

O Papel do Médico na Abordagem de uma Criança com Dificuldades de Aprendizagem

The Physician's Role in Approaching a Child with Learning Disabilities

Teresa Pinheiro^{1*}, Joana Monteiro¹, Rosário Pinho²,
Catarina Carvalho³, Virgínia Monteiro¹

*Autor Correspondente/Corresponding Author:

Teresa Pinheiro [ana.pinheiro@chedv.min-saude.pt]
R. Dr. Cândido Pinho 5, 4520-211 Santa Maria da Feira, Portugal
ORCID iD: 0000-0003-4759-9236

RESUMO

A dificuldade de aprendizagem constitui um dos principais motivos de referência à consulta de neurodesenvolvimento. Este problema, para além de afetar a criança, envolve também a família, escola e os profissionais de saúde. As crianças com dificuldades de aprendizagem têm maior risco de insucesso escolar. A falta de intervenção adequada numa criança com dificuldades de aprendizagem pode ter consequências tanto no seu desenvolvimento psicomotor, quanto no percurso académico e profissional futuros. A avaliação médica da criança com dificuldades de aprendizagem requer uma abordagem sistematizada das áreas neurocognitivas e comportamentais, assim como das características sociofamiliares, com o objetivo de identificar e orientar disfunções que podem ser responsáveis pelos compromissos observados. As dificuldades de aprendizagem são frequentemente complexas na sua etiologia e orientação terapêutica, necessitando de intervenções multiprofissionais e prolongadas no tempo, com impacto significativo na criança e sua família. A articulação do médico, e de outros profissionais de saúde envolvidos, com a comunidade educativa, através da partilha autorizada de informações relevantes, pode ajudar no planeamento nas medidas educativas a serem instituídas pela escola.

PALAVRAS-CHAVE: Criança; Dificuldades de Aprendizagem/diagnóstico; Papel do Médico

ABSTRACT

Learning disabilities is one of the main reasons for a development consultation referral. It constitutes a problem that involves not only the child, but also his family, the school and health professionals. Children with learning disabilities are at greater risk of school failure and its persistence may have consequences both on their psychomotor development and future academic and professional career. Medical evaluation of children with learning disabilities requires a systematic approach to neurocognitive and behavioral areas, as well as socio-family characteristics, in order to identify and guide dysfunctions that may be responsible for the observed compromises. Learning disabilities are often

1. Serviço Pediatria/Neonatologia, Centro Hospitalar de Entre-o-Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal. 2. Divisão de Educação da Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis, Oliveira de Azeméis, Portugal. 3. Agrupamento de Escolas Ferreira de Castro, Oliveira de Azeméis, Portugal.

Recebido/Received: 04/03/2022 - Aceite/Accepted: 23/03/2022 - Publicado online/Published online: 18/05/2022 - Publicado/Published: 30/06/2022
© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Gazeta Médica 2022. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial. © Author(s) (or their employer(s)) and Gazeta Médica 2022. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

complex in their etiology and therapeutic orientation, requiring a multiprofessional and prolonged intervention with significant impact on the children and their families. Health professionals should articulate with the educational community through the authorized sharing of relevant information in order to help in planning the educational measures to be instituted by the school.

KEYWORDS: Child; Learning Disabilities/diagnosis; Physician's Role

INTRODUÇÃO

O médico assistente (médico de família ou pediatra) tem um papel fundamental na identificação de crianças com dificuldades de aprendizagem (DA). Segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), médico é o profissional de saúde responsável pelo seguimento seriado das crianças ao longo das várias etapas de desenvolvimento, nomeadamente pela avaliação nas consultas de Saúde Infantil em idades-chave,¹ tendo assim um papel de extrema importância na abordagem e avaliação global de crianças com dificuldades de aprendizagem.

