



«A Terapia da Fala no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE»

Joana Rombert¹, Maria João Ximenes¹

¹Terapeuta da fala, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Revisão: Gabriela Leal – Técnica Coordenadora dos Terapeutas da Fala do CHLN

A Terapia da Fala no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria iniciou-se em Abril de 2001.

As terapeutas da fala deste departamento têm vindo a desenvolver actividades no âmbito da prevenção, avaliação e intervenção nas perturbações da fala, da linguagem, da leitura, da escrita e das funções oro-muscular e da deglutição. Assumem ainda funções ao nível da investigação científica e formação.

O trabalho é desenvolvido em estreita colaboração com os membros das equipas onde estão inseridas e feito com base no que está pré-definido por cada uma das equipas.

Assim, colaboram com as equipas das seguintes unidades:

- Neurodesenvolvimento
- Internamento da Pediatria
- Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

E ainda na:

- Consulta Multidisciplinar de Fendas do lábio e do palato

Esta colaboração foi sendo desenvolvida de forma progressiva em cada uma das unidades, em função das necessidades que se tem vindo a verificar.

Unidade de Neurodesenvolvimento

A Terapia da Fala começou na Unidade de Neurodesenvolvimento, onde foi desenvolvido um trabalho em colaboração com a equipa multidisciplinar constituída por pediatras do neurodesenvolvimento, psicólogas do desenvolvimento, terapeutas da fala e educadores de infância.



Fig. 1 – Pavilhão da Unidade de Neurodesenvolvimento

Nesta unidade o trabalho desenvolvido pelo terapeuta da fala tem como principais objectivos avaliar, diagnosticar e encaminhar para a área de residência e/ou comunidade educativa as crianças que apresentam perturbações ao nível da comunicação, linguagem, motricidade orofacial, fluência, alimentação, articulação verbal, leitura e escrita.

Este trabalho está de acordo com o objectivo preferencial da unidade que é de avaliação e diagnóstico das perturbações de neurodesenvolvimento.

As perturbações do neurodesenvolvimento na população pediátrica têm uma prevalência de cerca de 20%. Por seu lado, as perturbações da linguagem em idade pediátrica ocorrem em cerca de 7% e se considerarmos as perturbações específicas da aprendizagem, nomeadamente a dislexia, chegamos aos 15%.

As crianças são admitidas na consulta através da aprovação na triagem quando cumprem os seguintes critérios específicos:

- ✓ ter idade inferior a 6 anos (ou 10 anos, se a queixa for desatenção);
- ✓ pertencer a um Centro de Saúde da área de influência do Hospital de Santa Maria;
- ✓ apresentar sinais e sintomas de perturbação do neurodesenvolvimento ou em risco de a desenvolver.

Depois de aceite na consulta a criança é observada pelo pediatra que a encaminha para os técnicos que julga necessários em função das queixas e dos sinais e sintomas observados. Os técnicos avaliam as crianças através de testes específicos e os resultados desses testes vão contribuir de forma integrada para a definição do seu perfil de desenvolvimento e consequentemente, para a definição do diagnóstico. Em seguida, são definidos os procedimentos necessários para a intervenção nas áreas em défice, tendo como principal objectivo a integração das crianças na comunidade educativa, pelo que a intervenção na unidade só é considerada quando a integração na comunidade não é possível de imediato.



Fig. 2 – Intervenção em Terapia da fala. Fonte: foto original tirada no gabinete da terapeuta da fala. Serviço de Pediatria do HSM/CHLN

Na terapia da fala, em média, estão em intervenção cerca de 15 crianças em apoio semanais, na unidade de neurodesenvolvimento.

Como foi dito acima, existem testes formais e informais específicos para avaliar as diferentes alterações apresentadas pelas crianças, nomeadamente perturbações específicas da linguagem, perturbações da articulação verbal, perturbações do espectro do autismo e perturbações específicas da leitura e escrita. Os testes informais permitem-nos obter resultados qualitativos na avaliação das competências da criança em qualquer área do domínio do terapeuta da fala, já referidas acima. Estes testes são utilizados quando não é possível obter a colaboração da criança para os testes formais, por razões relacionadas, quer com o comportamento quer com o nível cognitivo, ou pelo facto de a competência que se pretende verificar não estar ainda incluída numa prova formal.



