

RECOMENDAÇÕES SOBRE O
MONITORAMENTO DE CRIANÇAS
NASCIDAS DE MÃES INFECTADAS
PELO SARS-CoV-2 DURANTE A
GESTAÇÃO,
NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE DE MINAS GERAIS

BELO HORIZONTE
2020



CUIDA DE **MINAS**

FICHA TÉCNICA

GOVERNADOR

Romeu Zema Neto

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva

SECRETÁRIO-ADJUNTO

Luiz Marcelo Cabral Tavares

CHEFIA DE GABINETE

João Márcio Silva de Pinho

ASSESSORA-CHEFE DE COMUNICAÇÃO

Virgínia Cornélio Silva

COORDENAÇÃO DA AÇÃO ESTRATÉGICA CUIDA DE MINAS

Superintendência de Redes de Atenção à Saúde

Karina Rocha de Oliveira Taranto

Juliana Carolina da Silva

Diretoria de Ações Temáticas e Estratégicas

Mônica Farina Neves Santos

ELABORAÇÃO:

Gabriela Cintra Januário

Natália Carine Soares Cólem Fróes

Cristina Guzmán Siácara

Natália Oliveira Dias

Priscila de Faria Pereira

Mariana da Costa Paes Dayrell

REVISÃO:

Renata Cardoso Ferreira Vaz

Daiana de Carvalho Souza

Bárbara Kelly Leão

COLABORADORAS EXTERNAS:

Aline Almeida Bentes

Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Minas Gerais

Cláudia Regina Lindgren Alves

Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Minas Gerais

Stela Maris Aguiar Lemos

Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Minas Gerais

AGRADECIMENTOS

A oportunidade de fazer a gestão da saúde em parceria com a Academia engrandece e qualifica a assistência prestada à população.

Agradecemos especialmente a nossas colaboradoras externas pela dedicação, entusiasmo e generosidade na elaboração desta Nota Informativa, compartilhando o conhecimento necessário para a organização de uma proposta de monitoramento de crianças nascidas de mães infectadas pela COVID-19 durante a gestação.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO _____	05
2. PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO MONITORAMENTO DE CRIANÇAS NASCIDAS DE MÃES INFECTADAS PELO SARS-CoV-2 DURANTE A GESTAÇÃO _____	07
3. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PRECOCE AVANÇADO (PIPA) _____	09
4. PAPEL DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA ASSISTÊNCIA ÀS CRIANÇAS NASCIDAS DE MÃES INFECTADAS PELO SARS-CoV-2 DURANTE A GESTAÇÃO _____	10
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	11
6. REFERÊNCIAS _____	12
7. ANEXO ÚNICO _____	13

1 APRESENTAÇÃO

Assunto: Recomendações sobre o monitoramento de crianças nascidas de mães infectadas pelo SARS-CoV-2 durante a gestação, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais.

Observação inicial: A pandemia por COVID-19 é uma situação emergente e em constante evolução. As orientações podem mudar de acordo com novas condutas recomendadas pelo Ministério da Saúde, órgãos internacionais e avanços científicos relacionados ao SARS-CoV-2 e à COVID-19.

A COVID-19 é uma doença causada pelo novo coronavírus denominado SARS-CoV-2, que apresenta manifestações clínicas que vão desde infecções assintomáticas até quadros graves, podendo evoluir para o óbito. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, aproximadamente 80% das pessoas infectadas são assintomáticas ou apresentam sintomas leves, e cerca de 20% dos casos requer atendimento hospitalar devido a quadros respiratórios graves, além de complicações hepáticas, renais, hematológicas e gastrointestinais na fase aguda da doença. Após a fase aguda há diversos comprometimentos e sintomas que impactam negativamente na funcionalidade das pessoas como: alterações musculoesqueléticas, deficiências nutricionais, disfagia, alterações pulmonares, alterações cognitivas e psicológicas.

Alguns grupos são considerados de risco para o agravamento da COVID-19, dentre eles: idosos, gestantes, pessoas com condições crônicas, tais como diabetes, hipertensão, obesidade, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica e imunodepressão, e precisam, portanto, de maiores cuidados preventivos para evitar a infecção.

A saúde materno-infantil tem sido foco de muitas pesquisas e discussões durante o período de pandemia. Estudo brasileiro multicêntrico que avaliou 978 gestantes detectou uma taxa de letalidade neste grupo muito elevada, de 12,7%, associada à hipertensão, diabetes e obesidade. Durante a gestação ocorre imunossupressão fisiológica, o que pode explicar o risco de que gestantes infectadas pelo SARS-CoV-2 evoluam com maior gravidade clínica. A hipoxemia que ocorre durante a infecção pode causar diversas repercussões na gestação como: doença vascular placentária, má perfusão, trombos intervilos, levando à hipoxemia e acidemia fetal com prematuridade, restrição do crescimento intrauterino, baixo peso e sofrimento fetal.

Por se tratar de doença descrita recentemente, as consequências para as crianças da exposição ao SARS-CoV-2 durante a gestação ainda não foram identificadas. No entanto, considerando as repercussões da infecção sobre a gestante, o feto e o neurotropismo do vírus, é plausível supor que manifestações tardias possam ocorrer, podendo levar a alterações do desenvolvimento infantil. Embora as evidências sejam incipientes, a transmissão vertical do SARS-CoV-2 já foi relatada. Diante de tantas incertezas sobre as repercussões da exposição intra-útero ao SARS-CoV-2, recomenda-se atenção especial ao desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas de mães infectadas pelo SARS-CoV-2 durante a gravidez, independente da gravidade e da época da contaminação, visando detectar precocemente possíveis alterações.

Desta forma, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), com a responsabilidade de traçar políticas públicas no Sistema Único de Saúde voltadas à promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde da população, tem proposto ações assistenciais para garantir a integralidade do cuidado às pessoas infectadas pela COVID-19.

