

Um Ano de Psiquiatria de Ligação num Hospital Geral

Sónia Oliveira*, Zaida Pires**, Nazaré Santos***

Resumo:

A Psiquiatria de Ligação tem adquirido nos últimos anos uma crescente importância na Psiquiatria e nos Serviços não psiquiátricos dos Hospitais Gerais. Em Portugal são já inúmeros os Hospitais Gerais dotados de Núcleos especializados na interface da doença mental e do soma. Os autores pretendem caracterizar a população avaliada em Psiquiatria de Ligação num Hospital Geral, de forma a otimizar recursos e melhor adequar as intervenções efectuadas.

Assim, fizeram uma análise retrospectiva dos pedidos realizados à Equipa de Psiquiatria de Ligação do Hospital de Santa Maria durante um ano, numa amostra aleatória de 318 doentes. No total observaram que uma ligeira maioria dos pedidos correspondia ao sexo feminino. As faixas etárias mais prevalentes foram as dos 56 aos 65 e 66 aos 75 anos, os pedidos recebidos foram na sua maioria emitidos pelos Serviços de Medicina e os principais motivos para avaliação por Psiquiatria de Ligação foram tentativa de suicídio e sintomatologia depressiva, não havendo diferenças entre os dois sexos. Um terço dos pedidos apresentava mais do que um motivo, maioritariamente a presença de antecedentes psiquiátricos. Os diagnósticos mais frequentes foram a Perturbação da Adaptação e a Depressão Moderada. Quando cruzados estes dados com o sexo e a origem do pedido não se observaram

diferenças estatisticamente significativas. A intervenção realizada foi maioritariamente psicofarmacológica, com uma única observação. O destino dos doentes foi sobretudo para Consultas de Psiquiatria ou para o Médico de Família. A amostra analisada foi representativa, em relação ao total de pedidos no período avaliado. O motivo do pedido de observação e o diagnóstico sindromático estão de acordo com o descrito na literatura consultada, não se verificando variações entre as diversas variáveis estudadas.

Palavras-Chave: Psiquiatria; Ligação; Hospital Geral; Geral.

A Year of Liaison Psychiatry in General Hospital

Abstract:

In recent years, Liaison Psychiatry has acquired a growing importance in Psychiatry and in non-psychiatric Wards of General Hospitals. In Portugal there is already a large number of general Hospitals with specialized units that function on the interface of mental disorders and somatic illness. The authors intend to characterise the population assessed by a Liaison Psychiatry Unit of a General Hospital, in order to optimize resources and develop more adequate future therapeutic interventions.

A retrospective analysis was performed of the referrals to the Liaison Psychiatry

Unit, at the Santa Maria Hospital in Lisbon, during one year, with a random sample of 318 patients. A slight majority of the referrals belonged to female patients. The 56 to 65 and the 66 to 75 years age groups were the most prevalent, the referrals were issued in their majority by the Medical Wards, and the main reason for the requested assessment were suicide attempts and depressive symptoms, with no differences between both genders. A third of the referrals presented more than one reason, mainly the presence of a psychiatric history. The more frequent diagnoses were Adjustment Disorder and Moderate Depression. When these data were crossed with patients gender and referral source, there were no statistically significant differences. The therapeutic intervention was mainly psychopharmacological and in a single observation. The patients were, mainly, referred to Outpatient Psychiatric Consultations or to General Practitioners. The analysed sample was representative of the total of referrals in the assessed period. The referral reason and the syndromic diagnoses are in accordance with what is described in the literature, with no differences between the different variables studied.

Key-Words: *Psychiatry; Liaison; General Hospital; General.*

INTRODUÇÃO

A Psiquiatria de Ligação (PL) pode ser definida como uma subespecialidade da psiquiatria que se ocupa da assistência, ensino e pesquisa na interface entre psiquiatria e medicina¹. No geral, difere da prática psiquiátrica, não só pelo tipo de abordagem do paciente, mas também pelo ambiente em que ocorre e pela intensa interacção com outras especialidades².

Psiquiatria de Ligação no Mundo

A PL desenvolveu-se a partir do momento em que os serviços de psiquiatria foram integrados nos Serviços de Saúde. O seu início deu-se quase simultaneamente na América do Norte e na Europa, embora, tenha seguido percursos ligeiramente diferentes em cada país, de acordo com a organização dos serviços de saúde³.