Fig. 3 – Avaliação informal. Fonte: foto original tirada no Serviço de Pediatria do HSM/CHLN

Assim, os testes formais mais usados na unidade de neurodesenvolvimento são:

- ✓ **GOL-E** – Grelha de Observação da Linguagem – Escolar (Sua Key e col., 2003) – permite avaliar globalmente a linguagem oral, em idade escolar, ao nível da estrutura semântica, morfossintática e fonológica; permite recolher informações que contribuem para a definição de diagnósticos, tais como: perturbação específica da linguagem, perturbação da consciência linguística, perturbação da consciência fonológica, perturbação específica da aprendizagem ou dificuldades de aprendizagem.
- ✓ **TALC** – Teste de Avaliação da Linguagem na Criança (Sua Kay & Tavares, 2012) - permite avaliar globalmente a linguagem oral, em idade pré-escolar, nos domínios compreensivo e expressivo, ao nível do vocabulário, das relações semânticas, das frases complexas dos constituintes morfossintáticos e das interações comunicativas; permite recolher informações que contribuem para a definição de diagnósticos, tais como: perturbação específica da linguagem e atraso do desenvolvimento da linguagem.
- ✓ **BPF** – Bateria de Provas Fonológicas (Silva, 2002) – permite avaliar consciência fonológica, através de provas de análise, classificação e manipulação quer da sílaba quer do fonema; permite recolher informações que contribuem para a definição de diagnósticos, tais como: perturbação da consciência fonológica, perturbação específica de aprendizagem e dificuldades de aprendizagem.
- ✓ **ACLE** – Avaliação das Competências de Linguagem para a Leitura e Escrita (Vitorino e col., 2011) - permite avaliar consciência fonológica, através de várias provas de análise, classificação, manipulação e evocação quer da sílaba quer do

fonema; avalia ainda a leitura e escrita através de provas que vão desde a letra, ao texto; permite recolher informações que contribuem para a definição de diagnósticos, tais como: perturbação da consciência fonológica, perturbação específica de aprendizagem e dificuldades de aprendizagem.

- ✓ **TAV** – Teste de Articulação Verbal (Guimarães, 1998) – avalia a produção articulatória dos sons da língua, permitindo definir o inventário fonético e fonológico da criança; permite recolher informações que contribuem para a definição de diagnósticos, tais como: perturbação da articulação verbal, perturbação fonológica, perturbação específica da linguagem e atraso do desenvolvimento da linguagem.
- ✓ **Avaliação da Discriminação Auditiva** (Guimarães & Grilo, 1996) – avalia a capacidade de discriminação auditiva através da utilização de pares de palavras e pseudo-palavras, considerando o vozeamento, modo e postura dos vários sons da língua; permite recolher informações que contribuem para a definição de diagnósticos, tais como: perturbação da articulação verbal e perturbação fonológica.
- ✓ **ASPA** – Avaliação Simplificada do Processamento Auditivo (Pereira, 1997) – permite rastrear o funcionamento do processamento auditivo central, através de tarefas de localização sonora, e de memória sequencial verbal e não verbal; permite recolher informações que contribuem para a definição de diagnósticos, tais como: perturbação da articulação verbal, perturbação fonológica, perturbação da consciência fonológica, perturbação específica da linguagem, perturbação específica da aprendizagem. Carece de encaminhamento para avaliação formal do processamento auditivo central, por técnico de audiologia.
- ✓ **TOPL** – Test of Pragmatic Linguistic (Phelps-Terasaki & Phelps-Gunn, 1992) – permite recolher informações sobre as várias funções pragmáticas da linguagem; permite recolher informações que contribuem para a definição de diagnósticos, tais como: perturbação autística, perturbação da comunicação social e perturbação específica da linguagem.
- ✓ **PALPA-P** – Provas de Avaliação da Linguagem e de Afasia em Português (Castro, Caló e Gomes, 2007).

Em média, na unidade de neurodesenvolvimento são realizadas, por semana, cerca de 18 consultas de avaliação de seguimento e 12 consultas de avaliação de primeira vez.

Unidades de Internamento de Pediatria

Para além da consulta externa, também é feita a avaliação e intervenção nas várias unidades de internamento de pediatria: UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais), UCIPED (Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos), UPA (Unidade Pluridisciplinar Assistencial), Pneumologia pediátrica, Neuropediatria, Nefrologia Pediátrica, Gastrenterologia Pediátrica e Cirurgia Pediátrica. Nestas unidades de internamento, o terapeuta da fala avalia e intervém em bebés e crianças com perturbações de alimentação e deglutição de forma a antecipar a alta hospitalar. Em média são acompanhadas 6 crianças por semana, sendo o apoio terapêutico realizado de forma directa, três vezes por semana. Este apoio tem como objectivo desenvolver competências orais na criança e

colaborar sob a forma de orientação aos pais e à equipa. Todos os casos são discutidos em equipa e é elaborado um plano de intervenção em conjunto. As equipas são constituídas por pediatras, enfermeiros, psicólogos, dietistas e assistentes sociais.

Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais o terapeuta da fala actua directamente em bebés de risco, através da avaliação e intervenção na sucção e deglutição, colaborando com os pais e com a equipa técnica. Estes bebés apresentam dificuldades na coordenação sucção-deglutição-respiração, tanto na amamentação como no biberão. A avaliação é feita formalmente através da escala de avaliação NOMAS (Neonatal Oral Motor Assessment Scale) e através da auscultação cervical. Desta forma é possível chegar a um diagnóstico e intervir directamente em cada caso. São aplicadas técnicas de sucção não nutritiva e sucção nutritiva como a estimulação através da chupeta, "lactation aid", sonda-dedo, técnica da relaxação entre outras. Estas técnicas têm como objectivo a aceleração da maturação do reflexo de sucção, a transição mais rápida para via oral e consequentemente a diminuição do tempo de internamento hospitalar.



Fig. 4 - Sonda-dedo. Fonte: foto original tirada no Serviço de Pediatria do HSM/CHLN



Fig. 5 - Sonda-mama Fonte: anjostore.blogspot.com

Consulta Multidisciplinar de Fendas do lábio e do palato

A fenda do lábio ou do palato é uma abertura na região do lábio e/ou palato, ocasionada pelo não fechamento dessas estruturas, que ocorre entre a quarta e a décima semana de gestação. Trata-se de uma malformação congénita, que ocorre durante a formação e desenvolvimento fetal. A incidência anual varia de 1/3,300 a 1/10,000 nascimentos. As fendas do lábio e do palato podem ser responsáveis por alterações estruturais que podem provocar atrasos do crescimento do terço médio da face e

em que está afectada a erupção e a disposição dos dentes no maxilar superior.

Quando o palato tem fenda, a voz é nasalada e a fonação encontra-se afectada por dificuldades de articulação e há, quase sempre, alterações da audição relacionadas com otites serosas, por disfunção tubária.

Pode haver, embora de uma forma ligeira, perturbação da sucção e a deglutição requerendo aprendizagem para que a alimentação decorra de uma forma correcta e sem causar problemas.

O tratamento das fendas do lábio e do palato inicia-se após o nascimento e prolonga-se até ao fim da adolescência.



Fig. 6 – Criança com fenda do lábio e do palato pré e pós cirurgia. Fonte: saúde.culturamix.com

Assim, o apoio dos bebés e crianças com fenda do lábio ou do palato começa no berçário intervindo directamente na alimentação, quer na adaptação à mama, quer na escolha da tetina mais adequada. O apoio terapêutico é feito três vezes por semana incidindo no aleitamento materno, uma vez que este é fundamental para o desenvolvimento e a maturação da musculatura orofacial, proporciona uma boa oclusão, uma melhor relação entre maxila e mandíbula, uma expansão dos seios maxilares, um melhor vedamento labial, a conservação da respiração nasal e a posição da língua mais adequada.

Este apoio mantém-se depois, ao longo da vida, através de uma consulta multidisciplinar onde o terapeuta da fala também está presente, e que é composta por elementos de várias especialidades, tais como, cirurgião plástico, pediatra, estomatologista/ortodontista, otorrinolaringologista, enfermeiro, psicólogo e técnico de serviço social. Esta consulta conta ainda com a colaboração dos técnicos da consulta de genética e da consulta de adolescentes que em determinadas situações poderão participar como consultores, quando os casos assim o exigirem, nomeadamente nas crianças com síndromes genéticas e nos adolescentes com fendas do lábio ou do palato.

A consulta realiza-se mensalmente. Os casos são discutidos com ou sem a família e seguidos nesta consulta desde o nascimento até que todo o processo esteja concluído. Tem como principal objectivo a partilha de informação e de dúvidas em relação aos pacientes em

acompanhamento, o que possibilita a definição de estratégias de acção conjuntas, quer cirúrgica, quer terapêutica ou até mesmo de encaminhamento. Na fig. 7 estão representadas as áreas implicadas na problemática destas crianças e que justificam a participação, nestas reuniões, de um elevado número de especialistas que, ao longo dos anos, vão resolvendo as diferentes alterações funcionais, desde a reconstrução de uma aparência esteticamente aceitável até um desenvolvimento equilibrado do indivíduo, ao nível pessoal e social.



