

Registo do Seguimento do Recém-Nascido <32 Semanas ou Muito Baixo Peso

Avaliação aos 3 Anos (25 MESES A 47 MESES)

**Instruções de Preenchimento
2010**





Este documento de trabalho foi elaborado com a colaboração de:

Neonatologistas

Ana Nunes
Daniel Virella
Hercília Guimarães
Lurdes Oliveira
Manuel Cunha
Manuel Primo
Paula Soares

Secção de Reabilitação Pediátrica da SPMFR

Ana Cadete

Secção de Desenvolvimento da SPP

Fernanda Gomes
Guiomar Oliveira
Rosa Gouveia

Sociedade Portuguesa de Neonatologia

Teresa Tomé

Coordenador Nacional do Registo do Muito Baixo Peso

José Carlos Peixoto

Dezembro de 2008

Nota 1. Revisto em Março de 2010 por Alexandra Almeida, Gabriela Mimoso e Paula Soares na definição dos limites das variáveis.

Nota 2. Modificado em Maio de 2010 por Manuel Cunha de modo a incluir as variáveis do follow-up da Euroneonet.



INTRODUÇÃO

O conhecimento da evolução dos recém-nascidos que passaram pelas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais é de extrema importância. Acreditamos que é possível obter esses resultados através do esforço de todos.

Este é um documento que à primeira vista pode parecer demasiado longo. Não desista já de o tentar ler ou de completar as folhas do registo! No final vai ver que afinal não é assim tão difícil.

Este não é um protocolo de avaliação, esse protocolo deverá ser elaborado a nível nacional de modo a homogeneizar o seguimento, mas o que se pretende com este documento é a obtenção dos dados que cada Unidade conseguir registar do seguimento destas crianças.

Qualquer dado é útil! Saber que o seguimento não foi conseguido ou é desconhecido também é importante, por isso preencha a folha do registo da mesma maneira!

Quanto mais completos forem os dados melhor e mais válidas serão a análise e as conclusões obtidas desses dados, por isso tente que o preenchimento seja o mais completo possível.

Por vezes é possível através de um telefonema à família ou ao médico assistente obter algum dado sobre o estado da criança, não desista à primeira, nem à segunda tentativa.

Justificação do registo do seguimento do Prétermo

1. O Registo Nacional do RN Muito Baixo Peso tem já longas provas dadas¹ e merecem **(todos os que nele colaboram)** ter um melhor conhecimento do que acontece com as crianças para além do dia da alta das UCIN.
2. O conhecimento do estado das crianças, que todos tratámos, permitir-nos-á avaliar melhor o nosso desempenho individual e nacional.
3. Permitirá a identificação de possíveis variáveis com influência no prognóstico a longo prazo.
4. A identificação das sequelas irá possibilitar definir estratégias de prevenção e de Intervenção Precoce neste grupo específico de crianças^{2,3}.



5. Optou-se por iniciar o registo do seguimento num ano com registo da base do MBP *on-line* por ser mais fácil o seu enquadramento na mesma ficha de registo das variáveis do internamento. O registo do seguimento teve início em 2010. A partir de então serão avaliadas as crianças com idade compreendida entre os 3 e 4 anos ou seja entre os 25 e os 47 meses.

O registo pretende ser uma forma activa de ter os dados disponíveis de todas as crianças inseridas na base pelo que, a partir daqui, todas as crianças poderão passar a ter também o registo do seguimento na base, à medida que vão completando os 3 anos, tal como têm os dados do internamento.



IDENTIFICAÇÃO

Código e N° de Ordem: São os mesmos que identificaram cada criança no seu primeiro registo nas bases do RN de MBP.

Cabeçalho - Registrar a idade de avaliação do seguimento em: dia/mês/ano

Registrar a idade corrigida em semanas (Idade corrigida (IC) = idade cronológica menos a idade em semanas para as 40 semanas) Ex. Prétermo 28 semanas com idade actual 27 meses. $40-28=12$ semanas = 3 meses. $IC= 27-3$ ou seja 24 meses de idade corrigida que se convertem em semanas para incluir no registo.

