

Psiquiatria de ligação

Consultation-liason psychiatry

Ana Mota*

Resumo

A psiquiatria de ligação é situada no seu contexto histórico a nível internacional (início dos anos 30 nos EUA) e em Portugal (década de 50). No nosso país integra já a formação pós-graduada; isto é, durante o internato de psiquiatria é obrigatória a realização de estágio em serviços de psiquiatria de ligação em hospitais gerais. Discutimos a seguir as vertentes clínica, de ensino e investigação; bem como os principais modelos de intervenção desta subespecialidade psiquiátrica (designação formal para a psiquiatria de ligação em 1989 na Segunda Conferência Nacional de Psiquiatria de Consulta e Ligação, USA).

Palavras chave: psiquiatria de ligação, psiquiatria de consultadoria-ligação, hospital geral

Abstract

Consultation-liason psychiatry was first practised in the USA in the beginning of the 30s and in Portugal since the 50s. In our country, specialist psychiatric training requires specific training in a Consultation-Liason Psychiatry Service of a General Hospital

We present the clinical aspects, teaching research activities and most important patterns of consultation, in this sub-speciality of Psychiatry (formally designated Consultation-Liason Psychiatry in 1989, in the Second National Conference of Consultation-Liason Psychiatry in USA).

Keywords: liason psychiatry, consultation-liason psychiatry, general hospital

1 - Evolução da psiquiatria de ligação a nível internacional e em Portugal

A psiquiatria de ligação surgiu nos anos 30, nos Estados Unidos da América, num contexto histórico de mudança,

em que emergiam factores inerentes, fundamentalmente, ao avanço tecnológico da medicina e à formação médica, predominantemente hospitalar. Neste contexto era dada então pouca importância à componente psicológica das doenças somáticas. Simultaneamente a psiquiatria ao nível dos hospitais gerais sentia a necessidade de se articular com as restantes especialidades médicas. O objectivo era salientar uma perspectiva biopsicossocial da medicina e a necessidade de se criarem serviços de psiquiatria nos hospitais gerais, bem como de actividades de psiquiatria de ligação^{1,2}.

O crescimento da psiquiatria de ligação nos hospitais gerais, a partir dos anos 30, representa um marco na história da psiquiatria. Este crescimento facilitou à psiquiatria acompanhar os avanços científicos da medicina e contribuir para a introdução de mudanças no meio terapêutico. Realçava, face às outras especialidades médicas, que os aspectos psicológicos e sociais fossem tidos em linha de conta na abordagem clínica dos doentes³.

A primeira unidade psiquiátrica num hospital geral surge em 1902 nos Estados Unidos da América e foi aberta por Mosher no Albany Hospital em Nova York^{2,3}. Em 1913 entrou em funcionamento a Clínica Psiquiátrica Henry Phipps do Hospital John Hopkins fundada por Adolf Meyer. A ele se deve a integração da psiquiatria no hospital geral. Adolfo Meyer surgiu nos anos 30 como uma figura de destaque na psiquiatria americana, ao permitir o desenvolvimento da psiquiatria de ligação e da medicina psicossomática. George Henry e Helen Flanders Dunbar (seus discípulos) viriam a contribuir para a expansão futura da Psiquiatria de Ligação².

George Henry escreveu acerca da sua actividade clínica como psiquiatra num hospital geral e publicou um conceito de psiquiatria de ligação no que é considerado o primeiro trabalho sobre esse tema, intitulado "Some Modern Aspects of Psychiatry in General Hospital Practice". Neste trabalho referia que *o staff de todos os hospitais gerais deve ter um psiquiatra que faça visitas regulares aos serviços, que contribua para a formação neste tipo de trabalho, que participe nas reuniões médicas, por forma a que haja uma partilha de experiências e uma franca discussão dos doentes mais complicados*^{3,4}.

Helen Flanders Dunbar e col. Escreviam, em 1936, que *não deve vir longe o momento em que a colaboração dos psiquiatras seja requerida em todas as enfermarias médicas e cirúrgicas*.

