

Relatório de Estágio  
Mestrado Integrado em Medicina

**ESTÁGIO EM PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO**  
Fábio Pereira

**Orientador**  
**Dr<sup>a</sup>. Sara Moreira**

**Co-Orientador**  
**Dr. Helmut Albrecht**

Porto 2010

## **Resumo**

A morbilidade psiquiátrica é elevada nos diversos ambientes médicos, quer de ambulatório quer de internamento. O conhecimento desta realidade, contribuiu para o desenvolvimento da psiquiatria de ligação, ramo da psiquiatria, cujo principal objectivo é manter uma ponte entre a psiquiatria e as restantes especialidades médicas. Assim, a psiquiatria de ligação tem um papel primordial na qualidade de prestação de cuidados de saúde e possibilita a abordagem da pessoa doente integrando as vertentes bio-psico-sociais.

Daqui surgiu o interesse pela realização deste estágio. Para além da formação pessoal e curricular enquanto estudante de medicina, poder observar a um nível mais próximo, quer através da consulta, do internamento e da formação dos diferentes profissionais de saúde, o impacto da psiquiatria de ligação.

O presente relatório de estágio procura contemplar as experiências de aprendizagem vivenciadas no âmbito do estágio do Mestrado Integrado em Medicina, que decorreu nas instalações do Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António(CHP-HSA), no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, na Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde (UPL-PS)deste serviço, com a supervisão e orientação da Dra. Sara Moreira, Psiquiatra da Unidade e nas instalações do Hospital Emil von Behring-Berlim, na Unidade de Medicina Psicossomática e Psicoterapia, co-orientação do Dr. Helmut Albrecht, também Psiquiatra.

O relatório contempla as seguintes áreas temáticas: a caracterização das entidades de acolhimento, com um breve enquadramento contextual das instituições; uma síntese descritiva e analítica das principais actividades desenvolvidas, nomeadamente na área da assistência a doentes internados ou em regime de consulta externa e nas intervenções direccionadas a grupos com patologias específicas. Procura também, descrever e demarcar a importância das reuniões de serviço e de consultadoria interdisciplinar, e uma conclusão final que encerra uma reflexão pessoal sobre as experiências vivenciadas e sobre o desenvolvimento de conhecimentos/competências que mais contribuíram para a minha formação pessoal e prática profissional.

*“ Não existimos num vazio relacional, mas antes somos o resultado de um processo de construção e negociação social. Os outros significativos podem validar ou invalidar o processo de mudança, funcionando como um entrave poderoso, ou pelo contrário, como facilitadores na celebração da mudança”*

( White and Epston’s)

#### **Agradecimentos:**

A todos os profissionais da Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde do Hospital Geral de Santo António

À minha supervisora e orientadora Dra. Sara Moreira, pela atenção e apoio prestados desde o início

A todos os profissionais da Unidade de Medicina Psicossomática e Psicoterapia do Hospital Emil von Behring-Berlim

Ao meu orientador Dr. Helmut Albrecht

Obrigada a todos por me terem ajudado a crescer e a enriquecer a nível pessoal e profissional.

## Índice

|                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Capa                                                                                                     | 1  |
| Resumo                                                                                                   | 2  |
| Agradecimentos                                                                                           | 3  |
| Introdução                                                                                               | 4  |
| Caracterização das entidades de acolhimento                                                              | 5  |
| Síntese descritiva e analítica das principais actividades desenvolvidas durante o estágio                | 8  |
| Consultas de avaliação e intervenção psiquiátrica e psicológica em doentes em regime de internamento     | 8  |
| Consultas de avaliação e intervenção psicológica e psiquiátrica em doentes em regime de consulta externa | 12 |
| Reuniões de serviço                                                                                      | 21 |
| Conclusão                                                                                                | 24 |
| Bibliografia                                                                                             | 26 |
| Abreviaturas                                                                                             | 31 |

## **Introdução**

O presente relatório de estágio procura contemplar as experiências de aprendizagem vivenciadas no âmbito do estágio do Mestrado Integrado em Medicina, que decorreu nas instalações do Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António(CHP-HSA), no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, na Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde (UPL-PS)deste serviço, com a supervisão e orientação da Dra. Sara Moreira, Psiquiatra da Unidade e nas instalações do Hospital Emil von Behring-Berlim, na Unidade de Medicina Psicossomática e Psicoterapia, e co-orientação do Dr. Helmut Albrecht, também Psiquiatra. Este estágio “além fronteiras” surgiu em sequencia do facto de eu estar previamente inscrito para realizar o programa de mobilidade Erasmus-Estágio. Tendo sido visto, por mim e pela Dra.Sara Moreira, como uma oportunidade única de enriquecimento profissional, pessoal e, consequentemente, deste trabalho.

O relatório contempla as seguintes áreas temáticas: a ***caracterização das entidades de acolhimento***, com um breve enquadramento contextual das instituições, onde decorreu o referido estágio; uma ***síntese descritiva e analítica das principais actividades desenvolvidas***, nomeadamente na área da assistência a doentes internados ou em regime de consulta externa e nas intervenções direccionadas a grupos com patologias específicas. Procura também, descrever e demarcar a importância das reuniões de serviço e de consultadoria interdisciplinar, e uma ***conclusão*** final que encerra uma reflexão pessoal sobre as experiências vivenciadas e sobre o desenvolvimento de conhecimentos/competências que mais contribuíram para a minha formação pessoal e prática profissional.

Parece-me no imediato oportuno, fazer um breve enquadramento teórico e conceptual sobre a especificidade da Psiquiatria de Ligação (PL) na medida em que foi nesta área de intervenção que decorreu o estágio curricular proposto.

A PL surgiu nos anos 30, nos Estados Unidos da América, num contexto histórico de mudança em que, até então, pouca importância era dada à componente psicológica das doenças somáticas. Mota (2000, p. 240) define PL “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 como principal objectivo garantir uma ponte entre a Psiquiatria e as restantes especialidades médicas, para que a abordagem da pessoa doente se realize, integrando todas as suas vertentes (Cardoso, 2006; Szigethy, Ruiz, DeMaso, Shapiro, Beardslee, 2002).

O crescimento e desenvolvimento da P.L permitiu acompanhar os avanços científicos da medicina e contribuir para a introdução de mudanças no meio terapêutico. Realça, face às outras especialidades médicas, que os aspectos psicológicos e sociais sejam tidos em linha de conta na abordagem clínica dos doentes. Também em Portugal, com a integração dos serviços de psiquiatria nos hospitais gerais (década de 50), assistiu-se a um desenvolvimento da Psiquiatria de Ligação. A investigação científica viria a mostrar a elevada prevalência dos problemas psicossociais e de saúde mental a nível dos cuidados primários de saúde. É visível a evolução em curso da P.L em Portugal, pelo número crescente de psiquiatras contratados para trabalharem nesta área e de serviços de psiquiatria em hospitais gerais. Na Alemanha, desde a década de 20, a psiquiatria foi gradualmente institucionalizada primeiramente nas universidades espalhando-se mais tarde para os hospitais gerais, com o objectivo de integrar as necessidades particulares do doente e as capacidades de uma determinada equipa.

Daqui surge o interesse pela realização deste estágio. Para além da formação pessoal e curricular enquanto estudante de medicina, poder observar a um nível mais próximo, quer através da consulta, do internamento e da formação dos diferentes profissionais de saúde, o impacto da psiquiatria de ligação em duas instituições diferentes e em países distintos.