Os primeiros serviços de psiquiatria num hospital geral surgiram no início do século XX nos Estados Unidos. A primeira unidade de psiquiatria foi criada por Mosher em 1902, no *Albany Hospital* em Nova Iorque. Em 1913 entrou em funcionamento a Clínica Psiquiátrica Henry Phipps, no *Johns Hopkins Hospital*, que tinha como director Adolf Meyer, que considerava essencial a articulação entre a medicina e a psiquiatria, numa perspectiva biopsicossocial. Assim, nos anos 30, a PL e a Medicina Psicossomática vieram a sofrer grande impulso, graças ao trabalho de Adolf Meyer e dos seus seguidores, George Henry e

Helen Flanders Dunbar. Ao longo dos anos 40 e 50 foram criadas muitas unidades de PL em hospitais gerais e foi a partir dos anos 60 que a PL sofreu um desenvolvimento extraordinário, não só em termos de prática clínica, mas também de investigação^{1,4,5}.

Entre 1960 e 1975 assistiu-se à elaboração dos modelos de organização de PL, bem como ao maior ênfase para situações médicas específicas, com a criação de subespecialidades dentro da PL, nomeadamente psico-oncologia, psico-pediatria, psico-nefrologia, entre outras¹. Nessa época, mais concretamente em 1979, surgiu a primeira revista da área, *Psychiatry in Medicine*⁶. Só mais tarde, em 1989, é dada a designação formal à PL de subespecialidade psiquiátrica, na Segunda Conferência Nacional de Psiquiatria de Consultadoria e Ligação, nos EUA⁷.

O desenvolvimento da PL na Europa verificou-se em simultâneo aos Estados Unidos, apesar de frequentemente se considerar que terá sido importada a partir de lá. Na Europa nos últimos quarenta anos o número de Serviços de Psiquiatria em Hospitais Gerais aumentou significativamente, o que veio obviamente favorecer a prestação de cuidados psiquiátricos nos Serviços médicos, cirúrgicos e de cuidados intensivos. Só a partir de 1987 se assiste a uma estreita colaboração na área da PL e a uma vasta investigação multicêntrica, que se traduziu nomeadamente no desenvolvimento do *European Consultation-Liason Workgroup*. A nível europeu, a PL é considerada

subespecialidade dentro da Psiquiatria, apenas em Inglaterra^{3,8,9}.

Psiquiatria de Ligação em Portugal

Em Portugal, assistiu-se a um desenvolvimento da PL essencialmente na década de 50, com a integração dos Serviços de Psiquiatria em Hospitais Gerais. O desenvolvimento da PL no nosso país, que surge muitas vezes associado a uma perspectiva psicossomática, deu-se progressivamente através de experiências isoladas. Assim, a partir dos anos 60 e 70 começam a surgir vários trabalhos de investigação na área da PL^{7,10}. Nas décadas de 80 e 90 são defendidas várias teses de doutoramento sobre aspectos psicossomáticos associados à doença¹¹⁻¹⁶, bem como aspectos psicológicos relacionados com a adaptação ao tratamento^{17,18}.

Em 1993 foi criada a Sociedade Portuguesa de Psicossomática, a qual, a partir de 1995, passou a também incluir um grupo de trabalho em PL. A Associação Portuguesa de Psiquiatria de Ligação, criada em 1995, faz a ponte com organismos internacionais e realiza vários encontros na área. Em Portugal, foi ainda criado, no final dos anos 90, no Porto, o Grupo Português de Psiquiatria Consiliar e de Ligação³.

A investigação nesta área continua a ser extensa, continuando a serem defendidas várias teses de mestrado e doutoramento na área da PL¹⁹⁻²¹.

A Psiquiatria de Ligação no Hospital de Santa Maria

Nos Hospital de Santa Maria (HSM), procurando dar continuidade a experiências anteriores, mas de uma forma mais organizada, Graça Cardoso e João França de Sousa, apresentaram em 1986 o projecto de criação do Núcleo de Psiquiatria de Ligação, que veio a ser criado em 1987³.

