



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MARIANA MARQUES SARAIVA

O Círculo de Thrower em pessoas com diagnóstico ICPC2 P e/ou Z associado à COVID-19: avaliação da sua importância semiológica e terapêutica

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSORA DOUTORA INÊS RONSENDO CARVALHO E SILVA

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO

ABRIL / 2022

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

O Círculo de Thrower em pessoas com diagnóstico ICPC2 P e/ou Z associado à COVID-19: avaliação da sua importância semiológica e terapêutica

The Thrower's circle in patients with ICPC2 P and/or Z diagnosis associated with COVID-19: evaluation of its semiological and therapeutic importance

Mariana Marques Saraiva

Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

mariana.m.saraiva98@gmail.com

Orientador | Inês Rosendo Carvalho e Silva

Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro

Coorientador | Luiz Miguel Santiago

Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

Unidade de Saúde Familiar Topázio

Índice

Resumo.....	5
Palavras-Chave	6
Abstract.....	7
Key words.....	8
Lista de abreviaturas	9
Lista de Anexos e Tabelas	10
Introdução	11
Materiais e Métodos	13
Resultados	15
Discussão.....	26
Conclusão	32
Agradecimentos	33
Referências.....	34

Resumo

Introdução: A pandemia COVID-19 teve inúmeras repercussões que podem ser consideradas como Eventos Traumáticos. O seu impacto na família pode funcionar como causa ou consequência do desenvolvimento de problemas de saúde mental. Neste seguimento, acredita-se que os doentes podem beneficiar de uma abordagem *trauma-informed care* que se caracteriza pela sua versatilidade. O objetivo deste estudo é perceber o potencial semiológico e terapêutico do círculo de Thrower neste contexto, na perspetiva de médicos de família e utentes, visto que permite avaliar as dinâmicas familiares e as suas alterações.

Métodos: Este é um estudo transversal quali-quantitativo para o qual foram convidados médicos de família cuja atividade profissional abrangia a atuação da ARS centro. Os doentes tinham como critério de inclusão apresentar os parâmetros P e/ou Z da classificação ICPC2 relacionados com a COVID-19, ou seja, diagnosticados de novo a partir de março de 2020. Após a aplicação da técnica em consulta, tanto o médico como o doente preencheram um inquérito, contendo 10 e 7 questões de escolha múltipla, respetivamente, e 2 perguntas abertas. A recolha foi realizada em janeiro e fevereiro de 2022. A análise qualitativa efetuou-se por 2 investigadores independentes e com recurso ao software facilitador MAXQDA 2022.

Resultados: Obtiveram-se respostas de 15 doentes e 2 médicos de MGF. Os doentes valorizaram a autoconsciência, a promoção da relação médico doente, o empoderamento e a capacitação, a satisfação e a otimização terapêutica como pontos fortes. Já nas fraquezas destacaram a dificuldade em assumir uma postura ativa, o método insuficiente, a exposição emocional e a duração. Os profissionais de saúde salientaram como categorias positivas a perceção holística do doente, a promoção da autonomia e a otimização diagnóstica e terapêutica. Como pontos problemáticos realçaram a dependência da capacidade técnica do médico, a dependência da colaboração do doente e a duração.

Discussão: Embora na literatura já haja menção às vantagens e desvantagens, este estudo contribuiu para esclarecer melhor estes parâmetros, na perspetiva de médicos e utentes. Apesar do número reduzido de médicos e unidades de cuidados participantes, o estudo teve diversidade na amostra de doentes e na sua utilidade para a prática clínica, levantando sugestões para futuros estudos na área.

Conclusão: O círculo de Thrower, na abordagem de problemas sociais ou psicológicos em contexto de uma pandemia, parece favorecer a experiência de autoexposição do problema e a procura por uma solução comportamental e não farmacológica. Isto entra em contradição com a metodologia de consulta mais tradicional, tornando-se um desafio para o médico e doente. O seu ensino em pré-graduado e em pós-graduado deve ser estimulado.

Palavras-Chave: COVID-19; Evento Traumático; Patologia psiquiátrica; Problema social; Família; Círculo de Thrower.

Abstract

Introduction: The COVID-19 pandemic and its consequences can be described as traumatic events. These can impact the family dynamic, by either causing psychiatric pathology or by being a consequence of its progression. Therefore, patients in this context could benefit from a trauma-informed care approach, characterized by its versatility. Considering Thrower's circle's ability to assess changes in family dynamics, this work aims to study its semiological and therapeutic potential in this context, accounting for the perspective of both general practitioners and their patients.

Methods: This was a quali-quantitative transversal study. General practitioners whose professional activity was associated with Regional Health Administration of Centro, were invited to join the project. Inclusion criteria for patients was a P and/or Z diagnosis in ICPC2 classification related to COVID-19. This meant a new diagnosis since the beginning of the COVID-19 pandemic in March of 2020. After the application of Thrower's circle during the medical appointment, both the physician and the patient filled a survey with 10 and 7 multiple choice questions, respectively, plus 2 open questions. Data was collected between January and February of 2022. The qualitative analysis was performed with the MAXQDA 2022 software, by 2 independent investigators.

Results: Results were collected from 15 patients and 2 general. In the patient's opinion, the stronger points were self-awareness, promotion of a doctor-patient relationship, empowerment and enablement, satisfaction and therapeutic optimization. As to the weaknesses, the group emphasized the difficulty in establishing an active posture, the insufficient method, the emotional exposure and the length. According to the health professionals' perspective, the patient's holistic perception, promotion of autonomy, and diagnostic and therapeutic optimization were positive categories. The negative aspects included the reliance on doctors' technical abilities, the dependence on patients' collaboration and the length.

Discussion: Although the literature already mentions advantages and disadvantages of Thrower's circle, the present study contributes to clarify these parameters, from the doctor and the patient perspective. Even though a reduced number of doctors and care units were involved, the diversity of the patient's sample and the usefulness in clinical practice make room for future studies in this area.

