

FORMAÇÃO EM PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO NO INTERNATO DE PSIQUIATRIA

ANTÓNIO BARBOSA, JOAQUIM SOUSA GAGO

Clínica Psiquiátrica Universitária. Núcleo de Psiquiatria de Ligação. Faculdade de Medicina.
Hospital de Santa Maria. Hospital Miguel Bombarda. Lisboa.

RESUMO

O desenvolvimento generalizado da psiquiatria de ligação nos hospitais gerais em Portugal suscita necessidades de formação específica nesta área, a serem incluídas na formação geral do interno de psiquiatria. No sentido de contribuir para a melhoria da qualidade de formação em psiquiatria de ligação propõe-se um conjunto de linhas orientadoras para o referido estágio de formação. São descritas as finalidades e objectivos específicos do estágio, o curriculum mínimo e bibliografia essencial, bem como alguns requisitos e estrutura do estágio. Apresenta-se uma proposta de sistematização da avaliação do interno e do perfil orientador.

SUMMARY

CONSULTATION-LIAISON PSYCHIATRY IN PSYCHIATRIC TRAINING

The development of Consultation-Liaison Psychiatry in Portuguese general hospitals raises the need for specific training to be included in the preparation of psychiatric trainees. In order to contribute to a better quality of liaison psychiatric training we propose guidelines for this training period. We describe the aims of a training period, the core curriculum, the structure of this training and provide a bibliography. We also propose a systematic evaluation profile for psychiatric trainees and supervisor.

INTRODUÇÃO

A psiquiatria de ligação representa uma área da prática clínica e da investigação psiquiátrica em pleno desenvolvimento e o seu processo evolutivo é um reflexo das tendências actuais e futuras da saúde mental.

A existência, cada vez mais frequente, de serviços de psiquiatria em hospitais gerais decorrente da aplicação do Decreto-lei n.º 127/92 de 3 de Julho e da Portaria n.º 750/92 de 1 de Agosto, a articulação com os cuidados primários de saúde, o desenvolvimento de metodologias de trabalho em equipas multidisciplinares e uma maior sensibilização dos colegas de outras especialidades para os problemas da saúde mental, são algumas das dimensões facilitadoras da implementação da psiquiatria de ligação.

Podemos considerar essencialmente duas vertentes de intervenção em psiquiatria de ligação: a psiquiatria na prática da clínica geral¹ e a psiquiatria na prática hospita-

lar geral^{2,3}. Dedicar-nos-emos, neste trabalho, exclusivamente à segunda vertente, que tem tido um desenvolvimento significativo em Portugal. O 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 voluntário (habitualmente de 3 meses em tempo completo) neste domínio, são exemplos evidentes da evolução em curso.

Neste contexto, a formação em psiquiatria de ligação, nos níveis pré e pós-graduado, constitui um primeiro passo e um alicerce fundamental para a implementação e qualidade de prestação de cuidados nesta área da psiquiatria.

Por outro lado, o «European Board of Psychiatry» que reúne representantes dos colégios da especialidade de psiquiatria dos países da União Europeia e é uma estrutura consultora da União Europeia das Especialidades Médicas (UEMS) considera como um dos requisitos mí-

nimos para a formação em psiquiatria a realização de um estágio em psiquiatria de ligação⁴. Recomendação partilhada pelo Fórum Europeu dos internos de psiquiatria⁵.

No entanto, cada país tem autonomia para organizar a formação dos seus especialistas⁵ e em Portugal o estágio de psiquiatria de ligação não está oficialmente estruturado, nem constitui valência obrigatória do curriculum do internato de psiquiatria.

Em 1995 foi elaborada pelo então Colégio da Especialidade de Psiquiatria e com a colaboração dos internos, uma proposta de reforma curricular com um programa de formação mínimo para o internato de psiquiatria que incluía um estágio em psiquiatria de ligação obrigatório durante três meses. A referida proposta tem tido dificuldades de implementação e até ao momento esse estágio continua a ser voluntário. Em geral o interno só pode efectuar este estágio se o serviço ou hospital de origem o autorizar.

Neste contexto várias questões se podem colocar sobre a formação específica em psiquiatria de ligação no internato de psiquiatria: Qual a duração e quando deve ser realizado este estágio? Onde o realizar? Quais as áreas de conhecimento específicas a integrar? Quais as aptidões e perícias a desenvolver? Qual o curriculum mínimo? Qual a bibliografia essencial aconselhada? Que modalidades e critérios de avaliação do estágio em psiquiatria de ligação? Qual o perfil de competências para os orientadores de estágio?

O presente artigo pretende contribuir para responder a algumas destas questões e fomentar o debate sobre as linhas orientadoras a definir para o estágio de psiquiatria de ligação.