O crescimento e desenvolvimento da psiquiatria de ligação intensificou-se e, em 1932, a Comissão de Educação Médica Americana escrevia: *... a prestação de cuidados médicos requer que os médicos compreendam a importância dos factores psicológicos, sociais e económicos na prevenção, etiologia e tratamento de cada pessoa doente*⁴. Em 1934, a Fundação Rockefeller financiou a formação de 5 serviços

*Assistente Hospitalar de Psiquiatria do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de S. Bernardo, Setúbal
Recebido para publicação em 04.05.2000

de psiquiatria em hospitais gerais. É num destes serviços de psiquiatria, concretamente no Colorado General Hospital (Denver), que Edward Billings cria o 1º serviço de psiquiatria de ligação. Este serviço não possuía camas e o seu modelo de intervenção era exclusivamente dar apoio aos serviços hospitalares². Cinco anos após o início desta experiência (1939) no Colorado General Hospital avaliam-se alguns aspectos desta iniciativa, tendo-se concluído que o tempo de internamento hospitalar se tinha reduzido a metade e que o número de Rx e testes laboratoriais realizados nestes cinco anos tinham também diminuído. Nesse ano surge pela primeira vez na literatura o termo “Psiquiatria de Ligação” citado por Billings, referindo-se a *um modelo organizativo que implica colaboração de psiquiatras com médicos não psiquiatras e outros profissionais de saúde nos hospitais gerais*⁴. Em 1946 esse modelo viria a ser amplamente alargado por M. Ralph Kaufman, ao defender que o psiquiatra deve ser membro integrante da equipa médica, exercendo actividades clínicas e de consultadoria⁵.

Nessa mesma altura assiste-se à implementação de modelos organizativos diferentes. Enquanto no Colorado General Hospital o modelo era fundamentalmente de consultadoria, o Mount Sinai Hospital teve, desde o início, o modelo de ligação².

A partir dos anos 60 a psiquiatria de ligação teve um desenvolvimento extraordinário, em termos de prática clínica, ensino e investigação, o qual se tem continuado a verificar até aos nossos dias, não só nos Estados Unidos da América e Canadá como também na Europa. Assiste-se à elaboração de modelos de organização da psiquiatria de ligação, à expansão de serviços psiquiátricos especializados em situações médicas; isto é: a psiquiatria de ligação diversificava-se em subespecialidades, como a psico-oncologia e a psiconefrologia, entre outras².

Revelador deste manifesto desenvolvimento foi a designação formal para a psiquiatria de ligação de subespecialidade psiquiátrica, em 1989, na segunda Conferência Nacional de Psiquiatria de Consultadoria e Ligação, que teve lugar nos Estados Unidos. Designação perfeitamente justificada, dado que possui um conhecimento que cresceu com um treino especializado na clínica e na investigação e que a múltipla literatura comprova. Na Europa os serviços de consultadoria e psiquiatria de ligação desenvolveram-se na sua maioria como o resultado de uma iniciativa individual local, apresentando os diferentes países europeus dificuldades semelhantes entre si, nomeadamente deficiência de recursos e dificuldades de integração dos serviços de Psiquiatria de Ligação⁶. Só a partir de 1987 se assiste a uma estreita colaboração na área da psiquiatria de ligação e a uma vasta investigação multicêntrica traduzida, nomeadamente, no desenvolvimento do European Consultation/Liaison Workgroup (ECLW)⁷.

Também em Portugal, com a integração dos serviços de psiquiatria nos hospitais gerais (década de 50), se assistiu a um desenvolvimento da psiquiatria de ligação, algumas vezes associada a uma perspectiva psicossomática. Neste contexto Fernandes da Fonseca, realiza um trabalho pioneiro onde aborda o conceito de “equivalentes afectivos”⁸. Nas décadas de 60 e 70 surgem teses de doutoramento tendo por base trabalhos de investigação resultantes de experiências no âmbito da psiquiatria de ligação. Por ordem cronológica apresentamos temas e autores das referidas teses de doutoramento: “Enfarte do miocárdio – factores de risco da pessoa em situação”⁹, “Adaptação do insuficiente renal crónico à hemodiálise”¹⁰, “Factores psicológicos nas coronariopatias isquémicas”¹¹, “Aspectos psicossociais da úlcera duodenal”¹², “Hipertensão arterial essencial – abordagem psicossomática de um modelo integrado de desregulação”¹³, “Aspectos psicossociais da doença de Crohn”.