Conclusion: Regarding the approach to social and psychological problems in a pandemic context, the Thrower's circle seems to have improved the patients' experience in self-exposing their issues. It also showed a preference for behavioural and nonpharmacologic solutions. This might conflict with the traditional medical appointment's methods and be challenging to physicians and patients. Both pre and post-graduated education should be encouraged.

Key words: COVID-19; Traumatic event; Psychiatric pathology; Social Issue; Family; Thrower's circle.

Lista de abreviaturas:

ARS: Administração Regional de Saúde

CE: Comissão de Ética

DGS: Direção Geral de Saúde

ET: Evento Traumático

ICPC2: Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários 2

MGF: Medicina Geral e Familiar

MCD: Medicina Centrada no Doente

MCCD: Método Clínico Centrada no Doente

USF: Unidade de Saúde Familiar

Lista de Anexos e Tabelas

Anexo 1: Consentimento Informado

Anexo 2: Questionário versão doente

Anexo 3: Questionário versão médico

Anexo 4: Documento explicativo da aplicação do círculo de Thrower

Anexo 5: Parecer da CE da ARS Centro

Tabela 1: Dados biométricos da amostra dos doentes

Tabela 2: Resultados dos inquéritos disponibilizados aos doentes.

Tabela 3: Resultados dos inquéritos disponibilizados aos médicos

Tabela 4: Vantagens e desvantagens na perspetiva do doente.

Tabela 5: Vantagens e desvantagens na perspetiva do doente.

Introdução

A pandemia de COVID-19 começou a ter maior impacto, em Portugal, em março de 2020. Desde essa altura, foram implementadas várias medidas de restrição à transmissão do vírus. Nestas inclui-se os confinamentos e isolamentos, o uso de material de proteção individual (máscaras, luvas, viseiras), o distanciamento social e a desinfecção das mãos [normas DGS]. Estas limitações associadas à componente emocional podem representar um evento traumático (ET).

Um ET descreve-se como um acontecimento marcante que desencadeia uma desregulação na resposta ao stress, contribuindo para o desenvolvimento de distúrbios físicos e psicológicos, na forma de stress pós-traumático (PTSD), ansiedade e depressão¹⁻⁴.

Este ET pandémico despoletou alterações no seio familiar que podem aparecer tanto na perspetiva de causa como de consequência no desenvolvimento da patologia mental. De facto, sendo a família um sistema de interação mútua, a disfunção de um elemento interfere com a funcionalidade de todos os membros e isso torna-se evidente em vários aspetos^{3,7}.

O encerramento das escolas obrigou as crianças a ficarem em casa, perdendo assim a oportunidade de manter as suas rotinas e interagir com os seus colegas, o que era fundamental para um crescimento saudável. Assim, tornou-se crucial adaptar as rotinas e rituais bem como estabelecer regras e limites que aliados a um bom ambiente familiar são promotores de resiliência e de estratégias de coping para ultrapassar adversidades³.

Ao mesmo tempo, muitos pais viram-se forçados a conciliar vários fatores stressores: o teletrabalho, a diminuição do rendimento ou o desemprego; o encargo dos filhos (sem ou com necessidades especiais) e/ou dos pais idosos; a assistência aos familiares doentes (patologias pré-existentes ou por COVID-19); a monoparentalidade; os conflitos matrimoniais. Estes estímulos prolongados no tempo, sem apoio externo, criaram um stress crónico que afetou as relações familiares, coloca em causa a própria autoestima e autocuidado e potenciou a violência, muitas vezes, acompanhada por abuso de substâncias³⁻⁶. Esta situação, tornou-se, particularmente, evidente nas mulheres, por assumirem mais frequentemente a responsabilidade de cuidar dos filhos e dos pais⁶.

Os idosos, por um lado, desempenharam um papel fundamental no apoio aos netos o que se pode revelar uma tarefa exaustiva física e psicologicamente. Por outro lado, por serem a faixa etária mais vulnerável ao vírus, tornaram-se um foco de preocupação o que contribuiu para o isolamento dos mesmos. Embora a tecnologia tenha surgido como meio para contornar esta adversidade, aspetos como incapacidade financeira, integração numa minoria, habitação em áreas rurais e inaptidão física limitaram a sua utilização. De reforçar que a falta de socialização acelera a evolução de patologias como Alzheimer e outras demências⁶.

Além disso, muitos rituais, nomeadamente aniversários, nascimentos, casamentos, sofreram adaptações face às contingências exigidas (com recurso à tecnologia) ou foram adiados. Já a morte e a impossibilidade de realizar uma despedida formal de acordo com as expectativas condicionou negativamente o processo de luto e superação⁶.

Desta forma, é compreensível que as transformações vividas no seio familiar desde o início da pandemia podem ter repercussões na saúde mental dos seus membros. Contudo, esta questão acaba por não ser facilmente abordada durante as consultas de Medicina Geral e Familiar. Na perspetiva do médico, os principais fatores limitantes à implementação de uma atuação *trauma-informed care* são a falta de prática na discussão deste assunto, a escassez de tempo e o medo de enfraquecer a relação médico-doente ou de invadir a privacidade do utente. Enquanto no ponto de vista do doente, o desconforto em introduzir esta temática prende-se com sentimentos de vergonha, culpa ou medo de não serem compreendidos. No entanto, os pacientes referem que não se importam de ser questionados sobre esta matéria¹.

Uma intervenção *trauma-informed care* caracteriza-se pela sua versatilidade, na medida em que os métodos utilizados podem ser reajustados para avaliar a gravidade e as necessidades específicas de cada doente². Neste sentido, o círculo de Thrower emerge como um instrumento que permite ao clínico questionar e explorar a forma como o doente percebe as suas relações familiares e qual o grau de influência no seu bem-estar.