O conceito de aprendizagem, apesar de ser um tópico muito investigado na área das Neurociências, não é consensual.² É um conceito abstrato e, como tal, sujeito a várias interpretações. No entanto, pelo seu papel na ontogénese do ser humano, pode-se definir como uma mudança de comportamento provocada pelo ambiente para uma melhor adaptação do indivíduo ao meio que o envolve.³ De facto, a aprendizagem é um processo funcional e dinâmico que integra componentes essenciais do sistema nervoso central (SNC), tais como a perceção sensorial da informação (*input*), processamento (integração de habilidades cognitivas atencionais, mnésicas e linguísticas e do desenvolvimento emocional e comportamental), funções executivas (organização do pensamento e comportamento) e resposta efetora (*output*).⁴ O sucesso da aprendizagem exige a satisfação de funções nucleares do neurodesenvolvimento (atenção, memória, linguagem, coordenação motora, organização espacial-visual, organização sequencial-temporal e funções cognitivas superiores) e do cumprimento de alguns pré-requisitos (cognitivos, psicomotores, psicolinguísticos, socioemocionais),⁴ sendo que a motivação e o reforço positivo ao longo de todo o processo são também de extrema importância.

De igual forma, a definição de dificuldades de aprendizagem (DA) não é consensual,^{4,5} havendo inclusivamente confusão entre os termos dificuldade de aprendizagem e perturbação da aprendizagem.⁵ A National Joint Committee on Learning Disabilities, define as DA como um grupo heterogéneo de alterações que se manifestam em dificuldades em adquirir, organizar, reter, compreender ou utilizar a informação verbal e/ou não ver-

bal. Podem manifestar-se ao longo da vida e sua forma de expressão é variável, dependendo da interação entre as diligências do meio ambiente e as necessidades e capacidades de cada indivíduo. As DA são causadas por uma disfunção do SNC, podendo ter uma etiologia multifatorial.^{5,6} Podem ocorrer associadas a outras perturbações do neurodesenvolvimento ou a fatores externos ao indivíduo, mas não são o resultado dessas condições ou fatores.⁵ A própria definição de perturbação da aprendizagem não está isenta de controvérsias, e o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) utiliza como critério de diagnóstico a presença de dificuldades nas aptidões académicas e inclui apenas especificações detalhadas para as áreas da leitura, matemática e expressão escrita.^{5,6} Assim, as DA podem classificar-se em dificuldades de aprendizagem globais ou, segundo o DSM-5, em dificuldades de aprendizagem específicas com prejuízo da leitura (dificuldades na leitura de palavras, velocidade ou fluência da leitura ou compreensão da leitura), prejuízo da expressão escrita (dificuldades na precisão, ortografia, gramática, pontuação e/ou clareza ou organização da expressão escrita) ou prejuízo na matemática (dificuldades na interpretação numérica, memorização de fatos aritméticos, precisão ou fluência do cálculo e/ou precisão no raciocínio matemático).^{7,8}

Uma criança com DA (global ou específica) pode ter baixo rendimento escolar, com risco de insucesso escolar e possíveis consequências noutras vertentes da sua vida, como exclusão social, conflitos familiares, ansiedade, depressão ou até mesmo limitações no percurso académico e profissional futuros. A existência de DA é habitualmente sugerida pelo baixo rendimento escolar não expectável ou pela manutenção do rendimento escolar apenas conseguido com elevado nível de esforço e apoio. É um diagnóstico habitualmente feito após o início da escolaridade, mas por vezes podem ser identificados sinais de alarme na idade pré-escolar.

ABORDAGEM A CRIANÇAS COM DA

A identificação precoce e a abordagem da criança com DA envolve uma equipa multidisciplinar com a participação dos pais, escola, equipa multidisciplinar de apoio à

educação inclusiva (EMAEI), do médico e de outros profissionais de saúde. No entanto, é importante salientar, o papel fundamental que o médico assistente (médico de família ou pediatra) pode e deve ter na abordagem destas crianças, uma vez que é o médico que acompanha e avalia a criança de forma regular, sobretudo nos primeiros anos de vida e em idades-chave de transição de etapas de vida escolar¹ e que tem a capacidade de determinar se as dificuldades identificadas não se devem apenas a dispedagogia ou acesso limitado a oportunidades educativas.