## **1. Caracterização das entidades de acolhimento**

### **1.1. Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António, E.P.E. e Unidade de Psiquiatria da Ligação e Psicologia da Saúde**

O Centro Hospitalar do Porto reverte da fusão do Hospital Geral de Santo António, E.P.E., com o Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia e a Maternidade Júlio Dinis.

Identifica-se como um organismo que presta serviços de saúde, distinguindo-se como um hospital geral, central e universitário, situado na cidade do Porto.

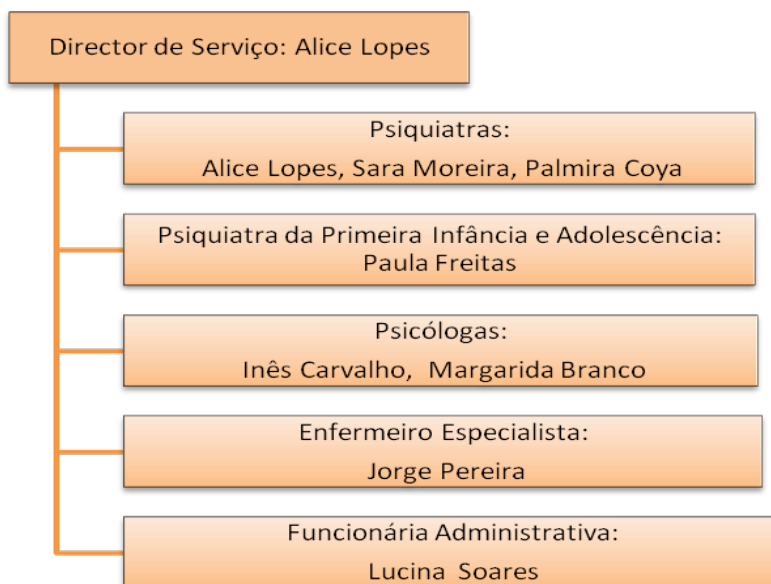
A missão desta entidade consubstancia a prestação de cuidados de saúde de qualidade, humanizados, competitivos e de referência, incrementando a necessária articulação com outras entidades do Sistema Nacional de Saúde. A valorização do ensino pré e pós-graduado e da formação profissional fazem também parte, da realidade desta instituição, bem como a dinamização e incentivo à investigação e ao desenvolvimento científico na área da saúde.

Esta entidade hospitalar apresenta uma organização estrutural que suporta a exigência de diversos departamentos, diferenciados pela especificidade das funções que desempenham e dos serviços que garantem.

A criação da Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde (UPL-PS) teve lugar em 2001, após uma apresentação formal em sessão pública, realizada no HGSA. Resultou de um acordo homologado entre o HGSA e o Hospital Magalhães Lemos. Três anos volvido tal intento, são inauguradas as instalações físicas desta Unidade que passam a sediar-se no “Edifício Neo-Clássico” do HGSA.

A equipa multidisciplinar que trabalha nesta Unidade direccionou, inicialmente os seus esforços, para a estruturação da sua própria organização e definição das linhas mestras do trabalho a desenvolver.

A Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde comporta uma equipa multidisciplinar constituída por: três psiquiatras, uma pedopsiquiatra a tempo parcial, dois psicólogos, um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria em tempo parcial e um funcionário administrativo.



Organograma – Constituição da UPL-PS

A UPL-PS tem como um dos objectivos a observação e acompanhamento de pessoas doentes, considerando o estreito vínculo entre a patologia somática e a sintomatologia psíquica.

A intervenção psiquiátrica/psicológica inclui actividades em áreas como:

- Discussão de casos clínicos com outros profissionais, quer das áreas médicas , quer cirúrgicas.
- Participação nas reuniões clínicas de diversos serviços do hospital.
- Apoiar os doentes na adaptação à doença e aos tratamentos
- Apoio aos doentes quer a nível da consulta externa, quer do internamento
- Contribuir para adesão medicamentosa .
- Orientar e apoiar na procura de cuidados e utilização dos serviços de saúde;
- Valorizar das manifestações psiquiátricas secundárias a doenças orgânicas;
- Ajudar ao diagnóstico de sintomas físicos de etiologia psicológica.

## **1.2. Hospital Emil von Behring-Berlim, Unidade de Medicina Psicossomática e Psicoterapia**

O Hospital Emil von Behring-Berlim pertence à HELIOS HospitalGroup – um dos maiores e medicamente mais avançados grupos hospitalares europeus – situa-se na região Sudeste de Berlim. Tem como principal objectivo oferecer serviços especializados e humanizados em todas as áreas de assistência ao paciente. Esta clínica resulta da fusão das três seguintes instituições, Hospital Oskar-Helene-Heim, Hospital Distrital de Zehlendorf (Behring Hospital) e da Clínica Pulmonar Heckeshorn.

O intercâmbio interdisciplinar intensivo do conhecimento, a valorização do ensino pré e pós-graduado, a formação profissional e a rápida implementação de novas tecnologias fazem também parte, da realidade desta instituição. <sup>1</sup>

A Unidade de Medicina Psicossomática e Psicoterapia (UMPP) é constituída por uma equipa multidisciplinar constituída por três psiquiatras a tempo inteiro, dois psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas e um funcionário administrativo que têm como objectivo a assistência, pesquisa e ensino na interface entre a psiquiatria e a medicina. Incluindo, entre outras, actividades como :

- Entender e tratar a pessoa doente nos aspectos bio-psico-sociais;
- Intervenção diagnostica e terapêutica em doentes a necessitar de cuidados psiquiátricos;



- Intervenção psicológica;
- Interação com os especialistas e técnicos de saúde das equipas médicas e cirúrgicas;

## **2. Síntese descritiva e analítica das principais actividades desenvolvidas durante o estágio**

### **Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde**

- Observação de consultas de avaliação e intervenção psiquiátrica e psicológica em doentes em regime de internamento;
- Observação de consultas de avaliação e intervenção psiquiátrica e psicológica em doentes em regime de consulta externa;
- Actividades de formação e de investigação
- Participação em reuniões (supervisão, internamento e serviço);

### **Unidade de Medicina Psicossomática e Psicoterapia**

- Observação de consultas de avaliação e intervenção psiquiátrica e psicológica em doentes em regime de internamento;
- Observação de consultas de avaliação e intervenção psiquiátrica, psicológica em doentes em regime de consulta externa;
- Participação nas reuniões de serviço;

#### **2.1. Consultas de avaliação e intervenção psiquiátrica e psicológica em doentes em regime de internamento**

O contacto com o sistema de saúde é considerado pela maioria das pessoas como susceptível de gerar mal-estar (Pais-Ribeiro, 2007).

Alguns autores referem que o internamento é considerado como uma experiência stressante ou uma situação de crise (Heleno & Antonia, 2004). É descrito como uma ameaça à saúde, devido em grande parte à incerteza dos tratamentos, à eventual existência de dor e desconforto físico, ao facto de implicar um afastamento de casa, da rotina, da privacidade e da independência (Heleno & Antonia, 2005; Joyce-Moniz & Barros, 2005; Straub, 2005; Vainboim, 2005).