Esta interface da psiquiatria com as restantes especialidades médicas cresce substancialmente a partir dos anos 70, com a extensão da psiquiatria de ligação aos cuidados de saúde primários, principalmente através da articulação da equipa de psiquiatria com os médicos de família^{14,15,16}. Inicialmente, a prática da psiquiatria de ligação à medicina resumia-se ao meio do hospital geral³. A investigação científica viria a mostrar a elevada prevalência dos problemas psicossociais e de saúde mental a nível dos cuidados primários de saúde e a necessidade de formação dos clínicos gerais nessa área.

É manifesta a evolução em curso da psiquiatria de ligação em Portugal, pelo número crescente de psiquiatras contratados para trabalharem em psiquiatria de ligação, de serviços de psiquiatria em hospitais gerais e de internos de psiquiatria a realizarem um estágio de três meses em tempo completo neste domínio¹⁷.

2 - Definição, objectivos e focos de intervenção

A psiquiatria de ligação, ramo da psiquiatria ou subespecialidade psiquiátrica, é definida como a área da psiquiatria clínica que inclui todas as actividades diagnósticas, terapêuticas, de ensino e de investigação realizadas por psiquiatras em serviços não psiquiátricos de um hospital geral. Tem por base uma prática médica hospitalar que se situa na interface dos factores psicológicos, biológicos e sociológicos do adoecer⁸.

O principal objectivo da psiquiatria de ligação é manter uma ponte entre a psiquiatria e as restantes especialidades médicas, por forma a que a abordagem da pessoa doente se realize integrando as suas vertentes biopsicossociais¹⁹.

Em geral os autores estão de acordo que são três os focos de intervenção do psiquiatra no hospital geral: a actividade clínica, o ensino e a investigação.

Quadro 1

Avaliação clínica em doentes médicos e cirúrgicos
1. Estabelecer rapidamente uma atitude adequada
2. Diagnosticar os processos psicopatológicos
3. Avaliar o funcionamento mental e a capacidade cognitiva
4. Realizar uma formulação clínica rápida e integradora que assimile todos os factores - biopsicossociais - relevantes

Adaptado de Guthrie e Creed (1996)

2.1 - Actividade clínica

A principal actividade do psiquiatra de ligação é a promoção da qualidade dos cuidados prestados aos doentes. Para tal, tem de se ter em linha de conta o doente e o ambiente em que este se encontra; isto é, as expectativas e as relações interpessoais dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento do doente. Esta conjuntura relacional é decisiva na adaptação do doente à doença, à hospitalização e aos procedimentos terapêuticos³.

A actividade clínica da psiquiatria de ligação é um processo dinâmico e moroso (Quadro 1), pois a maior parte do tempo é ocupado a observar os doentes, com a finalidade de estabelecer um diagnóstico, iniciar uma terapêutica e informar os profissionais de saúde das equipas médicas ou cirúrgicas, fornecendo-lhes a sua opinião e sugestões. Desenvolve-se e descreve-se um esquema para intervenção em psiquiatria de ligação que sumarizámos nos (Quadros 1,2,3,4 e 5)²⁰.

A apresentação do psiquiatra deverá ser feita pelo médico assistente ou por um dos enfermeiros conhecidos do doente. A atitude do psiquiatra deverá ser de compreensão, suporte e aliança, mostrando interesse pela situação clínica do doente³. Habitualmente, o psiquiatra senta-se junto à cama do doente ou frente, a frente caso não esteja acamado, e sempre que possível em privado. Começa por estimular o doente a falar da sua doença facilitando-lhe a expressão de ideias, impulsos e atitudes, por forma a elaborar uma história pessoal sumária (Quadro 2). A duração da entrevista deverá ser adequada ao estado do doente, devendo repetir-se se necessário.