Fig. 7 – Diagrama das áreas implicadas nas crianças com fenda do lábio e do palato

Esta equipa, com todos os seus elementos, promove ainda uma consulta pré-natal a famílias com diagnóstico confirmado do bebé com fenda do lábio e/ou do palato, com o objectivo de esclarecer todas as dúvidas promovendo a redução da angústia e ansiedade geradas.



Fig. 8 – Diagnóstico pré-natal (a evolução da imagiologia permite uma detecção in-utero do defeito)

Conclusão

O trabalho do terapeuta da fala desenvolvido atualmente no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria é muito diversificado e exige especialização em várias áreas, cada uma com a sua especificação.

Este trabalho é sempre realizado com um conjunto de profissionais de diferentes formações contribuindo para um apoio efetivo à criança e à família, para que estes alcancem o sucesso e ultrapassem qualquer tipo de limitação imposta pela perturbação.

Bibliografia

- American Speech Hearing Association. Roles of Speech-Language Pathologists in the Neonatal Intensive Care Unit: Position Statement, 2013.
- Bingham, Ashikaga & Abbasi, 2012: Relationship of Neonatal Oral Motor Assessment Scale to feeding performance of premature infants. *Journal of Neonatal Nursing* vol. 18, Issue 1, 30–36.
- Castro, Caló & Gomes, 1992, PALPA-P – Provas de Avaliação da Linguagem e de Afasia em Português
- Guimarães & Grilo, 1996, Avaliação da Discriminação Auditiva.
- Guimarães, 1998, TAV – Teste de Articulação Verbal, Fisiopraxis.
- Pereira, 1997, ASPA – Avaliação Simplificada do Processamento Auditivo.
- Phelps-Terasaki & Phelps-Gunn, 1992, TOPL – Test of Pragmatic Linguistic.
- Silva, 2002, BPF – Bateria de Provas Fonológicas.
- Sua Key, E., Santos, M.E., Ferreira, A.I., Duarte, G.M., & Calado, A.M. 2003, GOL-E – Grelha de Observação da Linguagem – Escolar.
- Sua Kay & Tavares, 2012, TALC – Teste de Avaliação da Linguagem na Criança.
- Vitorino, Valido, Lopes, Moreira & Paixão, 2011, ACLLE – Avaliação das Competências de Linguagem para a Leitura e Escrita.



«A Terapia Ocupacional na Unidade de Internamento do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHLN-HSM»

Joana Pinheiro¹, Telma Pestana¹

¹ Terapeuta Ocupacional, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE - Hospital de Santa Maria

A Terapia Ocupacional é uma profissão que tem como objectivo habilitar as pessoas a maximizar a autonomia nas suas ocupações diárias e papéis de vida.

Os Terapeutas Ocupacionais baseiam a sua prática profissional na ocupação e na influência que esta tem na saúde de cada pessoa. A Ocupação contribui para a manutenção da identidade, visto criar os contextos necessários para uma vida significativa dada pelo sentido de objectivo e estruturação das actividades do dia-a-dia ao longo do tempo (Teixeira e Ricou, 2008). Desta forma, os Terapeutas Ocupacionais defendem que a participação nas diferentes ocupações deverá possibilitar o equilíbrio entre o trabalho, o auto-cuidado e lazer, garantindo que o estado de saúde e bem-estar se mantenha ou seja restabelecido. Creek (2002) define que um padrão natural e equilibrado de ocupações promove a saúde, satisfaz as necessidades individuais e as exigências da comunidade.

A saúde mental permite à pessoa ter a capacidade de lidar com as mudanças e transições da vida, adaptar-se às circunstâncias, definir objectivos realistas, atingir metas pessoais e alcançar satisfação com a sua própria vida. Por outro lado, quando a doença mental surge, impossibilita a capacidade de pensar e sentir de uma forma natural, interfere com a capacidade de tomar decisões e diminui a sensação de bem-estar (Creek, 2002).

A pessoa com doença mental é incapaz de manter competências necessárias ao desempenho e participação nas suas ocupações diárias e significativas e apresenta a sua volição¹ diminuída. A sintomatologia que a doença mental produz, leva à privação ocupacional, que impede as pessoas de realizarem as suas actividades de vida diária como cuidar de si próprio, executarem o seu trabalho, relacionarem-se com os outros, manterem hábitos e rotinas saudáveis (Carol. A.B. et al, 2008).