Desde a sua criação, o Núcleo de PL do Serviço de Psiquiatria do HSM foi sofrendo várias reestruturações. No ano de 2004 constituiu-se uma equipa multidisciplinar, com a inclusão de profissionais de Psicologia, coordenada pelos psiquiatras Nazaré Santos e António Barbosa. Os seus principais objectivos compreendem: 1) entender e tratar a pessoa doente nos aspectos bio-psico-sociais; 2) intervenção diagnóstica e terapêutica em doentes a necessitar de cuidados psiquiátricos; 3) intervenção psicológica; 4) interacção com os especialistas e técnicos de saúde das equipas médicas e cirúrgicas; 5) diminuição da morbilidade e do tempo de internamento; 6) formação pré e pós-graduada (sendo obrigatória realização de estágio em PL no Internato de Psiquiatria desde 1999); 7) investigação clínica.

O Trabalho Clínico em Psiquiatria de Ligação

Como já referimos o principal objectivo da PL é a abordagem do indivíduo doente nas

vertentes biológica, psicológica e social, de forma a aumentar a qualidade de vida dos cuidados médicos. Para tal, para além do estabelecimento de um diagnóstico e de instituição de uma terapêutica adequada, após uma consulta de ligação é fundamental a articulação com os elementos da equipa médica pela qual o doente está a ser acompanhado, de forma a facilitar a comunicação entre o doente e os técnicos que com ele lidam mais directamente.

De acordo com a literatura as principais situações com as quais o psiquiatra se depara no contexto de PL são: 1) Perturbações Depressivas e Ansiosas (quer anteriores ao internamento, por vezes com tentativas de suicídio graves em contexto de depressão, quer enquadrados em situações de adaptação à doença); 2) Perturbações Mentais Orgânicas (sintomas que traduzem uma doença orgânica e que se resolvem com o diagnóstico e tratamento da mesma); 3) Perturbações da Personalidade (que se vão traduzir em múltiplas alterações comportamentais, como tentativas de suicídio, não adesão ao projecto terapêutico, denegação da doença, entre outros); 4) Perturbações Somatoformes (aparecimento de sintomas somáticos sem base orgânica); 5) Abuso de Substâncias (pedidos para tratamento de sintomas de privação); 6) Perturbações Psicóticas (doentes, por exemplo com Esquizofrenia, internados por causas médicas)^{6,22}.

OBJECTIVO

Os autores pretendem caracterizar a população avaliada em Psiquiatria de Ligação num hospital geral, de forma a otimizar recursos e melhor adequar as intervenções efectuadas.

MÉTODOS

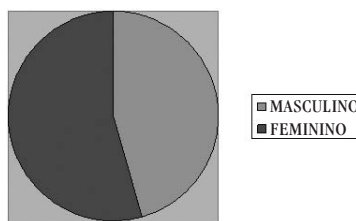
Analisa-se retrospectivamente pedidos realizados à Equipa de Ligação do Hospital de Santa Maria durante um ano, numa amostra aleatória de 642 doentes.

Caracteriza-se a amostra em relação a dados demográficos, natureza e origem do pedido, diagnóstico psiquiátrico, tipo de intervenção e destino.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1) Distribuição por Sexo:

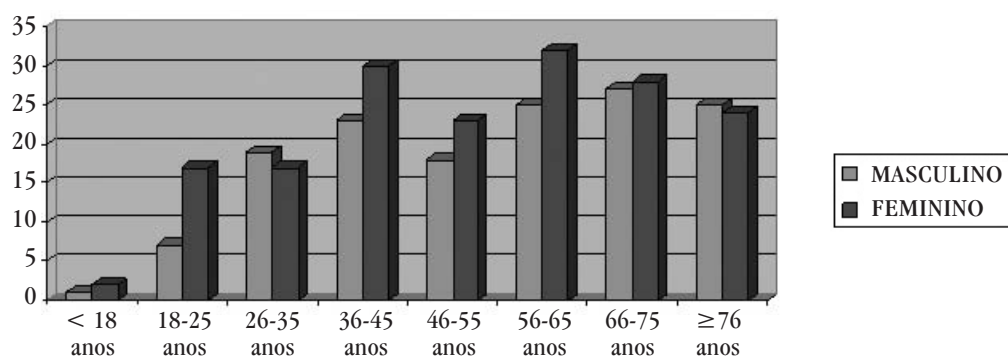
SEXO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
NÚMERO	145	173	318
PERCENTAGEM	45,6	54,4	100



Cerca de 54,4% de utentes do sexo feminino e 45,6% do sexo masculino.

