

Unidade Curricular

Estudos Integrados de Intervenção II

Sebenta de Apoio

AUTOR: ETELVINA LIMA

Introdução

Na atuação profissional do terapeuta da fala, é imprescindível que se saiba estruturar toda a prática em procedimentos organizados hierarquicamente que facilitem o seu raciocínio clínico. Estes processos de tomada de decisão irão suportar a eficiência e eficácia do processo de intervenção em terapia da fala. Para tal, o estudante deverá desenvolver a capacidade de reflexão em todas as fases do processo de intervenção em terapia da fala nas suas diferentes áreas de atuação.

Tendo em conta o programa da unidade curricular, pretende-se que o estudante aprenda e desenvolva as suas competências de raciocínio clínico relativamente à fase do processo de intervenção em terapia da fala centrada na avaliação e no diagnóstico.

Através de atividades práticas baseadas na análise de casos clínicos, o estudante deverá desenvolver competências na identificação e aplicação dos instrumentos de avaliação, no registo dos resultados da avaliação, na análise dos resultados da avaliação, na realização de diagnóstico em terapia da fala, na apresentação dos resultados da avaliação e diagnóstico e na elaboração de relatórios de avaliação.

Contextualização das atividades de análise e resolução de casos clínicos

Para a análise e desenvolvimento de atividades práticas sobre os casos clínicos, os estudantes serão divididos em grupo.

São disponibilizados seis casos com problemáticas em diversas áreas de atuação do terapeuta da fala que serão atribuídos aos diferentes grupos (por áreas de interesse ou, em caso de manifestação de interesse num dos casos por mais de um grupo, por sorteio). Se tiverem algum interesse num caso específico que gostariam de trabalhar devem propô-lo, sendo este sujeito à análise e aprovação por parte do docente.

O trabalho desenvolvido será analisado e discutido com o docente, antes de se passar para o próximo desafio!

Desafio 1 - Planificação da avaliação

Tarefa

A tarefa consiste em propor uma planificação da avaliação, tendo em conta os instrumentos a aplicar, os contextos em que serão aplicados e com a colaboração de que intervenientes. Para tal, analisem as informações disponibilizadas (Apêndice 1) relativas ao caso clínico que vos foi atribuído. Consultem a bibliografia indicada, de acordo com a problemática em causa para a concretização da tarefa.

Questões

Para orientar a resposta ao vosso primeiro desafio, reflitam sobre as seguintes questões:

- Quais são os fatores de risco e de resiliência presentes na história compreensiva?
- Quais as barreiras e facilitadores que identificam na história compreensiva?
- Que informações relevantes consideram estarem em falta? Porquê?
- Quais são as áreas/subáreas/competências que necessitam de ser avaliadas?
- Quais os instrumentos formais que têm disponíveis para dar resposta à questão anterior?

	<ul style="list-style-type: none"> - A planificação da avaliação contempla os contextos (físicos e interlocutores)? - Será necessário construir provas informais que complementem a avaliação?
<p>Gestão de tempo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Leitura do caso (aproximadamente 5 minutos – incluídos nas horas teórico-práticas); - Análise das informações (aproximadamente 5 minutos – incluídos nas horas teórico-práticas); - Consulta bibliográfica (aproximadamente 50 minutos – incluídos nas horas de trabalho autónomo); - Planificação da avaliação (aproximadamente 30 minutos– incluídos nas horas teórico-práticas).
<p>Bibliografia encontrada na biblioteca</p>	<p>Arvedson, J.C. & Brodsky, L. (2002). <i>Pediatric swallowing and feeding: Assessment and management</i>. 2nd Ed. Clifton Park: Delmar Cengage Learning.</p> <p>Behlau, M. (2005). <i>Voz: O livro do especialista</i>, II. São Paulo: Revinter.</p> <p>Bowen, C. (2015). <i>Children’s speech sound disorders</i>. 2nd Ed. UK: Wiley Blackwell. ISBN: 978-1-118-63402-8</p> <p>Hegde, M. N. (2013). <i>Assessment of communication disorders in children: Resources and protocols</i>. (2nd Ed.). San Diego: Plural Publishing.</p>
<p>Bibliografia complementar</p>	<p>Cunningham, B., Daugh, O., & Cardy, J. (2019) Barriers to implementing evidence-based assessment procedures: Perspectives from the front lines in pediatric speech-language pathology. <i>Journal Of Communication Disorders</i>, 80, pp.66-80 doi: 10.1016/j.jcomdis.2019.05.001</p> <p>Patel, R. et al. (2018). Recommended protocols for instrumental assessment of voice: American Speech-Language-Hearing Association expert panel to develop a protocol for instrumental assessment of vocal function. <i>American Journal of Speech-Language Pathology</i>. 27 (3), pp.887-905. DOI: 10.1044/2018_AJSLP-17-0009.</p> <p>Fabiano-Smith, L. (2019). Tutorial: Standardized Tests and the Diagnosis of Speech Sound Disorders. <i>Perspectives of the ASHA Special Interest Groups</i>, 4 (1), pp.57-66</p> <p>Hazamy, A., & Obermeyer, J. (2020). Evaluating informative content and global coherence in fluent and non-fluent aphasia. <i>International Journal of Language & Communication Disorders</i>, 55 (1), pp.110-120</p>

