



# SWYC™ : 9 meses

9 meses 0 dias até 11 meses, 31 dias  
9 months, 0 days to 11 months, 31 days  
V1.07, 4/1/17

Nome da Criança (Child name)

Data de Nascimento (DOB):

Idade Gestacional (gestational age)

Data de Hoje (date of administration):

IG Corrigida (ID#):

## MARCOS DO DESENVOLVIMENTO

As perguntas a seguir são sobre o desenvolvimento de sua criança. Por favor, conte para nós o quanto sua criança faz cada uma destas coisas. Se sua criança já deixou de fazer alguma destas coisas, escolha a resposta que melhor descreve o quanto ele/ela costumava fazer isso antes. Por favor, verifique se respondeu TODAS as perguntas.

|                                                                                                                  | Ainda Não | Um pouco | Muito |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-------|
| Levanta os braços para ser carregado . . . . .                                                                   | 0         | 1        | 2     |
| Passa para a posição sentada sozinho(a) . . . . .                                                                | 0         | 1        | 2     |
| Pega alimento com a mão e come . . . . .                                                                         | 0         | 1        | 2     |
| Puxa para ficar de pé . . . . .                                                                                  | 0         | 1        | 2     |
| Brinca de "escondeu-achou" ou "bate palminhas" . . . . .                                                         | 0         | 1        | 2     |
| Chama você de "mama" ou "papa" ou nome parecido . . . . .                                                        | 0         | 1        | 2     |
| Olha ao redor quando você diz coisas como "Onde está sua mamadeira?" .<br>ou "Onde está seu cobertor?" . . . . . | 0         | 1        | 2     |
| Imita sons que você faz . . . . .                                                                                | 0         | 1        | 2     |
| Atravessa um cômodo andando sem ajuda . . . . .                                                                  | 0         | 1        | 2     |
| Atende pedidos como "Venha cá" ou "Me dá a bola" . . . . .                                                       | 0         | 1        | 2     |

## LISTA DE SINTOMAS DO BEBÊ (BPSC)

Estas perguntas são sobre o comportamento da sua criança. Pense sobre o que você esperaria de outras crianças da mesma idade e nos conte o quanto cada pergunta descreve o comportamento de sua criança.

|                                                                                                 | Não | Um pouco | Muito |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------|-------|
| Sua criança fica incomodada com novas pessoas? . . . . .                                        | 0   | 1        | 2     |
| Sua criança fica incomodada em lugares novos? . . . . .                                         | 0   | 1        | 2     |
| É difícil para sua criança lidar com mudanças na rotina? . . . . .                              | 0   | 1        | 2     |
| Sua criança fica incomodada de ser carregada por outras pessoas? . . . . .                      | 0   | 1        | 2     |
| Sua criança chora muito? . . . . .                                                              | 0   | 1        | 2     |
| É difícil para sua criança se acalmar sozinha? . . . . .                                        | 0   | 1        | 2     |
| Sua criança fica irritada facilmente? . . . . .                                                 | 0   | 1        | 2     |
| Sua criança continua chorando, mesmo quando você a pega no colo e tenta<br>acalmá-la? . . . . . | 0   | 1        | 2     |
| É difícil manter sua criança nas rotinas do dia a dia? . . . . .                                | 0   | 1        | 2     |
| Sua criança tem dificuldades para pegar no sono? . . . . .                                      | 0   | 1        | 2     |
| É difícil para você dormir o suficiente por causa da sua criança? . . . . .                     | 0   | 1        | 2     |
| Sua criança tem dificuldades para manter o sono? . . . . .                                      | 0   | 1        | 2     |

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

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

Não

☐

Um Pouco

☐

Muito

☐

Você tem alguma preocupação com o comportamento de sua criança?

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

Sim

Não

1 Alguem que mora com sua criança fuma cigarro?

☐☐

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

☐☐

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

☐☐

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

☐☐

Nunca aconteceu

Aconteceu algumas vezes

Frequentemente acontece

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

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

Nenhum dia

Alguns Dias

Mais da metade dos dias

Quase todos os dias

6 Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?

☐☐☐☐

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

☐☐☐☐

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

Não tem conflito

☐

Com algum conflito

☐

Muito conflito

☐

Não se aplica

☐

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

Sem dificuldade

☐

Com alguma dificuldade

☐

Com muita dificuldade

☐

Não se aplica

☐

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

☐☐☐☐☐☐☐☐