeu-achou" ou "bate palminhas" . . . . .	0	1	2
Chama você de "mama" ou "papa" ou nome parecido . . . . .	0	1	2
Olha ao redor quando você diz coisas como "Onde está sua mamadeira?" ou "Onde está seu cobertor?" . . . . .	0	1	2
Imita sons que você faz . . . . .	0	1	2
Atravessa um cômodo andando sem ajuda . . . . .	0	1	2
Atende pedidos como "Venha cá" ou "Me dá a bola" . . . . .	0	1	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? . . . . .	0	1	2
Sua criança fica incomodada em lugares novos? . . . . .	0	1	2
É difícil para sua criança lidar com mudanças na rotina? . . . . .	0	1	2
Sua criança fica incomodada de ser carregada por outras pessoas? . . . . .	0	1	2
Sua criança chora muito? . . . . .	0	1	2
É difícil para sua criança se acalmar sozinha? . . . . .	0	1	2
Sua criança fica irritada facilmente? . . . . .	0	1	2
Sua criança continua chorando, mesmo quando você a pega no colo e tenta acalmá-la? . . . . .	0	1	2
É difícil manter sua criança nas rotinas do dia a dia? . . . . .	0	1	2
Sua criança tem dificuldades para pegar no sono? . . . . .	0	1	2
É difícil para você dormir o suficiente por causa da sua criança? . . . . .	0	1	2
Sua criança tem dificuldades para manter o sono? . . . . .	0	1	2

**PREOCUPAÇÕES DOS PAIS (Parent Concerns)****Com relação ao comportamento atual da sua criança:**

Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento de sua criança?

Não

Um Pouco

Muito

Você tem alguma preocupação com o comportamento de sua criança?

**PERGUNTAS SOBRE A FAMÍLIA (Family Questions)**

Sim

Não

1 Alguém que mora com sua criança fuma cigarro?

2 No último ano, alguma vez você consumiu mais álcool ou drogas do que pretendia?

3 No último ano, você sentiu vontade ou necessidade de diminuir o seu consumo de álcool ou drogas?

4 Alguma vez, o uso de álcool ou drogas por algum membro da família trouxe consequências negativas para sua criança?

Nunca aconteceu

Aconteceu algumas vezes

Frequentemente acontece

5 Nos últimos 12 meses, ficamos preocupados se nossa comida poderia acabar antes que pudessemos comprar mais.

**Durante as últimas duas semanas, com que frequência você ficou chateada por:**

Nenhum dia

Alguns Dias

Mais da metade dos dias

Quase todos os dias

6 Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?

7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?

8 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu marido/companheiro(a)?

Não tem conflito

Com algum conflito

Muito conflito

Não se aplica

9 Você e seu/sua marido/companheiro(a) resolvem seus desentendimentos

Sem dificuldade

Com alguma dificuldade

Com muita dificuldade

Não se aplica

10 Na última semana, quantos dias você ou outro membro da família leu para sua criança?





# SWYC™ : 12 meses

12 meses, 0 dias até 14 meses, 31 dias  
12 months, 0 days to 14 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

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
Pega alimento com a mão e come . . . . .	0	1	2
Puxa para ficar de pé . . . . .	0	1	2
Brinca de "escondeu-achou" ou "bate palminhas" . . . . .	0	1	2
Chama você de "mama" ou "papa" ou nome parecido . . . . .	0	1	2
Olha ao redor quando você diz coisas como "Onde está sua mamadeira?" ou "Onde está seu cobertor?" . . . . .	0	1	2
Imita sons que você faz . . . . .	0	1	2
Atravessa um cômodo andando sem ajuda . . . . .	0	1	2
Atende pedidos como "Venha cá" ou "Me dá a bola" . . . . .	0	1	2
Corre (sem ajuda) . . . . .	0	1	2
Sobe escadas com ajuda de uma pessoa . . . . .	0	1	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? . . . . .	0	1	2
Sua criança fica incomodada em lugares novos? . . . . .	0	1	2
É difícil para sua criança lidar com mudanças na rotina? . . . . .	0	1	2
Sua criança fica incomodada de ser carregada por outras pessoas? . . . . .	0	1	2
Sua criança chora muito? . . . . .	0	1	2
É difícil para sua criança se acalmar sozinha? . . . . .	0	1	2
Sua criança fica irritada facilmente? . . . . .	0	1	2
Sua criança continua chorando, mesmo quando você a pega no colo e tenta acalmá-la? . . . . .	0	1	2
É difícil manter sua criança nas rotinas do dia a dia? . . . . .	0	1	2
Sua criança tem dificuldades para pegar no sono? . . . . .	0	1	2
É difícil para você dormir o suficiente por causa da sua criança? . . . . .	0	1	2
Sua criança tem dificuldades para manter o sono? . . . . .	0	1	2

**PREOCUPAÇÕES DOS PAIS (Parent Concerns)****Com relação ao comportamento atual da sua criança:**

Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento de sua criança?