O círculo de Thrower é uma técnica utilizada com o intuito de estudar a dinâmica familiar a partir de uma representação esquemática à base de círculos inseridos num círculo maior. O círculo maior representa a sua família e os apoios sociais que apresenta no momento presente. Enquanto os círculos menores correspondem ao próprio e a todas as pessoas e apoios que são importantes para si. Partindo desse desenho, o médico pode introduzir algumas questões tais como “Quando tem um problema, a quem pede ajuda?”, “Faltou-lhe alguém na sua família muito importante para si?” ou “Se pudesse mudar o seu círculo, como o desenharia?”⁷.

Assim, com este estudo pretende-se verificar se a aplicação do círculo de Thrower pode ou não ser benéfica na assistência de doentes com diagnóstico P (patologia psiquiátrica) e/ou Z (problema social) da escala ICPC2 relacionado com a COVID-19, na perspetiva dos pacientes e dos médicos de família.

Materiais e Métodos

Estudo transversal quali-quantitativo.

O projeto foi submetido à Comissão de Ética da ARS Centro.

A recolha de dados foi feita por dois médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar nas USF Coimbra Centro e USF Topázio. Estes ficaram encarregues de aplicar o círculo de Thrower durante a consulta aos doentes que cumprissem os critérios de inclusão: ter um diagnóstico P e/ou Z da classificação ICPC2 correlacionada com COVID-19, ou seja, identificados a partir de março de 2020. No final, tanto o médico de MGF como o doente, preencheram um questionário específico para cada interveniente, disponibilizado em papel e fechado para evitar o viés de desejabilidade social e manter os necessários sigilo, anonimato e confidencialidade.

A primeira página do formulário correspondeu ao consentimento informado, onde se incluiu a explicação sucinta dos objetivos e a finalidade do projeto, assim como a confirmação explícita em colaborar no estudo (anexo 1). A confidencialidade e anonimato manteve-se mediante a utilização de um código de identificação “USFCCxx01 – em que USFCC é o nome da USF (substituir CC pelas iniciais da USF em causa), xx equivale à primeira letra do primeiro e último nome do médico e 01 corresponde ao número do utente submetido à técnica. Esta função foi atribuída ao profissional de saúde que colocou o código nas duas versões.

Os inquéritos do médico e do paciente eram compostos, respetivamente, por 10 e 7 questões, em que cada uma se classificava em “Completamente”, “Parcialmente”, “Um pouco” ou “Nada”, acrescidas de duas questões de resposta aberta: “Que vantagens/coisas positivas penso ter trazido esta ferramenta?” e “Que dificuldades/coisas negativas me trouxe esta ferramenta?” (anexo 2 e 3). Além disso, foram recolhidos alguns dados biométricos como sexo, idade, habilitações literárias (número de anos de estudo), zona onde vive (rural ou urbana), para o doente; e sexo, idade, código ICPC2 do doente, número de anos de serviço, frequência da utilização do círculo de Thrower, para o médico. Considerou-se a utilização do círculo de Thrower frequente em ambiente de consulta quando realizada, pelo menos, 2 vezes por ano.

O inquérito destinado ao médico foi realizado escolhendo as frases consideradas pelos investigadores como as mais adequadas a este estudo específico do questionário em espelho da Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy (JSPPPE) e questionário “Auto percepção do desempenho da Medicina centrada na pessoa em MGF”. O formulário do doente foi baseado no questionário Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy (JSPPPE) e questionário de 9 perguntas sobre percepção do cuidado centrado na pessoa¹⁹⁻²¹.

A recolha de dados decorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2022.

Foi realizada estatística descritiva e análise qualitativa temática com recurso ao software facilitador MAXQDA® 2022. A informação obtida foi analisada por dois investigadores independentes através de um método de comparação que possibilitou a classificação e codificação dos principais conceitos apresentados pelos participantes.

Resultados

Caracterização da amostra

Doentes

Os dados biométricos encontram-se discriminados na tabela 1. Destaca-se uma maior prevalência do sexo feminino (60%) bem como predomínio da residência em área urbana (93,33%). A faixa etária variou entre os 35 anos e 77 anos, sendo a média de $47,93 \pm 11,63$ anos.

Tabela 1: Dados biométricos e codificações ICPC-2 em tempo pandémico da amostra dos doentes (n=15)

Sexo	Feminino	9 (60%)	
	Masculino	6 (40%)	
Idade	30-40	4 (26,67%)	
	40-50	6 (40%)	
	50-60	3 (20%)	
	>60	2 (13,33%)	
	Média	47,93 ± 11,63	
Zona residencial	Urbana	14 (93,33%)	
	Rural	1 (6,67%)	
ICPC2	P	P03	1
		P05	3
		P06	2
		P75; P76	2
		Total	8 (53,33%)
	Z	Z10	1
		Z13	1
		Total	2 (13,33%)
	P e Z	P01; Z14	1
		P03; Z08	2
		P75; Z10	1
		Total	4 (26,67%)
	Missing		1 (6,67%)

P01 (sensação de ansiedade/ Nervosismo/ Tensão); P03 (sensação de depressão); P05 (senilidade, sentir-se/comportar-se como velho); P06 (perturbação do sono); P75 (somatização); P76 (perturbação depressiva); Z08 (problema relacionado com sistema de segurança social); Z10 (problema relacionado com sistema de saúde); Z13 (problema comportamental do parceiro); Z14 (Problema por doença do parceiro).

Médicos

A amostra foi compreendida por um total de 2 médicos de MGF. Um elemento do sexo masculino, com 65 anos de idade e 43 anos de experiência profissional e o outro do sexo feminino, com 40 anos de idade e 16 anos de serviço. O primeiro tem por hábito utilizar o círculo de Thrower na sua prática clínica, ao contrário do segundo que não aplica esta técnica por rotina. O número de respostas obtidas por cada médico variou entre 14 e 1.