Considerando o disposto acima, a Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, juntamente com a Coordenação de Saúde Materno Infantil e a Coordenação Estadual de Atenção Primária à Saúde da SES/MG vêm propor o fortalecimento das ações de monitoramento do desenvolvimento neuropsicomotor das crianças nascidas de mães que apresentaram COVID-19 durante a gestação.

2. PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO MONITORAMENTO DE CRIANÇAS NASCIDAS DE MÃES INFECTADAS PELO SARS-CoV-2 DURANTE A GESTAÇÃO.

- As equipes da Atenção Primária à Saúde devem identificar as crianças cujas mães foram infectadas pela COVID-19 durante a gestação, com confirmação pelo RT-PCR ou pela presença de IgG para SARS-CoV-2, realizando busca ativa, se necessário.
- Como preconizado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), os profissionais da APS devem realizar rigorosa vigilância do desenvolvimento destas crianças. O instrumento de Vigilância do Desenvolvimento Infantil da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) deve ser utilizado cuidadosamente em todas as consultas de rotina previstas no calendário básico do Ministério da Saúde (2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses).
- É importante que os profissionais de saúde orientem pais e/ou responsáveis quanto ao acompanhamento do desenvolvimento das crianças.
- É importante que os profissionais da APS verifiquem se as triagens auditiva, visual e biológica (Teste do Pezinho) foram realizadas nos neonatos e se têm resultado negativo para as doenças triadas.
- Nas idades-chave de 4, 9, 12, 18 e 24 meses ou a qualquer momento, se a criança não atingir os marcos de desenvolvimento descritos na CSC, deve-se realizar a triagem sistematizada de alterações do desenvolvimento e do comportamento, usando o questionário Survey of Wellbeing of Young Children (SWYC), conforme anexo único desta Nota Informativa.
- O SWYC identifica crianças com suspeita de atraso do desenvolvimento global, com alterações no comportamento socioemocional e também os fatores de risco no ambiente familiar que possam comprometer o pleno desenvolvimento da criança.
- O SWYC pode ser aplicado de forma presencial ou remota por qualquer profissional da APS, após leitura cuidadosa do anexo único desta Nota.
- As crianças com suspeita de alterações do desenvolvimento/comportamento identificadas pelo SWYC devem ser encaminhadas para o Programa de Intervenção Precoce Avançado (PIPA) de referência da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência ou para algum outro ponto de atenção em reabilitação para avaliação especializada e intervenção precoce.

- As equipes da APS poderão também utilizar outro instrumento de triagem de alterações do desenvolvimento infantil, com o qual tiverem maior familiaridade para monitoramento das crianças, encaminhando os casos com suspeita de atraso para a atenção especializada.
- O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e/ou profissionais ligados à reabilitação na atenção primária (fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, dentre outras) poderão ser acionados para início imediato da estimulação da criança e orientação da família, enquanto aguardam atendimento no serviço especializado.
- No caso da criança ser encaminhada ao serviço especializado de reabilitação, ainda assim o acompanhamento pelos profissionais da atenção primária deve ser mantido, conforme descrito anteriormente, realizando busca ativa, se necessário.
- Caso a equipe da APS identifique que estas crianças apresentem condições de saúde fora do escopo da APS ou da reabilitação, as mesmas deverão ser referenciadas para outros pontos de atenção especializada, como exemplo os Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE).

3. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PRECOCE AVANÇADO (PIPA)

O PIPA é um programa da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência de Minas Gerais que objetiva: incentivar o acompanhamento dos neonatos de risco, realizar o diagnóstico precoce de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, promover a intervenção precoce no intuito de prevenir agravos e proporcionar melhor prognóstico e qualidade de vida às crianças. Este programa é vinculado aos Serviços Especializados de Reabilitação em Deficiência Intelectual (SERDI) e aos Centros Especializados em Reabilitação (CER) na atenção especializada da Rede de Cuidados.

A detecção precoce possibilita que as equipes multiprofissionais dos serviços de reabilitação intervenham em momento oportuno, por meio da elaboração de projetos terapêuticos individualizados (PTI) em conjunto com a família e equipe da APS de referência da criança, que desenvolvam as habilidades necessárias para um melhor desenvolvimento global e inclusão social.

4. PAPEL DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA ASSISTÊNCIA ÀS CRIANÇAS NASCIDAS DE MÃES INFECTADAS PELO SARS-CoV-2 DURANTE A GESTAÇÃO.

- Os pontos de atenção especializada responsáveis pelo monitoramento de neonatos de risco devem receber das equipes da APS as crianças nascidas de mães que tiveram COVID-19 durante a gestação e apresentaram suspeita de alteração do desenvolvimento e comportamento ou risco de Transtorno do Espectro Autista à avaliação do SWYC ou outro instrumento de triagem de alterações do desenvolvimento.
- Deve-se realizar avaliação do neurodesenvolvimento por meio de instrumentos e exames validados e cientificamente reconhecidos.
- Uma vez confirmado o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, o serviço deverá iniciar imediatamente a intervenção precoce, ou encaminhar a criança para outro ponto de atenção que garanta este atendimento.
- A equipe deverá realizar avaliação e atendimento multiprofissional, garantindo assistência integral à criança.
- O projeto terapêutico individualizado (PTI) deverá ser elaborado juntamente com a família e a equipe da APS, contemplando os aspectos biopsicossocial, espiritual e cultural da criança e familiares.
- Caso a equipe da atenção especializada não identifique atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, a criança deverá ser contrarreferenciada para a APS e os familiares deverão ser orientados sobre as avaliações realizadas e condutas específicas, se houver.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- É fundamental o alinhamento entre os serviços da APS e da atenção especializada, em especial da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, para que o acompanhamento das crianças, pelo menos até os 24 meses de vida, esteja sempre atrelado ao encaminhamento responsável diante da suspeita de algum atraso no desenvolvimento das crianças.
- Considerando que a COVID-19 é uma doença recente e com evidências ainda em construção, os profissionais da área da saúde devem zelar pela qualidade das orientações repassadas às famílias das crianças evitando preocupações desnecessárias.
- Durante os atendimentos os profissionais deverão adotar as medidas de segurança sanitárias e seguir as recomendações do “Guia de Biossegurança para Retomada dos Serviços Ambulatoriais em Tempos da Pandemia por COVID-19”, para evitar a disseminação do vírus. Esse Guia foi elaborado pela Ação Estratégica Cuida de Minas e está disponível em www.saude.mg.gov.br/cuidademinas.
- Os gestores municipais devem se organizar diante do cenário epidemiológico e da demanda específica de cada território, objetivando a articulação das Redes de Atenção à Saúde para garantir fluxos de referência e contrarreferência efetivos, conforme as necessidades em saúde, a vulnerabilidade social e econômica da população.
- As Juntas Reguladoras da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência devem participar ativamente na organização do fluxo assistencial nos territórios.