2) Distribuição por Faixa Etária:

FAIXA ETÁRIA (anos)	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	PERCENTAGEM (%)
<18	1	2	3	1
18-25	7	17	24	7,5
26-35	19	17	36	11,3
36-45	23	30	53	16,7
46-55	18	23	41	12,9
56-65	25	32	57	17,9
66-75	27	28	55	17,3
»76	25	24	49	15,4

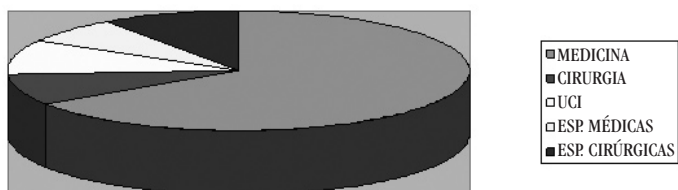


As faixas etárias mais representativas foram a dos 56-65 anos, seguindo-se a dos 66-75 anos com a maioria dos utentes. Em relação aos sexos, as mulheres foram mais frequentes

nas faixas dos 56-65 anos e dos 36-45 anos, enquanto que os homens se situaram nas três faixas mais idosas.

3) Serviços de Origem do Pedido:

SERVIÇO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	PERCENTAGEM (%)
Medicina	64	114	178	56
Cirurgia	12	14	26	8,2
UCI	13	16	29	9,1
Esp.Médicas	33	12	45	14,1
Esp.Cirúrgicas	23	17	40	12,6

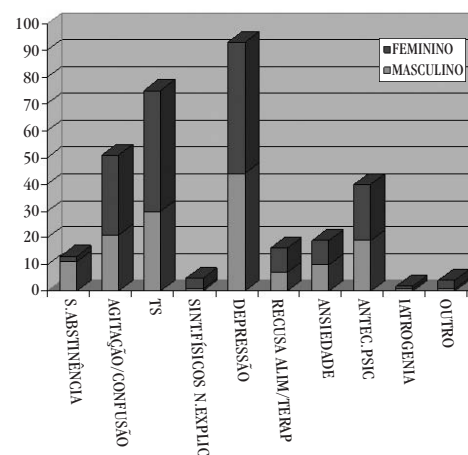


A maioria dos pedidos foi realizada pelos Serviços de Medicina, com cerca de 56% do total. As especialidades cirúrgicas foram responsáveis pela segunda maior quantidade de encaminhamentos, com 14,1% do total, enquanto que as especialidades médicas fizeram 12,6% das solicitações.

3) Motivo do Pedido:

Em alguns encaminhamentos eram apresentados vários pedidos para observação psiquiátrica. Assim, os autores dividiram os pedidos em principal e secundário, face à situação clínica de cada doente.

Motivo Principal:



MOTIVO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	PERCENTAGEM (%)
Sind. Abstinência	11	2	13	4,1
Agitação/Confusão	21	30	51	16
Tentativa Suicídio	30	45	75	23,6
Sintomas Físicos não explicados	1	4	5	1,6
Depressão	44	49	93	29,2
Recusa Alimentar/terapêutica	7	9	16	5
Ansiedade	10	9	19	6
Antecedentes Psiquiátricos	19	21	40	12,6
Iatrogenia	1	1	2	0,6
Outro	1	3	4	1,25

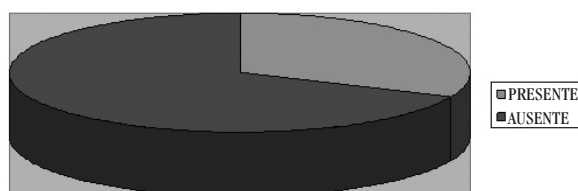
O motivo principal apresentado em maior número de situações foi depressão, em ambos os sexos, com cerca de 30% dos encami-

nhamentos; as tentativas de suicídio foram o segundo principal motivo de pedido, também em ambos os sexos, correspondendo a cerca

de 24% do total de observações. Os quadros de agitação/confusão mental e antecedentes psiquiátricos motivaram 16% e 13% dos pedidos, respectivamente.

