



# SWYC™:

## 2 meses

1 mês, 0 dias até 3 meses, 31 dias

Nome da Criança:

Data de Nascimento:

Idade Gestacional:

IG Corrigida:

Data de Hoje:

### 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 |
|--|-----------|----------|-------|
| 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     |

Version 2, 5-23-16

## PREOCUPAÇÕES DOS PAIS

### 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

|   | Sim                   | Não                   |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1 Alguém fuma cigarro dentro de casa?   | <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"/> |
| 5 No último mês, houve algum dia em que você ou qualquer membro da família passou fome por não ter dinheiro suficiente para comprar comida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 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?   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |

|   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| 8 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu/sua marido/companheiro(a)? | Não tem conflito<br><input type="radio"/> | Com algum conflito<br><input type="radio"/>     | Muito conflito<br><input type="radio"/>        | Não se aplica<br><input type="radio"/> |
| 9 Você e seu/sua marido/companheiro(a) resolvem seus desentendimentos                   | Sem dificuldade<br><input type="radio"/>  | Com alguma dificuldade<br><input type="radio"/> | Com muita dificuldade<br><input type="radio"/> | Não se aplica<br><input type="radio"/> |



# SWYC™ :

## 4 meses

4 meses, 0 dias até 5 meses, 31 dias

Nome da Criança:

Data de Nascimento:

Idade Gestacional:

IG corrigida:

### 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 |
|---|-----------|----------|-------|
| 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     |
| 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     |

### LISTA DE SINTOMAS DO BEBÊ (BSPC)

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     |

Version 2, 5-23-16

## PREOCUPAÇÕES DOS PAIS

### Com relação ao comportamento atual da sua criança:

Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento dela?

Não

Um pouco

Muito

Você tem alguma preocupação com o comportamento de sua criança?

## PERGUNTAS SOBRE A FAMÍLIA

|   | Sim                   | Não                   |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1 Alguém fuma cigarro dentro de casa?   | <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"/> |
| 5 No último mês, houve algum dia em que você ou qualquer membro da família passou fome por não ter dinheiro suficiente para comprar comida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 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?   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |

|   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| 8 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu/sua marido/companheiro(a)? | Não tem conflito<br><input type="radio"/> | Com algum conflito<br><input type="radio"/>     | Muito conflito<br><input type="radio"/>        | Não se aplica<br><input type="radio"/> |
| 9 Você e seu/sua marido/companheiro(a) resolvem seus desentendimentos                   | Sem dificuldade<br><input type="radio"/>  | Com alguma dificuldade<br><input type="radio"/> | Com muita dificuldade<br><input type="radio"/> | Não se aplica<br><input type="radio"/> |



# SWYC™:

## 6 meses

6 meses, 0 dias até 8 meses, 31 dias

|                     |               |
|---------------------|---------------|
| Nome da Criança:    |               |
| Data de Nascimento: |               |
| Idade Gestacional:  | IG corrigida: |
| Data de Hoje:       |               |

### 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 |
|---|-----------|----------|-------|
| 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     |

Version 2, 5-23-16

## PREOCUPAÇÕES DOS PAIS

### Com relação ao comportamento atual da sua criança:

Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento dela?

Não

Um pouco

Muito

Você tem alguma preocupação com o comportamento de sua criança?

## PERGUNTAS SOBRE A FAMÍLIA

|   | Sim                   | Não                   |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1 Alguém fuma cigarro dentro de casa?   | <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"/> |
| 5 No último mês, houve algum dia em que você ou qualquer membro da família passou fome por não ter dinheiro suficiente para comprar comida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 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?   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |

|   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| 8 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu/sua marido/companheiro(a)? | Não tem conflito<br><input type="radio"/> | Com algum conflito<br><input type="radio"/>     | Muito conflito<br><input type="radio"/>        | Não se aplica<br><input type="radio"/> |
| 9 Você e seu/sua marido/companheiro(a) resolvem seus desentendimentos                   | Sem dificuldade<br><input type="radio"/>  | Com alguma dificuldade<br><input type="radio"/> | Com muita dificuldade<br><input type="radio"/> | Não se aplica<br><input type="radio"/> |