Resultados quantitativos

Na tabela 2 e 3, apresentam-se sistematizadas as perguntas e as respostas quantitativas recolhidas através dos questionários do doente e do médico, respetivamente.

Os itens foram classificados na sua maioria como “completamente”, objetivando-se a sua frequência entre 66,67% e 100%. No grupo dos doentes, as questões “1. Possibilitou a compreensão da minha perspectiva (ver as coisas como eu as vejo)?” e “3. Permitiu melhorar a relação médico-doente?” obtiveram a menor ocorrência (66,67%) ao passo que se associou o maior número de resposta com “completamente” à questão “6. Senti-me ouvido/a?” (100%). No inquérito dos clínicos, esta resposta foi encontrada com menor frequência nos pontos “8. Contribuiu para elaborar com a pessoa a lista de problemas na consulta?”, “9. Facilitou a definição em conjunto dos problemas a resolver?” e “10. Permitiu melhorar a relação médico-doente?” (66,67%) e maior nos itens “1. Possibilitou uma melhor compreensão da perspectiva do doente?”, “2. Permitiu explorar os acontecimentos de vida diários que possam influenciar o quadro clínico?” e “6. Facilitou a conversa sobre o/s seu/s problema/s?” (93,33%).

Tabela 2: Resultados dos inquéritos disponibilizados aos doentes.

1. Possibilitou a compreensão da minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo)?	Complemente	10 (66,67%)
	Parcialmente	2
	Um pouco	3
	Nada	0
2. Permitiu explorar melhor os acontecimentos da minha vida diária?	Complemente	11 (73,33%)
	Parcialmente	2
	Um pouco	2
	Nada	0
3. Permitiu melhorar a relação médico-doente?	Complemente	10 (66,67%)
	Parcialmente	4
	Um pouco	0
	Nada	1
4. Promoveu a compressão das minhas emoções, sentimentos e preocupações?	Complemente	12 (80%)
	Parcialmente	1
	Um pouco	2
	Nada	0
5. Facilitou a conversa sobre o/s meu/s problema/s?	Complemente	11 (73,33%)
	Parcialmente	4
	Um pouco	0
	Nada	0
6. Senti-me ouvido/a?	Complemente	15 (100%)
	Parcialmente	0
	Um pouco	0
	Nada	0
7. Senti que o médico pareceu preocupado com as minhas relações familiares?	Complemente	11 (73,33%)
	Parcialmente	3
	Um pouco	1
	Nada	0

Tabela 3: Resultados dos inquéritos disponibilizados aos médicos

1. Possibilitou uma melhor compreensão da perspetiva do doente?	Complemente	14 (93,33%)
	Parcialmente	1
	Um pouco	0
	Nada	0
2. Permitiu explorar os acontecimentos de vida diários que possam influenciar o quadro clínico?	Complemente	14 (93,33%)
	Parcialmente	1
	Um pouco	0
	Nada	0
3. Permitiu ao paciente perceber a minha preocupação acerca das suas relações familiares?	Complemente	13 (86,67%)
	Parcialmente	2
	Um pouco	0
	Nada	0
4. Ajudou-me a manter atualizado o conhecimento sobre a família do doente?	Complemente	12 (80%)
	Parcialmente	2
	Um pouco	1
	Nada	0
5. Ajudou o paciente a perceber que compreendo as suas emoções, sentimentos e preocupações?	Complemente	12 (80%)
	Parcialmente	2
	Um pouco	1
	Nada	0
6. Facilitou a conversa sobre o/s seu/s problema/s?	Complemente	14 (93,33%)
	Parcialmente	0
	Um pouco	1
	Nada	0
7. Após a sua aplicação, julgo que o paciente se sentiu ouvido/a?	Complemente	13 (86,67%)
	Parcialmente	2
	Um pouco	1
	Nada	0
8. Contribuiu para elaborar com a pessoa a lista de problemas na consulta?	Complemente	10 (66,67%)
	Parcialmente	3
	Um pouco	2
	Nada	0
9. Facilitou a definição em conjunto dos problemas a resolver?	Complemente	10 (66,67%)
	Parcialmente	4
	Um pouco	0
	Nada	1
10. Permitiu melhorar a relação médico-doente?	Complemente	10 (66,67%)
	Parcialmente	5
	Um pouco	0
	Nada	0

Resultados qualitativos

A componente qualitativa deste estudo obtida através de duas questões abertas permitiu organizar os dados em 4 grupos: vantagens na perspetiva do doente; desvantagens na perspetiva do doente; vantagens na perspetiva do médico; e desvantagens na perspetiva do médico. As tabelas 4 e 5, especificam as categorias de análise baseadas nos relatos dos doentes e dos médicos, respetivamente.

Vantagens na perspetiva do doente:

Autoconsciência

Cerca de 66,67% dos inquiridos mencionou que o círculo de Thrower contribuiu para a sua autoconsciência. Disseram especificamente que promoveu a perceção do próprio sobre as suas preocupações e medos, bem como da rede de apoio que dispunha.

Promoção da relação médico-doente

Segundo 40% dos doentes, esta abordagem permitiu fortalecer a relação médico-doente na medida em que os colocou mais à vontade, inclusive num caso de primeira consulta, e facilitou a expressão perante o médico.

Empoderamento e capacitação

A consciencialização para a importância de desempenhar um papel ativo na resolução dos seus problemas foi uma das vantagens descritas por cerca de 33,33% dos participantes. De facto, referiram como esta técnica lhes deu pistas para atuarem de modo a minorarem os problemas, levando-os a assumirem uma responsabilidade com eles mesmos. Além disso, consideraram que lhes possibilitou redefinir qual a necessidade dos medicamentos para solucionar as suas dificuldades.