O psiquiatra de ligação deve clarificar com o médico assistente o pedido de observação para determinado doente (Quadro 3). O contacto deverá ser personalizado numa troca informal de impressões, pretendendo-se uma informação sobre as manifestações psicopatológicas apresentadas e a sua importância para o processo doença-tratamento. Pro-

Quadro 2

Perícias da entrevista em psiquiatria de ligação
1. Abordar os sentimentos do doente sobre o pedido de consulta
2. Facilitar a expressão de ideias eventualmente adversas em relação à consulta
3. Questionar sobre os sintomas físicos, história da doença e curso
4. Detectar aspectos da comunicação verbal e não verbal
5. Utilizar um estilo empático
6. Pesquisar os sintomas psicológicos
7. Estabelecer elos sobre as queixas físicas e psicológicas

Adaptado de Guthrie e Creed (1996)

cura-se ainda reconhecer as dificuldades sentidas pela restante equipa terapêutica. Completa-se esta abordagem com a consulta do processo clínico do doente, para recolha de elementos sócio-demográficos e da história (antecedentes pessoais e familiares, doença actual e observação), e dos exames auxiliares de diagnóstico. As principais razões de pedido de observação pelo psiquiatra de ligação são: a detecção de perturbação psiquiátrica, as alterações do comportamento em relação aos procedimentos médicos e terapêuticos, as dúvidas de diagnóstico, entre outras. Estas situações causam geralmente alterações no funcionamento da equipa e na relação médico-doente.

O psiquiatra de ligação tem no meio médico e cirúrgico uma posição de grande responsabilidade (Quadro 4)^{19,20,21}. O sucesso ou o fracasso do seu trabalho (quer sob o ponto de vista holístico do doente quer enquanto inserido numa equipa) passa muito pela sua conduta pessoal. Não lhe é suficiente ser um *expert* em psicopatologia; o psiquiatra tem de possuir conhecimentos médicos gerais e específicos da especialidade médica ou cirúrgica com que trabalha mais directamente.

Os autores assinalam que, além do saber médico, tem de ter qualidades que o habilitem a ser aceite como membro da equipa médica e/ou cirúrgica. Esta atitude requer tacto, habilidade para comunicar com clareza, flexibilidade e um respeito genuíno pelo trabalho dos colegas.

A formulação de um plano terapêutico (Quadro 5) deve ser transmitida pessoalmente ao médico assistente e registada no processo clínico, assim como um resumo da observação psiquiátrica. As orientações que são transmitidas são muitas vezes simples esclarecimentos sobre o

Quadro 3

Clarificação do pedido em psiquiatria de ligação ("Porque é que este doente nos foi referenciado neste momento?")
1. Doente francamente perturbado (choro fácil, depressão, agitação...)
2. Não adesão à medicação ou procedimentos diagnósticos
3. Comportamento disruptivo ou violento
4. Caso "sem esperança" e sentimentos de frustração da equipa técnica
5. Incerteza sobre a etiologia dos sintomas - será psiquiátrico?
6. Conselhos e orientações sobre a medicação (ex. antidepressivos, sedativos...)
7. Colaboração em projectos de investigação

Adaptado de Guthrie e Creed (1996)

quadro psicopatológico apresentado pelo doente.

Os autores ressaltam que as perturbações de adaptação à doença, manifestadas frequentemente por sintomatologia ansiosa e depressiva, se modificam quando o psiquiatra de ligação sugere uma alteração da relação médico-doente ou um reforço de informação sobre a doença. Os conflitos na relação doente-equipa são muito frequentes, mas geralmente não são expressos de uma forma aberta aquando do pedido de observação pelo psiquiatra de ligação. Aquando da hospitalização, a pessoa fica restringida na sua liberdade de acção. É submetida a uma série de rotinas e a sua privacidade fica claramente comprometida. Esta é uma situação favorável ao aparecimento de conflitos entre o doente e a equipa que dele cuida. Conflitos que podem crescer e exceder o limiar da tolerância de um ou mais dos profissionais de saúde face à interrupção dos afectos do doente, nomeadamente em ansiedade, medo, ressentimento e culpa, o que resulta em comportamentos que vão interferir na adequação dos cuidados médicos²².

As orientações dadas pelo psiquiatra são de uma importância decisiva para o sucesso da observação, «*o que o psiquiatra comunica, como o faz e a quem o faz, tendo em conta quatro critérios: relevância (o que é dito tem de dar luz ao problema), valor explicativo, inteligibilidade e praticabilidade*»²³.

2.2 - Ensino

O psiquiatra de ligação inserido

numa equipa, com um estreito contacto com os restantes elementos da mesma e o seu interesse especial pelos aspectos psico-lógicos da prática médica, está numa posição particularmente vantajosa para participar no ensino de alguns aspectos importantes da prática médica.