Uma história clínica e exame objetivo completo são essenciais para uma correta abordagem de uma criança com DA. Para além da colheita da história clínica por menorizada habitual, salientamos alguns aspetos importantes para a abordagem das DA, nomeadamente os antecedentes pessoais, aquisições desenvolvimentais, história escolar, tarefas domésticas, rotinas diárias, atitude perante a escola, comportamento social interpares e com adultos, atividades extracurriculares, alimentação, padrão de sono e antecedentes familiares⁹ (Tabela 1). É importante também avaliar o comportamento da criança na consulta, a sua relação com os cuidadores, e realizar um exame geral completo com somatometria, exame objetivo, avaliação do desenvolvimento psicomotor e exame neurológico. Esta abordagem sistematizada permite-nos identificar a presença de fatores de risco biológicos,¹⁰⁻¹³ fatores de risco ambientais^{14,15} e fatores protetores¹⁶⁻¹⁹ (Tabela 1). Permite ainda ajudar a identificar alguns sinais de alarme, que podem ser indicadores de DA.^{9,20-22} Apesar do diagnóstico DA global ou DA específica ser habitualmente realizado após entrada no primeiro ciclo, há alguns sinais de alarme que podem ser identificados antes do início da escolaridade, como por exemplo dificuldades em rimar, contar, na motricidade fina (pega do lápis), dificuldades na nomeação de letras, números ou dias da semana ou mesmo resistência à participação em atividades educativas.⁷

As consultas de Saúde Infantil podem e devem ser uma oportunidade para a realização de métodos de rastreio de perturbações do neurodesenvolvimento (p. ex.: Escala de Avaliação de Desenvolvimento Mary-Sheridan, *Growing Skills, Modified Checklist for Autism in Toddlers*),^{1,19-25} assim como testes de rastreio visual e auditivo.¹ Antes da entrada no 1º ciclo está ainda preconizado o Exame Global de Saúde dos 5-6 anos,^{1,26} de forma a avaliar se a criança tem as condições físicas e do desenvolvimento psicomotor adequadas a esta nova fase de vida. Esta consulta inclui avaliação antropométrica e da tensão arterial e um exame objetivo completo com avaliação da higiene oral, acuidade visual, acuidade auditiva, postura, linguagem e restantes áreas do de-

envolvimento psicomotor, para além da avaliação do cumprimento do plano vacinal. No entanto, este exame, numa idade-chave primordial do desenvolvimento e do percurso académico, não inclui ferramentas de rastreio dirigidas à avaliação das competências pré-académicas, como a atenção, memória auditiva, cognição não-verbal, consciência fonológica, linguagem ou o conhecimento das letras e números. Esta avaliação é muitas vezes realizada por psicólogos ou técnicos superiores de educação, em ambiente escolar, de acordo com o regulamento interno de cada estabelecimento de ensino, ou a pedido do médico assistente.

Em qualquer altura pode ser solicitada uma avaliação mais aprofundada das funções do neurodesenvolvimento (atenção, memória, linguagem, coordenação motora, organização espacial-visual, organização sequencial-temporal e as funções cognitivas superiores), que deve ser integrada numa abordagem multidisciplinar, com auxílio de outros técnicos da área da saúde. Os exames auxiliares de diagnóstico devem ser pedidos de forma individualizada e de acordo com a suspeita clínica.

ORIENTAÇÃO DE CRIANÇAS COM DA

As DA, sobretudo as que requerem a avaliação por um profissional de saúde, são muitas vezes um sinal de uma perturbação de base de etiologia variável. Alguns autores consideram mesmo que as DA se encontram no espectro das perturbações do desenvolvimento intelectual (PDI) e muitas vezes, uma PDI ligeira ou uma perturbação do espectro do autismo (PEA) ligeira pode passar despercebida apenas como DA.²⁷ Assim sendo, cabe ao médico corretamente identificar, tratar e orientar todas as comorbilidades presentes.

A orientação inicial passa pela promoção do estilo de vida saudável, tratamento farmacológico em casos específicos, ou encaminhamento para outras especialidades,²⁸ podendo ser ainda necessária a intervenção de técnicos de Medicina Física e Reabilitação, Terapia da Fala/ Terapia Ocupacional, Psicólogos ou de outros técnicos da área da saúde.^{9,28} Na presença de risco social, a criança deve ser sinalizada aos Núcleos de Apoio à Criança e Jovem em Risco ou projetos comunitários de apoio social (Fig. 1).²⁸

Perante uma família com uma criança com DA é muito importante garantir que todo o apoio familiar está a ser fornecido, nomeadamente, clarificar quais os pontos fracos/ fortes da criança, diminuir os sentimentos de ansiedade e culpa por parte dos familiares,⁹ clarificar os direitos legais da criança e da família, delinear es-

estratégias comportamentais e desmotivar tratamentos alternativos sem evidências científicas. É fundamental também que se avalie o grau de aceitação dos pais perante as dificuldades identificadas, uma vez que, se as suas expectativas permanecerem para além do potencial existente, o resultado inevitável é um sentimento de fracasso por parte da criança, prejudicando gravemente a sua autoestima e as relações familiares.⁹