6. REFERÊNCIAS

Rozycki HJ, Kotecha S. Covid-19 in pregnant women and babies: What pediatricians need to know. *Paediatr Respir Rev.* 2020;35:31-37.

Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet.* 2020;395(10226):809-15.

Vivanti AJ, Vauloup-Fellous C, Prevot S, Zupan V, Suffee C, Do Cao J et al. Transplacental transmission of SARS-CoV-2 infection. *Nat Commun.* 2020;14;11(1):3572.

Elshafeey F, Magdi R, Hindi N, Elshebiny M, Farrag N, Mahdy S et al. A systematic scoping review of COVID-19 during pregnancy and childbirth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;150(1):47-52.

Dashraath P, Wong JLJ, Lim MXK, Lim LM, Li S et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;222(6):521-531.

Karimi-Zarchi M, Neamatzadeh H, Dastgheib SA, Abbasi H, Mirjalili SR, Behforouz A et al. Vertical transmission of coronavirus disease 19 (COVID-19) from infected pregnant mothers to neonates: A review. *Fetal Pediatr Pathol.* 2020;39(3):246-250.

Wong SF, Chow KM, Leung TN, Ng WF, Ng TK, Shek CC et al. Pregnancy and perinatal outcomes of women with severe acute respiratory syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(1):292-297.

7. ANEXO ÚNICO

SWYC-BR

Manual para aplicação e interpretação

Este é um breve resumo da versão brasileira do *Survey of Wellbeing of Young Children* (SWYC-BR). Antes de implementar o SWYC-BR na prática clínica ou em um ambiente comunitário é essencial uma leitura cuidadosa das orientações para aplicação e interpretação dos questionários que compõe o SWYC.

Introdução ao SWYC-BR

O SWYC-BR é um instrumento disponível gratuitamente, abrangente, para triagem de alterações do desenvolvimento e do comportamento em crianças com menos de 65 meses de idade. O instrumento foi projetado para ser respondido pelos pais ou por outros cuidadores no contexto dos atendimentos de rotina para acompanhamento da saúde das crianças, mas pode ser usado também em outros cenários, como nos centros de educação infantil (creches e pré-escolas) e visitas domiciliares.

As perguntas do SWYC-BR são curtas, fáceis de ler e simples de responder. Para a maioria dos pais, a aplicação do instrumento inteiro leva 10 minutos ou menos. Sendo um instrumento de triagem, deve ser usado como um primeiro passo na avaliação de crianças com risco de problemas de comportamento e desenvolvimento.

Componentes do SWYC

O SWYC-BR avalia múltiplos domínios do bem-estar das crianças:

- O formulário *Marcos do Desenvolvimento (MD)* avalia o desenvolvimento cognitivo, de linguagem e motor da criança.
- Os formulários *Lista de Sintomas do Bebê (BPSC)* e *Lista de Sintomas Pediátricos (PPSC)* avaliam os sintomas comportamentais e emocionais em crianças menores de 18 meses e entre 18 e 65 meses,

respectivamente.

- O formulário *Observações dos Pais sobre a Interação Social (POSI)* avalia o risco de transtorno do espectro do autismo (TEA) em crianças de 16 a 36 meses.
- O formulário *Perguntas sobre a Família* avalia o estresse presente no ambiente familiar da criança, incluindo depressão dos pais, conflitos familiares, abuso de substâncias, insegurança alimentar e preocupações dos pais com o comportamento, aprendizado ou desenvolvimento da criança.

Instruções para aplicação, pontuação e interpretação dos resultados

Marcos de Desenvolvimento (MD)

1. Calcule a idade da criança em meses e escolha o formulário adequado para esta idade.
2. Cada formulário possui 10 itens. Cada item tem 3 opções de resposta, de acordo com o quanto a criança é capaz de realizar aquela habilidade. Pontue cada item da seguinte forma:
 - "Ainda não" corresponde a "0 pontos";
 - "Um pouco" corresponde a "1 ponto" e,
 - "Muito" corresponde "2 pontos".Itens não assinalados contam como "0 pontos".



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	<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"/>
Brinca de "escondeu-achou" ou "bate palminhas"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chama você de "mama" ou "papa" ou nome parecido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olha ao redor quando você diz coisas como "Onde está sua mamadeira?" ou "Onde está seu cobertor?"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Imita sons que você faz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atravessa um cômodo andando sem ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atende pedidos como "Venha cá" ou "Me dá a bola"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Version 2, 5-23-16

Flooring Hospital
for Children
at Tufts
Medical Center

© 2010 Tufts Medical Center, Inc. All rights reserved.

3. A pontuação dos 10 itens deve ser somada para calcular a pontuação total.
4. A tabela a seguir apresenta a pontuação mínima esperada para identificação de suspeita de atraso do desenvolvimento em cada idade. Na primeira coluna está a identificação dos formulários do SWYC. Na segunda coluna consta a idade da criança em meses. E na última coluna está pontuação mínima esperada para cada idade (ponto de corte).
5. Consulte a tabela de pontuação do SWYC-BR. Determine se a pontuação total da criança é menor ou igual à pontuação mínima para idade. Neste caso, encaminhe para o Programa de Intervenção Precoce Avançado (PIPA) da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência ou para algum outro ponto de atenção de reabilitação para avaliação especializada e intervenção precoce. Se a pontuação da criança está acima do ponto de corte, isto significa que o desenvolvimento "parece atender às expectativas da idade".