Motivo Secundário:

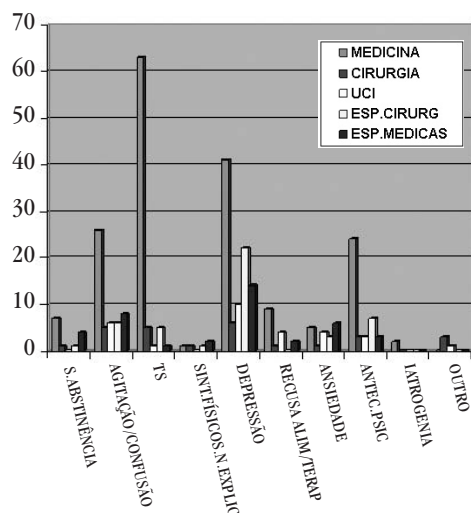
OUTRO MOTIVO/SEXO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	PERCENTAGEM (%)
PRESENTE	46	55	101	31,8
AUSENTE	99	118	217	68,2



Os encaminhamentos que apresentavam um motivo adicional representaram cerca de 30% dos pedidos, sendo em 80% dos casos por antecedentes psiquiátricos.

4) Associação entre Origem e Tipo de Pedido:

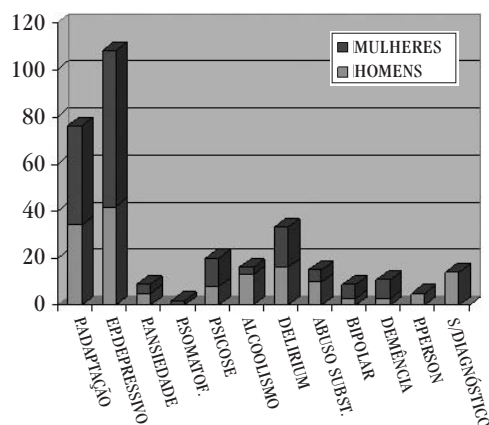
MOTIVO/ORIGEM	MEDICINA	CIRURGIA	UCI	ESPMÉDICAS	ESPCIRURGICAS	TOTAL	PERCENTAGEM (%)
Sind. Abstinência	7	1	0	1	4	13	4,1
Agitação/Confusão	26	5	6	6	8	51	16
Tentativa Suicídio	63	5	1	5	1	75	23,6
Sintomas Físicos não explicados	1	1	0	1	2	5	1,6
Depressão	41	6	10	22	14	93	29,2
Recusa Alimentar/terapêutica	9	1	4	0	2	16	5
Ansiedade	5	1	4	3	6	19	6
Antecedentes Psiquiátricos	24	3	3	7	3	40	12,6
Iatrogenia	2	0	0	0	0	2	0,6
Outro	0	3	1	0	0	4	1,25



Nos Serviços de Medicina Geral, contrariamente ao valor absoluto dos pedidos, o principal motivo de solicitação de observação pela Psiquiatria de Ligação foram as Tentativas de Suicídio e não as queixas depressivas, que lideraram todos os outros Serviços e o valor absoluto. Os comportamentos auto-agressivos não tiveram expressão nos outros Serviços, embora representem o segundo principal motivo de pedido.

5) Diagnóstico:

DIAGNÓSTICO/SEXO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	PERCENTAGEM (%)
Perturbação Adaptação	34	42	76	23,9
Episódio Depressivo	42	66	108	33,9
Perturbação Ansiedade	5	4	9	2,8
Perturbação Somatoforme	0	2	2	0,6
Psicose	8	12	20	6,3
Alcoolismo	13	3	16	5
<i>Delirium</i>	16	17	33	10,4
Abuso Substâncias	10	5	15	4,7
Doença Bipolar	3	6	9	2,8
Demência	3	8	11	3,5
Perturbação Personalidade	5	0	5	1,6
Sem Diagnóstico	14	0	14	4,4



O principal diagnóstico realizado pelos Psiquiatras de Ligação, segundo o DSM-IV-TR, em ambos os sexos, foi o Episódio Depressivo, com 34% do total, que no gráfico está representado na sua generalidade no que respeita à gravidade. No entanto, foram os

episódios de moderada intensidade que apresentaram predomínio de encaminhamentos, correspondendo a 50% dos episódios depressivos.

As Perturbações de Adaptação foram o segundo diagnóstico mais frequentemente estabelecido em ambos os sexos, com cerca de 24% do total.