A contribuição da Psiquiatria de Ligação tem um papel fundamental em muitas situações de internamento, pois ajuda a minimizar o sofrimento emocional do doente no processo de doença e internamento, contribui para a melhoria da qualidade de vida e uma maior humanização do ambiente em contexto hospitalar (Vainboim, 2005). Tais factos consolidam, na minha perspectiva, uma melhor adaptação do doente às condicionantes impostas por essa vivência particular.

A tarefa da Psiquiatria de Ligação neste contexto é de ajudar o doente a compreender, confrontar e organizar o processo de doença e de internamento, bem como de auxiliá-lo na sua recuperação e reintegração ao seu meio familiar e social, e no regresso às suas actividades de vida diárias (Vainboim, 2005). Para além da observação do doente, a PL tem como principal função, a intervenção junto dos outros profissionais de saúde que têm os doentes a seu cargo. Desta forma poderá através da formação ombro a ombro, discussão de casos, partilha de dificuldades, etc, contribuir para uma abordagem global da pessoa doente. Quando o doente sente o apoio e compreensão do técnico, torna-se mais seguro, o que ajuda a enfrentar a dor e sofrimento de uma forma mais serena e segura (Vainboim, 2005).

A família sofre mudanças importantes durante a hospitalização de um dos seus membros. A angústia, o medo, o sofrimento e dúvidas estão habitualmente presentes, assim como as incertezas quanto ao curso do tratamento e prognóstico da doença. Utentes e familiares, referem a importância da presença de um profissional da área da Psiquiatria, enunciando a carência deste apoio, sentida num momento como este que consideram francamente angustiante (Lustosa, 2007).

O contacto com os outros profissionais da equipa multidisciplinar é fundamental, pois permite a troca de informação e conhecimentos, tais como as características da patologia orgânica e o curso do seu tratamento, a forma como o doente e família têm reagido e lidado com a doença e período de internamento, a relação entre as manifestações psíquicas e somáticas e ainda as indicações e prescrições de psicofármacos, se necessário for.

O impacto da situação de doença e da hospitalização no funcionamento psicológico, quer do doente, quer da família, bem como a contribuição dos factores psicológicos no curso dos processos de saúde-doença foram aspectos frequentemente abordados.

A UPL-PS colabora com os diversos serviços de internamento do HSA, na actividade assistencial ao nível da avaliação e intervenção psicológica e psiquiátrica em doentes internados e seus familiares. Faz parte integrante desta colaboração a discussão dos casos clínicos junto dos profissionais de referência.

Durante as visitas ao internamento, era feito um registo da observação no processo clínico do doente, tal facto permite a comunicação com os restantes profissionais e facilita o planeamento de cuidados integrados e continuados.

O elemento da PL planeia a intervenção e discute com a equipa da Unidade, em reunião semanal de serviço, as suas opções terapêuticas e a evolução do quadro clínico do doente e pede, se necessário for, a colaboração de outros técnicos da Unidade.

Parece-me importante a preocupação da equipa em estabelecer um espaço de debate e partilha de conhecimento. O facto dos doentes serem apresentados aos outros técnicos permite que todos conheçam e debatam as opções terapêuticas e evolução da situação do doente. Na minha opinião, esta atitude, fomenta a coesão da equipa e o sentido de responsabilidade partilhada entre todos.

Durante este estágio pude acompanhar as intervenções dos psiquiatras no âmbito da assistência a doentes de diversos serviços, tais como Hematologia, Cirurgia, Cardiologia, entre outros.

Foi possível constatar que as intervenções implementadas procuravam dar resposta ao tratamento da sintomatologia psicopatológica que os doentes apresentavam, nomeadamente a ansiedade e depressão e procuravam também, abordar as problemáticas específicas desencadeadas pelo diagnóstico e tratamento clínico da doença, traduzidos frequentemente em problemas de adaptação.

Uma parte importante dos problemas que os doentes consideravam como causadores de grande sofrimento, estavam relacionados com a forma como o diagnóstico da doença oncológica lhes tinha sido comunicado. A dificuldade de adaptação a essa nova realidade bem como os efeitos secundários dos tratamentos e a sua consequência nas rotinas familiares, são outros aspectos descritos pelos doentes.

Percebi, que de uma forma geral, existe da parte dos doentes, a necessidade de serem melhor informados pelos técnicos de saúde sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento da doença. Parece-me pertinente alertar para a temática da comunicação neste contexto, no sentido de serem avaliadas as necessidades de formação das equipas de profissionais que cuidam estes doentes. Torna-se necessário considerar a comunicação como um processo de informação que deverá ser sequencial, controlado no sentido de quem o vai fazer, em que momento, e sobretudo de que forma isso vai acontecer. É fundamental considerar os princípios da congruência, sistematização e sequencialidade para guiar o processo de comunicação de informação do diagnóstico, do tratamento e do prognóstico deste tipo de doentes (Durá e Ibañez, 2000).

Um dos grandes entraves à realização das visitas no internamento é, na minha opinião, o facto de não existir, na maioria das vezes, um espaço físico adequado para a realização das consultas. Os doentes e familiares estão em enfermarias com outros doentes o que dificulta de alguma forma as tentativas, sempre consideradas, de manter a privacidade e o setting terapêutico de cada um.

A UMPP similarmente à UPL-PS, colabora com os diversos serviços de internamento existentes ao nível da avaliação psiquiátrica e psicológica quer dos doentes quer dos respectivos familiares.

Nas visitas ao internamento, faz-se um registo da observação no processo clínico do doente. O Técnico esboça um plano de intervenção e discute com a restante equipa da Unidade nas reuniões de serviço. Fomentando assim o debate e a partilha de conhecimentos e de experiências.

Foi possível verificar que a grande maioria das intervenções tinham como objectivo o tratamento da sintomatologia psicopatológica, nomeadamente ansiedade e depressão, bem como problemáticas relacionadas com a comunicação do diagnóstico, esclarecimento de procedimentos, dificuldade de adaptação à nova realidade, efeitos secundários dos tratamentos e a sua consequência nas rotinas familiares. Neste contexto hospitalar, não foi visível tão marcadamente manifestações de preocupação em relação à informação fornecida pelos técnicos quanto ao diagnóstico, prognóstico e tratamento. Os doentes, em geral, sentiam-se esclarecidos.

Na Alemanha, determinados actos técnicos, tais como, colheita de sangue, introdução de cateteres, entre outros, estão a cargo dos médicos. Desde cedo os alunos são incentivados a praticarem tais procedimentos, sendo maioritariamente uma responsabilidade dos alunos do 6º ano devido à grande vivência em meio hospitalar nesta fase de formação. Tais encargos, permitiram-me perceber que de uma forma geral, principalmente dos doentes idosos, existem queixas quanto ao tempo e atenção que os diversos técnicos lhes disponibilizam. Citando as palavras de uma doente :

“ Durante o dia inteiro entram e saem médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fazem o que têm a fazer, mas a maior parte das vezes não me olham nos olhos nem prestam atenção ao que digo. Às vezes sabia bem um pouco mais de calor humano.”

Outro ponto que penso que é importante focar é o facto de neste hospital, a lotação dos quartos ser no máximo de 4 doentes, embora a maioria seja apenas de 2. Para além deste facto, existe também um espaço físico propício para a realização deste tipo de consultas, o que facilita, a realização adequada da consulta para o técnico, doente e família.