Questionário MD-SWYC-BR	Idade em meses	Pontuação mínima esperada para cada idade (amostra brasileira)
		Pontos
2 meses	1 - 3	13
4 meses	4	12
	5	14
6 meses	6 - 7	13
	8	15

9 meses	9 - 10	13
	11	14
12 meses	12 - 14	13
15 meses	15	12
	16 - 17	13
18 meses	18 - 20	12
	21 - 22	13
24 meses	23 - 25	13
	26 - 28	14
30 meses	29 - 30	12
	31 - 34	13
36 meses	35 - 39	12
	40 - 46	13
48 meses	47 - 50	11
	51 - 58	12
60 meses	59 - 62	11
	63 - 65	12

Lista de Sintomas do Bebê (BPSC)

1. Este formulário deve ser usado para as crianças menores de 15 meses.
2. O BPSC é dividido em três subescalas (inflexibilidade, irritabilidade e dificuldades com a rotina), cada uma com quatro itens. Cada item tem 3 opções de resposta, que refletem o comportamento da criança. Pontue cada item da seguinte forma e depois some os pontos em cada subescala:
 - Resposta "Não" pontue com "0"
 - Resposta "Um pouco" pontue "1"
 - Resposta "Muito" pontue "2"
3. Quando a soma dos pontos em qualquer uma das três subescalas for maior ou igual a "3" e a criança também apresentar suspeita de atraso de desenvolvimento, o profissional deverá encaminhá-la para a atenção especializada. Se os marcos do desenvolvimento estiverem dentro do esperado para a idade e a criança somar mais do que 3 pontos em alguma das subescalas, o profissional deverá reavaliar a criança em nova consulta, discutir o resultado do BPSC com os pais e com outros profissionais da equipe antes de referir a criança para a atenção especializada.



BPSC:
1 mês, 0 dias até 17 meses, 31 dias
1 month, 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#):

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	≥3
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	≥3
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	≥3
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 dela? Você tem alguma preocupação com o comportamento de sua criança?	Não	Um pouco	Muito	
	0	1	2	

Floating Hospital for Children
Tufts Medical Center
© 2010, Tufts Medical Center, Inc. All rights reserved.

Lista de Sintomas Pediátricos (PPSC)

1. Este formulário deve ser usado para as crianças acima de 15 meses.
2. O PPSC apresenta 18 questões relacionadas a comportamentos internalizantes, comportamentos externalizantes, problemas de atenção e dificuldades com a rotina, cada questão com quatro itens. Cada item tem 3 opções de resposta, que refletem os comportamentos da criança. Pontue cada item da seguinte forma e depois some os pontos:
 - Resposta "Não" pontue com "0"
 - Resposta "Um pouco" pontue "1"
 - Resposta "Muito" pontue "2"
3. Quando a soma dos pontos for maior ou igual a "9" e a criança também apresentar suspeita de atraso de desenvolvimento, o profissional deverá encaminhá-la para a atenção especializada. Se os marcos do desenvolvimento estiverem dentro do esperado para a idade e a criança somar mais do que 9 pontos, o profissional deverá reavaliar a criança em nova consulta, discutir o resultado do PPSC com os pais e com outros profissionais da equipe antes de referir a criança para a atenção especializada.



PPSC.
18 meses, 0 dias a 65 meses, 31 dias
18 months, 0 days to 65 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#):

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
Sua criança...	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"/>
Sua criança é...	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"/>
É difícil para você...	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"/>
	Mantiver 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"/>

≥9

floating Hospital for Children Tufts Medical Center

© 2010 Tufts Medical Center, Inc. All rights reserved.

Observações dos Pais sobre a Interação Social (POSI)

1. Este formulário deve ser preenchido para as crianças entre 16 e 36 meses.
2. O POSI apresenta 7 questões relativas aos comportamentos de interação social da criança. A pontuação máxima no formulário POSI é 7 pontos.
3. As 5 primeiras questões possuem 5 alternativas cada, indicando com que frequência a criança apresenta cada comportamento. Os pais devem escolher apenas 1 resposta para cada pergunta. Se os pais escolherem respostas que fazem parte das três últimas opções à direita do formulário, a pergunta será pontuada como "1"; caso contrário, será pontuada como "0".
4. Nas 2 últimas questões, os pais podem escolher mais de uma opção de resposta para cada pergunta. Nestas questões, se os pais tiverem selecionado uma ou mais respostas que fazem parte das três últimas opções à direita do formulário, a pergunta será pontuada como "1"; caso contrário, será pontuada como "0". Ou seja, cada uma destas 2 questões recebe no máximo 1 ponto.
5. Um resultado de 3 ou mais pontos indica que a criança está "em risco" de apresentar transtornos do espectro autista (TEA) e precisa de uma avaliação especializada.



OBSERVAÇÕES DOS PAIS SOBRE INTERAÇÃO SOCIAL

Nome da Criança (Child name):
 Data de Nascimento (DOB):
 Idade Gestacional (gestational age):
 Data de Hoje (date of administration):
 IG Corrigida (ID#):

(POSJ)
 18 meses, 0 dias até 34 meses, 31 dias
 18 months, 0 days to 34 months, 31 days
 V1.07, 4/1/17