# SWYC™ :

## 9 meses

9 meses 0 dias até 11 meses, 31 dias

Nome da Criança:

Data de Nascimento:

Idade Gestacional:

IG corrigida:

Data de Hoje:

### 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?"<br>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     |

Version 2, 5-23-16

## PREOCUPAÇÕES DOS PAIS

### Com relação ao comportamento atual da sua criança:

Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento dela?

Não

Um pouco

Muito

Você tem alguma preocupação com o comportamento de sua criança?

## PERGUNTAS SOBRE A FAMÍLIA

|   | Sim                   | Não                   |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1 Alguém fuma cigarro dentro de casa?   | <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"/> |
| 5 No último mês, houve algum dia em que você ou qualquer membro da família passou fome por não ter dinheiro suficiente para comprar comida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 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?   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |

8 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu/sua 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





# SWYC™ :

## 12 meses

12 meses, 0 dias até 14 meses, 31 dias

Nome da Criança:

Data de Nascimento:

Idade Gestacional:

IG Corrigida:

Data de Hoje:

### 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     |

Version 2, 5-23-16

## PREOCUPAÇÕES DOS PAIS

### Com relação ao comportamento atual da sua criança:

Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento dela?

Não

Um pouco

Muito

Você tem alguma preocupação com o comportamento de sua criança?

## PERGUNTAS SOBRE A FAMÍLIA

|   | Sim                   | Não                   |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1 Alguém fuma cigarro dentro de casa?   | <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"/> |
| 5 No último mês, houve algum dia em que você ou qualquer membro da família passou fome por não ter dinheiro suficiente para comprar comida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 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?   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |

8 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu/sua 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



# SWYC™ :

## 15 meses

15 meses, 0 dias a 17 meses, 31 dias

Nome da Criança:

Data de Nascimento:

Idade Gestacional:

IG corrigida:

### 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     |

Version 2, 5-23-16

## PREOCUPAÇÕES DOS PAIS

### 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

|   | Sim                   | Não                   |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1 Alguém fuma cigarro dentro de casa?   | <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"/> |
| 5 No último mês, houve algum dia em que você ou qualquer membro da família passou fome por não ter dinheiro suficiente para comprar comida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 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?   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |

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

| Não tem conflito      | Com algum conflito    | Muito conflito        | Não se aplica         |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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

| Sem dificuldade       | Com alguma dificuldade | Com muita dificuldade | Não se aplica         |
|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



# SWYC™ :

## 18 meses

18 meses, 0 dias a 22 meses, 31 dias

Nome da Criança:

Data de Nascimento:

Idade Gestacional:

IG Corrigida:

### 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)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sobe escadas com ajuda de uma pessoa                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Chuta uma bola   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fala o nome de pelo menos 5 objetos familiares como bola ou leite      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 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 sozinha 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"/> |