Local do Seguimento (Seleccionar da lista de unidades pertencentes ao registo e responsáveis pelo inclusão dos dados)

1. Avaliação Clínica

- Assinalar com **SIM** ou **NÃO** se a criança foi avaliada dos 25 aos 47 meses
- Se for **NÃO**, justificar com uma das respostas:
 - Óbito – Se a criança faleceu após a alta hospitalar e antes da avaliação aos 2 anos de idade corrigida.
 - Transferido – Se a criança foi transferida após a alta e antes da avaliação actual.
 - Desconhecido – Se foi perdida para o seguimento.

2. Óbito

- Se a criança faleceu antes dos 25-47 meses e não foi possível a sua avaliação, assinalar:
 - a) Local do óbito - Hospital ou outro (se não ocorreu em estrutura hospitalar)
 - Escolha **HOSPITAL** se a criança faleceu em estabelecimento hospitalar.
 - Escolha **OUTRO** se não faleceu em estabelecimento hospitalar.
 - b) Causa do óbito (a causa principal de morte, que conste na certidão de óbito ou no diário clínico).
 - Escolha **MORTE SÚBITA** se essa foi a causa de morte.
 - Escolha **ACIDENTE** se a causa de morte foi um acidente.
 - Escolha **INFECÇÃO** se esta foi a causa de morte
 - Escolha **RESPIRATÓRIO** se a morte ocorreu devido a causa respiratória
 - Escolha **NEUROLÓGICA** se a morte ocorreu devido a causa neurológica
 - Escolha **CIRURGICA** se a morte ocorreu na sequência de cirurgia



- Escolha **S. MALFORMATIVO** se a causa de morte foi uma malformação congénita
 - Escolha **DESCONHECIDO** se não consegue saber a causa de óbito.
 - Escolha **OUTRA** se a causa de morte não é nenhuma das previamente mencionadas e especifique a causa.
- c) Idade da morte em meses – Indique a idade em meses no momento do óbito

3. Peso:

- Registrar o peso em gramas - (limites 5000g a 35000 g)

4. Estatura

- Registrar a estatura, em centímetros, arredondado à décima. (limites 70,0 a 130,0 cm).

5. Perímetro cefálico:

- Registrar o perímetro cefálico, em centímetros, arredondado à décima. (limites 40,0 cm a 55,0 cm).

6. Malformações Congénitas:

- Assinalar **SIM** se existe(m) malformação / anomalia (s) com necessidade de apoio para desempenhar as actividades diárias ou com incapacidade para as fazer
Registe a anomalia conforme especificado no **Apêndice 1**.
- Escolha **NÃO**, se a opção SIM não se aplica

7. Função Neuromotora

- **a) Anda sem apoio?**
 - Escolha **SIM** se a criança anda sem apoio
 - Escolha **NÃO** se ela é incapaz de o fazer
- **b) Senta-se sem apoio?**
 - Escolha **SIM** se a criança se senta sem apoio
 - Escolha **NÃO** se ela é incapaz de o fazer
- **c) Capaz de usar as mãos para se alimentar?**
 - Escolha **SIM** se a criança é capaz de utilizar as mãos para comer sozinho
 - Escolha **NÃO** se ela é incapaz de o fazer



- **d)** Controlo cefálico sem qualquer ajuda?
 - Escolha **SIM** se a criança é capaz de controlar os movimentos da cabeça s/ apoio
 - Escolha **NÃO** se ela é incapaz de o fazer

8. Função Auditiva

- **a)** Usa próteses auditivas?
 - Escolha **SIM** se a criança necessita de próteses auditivas.
 - Escolha **NÃO** se a criança não necessita de próteses auditivas.
- **b)** Surdez bilateral não corrigida mesmo com próteses?
 - Escolha **SIM** se a criança tem surdez bilateral não corrigida mesmo com o recurso a próteses auditivas.
 - Escolha **NÃO** se a criança não tem surdez bilateral não corrigido com o recurso a próteses auditivas.