OBSERVAÇÕES DOS PAIS SOBRE INTERAÇÃO SOCIAL (POSJ)					
Sua criança traz coisas para mostrar a você?	Muitas vezes ao dia <input type="radio"/>	Algumas vezes ao dia <input type="radio"/>	Algumas vezes na semana <input type="radio"/>	Menos de uma vez por semana <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
	Sempre	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Sua criança se interessa de brincar com outras crianças?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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 <input type="checkbox"/>	Aponta para o que quer com o dedo <input type="checkbox"/>	Alcança o que quer <input type="checkbox"/>	Me puxa ou coloca minha mão no objeto <input type="checkbox"/>	Resmunga, chora ou grita <input type="checkbox"/>
Quais são as brincadeiras favoritas de sua criança?	Brincar com bonecos ou bichos de pelúcia <input type="checkbox"/>	Ler livros com você <input type="checkbox"/>	Subir nas coisas, correr e movimentar-se <input type="checkbox"/>	Enfileirar brinquedos ou outras coisas <input type="checkbox"/>	Ficar olhando coisas que giram como ventiladores ou rodas <input type="checkbox"/>

≥3

Perguntas sobre a Família


Na última parte dos formulários há um conjunto de perguntas sobre o contexto familiar e preocupações da família com o comportamento e desenvolvimento da criança. Respostas positivas aos itens desta lista indicam que a criança deve ser acompanhada cuidadosamente devido a existência de fatores de risco no ambiente familiar.

Se, depois de revisar as respostas para as “Perguntas sobre a Família” for detectado que a criança ou algum membro da família possa estar em risco imediato de danos, o profissional deve identificar as necessidades da família e conduzir o caso considerando os recursos disponíveis na atenção primária, na rede especializada ou nas ações intersetoriais do município.

1. A **Questão 1** aborda uso de cigarro e as **Questões 2, 3 e 4**, o abuso de substâncias ilícitas por algum membro da família e a triagem é considerada positiva se os pais responderem sim para qualquer das perguntas.
2. A **Questão 5** aborda se a família está vivenciando insegurança alimentar e a triagem é considerada positiva se os pais escolherem as opções “sempre” ou “algumas vezes”.
3. As **Questões 6 e 7** fazem a triagem de depressão nos pais, baseado no “Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)” e são interpretadas conjuntamente. Se a soma das respostas das duas questões for **3 ou mais**, indica suspeita

de depressão parental. Cada questão apresenta quatro opções de resposta que são pontuadas da seguinte forma:

1. "Nenhum dia" recebe a pontuação "0",
 2. "Alguns dias" é dado "1",
 3. "Mais da metade dos dias" recebe "2" e
 4. "Quase todos os dias" é dado "3" pontos.
2. As **Questões 8 e 9** são baseadas na escala *Woman Abuse Screening Tool (WAST)* e permitem a triagem para violência doméstica. As questões 8 e 9 são interpretadas conjuntamente. Se os pais escolherem as opções "Muito conflito" e/ou "Muita dificuldade", a triagem será considerada positiva.
4. **Preocupações dos pais:** se os pais afirmam que estão "Um Pouco" ou "Muito" preocupados com seu(sua) filho(a), os profissionais devem usar esta informação como uma oportunidade para conversas adicionais sobre com o comportamento, desenvolvimento ou aprendizado da criança.



PERGUNTAS SOBRE A FAMÍLIA
(Family Questions)
1 meses 0 dias até 65 meses, 31 dias
1 month, 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#):

PERGUNTAS SOBRE A FAMÍLIA (Family Questions)				
	Sim	Não		
1 Alguém 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"/>	
6 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu/ sua marido/companheiro(a)?	<input type="radio"/> Não tem conflito <input type="radio"/> Sem dificuldade de	<input type="radio"/> Com algum conflito <input type="radio"/> Com alguma dificuldade de	<input type="radio"/> Muito conflito <input type="radio"/> Com muita dificuldade	<input type="radio"/> Não se aplica <input type="radio"/> 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"/>
	(0)	(1)	(2)	(3) (4) (5) (6) (7)

Os questionários traduzidos para o português estão disponíveis em:

<https://www.floatinghospital.org/The-Survey-of-Wellbeing-of-Young-Children/Translations.aspx>

Quadro de interpretação do SWYC

O Quadro abaixo deve ser usado para auxiliar na interpretação do SWYC e na definição de conduta das equipes da atenção primária à saúde.

Interpretação dos formulários do SWYC, classificação e conduta conforme a faixa etária da criança

Formulários	Idade (meses)	Pontuação	Classificação quanto ao risco	Conduta
Marcos do Desenvolvimento (MD)	0 a 65 meses	Atingiu pontuação mínima esperada para a idade.	Desenvolvimento dentro do esperado para idade	Manter monitoramento.
		Não atingiu a pontuação mínima esperada para a idade.	Suspeita alteração do desenvolvimento	Encaminhar para avaliação no PIPA ou outro ponto de atenção especializada.
Lista de Sintomas do Bebê (BPSC)	menores de 18 meses	Pontuação menor a 3 em cada subescala.	Comportamento dentro do esperado para idade	Manter monitoramento.
		Atingiu pontuação igual ou maior a 3 em alguma subescala, mas os marcos do desenvolvimento estão dentro do esperado para idade.	Suspeita de alteração do comportamento	Discussão do caso com outros profissionais da APS e com família. Reavaliação em nova consulta. Olhar atento para o desenvolvimento da criança.
		Atingiu pontuação igual ou maior a 3 em alguma das subescala e marcos do desenvolvimento indicam suspeita de alteração	Suspeita de alteração do desenvolvimento e comportamento.	Encaminhar para avaliação no PIPA ou outro ponto de atenção especializada.
Lista de Sintomas Pediátricos (PPSC)	18 meses ou mais	Pontuação menor a 9 em cada subescala.	Comportamento dentro do esperado para idade	Manter monitoramento.
		Atingiu pontuação igual ou maior a 9 e marcos do desenvolvimento estão dentro do esperado para idade.	Suspeita de alteração do comportamento	Discussão do caso com outros profissionais da APS e com família. Reavaliação em nova consulta. Olhar atento para o desenvolvimento da criança.
		Atingiu pontuação igual ou maior a 9 e marcos do desenvolvimento indicam suspeita de alteração	Suspeita de alteração do desenvolvimento e comportamento.	Encaminhar para avaliação no PIPA ou outro ponto de atenção especializada.
Observação dos Pais sobre a Interação Social (POSI)	16 a 36 meses	Menor que 3.	Interação social dentro do esperado para a idade	Manter monitoramento.