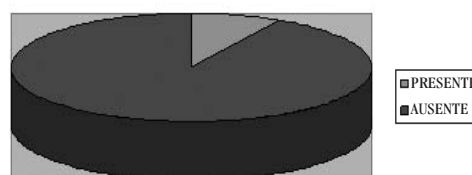
A associação destes dois diagnósticos refere-se a 56% dos doentes, que corresponde exactamente à soma das percentagens dos pedidos por depressão ou tentativa de suicídio.

A totalidade dos diagnósticos de *Delirium*, Alcoolismo e Abuso de Substâncias está de acordo com os valores percentuais de pedidos por síndrome de abstinência e agitação/confusão mental.

Apenas em 2,2% dos pedidos (sete no total) não apresentavam critério para observação psiquiátrica.

6) Comorbilidade:

SEXO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	PERCENTAGEM (%)
PRESENTE	14	12	26	8,2
AUSENTE	131	163	294	91,8

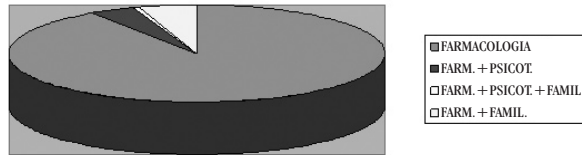


Na maioria das situações não foi identificada co-morbilidade entre duas ou mais situações psiquiátricas, estando presente apenas em

8,2% dos pedidos. A principal situação apontada foi a co-existência de abuso de substâncias, em cerca de 35% dos pedidos.

7) Tipo de Intervenção:

INTERVENÇÃO/SEXO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	PERCENTAGEM (%)
FARMACOLÓGICA	134	154	288	90,6
FARMACOLÓGICA + PSICOTERAPÊUTICA	5	7	12	3,8
FARMACOLÓGICA + PSICOTERAPÊUTICA + FAMILIAR	1	1	2	0,6
FARMACOLÓGICA + FAMILIAR	5	11	16	5

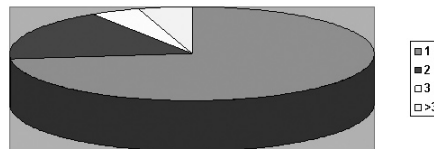


O tipo de intervenção mais frequente na amostra foi a introdução ou ajuste de psicofármacos, em cerca de 90,6% das observações. A intervenção combinada, com psicofármacos,

psicoterapia e intervenção familiar pontual, foi realizada numa minoria das situações, pois o processo de integração de Psicólogos na Equipa de PL estava ainda a decorrer.

8) Número de Observações:

NºOBSERVAÇÕES/SEXO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	PERCENTAGEM (%)
1	102	131	233	73,3
2	32	24	56	17,6
3	2	12	14	4,4
»3	9	6	15	4,7

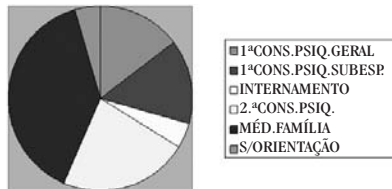


De uma forma geral os doentes foram observados apenas numa ocasião, correspondendo

a 73% dos casos. Com mais de 3 observações encontramos menos de 5% dos pacientes.

9) Destino:

DESTINO/SEXO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	PERCENTAGEM (%)
1ª CONSULTA PSIQUIATRIA GERAL	19	28	47	14,8
1ª CONSULTA PSIQUIATRIA SUBESPECIALIDADE	30	17	47	14,8
INTERNAMENTO PSIQUIATRIA	4	10	14	4,4
2ª CONSULTA PSIQUIATRIA	26	45	71	22,3
MÉDICO FAMÍLIA	52	73	125	39,3
SEM ORIENTAÇÃO	14	0	14	4,4



A maior parte dos casos, correspondendo a 39,3%, foi orientada para o Médico de Família. Por um lado, a maioria dos diagnósticos em PL foi de ligeira/moderada gravidade, o que não justificou um encaminhamento mais específico. Por outro lado, a área de intervenção geográfica do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental não corresponde na totalidade à área dos outros Serviços do HSM,