Satisfação

Em termos de participantes, 20% referiram que gostaram da experiência e classificaram-na como interessante.

Otimização terapêutica

Com base em 20% das respostas, percebemos que os doentes acharam a técnica um meio para otimizar o processo terapêutico e mostraram esperança no seu efeito a longo prazo.

Desvantagens na perspetiva do doente:

Dificuldade em assumir uma postura ativa

Foi mencionado que a correta concretização da técnica obriga, por um lado, a uma predisposição do doente para aceitar o desafio e participar ativamente durante a consulta e, por outro lado, a refletir como pode ser vetor de mudança na sua vida. Esta tarefa foi classificada como difícil por 60% da amostra do estudo, que demonstrou preferência pela

postura passiva, bem como pelo paternalismo médico. Além disso, defenderam que as adversidades não dependem apenas deles e, por isso, as soluções também não são da sua responsabilidade, o que sentiram que era sugerido pelo método.

Método insuficiente

De acordo com 46,67% dos intervenientes, este método foi insuficiente, visto que não contribuiu diretamente para a cura ou resolução dos problemas.

Exposição Emocional

A aplicação do círculo de Thrower implica a exposição de sentimentos o que fez com que fosse reportado por 40% dos doentes como um momento sensível e de vulnerabilidade, exigindo confiança no médico.

Duração

Um dos participantes expressou, ainda, a sua insatisfação em não dispor de mais tempo para a execução do procedimento.

Tabela 4: Vantagens e desvantagens na perspetiva do doente.

Categorias de análise	Relatos
Vantagens na perspetiva do doente	
Autoconsciência (10)	<p>“Pude, por fim, perceber muito do que me preocupava.”</p> <p>“Eu já estava à vontade com o médico, mas esta atividade obrigou-me a falar comigo mesma.”</p> <p>“Finalmente percebi os meus medos”</p> <p>“ficamos a saber de nós mesmos”</p> <p>“descobri uma série de coisas que não desconfiava e outras que já suspeitava e, de facto, existem. Percebi o meu problema.”</p> <p>“falar através de bolinhas que desenhei e que acabei por perceber que representavam os meus medos e até as minhas dificuldades para estar melhor.”</p> <p>“Percebi com quem posso contar”</p> <p>“Fiquei a perceber muita coisa sobre mim e sobre o meu meio. Nem imaginava.”</p> <p>“Este desenho ajudou-me a perceber algumas coisas. Percebi os meus medos (...) Percebi várias coisas. (...) Mas tenho muito medo depois do que vivi.”</p> <p>“Acontece que com isto da COVID percebo que haja sobrecarga de trabalho assim como há excesso de medos da minha parte. Tive já no fim do ano passado consultas em que me sossegaram quanto ao que tinha, mas os medos continuavam. Tenho a sensação de que finalmente estou convencido de que passei o pior”</p>
Promoção da relação médico-doente (6)	<p>“Vou, talvez, poder estar mais à vontade.”</p> <p>“Muitas vantagens na relação”</p> <p>“Não conhecia o médico, já tinha ouvido falar dele e de umas coisas que fazia. Gostei e fiquei fã”</p> <p>“Consegui falar com o médico sobre os problemas.”</p> <p>“Falei do que me aflige”</p> <p>“Fui doente deste médico muitos anos, mas ele saiu. E agora pude de novo entender-me.”</p>
Empoderamento e capacitação (5)	<p>“agora saio com outros problemas como a responsabilidade comigo mesma”</p> <p>“deu-me pistas para o que devo fazer no futuro.”</p> <p>“como devo atuar para minorar os problemas”</p> <p>“Isto já me devia ter sido feito mais cedo. Julgava que os medicamentos é que curavam.”</p> <p>“Percebi que pela minha análise da situação posso fazer muito por mim. Já tenho objetivos e já vi como lá chegar. Vinha pedir medicamentos, mas afinal se calhar não vão ser necessários.”</p>
Satisfação (3)	<p>“No entanto, gostei de fazer isto.”</p> <p>“Gostei do exercício.”</p> <p>“Foi interessante”</p>
Otimização terapêutica (3)	<p>“Assim, posso ser melhor ajudada.”</p> <p>“Acho que agora vou melhorar.”</p>

	<p>“Talvez com o tempo eu possa sentir menos o que sinto. (...) Espero com o tempo poder melhorar.”</p>
Desvantagens na perspetiva do doente	
Dificuldade em assumir uma postura ativa (9)	<p>“Tive dificuldade em pensar o que queria dizer”</p> <p>“O ser capaz de aceitar o desafio”</p> <p>“Estão a colocar-me uma responsabilidade em cima de mim quando o que eu quero é que me resolvam os problemas.”</p> <p>“Este exercício é muito duro, pois eu queria ser ajudado e estou a ver que querem que eu resolva os meus problemas e eu não tenho capacidade para isso, pois eu sou os meus problemas. Como é que vou arranjar outro emprego? Como é que eu vou mudar as crenças da minha mulher?”</p> <p>“E o medo de novas complicações de saúde, pois estas vacinas não servem para nada. Está cada vez mais presente à medida que nos aproximamos de medidas mais leves para o combate da pandemia. E eu não quero ficar como já estive confinada e com febre.”</p> <p>“Eu sei que os tenho, mas não dependem só de mim. Aquele trabalho que tenho e o trabalho do meu marido puxam-nos para dimensões diferentes”</p> <p>“De início custa”</p> <p>“eu quero é a ajuda do médico que já conheço há muitos anos (...) eu preciso mesmo é de ajuda do médico”</p> <p>“O meu problema não é meu. É dos outros que fazem mal as leis. E eu quero ter um subsídio a que acho que tenho direito. Disse a verdade, mas eu preciso mesmo é de um subsídio para me compensar o tempo que não trabalhei e não foi por minha causa.”</p>
Método insuficiente (7)	<p>“Isto não quer dizer que tenha ficado bem.”</p> <p>“Isto de falar não leva a grande coisa. Disse o que eu já sabia. Preciso de mais para ficar melhor! Falei, mas preciso de mais do que isto. Isto não me resolve os problemas. Isto de falar não sei se resolve algo.”</p> <p>“Não me vai trazer a cura que eu quero.”</p> <p>“Preciso de mais do que isto, que até é importante, mas insuficiente. “Poucas vantagens na resolução dos meus problemas.”</p> <p>“Como eu já sabia disto não foi de grande ajuda”</p> <p>“pouco produtivo.”</p> <p>“Não me curou”</p>
Exposição Emocional (6)	<p>“tinha muitos medos que fui obrigada a dizer”</p> <p>“Custou muito fazer o exercício pois tinha medos...”</p> <p>“Exercício difícil, pois implica ter muita confiança no médico.”</p> <p>“falar sobre mim e os meus medos.”</p> <p>“Ser capaz de me abrir o que é difícil e muito sensível. Não esperava ser capaz de aguentar tudo”</p> <p>“É preciso ter coragem.”</p>
Duração (1)	<p>“Se calhar, precisava de uma consulta mais longa que os vinte minutos. Mas foi-me prometida uma nova consulta em breve. ”</p>
Nenhuma (1)	