Relativamente à idade pré-escolar, o Decreto-lei 281/09, prevê o apoio a crianças com idade entre os 0 e os 6 anos, que, em termos gerais, apresentem alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, para a respetiva idade e contexto social e crianças com risco grave de atraso de desenvolvimento pela existência de condições biológicas, psicoafetivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança.²⁹

Relativamente à idade escolar, em 2018 foi estabelecida como uma prioridade da ação governativa a aposta numa escola inclusiva, onde todos os alunos, independentemente da sua situação pessoal e social, encontrem respostas que lhes permitam a aquisição de uma educação e formação facilitadoras da sua inclusão social.³⁰ A escola deve fomentar e garantir oportunidades de aprendizagem para todos os alunos, promovendo a equidade e a não discriminação no acesso ao currículo e na progressão ao longo da escolaridade obrigatória.³⁰ Desta forma, a escola fica responsável pela identificação de crianças com DA e pela criação de estratégias para as ultrapassar através de medidas de suporte à aprendizagem e inclusão, ao abrigo do DL 54/2018, nomeadamente através de medidas universais (disponíveis para todos os alunos, com o objetivo de promover a participação e a melhoria da aprendizagem), medidas seletivas (com objetivo de dar um suporte adicional às dificuldades não supridas pelas medidas universais) e medidas adicionais (com objetivo de colmatar as dificuldades acentuadas e persistentes ao nível da comunicação, interação, cognição ou aprendizagem e que exigem recursos especializados).³⁰ Está preconizado que cada agrupamento escolar tenha uma EMAEI e cabe a esta equipa a sensibilização da comunidade educativa para a educação inclusiva, propor medidas de suporte à aprendizagem, acompanhar e monitorizar a aplicação dessas medidas, prestar aconselhamento aos docentes na implementação de práticas pedagógicas inclusivas, elaborar um relatório técnico-pedagógico ou um programa educativo especial ou plano individual de transição.³⁰ A constituição de base da EMAEI não obriga à presença de um médico, no entanto,

a sua colaboração pode ser solicitada à equipa de Saúde Escolar do Agrupamento de Centros de Saúde da área de residência. A participação dos pais/ cuidadores deve ser encorajada, uma vez que estes têm o direito e dever de participar ativamente no que diz respeito com a educação do seu filho/ educando.⁹ Quando os pais/ cuidadores não exercem este poder, cabe à escola desencadear as medidas apropriadas a cada situação.

O médico deve, sempre que for vantajoso e com a autorização da família, colaborar com a equipa escolar, fornecendo as informações relativas ao estado de saúde e desenvolvimento da criança que possam ajudar na compreensão das suas dificuldades. Caberá, no entanto, à escola, definir quais as medidas educativas adequadas na promoção do seu sucesso escolar, de acordo com os princípios de uma escola inclusiva.

CONCLUSÃO

Cabendo à escola a última decisão no que respeita às medidas educativas a aplicar, o médico desempenha um papel essencial na abordagem global da criança, seja pela identificação de fatores de risco ou sinais de alarme, seja pela identificação de perturbações/ patologias associadas às DA. A confirmação do diagnóstico de DA envolve uma abordagem multidisciplinar entre o médico assistente e outros profissionais de saúde, no entanto, cabe ao médico determinar que as dificuldades identificadas não se devem apenas a dispedagogia e orientar cada caso de forma individualizada.

CONTRIBUIÇÃO AUTORMAL/ AUTHORS CONTRIBUTION

TP, JM: Concebeu o manuscrito, recolha e análise de dados, contribuiu para a versão final

VM: Concebeu o manuscrito, supervisionou a sua elaboração, contribuiu para a versão final

RP, CC: Verificou a prática da teoria apresentada, contribuiu para a versão final

TP, JM: Conceived the manuscript, data collection and analysis, contributed to the final version

VM: Conceived the manuscript, supervised its elaboration, contributed to the final version

RP, CC: Verified the practice of the presented theory, contributed to the final version

TABELA 1. Questões importantes na anamnese de uma criança com DA.