## **2.2. Consultas de avaliação e intervenção psicológica e psiquiátrica em doentes em regime de consulta externa**

### **2.2.1.Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde**

Consulta geral – Nesta consulta, de Psiquiatria ou Psicologia, é dada resposta aos pedidos provenientes de todas as outras especialidades médico-cirúrgicas do hospital. É dada também assistência aos utentes que foram acompanhados em regime de internamento e que necessitam do apoio diferenciado em situação de pós-alta hospitalar. Os pedidos que chegam à Unidade são revistos na reunião de serviço. Aqui são seleccionados aqueles, para os quais a Unidade pode dar resposta, e encaminhados os que não preenchem os critérios para admissão à consulta neste serviço. Os utentes admitidos são distribuídos pelos técnicos da unidade, considerando as suas competências e áreas de intervenção de cada um.

Consultas em áreas específicas – Estas consultas decorrem de uma colaboração mais estreita com determinados departamentos/serviços do hospital. Em muitas situações, os profissionais saem da Unidade e dirigem-se aos serviços para integrar outras equipas interdisciplinares e aí dar um apoio diferenciado e integrado aos utentes. As suas competências permitem também, nesta área de actuação, exercer um trabalho de consultadoria onde é fornecido apoio especializado, também à equipa profissional, no âmbito do desenvolvimento das suas próprias funções. São exemplos de serviços que partilham deste tipo de colaboração, a cardiologia, o departamento de transplantes, a endocrinologia, a fisioterapia, a unidade clínica de paramiloidose, a unidade da dor, a oncologia, entre outros.

No âmbito da intervenção em áreas específicas de actuação, é possível também incluir a intervenção em grupo direccionada a doentes com patologias particulares, nomeadamente a dependência de nicotina, a diabetes, e o enfarte agudo do miocárdio. Estes grupos são constituídos, ou apenas por profissionais da Unidade, como é o caso do grupo de cessação tabágica, ou por uma equipa multidisciplinar que define um plano de intervenção, onde profissionais de diferentes áreas promovem um programa integrado, em que cada qual é responsável pela apresentação de determinadas sessões, por exemplo, o grupo da consulta terapêutica educacional na diabetes inclui a colaboração da Psicologia, Nutrição, Endocrinologia, Enfermagem e Podologia e Serviço Social. O mesmo se passa com os doentes que tiveram enfarte agudo do miocárdio, em que há uma abordagem multidisciplinar com intervenção de vários profissionais através da realização de Grupos Psicoeducativos.

### **Grupo de Cessação Tabágica**

Dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) concluem que o consumo de tabaco mata cerca de 3 milhões de pessoas por ano. Este número tem tendência a aumentar e a chegar aos 10 milhões nas próximas três décadas. Vários estudos alertam para o facto de apenas 5% dos fumadores que desejaram deixar de fumar, o conseguirem sozinhos (Baptista & Rosa, 2002). Os resultados desses estudos apontam para a eficácia de um tipo de intervenção integrando os vários aspectos da dependência da nicotina, que abarque não apenas os aspectos fisiológicos do acto de fumar, mas também os seus aspectos comportamentais e psicossociais, pelo que alertam para a pertinência da divulgação e expansão destes métodos de tratamento em serviços de saúde.

A UPL-PS é responsável por um programa de cessação tabágica que acontece durante um determinado número de sessões de grupo. A anteceder a inclusão do sujeito no grupo, os técnicos da unidade, começam por fazer uma consulta individual onde realizam uma entrevista e aplicam testes específicos.

As sessões começam pelo fornecimento de informação sobre o funcionamento do grupo, apresentação do programa e estabelecimento do contracto terapêutico.

Foi-me possível observar os procedimentos da equipa responsável por este programa e perceber que os objectivos traçados prendiam-se com a redução da dependência fisiológica, redução da dependência psicológica e social, bem como a manutenção da abstinência e a necessidade de evitar recaídas.

A preocupação da UPL-PS em prosseguir e aperfeiçoar o seu programa de cessão tabágica é, na minha opinião, justificável e louvável.

### **Consultadoria interdisciplinar**

Aceitar o campo da saúde como uma realidade complexa, comporta necessariamente o reconhecimento da imprescindível integração de distintos profissionais, numa rede de complementaridade, onde são mantidas as exigências organizacionais unitárias. A abordagem em equipa torna-se então uma realidade necessária e uma prática comum em contextos institucionalizados de saúde (Pinho, 2006)

Idealmente, os membros da equipa determinam a sua missão e os objectivos comuns. Trabalham de forma interdependente para definir e tratar os problemas dos doentes e aprendem a aceitar e capitalizar as diferenças disciplinares, o poder diferencial e a sobreposição de papéis (Pinho, 2006).

Considerando a experiência proporcionada por este estágio foi possível constatar que é comum ocorrerem conflitos em equipas compostas por profissionais com distintos graus académicos e/ou distintos domínios do saber. As equipas acabam, muitas vezes, por funcionar apenas como grupo multidisciplinar, onde apenas é partilhado o mesmo local de trabalho. No entanto pareceu-me ser uma das preocupações dos membros da equipa da UPL-PS procurar, como elementos integrantes de várias equipas interdisciplinares, ajudar não só na formação e concepção dos grupos com quem trabalhavam, como também colaborar na melhor forma de gerir eficazmente o trabalho das equipas que integravam, na presente organização de saúde.

Os profissionais estavam atentos a algumas questões que parecem, na minha opinião, favorecer o trabalho em equipa, nomeadamente a atitudes reflexiva perante o trabalho, abertura à partilha de saber, flexibilidade, a vontade de aprender e a disposição para aceitar decisões em conjunto.

Parece-me importante que os profissionais saibam guiar a sua actuação por objectivos comuns, que saibam comunicar, partilhar e consolidar conhecimentos para que planos sejam feitos, decisões futuras sejam tomadas e acções sejam implementadas.

Apesar da real possibilidade de contacto com o trabalho dos diferentes profissionais da UPL-PS, o predomínio da minha observação, foi no âmbito da área de actuação da Dra. Sara Moreira, supervisora do estágio curricular. Assim, as problemáticas com que tive mais oportunidade de contactar passaram pelo atendimento aos doentes cujo pedido de apoio, foram solicitados, entre outras, pela Unidade da Dor.

### **Unidade de Dor Crónica**

A dor crónica gera disfunções psicológicas e sociais importantes. A relação inversa também existe, uma vez que problemas psicossociais frequentemente causam uma intensificação das queixas dos pacientes (Brandão, 1995). São inúmeros os relatos na literatura que demonstram que na ansiedade e na depressão existe um aumento na vulnerabilidade à dor. Pesquisas documentam consistentemente níveis elevados de psicopatologia em doentes com dor crónica (Dersh, 2002). Estimativas sobre a proporção de doentes com dor crónica que sofrem de perturbações mentais têm variado de 1,5% a 100%; (Bair et al., 2003).

A Unidade de Dor Crónica do CHP-HSA, é considerada de referência não só pela qualidade do trabalho assistencial que desenvolve, mas também como centro de formação de outros profissionais através da colaboração nos estágios de pós –graduação em Dor Crónica. É constituída no seu núcleo de intervenção inicial por quatro anestesistas, que observam os doentes na primeira consulta. Depois, podem solicitar a colaboração de várias especialidades que trabalham também nesta área, nomeadamente a observação por psiquiatria, psicologia, neurocirurgia, maxilo-facial. Estes profissionais fazem também parte da Unidade de Dor Crónica e participam mensalmente numa reunião clínica.