		Maior ou igual a 3.	Risco de Transtorno do Espectro Autista	Encaminhar para avaliação no PIPA ou outro ponto de atenção especializada.
Perguntas sobre a Família	0 a 65 meses	Triagem negativa para os itens	Baixo risco no ambiente familiar	Manter monitoramento.
		Triagem positiva para algum dos fatores de risco	Existência de fatores de risco no ambiente familiar.	Identificar as necessidades da família e conduzir o caso considerando os recursos na APS ou nas ações intersetoriais do município.

APS: Atenção Primária à Saúde; PIPA: Programa de Intervenção Precoce Avançado.

Folha de Pontuação Longitudinal

A folha de pontuação longitudinal pode ser usada para registrar os resultados dos formulários em cada visita da criança ao serviço de saúde, permitindo uma avaliação do conjunto dos resultados ao longo do tempo.

Nome da Criança:

Data de Nascimento:

Formulário	Idade (m)	Desenvolvimento		BPSC						Fuma cigarro	Mais do que significou	Necessário cortar	Teve um efeito ruim	Fome	Depressão (escore total 2 itens)	Tensão	Argumentos	Preocupação Dos Pais		
		Necessita Reavaliação	Parece satisfazer a expectativa da idade	Irritabilidade		Inflexibilidade		Rotinas										Desen	Comp	
				Parece ok	Necessita Reavaliação	Parece ok	Necessita Reavaliação	Parece ok	Necessita Reavaliação											
2	1-3	≤12	≥13	<3	≥3	<3	≥3	<3	≥3	N	N	N	N	N	<3	≥3	-	-	N	N
	4	≤11	≥12							S	S	S	S	S	<3	≥3	+	+	S	S
4m	5	≤13	≥14	<3	≥3	<3	≥3	<3	≥3	N	N	N	N	N	<3	≥3	-	-	N	N
	6	≤12	≥13							S	S	S	S	S	<3	≥3	+	+	S	S
6m	7	≤12	≥13	<3	≥3	<3	≥3	<3	≥3	N	N	N	N	N	<3	≥3	-	-	N	N
	8	≤14	≥15							S	S	S	S	S	<3	≥3	+	+	S	S
9m	9	≤12	≥13	<3	≥3	<3	≥3	<3	≥3	N	N	N	N	N	<3	≥3	-	-	N	N
	10	≤12	≥13							S	S	S	S	S	<3	≥3	+	+	S	S
12m	11	≤13	≥14	<3	≥3	<3	≥3	<3	≥3	N	N	N	N	N	<3	≥3	-	-	N	N
	12	≤12	≥13							S	S	S	S	S	<3	≥3	+	+	S	S
15m	13	≤12	≥13	<3	≥3	<3	≥3	<3	≥3	N	N	N	N	N	<3	≥3	-	-	N	N
	14	≤12	≥13							S	S	S	S	S	<3	≥3	+	+	S	S
15m	15	≤11	≥12	<3	≥3	<3	≥3	<3	≥3	N	N	N	N	N	<3	≥3	-	-	N	N
	16	≤12	≥13							S	S	S	S	S	<3	≥3	+	+	S	S
17	≤12	≥13							S	S	S	S	S	<3	≥3	+	+	S	S	
				PPSC		POSI														
18 m	18	≤11	≥12							N	N	N	N	N			-	-	N	N
	19	≤11	≥12							S	S	S	S	S	<3	≥3	+	+	S	S
	20	≤11	≥12	<9	≥9	<3	≥3													
	21	≤12	≥13																	
24m	22	≤13	≥13							S	S	S	S	S			+	+	S	S
	23	≤12	≥13	<9	≥9	<3	≥3			N	N	N	N	N			-	-	N	N
	24	≤12	≥13							S	S	S	S	S	<3	≥3	+	+	S	S
	25	≤12	≥13																	
30m	26	≤13	≥14							S	S	S	S	S			+	+	S	S
	27	≤13	≥14							N	N	N	N	N			-	-	N	N
	28	≤13	≥14							S	S	S	S	S	<3	≥3	+	+	S	S
	29	≤11	≥12	<9	≥9	<3	≥3													
36m	30	≤11	≥12							N	N	N	N	N			-	-	N	N
	31	≤11	≥12							S	S	S	S	S	<3	≥3	+	+	S	S
	32	≤12	≥13																	
	33	≤12	≥13							S	S	S	S	S			+	+	S	S
	34	≤12	≥13							N	N	N	N	N			-	-	N	N
	35	≤11	≥12	<9	≥9					S	S	S	S	S	<3	≥3	+	+	S	S
36	≤11	≥12																		
37	≤11	≥12																		
38-39	≤11	≥12																		
40-41	≤12	≥13																		
42-43	≤12	≥13																		
44-46	≤12	≥13																		



48m	47	≤10	≥11	△	≥9
	48-50	≤10	≥11		
	51-53	≤11	≥12		
	54-57	≤11	≥12		
	58	≤11	≥12		
60m	59-62	≥10	≥11	△	≥9
	63-65	≥11	≥12		