| Avaliação da Criança com Dificuldades de Aprendizagem | |
|--|--|
| Antecedentes pessoais | |
| Antecedentes perinatais | <ul style="list-style-type: none"> • Abortamentos • Gestação: intercorrências, consumo álcool/ drogas, serologias TORCH, infecção por citomegalovírus • Prematuridade, baixo peso ao nascimento, asfíxia, intercorrências período neonatal (p. ex. sépsis, meningite) • Rastreio metabólico e auditivo |
| Antecedentes patológicos | <ul style="list-style-type: none"> • Doenças crónicas • Défices sensoriais • Meningite, traumatismo cranioencefálico (TCE), otite média aguda de repetição • Quedas/ traumatismos • Medicação habitual |
| Desenvolvimento Marcos do DPM História escolar Adaptação escolar | <ul style="list-style-type: none"> • Idade de aquisição dos marcos do DPM • Início do infantil, pré-escola • Suspensão/ expulsão/ retenções • Rendimento/ avaliação escolar • Número de crianças/ professores por turma • Avaliações prévias • Apoio escolar/ currículo adaptado • Grau de dificuldade nos trabalhos de casa • Trabalhos de casa como fonte de conflito familiar • Trabalhos de casa dificultam a participação em outras atividades • Supervisão nas tarefas domésticas • Rotinas diárias e estudo estruturado • Atitude perante a escola |
| História social | <ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de fazer e manter amigos • Capacidade de manter uma conversação • Comportamento em contexto social • Comportamento com outras crianças e adultos • Atividades extracurriculares • Tempo de ecrã |
| Alimentação | <ul style="list-style-type: none"> • Défices/ excessos energéticos e nutricionais |
| Hábitos de sono | <ul style="list-style-type: none"> • Horas de sono/ noite • Qualidade do sono |
| Preocupações | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Informações escolares/ preocupações dos professores ou educadores • Preocupações parentais | |
| Antecedentes familiares | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Escolaridade e profissão dos pais • Antecedentes de dificuldades de aprendizagem, medidas de apoio • Antecedentes de perturbações psiquiátricas ou do neurodesenvolvimento | |
| Fatores de risco | |
| <p>Biológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PN < 1500 g ou IG < 34 semanas • Recém-nascido (RN) leve para a idade gestacional/ restrição de crescimento intrauterino • Asfíxia perinatal • IA < 3 aos 5 minutos e evidência de disfunção neurológica • Necessidade de ventilação mecânica • Internamento > 24 horas na UCIN • Dificuldades na sucção e deglutição • Evidência clínica de anomalias do SNC • Hiperbilirrubinemia > 20 mg/dL em RN termo • Antecedentes pessoais/ familiares de doença genética, metabólica ou distúrbios • Infecções congénitas • Meningite/ sépsis • TCE grave <p>Ambientais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Família com dificuldades económicas • Pais adolescentes • Pais com patologia psiquiátrica major (depressão major, esquizofrenia) • Pais com dificuldades de aprendizagem • Pais toxicodependentes, alcoólicos • Pais com perturbação do desenvolvimento intelectual (PDI) • Pais com défice sensorial significativo • Pais com perturbações antissociais • Falta de estruturas de apoio familiar ou social • Falta de estimulação familiar • Sinais de maus-tratos • Família com crianças institucionalizadas • Separação prolongada da criança • Exposição a toxinas | |
| Fatores protetores | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Acesso de cuidados pré, peri e pós-natais adequados • Educação materna • Suporte familiar e educacional • Oportunidades de aprendizagem de qualidade - exposição a linguagem e discurso variado/ rico, oportunidades de aprendizagem multiculturais, acesso a livros, envolvimento em brincadeiras/ conversas estruturadas, participação em atividades motoras finas e grossas | |