### 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"/> |

Version 2, 5-23-16

**OBSERVAÇÕES DOS PAIS SOBRE INTERAÇÃO SOCIAL (POSI)**

|   |  |   |  |  |                                |
|---|--|---|--|--|--------------------------------|
| Sua criança traz coisas para mostrar a você?                                    | Muitas vezes ao dia<br><input type="radio"/> | Algumas vezes ao dia<br><input type="radio"/> | Algumas vezes na semana<br><input type="radio"/> | Menos de uma vez por semana<br><input type="radio"/> | Nunca<br><input type="radio"/> |
| Sua criança se interessa de brincar com outras crianças?                        | Sempre<br><input type="radio"/>              | Frequentemente<br><input type="radio"/>       | Algumas vezes<br><input type="radio"/>           | Raramente<br><input type="radio"/>                   | Nunca<br><input type="radio"/> |
| Quando você fala uma palavra ou acena com a mão, sua criança tenta imitar você? | <input type="radio"/>                        | <input type="radio"/>                         | <input type="radio"/>                            | <input type="radio"/>                                | <input type="radio"/>          |
| Sua criança olha para você quando a chama pelo nome?                            | <input type="radio"/>                        | <input type="radio"/>                         | <input type="radio"/>                            | <input type="radio"/>                                | <input type="radio"/>          |
| Sua criança olha se você aponta para alguma coisa do outro lado da sala?        | <input type="radio"/>                        | <input type="radio"/>                         | <input type="radio"/>                            | <input type="radio"/>                                | <input type="radio"/>          |

Marque todas as opções que desejar:

|   |  |   |  |  |   |
|---|--|---|--|--|---|
| Como sua criança <u>geralmente</u> mostra para você o que ela quer? | Fala uma palavra para mostrar o que ela quer<br><input type="checkbox"/> | Aponta para o que quer com o dedo<br><input type="checkbox"/> | Alcança o que quer<br><input type="checkbox"/>                       | Me puxa ou coloca minha mão no objeto<br><input type="checkbox"/>  | Resmunga, chora ou grita<br><input type="checkbox"/>                                  |
| Quais são as brincadeiras favoritas de sua criança?                 | Brincar com bonecos ou bichos de pelúcia<br><input type="checkbox"/>     | Ler livros com você<br><input type="checkbox"/>               | Subir nas coisas, correr e movimentar-se<br><input type="checkbox"/> | Enfileirar brinquedos ou outras coisas<br><input type="checkbox"/> | Ficar olhando coisas que giram como ventiladores ou rodas<br><input type="checkbox"/> |

**PREOCUPAÇÕES DOS PAIS**

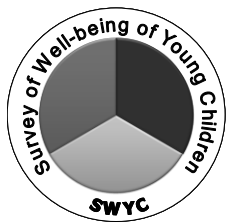
|  |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Com relação ao comportamento atual da sua criança:</b>                              | <b>Não</b>            | <b>Um Pouco</b>       | <b>Muito</b>          |
| Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento de sua criança? | <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**

|   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
|   | <b>Sim</b>            | <b>Não</b>            |
| 1 Alguém fuma cigarro dentro de casa?   | <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"/> |
| 5 No último mês, houve algum dia em que você ou qualquer membro da família passou fome por não ter dinheiro suficiente para comprar comida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|   |                   |                    |                                |                            |
|---|-------------------|--------------------|--------------------------------|----------------------------|
| <b>Durante as últimas duas semanas, com que frequência você ficou chateada por:</b> | <b>Nenhum dia</b> | <b>Alguns Dias</b> | <b>Mais da metade dos dias</b> | <b>Quase todos os dias</b> |
| 6 Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?                                 | 0                 | 1                  | 2                              | 3                          |
| 7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?                               | 0                 | 1                  | 2                              | 3                          |

|   |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
| 8 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu marido/companheiro(a)? | <b>Não tem conflito</b><br><input type="radio"/> | <b>Com algum conflito</b><br><input type="radio"/>     | <b>Muito conflito</b><br><input type="radio"/>        | <b>Não se aplica</b><br><input type="radio"/> |
| 9 Você e seu/sua marido/companheiro(a) resolvem seus desentendimentos               | <b>Sem dificuldade</b><br><input type="radio"/>  | <b>Com alguma dificuldade</b><br><input type="radio"/> | <b>Com muita dificuldade</b><br><input type="radio"/> | <b>Não se aplica</b><br><input type="radio"/> |



# SWYC™ :

## 24 meses

23 meses, 0 dias a 28 meses, 31 dias

Nome da Criança:

Data de Nascimento:

Idade Gestacional:

IG corrigida:

### 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            | 0         | 1        | 2     |
| Sobe escadas sozinho 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     |
| 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     |

### 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     |

**OBSERVAÇÕES DOS PAIS SOBRE INTERAÇÃO SOCIAL (POSI)**

|   |  |   |  |  |                                |
|---|--|---|--|--|--------------------------------|
| Sua criança traz coisas para mostrar a você?                                    | Muitas vezes ao dia<br><input type="radio"/> | Algumas vezes ao dia<br><input type="radio"/> | Algumas vezes na semana<br><input type="radio"/> | Menos de uma vez por semana<br><input type="radio"/> | Nunca<br><input type="radio"/> |
| Sua criança se interessa de brincar com outras crianças?                        | Sempre<br><input type="radio"/>              | Frequentemente<br><input type="radio"/>       | Algumas vezes<br><input type="radio"/>           | Raramente<br><input type="radio"/>                   | Nunca<br><input type="radio"/> |
| Quando você fala uma palavra ou acena com a mão, sua criança tenta imitar você? | <input type="radio"/>                        | <input type="radio"/>                         | <input type="radio"/>                            | <input type="radio"/>                                | <input type="radio"/>          |
| Sua criança olha para você quando a chama pelo nome?                            | <input type="radio"/>                        | <input type="radio"/>                         | <input type="radio"/>                            | <input type="radio"/>                                | <input type="radio"/>          |
| Sua criança olha se você aponta para alguma coisa do outro lado da sala?        | <input type="radio"/>                        | <input type="radio"/>                         | <input type="radio"/>                            | <input type="radio"/>                                | <input type="radio"/>          |

Marque todas as opções que desejar:

|   |  |   |  |  |   |
|---|--|---|--|--|---|
| Como sua criança <u>geralmente</u> mostra para você o que ela quer? | Fala uma palavra para mostrar o que ela quer<br><input type="checkbox"/> | Aponta para o que quer com o dedo<br><input type="checkbox"/> | Alcança o que quer<br><input type="checkbox"/>                       | Me puxa ou coloca minha mão no objeto<br><input type="checkbox"/>  | Resmunga, chora ou grita<br><input type="checkbox"/>                                  |
| Quais são as brincadeiras favoritas de sua criança?                 | Brincar com bonecos ou bichos de pelúcia<br><input type="checkbox"/>     | Ler livros com você<br><input type="checkbox"/>               | Subir nas coisas, correr e movimentar-se<br><input type="checkbox"/> | Enfileirar brinquedos ou outras coisas<br><input type="checkbox"/> | Ficar olhando coisas que giram como ventiladores ou rodas<br><input type="checkbox"/> |

**PREOCUPAÇÕES DOS PAIS**

|  |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Com relação ao comportamento atual da sua criança:</b>                              | <b>Não</b>            | <b>Um Pouco</b>       | <b>Muito</b>          |
| Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento de sua criança? | <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"/> |

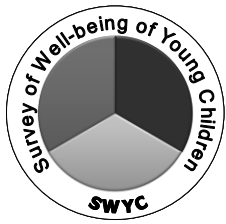
**PERGUNTAS SOBRE A FAMÍLIA**

|   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
|   | <b>Sim</b>            | <b>Não</b>            |
| 1 Alguém fuma cigarro dentro de casa?   | <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"/> |
| 5 No último mês, houve algum dia em que você ou qualquer membro da família passou fome por não ter dinheiro suficiente para comprar comida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|   |                   |                    |                                |                            |
|---|-------------------|--------------------|--------------------------------|----------------------------|
| <b>Durante as últimas duas semanas, com que frequência você ficou chateada por:</b> | <b>Nenhum dia</b> | <b>Alguns Dias</b> | <b>Mais da metade dos dias</b> | <b>Quase todos os dias</b> |
| 6 Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?                                 | 0                 | 1                  | 2                              | 3                          |
| 7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?                               | 0                 | 1                  | 2                              | 3                          |