Definições⁴: Surdez Moderada 41-60 db / Surdez Grave 61-85 db / Surdez Profunda >85 db bilateral

9. Função Visual

- **a)** Usa óculos?
 - Escolha **SIM** se a criança necessita de óculos
 - Escolha **NÃO** se ela não necessita de óculos
- **b)** Cegueira total bilateral ou vê apenas luz?
 - Escolha **SIM** se a criança tem cegueira total bilateral ou vê apenas luzes
 - Escolha **NÃO** se a hipótese SIM não se aplica

Definição: Cegueira legal ou visão corrigida <1/10

10. Função Cognitiva e Comunicação

- **a)** Avaliação com teste formal de desenvolvimento
 - Escolha **SIM** se foi aplicado um teste objectivo
 - Escolha **NÃO** se um teste objectivo não foi aplicado
- **a.1)** Data de avaliação:
 - Registe a data em dia, mês e ano (DD/MM/AAAA)
- **a.2)** Nome do teste aplicado
- Escolha da lista o nome do teste objectivo aplicado - Escala R. Griffiths, WIPPSI-R, Bayley Scale, S. Growing Skills, Amiel Tison, Denver, Mary Sheridan, Outro. *(Escolher apenas um dos testes da lista)*



- **a.3)** Resultado do teste em Quociente de Desenvolvimento
 - Registe o valor do teste objectivo efectuado
- **b)** Comunica com linguagem oral ou outro método:
 - Escolha **SIM** se a criança comunica falando ou por outro método
 - Escolha **NÃO** se a criança não consegue comunicar
- **c)** Capaz de produzir 5 ou mais palavras perceptíveis
 - Escolha **SIM** se a criança é capaz de produzir 5 ou mais palavras perceptíveis
 - Escolha **NÃO** se a criança não é capaz de produzir 5 ou mais palavras perceptíveis
- **d)** Capaz de perceber palavras ou sinais
 - Escolha **SIM** se a criança é capaz de perceber palavras ou sinais
 - Escolha **NÃO** se a criança não consegue perceber palavras ou sinais
- **e)** Mostra interesse em pessoas conhecidas ou objectos
 - Escolha **SIM** se a criança mostra interesse em pessoas conhecidas ou objectos
 - Escolha **NÃO** se a criança não mostra interesse em pessoas conhecidas ou objectos

11. Convulsões nos últimos 12 meses (registar apenas se houve convulsões não febris).

- Escolha **SIM** se ocorreu mais do que uma convulsão por mês com ou sem terapêutica
- Escolha **NÃO** se não convulsivou ou se a periodicidade das convulsões foi menor do que uma por mês com ou sem terapêutica

12. Outras alterações neurológicas

- Escolha **SIM** se a criança tiver outras alterações neurológicas
- Escolha **NÃO** se a criança não tiver outras alterações neurológicas
- Assinale no quadrado respectivo se existir microcefalia / Hidrocefalia com shunt / Epilepsia
- Atrofia cerebral / LPV difusa:
 - Escolha **NÃO**, se a criança não teve atrofia cerebral sugestiva de LPV difusa, e/ou foi excluída LPV difusa, nos exames imagiológicos efectuados entre as 40 semanas de IC e a presente avaliação.
 - Escolha **SIM**, se a criança teve diagnóstico de atrofia cerebral sugestiva de LPV difusa ou se a LPV difusa foi confirmada através de EcoTF ou RMN, efectuadas entre as 40 semanas de IC e a presente avaliação.
 - Escolha **SEM INFORMAÇÃO**, se não houver esta informação disponível.



- Exame diagnóstico:
 - Referir o exame complementar que diagnosticou atrofia cerebral sugerindo LPV difusa ou que confirmou LPV difusa: EcoTF; RMC ou ambos (EcoTF + RMC)
- Data de diagnóstico:
 - Data de diagnóstico da atrofia cerebral sugerindo LPV difusa ou da confirmação da LPV difusa (DD/MM/AAAA).
- Idade de diagnóstico:
 - Campo calculado e preenchido automaticamente, com a idade de diagnóstico, em semanas de IC, da atrofia cerebral sugerindo LPV difusa ou da confirmação da LPV difusa.

