



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"	0	1	2
Olha quando você o/a chama pelo nome	0	1	2
Vira de barriga para baixo	0	1	2
Passa um brinquedo de uma mão para a outra	0	1	2
Procura por você ou outro cuidador quando está chateado	0	1	2
Segura dois objetos e bate um no outro	0	1	2
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

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?	☐	☐	☐	☐

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
☐ Tanto como dantes ☐ Menos do que antes ☐ Muito menos do que antes ☐ Nunca
2 Tenho tido esperança no futuro
☐ 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
☐ Sim, a maioria das vezes ☐ Sim, algumas vezes ☐ Raramente ☐ Não, nunca
4 Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo
☐ Não, nunca ☐ Quase nunca ☐ Sim, por vezes ☐ Sim, muitas vezes
5* Tenho-me sentido com medo, ou muito assustada, sem grande motivo
☐ Sim, muitas vezes ☐ Sim, por vezes ☐ Não, raramente ☐ Não, nunca
6* Tenho sentido que são coisas demais para mim
☐ 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
☐ Sim, quase sempre ☐ Sim, por vezes ☐ Raramente ☐ Não, nunca
8* Tenho-me sentido triste ou muito infeliz
☐ Sim, quase sempre ☐ Sim, muitas vezes ☐ Raramente ☐ Não, nunca
9* Tenho-me sentido tão infeliz que choro
☐ Sim, quase sempre ☐ Sim, muitas vezes ☐ Só às vezes ☐ Não, nunca
10* Tive ideias de fazer mal a mim mesma
☐ 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).