www.TheSWYC.org

N	N	N	N	N			-	-	N	N
S	S	S	S	S	<3	≥3	+	+	S	S
N	N	N	N	N			-	-	N	N
S	S	S	S	S	<3	≥3	+	+	S	S



Referências

- Moreira RS, Magalhães LC, Siqueira CM, Alves CR. Cross-cultural adaptation of the child development surveillance instrument “Survey of Wellbeing of Young Children (SWYC)” in the Brazilian context. *J Hum Growth Dev.* 2019;29(1):28–38. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.145001>
- Moreira RS, Magalhães LC, Siqueira CM, Alves CRL. “Survey of Wellbeing of Young Children (SWYC)”: how does it fit for screening developmental delay in Brazilian children aged 4 to 58 months? *Res Dev Disabil* [Internet]. 2018;78:78–88. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.05.003>
- Perrin EC, Sheldrick C, Visco Z, Mattern K. The Survey of Well-being of Young Children (SWYC) User’s Manual [Internet]. 2016;1–157. Available from: www.theSWYC.org
- Sheldrick RC, Perrin EC. Evidence-based milestones for surveillance of cognitive, language, and motor development. *Acad Pediatr.* 2013 Nov;13(6):577–86. <https://doi:10.1016/j.acap.2013.07.001>
- Perrin EC, Sheldrick RC. The Survey of Well-being of Young Children [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 25]. Available from: <https://www.floatinghospital.org/The-Survey-of-Wellbeing-of-Young-Children/Translations.aspx>
- Sheldrick, R.C., Henson, B.S., Neger, E.N., Merchant, S., Murphy, J.M., & Perrin, E.C (2012). The Baby Pediatric Symptom Checklist (BPSC): Development and initial validation of a new social-emotional screening instrument. *Academic Pediatrics.* 2013 13(1):72-80. doi: 10.1016/j.acap.2012.08.003. Epub 2012 Oct 23. epub ahead of print Oct 20 2012. PMID:23092547.
- Sheldrick, R.C., Henson, B.S., Merchant, S., Neger, E.N., Murphy, J.M., & Perrin, E.C (2012). The Preschool Pediatric Symptom Checklist (PPSC): Development and initial validation of a new social-emotional screening instrument. *Academic Pediatrics,* 12(5):456-67. PMID: 22921494.
- Smith, N, Sheldrick, R.C., Perrin, E.C. (2012). An abbreviated screening instrument for Autism Spectrum Disorders. *Infant Ment. Health J.* doi: 10.1002/imhj.21356. E-pub July 26, 2012.





SWYC: 2 meses

1 mês, 0 dias até 3 meses, 31 dias
11/11/2015

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
É difícil acalmar sua criança?	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
É difícil colocar sua criança para dormir?	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

Based on English Version 1, 10/1/2013

***** Please continue on the back *****

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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 companheiro(a) resolvem seus desentendimentos

Sem dificuldade

Com alguma dificuldade

Com muita dificuldade

Não se aplica



SWYC: 4 meses

4 meses, 0 dias até 5 meses, 31 dias
11/11/2015

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
É difícil acalmar sua criança?	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
É difícil colocar sua criança para dormir?	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

Based on English Version 1, 10/1/2013

***** Please continue on the back *****

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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 companheiro(a) resolvem seus desentendimentos

Sem dificuldade

Com alguma dificuldade

Com muita dificuldade

Não se aplica



SWYC: 6 meses

6 meses, 0 dias até 8 meses, 31 dias
11/11/2015

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
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
É difícil acalmar sua criança?	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
É difícil colocar sua criança para dormir?	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

Based on English Version 1, 10/1/2013

***** Please continue on the back *****

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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 companheiro(a) resolvem seus desentendimentos

Sem dificuldade

Com alguma dificuldade

Com muita dificuldade

Não se aplica



SWYC: 9 meses

9 meses 0 dias até 11 meses, 31 dias
11/11/15

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?" 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
É difícil acalmar sua criança?	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
É difícil colocar sua criança para dormir?	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

Based on English Version 1, 10/1/2013

***** Please continue on the back *****

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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 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
11/11/15

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
É difícil acalmar sua criança?	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
É difícil colocar sua criança para dormir?	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

Based on English Version 1, 10/1/2013

***** Please continue on the back *****

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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 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
11/11/15

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
É difícil acalmar sua criança?	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
É difícil colocar sua criança para dormir?	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

Based on English Version 1, 10/1/2013

***** Please continue on the back *****

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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 companheiro(a) resolvem seus desentendimentos

Sem dificuldade

Com alguma dificuldade

Com muita dificuldade

Não se aplica



SWYC: 18 meses

18 meses, 0 dias a 22 meses, 31 dias
11/11/15

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
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
Sua criança...			
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
Sua criança é...			
Agressiva?	0	1	2
Inquieta ou incapaz de ficar sentada?	0	1	2
Brava\ Zangada?	0	1	2
É difícil para você...			
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

Based on English Version 1, 10/1/2013

***** Please continue on the back *****

OBSERVAÇÕES DOS PAIS SOBRE INTERAÇÃO SOCIAL (POSI)

	Muitas vezes ao dia	Algumas vezes ao dia	Algumas vezes na semana	Menos de uma vez por semana	Nunca
Sua criança traz coisas para mostrar a você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sempre	Frequente mente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Sua criança se interessa de brincar com outras crianças?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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 <input type="checkbox"/>	Aponta para o que quer com o dedo <input type="checkbox"/>	Alcança o que quer <input type="checkbox"/>	Me puxa ou coloca minha mão no objeto <input type="checkbox"/>	Resmunga, chora ou grita <input type="checkbox"/>
Quais são as brincadeiras favoritas de sua criança?	Brincar com bonecos ou bichos de pelúcia <input type="checkbox"/>	Ler livros com você <input type="checkbox"/>	Subir nas coisas, correr e movimentar-se <input type="checkbox"/>	Enfileirar brinquedos ou outras coisas <input type="checkbox"/>	Ficar olhando coisas que giram como ventiladores ou rodas <input type="checkbox"/>

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 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

				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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu marido/companheiro(a)?	Não tem conflito <input type="radio"/>	Com algum conflito <input type="radio"/>	Muito Conflito <input type="radio"/>	Não se aplica <input type="radio"/>
9	Você e seu/sua companheiro(a) resolvem seus desentendimentos	Sem dificuldade <input type="radio"/>	Com alguma dificuldade <input type="radio"/>	Com muita dificuldade <input type="radio"/>	Não se aplica <input type="radio"/>



SWYC: 24 meses

23 meses, 0 dias a 28 meses, 31 dias
11/11/15

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	<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
Sua criança...			
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"/>
Sua criança é...			
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"/>
É difícil para você...			
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"/>