O ensino da medicina deveria ser reestruturado, no sentido de que os estudantes de medicina pudessem participar em actividades de psiquiatria de ligação; esta experiência dar-lhes-ia uma oportunidade única de aprender técnicas de entrevista e de colheita de história, fazer um diagnóstico global tendo em conta os factores psicossociais, da doença, da importância da relação médico-doente e o acesso à personalidade do doente como meio de fazer face à situação. Os autores salientam que estes são apenas

Quadro 4

Intervenção terapêutica
1. Desenvolver rapidamente uma aliança terapêutica com o doente
2. Formular e desenvolver um plano terapêutico para a situação (Quadro 5)
3. Informar, aconselhar e orientar os profissionais sobre o papel da doença médica ou cirúrgica e das medicações na apresentação dos sintomas psiquiátricos
4. Compreender as indicações da utilização de psicofármacos em doentes médicos e cirúrgicos
5. Apreciar os respectivos efeitos secundários, contra-indicações e interacções medicamentosas
6. Compreender a utilização de tratamentos psicoterápicos dinâmicos, cognitivo-comportamentais, familiares e psico-educacionais aplicados ao doente médico ou cirúrgico
7. Participar em abordagens multidisciplinares, com a preocupação de maximizar a complementaridade dos cuidados a doentes médicos e cirúrgicos com problemas complexos

Quadro 5

Tópicos para a formulação clínica e terapêutica em psiquiatria de ligação
1. Motivo do pedido
2. Diagnóstico psiquiátrico
3. Doença física e respectiva reacção do doente
4. "Comportamento anormal de doença"
5. Relação entre as manifestações psíquicas e somáticas
6. Personalidade do doente e estratégias de <i>coping</i>
7. Atitude do doente face à intervenção psiquiátrica
8. Atitude dos profissionais de saúde em relação ao doente

Adaptado de Guthrie e Creed (1996)

alguns aspectos que o psiquiatra de ligação poderia ter no curso de medicina, se essa disciplina estivesse contemplada nos *curricula* académicos das faculdades de medicina^{24,25}.

A formação em psiquiatria de ligação no internato de psiquiatria tem como objectivos sensibilizar e habilitar o futuro psiquiatra a uma prática clínica na interface da psiquiatria e da medicina, a nível dos cuidados primários de saúde (psiquiatria de ligação na clínica geral) e a nível dos cuidados diferenciados de saúde (psiquiatria de ligação no hospital geral). A habilitação em psiquiatria de ligação aumenta o conhecimento psiquiátrico e permite uma prática mais lata, pois que ultrapassa os limites reductionistas da doença mental, promovendo uma interdisciplinaridade e complementariedade do conhecimento médico¹⁸. Esta formação dos internos de psiquiatria deveria ser ministrada em estágio durante um período de tempo de três meses em tempo completo⁴. Em Portugal o estágio em psiquiatria de ligação está oficialmente estruturado, constituindo valência obrigatória do curriculum do internato de psiquiatria.

A nível do hospital geral a participação do psiquiatra na avaliação e tratamento de doentes internados em serviços não psiquiátricos permite-lhe intervir vantajosamente, a nível psicológico e social, na formação dos outros técnicos de saúde. A transmissão de conhecimentos e formação/ensino faz-se através de seminários teóricos, clínicos e supervisão continuada de casos clínicos, com o objectivo de promover a autonomia dos outros técnicos (médicos, enfermeiros e assistentes sociais)²⁶.

2.3 - Investigação clínica

A investigação em psiquiatria de ligação faz-se na área comum à psiquiatria e às restantes especialidades médicas e cirúrgicas; é um espaço privilegiado de complementariedade

Tabela 1

Aspectos do prognóstico da doença somática que pode ser afectado por variáveis psicológicas
Mortalidade
Morbilidade somática
Qualidade de vida
Consumo de cuidados médicos (consultas, tempo de internamento, etc.)
Consumo de tratamentos médicos

Adaptado de Mayou e Sharpe (1996)

e de interdisciplinaridade, resultando frequentemente da colaboração entre os vários técnicos. O interesse de investigar cria uma abertura ao conhecimento mútuo na prática clínica e no ensino médico, promovendo um enriquecedor trabalho pluridisciplinar. Esta experiência constitui uma fonte de conhecimento e enriquecimento de quem dela participa²⁷.