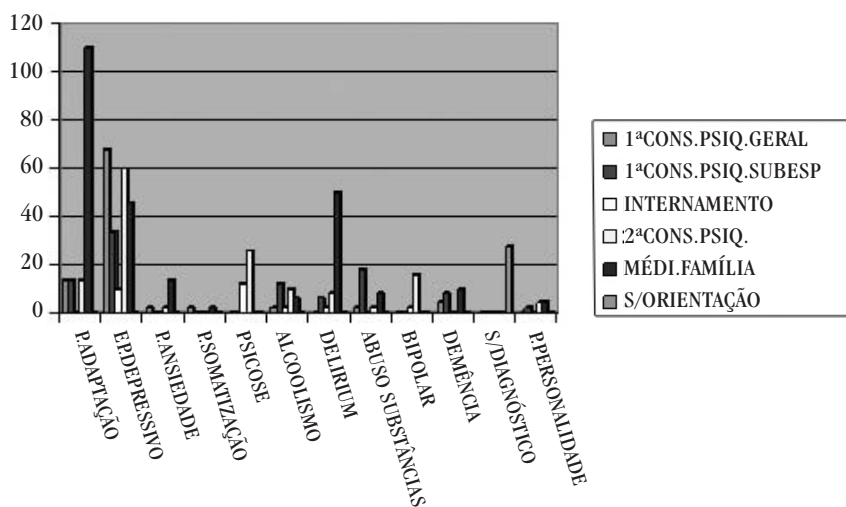
pelo que, nalguns casos mais graves foi feito o encaminhamento indirecto para Consulta de Psiquiatria da área de residência através do Médico de Família.

Segue-se a orientação para uma segunda consulta de Psiquiatria, em cerca de 22% dos doentes, o que se relaciona com as situações que já estavam a ser seguidas por Psiquiatria.

De uma forma homogénea os restantes casos foram encaminhados para primeira consulta de Psiquiatria, geral ou de sub especialidade. Apenas numa minoria dos pedidos foi feita transferência para o Internamento do Serviço de Psiquiatria, o que ocorreu em 4% do total.

10) Associação entre Diagnóstico e Destino:

	PADAP	EPDEP	PANS	PSOM	PSICOSE	ALCOOL	DELIRIUM	AB.SUBS	BIPOL	DEM	S/DG	PPERS	TOTAL
1ªCONS PSIQ GERAL	7	34	1	1	0	1	0	1	0	2	0	0	47
1ªCONS PSIQ SUBESP	7	17	0	0	0	6	3	9	0	4	0	1	47
INTERN	0	5	0	0	6	1	1	0	1	0	0	0	14
2ªCONS PSIQ	7	30	1	0	13	5	4	1	8	0	0	2	71
MÉD FAMIL	55	23	7	1	0	3	25	4	0	5	0	2	125
S/ORIENT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0	14
TOTAL	76	108	9	2	20	16	33	15	9	11	14	5	318



Os Episódios Depressivos foram essencialmente encaminhados para a Consulta de Psiquiatria, internamento ou Médico de Fa-

mília, de acordo com a gravidade do quadro clínico.

As Perturbações da Adaptação foram na sua

maioria encaminhadas para o Médico de Família, traduzindo o carácter transitório e de menor gravidade destas situações.

Os doentes diagnosticados com Psicose e Doença Bipolar foram orientados para Consulta ou Internamento de Psiquiatria, na sua totalidade.

As situações de *Delirium* foram na sua maioria encaminhadas para o Médico de Família, uma vez que correspondiam a quadros de descompensação de patologia orgânica, nos quais o papel da PL se limitou ao diagnóstico diferencial e/ou controlo dos quadros de agitação psico-motora.

Os doentes com consumos de substâncias (álcool e outras substâncias psico-activas) foram essencialmente encaminhados para consulta de Psiquiatria, primeira consulta de subespecialidade ou segunda consulta, quando previamente em acompanhamento.

CONCLUSÕES

Embora com destaque crescente no seio da Psiquiatria nos últimos anos, pouco tem sido publicado que reflecta a dimensão e especificidades da actividade desta subespecialidade.

Os autores, através de um estudo retrospectivo de uma amostra aleatória de um ano de actividade da Equipa de Psiquiatria de Ligação do HSM, caracterizaram vários aspectos com o objectivo de otimizar recursos e melhor adequar as intervenções efectuadas.