FINALIDADES

A finalidade principal do estágio em psiquiatria de ligação é que o interno adquira competência básica no trabalho com doentes internados e de ambulatório em ambiente médico ou cirúrgico que apresentem problemas psiquiátricos e com as respectivas equipas terapêuticas.

Para atingir esta finalidade devem-se assegurar programas de formação^{6,7,8} que:

- exponham o interno a um conjunto variado de perturbações psiquiátricas em doentes médicos ou cirúrgicos;
- ensinem desempenhos de entrevista e de formulação rápida de diagnóstico diferencial (*Quadro I*);
- examinem o impacto da doença, da hospitalização e dos cuidados de saúde no funcionamento psicológico dos doentes;
- eduquem os internos sobre o papel dos factores psicológicos comportamentais e psiquiátricos na etiopatogénese e evolução de doenças médicas e cirúrgicas;
- aumentem o conhecimento teórico dos internos neste domínio;
- promovam relações de trabalho integrado com as equipas médicas e cirúrgicas de internamento ou ambulatório;

- demonstrem abordagens apropriadas para a consultoria e ligação psiquiátrica, nomeadamente na sensibilização dos profissionais de saúde não psiquiatras para os aspectos psicossociais na prestação de cuidados de saúde e para a detecção e prevenção precoce de problemas psiquiátricos em doentes médicos e cirúrgicos;
- treinem numa variedade de tratamentos e intervenções relevantes para os doentes médicos e cirúrgicos internados ou em ambulatório.

Quadro I – Procedimentos básicos numa avaliação em psiquiatria de ligação

1. Entrar em contacto com o profissional de saúde que efectuou o pedido para:
 - esclarecer a razão do pedido;
 - verificar se o doente foi informado da consulta de psiquiatria de ligação.
2. Consultar o processo clínico.
3. Entrevistar o doente, se possível num contexto de privacidade.
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 plano terapêutico, no processo clínico.
6. Preencher o registo do serviço/equipa de psiquiatria de ligação.

*adaptação de Guthrie**

OBJECTIVOS

No fim do seu estágio em psiquiatria de ligação o interno deverá demonstrar capacidade para:

A. Avaliação clínica

- *entrevistar doentes* médicos e cirúrgicos em diferentes ambientes terapêuticos (*Quadro II*);
- *estabelecer rapidamente uma atitude* adequada para com doentes médicos e cirúrgicos;
- *diagnosticar os processos psicopatológicos* em doentes com patologia médica ou cirúrgica;
- *avaliar o funcionamento mental* e a capacidade cognitiva em doentes médicos e cirúrgicos;
- *realizar uma formulação clínica rápida e integradora* que assimile todos os factores – biopsicossociais – relevantes

Quadro II – Procedimentos básicos 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 entre as queixas físicas e psicológicas.

*adaptação de Guthrie**

B. Processo de «Consultadoria-Ligação»

- *compreender e responder às necessidades do profissional de saúde que pede apoio, mesmo que não haja perturbação psiquiátrica (Quadro III);*
- *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.*

Quadro III – 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, procedimentos diagnósticos ou alimentação.
3. Comportamento disruptivo ou violento.
4. Caso «sem esperança» e sentimentos de frustração da equipa técnica.
5. A equipa pensa que o doente seria melhor cuidado no serviço de psiquiatria.
6. Incerteza sobre a etiologia dos sintomas – será psiquiátrico?
7. Conselhos e orientações sobre a medicação (ex. antidepressivos, sedativos ...).
8. Colaboração em projectos de investigação.

*adaptado de Guthrie**

C. Intervenção terapêutica

- *desenvolver rapidamente uma aliança terapêutica com o doente;*
- *formular (Quadro IV) e desenvolver um plano terapêutico para a situação;*
- *informar, aconselhar e orientar os profissionais assistentes do doente sobre o papel da doença médica ou cirúrgica e das medicações na apresentação de sintomas psiquiátricos;*
- *compreender as indicações da utilização de psicofármacos em doentes médicos e cirúrgicos;*
- *apreciar os respectivos efeitos secundários, contra-indicações e interações medicamentosas;*
- *compreender a utilização de tratamentos psicoterápicos dinâmicos, cognitivo-comportamentais, familiares e psicoeducacionais aplicados ao doente médico e cirúrgico;*
- *participar em abordagens multidisciplinares com a preocupação de maximizar a complementaridade dos cuidados a doentes médicos e cirúrgicos com problemas complexos.*

Quadro IV – 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 coping.
7. Atitude do doente face à intervenção psiquiátrica.
8. Atitude dos profissionais de saúde em relação ao doente.