Desafio 2 - Registo dos resultados de avaliação

Tarefa Para este desafio é necessário manusearem novamente (já os conheceram em outras unidades curriculares!) os instrumentos de avaliação formais ou as provas informais construídas, antes de procederem ao registo dos resultados de avaliação.

A tarefa consiste em preencher as folhas de registo dos instrumentos formais e/ou protocolos informais de forma coerente.

Questões	Para orientar a resposta ao vosso segundo desafio, reflitam sobre as seguintes questões: <ul style="list-style-type: none">- O registo é consistente com os dados da história compreensiva do caso clínico disponibilizado?- O registo é coerente com os diversos instrumentos aplicados?- As cotações das provas estão corretamente realizadas?
Gestão de tempo	<ul style="list-style-type: none">- Exploração dos instrumentos formais e/ou análise das provas informais (aproximadamente 20 minutos – incluídos nas horas de práticas laboratoriais);- Preenchimento das folhas de registo dos instrumentos (aproximadamente 40 minutos – incluídos nas horas de práticas laboratoriais);- Análise da coerência (aproximadamente 30 minutos – incluídos nas horas de trabalho autónomo).
Instrumentos	Instrumentos formais disponibilizados pela ESSLei Protocolos informais construídos em unidades curriculares já realizadas.

Desafio 3 - Análise de resultados e diagnóstico devidamente fundamentado

Tarefa Os desafios anteriores foram realizados com sucesso? É o momento de os testarem!

A tarefa consiste em analisar os documentos produzidos no desafio anterior, resumir e analisar os resultados de forma a estabelecer um diagnóstico fundamentado.

Questões	<ul style="list-style-type: none">- O resumo dos dados da avaliação está completo?- Os dados recolhidos permitem a realização de um diagnóstico?- Os dados obtidos e a análise realizada são suficientes para os relacionarem com os critérios de diagnóstico referidos na bibliografia?- Os dados analisados permitem estabelecer o perfil funcional da pessoa?
Gestão de tempo	<ul style="list-style-type: none">- Análise dos dados da avaliação (aproximadamente 40 minutos – incluídos nas horas de trabalho autónomo);- Resumo dos dados da avaliação (aproximadamente 20 minutos – incluídos nas horas de trabalho autónomo);- Elaboração e fundamentação do diagnóstico (aproximadamente 50 minutos– 20 incluídos nas horas teórico-práticas e 20 incluídos nas horas de trabalho autónomo).
Bibliografia encontrada na biblioteca	<p>Arvedson, J.C. & Brodsky, L. (2002). <i>Pediatric swallowing and feeding: Assessment and management</i>. 2nd Ed. Clifton Park: Delmar Cengage Learning.</p> <p>Behlau, M. (2005). <i>Voz: O livro do especialista</i>, II. São Paulo: Revinter.</p> <p>Bowen, C. (2015). <i>Children's speech sound disorders</i>. 2nd Ed. UK: Wiley Blackwell. ISBN: 978-1-118-63402-8</p> <p>Hegde, M. N. (2013). <i>Assessment of communication disorders in children: Resources and protocols</i>. (2nd Ed.). San Diego: Plural Publishing.</p>
Bibliografia complementar	<p>American Psychiatric Association (2014). <i>DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais</i> (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores</p> <p>American Speech-Language-Hearing Association (n.d.). Clinical Topics. Retrieved from https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/</p> <p>Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala (2020). <i>Dicionário Terminológico de Terapia da Fala</i>. Lisboa: Papa Letras.</p>

World Health Organization & Direção Geral da Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa.