13. Função Gastrointestinal

- **a)** Necessita de Gastrostomia
 - Escolha **SIM** se a criança necessitar de alimentação por gastrostomia
 - Escolha **NÃO** se a criança não necessitar de alimentação por gastrostomia
- **b)** Necessita de alimentação parentérica
 - Escolha **SIM** se a criança necessitar de nutrição parentérica
 - Escolha **NÃO** se a criança não necessitar de nutrição parentérica

14. Função Respiratória

- **a)** Necessita de terapia contínua com oxigénio?
 - Escolha **SIM** se a criança necessitar de terapia contínua com oxigénio
 - Escolha **NÃO** se a criança não necessitar de terapia contínua com oxigénio
- **b)** Necessita de suporte ventilatório?
 - Escolha **SIM** se a criança necessitar de suporte ventilatório
 - Escolha **NÃO** se a criança não necessitar suporte ventilatório

15. Função Renal

- **Requer Diálise**
 - Escolha **SIM** se a criança necessitar de diálise
 - Escolha **NÃO** se a criança não necessitar de diálise



16. Paralisia Cerebral

O diagnóstico de paralisia cerebral pode obter-se através da observação da criança. Este é apenas um termo descritivo que engloba um largo espectro de manifestações. A definição recentemente revista é a seguinte⁵: “Paralisia Cerebral conjunto amplo de situações caracterizadas por: serem permanentes mas não inalteráveis; envolverem uma alteração do movimento e/ou postura e da função motora; serem devidas a interferência/lesão/anomalia não progressiva do desenvolvimento do cérebro imaturo (SCPE).”

- Assinale se tem ou não Paralisia Cerebral.
 - Escolha **SIM** se a criança cumprir os critérios de paralisia cerebral
 - Escolha **NÃO** se a criança não cumprir os critérios de paralisia cerebral

Se Sim

- **16a) Especificar o Tipo de PC**

Espástica Bilateral

Espástica Unilateral

Outro (especificar) _____

A definição completa desta situação engloba várias alterações, solicitamos apenas que seja utilizada a classificação da alteração motora baseada na classificação utilizada pelo grupo de trabalho de registo da PC - Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE), também utilizado pela UVP em Portugal, como exemplificado na figura^{6,7,8}.

DEFINIÇÕES DOS TIPOS CLÍNICOS DE PARALISIA CEREBRAL

Paralisia Cerebral Tipo Espástico – Se existem pelo menos duas das seguintes características:

- Padrões anormais da postura e/ou movimento
- Aumento do tonus (não necessariamente constante)
- Reflexos patológicos (aumento dos reflexos osteotendinosos e ou sinais piramidais, por exemplo – Babinski)

Se os membros dos dois lados do corpo estão afectados = **1. Paralisia Cerebral Espástica Bilateral**

Se os membros de um lado do corpo estão afectados = **2. Paralisia Cerebral Espástica Unilateral**

Paralisia Cerebral Disquinésica – caracterizada por:



- Padrões anormais de postura e/ou movimento
- Movimentos involuntários, descontrolados, recorrentes e ocasionalmente estereotipados.