*adaptado do Guthrie**

CURRICULUM MÍNIMO

Torna-se indispensável que o interno adquira ou consolide conhecimentos precisos sobre os seguintes tópicos genéricos:

Quadro V – Tópicos curriculares estruturais

1. Consequências psiquiátricas e psicológicas (emocionais, comportamentais e sociais) das doenças médicas ou cirúrgicas.
2. Apresentação somática da doença psiquiátrica.
3. Complicações físicas de doenças psiquiátricas (aspectos físicos e psicológicos associados com comportamentos autodestrutivos; tentativas de suicídio, automutilação, anorexia nervosa, alcoolismo, toxicodependência).
4. Utilização de psicofármacos e suas interações com outros medicamentos.
5. Fundamentação teórica e técnica de vários procedimentos psicoterápicos aplicados a doentes médicos e cirúrgicos.

Como temas de conhecimento essencial em Psiquiatria de ligação enumera-se uma listagem dividida em três níveis de exigência e prioridade (dependendo a sua aquisição do tempo de estágio – 1, 6, 18 meses cumulativamente).

A. Primeiro nível (Geral)

No primeiro nível inclui-se um conjunto de temas que qualquer interno deverá abordar obrigatoriamente no seu período de estágio, considerados fundamentais para a sua formação como psiquiatra geral (*corresponderá à experiência de 3 meses em psiquiatria de ligação*).

- princípios e modelos de psiquiatria de ligação^{2, 10, 11};
- perturbações mentais orgânicas^{12, 13};
- demência em ambiente médico e cirúrgico^{14, 15};
- SIDA/HIV¹⁶;
- delirium/agitação^{17, 18};
- alcoolismo e toxicodependência (incluindo síndromes de abstinência)^{19, 20, 21};
- perturbações da ansiedade^{22, 23};
- perturbações depressivas (depressão, desmoralização, exaustão...) ^{24, 25, 26};
- perturbações de personalidade em meio médico²⁷;
- perturbações factícias e simulações^{28, 29};

- perturbações somatofones^{30,31};
- risco de suicídio. Parasuicídio^{32,33};
- manifestações psiquiátricas de doenças médicas e neurológicas^{34,35};
- factores psicológicos com repercussão nas doenças médicas e cirúrgicas^{36,37,38};
- agressão/impulsividade³⁹;
- morte e luto^{40,41};
- mecanismos de coping com a doença⁴²;
- psicofarmacologia no doente médico e cirúrgico (incluindo interacções medicamentosas)^{43,44};
- psicoterapia no doente médico e cirúrgico⁴⁵.

B. Segundo nível (Complementar)

No segundo nível agrupam-se temas de crescente complexidade que exigem uma experiência e supervisão prévia em psiquiatria de ligação (*corresponderá a 6 meses de experiência em psiquiatria de ligação*).

- problemas psiquiátricos em cuidados intensivos^{46,47};
- psiquiatria dos transplantes^{48,49};
- convalescença e reabilitação (enfarte miocárdio, hemodiálise, traumatismo da coluna)^{50,51,52};
- aspectos psiquiátricos da gravidez em meio médico^{53,54};
- perturbações do stress pós-traumático^{55,56};
- psico-oncologia^{59,60};
- dor^{61,62};
- avaliação psicológica/neuropsicológica em Psiquiatria de Ligação⁶³;
- psiquiatria Forense em Psiquiatria de Ligação^{64,65}.

C. Terceiro nível (Diferenciado)

No terceiro nível incluem-se os requisitos essenciais para a definição de um perfil de competências do orientador de formação em Psiquiatria de Ligação (*corresponderá a 18 meses de experiência em psiquiatria de ligação*).

- investigação em psiquiatria de ligação (projectos conjuntos de investigação)^{9,66};
- ética em psiquiatria de ligação⁶⁷;
- criação e organização de um serviço de psiquiatria de ligação^{9,68};
- gestão de um serviço/departamento/núcleo de ligação^{9,68};
- formação/supervisão em psiquiatria de ligação^{9,69}.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

No respeitante à bibliografia geral em psiquiatria de ligação considera-se como referência básica o número especial da revista *General Hospital Psychiatry*⁷⁰ onde se sistematiza por tema toda a bibliografia internacional relevante na área da psiquiatria de ligação.

No que se refere ao estágio em Psiquiatria de Ligação o interno deverá referir-se à seguinte bibliografia básica:

- manuais⁷¹⁻⁷⁶;
- artigos específicos¹⁻⁶⁹.

ESTRUTURA DO ESTÁGIO

A. Momentos do estágio

O estágio deverá ser efectuado num momento do internato em que o interno tenha já adquirido uma formação profissional em psiquiatria que lhe permita confrontar-se confortavelmente com outros campos disciplinares. Deverá ter já adquirido capacidades de comunicação, de diagnóstico e de intervenção terapêutica suficientes para a interacção com outros profissionais. Em média estas capacidades sedimentam-se no 3.º ou 4.º ano do internato de psiquiatria.