World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision). Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Desafio 4 - Relatórios de avaliação

Tarefa A tarefa consiste na elaboração de um relatório de avaliação que reúna os elementos trabalhados até este desafio. Para tal, podem orientar-se por um modelo de relatório de avaliação disponível no apêndice 2.

Questões Para este desafio, recomenda-se que reflitam sobre as seguintes questões:

- O relatório contém toda a informação necessária e pertinente?
- A informação está organizada adequadamente (ex.: informação da história clínica recolhida no campo da história compreensiva)?
- Há redundância de palavras, frases ou tópicos?
- As frases são demasiado longas e complexas?
- A terminologia está a ser utilizada de forma adequada? Deve ser utilizada terminologia profissional ou termos mais comuns?
- O relatório foi redigido com objetividade (ex.: “algumas dificuldades”, “menino querido”)?
- O relatório expõe factos? Ou são interpretações e ilações (ex.: família disfuncional, mãe super-protetora)?
- O foco está nas questões principais? Questões principais não enfatizadas ou questões secundárias demasiado enfatizadas?

Gestão de tempo

- Análise do modelo do relatório (aproximadamente 10 minutos – incluídos nas horas de trabalho autónomo);
- Redação do relatório de avaliação (aproximadamente 30 minutos – incluídos nas horas teórico-práticas).

Bibliografia encontrada na biblioteca

Shiple, K & McAfee, J. (2015). *Assessment in Speech-Language Pathology: A Resource Manual* (5ª ed.). NY: Delmar Learning.

Roth, F., & Worthington, C. (2011). *Treatment resource manual for speech and language pathology*. Clifton Park: Delmar, Cengage Learning.

Desafio 5 – Apresentação dos resultados *role-playing*

Tarefa Esta tarefa consiste na apresentação e discussão do vosso caso clínico em contexto de reunião de equipa com a presença dos profissionais intervenientes e dos cuidadores/família. O docente atribuirá um papel a cada grupo, sendo que vosso papel será o de Terapeuta da Fala! Após a vossa apresentação do caso, cada grupo colocará questões, de acordo com o papel atribuído.

Questões	Para a concretização deste desafio, recomenda-se que reflitam sobre as seguintes questões: <ul style="list-style-type: none">- a informação selecionada para a apresentação é relevante?- a informação selecionada é corretamente apresentada, tendo em conta os participantes na reunião?- domino todas as informações do caso clínico?- consigo partilhar e relacionar as informações das diferentes áreas?
Gestão de tempo	<ul style="list-style-type: none">- preparação da apresentação do caso clínico (aproximadamente 50 minutos – incluídos nas horas de trabalho autónomo);- apresentação e discussão do caso clínico (aproximadamente 30 minutos – incluídos nas horas de práticas laboratoriais).
Bibliografia encontrada na biblioteca	Shipley, K & McAfee, J. (2015). <i>Assessment in Speech-Language Pathology: A Resource Manual</i> (5ª ed.). NY: Delmar Learning. Roth, F., & Worthington, C. (2011). <i>Treatment resource manual for speech and language pathology</i> . Clifton Park: Delmar, Cengage Learning.

Apêndice 1 – Casos Clínicos

Caso Clínico A

CASO A.M.

A história compreensiva foi realizada dia 24 de março de 2018. Os dados foram fornecidos pela utente e pela filha.

A Sr^a. A.M. é do sexo feminino, nasceu a 17 de Outubro de 1973, tem atualmente 40 anos. É natural e reside em Bragança. A Sr^a. A.M. tem como habilitações literárias o 12^o ano de escolaridade, é dextra e trabalha como padeira, atualmente encontra-se de baixa médica. O seu agregado familiar é constituído pela sua filha M.G, que tem 20 anos e está no primeiro ano de faculdade, e pelo seu marido M., que tem 49 anos e trabalha como mecânico.

A Sr^a. A.M. tem como interlocutores privilegiados o seu marido e filha e é autónoma nas atividades da vida diária. Relativamente às ocupações, a A.M. trabalha, nos seus tempos livres gosta de dar caminhadas e de conversar com os amigos e vizinhos.