Vantagens na perspectiva do médico:

Percepção holística do doente

Esta ferramenta, na perspectiva dos médicos, surgiu como um meio para melhorar a compreensão do ponto de vista do doente, permitindo esclarecer quais os seus receios, expectativas e motivações.

Promoção da autonomia

A oportunidade de empoderar o doente, tornando-o mais autónomo no processo terapêutico, revelou-se gratificante para envolvidos.

Otimização diagnóstica

Segundo os médicos, a liberdade para o doente se expressar permitiu perceber qual o verdadeiro dilema, nomeadamente, perante ECDs normais que não suportavam as queixas. Desta forma, consideraram que possibilitava a reformulação da lista de problemas.

Otimização terapêutica

Os médicos alegaram que a sensação de o doente se sentir ouvido funcionava como catalisador da melhoria clínica.

Desvantagens na perspectiva do médico:

Dependência da capacidade técnica do médico

Os clínicos expuseram a pertinência de ter formação para a correta utilização do círculo de Thrower, reforçando a necessidade de uma boa gestão entre ouvir atentamente e intervir quando necessário. Disseram que esta intervenção deve ser imparcial, orientada para as carências do doente e isenta de julgamento. Alegaram, ainda, que era crucial saber esclarecer o doente sobre a credibilidade do método.

Dependência da colaboração do doente

A dificuldade da adesão por parte do doente foi justificada pelos médicos pela preferência de um modelo exclusivamente paternalista e pela falta de confiança e familiarização com a técnica.

Duração

Os médicos apontaram a necessidade de mais tempo, mais especificamente, para o doente ponderar e expor a sua opinião e sentimentos, como uma das desvantagens do procedimento.

Tabela 5: Vantagens e desvantagens na perspectiva do médico.

Categorias de análise	Relatos
Vantagens na perspectiva do médico	
Perceção holística do doente (8)	<p>“Perceção dos medos, receios e expectativas da pessoa”</p> <p>“aprendi muito sobre esta pessoa”</p> <p>“Foi muito interessante ver a pessoa a auto explicar-se e desculpar-se com os outros sobre os problemas que a perturbam, sempre na perspectiva de que não tem ajuda e de que os medicamentos e os exames é que serão fundamentais para poder melhorar.”</p> <p>“Perceção das expectativas e medos da pessoa.”</p> <p>“Perceção dos medos, receios e expectativas da pessoa explicitados pela mesma enquanto desenhava.”</p> <p>“Confirmação dos medos, receios e expectativas da pessoa.”</p> <p>“Confirmação dos medos, receios e expectativas da pessoa bem como da causa familiar das queixas”</p> <p>“Perceber melhor o momento atual das preocupações do paciente”</p>
Promoção da autonomia (3)	<p>“Permitiu que a pessoa percebesse que a melhoria dependia dela e não apenas de medicamentos. Deu-me oportunidade para a questionar e a obrigar a pensar em como ser peça da sua melhoria e não apenas sujeito passivo do que lhe pudesse dizer.”</p> <p>“A possibilidade de ver a pessoa ajudar-se e a agradecer pelo exercício”</p> <p>“ter ela a capacidade de dizer a si mesma o que deve fazer, comprometendo-se”</p>
Otimização diagnóstica (2)	<p>“Em particular, eu julgava que seria um problema e afinal era outro. A agressividade verbal contra a Medicina era afinal dirigida à segurança social e ao facto de não o ouvirem e de os médicos que antes tinham falado com ele não terem percebido este problema.”</p> <p>“Poder ajudar melhor a pessoa que sem exames anormais apresenta queixas que considerava eu não serem apenas tratáveis com medicamentos.”</p>
Otimização terapêutico (1)	<p>“Fazer o paciente sentir-se ouvido e sentir-se melhor”</p>
Desvantagens na perspectiva do médico	
Dependência da capacidade técnica do médico (7)	<p>“capacidade de a levar a ter confiança no método”</p> <p>“Dificuldade em não fazer qualquer intervenção que não fosse meramente de fazer perguntas para que tudo fosse orientado na perspectiva da pessoa.”</p> <p>“Implicou muita calma, ponderação e atitude.”</p> <p>“Levar a pessoa a falar para si mesma em vez de falar para mim. Fazê-la interpretar os seus medos e anseios. É preciso de facto ter formação para isto.”</p> <p>“Ouvir atentamente, evitando a intervenção precoce sobre o que estava a ouvir. Evitei o “sermão”. Sobretudo a necessidade de ser ouvinte atento a muitos pormenores apresentados e depois pegar em alguns para auto-ajuda.”</p> <p>“A introdução ao método e a aceitação da correta execução por uma pessoa que me vêm hoje pela primeira vez”</p> <p>“A explicação do método para a sua boa aplicação.”</p>