As pessoas com doença mental em fase aguda sentem-se vulneráveis e apresentam diminuição ou compromisso do desempenho nas ocupações significativas e intencionais. Por necessitarem de uma prestação de cuidados ajustados, são admitidas numa unidade de internamento.

Na unidade de internamento do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental (SPSM), todas as pessoas admitidas têm, à partida, indicação para ter apoio da Terapia Ocupacional. Alguns autores, nomeadamente Creek (2002), assinalam os seguintes critérios como prioritários para a referência:

- Evidência de um funcionamento pré-mórbido que contribuiu para a admissão na unidade de internamento;
- Inexistência de sistemas de apoio;
- A privação ocupacional com impacto significativo na saúde da pessoa.

Durante o internamento a pessoa necessita igualmente de lidar com a mudança ambiental repentina, que diminui a oportunidade de manter qualidade de vida e rotinas normais. É assim fundamental, que a intervenção não se centre apenas na redução dos sintomas, mas também na promoção de ocupações significativas e actividades, num ambiente securizante. Wilcock (1991) refere que durante o internamento a privação ocupacional pode ser prejudicial para a saúde e o alívio dos sintomas e da doença, em isolado, são insuficientes para o processo de reabilitação.

Avallone *et al* (1990) definem que os objectivos da Terapia Ocupacional num contexto de unidade de internamento são:

- Proporcionar uma rotina estruturada, integrando os vários aspectos do dia-a-dia (auto-cuidado, actividades, momentos de lazer);
- Proporcionar oportunidade à pessoa com doença mental de treinar, modificar ou adaptar comportamentos ou ocupações em contextos terapêuticos, dirigidos a objectivos (ex.: simular situações que provoquem ansiedade tal como lidar com dinheiro, planear uma rotina diária, para aquisição de estratégias de *coping*)²;
- Monitorizar de que forma as várias intervenções implementadas (por ex: a medicação) estão a afectar a capacidade da pessoa em gerir as rotinas e actividades diárias;
- Obter informação sobre a rotina e papéis desempenhados fora do hospital bem como a identificação, em conjunto com a pessoa, das áreas que acha que precisa de mudar;
- Partilhar informação e fazer recomendações à equipa sobre o funcionamento ocupacional, estruturas na comunidade e apoios de que a pessoa possa necessitar após a alta.

A intervenção do Terapeuta Ocupacional numa unidade de internamento é influenciada pelo tempo de internamento. É fundamental avaliar as necessidades e focar-se em objectivos a curto prazo, tendo em atenção o contexto em que a pessoa vive, e os objectivos a longo prazo priorizados pela pessoa e identificados pela equipa multidisciplinar.

Os elementos centrais da prática da Terapia Ocupacional numa unidade de internamento são a **avaliação**, a **intervenção** (grupal e individual) e o **plano de alta**.

A **avaliação** consiste na análise da relação entre a saúde, doença e funcionamento ocupacional. Isto inclui avaliar o impacto que a doença mental tem na capacidade da pessoa desempenhar as actividades da vida diária, na educação, no trabalho e na participação social. São utilizados vários instrumentos de avaliação para determinar quais as limitações, necessidades e motivações da pessoa, assim como quais as capacidades e competências necessárias para o suporte à participação activa nas ocupações identificadas como significativas

Para uma maior eficácia na sua **intervenção**, o Terapeuta Ocupacional deve respeitar o ritmo da pessoa internada e a evolução da psicopatologia e deve adequar a sua actuação às necessidades da pessoa e trabalhá-las no momento oportuno. Na

¹ Volição é constituída pelo que é importante e significativo para o indivíduo (valores), pela noção de competência e eficácia do próprio (causalidade pessoal) e pelo que considera satisfatório (interesses). É a volição que guia as escolhas ocupacionais do indivíduo (Kielhofner, 2002).

² Estratégias de *Coping* são o conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais desenvolvidas pelo sujeito para lidar com as exigências internas e externas que são avaliadas como excessivas ou as reacções emocionais a essas exigências (Costa et al, 2006)

unidade de internamento do SPSM, a intervenção do Terapeuta Ocupacional começa por estimular a capacidade da pessoa em se relacionar com os outros e com a realidade externa (sala de actividades e elementos do grupo). Num segundo momento, o terapeuta deve ajudar a pessoa a adequar os comportamentos, actos e acções através de tarefas pequenas e acessíveis, de forma a ajudar a reconstruir um sentido de competência. Num terceiro momento, deve proporcionar actividades construtivas e reparadoras, activando aspectos não afectados pela psicopatologia, de forma a gerar vivências mais saudáveis (Molina *et al*, 2001).