A P.L começou a trabalhar logo de início de 2001 nesta área, com a Dr<sup>a</sup> Sara Moreira, psiquiatra e em 2005 veio juntar-se a psicologia.

A Dor é um sintoma, e a sua intensidade e vivência está intimamente relacionada com a subjectividade individual de cada pessoa doente. Uma das principais dificuldades sentidas pelos clínicos reside no facto de muitas vezes não ser possível tornar objectivo o sintoma Dor e na resistência frequente a múltiplas opções terapêuticas.

### **Actividades de formação e de investigação**

A importância das intervenções psicológicas nos doentes com cancro aumentou significativamente com o aumento da esperança de vida proporcionada pelos avanços da medicina (Fawzy e Colaboradores,1993). O tratamento é, cada vez mais, da pessoa doente e, não apenas, da doença.

A amplificação e humanização dos cuidados em oncologia tornaram emergente a identificação das problemáticas psicossociais do doente. Contudo, as falhas referidas pelos doentes e reconhecidas pelos profissionais no reconhecimento e triagem das mesmas, parecem estar intimamente relacionadas com o facto dos profissionais de saúde possuírem competências de comunicação deficientes, referidas pelos doentes e reconhecidas, muitas vezes e pelos próprios profissionais. Sabe-se que a forma como o médico/enfermeiro comunica com o doente influencia a adesão ao tratamento e a satisfação com os cuidados de saúde.

Lidar com doentes com cancro pode induzir elevados níveis de stress. Tomar decisões críticas, comunicar más notícias, confrontar-se com o insucesso das terapêuticas instituídas, prescrever tratamentos com efeitos colaterais severos, contactar com doentes com grandes alterações da sua imagem corporal e lidar com a morte são tarefas de grande exigência emocional. Em cada uma destas situações o profissional deve falar com o doente e a família e, se não tiver treino em competências de comunicação, esta tarefa pode tornar-se demasiado penosa e altamente perturbadora para todos os envolvidos e conduzir a situações de burnout com um impacto negativo na qualidade dos cuidados, no funcionamento institucional e mesmo na vida pessoal dos profissionais de saúde.

A Dr<sup>a</sup> Sara Moreira juntamente com a Psicóloga Margarida Branco têm preconizado um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar com os profissionais de saúde da área oncológica no sentido de fomentar a importância do treino em comunicação. Nesse sentido, foi desenvolvido o “Programa de Formação em Competências Básicas de Comunicação em Oncologia” para o ano 2009/2010.

O objectivo era providenciar formação que permita aos profissionais de saúde conhecerem, desenvolverem, treinarem e aplicarem competências básicas de comunicação em Oncologia. Cada sessão constou de uma breve exposição teórica do tema seleccionado, seguida de uma vertente prática, com enquadramento dos conhecimentos adquiridos através da discussão e role-play de situações concretas de comunicação difícil, seleccionadas e colocadas pelo grupo (formandos).

Verifiquei, que a comunicação deste tipo de notícias é uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde. Ninguém gosta de ser portador de más notícias, pois “transmitir uma má notícia é sempre uma tarefa difícil, que exige muito cuidado”. Estes momentos causam perturbação, quer à pessoa que a recebe, quer à pessoa que a transmite, gerando nos profissionais e doentes, medos, ansiedade, sentimentos de inutilidade, desconforto e desorientação. Por outro lado, penso que é importante referir outro aspecto. Os profissionais encaram, por vezes, estas notícias, como um sinónimo de fracasso, numa sociedade em que se tem verificado uma grande evolução tecnológica e científica nas ciências da saúde, associada a um aumento da esperança de vida. Esta mesma evolução conduz os profissionais a valorizarem cada vez mais o tecnicismo, as intervenções relacionadas como tratamento perdendo de vista a dimensão psicossocial do doente. Citando um dos formandos, “eu sinto que ao longo do curso e da minha carreira profissional fui sendo dessensibilizada”. Era unânime que a questão principal não era informar os doentes, mas saber como, quando e quanto se deve revelar dessa informação, principalmente se esta é uma “má notícia”, como no caso do diagnóstico de uma doença grave. O acto de informar não é simples, constituindo um dilema ético para os profissionais de saúde.

### **2.2.2.Unidade de Medicina Psicossomática e Psicoterapia**

No caso da UMPP, esta unidade oferece um programa terapêutico que inclui doentes com as seguintes sintomatologias:

- Dor crónica do aparelho locomotor com complicações a nível psicossomático;
- Depressão e ansiedade associadas a doenças, tais como: fibromialgia; cefaleias; perturbações de ordem sexual; hipertensão; obesidade; entre outras;
- Perturbações pós-traumáticas e de adaptação em casos como, por exemplo: pós-cirurgias; pós-acidentes, entre outros.

Este programa terapêutico é realizado nas instalações da unidade sendo a duração e o tipo de técnicas utilizadas variáveis de acordo com a história clínica de cada doente. Este programa consiste semanalmente em duas Consultas de Psiquiatria, uma Consulta de Psicologia e uma reunião geral com todos os doentes e técnicos – Reunião de Grande Grupo; e diariamente, de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup>, em um conjunto de Técnicas, a serem referidas de seguida. A duração do tratamento varia, em geral, entre 3 a 6 semanas e tem uma lotação máxima de 30 doentes. Cada uma das actividades comporta um máximo de 7 doentes. As técnicas disponíveis encontram-se na lista seguinte:

- Fisioterapia individual e em grupo; Caminhadas em grupo;
- Drenagem linfática;
- Hidroterapia;
- Tai chi, Shiatsu;
- Musicoterapia;
- Relaxamento muscular;
- Técnicas de gestão de dor e ansiedade.

Os técnicos da equipa juntamente com o doente decidem a duração do tratamento bem como o tipo de técnicas a serem utilizadas.

Devido ao grande número de diferentes componentes que constituem este programa, decidi debruçar-me apenas naqueles que acho de maior interesse para este trabalho. Nomeadamente, a Reunião de Grande Grupo, e algumas técnicas, tais como, Tai-chi e Musicoterapia.

### **Reunião de Grande Grupo**

Esta reunião é dirigida pelo Psicólogo Martin Bauknecht, acontece semanalmente à 3ª com a duração de 1h. Estão presentes todos os doentes bem como toda a equipa técnica, sendo a disposição em círculo. O objectivo desta reunião é permitir a partilha de sentimentos e necessidades e fomentar a troca de experiências. Devido ao curto espaço de tempo, dá-se prioridade aos doentes que deram entrada nessa semana e àqueles para os quais será a última semana. No fim, a reunião estende-se a todos os participantes. Foi possível observar que grande maioria dos doentes referia que pelo facto de partilharem entre si os seus percursos, os seus medos, angústias, vitórias, não se sentiam tão sozinhos. Ao tomarem conhecimento de histórias parecidas com as suas e, por vezes, até mais graves, sentiam mais ânimo e força para continuarem. Para os técnicos, esta reunião permite uma maior percepção do doente como um todo e cria uma oportunidade de melhoramento das diversas componentes terapêuticas.

Diversos estudos referem que uma das vantagens da psicoterapia de grupo é justamente a falta de obrigatoriedade de falar (Yalom and Leszcz, 2005). O paciente no grupo pode manter-se em silêncio e ainda assim beneficiar com o tratamento. Apesar do silêncio, participa da dinâmica geral pois cumpre de qualquer forma, uma função dentro da gestalt do grupo.