Based on English Version 1, 10/1/2013

***** Please continue on the back *****

OBSERVAÇÕES DOS PAIS SOBRE INTERAÇÃO SOCIAL (POSI)

	Muitas vezes ao dia	Algumas vezes ao dia	Algumas vezes na semana	Menos de uma vez por semana	Nunca
Sua criança traz coisas para mostrar a você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sempre	Frequente mente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Sua criança se interessa de brincar com outras crianças?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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 <input type="checkbox"/>	Aponta para o que quer com o dedo <input type="checkbox"/>	Alcança o que quer <input type="checkbox"/>	Me puxa ou coloca minha mão no objeto <input type="checkbox"/>	Resmunga, chora ou grita <input type="checkbox"/>
Quais são as brincadeiras favoritas de sua criança?	Brincar com bonecos ou bichos de pelúcia <input type="checkbox"/>	Ler livros com você <input type="checkbox"/>	Subir nas coisas, correr e movimentar-se <input type="checkbox"/>	Enfileirar brinquedos ou outras coisas <input type="checkbox"/>	Ficar olhando coisas que giram como ventiladores ou rodas <input type="checkbox"/>

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 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

1 Alguém fuma cigarro dentro de casa?				Sim	Não
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"/>
<i>Durante as últimas duas semanas, com que frequência você ficou chateada por:</i>	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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu marido/companheiro(a)?	Não tem conflito <input type="radio"/>	Com algum conflito <input type="radio"/>	Muito Conflito <input type="radio"/>	Não se aplica <input type="radio"/>	
9 Você e seu/sua companheiro(a) resolvem seus desentendimentos	Sem dificuldade <input type="radio"/>	Com alguma dificuldade <input type="radio"/>	Com muita dificuldade <input type="radio"/>	Não se aplica <input type="radio"/>	



SWYC: 30 meses

29 meses, 0 dias a 34 meses, 31 dias
11/11/15

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
Sua criança...			
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
Sua criança é...			
Agressiva?	0	1	2
Inquieta ou incapaz de ficar sentada?	0	1	2
Brava\ Zangada?	0	1	2
É difícil para você...			
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

Based on English Version 1, 10/1/2013

***** Please continue on the back *****

OBSERVAÇÕES DOS PAIS SOBRE INTERAÇÃO SOCIAL (POSI)

	Muitas vezes ao dia	Algumas vezes ao dia	Algumas vezes na semana	Menos de uma vez por semana	Nunca
Sua criança traz coisas para mostrar a você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sempre	Frequente mente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Sua criança se interessa de brincar com outras crianças?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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 <input type="checkbox"/>	Aponta para o que quer com o dedo <input type="checkbox"/>	Alcança o que quer <input type="checkbox"/>	Me puxa ou coloca minha mão no objeto <input type="checkbox"/>	Resmunga, chora ou grita <input type="checkbox"/>
Quais são as brincadeiras favoritas de sua criança?	Brincar com bonecos ou bichos de pelúcia <input type="checkbox"/>	Ler livros com você <input type="checkbox"/>	Subir nas coisas, correr e movimentar-se <input type="checkbox"/>	Enfileirar brinquedos ou outras coisas <input type="checkbox"/>	Ficar olhando coisas que giram como ventiladores ou rodas <input type="checkbox"/>

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 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

1 Alguém fuma cigarro dentro de casa?				Sim	Não
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"/>
<i>Durante as últimas duas semanas, com que frequência você ficou chateada por:</i>	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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu marido/companheiro(a)?	Não tem conflito <input type="radio"/>	Com algum conflito <input type="radio"/>	Muito Conflito <input type="radio"/>	Não se aplica <input type="radio"/>	
9 Você e seu/sua companheiro(a) resolvem seus desentendimentos	Sem dificuldade <input type="radio"/>	Com alguma dificuldade <input type="radio"/>	Com muita dificuldade <input type="radio"/>	Não se aplica <input type="radio"/>	



SWYC: 36 meses

35 meses, 0 dias a 46 meses, 31 dias
11/11/15

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
Sua criança...			
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
Sua criança é...			
Agressiva?	0	1	2
Inquieta ou incapaz de ficar sentada?	0	1	2
Brava\ Zangada?	0	1	2
É difícil para você...			
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

Based on English Version 1, 10/1/2013

***** Please continue on the back *****

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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 companheiro(a) resolvem seus desentendimentos

Sem dificuldade

Com alguma dificuldade

Com muita dificuldade

Não se aplica



SWYC:

48 meses

47 meses, 0 dias a 58 meses, 31 dias
11/11/15

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
Sua criança...			
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
Sua criança é...			
Agressiva?	0	1	2
Inquieta ou incapaz de ficar sentada?	0	1	2
Brava\ Zangada?	0	1	2
É difícil para você...			
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

Based on English Version 1, 10/1/2013

***** Please continue on the back *****

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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 companheiro(a) resolvem seus desentendimentos

Sem dificuldade

Com alguma dificuldade

Com muita dificuldade

Não se aplica



SWYC: 60 meses

59 meses, 0 dias a 65 meses, 31 dias
11/11/15

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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desenha formas simples como um círculo ou quadrado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fala palavras no plural, por exemplo, pés, meninos, frutas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa palavras como "ontem" e "amanhã" corretamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fica sem urinar na cama a noite toda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segue regras simples quando brinca com jogos de tabuleiros ou de cartas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Copia seu primeiro nome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desenha figuras que você reconhece	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colore um desenho dentro das linhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sabe falar os dias da semana na ordem correta	<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
Sua criança...			
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"/>
Sua criança é...			
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"/>
É difícil para você...			
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"/>

Based on English Version 1, 10/1/2013

***** Please continue on the back *****

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?

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

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 companheiro(a) resolvem seus desentendimentos

Sem dificuldade

Com alguma dificuldade

Com muita dificuldade

Não se aplica