B. Duração do estágio

A experiência em psiquiatria de ligação deverá ser suficientemente intensiva para que o interno possa atingir as finalidades e objectivos acima definidos.

Uma rotação muito curta não permitirá a abrangência dos principais campos de intervenção, nem um período maturativo e de sedimentação adequados. Uma rotação longa mas limitada em frequência (ex. um dia por semana durante um ano) interferirá com a continuidade dos cuidados.

A modalidade de bloco intensivo (mínimo quatro dias por semana) durante um período mínimo de 3 meses, ficando o interno «liberto» de praticamente todas as outras responsabilidades ou actividades (excepto o serviço de urgência e o dia de consulta externa), poderá constituir-se numa alternativa que permita preencher os requisitos para um ensino abrangente, garantindo a continuidade de cuidados e uma variedade e profundidade mínima de experiência clínica, relacional e interpessoal.

C. Realizações mínimas durante o estágio

Para um período de 20 horas semanais o interno no fim do seu estágio (3 meses) deverá ter:

- efectuado entre 50 a 100 consultas de Psiquiatria de Ligação em ambientes médicos e cirúrgicos diversificados abrangendo os temas do nível geral;
- apresentado e discutido oralmente 2/3 artigos sobre os temas recomendados;
- apresentado de forma detalhada 2/3 casos clínicos na reunião de equipa/serviço.

Quadro Resumo – Estrutura do Estágio em Psiquiatria de Ligação

- *Momento do estágio* – 3.º ou 4.º ano do Internato de Psiquiatria;
- *Duração Mínima* – 3 meses (4 dias por semana);
- *Requisitos práticos mínimos* – 5 a 100 consultas de psiquiatria de ligação abrangendo os problemas do nível geral;
- *Supervisão* – frequente;
- *Avaliação* – formativa.

Num estágio de 6 meses será desejável (para além dos requisitos anteriores) que o interno desenvolva uma relação preferencial com um serviço médico e cirúrgico

que permita aprofundar a componente ligação do estágio (versus consultadoria) e que crie condições para um eventual trabalho de investigação individual/conjunta.

Dever-se-á abrir a possibilidade do interno poder complementar o estágio inicial de 3 meses por um período adicional de 3 meses.

Numa perspectiva de formação contínua, o nível complementar e diferenciado poderia vir a ser realizado depois da conclusão do internato.

D. Supervisão

O trabalho clínico do interno deverá ser adequadamente supervisionado. A supervisão deverá:

- ser levada a cabo por *orientador especialmente treinado* na área da psiquiatria de ligação, desejavelmente com pelo menos cinco anos de experiência em tempo completo nessa área;
- ser *regular e frequente*, sendo-lhe atribuída um horário específico, sem prejuízo de supervisões pontuais a pedido;
- ter uma componente de ensino clínico que *inclua aspectos teóricos e práticos* de psicossomática e de psiquiatria de ligação relevante para as situações observadas no hospital geral, sendo facultado ao interno uma bibliografia básica e ensinado como aceder e utilizar a bibliografia pertinente para o tema discutido.

O interno deverá, na primeira parte do estágio acompanhar o orientador a realizar todas as vertentes de uma consulta de ligação, o que incluirá uma discussão preliminar sobre a razão do pedido de consulta, a consulta do processo, a entrevista clínica, a colheita de elementos informativos adicionais, a interface com os profissionais responsáveis pelo doente, o registo escrito da observação e das recomendações, definição de responsabilidades mútuas e discussão sobre os limites do papel do psiquiatra de ligação.

Os orientadores durante o período do estágio deverão ter oportunidade de:

- observar inteiramente a primeira consulta que o interno efectuar sozinho e dar o respectivo *feed-back*;
- observar o interno a desempenhar partes do processo de consulta de ligação, supervisionado a gestão das situações no hospital e não só da primeira entrevista;
- supervisionar o papel do interno como formador de internos e outros profissionais dos serviços médicos e cirúrgicos onde decorre a sua intervenção;
- fazer avaliações (auto/hetero) periódicas do processo de supervisão (Anexo I).

E. Avaliação

O interno no início do seu estágio deverá fazer entrevista introdutória pelo orientador de estágio no sentido de detectar motivações, expectativas e necessidades de formação conducentes ao estabelecimento dos objectivos gerais e específicos do estágio e a elaboração de um contrato de aprendizagem que inclua os momentos

de avaliação formativa e somativa e respectivos critérios (Anexo 2).