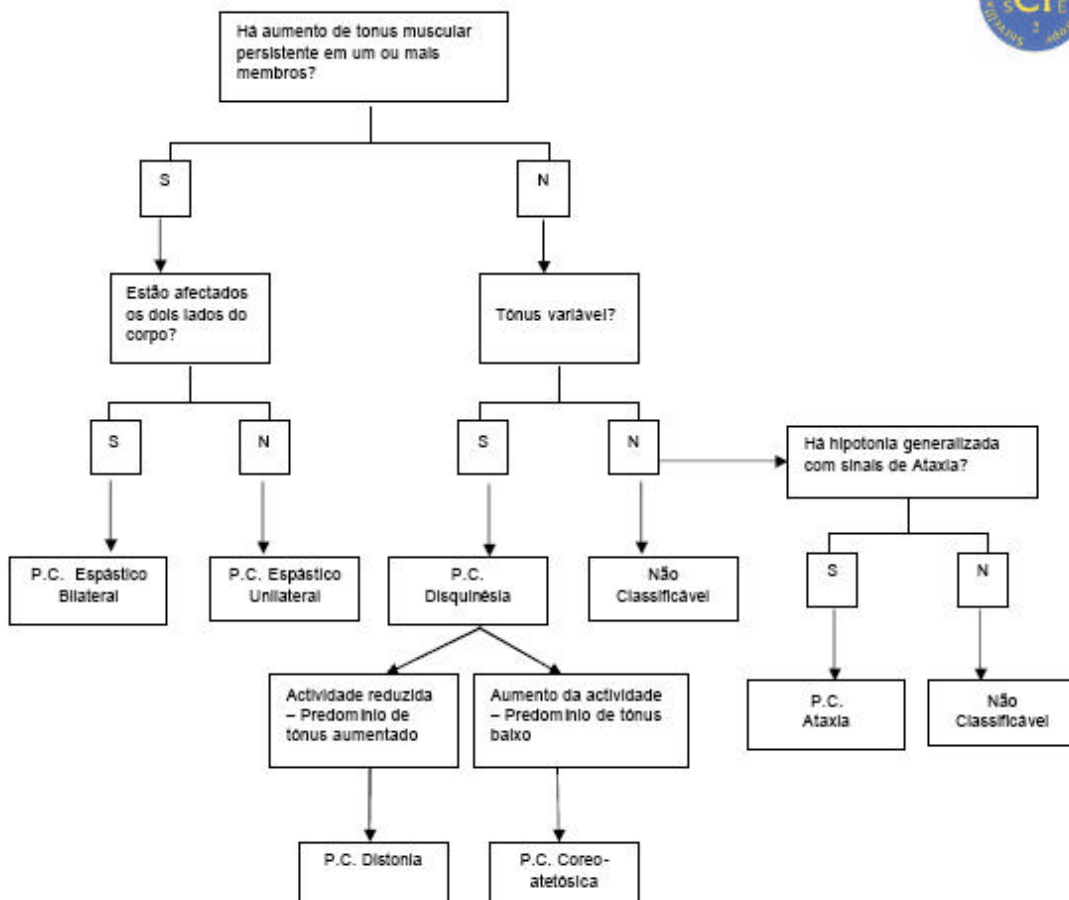
Paralisia Cerebral Distónica – caracterizada por: Hipoquinésia (redução da actividade: "Movimentos rígidos". Hipertonia (tonus geralmente aumentado / variações do tonus).

Paralisia Cerebral Coreoatetósica – caracterizada por: Hiperquinésia (aumento da actividade motora : "Movimentos desorganizados" e Hipotonia (tónus geralmente diminuído / variações do tonus) (colocar esta indicação como explicação).

Paralisia Cerebral Ataxia – caracterizada por:

- Padrões anormais da postura e/ou movimento.
- Incoordenação motora. Movimentos realizados com força, ritmo e precisão anormais.

CLASSIFICAÇÃO DOS SUBTIPOS DE PARALISIA CEREBRAL





16 b) Classificação Motora Funcional (escolher o nível de acordo com o GMFCS) *(apenas pode ser assinalado um dos seguintes níveis I-V).*

A Classificação Motora Funcional baseia-se na Gross Motor Function Classification Scale for Cerebral Palsy (GMFCS)⁶. Esta classificação engloba vários aspectos, mas no registo serão apenas assinalados os níveis da motricidade global (idade 2 a 4 anos).

Nível I. A criança senta-se sem ajuda no chão com as mãos livres para a manipulação de objectos. Consegue mover-se do local onde está sentada sem ajuda. A criança utiliza a marcha como meio preferencial de locomoção sem ajuda e sem apoio.

Nível II. A criança consegue sentar-se no chão mas pode necessitar de usar as mãos para se suportar e balancear-se. Consegue entrar e sair do local onde está sentada sem ajuda do adulto. A criança gatinha com apoio das mãos e joelhos com alternância, desloca-se agarrado à mobília e anda com ajuda como meio preferencial de locomoção.

Nível III. A criança consegue manter-se sentada quando tem apoio das costas, pode necessitar do apoio do adulto para se sentar. A criança consegue rastejar com o abdómen apoiado no chão ou gatinhar com apoio das mãos e joelhos mas sem alternância. Pode pôr-se de pé com apoio e dar passos apoiada.

Anda curtas distâncias com ajudas técnicas e do adulto para parar e virar-se.