### **Tai Chi**

Esta técnica é originária da China Antiga e foi criado como uma técnica de auto defesa, pelos monges taoístas do século XII, sendo constituída por sequências de movimentos lentos, suaves, contínuos, encadeados e circulares, associados a uma respiração profunda, suave e ritmada, com o objectivo de propiciar um estado de relaxamento e serenidade. Apesar das vantagens da aplicação do Tai Chi como técnica terapêutica não serem unânimes na comunidade médica e da heterogeneidade dos estudos, diversos autores descrevem uma variedade de benefícios como aumento das respostas de equilíbrio, uso mais eficaz de mecanismos de controle das estratégias de marcha, melhor capacidade de controlar o ortostatismo, bem-estar psicológico e aumento da autoconfiança com a redução do medo de queda (Gatts e Woollacott, 2007),

Esta técnica está incluída no programa terapêutico desta unidade, estando a cargo da técnica Sabine M., sendo realizada pelo doente duas vezes por semana com duração de uma hora. Nos primeiros 50 minutos são realizadas um conjunto de posturas, de forma lenta e ao ritmo de cada um, dando sempre especial atenção ao equilíbrio corporal, posição dos pés, zonas articulares e à respiração. Os últimos 10 minutos são reservados para o relaxamento.

Foi possível observar que a reduzida velocidade a que os movimentos são executados permite aos doentes mais idosos uma mais fácil execução das mesmas. Segundo os doentes, o facto de os exercícios serem de reduzida complexidade, da atmosfera criada ser tranquila e de ser respeitado o tempo de cada um, conseguem ter uma maior percepção do seu corpo e dos seus limites.

### **Musicoterapia**

Consiste na intervenção terapêutica através da música, com aplicação nas áreas da medicina, saúde mental, educação especial e intervenção comunitária. Disciplina na fronteira entre as Artes e as Ciências Humanas, tendo criado o seu próprio corpo teórico e metodológico. A formação do musicoterapeuta engloba as áreas da prática musical, musicologia, psicologia, medicina e etnologia. A música é um elemento estruturante para o ser humano, quer em sua história filogenética, colaborando na construção cultural, fazendo parte do universo simbólico de todas as culturas, quer na sua história ontogenética, graças à qual, cada indivíduo, ao nascer, utiliza vocalizações para iniciar o intercâmbio com o mundo (Barcelos, 1979). A musicoterapia, tal como qualquer outra modalidade de terapias expressivas, inclui uma componente de criatividade e crescimento pessoal com aplicação no contexto de uma intervenção terapêutica.

Na UMPP, as sessões de musicoterapia ocorrem uma vez por semana, durante 45 minutos. Pelo facto da grande heterogeneidade de faixas etárias e de patologias dos utentes, é utilizado o chamado Método Receptivo. O género de música utilizada é Clássica, por uma questão de ser mais amplamente aceite pelos doentes. Os utentes escolhem inicialmente uma posição que seja para eles confortável. De seguida, durante cerca de 35 minutos ouvem as músicas seleccionadas pelo terapeuta e aconselhados a concentrarem-se nos sons que ouvem, não havendo qualquer intervenção por parte deste.

No fim, cada doente pode falar sobre quais foram os efeitos sentidos das músicas em si. Analisando todo o tipo de terapias que compõe este programa, a Musicoterapia é a única técnica, deste conjunto, em que o enfoque é criar espaço para a uma actividade de características de aspecto meditativo. A American Pain Society demonstra, em diversos estudos, que a meditação tem efeitos na redução da dor e no aumento na capacidade de gestão da ansiedade.

A maioria dos doentes referiu que com a realização desta técnica se aperceberam da importância de se concentrarem na música permitindo, assim, um descanso da mente . Porém, alguns referiram que o reduzido número de estímulos exteriores levava a focarem-se mais nas suas dores.

### **2.3. Reuniões de serviço**

A UPL-PS promove duas reuniões semanais diferentes, nas suas instalações, com a presença de todos os elementos que compõe a equipa técnica.

A primeira reunião tem lugar às segundas-feiras pelas 8.30 da manhã. O principal objectivo prende-se com a discussão de casos clínicos da consulta externa que, por diversos motivos, exigem uma orientação partilhada pelos diferentes técnicos. Em particular, são apresentados casos que suscitem dúvidas ao técnico responsável, ou que este entende necessário expor ao parecer da equipa, no sentido de eventual esclarecimento do diagnóstico ou da elaboração partilhada e diferenciada de um plano terapêutico particular. É neste espaço que decorre, também, a apresentação de trabalhos desenvolvidos pelos estagiários bem como a apresentação dos casos que os mesmos estão a acompanhar.

Nesta reunião, procedesse também à distribuição dos pedidos de consulta externa dirigido à Unidade. Assim dependendo da área de especialização de cada técnico, e das suas competências na equipa, são distribuídos os doentes para marcações de primeiras consulta.

A segunda reunião semanal ocorre às quartas-feiras, pelas 8.30 da manhã. Nesta altura, a equipa apresenta todos os casos que são seguidos em regime de internamento. Cada elemento faz uma síntese da evolução dos doentes internados nos diferentes serviços, que tem a seu cargo. São também abordados assuntos de interesse para a UPL-PS e questões relativas à organização e ao funcionamento da Unidade. Verifiquei, que era unânime entre a equipa que uma importante parte dos casos não necessitavam necessariamente da sua colaboração, mas sim de um apoio mais integrativo por parte da equipa técnica responsável. Sendo um dos grandes problemas a falta de uma eficaz comunicação entre equipa técnica e doente e, também, de uma sensação de incapacidade sentida pelos próprios técnicos na abordagem de determinadas temáticas. Outro ponto que penso importante focar é o facto de, por vezes, os técnicos dos vários serviços não se mostrarem receptivos em relação ao técnico da unidade e à intervenção deste.

Pela particularidade e necessidade específica dos diferentes serviços, os técnicos de UPL-PS deslocam-se para integrarem as reuniões desses serviços. Acontece, por exemplo, e a título ilustrativo:

- Nos Serviço de Hematologia e Fisiatria onde é dado um apoio directo aos doentes internados e às solicitações da equipa de saúde, enquanto prestadora de cuidados;
- Na Consulta da Dor com o propósito de promover a discussão dos casos avaliados em regime de consultas. Existe uma partilha, entre a equipa multidisciplinar, de dados relevantes da entrevista de anamnese bem como das terapêuticas administradas.

Na UMPP, realizam-se dois tipos distintos de reuniões. Uma de periodicidade diária e outra semanal.

A primeira ocorre diariamente pelas 8.30 da manhã. O principal objectivo prende-se com a discussão de casos clínicos que, por diversos motivos, exigem uma orientação partilhada pelos diferentes técnicos. São apresentados casos que suscitem dúvidas ao técnico responsável, ou que este ache importante que o resto da equipa tome conhecimento, no sentido de eventual esclarecimento do diagnóstico ou da elaboração partilhada e diferenciada de um plano terapêutico particular. Nestas reuniões, procedesse também à distribuição dos pedidos de consulta externa dirigidos à Unidade, dependendo da área de especialização de cada técnico e das suas competências na equipa.