Não

Um Pouco

Muito

Você tem alguma preocupação com o comportamento de sua criança?

**PERGUNTAS SOBRE A FAMÍLIA (Family Questions)**

Sim

Não

1 Alguém que mora com sua criança fuma cigarro?

2 No último ano, alguma vez você consumiu mais álcool ou drogas do que pretendia?

3 No último ano, você sentiu vontade ou necessidade de diminuir o seu consumo de álcool ou drogas?

4 Alguma vez, o uso de álcool ou drogas por algum membro da família trouxe consequências negativas para sua criança?

Nunca aconteceu

Aconteceu algumas vezes

Frequentemente acontece

5 Nos últimos 12 meses, ficamos preocupados se nossa comida poderia acabar antes que pudessemos comprar mais.

**Durante as últimas duas semanas, com que frequência você ficou chateada por:**

Nenhum dia

Alguns Dias

Mais da metade dos dias

Quase todos os dias

6 Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?

7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?

8 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu marido/companheiro(a)?

Não tem conflito

Com algum conflito

Muito conflito

Não se aplica

9 Você e seu/sua marido/companheiro(a) resolvem seus desentendimentos

Sem dificuldade

Com alguma dificuldade

Com muita dificuldade

Não se aplica

10 Na última semana, quantos dias você ou outro membro da família leu para sua criança?



# SWYC™ :

## 15 meses

15 meses, 0 dias a 17 meses, 31 dias  
 15 months, 0 days to 17 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

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
Chama você de "mama" ou "papa" ou nome parecido . . . . .	0	1	2
Olha ao redor quando você diz coisas como "Onde está sua mamadeira?" ou "Onde está seu cobertor?" . . . . .	0	1	2
Imita sons que você faz . . . . .	0	1	2
Atravessa um cômodo andando sem ajuda . . . . .	0	1	2
Atende pedidos como "Venha cá" ou "Me dá a bola" . . . . .	0	1	2
Corre (sem ajuda) . . . . .	0	1	2
Sobe escadas com ajuda de uma pessoa . . . . .	0	1	2
Chuta uma bola . . . . .	0	1	2
Fala o nome de pelo menos 5 objetos familiares como bola ou leite . . . . .	0	1	2
Fala o nome de pelo menos 5 partes do corpo como nariz, mão ou barriga . . . . .	0	1	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? . . . . .	0	1	2
Sua criança fica incomodada em lugares novos? . . . . .	0	1	2
É difícil para sua criança lidar com mudanças na rotina? . . . . .	0	1	2
Sua criança fica incomodada de ser carregada por outras pessoas? . . . . .	0	1	2
Sua criança chora muito? . . . . .	0	1	2
É difícil para sua criança se acalmar sozinha? . . . . .	0	1	2
Sua criança fica irritada facilmente? . . . . .	0	1	2
Sua criança continua chorando, mesmo quando você a pega no colo e tenta acalmá-la? . . . . .	0	1	2
É difícil manter sua criança nas rotinas do dia a dia? . . . . .	0	1	2
Sua criança tem dificuldades para pegar no sono? . . . . .	0	1	2
É difícil para você dormir o suficiente por causa da sua criança? . . . . .	0	1	2
Sua criança tem dificuldades para manter o sono? . . . . .	0	1	2

**PREOCUPAÇÕES DOS PAIS (Parent Concerns)****Com relação ao comportamento atual da sua criança:**

Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento de sua criança?

Não

Um Pouco

Muito

Você tem alguma preocupação com o comportamento de sua criança?