Nível IV. A criança controla a cabeça, mas é necessário o apoio do tronco para se manter sentada. A criança pode conseguir rolar para ventral ou para dorsal e deslocar-se rastejando.

Nível V. As limitações físicas impedem o controlo voluntário do movimento. Não tem suporte da cabeça contra a gravidade nem controlo do tronco em posição ventral ou posição sentada. Necessita da ajuda do adulto para rolar.

17. Ao Cuidado de

Assinalar ao cuidado de quem se encontra a criança até à data da avaliação (assinalar só 1 das alternativas)



18. Escolaridade da Mãe

Assinalar a escolaridade da Mãe (ou do Cuidador da criança no caso de não estar ao cuidado da mãe)

(só pode ser assinalada uma das alternativas)

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1. Doutoramento | 5. 12º ano |
| 2. Mestrado | 6. 9º ano |
| 3. Licenciatura | 7. 4º ano |
| 4. Bacharelato | 8. Analfabeta |

19. Profissão do Pai

(ou do principal provedor de rendimento á família no caso da criança não estar com o pai)

- 1 - Licenciado, quadro superior, empresário;
- 2 - Quadro intermédio, bancário, pequeno comerciante ou industrial;
- 3 - Administrativo, empregado de serviços, empregado por conta de outrem;
- 4 - Trabalhador manual, rural, operário;
- 5 - Trabalhador indiferenciado, sem profissão, desempregado.
- 6 - Não aplicável, quando se desconhecer a profissão ou a criança viver em instituição.

(só pode ser assinalada uma das alternativas)

20. Comportamentos de risco

- Assinale **SIM** se existirem comportamentos de risco
- Assinale **NÃO** se não existirem comportamentos de risco

Se SIM assinalar da lista: toxicodependência, alcoolismo, pobreza extrema ou outro. *(podem ser assinaladas todas as alternativas)*.

21. Hospitalizações após a Alta Neonatal

- Assinale **SIM** se houve necessidade da criança ser hospitalizada por uma causa médica após a alta da UCIN.
- Assinale **NÃO** se não houve necessidade da criança ser hospitalizada por uma causa médica após a alta da UCIN.

• Especifique da lista abaixo quais os motivos de internamento de causa médica

Nutrição/Má progressão estatura-ponderal *	Meningite
Convulsões	Infecção Urinária
Infecção do shunt de derivação ventrículo peritoneal	Infecção Gastrointestinal
	Outra: _____

(Da listagem das alternativas pode ser escolhida uma ou várias)



*Nutrição – assinalar se houve internamento por motivo nutricional como por ex.: necessidade de alimentação parentérica, alimentação por gavagem, colocação de gastrostomia, etc.

Atraso estatura-ponderal é definido como o peso e estatura abaixo do Percentil 5 para a idade.

22. Hospitalização de Causa Cirúrgica

- Assinale **SIM** se houve necessidade da criança ser hospitalizada por uma causa cirúrgica após a alta da UCIN.
- Assinale **NÃO** se não houve necessidade da criança ser hospitalizada por uma causa cirúrgica após a alta da UCIN.

Especifique o tipo de cirurgia realizada. *(Pode ser escolhida mais do que uma desta listagem).*

Hérnia inguinal, Gastrostomia, Refluxo gastroesofágico, Luxação da anca, Cirurgia do estrabismo, Laser por Retinopatia, Colocação de próteses auriculares, Derivação de Hidrocefalia.

23. Hospitalização de Causa Respiratória

- Assinale **SIM** se houve necessidade da criança ser hospitalizada por uma causa respiratória após a alta da UCIN.
- Assinale **NÃO** se não houve necessidade da criança ser hospitalizada por uma causa respiratória após a alta da UCIN.