CONCLUSÃO

A satisfação das necessidades afirmadas de um estágio em psiquiatria de ligação requer uma especificação clara dos seus objectivos, conteúdos programáticos, bem como, das condições de realização, nomeadamente do que se refere ao assegurar uma supervisão pertinente, eficaz e frequente. Este último aspecto, constitui-se num requisito essencial para o «sucesso» dum estágio intensivo decorrendo num curto período de tempo (3 meses).

A apresentação de um modelo estrutural de organização de um estágio de psiquiatria de ligação no internato de psiquiatria, pretende:

- disponibilizar um conjunto sistematizado de linhas orientadoras e de bibliografia essencial que se possa constituir num auxiliar para o interno de psiquiatria que vai iniciar o seu estágio em psiquiatria de ligação, ou que se queira para ele preparar, permitindo uma melhor organização e rentabilidade formativa do tempo dedicado a esse estágio;
- propor ao orientador de formação uma possibilidade de perfil que referencie o seu desempenho e auto/hetero-avaliação, requisitos essenciais para o enriquecimento pessoal e profissional dum formador;
- apresentar um contributo referencial de sugestões estruturadas, não definitivo, que estimule a análise, reflexão e discussão objectiva nesta área, com a intenção pró-activa de vir a gerar eventuais consensos;
- estimular o desenvolvimento de um processo de garantia de qualidade formativa em psiquiatria de ligação, que dignifique esta área de prestação de cuidados em constante expansão.

Resta-nos, ainda a esperança, que, numa perspectiva mais geral, o presente ensaio possa servir de estímulo a esforços semelhantes noutras áreas da psiquiatria e da medicina em geral.

BIBLIOGRAFIA

1. CALDAS DE ALMEIDA JM: Serviços de Saúde Mental em Portugal - Psiquiatria de Ligação. In: Soc. Port. Psiq. Social, eds. Os Serviços de Saúde Mental em Portugal - Passado, Presente e Futuro. Lisboa 1987:63-74.
2. CARDOSO G, BARBOSA A, FRANÇA DE SOUSA J: Psiquiatria de ligação num Hospital Geral: Novas perspectivas. Acta Médica Portuguesa 1988;415/6:296-03.
3. BARBOSA A, CARDOSO G, FRANÇA DE SOUSA JF, SIMÕES DA FONSECA JL: Psiquiatria de ligação. Atendimento psiquiátrico num Hospital Geral. O Médico 1988;119,1904:337-82.
4. UEMS: European Training Charter for medical specialists: requirements for the speciality of psychiatry. Bruxelas 1995.
5. Recomendações do III Fórum Europeu de Internos de Psiquiatria 1995
6. GITLIN DF, SCHINDLER BA, STERN TA, et al.: Recommended guidelines for consultation-liaison psychiatric training in psychiatry residency programs Psychosomatics 1996;37,1: 3-11.
7. HAYES JR: C-L Psychiatry residency training guidelines. Psychosomatics 1996;37,1:1-2.
8. HOUSE A, CREED F: Training in liaison psychiatry: recommendations from the Liaison Psychiatry Group Executive Committee. Psychiatric Bulletin 1993;17:345-53.