<p>Dependência da colaboração do doente (7)</p>	<p>“O medo de fazer algo “estranho para ela”.”</p> <p>“levar a pessoa a estar à vontade para o fazer, pois tinha medo que alguém visse o documento.”</p> <p>“Dificuldade de levar a pessoa a aceitar fazer a tarefa”</p> <p>“Pessoa difícil que quer um modelo exclusivamente paternalista. O medo do longo COVID que só se pode resolver com medicamentos e muitos exames.”</p> <p>“pessoa a assumir os seus problemas de uma forma crítica/constructiva. O ser capaz de pensar sobre os seus problemas em vez de apenas se dar a eles e dizer que os outros é que têm culpa.”</p> <p>“A maior dificuldade foi com a MCP conseguir a adesão a completar um exercício que ele achava sem cabimento.”</p> <p>“ser capaz de se abrir a si mesma e a mim.”</p>
<p>Duração (3)</p>	<p>“O tempo e sobretudo o levar a pessoa a estar à vontade para o fazer”</p> <p>“O tempo da pessoa”</p> <p>“Dispendi um pouco mais de tempo, porque tive de deixar falar sobre preocupações que parece não partilhar muito com outros.”</p>

Discussão

Existem poucos dados científicos que englobem o círculo de Thrower e, como tal, este estudo surge como pioneiro ao integrá-lo no contexto de um *trauma-informed care*. Nesta secção, estão espelhadas quais as vantagens e desvantagens que podem ser encontradas no decorrer do seu manuseamento. Os presentes resultados devem também ser assumidos como os de um estudo exploratório.

Vantagens do círculo de Thrower

A autoconsciência, a promoção da relação médico-doente, o empoderamento e capacitação e a satisfação foram itens mencionados pelo doente, enquanto a perceção holística, a promoção da autonomia e a otimização diagnóstica foram referidos pelo médico. Embora alguns pontos se possam interligar, a otimização terapêutica foi o único, claramente, apresentado por ambos.

Autoconsciência

Por intermédio do círculo de Thrower, a pessoa é convidada a externalizar a perceção subjetiva do seu sistema familiar o que favorece o autoconhecimento. Neste contexto, a autoconsciência surge associada ao termo introspeção, ou seja, a avaliação dos sentimentos e pensamentos pelo próprio¹⁸. Assim, esta interação com o clínico permite a redefinição e reinterpretação da sua doença o que ajuda a melhorar a gestão da sua condição a longo prazo¹¹.

Promoção da relação médico-doente

Para os doentes, a base de relação medico-doente pressupõe sabedoria, honestidade, confiança, lealdade e respeito^{11,14}. Competências que se mostraram evidentes quando se optou por uma comunicação aberta. Deste modo, compreende-se que questionar e incentivar à discussão da perspetiva do doente sobre a sua família promove uma boa relação entre os intervenientes⁷, que é uma das quatro componentes cruciais para a implementação do método clínico centrado no doente (MCCD), segundo Moire Stewart¹⁹. Apesar de, nos questionários quantitativos, este parecer não ser o componente com mais forte concordância de ambos os lados, o “sentir-se ouvido” e o “perceber melhor a perspetiva do paciente” eram os mais fortes. De facto, estes pontos acabam por estar aqui relacionadas em termos de comunicação, saber ouvir e empatia. Assim, parece que a relação médico-doente terá sido potenciada essencialmente à custa desta parte de ouvir a perspetiva do doente com esta ferramenta.

Perceção holística do doente pelo médico

A perceção holística do doente, proporcionada pelo círculo de Thrower permite explorar a experiência da doença num ângulo biopsicossocial. Isto favorece uma Medicina Centrada no Doente que se caracteriza pela capacidade de complementar o conhecimento

científico do profissional de saúde com o conhecimento da experiência do doente, na medida em que este é um expert do seu corpo, sintomas e situação¹¹. Efetivamente, compreender a pessoa como um todo é outra das componentes necessárias para a boa prática de um MCCD¹⁹. De adicionar que, de acordo com a definição europeia EURACT/WONCA da MGF²³, o profissional deve ter uma abordagem centrada na pessoa, direcionada para o indivíduo, família e comunidade onde se insere. No questionário quantitativo, a questão “Possibilitou uma melhor compressão da perspetiva do doente?” foi das mais bem cotadas pelo médico o que vai de encontro aos objetivos do MCCD, ajudando também a perceber qual o impacto do trauma nas queixas do doente.

Empoderamento, capacitação e autonomia

O Empoderamento é o processo pelo qual o doente ganha controlo sobre a sua vida, passando a ser mais autónomo e autossuficiente. O papel do médico é capacitá-lo de modo a tornar o processo de tomada de decisão a respeito da sua saúde e qualidade de vida mais eficiente e personalizado. Isto implica identificar os fatores que podem influenciar a sua saúde ou os assuntos definidos pelo próprio como importantes e assumir uma postura ativa sobre eles¹¹. Esta questão é facilmente trabalhada a partir da realização do círculo de Thrower.

O Empoderamento está associado a *outcomes* clínicos positivos. Por bons *outcomes* entende-se melhor gestão da doença ou condições, utilização dos serviços de saúde e adesão à terapêutica²⁵. Logo os doentes submetidos a este processo podem, também, beneficiar destas vantagens.