Dos pedidos efectuados concluem que a

grande maioria corresponde a um encaminhamento adequado por parte dos diversos Serviços do HSM. As patologias encontradas estão de acordo com o que era esperado e que tem sido descrito na literatura. A orientação para os utentes parece de acordo com os diagnósticos estabelecidos.

Os autores consideram ainda que o tipo de intervenção realizada foi na generalidade adequado, com base nos meios disponíveis. No entanto, alguns casos poderiam beneficiar de um acompanhamento psicoterapêutico, o que foi posteriormente possibilitado pela integração de Psicólogos na Equipa. A existência de uma Equipa Multidisciplinar é essencial para uma abordagem consentânea com a especificidade da Psiquiatria de Ligação.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Lipowski ZJ. Consultation-Liaison Psychiatry: the first half century. *Gen Hosp Psych*. 1986; 8(5): 305-315.
- 2- Nascimento AN *et al*. Um modelo para o parecer psiquiátrico num hospital geral. *J Bras Psiqu*. 2006; 55(2):102-107.
- 3 – Cardoso G. Psiquiatria de Ligação: Desenvolvimento Internacional. *Act Med Port*. 2006; 19: 405-412.
- 4 - Friedman RS, Molay F. A History of Psychiatry consultation in America. *Psych Clin North Am*. 1994; 17(3):667-681.
- 5 – Lipowski ZJ. Review of consultation psychiatry and psychosomatic Medicine. *Gen Principles-Clinical Aspects. Psychosom Med*. 1967; 29:153-171.

- 6 – Cardoso G, Barbosa A, França de Sousa J. Psiquiatria de Ligação num Hospital Geral: Novas Perspectivas. *Act Méd Port.* 1998; 4/5/6:296-303.
- 7 – Mota A. Psiquiatria de Ligação. *Med Interna.* 2000; 7(4): 239-245.
- 8 – Mayou RA, Huyse FJ. Consultation Liaison Psychiatry Western Europe. *Eur Com Lias Work.* 1991; 13(3):188-208.
- 9 – Hyuese FJ. Consultation Liaison Psychiatry. Does it help to get organized? *Eur Com Lias Work.* 1991; 13(3):183-187.
- 10 – Cardoso G. Consultation Liaison Psychiatry in Portugal. *J Psychosom Res.* 2006; 61(2):279-280.
- 11- Mota Cardoso R. Enfarte do Miocárdio Factores de Risco. Tese de Doutoramento 1984. Faculdade de Medicina do Porto.
- 12 – Machado Nunes MJ. Factores Psicológicos nas coronariopatias isquémicas. A relevância dos factores psicossociais e adaptação nas doenças coronárias isquémicas Tese de Doutoramento 1998. Faculdade de Ciências de Lisboa.
- 13 - Barbosa A. Aspectos Psicossociais da Úlcera Duodenal. Tese de Doutoramento 1989. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- 14 – Coelho R. Hipertensão Arterial Essencial. Abordagem Psicossomática de um Modelo de Desregulação. Tese de Doutoramento, 1990. Faculdade de Medicina do Porto.
- 15 – Paulino M. Aspectos psicossociais da Doença de Crohn. Tese de Doutoramento 1994. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- 16 – Veríssimo R. Doença inflamatória do intestino. Factores Psicológicos. Tese de Doutoramento 1997. Faculdade de Medicina do Porto.
- 17 – Caldas de Almeida JM. Adaptação do Insuficiente Renal Crónico à Hemodiálise. Influência da Personalidade e das Matrizes Familiares, Sociocultural e Terapêutica. Tese Doutoramento 1985. Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.
- 18 – Lume, 1986 (3).
- 19 – Cardoso G. Avaliação da Efectividade de uma intervenção em Psiquiatria de Ligação na Doença Coronária Aguda. Tese de Doutoramento 2006. Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.
- 20 – Gusmão R. Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento. Um estudo de prevalência e detecção das perturbações depressivas nos cuidados de saúde primários. Tese de Doutoramento 2006. Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.
- 21- Abreu M. A Depressão no Pós Enfarte Agudo do Miocárdio na Era da Angioplastia. Tese de Mestrado 2005. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- 22 - Clarke DM, Smith GC. Consultation-liaison psychiatry in general medical units. *Aust N Z J Psychiatry.* 1995;29(3):424-32.