São duas as principais áreas da psiquiatria de ligação que têm sido investigadas: 1) morbilidade psiquiátrica (principalmente ansiedade e depressão) em doentes internados no hospital geral e 2) estudos de prevalência que confirmam a não existência de doença orgânica em doentes seguidos em ambulatório²⁰. A morbilidade psiquiátrica é comum em pessoas com doença orgânica, quer na população em geral, quer ao nível dos cuidados primários de saúde, e em doentes em ambulatório ou internados no hospital geral^{4,28,29}. Esta frequente co-ocorrência de doença somática e perturbação psiquiátrica é designada por comorbilidade psiquiátrica²¹.

Na população hospitalar a morbilidade psiquiátrica engloba um conjunto de situações clínicas que vão desde as complicações psiquiátricas das doenças somáticas às doenças somáticas que se podem apresentar através de sintomatologia psiquiátrica, bem como às perturbações psicológicas inerentes às dificuldades de adaptação à doença e ao internamento³⁰.

A doença somática e a morbilidade psiquiátrica têm tendência a coexistir^{31,32}. A comorbilidade agrava o curso e o prognóstico clínico (Tabela 1)³³.

É uma prioridade o conhecimento profundo e rigoroso dos problemas psiquiátricos dos doentes internados nos hospitais gerais. Por um lado, porque torna possível um diagnóstico mais correcto e uma intervenção terapêutica mais eficaz nestas situações, que frequentemente exercem uma influência significativa na evolução clínica dos doentes. Por outro lado, porque só através de estudos de prevalência das perturbações psiquiátricas nos doentes internados nos

Quadro 6

Procedimentos a ter numa avaliação em psiquiatria de ligação
1. Entrar em contacto com o profissional de saúde que efectuou o pedido para: <ul style="list-style-type: none"> i) esclarecer a razão do pedido ii) verificar se o doente foi informado da consulta de psiquiatria de ligação
2. Consultar o processo clínico
3. Entrevistar o doente, se possível em privado
4. Informar e coordenar o plano de intervenção com o médico assistente e/ou outros profissionais de saúde envolvidos
5. Redigir um breve e claro resumo da observação e do plano terapêutico, no processo clínico
6. Preencher o registo do serviço/equipa de psiquiatria de ligação

Adaptado de Guthrie e Creed (1996)

diferentes serviços do hospital geral se poderá efectuar um planeamento dos cuidados (com consequente redução dos recursos utilizados no tratamento) que permitam assegurar uma resposta adequada a estes problemas. Da análise, o que está em causa é o reconhecimento cada vez maior, por parte dos psiquiatras e dos médicos das outras especialidades, da necessidade que existe actualmente de se prestarem às pessoas internadas nos hospitais gerais cuidados médicos globais e integrados, que incluam, a par das terapêuticas dirigidas às suas doenças somáticas, intervenções destinadas a minorar o sofrimento psicológico que tantas vezes acompanha estas situações. Curiosamente, na maioria dos países desenvolvidos, o médico na sua relação com o doente internado não detecta qualquer perturbação psicológica ou psiquiátrica³⁴. Um estudo realizado em dois hospitais gerais, deu conta de que a prevalência de distúrbios psiquiátricos encontrada pelos médicos assistentes foi apenas de 16,1%³¹.

Dificuldades semelhantes foram demonstradas a nível da clínica geral; isto é, os médicos não identificam um número apreciável de casos com compromisso psicológico e este facto tem repercussões importantes na evolução clínica dos casos não detectados e no consumo de recursos. Trinta a 50% dos doentes com ansiedade e depressão, seguidos em consulta de clínica geral, não são diagnosticados^{35,36}.

3 - Modelos de organização de serviços de psiquiatria de ligação

Apesar da variedade de terminologias para definir modelos de organização de serviços de psiquiatria de ligação, estes apresentam semelhanças consideráveis.

3.1 - Modelo de consultadoria

Este modelo consiste na consulta psiquiátrica ao doente internado²⁰.