Tem como língua materna o português e comunica com os outros através da fala de forma eficaz. Quando os outros não a compreendem pedem para ela voltar a repetir e ela fá-lo. Em relação a hábitos nocivos, fumou durante 14 anos, 1/2 maço por dia (deixou de fumar há cerca de 9 anos).

A Sr^a. A.M. teve um Linfoma não *Hodgkin* de células B do lobo superior direito do pulmão com invasão pleural, mediastínica e ganglionar sistémica e loco-regional.

Foi diagnosticada com neutropénia febril diagnosticada a 11/12/2015, voltou ao hospital a 14/01/2016 por agravamento do quadro, com necessidade de suporte ventilatório e internamento na UCI.

A 22 de Dezembro de 2015 dirigiu-se às urgências devido a alteração da força muscular no hemicorpo direito, pelo que se realizou uma Tomografia Axial Computorizada que revelou um enfarte isquémico (temporoinsulooccipitoparietal esquerdo, parietal direito e no hemisfério cerebeloso esquerdo).

Caso Clínico B

CASO D.C.

Os dados da história compreensiva apresentada foram preenchidos dia 18 de Março de 2016.

O D.C. é uma criança do sexo masculino nascida a 24 de abril de 2005, com 10 anos e quatro meses de idade, frequenta o 4º ano da Escola Básica e reside em Lisboa. Relativamente ao agregado familiar, sabe-se que vive com os pais e com um irmão mais velho. A sua família é normo-ouvinte.

Em maio de 2015, realizou audiogramas que concluíram que o D.C. tem uma surdez neurosensorial bilateral de grau moderado severo.

Relativamente ao contexto educacional, sabe-se que o D.C. frequentou desde os seis meses de idade a creche. No ano letivo de 2008/2009 frequentou pela primeira vez o Jardim-de-Infância de Referência para a Educação Bilingue onde esteve até ao ano letivo 2011/2012. No ano letivo 2012/2013, o D.C. integrou pela primeira vez a Escola Básica, onde está neste momento a frequentar o 4º ano de escolaridade.

Atualmente, o D.C. está inserido numa turma de surdos, com mais duas crianças, onde o bilinguismo é a metodologia utilizada. O D.C. é acompanhado por dois professores diferentes. Tem uma professora que dá as disciplinas de Língua Portuguesa e Estudo do Meio e um professor que dá as aulas de Matemática. A disciplina de português apresenta um programa próprio para alunos surdos. Tendo em conta a metodologia de ensino em vigor neste agrupamento, a Língua Gestual Portuguesa (LGP) está presente nestas disciplinas e é também uma disciplina curricular. O D.C. é acompanhado por Terapia da Fala três vezes por semana.

De salientar que no ano letivo anterior foi avaliado pela psicóloga do agrupamento através de um teste de QI não-verbal, e os resultados situaram-se dentro dos parâmetros normativos, mas no limite inferior.

Os relatórios educativos referem que D.C. apresenta um domínio da língua portuguesa muito pobre, com dificuldades de articulação e alguma dificuldade na inteligibilidade do discurso.

Neste momento, o seu meio privilegiado de comunicação é a linguagem oral, visto que os seus pais são normoouvintes, e o português foi a sua primeira língua. Apesar disso, o D.C. é proficiente em LGP porque desde muito pequeno que tem contacto com esta língua. O D.C. não está inserido numa turma ouvinte porque não adquiriu em tempo devido competências necessárias para ter um desenvolvimento típico da linguagem, justificando assim as suas dificuldades neste momento. Contudo, em disciplinas como a expressão corporal e a música, entre outras, o D.C. está integrado numa turma ouvinte.

O D.C. colocou próteses auditivas retroauriculares no dia 18 de maio de 2005 e é acompanhado no Hospital dos Covões e no Hospital Santo André pelas especialidades de otorrinolaringologia e pelas consultas de desenvolvimento e psicologia, respetivamente. Na consulta de psicologia é acompanhado esporadicamente por motivos emocionais.

Caso Clínico C

CASO S.L.

A história compreensiva foi preenchida pela consulta do processo de IP e complementada com informação recolhida junto da avó materna, no dia 22 de março de 2016.