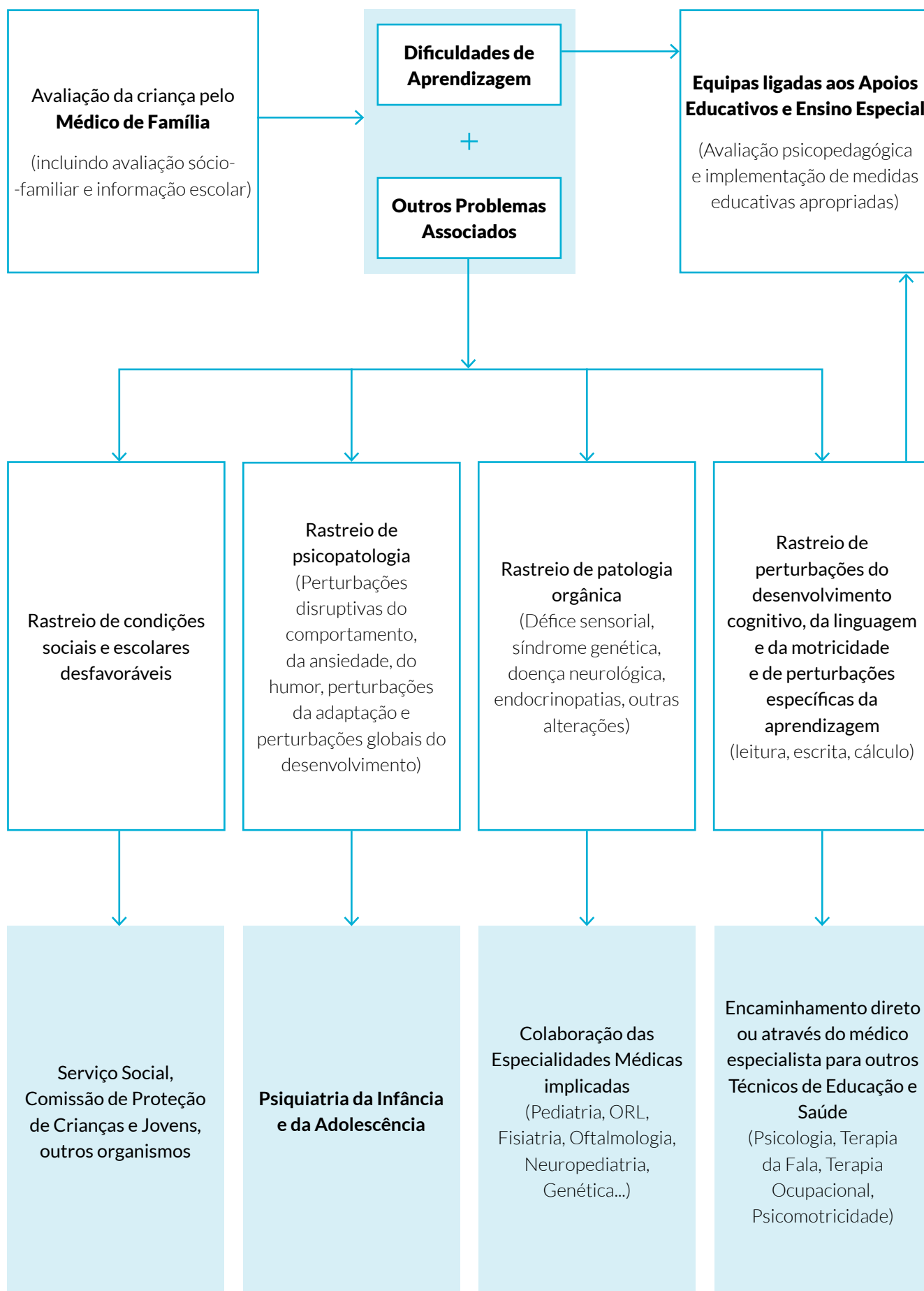


FIGURA 1. Proposta de referência perante uma criança com DA (in *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*, 2009).

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

SUORTE FINANCEIRO: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES: Não comissionado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

CONFLICTS OF INTEREST: The authors have no conflicts of interest to declare.

FINANCIAL SUPPORT: This work has not received any contribution grant or scholarship.

PROVENANCE AND PEER REVIEW: Not commissioned; externally peer reviewed.