9. GUTHRIE E, CREED F (eds): *Seminars in Liaison Psychiatry*. London: Royal College of Psychiatrists 1996.
10. STRAIN JJ, GEORGE LK, PINCUS HA, et al.: Models of mental health training for primary care physicians: A validation study. *Psychosomatic Medicine* 1987;49,1:88-98.
11. RAND EH, THOMPSON TL: Using successful models of care to guide the teaching of psychiatry in primary care. *Psychosomatics* 1997;38:140-07.
12. HYMAN SE: The emergency psychiatric evaluation, including the mental status examination: In: HYMAN SE, ed., Boston. Little Brown 1991:3-11.
13. LIPOWSKI ZJ: Organic brain syndromes: New classification, concepts and prospects. *Can J Psychiatry* 1984;29:198-204.
14. BARRY PB, MOSKOWITZ MA: The diagnosis of reversible dementia in the elderly. *Arch Intern Med* 1988;148:1914-8.
15. WRAGG RE, JESTE DV: Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1989;146:577-87.
16. COHEN MAA: Biopsychosocial approach to human immunodeficiency virus epidemic. *Gen Hosp Psychiatry* 1990;12:98-123.
17. TESAR GE, STERN TA: Evaluation and treatment of agitation in the intensive care unit. *J Intensive Care Med* 1986;1:137-48.
18. TESAR GE, STERN TA: Rapid tranquilization of the agitated intensive care unit patient. *J Intensive Care Med* 1988;3:195-201.
19. WEISS RD, MIRIN SM: Intoxication and withdrawal syndromes. In: HYMAN SE, ed., *Emergency Psychiatry*. Boston. Little Brown 1990.
20. PATON A: Alcohol misuse and the hospital doctor. *Br J Hosp Med* 1989;42:394-400.
21. LERNER WD, FALLON HJ: The alcohol withdrawal syndrome. *NEJM* 1985;313,15:951-2.
22. WISE MG, TAYLOR SE: Anxiety and mood disorders in medically ill patients. *J Clin Psychiatry* 1990;51,1:27-32.
23. CAMERON OG: The differential diagnosis of anxiety. *Psychiatric and medical disorders*. *Psych Clin North Am* 1985;8,1:2-23.
24. CASSEM EH: Depression and anxiety secondary to medical illness. *Psychiatric Clinics of North America* 1990;13,4:597-612.
25. CAVANAUGH S, CLARK DC, GIBBONS: Diagnosing depression in the hospitalized medically ill. *Psychosomatics* 1983;24:809-815.
26. RODIN G, VOSHART K: Depression in the medically ill: An overview. *Am J Psychiatry* 1986;143,6:696-705.
27. GROVES JE: Management of the borderline patients on a medical or surgical ward: the psychiatric consultant's role. *Int J Psychiatry in Medicine* 1975;6,3:337-48.
28. STERN TA: Munchausen's syndrome revisited. *Psychosomatics* 1980;21,4:329-36.
29. SUTHERLAND AJ, RODIN GH: Factitious disorders in the general hospital setting: Clinical features and a review of the literature. *Psychosomatics* 1990;31:392-9.
30. BARSKY AJ, KLERMAN GL: Overview: hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles. *Am J Psychiatry* 1983;140:273-83.
31. SMITH GR, MONSON RA, RAY DC: Patients with multiple unexplained symptoms. *Arch Intern Med* 1986;146:69-72.
32. STERN TA, MULLEY AG, THIBULT GE: Life-threatening drug overdose. *JAMA*;1984;251,15:1983-5.
33. HAWTON K: Assessment of suicide risk. *Br J Psychiatry* 1987;150:145-53.
34. ANDREASEN NC, WASEK P: Secondary depression: familial, clinical and research perspectives. *Am J Psychiatry* 1979;136,1:62-6.
35. SKUSTER DZ, DIGRE KB, CORBETT JJ: Neurologic conditions presenting as psychiatric disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 1992;15,2:311-32.
36. DEPUE RA, MONROE SM: Conceptualization and measurement of human disorder in life stress research: the problem of chronic disturbance. *Psychol Bull* 1986;99,1:36-51.
37. CREED F, GUTHRIE E: psychological factors in the irritable bowel syndrome. *Gut* 1987;28:1307-18.
38. ROSENMAN RH: The impact of anxiety on the cardiovascular system. *Psychosomatics* 1985;26,11 Suppl:6-17.
39. WOLL C, GERINGER ES, STERN TA: The management of behavioral problems in the ICU. In: RIPPE JM, et al: Eds. *Intensive Care Medicine*. Boston: Little Brown 1991:1906-16.
40. ENGEL GL: Is a grief a disease? *Psychosom Med* 1961;23,1:18-22.
41. BARBOSA A: O doente em estado terminal: Contributo para o ensino. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa* 1997;2,2:95-9.
42. GERINGER ES, STERN TA: Coping with medical illness: the impact of personality types. *Psychosomatics* 1986;24,4:404-10.
43. STOUDEMIRE A, MORAN MG, FOGEL BS: Psychotropic drug use in the medically ill: Part 1. *Psychosomatics* 1990;31,4:377-91.