3.2 - Modelo de ligação

No modelo de ligação o psiquiatra é membro integrante da equipa médica ou cirúrgica. O psiquiatra não espera que os doentes lhe sejam referenciados; intervém ao identificar a necessidade de cuidados psiquiátricos, dando a sua opinião ao médico assistente aquando da avaliação e tratamento dos doentes internados e intervém também, junto da equipa médica e de enfermagem, quando surgem problemas inter-relacionais entre estas e o doente²⁰.

3.3 - Modelo de consultadoria-ligação

Não há uma clara distinção entre consultadoria e ligação, isto é, um bom trabalho de consultadoria implica uma estreita colaboração com a equipa médica. Apesar de existirem controvérsias acerca dos méritos de cada um dos métodos, a maioria dos psiquiatras tenta combiná-los: «Consultadoria-Ligação»³³.

Barbosa e col. (1997) descrevem os aspectos mais relevantes do *Processo de «Consultadoria-Ligação»*¹⁷:

Compreender e responder às necessidades do profissional de saúde que pede apoio, mesmo que não haja perturbação psiquiátrica.

Envolver-se em interações eficazes com diferentes especialistas e técnicos de saúde, nomeadamente na identificação das questões postas, na transmissão dos dados de observação, na formulação simples e directa das recomendações e no suporte e estímulo aos membros da equipa terapêutica.

Obter dados das fontes apropriadas, nomeadamente dos

registos clínicos, dos membros da equipa, da família e de outros informadores relevantes.

Redigir um registo de observação pertinente e útil.

Monitorizar a evolução do doente durante a hospitalização, fornecendo continuamente as informações necessárias.

A actividade de consultadoria e ligação estão interligadas (Quadro 6)²⁰.

Podemos assim constatar da existência duma multiplicidade de modelos organizativos, adaptados às circunstâncias próprias de cada hospital e de cada serviço.

4 – Conclusão

Em Portugal a actividade de investigação em psiquiatria de ligação, tem sido predominantemente na área da morbilidade psiquiátrica em doentes internados no hospital geral. O principal modelo de intervenção dos serviços de psiquiatria de ligação é o de “consultadoria-ligação”. A habilitação em psiquiatria de ligação requer um estágio oficialmente estruturado, que constitui valência obrigatória do curriculum do internato de psiquiatria (D.R., Iª Série-B, pág.1853).