O S. L. é uma criança do sexo masculino, nascida a 22 de fevereiro de 2015, atualmente com 13 meses de idade, tem nacionalidade portuguesa e reside em Faro. O seu agregado familiar é composto pela mãe, de 31 anos de idade, o pai, de 33 anos de idade e o irmão, com 29 meses de idade. Os pais são ambos licenciados em Engenharia Civil. Durante o dia, o S. L. encontra-se na residência dos avós, ao cuidado da avó materna, local onde são prestados os apoios de Fisioterapia (FT), Apoio Educativo (AE) e TF.

Os dados relativos à gestação e ao parto indicam que ambos ocorreram dentro da normalidade, no entanto a mãe refere que o S. L. apresentava, à nascença, algumas alterações, nomeadamente que o bebé apresentava a língua fora da cavidade oral. Contudo, o S.L. não foi diagnosticado com Trissomia 21, mas os pais e os avós notavam alguns sinais morfológicos, nomeadamente as características da face. Na primeira consulta de pediatria, com um mês de idade, o pediatra encaminhou-o para a consulta de genética e após a realização do estudo genético, cariótipo, confirmou-se esse diagnóstico, sem cardiopatia e com efeitos de atraso do desenvolvimento psicomotor.

No que se refere à história clínica, o S. L. esteve internado durante uma semana por apresentar uma bronquiolite, tendo beneficiado de cinesioterapia respiratória.

Quanto aos dados sobre o desenvolvimento motor, o S. L. começou a segurar a cabeça por volta dos quatro meses. Atualmente, a avó refere que o S. L. se senta sem apoio, manipula os objetos para explorar, consegue segurar e beber sozinho o biberão e começa a tentar gatinhar. O S. L. usa chupeta, mas por vezes tem dificuldade em mantê-la na boca.

Quanto ao desenvolvimento da comunicação e linguagem, o S. L. sorriu pela primeira vez com um mês de idade e balbuciou aos três meses. A avó refere que as primeiras vocalizações do S. L. foram aos oito meses. Na sua opinião, o S. L. compreende o que lhe dizem e utiliza o choro e vocalizações para comunicar, nomeadamente o pedir.

Relativamente à alimentação, a mãe refere que deixou de amamentar porque o S. L. estava a perder peso, tendo recorrido ao biberão e ao leite infantil. Os semissólidos (papa) foram introduzidos entre os quatro e cinco meses de idade. Atualmente, a sua alimentação consiste em leite e papa. A avó refere que durante a alimentação não ocorrem episódios de tosse ou engasgo, mas que é frequente o S. L. bolsar, principalmente após a ingestão de leite ou iogurte. O S. L. foi referenciado para a IP pelo pediatra a 22 de junho de 2015, pelo seu diagnóstico clínico, salientando a hipotonia axial. Após a referenciação, o S.L. foi avaliado pela SGS II, a 15 de julho de 2015, tendo o resultado revelado alterações nas capacidades locomotoras e manipulativas. Desta forma, iniciou os apoios domiciliários de FT e de AE a 4 de agosto de 2015. No âmbito destes apoios, o S. L. foi reavaliado pela SGS II, a 22 de novembro de 2015, tendo apresentado resultados ligeiramente abaixo do esperado, ao nível do controlo postural, competências manipulativas, competências visuais, audição e linguagem, fala (vocalização) e linguagem, e interação social.

Caso Clínico D

CASO A.R.S.

A recolha de dados de história compreensiva foi realizada a dia 23 de março de 2016.

A.R.S. é uma jovem do sexo feminino, nascida a 26 de dezembro de 1986, atualmente com 30 anos, de nacionalidade portuguesa, natural e residente no Porto e com habilitações literárias ao nível da licenciatura. É Técnica de Radiologia e trabalha numa clínica. O seu agregado familiar é composto por pai, mãe e irmã, todos de nacionalidade portuguesa. É acompanhada em Terapia da Fala, no Serviço de Medicina Física e Reabilitação (SMFR) do hospital distrital desde março de 2016.

M.S., a mãe, atualmente com 59 anos, casada, é funcionária pública. D.S., o pai, tem 59 anos, habilitações literárias ao nível da licenciatura e é professor. A irmã, V.S., tem 32 anos e encontra-se atualmente a frequentar o curso de licenciatura em Enfermagem. No que concerne à relação familiar e à forma como faz uso da voz em ambiente familiar, A.R.S. refere que por vezes fala alto e que os familiares a alertam para moderar o tom de voz. Acrescenta que o único animal de estimação que tem é um peixe e que a habitação tem boas condições de habitabilidade.