44. STOUDEMIRE A, MORAN MG, FOGEL BS: Psychotropic drug use in the medically ill: Part 2. *Psychosomatics* 1991;32,1:34-46.
45. GROVES JE, KUCHARSKY A: Brief psychotherapy. In: CASSEM N MGH Handbook of General Hospital Psychiatry 1991:321-1.
46. GALE J, O'SHANICK GJ: Psychiatric aspects of respirator treatment and pulmonary intensive care. *Adv Psychosom Med* 1985;14:93-108.
47. BILLOWITZ A, FRIEDSON W, SCHUBERT DS: Liaison psychiatry on a burn unit. *Gen Hosp Psychiatry* 1980;2:300-5.
48. BERESFORD PT, JEREMIAH G, TURCOTTE D: A rationale approach to liver transplantation for the alcoholic patient. *Psychosomatics* 1990;31,3:241-53.
49. SURMAN OS: Psychiatric aspects of organ transplantation. *Am J Psychiatry* 1989;146,8:971-82.
50. BAREFOOT JC, PETERSON BI, HARELL FE, et al.: Type A behavior and survival: A follow-up study of 1467 patients with coronary artery disease. *Am J Cardiology* 1989;64:427-32.
51. EVANS RW, RADER B, MANNINEN DL: The quality of life of hemodialysis recipients treated with recombinant human erythropoietin. Cooperative multicenter EPO Clinical Trial Group. *JAMA* 1990;263,6:825-30.
52. MALT UF, BLIKRA G, HIVIK B: The three-year biopsychosocial outcome of 551 hospitalized accidentally injured adults. *Acta Psychiatr Scand suppl* 1989;355:84-93.
53. NUMBERG HG, PRUDIC J: Guidelines for treatment of psychosis during pregnancy. *Hosp Comm Psychiatry* 1984;35:67-71.
54. FRIEDMAN E, GATH D: The psychiatric consequences of spontaneous abortion. *Brit J Psychiatry* 1989;155:810-3.
55. MCFARLANE AC: The phenomenology of posttraumatic stress disorders following a natural disaster. *J Nerv Ment Dis* 1988;176:22-9.
56. JONES JC, BARLOW DH: The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clin Psychology Review* 1990;10:299-328.
57. FAIRBURN CG: Bulimia nervosa - Ten years on. *Br Med J* 1990;300:485-6.
58. RUSSELL GFM, SZMUKLER GI, DARE C, EISLER I: An evaluation of family therapy in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:1047-56.
59. HOLLAND JC, KORZUN AH, TROSS S, et al.: Comparative psychologic disturbance in patients with pancreatic and gastric cancer. *Am J Psychiatry* 1986;143:982-6.
60. GREER S, MORRIS T, PETTINGALE KW, HAYBITTLE JL: Psychologic response to breast cancer and 15 years outcome. *Lancet* 1990;i:49-50.
61. BENJAMIN S: Psychological treatment of chronic pain: A selective review. *J Psychosom Res* 1989;33:121-31.
62. BOUCKOMS AJ: Pain relief in the intensive care unit. *J Intensive Care Med* 1988;3:32-51.
63. KAPLAN HI, SADOCK: Psychology and psychiatry: Psychometric and neuropsychological testing. In *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore, Williams & Williams 1991:155-70.
64. GOLLINGER RC, FEDOROFF JP: Characteristics of patients referred to psychiatrists for competency evaluations. *Psychosomatics* 1989;30:296-9.
65. HOFFMAN BF: How to write a psychiatric report for litigation following a personal injury. *Am J Psychiatry* 1986;143:164-9.
66. FAVA GA, WISE TN, eds.: *Research paradigms in psychosomatic medicine*. Basel: Karger 1987.
67. MANEL C, ENEL P, CHARREL J, et al.: The ethical approach to AIDS: A bibliographical review. *J Med Ethics* 1990;16,1:14-27.
68. BENJAMIN S, HOUSE A, JENKINS P: *Liaison Psychiatry: Defining needs and planning services*. London: Royal College of Psychiatrists 1994.
69. HALE MS: *Methods in teaching consultation-liaison psychiatry*. Basel: Karger 1990.
70. STRAIN JJ, HAMMER JS, LEWIN C, et al.: The continuing evolution and update of a literature search schema for consultation-liaison psychiatry. *Gen Hosp Psychiatry* 1991;suppl 13:1-62.
71. CASSEM NH: *MGH Handbook of General Hospital Psychiatry*. Boston: Mosby 1991.
72. LLOYD GG: *Textbook of General Hospital Psychiatry*. London: Churchill Livingstone 1991.
73. JUDD FK, BURROWS GD, LIPSITT DR: *Handbook of Studies on general hospital psychiatry*. Oxford: Elsevier 1991.
74. CARDÓO G, BARBOSA A, FRANÇA DE SOUSA J, eds.: *Psiquiatria de ligação e psicossomática*. Lisboa: Delagrave Ed 1989.
75. STOUDEMIRE A, FOGEL BS, eds.: *Psychiatric care of the medical patient*. New York: Oxford University Press 1993.
76. RUNDELL JR, WIE MG, eds.: *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press 1996.