As actividades terapêuticas devem ser adaptadas e graduadas pois, num contexto como este, o Terapeuta Ocupacional pode encontrar diferentes apresentações de um mesmo diagnóstico. O facto do Terapeuta Ocupacional observar as pessoas em diferentes ambientes (enfermaria, sala de actividades), testemunha diferentes comportamentos, respostas emocionais, forças e vulnerabilidades emergentes, permitindo descrever a forma como os sintomas afectam os papéis individuais, a volição, as rotinas, as competências e o progresso, à medida que as pessoas vão ficando menos sintomáticas ou desenvolvem estratégias de *coping* para lidar com a doença residual.

Neste contexto, a **intervenção** pode ser grupal e/ou individual:

Na **intervenção grupal** (Fig. 1 e 2), o plano de actividades é adaptado às necessidades identificadas pelos elementos do grupo e o grau de exigência é graduado. A recuperação da funcionalidade social, cognitiva, expressiva e o desempenho de tarefas e rotinas quotidianas passa pela implementação de um conjunto de actividades terapêuticas que poderão incluir actividades da vida diária, actividades da vida diária instrumentais, técnicas de relaxamento, actividades de estimulação das competências cognitivas, jogos dinâmicos, técnicas corporais ou de movimento, grupos de discussão de temas e actividades criativas e expressivas.



Fig. 1 e 2 - Intervenção grupal. Fonte: Terapia Ocupacional (Serviço de Psiquiatria do CHLN-HSM)

Na **intervenção individual** (fig. 3), a pessoa é apoiada a desenvolver capacidades e competências que lhe permitam adaptar-se às circunstâncias e funcionar de forma satisfatória nas actividades da vida quotidiana.

Ao longo deste processo de intervenção, é essencial o estabelecimento de uma boa relação terapêutica. A forma como o Terapeuta Ocupacional se relaciona com a pessoa faz parte do tratamento, tanto fora como dentro das actividades pelo que, manter uma distância óptima, ser flexível e securizante é fulcral. É importante tanto para a implementação da intervenção, como para a sua participação no processo de reabilitação, que esta conheça o seu terapeuta, que compreenda em que consiste a actividade e

qual a sua finalidade, bem como onde esta irá decorrer e qual o seu horário e tempo de duração.



Fig. 3 - Intervenção Individual. Fonte: Terapia Ocupacional (Serviço de Psiquiatria do CHLN-HSM)

O **plano de alta** é delineado em equipa, a partir do momento em que a pessoa é admitida na unidade de internamento. Nesta fase, o Terapeuta Ocupacional explora as forças e os recursos relevantes para que a pessoa possa retomar a sua vida.

Bibliografia

- AVALLONE, J. et al (1990). *Occupational Therapy in Acute Inpatient Psychiatry: An Activities Health Approach*. The American Journal of Occupational Therapy, 44 (9), 809-814.
- CAROL, A.B. et al (2008). *Occupational Therapy Services in the Promotion of Health and the Prevention of Disease and Disability*. The American Journal of Occupational Therapy, 62(6), 694-703.
- CELSO, T., MADALENA, R. (2008). *Volição em Toxicodependentes que frequentam a Unidade de Desabilitação Norte pela primeira vez e em indivíduos reincidentes*. REVISTA TOXICODPENDÊNCIAS EDIÇÃO IDT 14(2), 25-35
- COSTA, Etã Sobal e LEAL, Isabel Pereira (2006). *Estratégias de coping em estudantes do Ensino Superior*. Análise Psicológica, vol.24, n.2, pp. 189-199. ISSN 0870-8231
- CREEK, J. (2002). *Occupational Therapy and Mental Health*. Third Edition. London: Churchill Livingstone
- KIELHOFNER, G. (2002). *A model of Human Occupation: Theory and Application*. Third Edition. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.
- WILCOCK, A. (1991). *Occupational Science*. British Journal of Occupational Therapy 54 (8): 297-300
- MOLINA, P. et al (2001) – *Terapia Ocupacional en Salud Mental: principios y práctica*. Masson.