A.R.S. mencionou a ida a uma consulta de ORL, em novembro de 2015, por sentir secura na garganta e sabor a sangue na boca. Na observação médica/avaliação laríngea então efetuada, foi-lhe detetado um pólipso na prega vocal direita. Foi medicada com Rosilan durante três dias. Segundo a cliente, não sentiu qualquer melhoria dos sintomas, salienta ainda que após a avaliação de ORL e que ao saber que o problema não era muito grave, ficou mais aliviada. De ressaltar que o ORL a informou que a causa da perturbação vocal estava correlacionada com a má colocação da voz. Após esta observação clínica, foi referenciada para a consulta de Fisioterapia do HNSG, pelo médico de família, em dezembro de 2015.

Relativamente ao início do problema, informa que, desde sempre, apresentou voz rouca, salientando que tanto os amigos como os familiares a avisavam nesse sentido, contudo afirmando ser uma voz bonita. A.R.S. descreve a sua voz como rouca, grave, que essas alterações tendem a agravar-se com o frio e que sente cansaço vocal associado à rouquidão. Quando lhe foi solicitado que caracterizasse o problema, ressaltou que tem dificuldade em gritar, ou falar mais alto, e que sente falta de ar quando produz frases, o que faz com que se canse aquando da fonação. Como sintomas associados apresenta: secura, quebras de voz, tosse, rouquidão, sensação de corpo estranho, “arranhar” e falta de ar quando fala. Adverte que o problema de voz não tem um grande impacto na sua vida diária. No que concerne à história profissional, é técnica de radiologia numa clínica em Ourém, sendo que trabalha 8 horas por dia com algumas pausas, nas quais costuma fazer refeições e conversar com os colegas. Quando questionada relativamente a exposição a produtos tóxicos prejudiciais, no ambiente de trabalho, comunicou não ter qualquer exposição suscetível de prejudicar a sua voz. Relativamente aos antecedentes clínicos, não refere ter quaisquer antecedentes de perturbações vocais nem de problemas respiratórios. Assinalou problemas ortopédicos, tais como má postura corporal e acentuação da curvatura lombar e cervical. Nunca foi submetida a intervenções cirúrgicas nem entubada. A nível de problemas do foro alergológico apenas apresenta alergia de origem dermatológica a metais e a produtos químicos abrasivos. Sofre de tiroidite, apresentando um valor alterado nas respetivas análises, o que a leva a não atribuir gravidade ao problema, referindo não tomar qualquer medicação para o efeito. Quanto à história vocal, relata não conseguir dar gargalhadas hilariantes uma vez que bloqueia (falta de ar e fraqueza na voz), pigarreia muitas vezes no sentido de tentar limpar a garganta e tendencialmente fala alto e grita. Em relação aos comportamentos de mau uso vocal, sente muita tensão no pescoço, especialmente quando fala, apresenta uma intensidade elevada que considera de frequência normal e, por vezes, ocorrem ataques vocais bruscos. No que diz respeito à variabilidade dos sintomas, apresenta frequência diária, ou seja, nos dias em que esforça a voz ou que fala mais alto, sente que piora. No que concerne aos hábitos tabágicos e etílicos, A.R.S. refere ser fumadora desde os 20 anos (cerca de quatro/cinco cigarros por dia) e consome bebidas alcoólicas esporadicamente ao fim de semana. Relativamente à alimentação diz ter dieta equilibrada, não consumindo alimentos muito condimentados, salgados nem doces. Tem hábitos de hidratação, ingerindo 1,5l de água por dia, natural. Não apresenta quaisquer alterações a nível hormonal, além dos problemas relacionados com a tiroide, sendo que a menarca surgiu por volta dos 14 anos e tem uma menstruação regular. Não faz uso de anticoncetivos. Quanto à personalidade, demonstra ser uma jovem extremamente faladora, extrovertida, considerando-se relativamente obstinada. Quando interrogada sobre as expectativas em relação à terapia, demonstrou interesse quer em aprender técnicas que a auxiliem a colocar a voz adequadamente, de forma a não ter períodos de falta de ar quando fala, bem como de técnicas/comportamentos que promovam a saúde vocal.