ANEXO I

Perfil do orientador de formação

I – PEDAGÓGICO

	Sim	Parc.	Não
Capacidades pessoais			
Interesse em psiquiatria de ligação			
Interesse em ser orientador			
Capacidade de escuta			
Capacidade de despertar entusiasmo			
Capacidade de dar sugestões práticas			
Disponibilidade para servir de «modelo»			
Responde às perguntas de forma objectiva, clara e precisa			
Capacidade de utilizar várias técnicas pedagógicas			
Dedica tempo e esforço à preparação do ensino			
Técnicas			
Define objectivos de aprendizagem			
Planeia e gere a programação das actividades formativas			
Demonstra ao interno execuções técnicas			
Encoraja o interno a fazer perguntas e a solicitar ajuda			
Verifica regularmente o progresso da aprendizagem			
Dá e recebe <i>feedback</i> formativo			
Incentiva a auto-aprendizagem			
Estimula a auto-avaliação do interno			

II – RELACIONAL / INTERPESSOAL

	Sim	Parc.	Não
Capacidades pessoais			
Mostra disponibilidade			
Evidencia postura ética			
Boa relação com outros colegas			
Comunica com clareza			
Possui «calor» interpessoal/cria clima positivo de aprendizagem			
Tem sentido de humor			
Estimula a responsabilidade profissional do interno			
Respeita horas de supervisão			
Demonstra bom senso e capacidade de objectividade			
Induz autoconfiança			
Promove a integração do interno e trata-o «como colega»			
Técnicas			
Capacidade de se envolver			
Capacidade de aceitar sentimentos dos internos			
Preocupa-se com o interno, mas evita invadir a sua privacidade			
Encoraja a expressão sentimentos, valores e opiniões			
Evita dogmatismos			
Capacidade de tomar uma posição sem supercontrolar o interno			

I – PEDAGÓGICO

	Sim	Parc.	Não
Conhecimentos			
Médico geral			
Sistema hospitalar			
Diagnóstico psiquiátrico diferencial			
Literatura pertinente em psiquiatria de ligação			
Psicofarmacológico actualizado			
Metodologia de investigação			
Atitudes			
Flexibilidade com vários tipos de doentes			
Respeito pelas defesas do doente			
Boa relação com doentes e suas famílias			
Capacidade de «escutar» afectos, transferências			
Capacidade de usar contra-actitudes			
Sentido de responsabilidade			
Cita e discute exemplos pertinentes da sua vida profissional			
Desempenhos			
Participação empenhada em programas de formação			
Interesse pela inovação e melhoria pedagógica			
Discute criticamente dados de investigação recente			
Incentiva uma atitude de investigação clínica			
Capacidade de integração/aplicação da teoria à prática			
Contrasta implicações dos vários diagnósticos e tratamentos			
Transmite facilmente técnicas terapêuticas			
Promove reflexão bioética			

ANEXO II

Grelha de avaliação do interno

I - AVALIAÇÃO CLÍNICA

	Sim	Parc.	Não
Conhecimentos			
Psicopatologia			
Critérios diagnósticos			
Desenvolvimento humano			
Psicodinâmica			
Cognitivismo			
Perspectiva sistémica			
Atitudes			
Respeito e tacto, sensibilidade pelas necessidades do doente			
Respeito e tacto, sensibilidade pelas necessidades da família			
Responsabilidade e iniciativa adequada			
Atitude «académica» em relação à aprendizagem e leitura			
Desenvolvimento de «identidade» profissional apropriada ao ano do internato			
Desempenhos			
Capacidade de sintetizar as áreas-problema do doente			
Capacidade para formular rapidamente o diagnóstico diferencial			
Capacidade de explicitar estilos de <i>coping</i> e defesas do doente			
Capacidade de «desenhar» um plano de intervenção			
Capacidade de escrever uma nota de consulta apropriada			
Capacidade para organizar e apresentar material clínico de forma clara			

II - PROCESSO xCONSULTODORIA-LIGAÇÃO»

	Sim	Parc.	Não
Capacidade			
Trabalho independente em meio não psiquiátrico			
Interagir com médicos não psiquiatras			
Trabalhar com enfermeiros e restante equipa			
Compreender a dinâmica da enfermaria/contribuir para melhoria			
Tolerar a complexidade, limitações e incertezas			
Usar conhecimentos para intervenção psicopedagógica junto de doentes e profissionais			
Obter dados das várias fontes (doentes, técnicos, familiares...)			

III – INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

	Sim	Parc.	Não
Conhecimentos			
Modelos de intervenção em psiquiatria de ligação			
Psicofármacos e interações medicamentosas			
Princípios das principais abordagens psicoterápicas			
Uso da transferência e contra-atitude			
Traços de personalidade para estabelecer uma relação			
Atitudes			
Flexibilidade em resposta às necessidades dos doentes			
Detecta temas subjacentes			
Tolera sentimentos dos doentes, familiares e técnicos			
Consciente dos seus próprios sentimentos em relação à doença			
Desempenhos			
Estabelece facilmente aliança terapêutica com o doente «médio»			
Manejo adequado do início e término do contacto com o doente			
Capacidade para adaptativamente lidar com urgências			
Capacidade de discutir e realizar um plano de intervenção			
Capacidade de monitorizar a evolução psiquiátrica do doente			
Uso apropriado de psicofármacos			
Qualidade dos comentários (concisão, oportunidade, clareza)			
Manejo adequado de situações de luto			
Manejo do contacto com familiares e outros significativos			
Integra-se facilmente em abordagem multidisciplinares			
Comunica eficazmente com outras profissionais de saúde			