**PERGUNTAS SOBRE A FAMÍLIA (Family Questions)**

Sim

Não

1 Alguem que mora com sua criança fuma cigarro?

2 No último ano, alguma vez você consumiu mais álcool ou drogas do que pretendia?

3 No último ano, você sentiu vontade ou necessidade de diminuir o seu consumo de álcool ou drogas?

4 Alguma vez, o uso de álcool ou drogas por algum membro da família trouxe consequências negativas para sua criança?

Nunca aconteceu

Aconteceu algumas vezes

Frequentemente acontece

5 Nos últimos 12 meses, ficamos preocupados se nossa comida poderia acabar antes que pudessemos comprar mais.

**Durante as últimas duas semanas, com que frequência você ficou chateada por:**

Nenhum dia

Alguns Dias

Mais da metade dos dias

Quase todos os dias

6 Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?

7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?

8 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu marido/companheiro(a)?

Não tem conflito

Com algum conflito

Muito conflito

Não se aplica

9 Você e seu/sua marido/companheiro(a) resolvem seus desentendimentos

Sem dificuldade

Com alguma dificuldade

Com muita dificuldade

Não se aplica

10 Na última semana, quantos dias você ou outro membro da família leu para sua criança?



# SWYC™ :

## 18 meses

18 meses, 0 dias a 22 meses, 31 dias  
 18 months, 0 days to 22 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

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
Corre (sem ajuda) . . . . .	0	1	2
Sobe escadas com ajuda de uma pessoa . . . . .	0	1	2
Chuta uma bola . . . . .	0	1	2
Fala o nome de pelo menos 5 objetos familiares como bola ou leite . . . . .	0	1	2
Fala o nome de pelo menos 5 partes do corpo como nariz, mão ou barriga . . . . .	0	1	2
Sobe escadas sozinha apoiando com as mãos na parede ou no corrimão	0	1	2
Usa palavras como "eu" ou "meu" . . . . .	0	1	2
Pula com os dois pés . . . . .	0	1	2
Combina duas ou mais palavras como "dá água" ou " vamos embora"	0	1	2
Usa palavras para pedir ajuda . . . . .	0	1	2

### LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS (PPSC)

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
<b>Sua criança...</b>			
Parece medrosa ou nervosa? . . . . .	0	1	2
Parece triste ou infeliz? . . . . .	0	1	2
Fica chateada quando as coisas não são feitas do jeito que ela está acostumada? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldade para lidar com mudanças na rotina? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldades para brincar com outras crianças? . . . . .	0	1	2
Quebra coisas de propósito? . . . . .	0	1	2
Briga com outras crianças? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldade para prestar atenção? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldade para se acalmar sozinha? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldade em se manter em uma única atividade?	0	1	2
<b>Sua criança é...</b>			
Agressiva? . . . . .	0	1	2
Inquieta ou incapaz de ficar sentada? . . . . .	0	1	2
Brava/Zangada? . . . . .	0	1	2
<b>É difícil para você...</b>			
Ir com sua criança a locais públicos? . . . . .	0	1	2
Acalmar sua criança? . . . . .	0	1	2
Saber o que sua criança precisa? . . . . .	0	1	2
Manter sua criança nas rotinas do dia a dia? . . . . .	0	1	2
Fazer sua criança obedecer você? . . . . .	0	1	2





# SWYC™ :

## 24 meses

23 meses, 0 dias a 28 meses, 31 dias  
 23 months, 0 days to 28 months, 31 days  
 V.1.07, 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

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
Fala o nome de pelo menos 5 partes do corpo como nariz, mão ou barriga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobe escadas sozinho apoiando com as mãos na parede ou no corrimão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa palavras como "eu" ou "meu" . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pula com os dois pés . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Combina duas ou mais palavras como "dá água" ou " vamos embora" .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa palavras para pedir ajuda . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fala o nome de pelo menos uma cor . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fala alguma coisa para chamar atenção das pessoas para o que ele/ela está fazendo . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sabe dizer seu próprio nome . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desenha linhas . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS (PPSC)

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
<b>Sua criança...</b>			
Parece medrosa ou nervosa? . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parece triste ou infeliz? . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fica chateada quando as coisas não são feitas do jeito que ela está acostumada? . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem dificuldade para lidar com mudanças na rotina? .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem dificuldades para brincar com outras crianças? . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quebra coisas de propósito? . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Briga com outras crianças? . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem dificuldade para prestar atenção? . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem dificuldade para se acalmar sozinha? . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem dificuldade em se manter em uma única atividade? .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Sua criança é...</b>			
Agressiva? . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inquieta ou incapaz de ficar sentada? . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brava\Zangada? . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>É difícil para você...</b>			
Ir com sua criança a locais públicos? . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acalmar sua criança? . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saber o que sua criança precisa? . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manter sua criança nas rotinas do dia a dia? . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazer sua criança obedecer você? . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>







# SWYC™ :

## 30 meses

29 meses, 0 dias a 34 meses, 31 dias  
 29 months, 0 days to 34 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

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
Fala o nome de pelo menos uma cor . . . . .	0	1	2
Fala alguma coisa para chamar atenção das pessoas para o que ele\ela está fazendo . . . . .	0	1	2
Sabe dizer seu próprio nome . . . . .	0	1	2
Desenha linhas . . . . .	0	1	2
Fala com outras pessoas e é compreendida a maior parte do tempo . . . . .	0	1	2
Lava e seca as mãos sem ajuda (a criança não precisa abrir a torneira) . . . . .	0	1	2
Faz perguntas começando com "por quê" ou "como" . . . . .	0	1	2
Sabe explicar o por quê das coisas, por exemplo, precisa comer por que está com fome . . . . .	0	1	2
Compara coisas usando palavras como "maior" ou "menor" . . . . .	0	1	2
Responde perguntas como "o que você faz quando está frio?" ou " quando está com sono?" . . . . .	0	1	2

### LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS (PPSC)

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
<b>Sua criança...</b>			
Parece medrosa ou nervosa? . . . . .	0	1	2
Parece triste ou infeliz? . . . . .	0	1	2
Fica chateada quando as coisas não são feitas do jeito que ela está acostumada? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldade para lidar com mudanças na rotina? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldades para brincar com outras crianças? . . . . .	0	1	2
Quebra coisas de propósito? . . . . .	0	1	2
Briga com outras crianças? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldade para prestar atenção? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldade para se acalmar sozinha? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldade em se manter em uma única atividade? . . . . .	0	1	2
<b>Sua criança é...</b>			
Agressiva? . . . . .	0	1	2
Inquieta ou incapaz de ficar sentada? . . . . .	0	1	2
Brava\ Zangada? . . . . .	0	1	2
<b>É difícil para você...</b>			
Ir com sua criança a locais públicos? . . . . .	0	1	2
Acalmar sua criança? . . . . .	0	1	2
Saber o que sua criança precisa? . . . . .	0	1	2
Manter sua criança nas rotinas do dia a dia? . . . . .	0	1	2
Fazer sua criança obedecer você? . . . . .	0	1	2







# SWYC™ :

## 36 meses

35 meses, 0 dias a 46 meses, 31 dias  
 35 months, 0 days to 46 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

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
Fala com outras pessoas e é compreendida a maior parte do tempo . . . . .	0	1	2
Lava e seca as mãos sem ajuda (a criança não precisa abrir a torneira) . . . . .	0	1	2
Faz perguntas começando com "por quê" ou "como" . . . . .	0	1	2
Sabe explicar o por quê das coisas, por exemplo, precisa comer por que está com fome . . . . .	0	1	2
Compara coisas usando palavras como "maior" ou "menor" . . . . .	0	1	2
Responde perguntas como "o que você faz quando está frio?" ou " quando está com sono?" . . . . .	0	1	2
Conta a história de um livro ou programa de TV . . . . .	0	1	2
Desenha formas simples como um círculo ou quadrado . . . . .	0	1	2
Fala palavras no plural, por exemplo, pés, meninos, frutas. . . . .	0	1	2
Usa palavras como "ontem" e " amanhã" corretamente . . . . .	0	1	2

### LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS (PPSC)

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
<b>Sua criança...</b>			
Parece medrosa ou nervosa? . . . . .	0	1	2
Parece triste ou infeliz? . . . . .	0	1	2
Fica chateada quando as coisas não são feitas do jeito que ela está acostumada? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldade para lidar com mudanças na rotina? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldades para brincar com outras crianças? . . . . .	0	1	2
Quebra coisas de propósito? . . . . .	0	1	2
Briga com outras crianças? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldade para prestar atenção? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldade para se acalmar sozinha? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldade em se manter em uma única atividade? . . . . .	0	1	2
<b>Sua criança é...</b>			
Agressiva? . . . . .	0	1	2
Inquieta ou incapaz de ficar sentada? . . . . .	0	1	2
Brava\ Zangada? . . . . .	0	1	2
<b>É difícil para você...</b>			
Ir com sua criança a locais públicos? . . . . .	0	1	2
Acalmar sua criança? . . . . .	0	1	2
Saber o que sua criança precisa? . . . . .	0	1	2
Manter sua criança nas rotinas do dia a dia? . . . . .	0	1	2
Fazer sua criança obedecer você? . . . . .	0	1	2



**PREOCUPAÇÕES DOS PAIS (Parent Concerns)****Com relação ao comportamento atual da sua criança:**

Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento de sua criança?

Não

Um Pouco

Muito

Você tem alguma preocupação com o comportamento de sua criança?

**PERGUNTAS SOBRE A FAMÍLIA (Family Questions)**

Sim

Não

1 Alguém que mora com sua criança fuma cigarro?

2 No último ano, alguma vez você consumiu mais álcool ou drogas do que pretendia?

3 No último ano, você sentiu vontade ou necessidade de diminuir o seu consumo de álcool ou drogas?

4 Alguma vez, o uso de álcool ou drogas por algum membro da família trouxe consequências negativas para sua criança?

Nunca aconteceu

Aconteceu algumas vezes

Frequentemente acontece

5 Nos últimos 12 meses, ficamos preocupados se nossa comida poderia acabar antes que pudessemos comprar mais.

**Durante as últimas duas semanas, com que frequência você ficou chateada por:**

Nenhum dia

Alguns Dias

Mais da metade dos dias

Quase todos os dias

6 Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?

7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?

8 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu marido/companheiro(a)?

Não tem conflito

Com algum conflito

Muito conflito

Não se aplica

9 Você e seu/sua marido/companheiro(a) resolvem seus desentendimentos

Sem dificuldade

Com alguma dificuldade

Com muita dificuldade

Não se aplica

10 Na última semana, quantos dias você ou outro membro da família leu para sua criança?



# SWYC™ :

## 48 meses

47 meses, 0 dias a 58 meses, 31 dias  
 47 months, 0 days to 58 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

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
Compara coisas usando palavras como "maior" ou "menor" . . . . .	0	1	2
Responde perguntas como "o que você faz quando está frio?" ou " quando está com sono?" . . . . .	0	1	2
Conta a história de um livro ou programa de TV . . . . .	0	1	2
Desenha formas simples como um círculo ou quadrado . . . . .	0	1	2
Fala palavras no plural, por exemplo, pés, meninos, frutas . . . . .	0	1	2
Usa palavras como "ontem" e " amanhã" corretamente . . . . .	0	1	2
Fica sem urinar na cama a noite toda . . . . .	0	1	2
Segue regras simples quando brinca com jogos de tabuleiros ou de cartas . . . . .	0	1	2
Copia seu primeiro nome . . . . .	0	1	2
Desenha figuras que você reconhece . . . . .	0	1	2

### LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS (PPSC)

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
<b>Sua criança...</b>			
Parece medrosa ou nervosa? . . . . .	0	1	2
Parece triste ou infeliz? . . . . .	0	1	2
Fica chateada quando as coisas não são feitas do jeito que ela está acostumada? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldade para lidar com mudanças na rotina? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldades para brincar com outras crianças? . . . . .	0	1	2
Quebra coisas de propósito? . . . . .	0	1	2
Briga com outras crianças? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldade para prestar atenção? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldade para se acalmar sozinha? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldade em se manter em uma única atividade? . . . . .	0	1	2
<b>Sua criança é...</b>			
Agressiva? . . . . .	0	1	2
Inquieta ou incapaz de ficar sentada? . . . . .	0	1	2
Brava\Zangada? . . . . .	0	1	2
<b>É difícil para você...</b>			
Ir com sua criança a locais públicos? . . . . .	0	1	2
Acalmar sua criança? . . . . .	0	1	2
Saber o que sua criança precisa? . . . . .	0	1	2
Manter sua criança nas rotinas do dia a dia? . . . . .	0	1	2
Fazer sua criança obedecer você? . . . . .	0	1	2

**PREOCUPAÇÕES DOS PAIS (Parent Concerns)****Com relação ao comportamento atual da sua criança:**

Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento de sua criança?

Não

Um Pouco

Muito

Você tem alguma preocupação com o comportamento de sua criança?

**PERGUNTAS SOBRE A FAMÍLIA (Family Questions)**

Sim

Não

1 Alguém que mora com sua criança fuma cigarro?

2 No último ano, alguma vez você consumiu mais álcool ou drogas do que pretendia?

3 No último ano, você sentiu vontade ou necessidade de diminuir o seu consumo de álcool ou drogas?

4 Alguma vez, o uso de álcool ou drogas por algum membro da família trouxe consequências negativas para sua criança?

Nunca aconteceu

Aconteceu algumas vezes

Frequentemente acontece

5 Nos últimos 12 meses, ficamos preocupados se nossa comida poderia acabar antes que pudessemos comprar mais.

**Durante as últimas duas semanas, com que frequência você ficou chateada por:**

Nenhum dia

Alguns Dias

Mais da metade dos dias

Quase todos os dias

6 Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?

7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?

8 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu marido/companheiro(a)?

Não tem conflito

Com algum conflito

Muito conflito

Não se aplica

9 Você e seu/sua marido/companheiro(a) resolvem seus desentendimentos

Sem dificuldade

Com alguma dificuldade

Com muita dificuldade

Não se aplica

10 Na última semana, quantos dias você ou outro membro da família leu para sua criança?



# SWYC™ : 60 meses

59 meses, 0 dias a 65 meses, 31 dias  
59 months, 0 days to 65 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

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
Conta a história de um livro ou programa de TV . . . . .	0	1	2
Desenha formas simples como um círculo ou quadrado . . . . .	0	1	2
Fala palavras no plural, por exemplo, pés, meninos, frutas . . . . .	0	1	2
Usa palavras como "ontem" e "amanhã" corretamente . . . . .	0	1	2
Fica sem urinar na cama a noite toda . . . . .	0	1	2
Segue regras simples quando brinca com jogos de tabuleiros ou de cartas . . . . .	0	1	2
Copia seu primeiro nome . . . . .	0	1	2
Desenha figuras que você reconhece . . . . .	0	1	2
Colore um desenho dentro das linhas . . . . .	0	1	2
Sabe falar os dias da semana na ordem correta . . . . .	0	1	2

## LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS (PPSC)

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
<b>Sua criança...</b>			
Parece medrosa ou nervosa? . . . . .	0	1	2
Parece triste ou infeliz? . . . . .	0	1	2
Fica chateada quando as coisas não são feitas do jeito que ela está acostumada? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldade para lidar com mudanças na rotina? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldades para brincar com outras crianças? . . . . .	0	1	2
Quebra coisas de propósito? . . . . .	0	1	2
Briga com outras crianças? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldade para prestar atenção? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldade para se acalmar sozinha? . . . . .	0	1	2
Tem dificuldade em se manter em uma única atividade? . . . . .	0	1	2
<b>Sua criança é...</b>			
Agressiva? . . . . .	0	1	2
Inquieta ou incapaz de ficar sentada? . . . . .	0	1	2
Brava\ Zangada? . . . . .	0	1	2
<b>É difícil para você...</b>			
Ir com sua criança a locais públicos? . . . . .	0	1	2
Acalmar sua criança? . . . . .	0	1	2
Saber o que sua criança precisa? . . . . .	0	1	2
Manter sua criança nas rotinas do dia a dia? . . . . .	0	1	2
Fazer sua criança obedecer você? . . . . .	0	1	2

**PREOCUPAÇÕES DOS PAIS (Parent Concerns)****Com relação ao comportamento atual da sua criança:**

Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento de sua criança?

Não

Um Pouco

Muito

Você tem alguma preocupação com o comportamento de sua criança?

**PERGUNTAS SOBRE A FAMÍLIA (Family Questions)**

Sim

Não

1 Alguém que mora com sua criança fuma cigarro?

2 No último ano, alguma vez você consumiu mais álcool ou drogas do que pretendia?

3 No último ano, você sentiu vontade ou necessidade de diminuir o seu consumo de álcool ou drogas?

4 Alguma vez, o uso de álcool ou drogas por algum membro da família trouxe consequências negativas para sua criança?

Nunca aconteceu

Aconteceu algumas vezes

Frequentemente acontece

5 Nos últimos 12 meses, ficamos preocupados se nossa comida poderia acabar antes que pudessemos comprar mais.

**Durante as últimas duas semanas, com que frequência você ficou chateada por:**

Nenhum dia

Alguns Dias

Mais da metade dos dias

Quase todos os dias

6 Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?

7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?

8 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu marido/companheiro(a)?

Não tem conflito

Com algum conflito

Muito conflito

Não se aplica

9 Você e seu/sua marido/companheiro(a) resolvem seus desentendimentos

Sem dificuldade

Com alguma dificuldade

Com muita dificuldade

Não se aplica

10 Na última semana, quantos dias você ou outro membro da família leu para sua criança?