|   |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
| 8 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu marido/companheiro(a)? | <b>Não tem conflito</b><br><input type="radio"/> | <b>Com algum conflito</b><br><input type="radio"/>     | <b>Muito conflito</b><br><input type="radio"/>        | <b>Não se aplica</b><br><input type="radio"/> |
| 9 Você e seu/sua marido/companheiro(a) resolvem seus desentendimentos               | <b>Sem dificuldade</b><br><input type="radio"/>  | <b>Com alguma dificuldade</b><br><input type="radio"/> | <b>Com muita dificuldade</b><br><input type="radio"/> | <b>Não se aplica</b><br><input type="radio"/> |





# SWYC™ :

## 30 meses

29 meses, 0 dias a 34 meses, 31 dias

Nome da Criança:

Data de Nascimento:

Idade Gestacional:

IG corrigida:

Data de Hoje:

### 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     |

**OBSERVAÇÕES DOS PAIS SOBRE INTERAÇÃO SOCIAL (POSI)**

|   |  |   |  |  |                                |
|---|--|---|--|--|--------------------------------|
| Sua criança traz coisas para mostrar a você?                                    | Muitas vezes ao dia<br><input type="radio"/> | Algumas vezes ao dia<br><input type="radio"/> | Algumas vezes na semana<br><input type="radio"/> | Menos de uma vez por semana<br><input type="radio"/> | Nunca<br><input type="radio"/> |
| Sua criança se interessa de brincar com outras crianças?                        | Sempre<br><input type="radio"/>              | Frequentemente<br><input type="radio"/>       | Algumas vezes<br><input type="radio"/>           | Raramente<br><input type="radio"/>                   | Nunca<br><input type="radio"/> |
| Quando você fala uma palavra ou acena com a mão, sua criança tenta imitar você? | <input type="radio"/>                        | <input type="radio"/>                         | <input type="radio"/>                            | <input type="radio"/>                                | <input type="radio"/>          |
| Sua criança olha para você quando a chama pelo nome?                            | <input type="radio"/>                        | <input type="radio"/>                         | <input type="radio"/>                            | <input type="radio"/>                                | <input type="radio"/>          |
| Sua criança olha se você aponta para alguma coisa do outro lado da sala?        | <input type="radio"/>                        | <input type="radio"/>                         | <input type="radio"/>                            | <input type="radio"/>                                | <input type="radio"/>          |

Marque todas as opções que desejar:

|   |  |   |  |  |   |
|---|--|---|--|--|---|
| Como sua criança <u>geralmente</u> mostra para você o que ela quer? | Fala uma palavra para mostrar o que ela quer<br><input type="checkbox"/> | Aponta para o que quer com o dedo<br><input type="checkbox"/> | Alcança o que quer<br><input type="checkbox"/>                       | Me puxa ou coloca minha mão no objeto<br><input type="checkbox"/>  | Resmunga, chora ou grita<br><input type="checkbox"/>                                  |
| Quais são as brincadeiras favoritas de sua criança?                 | Brincar com bonecos ou bichos de pelúcia<br><input type="checkbox"/>     | Ler livros com você<br><input type="checkbox"/>               | Subir nas coisas, correr e movimentar-se<br><input type="checkbox"/> | Enfileirar brinquedos ou outras coisas<br><input type="checkbox"/> | Ficar olhando coisas que giram como ventiladores ou rodas<br><input type="checkbox"/> |