A reunião semanal ocorre às terças-feiras, pelas 15horas. Nesta, são apresentados todos os casos que são seguidos em regime de internamento. É feita uma síntese da evolução dos doentes internados nos diferentes serviços, que cada um tem a seu cargo. Havendo espaço para a discussão e levantamento de questões relativas à organização e ao funcionamento da Unidade. Penso que é interessante referir que muitas das observações partilhadas nestas reuniões eram de conteúdo semelhante ao da UPL-PS, nomeadamente no que diz respeito à comunicação entre equipe cuidadora – doente; ao facto do tipo de pedidos realizados revelarem dificuldades na abordagem de determinadas temáticas; à “hospitalidade” dos serviços que realizam os pedidos de colaboração.



## **Conclusão**

O propósito desta conclusão passa por reproduzir uma reflexão pessoal sobre a minha experiência de estágio, as expectativas concretizadas e a vivência proporcionadas, aludindo ao meu crescimento pessoal e profissional, pelo que passo a tecer algumas considerações acerca do meu trajecto individual ao longo desta etapa do meu percurso em ambas as unidades.

O desenvolvimento pessoal e académico é um processo dinâmico de melhoria, o que implica, na minha perspectiva, uma mudança no sentido de evolução, crescimento e avanço.

Ao considerar a Psiquiatria uma ciência e uma arte parece-me fundamental dominar o seu objecto de estudo. Para tal, importa construir e edificar um corpo de conhecimentos teóricos e técnicos, apoiado no mais recente estado do saber que a investigação mais actualizada reflecte. Afigura-se no momento pertinente salientar a preocupação demonstrada pelos profissionais de saúde destas unidades, em investir na sua formação pessoal, o que se traduziu numa orientação e apoio, actualizado e inovador.

As equipas de saúde parecem estar conscientes de que somente a ajuda médica não basta para que a intervenção terapêutica sejam bem sucedida. O ser humano é muito mais do que um corpo físico ou o somatório de partes, pelo que o atendimento multidisciplinar é inquestionável. A integração dos cuidados, na qual o doente é entendido como um todo é uma prática crescente nos contextos de saúde, devido à gradual aceitação do modelo biopsicossocial. É no desafio a uma prática multidisciplinar que se coloca o papel do psiquiatra em contexto de saúde. Este não deve contentar-se tão-somente com uma identidade mais ou menos distinta da dos outros profissionais, mas na minha opinião, tem o dever de definir de forma rigorosa o seu contributo real, no seio de uma equipa interdisciplinar, quer para a sua própria realização e autonomia, quer por respeito para com a sociedade que pretende servir.

Em regime de internamento, o Psiquiatra tem de actuar em situações particulares, muitas vezes condicionado pelo curto período de internamentos hospitalares, o que faz com que a sua intervenção tenha de ser ponderada no momento, e não arrastada no tempo, o que poderá, na minha opinião, ser visto como um desafio a selecção acertada das tarefas que lhes são propostas.

De referir que, os profissionais deslocam-se com muita frequência a vários serviços e enfermarias onde muitas vezes não existe, um espaço físico adequado para a realização das consultas, formações, ou outras actividades que envolvam a actuação directa do Psiquiatra.

É importante e necessário que, na prática clínica, não só os psiquiatras, como os restantes profissionais de saúde partilhem e discutam opiniões e experiencias, sobre os diagnósticos e tratamento dos utentes. Estas unidades são um testemunho que tal tarefa é possível e exequível, onde a partilha e responsabilidade conjunta dos casos que acompanham, se tornam, na minha opinião, uma mais-valia para todos os técnicos envolvidos.

Recordo com agrado as questões que eram levantadas e debatidas nessas reuniões onde se procuravam em conjunto respostas e soluções. A título de exemplo, foram abordados temas como: o quão difícil era comunicar e intervir em doentes nos cuidados intensivos, entubados ou traqueostomizados, os estigmas a que ficavam sujeitos os doentes com doença psiquiátrica prévia, como manter a confidencialidade dos doentes nos registos que fazíamos e ao mesmo tempo dar a restante equipa de saúde a informação necessária ao tratamento integrado do doente, como agir em situação de ideação suicida, como dar más notícias especialmente em situações de luto, entre muitas outras situações que construíram momentos de debate, partilha e diria mesmo de “terapia para a própria equipa”.

Ao observar com atenção os técnicos, vendo-os como modelos, foi possível confrontar diferentes formas de trabalhar, e reflectir sobre os pormenores que contribuem para o sucesso terapêutico. Foi possível também perceber as diversas técnicas e modelos contextualizando a situação, o que me permitiu compreender uma vez mais a importância da flexibilidade de raciocínio.

A fase inicial de integração na UMPP foi um período de conquista. O facto de me encontrar num país diferente, com uma cultura e língua diferentes permitiu-me uma mais fácil reflexão sobre questões, já anteriormente referidas, e reparar que são comuns a todo o ser humano.

As minhas expectativas com a realização deste estágio apontavam no sentido do caminho de um maior crescimento profissional e realização pessoal. Parece-me importante salientar que este campo de estágio permitiu aprofundar a minha formação teórica, técnica e científica, numa perspectiva de desenvolvimento de competências e de formação contínua, permitindo em paralelo o contacto com o mundo do trabalho, favorecendo o desenvolvimento do sentido de responsabilidade e da formação pessoal e profissional. O saber científico sobre medicina é a pedra basilar, todavia precisa de ser lapidada a ponto de ir ao encontro aos mais íntimos anseios de um ser humano que sofre. O maior erro que um médico pode praticar é subestimar a relação médico-doente. É imperioso, portanto, investir, desde o início da formação médica, na preparação para essa relação.

Percebi, por fim que estar disposto a criar a diferença é uma boa forma de encaminhar o nosso pensamento em teorias já estudadas, criando uma aplicação verdadeiramente contextualizada.

## **Bibliografia**

- Alamy S. A prática hospitalar – como é a actuação do psicólogo? Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde, 2005,1(1), 17-18.
- Allred KD, et al. The effect of music on postoperative pain and anxiety. 2009.
- Almeida VMS. Somatização e expressão emocional – um estudo nos cuidados de Saúde Primários, 2006.
- American Psychiatric Association. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4 Ed.). Lisboa: Climepsi Editores, 2002.
- Barcellos. Cadernos de Musicoterapia 1979 - 1. Rio de Janeiro.
- Barlow, DH. Clinical handbook of psychological disorders. A step by step treatment manual 2001. New York: The Guildford Press.
- Bennett, P. Introdução clínica à psicologia da saúde 2002. Lisboa: Climepsi Editores.
- Belar CD. Psychological interventions and health: Critical connections. Psicologia, Saúde & Doenças 2000, 1(1), 11-17.
- Cabbalo VE. Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos 2003. São Paulo: Santos.
- Cardoso G. Psiquiatria de Ligação: desenvolvimento internacional. Acta Médica Portuguesa 2006, 19, 405-412.
- Cepêda T, et al. Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância: Manual de orientação para profissionais de saúde 2006. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Costa RP. Interdisciplinaridade e equipas de saúde: Concepções. Mental 2007, 8(5), 107-124.
- Costa TPG, Costa MPG. Grupo de apoio psicológico: promovendo melhorias na qualidade de vida de familiares de pacientes portadores de distrofia muscular. Rev. SPAGESP 2007. 8(1).
- Durá E, Ibañez E. Psicología oncológica: Perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. Psicologia, Saúde & Doenças, 2000, 1(1), 27-43.
- Delvaux N, et al. Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupation stress in oncology: randomised study. British Journal of Cancer 2004;90, 106-114.
- Fabião C, e tal. Rastreio da perturbação de somatização nos Cuidados Primários de Saúde - Resultados de um Estudo Piloto. Acta Med Port ,2008, 21, 319-328.
- Fraga S, e tal. ArquiMed, 2005;19(5-6), 207-229.