REFERÊNCIAS

- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: DGS; 2013.
- Barron AB, Hebets EA, Cleland TA, Fitzpatrick CL, Hauber ME, Stevens JR. Embracing multiple definitions of learning. *Trends Neurosci.* 2015;38:405-7. doi: 10.1016/j.tins.2015.04.008.
- Houwer JD, Barnes-Holmes D, Moors A. What is learning? On the nature and merits of a functional definition of learning. *Psychon Bull Rev.* 2013;20:631-42.
- Gopinath G, Mathew T. Learning disabilities: etiology and types. *Int J Educ Appl Sci Res.* 2017;4:15-8.
- Stegemann KC. Learning disabilities in Canada. *Learn Disabil.* 2016;14:53-62.
- American Academy of Pediatrics. Pediatrics. Joint Technical Report - Learning Disabilities, Dyslexia and Vision. *Pediatrics.* 2010;818-56.
- American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores; 2013.
- Mousinho R, Navas AL. Mudanças apontadas no DSM-5 em relação aos transtornos específicos de aprendizagem em leitura e escrita. *Debates Psiquiatria.* 2016;38-46.
- Rimrodt SL, Lipkin PH. Learning disabilities and School Failure. *Pediatr Rev.* 2011;32:315-24.
- Ribeiro JR, Beltrame TS. Repercussões de fatores de risco biológicos no desenvolvimento neuromotor de lactentes. *ConScientiae Saúde.* 2012;11:651-9.
- Ribeiro J, Beltrame TS. Características neuromotoras e biopsicossociais de lactentes com histórico de risco biológico. *Fisioterap Movimento.* 2010;23:25-34.
- Stanton-Chapman TL, Scott KG. Identification of Early Risk Factors for Learning Disabilities. *J Early Intervent.* 2001;24:193-206.
- Rodrigues MCd, Mello RR, Fonseca SC. Learning difficulties in schoolchildren born with very low birth weight. *J Pediatr.* 2006;82:6-14.
- McElgunn B. Learning disabilities and the environment: What we know - and how our policies are failing children. *Paediatr Child Health.* 2001;6:725-7.
- Sonnander K, Claesson M. Predictors of development delay at 18 months and later school achievement problems. *Develop Med Child Neurol.* 1999;41:195-202.
- Santos LCd, Marturano EM. Crianças com dificuldades de aprendizagem: um estudo de seguimento. *Psicologia.* 1999;12.
- Cachapuz RF, Halpern R. A influência das variáveis ambientais no desenvolvimento da linguagem em uma amostra de crianças. *Rev AMRIGS.* 2006;50:292-301.
- Zendarski N, Sciberras E, Mensah F, Hiscock H. A longitudinal study of risk and protective factors associated with successful transition to secondary school in youth with ADHD: prospective cohort study protocol. *BMC Pediatr.* 2016;16:20. doi: 10.1186/s12887-016-0555-4.
- Ronfani L, Brumati LV, Mariuz M, Tognin V, Bin M, Ferluga V, et al. The complex interaction between home environment, socioeconomic status, maternal IQ and early child development: a multivariate analysis of data collected in a newborn cohort study. *PLoS One.* 2015;10:e0127052. doi: 10.1371/journal.pone.0127052.
- Bellman M, Byrne O, Sege R. Developmental assessment of children. *BMJ.* 2013;346:e8687. doi: 10.1136/bmj.e8687.
- Pinto M. Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Rev Port Clín Geral.* 2009;25:677-87.
- Correia LM, Martins AP. Dificuldades de Aprendizagem Que são? Como entendê-las? Porto: Porto Editora; 1999.
- Sharma A. Developmental examination: birth to 5 years. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2011;96:162-75. doi: 10.1136/adc.2009.175901.
- Bellman M, Lingam S, Aukett A. Schedule of Growing Skills II - User's Guide. GL Education. 1996.
- Dumont-Mathieu T, Fein D. Screening for autism in young children: The Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) and other measures. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 2005;11:253-62. doi: 10.1002/mrdd.20072.
- Braga-Tavares H, Santos H, Dinis MJ, Teles A, Lopes A, Ferreira T, et al. Avaliação do desenvolvimento psicomotor no Exame Global de Saúde aos 5-6 anos. *Acta Pediatr Port.* 2010;41:59-63.
- Palha M, Andrade DJ, Cotrim L, Martins S. Recomendações de base empírica para a prática relacionada com o acompanhamento de pessoas com perturbação do desenvolvimento intelectual. *Diferenças.* 2016:1-37.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Recomendações para a Prática Clínica Da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: CNSM; 2009.
- Portugal. Decreto-Lei n.º 281/2009, 6 de outubro, publicado em Diário da República, 1ª série (193).
- Portugal. Decreto-Lei n.º 54/2018, 6 julho de 2018, publicado em Diário da República, 1ª série (129).