Especifique o motivo do internamento por causa respiratóri:

(Bronquiolite, Pneumonia, Broncoespasmo). No internamento por bronquiolite especifique se é vírus sincicial respiratório (VSR) positivo ou negativo - *(Pode ser escolhida mais do que uma desta listagem).*

24. Medicação Respiratória Crónica

- Assinale se a criança faz medicação respiratória crónica

Broncodilatadores

- Assinale **SIM** se a criança necessita de terapêutica continuada com broncodilatadores
- Assinale **NÃO** se a criança não necessita de terapêutica com broncodilatadores

Corticóides inalados

- Assinale **SIM** se a criança necessita de terapêutica continuada com corticóides inalados
- Assinale **NÃO** se a criança não necessita de terapêutica com corticóides inalados



Corticóides sistémicos

- Assinale **SIM** se a criança necessita de terapêutica continuada com corticóides sistémicos
- Assinale **NÃO** se a criança não necessita de terapêutica com corticóides sistémicos

Imunizações:

Assinale se fez ou não as seguintes imunizações

25. Vacina pneumocócica conjugada

- Assinale **SIM** se a criança fez a vacina pneumocócica conjugada
- Assinale **NÃO** se a criança não fez a vacina pneumocócica conjugada

26. Vacina pneumocócica não conjugada

- Assinale **SIM** se a criança fez a vacina pneumocócica não conjugada
- Assinale **NÃO** se a criança não fez a vacina pneumocócica não conjugada

27. Profilaxia com anticorpo monoclonal anti VSR

- Assinale **SIM** se a criança fez profilaxia com anticorpo monoclonal anti VSR
- Assinale **NÃO** se a criança não fez profilaxia com anticorpo monoclonal anti VSR

28. Necessidade de Intervenção/ Apoio

- Assinale **SIM** se a criança necessita de intervenção / apoio
- Assinale **NÃO** se a criança não necessita de intervenção / apoio
- Assinale **DESCONHECIDO** se desconhece se a criança necessita de intervenção / apoio

Registe se a criança teve, ou tem, até à data da avaliação intervenção de reabilitação num Serviço Hospitalar, num Centro de Reabilitação após a alta da UCIN ou outro tipo de apoio como Intervenção Precoce, Ensino Especial, Psicoterapia etc. *(Obrigatório assinalar sim, não ou desconhecido)*

Lista de opções: Centro de Reabilitação, Fisioterapia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Toxina Botulinica, Hipoterapia, Psicomotricidade, Psicoterapia; Intervenção Precoce, Ensino Especial, Apoio Social, Outro.

(Da lista apresentada pode ser escolhida uma ou várias opções).

Chegou ao fim do preenchimento da ficha de registo, muito obrigado pelo seu esforço! Verifique se não deixou campos por preencher



Em qualquer altura e, quando se justificar poderá juntar novos dados da avaliação do seguimento da criança se a eles tiver acesso.

Logo que possível ser-lhe-ão enviados os resultados globais deste registo.

Referências

1. Grupo do Registo Nacional do Recém-Nascido de Muito Baixo Peso. Nascer Prematuro em Portugal. Estudo Multicêntrico Nacional 1996-2000: Edições Bial, 2002
2. Dorling JS, Field DJ. Follow up of infants following discharge from the neonatal unit: structure and process. *Early H Dev* 2006;82:151-6.
3. AAP. Follow-up care of high-risk infants. *Pediatrics* 2004; 114:1377-97.
4. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics* 2007;120:898-921.
5. Grupo "SCPE". Surveillance of cerebral palsy in Europe: A collaboration of cerebral palsy surveys and registers. *Dev Med Child Neurol* 2000;42:816-24.
6. Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Wood E, Galuppi B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 1997;39(4):214-23.
7. http://www.spp.pt/UserFiles/File/UVP_SPP_Casos_Estudo_Paralesia_Cerebral/uvp-spp_fluxod_scpe.pdf
8. http://www.spp.pt/UserFiles/File/UVP_SPP_Casos_Estudo_Paralesia_Cerebral/uvp-spp_inquerito_scpe.pdf
9. Griffiths R. *The Abilities of Young Children: A Comprehensive System of Mental Measurement for the First Eight Years of Live.* (3rd ed.). Bucks: The Test Agency Limited, 1986.
10. Wechsler, D. (2003). WPPSI-R: Escala de Inteligência de Wechsler para a Idade Pré-escolar e Primária – Forma Revista. Manual. Lisboa: CEGOC [Redacção do Manual: Maria João Seabra -Santos e Carla Ferreira].