- Fossi LB, et al. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 2004, 1(7), 29-43.
- Gatts SK, Woollacott MH. How Tai Chi improves balance: biomechanics of recovery to a walking slip in impaired seniors. *Gait Posture*. 2007;25(2): 205-14.
- Grilo AM, & Pedro H. Contributos da psicologia para as profissões da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2005,6(1), 69-89.
- Gorayeb R. A prática da psicologia hospitalar. In M. L. Marinho & V. E. Caballo (Orgs.), *Psicologia Clínica e da Saúde*, 2001,(pp. 263-278). Granada: Editora UEL.
- Guiose M. *Relaxations thérapeutiques*. Paris: Heures de France. 2007
- Gouveia JP, Carvalho S, Fonseca L. *Pânico - da compreensão ao tratamento*. Lisboa: Climepsi editores.
- Hallstrom C, McClure N. *Ansiedade e depressão – perguntas e respostas*. Lisboa: Climepsi Editores, 2000.
- Helmut A. Wenn der aufrechte Gang zur Qual wird. *Der Hausarzt* 2008.
- Helmut A. Wenn Rückenschmerzen das Menschen bedrohen. *Angewandte schmerztherapie und Palliativmedizin*
- House A, et al. *The Need For Liaison Psychiatry Services*. Royal College of Psychiatrists 1993.
- Huyse FJ, et al. *International Perspectives on Consultation-Liaison Psychiatry*. The American Psychiatric Publishing Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry
- Joyce-Moniz L, Barros L. *Psicologia da doença para cuidados de saúde – Desenvolvimento e intervenção*. Guia metodológico dirigido a psicólogos, médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde. Porto: Edições Asa.
- Leal I. Perspectivas em psicologia da saúde: Dez anos da sociedade portuguesa de psicologia da saúde. In I. Leal (Coord.), *Perspectivas em Psicologia da Saúde* 2006, (pp. 13-28). Coimbra: Quarteto.
- Lima MS, Colognesi L, Domingos NA, Miyazaki, MC, Valério NI. Depressão em pacientes clínicos e cirúrgicos internados em hospital geral. *Arquivos de Ciências da Saúde* 2005; 12(2), 63-66.
- Lisson GL, Rodrigue JR, Reed I, Nelson DV. A brief psychological intervention to improve adherence following transplantation. *Annals of Transplantation* 2005; 1(10), 52-57.
- Lustosa MA. A família do paciente internado. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar* 2007; 1(10), 3-8.

- Matarazzo JD. Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American psychologist* 1982; 37(1), 1-14.
- Mcmullin RE. Manual de técnicas em terapia cognitiva 2005. Porto Alegre: Artmed.
- Montiel JM, Capovilla AGS, Berberian AA, Capovila FC. Incidência de sintomas depressivos em pacientes com transtorno de pânico. *Revista de Psicologia da vetor editora* 2005; 6(2), 33-42.
- Moreira P, Gonçalves O, Beutler LE. Métodos de selecção de tratamento - O melhor para cada paciente. Porto: Porto editora.
- Mota A. Psiquiatria de ligação. *Medicina Interna* 2000; 4(7), 239-245.
- Miyazaki M, Domingos N, Valerio N, Santos AR, Rosa LB. Psicologia da Saúde: extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa. *Psicologia USP* 2002; 13(1), 29-53.
- Nascimento A, et al. Um modelo para o parecer psiquiátrico no hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2006; 55(2), 102-107.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Introdução à psicologia da saúde. Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro J, et al. Validation study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health and Medicine* 2007; 12(2), 225-237.
- Payne RA. Técnicas de relaxamento – um guia prático para profissionais de saúde 2002. Loures: Lusociência.
- Penson R. Teams: Communication in Multidisciplinary Care. *The Oncologist* 2006;11:520-526
- Pinho MC. Trabalho em equipa de saúde: limites e possibilidades de actuação eficaz. *Ciências & Cognição* 2006;3(8), 68-87.
- Ramos JP. Biogenética e Psicologia. *Blotim Academia Paulista de Psicologia*. XXVIII (2), 237-239. Retirado em 10 de Junho de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/946/94628211.pdf>.
- Robson JD, et al. Psychological consultation and services in a general medical hospital. *Professional Psychology: Research and Practice* 2006, 37(3), 264-267.
- Rosas M, et al. Desenvolvimento de estratégias de intervenção psicológica para a cessação tabágica. *Análise Psicológica* 2002, 1(XX), 45-56.
- Straub RO. Psicologia da saúde 2005. Porto Alegre: Artmed.
- Szigethy EM, et al. Consultation-liaison psychiatry: A longitudinal and integrated approach. *American Journal of Psychiatry* 2002, 159(3), 373-378.

- Tan X, Yowler CJ, Super DM, Fratianne RB. The Efficacy of Music Therapy Protocols for Decreasing Pain, Anxiety, and Muscle Tension Levels During Burn Dressing Changes: A Prospective Randomized Crossover Trial. *J Burn Care Res.* 2010 May 21.
- Teixeira JAC. *Psicologia da saúde. Análise Psicológica* 2004, 3 (XXII), 441-448.
- Teixeira JAC. *Psicologia da saúde. Contextos e áreas de intervenção.* Lisboa: Climepsi Editores 2007
- Tonetto AM, et al. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Estudos de Psicologia* 2007, 24(1), 89-98.
- Trindade I, et al.. *Psicologia da saúde em Portugal: Intervenção me centros de saúde e hospitais. Análise Psicológica* 2002, 1(XX), 171-174.
- Vainboim TB. Representação da doença e internação e níveis de ansiedade e depressão em pacientes com hipertireoidismo internados comparados a pacientes ambulatoriais. Retirado a 6 de Junho de 2009 de <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/ph/v3n1/v3n1a07.pdf>.
- Valentini W, Levav I, Kohn R, Mirandad C, Melloe A, Melloe M, Ramosa C. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Revista Saúde Pública*, 2004, 38(4), 522-528.
- Zeidan F, Gordon NS, Merchant J, Goolkasian P. The effects of brief mindfulness meditation training on experimentally induced pain. *Pain Manag Nurs.* 2010 Mar;11(1):15-25
- Wancata J, et al. Recognition of psychiatric disorders in nonpsychiatric hospital wards. *Journal of Psychosomatic Research* 48,200,149-155.
- Wang C, et al. Tai Chi on psychological well-being: systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Altern Med.* 2010 May 21;10(1):23
- Wooton AC. An integrative review of Tai Chi research: an alternative form of physical activity to improve balance and prevent falls in older adults. *Orthop Nurs.* 2010 Mar-Apr;29(2):108-16; quiz 117-8.
- Yalom ID, Leszcz M. *The theory and practice of group psychotherapy* 2005 (5th ed.). New York: Basic Books.

**Abreviaturas**

Centro Hospitalar do Porto- Hospital Santo António (CHP-HSA)

Psiquiatria de Ligação (P.L.)

Unidade de Medicina Psicossomática e Psicoterapia (UMPP)

Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde (UPL-PS)