Caso Clínico E

CASO M.P.

A M.P. é uma criança do sexo feminino, nascida a 15 de janeiro de 2008, tem oito anos e três meses e frequenta atualmente o 2.º ano de escolaridade, beneficiando de um CEI. É de nacionalidade portuguesa, natural do distrito de Beja e residente no concelho de Lisboa.

O agregado familiar da M.P. é composto pela mãe N.R., de nacionalidade portuguesa e comerciante de loja, e pela irmã mais velha B.P., de 11 anos. O pai faleceu em julho de 2014 de patologia oncológica. A M.P. foi referenciada pelo serviço de Pediatria do Hospital Distrital “por suspeita de PEA”, sendo observada pela primeira vez aos três anos e três meses de idade, em maio de 2011, pela Unidade de Neurodesenvolvimento. Mediante a informação recolhida junto dos cuidadores (mãe), no processo de observação, na avaliação formal e preenchimento protocolar da consulta, a M.P. revelou défices na interação social, comunicação, comportamentos repetitivos e estereotipados, permitindo a corroboração de um diagnóstico clínico de PEA. Aquando da primeira observação clínica, a M.P. foi referenciada para auferir apoio da equipa de IP, beneficiando de cooperação e acompanhamento nas áreas da Educação Especial, TF e Psicologia.

Observada a 31 de outubro de 2014, aos seis anos dois meses, na consulta de Autismo no hospital, a M.P., mediante relatório clínico, apresentou um nível de desenvolvimento abaixo da média, com défice da área da audição e fala, assim como um nível de comportamento adaptativo composto abaixo da média para a sua idade cronológica. Conforme referido em relatório clínico, de acordo com a CIF, a M.P. apresenta limitações ao nível das funções psicossociais globais (b122.3), funções intelectuais (b117.2) e funções cognitivas básicas (b163.3).

Segundo o registo de avaliação escolar, referente ao 1.º período do ano letivo de 2015/2016, e mediante observação em contexto de sessão, no que concerne ao nível das competências pessoais e sociais a M.P. é uma criança alegre e bem-disposta que manifesta intenção comunicativa, é autónoma nas suas AVD's, revela um bom comportamento, apresenta vontade própria e interesses, exprime-se de forma espontânea, estabelece uma boa relação com os seus pares e adultos. interagindo com estes, é de fácil integração nas atividades escolares e é bem aceite pelos seus colegas. É uma criança cumpridora de regras estabelecidas, dentro das suas possibilidades, e revela interesse em dialogar e comunicar com os outros. Gosta de brincar com bonecas, dançar, cantar, ouvir música e histórias, passear, ver televisão e fazer atividades no computador.

No que concerne ao desenvolvimento da comunicação e linguagem, as primeiras palavras da M.P. foram produzidas por volta dos três anos de idade. Segundo relatório técnico de TF do CRI, datado de julho de 2015, considerando o diagnóstico clínico de PEA da M.P. e a avaliação formal realizada às suas competências linguísticas, de acordo com a CIF, a M.P. apresenta limitações ao nível das funções mentais da linguagem (b167.3), mais concretamente na receção/expressão da linguagem oral e ao nível da conversação, mostrando dificuldades acentuadas nas diferentes componentes da linguagem, revelando um nível abaixo da média para a sua faixa etária.

Quanto ao seu contexto educativo, a M.P. frequentou o pré-escolar dos quatro meses até aos seis anos de idade. Atualmente frequenta o 2.º ano, beneficiando de CEI. Beneficia semanalmente apoio de TF por parte de um Centro de Recursos para a Inclusão.

Apêndice 2 – Modelo de Relatório de Avaliação

Relatório de Avaliação

Nome:	D.N.:	Idade
Outros dados de Identificação:	Filiação Escolaridade Morada Nº Beneficiário Profissão, etc.	

Resumo dos dados da história compreensiva e motivos de sinalização:

- Dados clínicos;
- Dados familiares;
- Dados sociais;
- Dados desenvolvimentais (crianças/adolescentes).

Dados da avaliação

- Procedimentos de avaliação
- Resultados da avaliação

Diagnóstico terapêutico

Conclusão

- Resumo do estado atual
- Recomendações

Assinatura do Terapeuta da Fala
Nº Cédula Profissional
Contatos
Local e data