Bibliografia

- Freyne A, Buckley P, Larkin C, Wash W. Consultation liaison psychiatry with general hospital: referral, pattern and management. *J Med* 1992; 85 (3): 112-114.
- Friedman RS, Molay F. A History of Psychiatric consultation in America. *Psychiatric Clin North Am* 1994; 17 (3) 667-681.
- Lipowski ZJ. Review of consultation psychiatry and psychosomatic Medicine. *General Principles-Clinical Aspects I. Psychosomatic medicine* 1967; 29: 153-171.
- Lipowski ZJ. Consultation - liaison psychiatry: the first half century. *Gen. Hosp. Psychiatry* 1986; 8 (5): 305-115.
- Kaufman MR. A psychiatric unit in a general hospital. *J Mt Sinai Hospital* 1957; 24: 572-579.
- Mayou RA, Huyse FJ. Consultation-Liaison Psychiatry Western Europe. *European Consultation-Liaison Workgroup* 1991; 13 (3):188-208.
- Huyse FJ. Consultation Liaison Psychiatry. Does it help to get organized?. *European-Consultation-Liaison – Workgroup* 1991;13 (3): 183-187.
- Fonseca AF. Da análise heredo – clínica das perturbações afectivas. *Imprensa Médica* 1959, Porto.
- Mota Cardoso R. Enfarte do miocárdio. Factores de risco. Tese de Doutoramento 1984. Faculdade de Medicina do Porto.
- Caldas de Almeida JM. Adaptação do Insuficiente Renal Crónico à Hemodiálise. Influência da Personalidade e das Matrizes Familiares, Sociocultural e Terapêutica. Tese de Doutoramento 1985. Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.
- Machado Nunes MJ. Factores psicológicos nas coronariopatias isquémicas. A relevância dos factores psico-sociais e adaptação nas doenças coronárias isquémicas. Tese de Doutoramento 1988. Faculdade de Ciências de Lisboa.
- Barbosa A. Aspectos Psicossociais da Úlcera Duodenal. Tese de Doutoramento 1989. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Coelho R. Hipertensão Arterial Essencial. Abordagem Psicossomática de um Modelo de Desregulação. Tese de Doutoramento 1990. Faculdade de Medicina do Porto.
- Lipowski ZJ. Consultation-Liaison Psychiatry 1990. *Psychotherapy Psychosomatic* 1991;55 (2-4): 62-68.
- Caldas de Almeida JM, Xavier M, Nabais F, Morais J. Morbilidade Psiquiátrica nos doentes internados no hospital geral. *Acta Médica Portuguesa* 1992; 5 (11): 575-579.
- Lledo R, Herver P, Garcia A, Gnell J, Setoain J, Asenjo MA. Information as a fundamental attribute among outpatients attending the nuclear service of a university hospital. *Med Commun* 1995;16 (2):76-83.
- Barbosa A, Gago JS. Formação em Psiquiatria de Ligação no Internato de Psiquiatria. *Acta Médica Portuguesa* 1997;12: 933-942.
- Lipowski ZJ. Consultation-Liaison psychiatry at century end 1992; 33: 128-133.
- Finkel JB. Physician counter transference impact on patients treatment team and patients adaptation to illness. In Finkel J.B.: *Consultation-Liaison Psychiatry* 1983 Grune and Stratton.
- Guthrie E, Creed F. *Seminars in Liaison Psychiatry*. London: Royal College of Psychiatrist 1996.
- Mayou RA, Simkin S, Cobb A. Use of psychiatric services by patients referred to a consultation unit. *General Hospital Psychiatry* 1994; 16 (5): 354-357.
- Feldman JE, Mayou RA, Hawton KE et al. Psychiatric disorder in medical in-patients. *Quarterly Med* 1987; 63:405-412.
- Moore GL. The adult psychiatrist in the Medical environment. *Am J Psychiatry* 1978; 135: 413-419.
- Mcgrath G, Godbert K, Goldberg DP et al. A general medical setting to teach medical students. *Medical Education* 1986; 20: 222-227.
- Benjamin S, House A, Jenkins P. *Liaison Psychiatry - Defining Needs and Planning Services* 1994.
- Mayou RA, Smith EBO. Hospital Doctors management of Psychological Problems 1986; 148: 174-177.
- Cardoso G, Barbosa A, França de Sousa J. Psiquiatria de Ligação num Hospital Geral. *Novas Perspectivas. Acta Médica Portuguesa* 1988; 4 (5): 296-303.
- Shepherd M, Clare A. *Psychiatric Illness in General Practice*. (Oxford medical publications) Oxford University Press. 2nd ed. 1981.
- Mayou RA. *The History of General Hospital Psychiatry* 1989; 155: 747-776.
- Caldas de Almeida JM, Sardinha L, Caixeiro A, Ribeiro A, Xavier M. Psiquiatria de ligação: expectativas e opiniões dos médicos do Hospital Geral. *Revista Portuguesa de Clínica Terapêutica* 1992; 14(3) :87-96.
- Al-Ansari EA, Khadadah ME, Hassab KI, Minza IA. Psychiatric disorders in two general hospitals: A survey of prevalence and treatment by non psychiatrist physicians. *General Hospital Psychiatry* 1991; 13 (5) : 319-324.
- Goldenberg RJ, Daly J, Colinger RC. The impact of psychiatric comorbidity on Medicine reimbursement for inpatient medical care. *General Hospital Psychiatry* 1994; Jan: 16-19.
- House A, Creed F. Training in liaison psychiatry: recommendations from the Liaison Psychiatry Group. *Executive Comitee. Psychiatric Bulletin* 1993;17: 345-353.
- Creed F. Liaison psychiatry for the 21st century: a review. *J Royal Society Med* 1991; Jul: 414-417.
- Andersson SM, Harthorn BH. The recognition, diagnosis, and treatment of mental disorders by primary care physicians. *Med Care* 1989; 27: 869-886.
- Crum RM et al. Depressive symptoms among general medical patients: prevalence and one year outcome. *Psychosomatic Med* 1994; Mar-Apr: 109-117.