**PREOCUPAÇÕES DOS PAIS**

|  |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Com relação ao comportamento atual da sua criança:</b>                              | <b>Não</b>            | <b>Um Pouco</b>       | <b>Muito</b>          |
| Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento de sua criança? | <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**

|   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
|   | <b>Sim</b>            | <b>Não</b>            |
| 1 Alguém fuma cigarro dentro de casa?   | <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"/> |
| 5 No último mês, houve algum dia em que você ou qualquer membro da família passou fome por não ter dinheiro suficiente para comprar comida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|   |                   |                    |                                |                            |
|---|-------------------|--------------------|--------------------------------|----------------------------|
| <b>Durante as últimas duas semanas, com que frequência você ficou chateada por:</b> | <b>Nenhum dia</b> | <b>Alguns Dias</b> | <b>Mais da metade dos dias</b> | <b>Quase todos os dias</b> |
| 6 Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?                                 | 0                 | 1                  | 2                              | 3                          |
| 7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?                               | 0                 | 1                  | 2                              | 3                          |

|   |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
| 8 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu marido/companheiro(a)? | <b>Não tem conflito</b><br><input type="radio"/> | <b>Com algum conflito</b><br><input type="radio"/>     | <b>Muito conflito</b><br><input type="radio"/>        | <b>Não se aplica</b><br><input type="radio"/> |
| 9 Você e seu/sua marido/companheiro(a) resolvem seus desentendimentos               | <b>Sem dificuldade</b><br><input type="radio"/>  | <b>Com alguma dificuldade</b><br><input type="radio"/> | <b>Com muita dificuldade</b><br><input type="radio"/> | <b>Não se aplica</b><br><input type="radio"/> |



# SWYC™ :

## 36 meses

35 meses, 0 dias a 46 meses, 31 dias

Nome da Criança:

Data de Nascimento:

Idade Gestacional:

IG corrigida:

Data de Hoje:

### 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

### 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

|   | Sim                   | Não                   |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1 Alguém fuma cigarro dentro de casa?   | <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"/> |
| 5 No último mês, houve algum dia em que você ou qualquer membro da família passou fome por não ter dinheiro suficiente para comprar comida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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

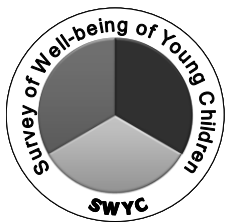
|   | Nenhum dia              | Alguns dias             | Mais da metade dos dias | Quase todos os dias     |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 6 Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |

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

| Não tem conflito      | Com algum conflito    | Muito conflito        | Não se aplica         |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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

| Sem dificuldade       | Com alguma dificuldade | Com muita dificuldade | Não se aplica         |
|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



# SWYC™ :

## 48 meses

47 meses, 0 dias a 58 meses, 31 dias

Nome da Criança:

Data de Nascimento:

Idade Gestacional:

IG corrigida:

### 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

### 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

|   | Sim                   | Não                   |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1 Alguém fuma cigarro dentro de casa?   | <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"/> |
| 5 No último mês, houve algum dia em que você ou qualquer membro da família passou fome por não ter dinheiro suficiente para comprar comida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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

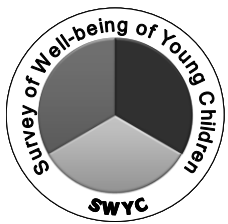
|   | Nenhum dia              | Alguns dias             | Mais da metade dos dias | Quase todos os dias     |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 6 Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |

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

| Não tem conflito      | Com algum conflito    | Muito conflito        | Não se aplica         |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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

| Sem dificuldade       | Com alguma dificuldade | Com muita dificuldade | Não se aplica         |
|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



# SWYC™ :

## 60 meses

59 meses, 0 dias a 65 meses, 31 dias

Nome da Criança:

Data de Nascimento:

Idade Gestacional:

IG corrigida:

### 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

### 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

|   | Sim                   | Não                   |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1 Alguém fuma cigarro dentro de casa?   | <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"/> |
| 5 No último mês, houve algum dia em que você ou qualquer membro da família passou fome por não ter dinheiro suficiente para comprar comida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 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?   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |

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

| Não tem conflito      | Com algum conflito    | Muito conflito        | Não se aplica         |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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

| Sem dificuldade       | Com alguma dificuldade | Com muita dificuldade | Não se aplica         |
|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |