



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	0	1	2
Parece feliz em ver você	0	1	2
Segue com os olhos o movimento de um brinquedo	0	1	2
Vira a cabeça para achar a pessoa que está falando	0	1	2
Mantém a cabeça firme quando puxado para sentar	0	1	2
Junta as mãos	0	1	2
Ri	0	1	2
Mantém a cabeça firme quando você o/a segura na posição sentada	0	1	2
Faz sons como "ga", "ma" ou "ba"	0	1	2
Olha quando você o/a chama pelo nome	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:	Não	Um pouco	Muito
Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento dela?	0	0	0
Você tem alguma preocupação com o comportamento de sua criança?	0	0	0

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.	☐	☐	☐					
6 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu/sua marido/companheiro(a)?	Não tem conflito ☐	Com algum conflito ☐	Muito conflito ☐	Não se aplica ☐				
7 Você e seu/sua marido/companheiro(a) resolvem seus desentendimentos	Sem dificuldade ☐	Com alguma dificuldade ☐	Com muita dificuldade ☐	Não se aplica ☐				
8 Na última semana, quantos dias você ou outro membro da família leu para sua criança?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

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				
(0) Tanto como dantes	(1) Menos do que antes	(2) Muito menos do que antes	(3) Nunca	
2 Tenho tido esperança no futuro				
(0) Tanta como sempre tive	(1) Bastante menos do que costumava ter	(2) Muito menos do que costumava ter	(3) Quase nenhuma	
3* Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal				
(3) Sim, a maioria das vezes	(2) Sim, algumas vezes	(1) Raramente	(0) Não, nunca	
4 Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo				
(0) Não, nunca	(1) Quase nunca	(2) Sim, por vezes	(3) Sim, muitas vezes	
5* Tenho-me sentido com medo, ou muito assustada, sem grande motivo				
(3) Sim, muitas vezes	(2) Sim, por vezes	(1) Não, raramente	(0) Não, nunca	
6* Tenho sentido que são coisas demais para mim				
(3) Sim, a maioria das vezes não tenho conseguido resolvê-las	(2) Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes	(1) Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente	(0) Não, resolvo-as tão bem como dantes	
7* Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal				
(3) Sim, quase sempre	(2) Sim, por vezes	(1) Raramente	(0) Não, nunca	
8* Tenho-me sentido triste ou muito infeliz				
(3) Sim, quase sempre	(2) Sim, muitas vezes	(1) Raramente	(0) Não, nunca	
9* Tenho-me sentido tão infeliz que choro				
(3) Sim, quase sempre	(2) Sim, muitas vezes	(1) Só às vezes	(0) Não, nunca	
10* Tive ideias de fazer mal a mim mesma				
(3) Sim, muitas vezes	(2) Por vezes	(1) Muito raramente	(0) 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).