Otimização diagnóstica e terapêutica

A nível diagnóstico, o recurso ao círculo de Thrower enquanto facilitador da comunicação, permite explorar a perspetiva psicossocial do doente, que integrada na componente biomédica, conduz à reformulação da lista de problemas e à expansão da sua base de dados. Este método pode ser aplicado não só aquando de um envolvimento psicossocial não esclarecido ou em casos de crise familiar, mas também como método a utilizar em qualquer consulta. Já a nível terapêutico, pode ser visto como um auxílio à criação de metas psicoterapêuticas. De facto, este método pode ser usado como um referencial para a monitorização da evolução clínica e para futuras consultas de aconselhamento familiar⁷. Assim, tal como mencionado pelo doente, o potencial terapêutico revela-se no seu efeito a longo prazo.

Satisfação

Segundo a literatura, doentes que referem maior satisfação e boas experiências no ambiente clínico apresentam um maior impacto positivo na saúde¹⁰. Assim, o agrado manifestado pelos doentes como resultado do desenvolvimento dos aspetos acima referidos,

nomeadamente, a melhoria da relação médico-doente e o empoderamento, pode ser visto como preditor da melhoria clínica.

Desvantagens do círculo de Thrower

A dificuldade em assumir uma postura ativa, o método insuficiente, a exposição emocional foram fatores indicados pelos doentes, na mesma proporção em que os médicos reportaram a dependência da capacidade técnica e da colaboração do doente. A duração destacou-se por ser um conteúdo de relevância para os dois grupos.

Dificuldade em assumir uma postura ativa e dependência da colaboração do doente

O paternalismo médico, por definição, é a sobreposição da preferência do profissional sobre a escolha do menos capacitado com o intuito de decidir em prol deste último. Este conceito entra em contradição com a autonomia e com a participação ativa. De facto, o paternalismo acaba por ser uma opção quando entra em linha de conta com as fragilidades da promoção da autonomia. Destas destacam-se a ansiedade, o desconforto e a pressão que o doente possa sentir no momento da decisão, incapacitando-o de optar pelo melhor para si¹³. Isto está em concordância com o descrito num estudo direcionado à população portuguesa que demonstra a predileção pelo controlo médico na resolução de problemas e tomada de decisão²⁴. Assim, se compreende a relutância de alguns indivíduos em desempenhar um papel mais ativo, preferindo imputar essa responsabilidade no clínico.

Método insuficiente

A prescrição médica depara-se com vários obstáculos de entre os quais se destacam a polimedicação, os efeitos adversos dos fármacos e as suas interações. Por polimedicação entende-se o uso de 5 ou mais medicamentos ou o seu uso inapropriado¹⁵. Para minimizar estas complicações, a literatura encoraja a adoção de estratégias não farmacológicas¹⁶ o que entra em conflito com as crenças de alguns dos doentes deste estudo. Segundo as suas ideias, o recurso aos medicamentos é imprescindível. Tal situação é suportada pela evidência já encontrada em outros estudos portugueses que dizem que 71,4% dos doentes consideram que “Em geral os medicamentos para a ansiedade e a depressão são capazes de dar a sensação de sentir bem” e 52,0% “Em caso de necessidade os medicamentos poderão resolver os meus problemas de ansiedade ou depressão”²². Além disso, o facto de o exercício ser algo novo, com o qual não estão habituados a lidar, pode criar alguma resistência e desconforto na implementação deste método. Portanto, abordagens mais comportamentais, como o círculo de Thrower, podem ser consideradas, pelo menos, estranhas, se não insuficientes. Nesta linha de pensamento, emerge a importância de consciencializar os

doentes de que os fármacos não são inócuos e, podem conduzir a hospitalizações e mesmo à morte¹⁷.

Exposição Emocional

Para melhor entender a dimensão deste parâmetro é necessário ter em consideração a vulnerabilidade individual e a carga emocional subjacente ao processo.

Por um lado, a vulnerabilidade é um conceito multidimensional que compreende a componente subjetiva, biológica, material, relacional e cultural. Desta forma, integra não só as características intrínsecas das pessoas (crenças, debilidades físicas e mentais, crianças, adolescentes, idosos e institucionalizados), mas também extrínsecas (contexto social, cultural, institucional e político). A vulnerabilidade pode ainda abranger a suscetibilidade para desenvolver doença, ou não, e a habilidade para ultrapassar o problema de saúde¹². Desta maneira, percebe-se que o grupo de doentes do estudo apresenta por si um certo grau de vulnerabilidade.

Por outro lado, a representação esquemática da família ilustra padrões de proximidade ou distanciamento, de hierarquia de poderes e tomada de decisão, alianças e ligações familiares. Tudo isto exposto na perspetiva do doente⁷, o que o obriga a denunciar as fragilidades que sente a nível familiar.

Além disso, dada a subjetividade inerente ao método, a literatura aponta como uma limitação a necessidade de existir uma boa relação médico-doente⁸, uma vez que sem confiança não há uma exposição/ discussão profícuo e, conseqüentemente, o *outcome* está negativamente condicionado. No entanto, espera-se que da prática clínica sistemática e relacional entre médico de família e seus “consulentes” surja uma adequada e qualificada relação emocional.

Dependência da capacidade técnica do médico

Para um desempenho mais eficiente do método, o clínico deve estar ciente das competências necessárias, nomeadamente, saber qual o procedimento e qual a postura que deve adotar bem como ter capacitação teórica e prática.

No anexo 4 encontra-se explanado um modelo explicativo de utilização do círculo de Thrower. Segundo este é possível compreender como certos atributos são cruciais para a obtenção de uma discussão mais informativa. Destes realçam-se a imparcialidade, a presença, a disponibilidade para ouvir e o sentido de oportunidade para introduzir questões no momento mais oportuno^{7,8}.

Conforme relatado na literatura, o treino é fundamental para aperfeiçoar o desempenho do procedimento. De facto, foram criadas sessões de treino para internos onde os participantes começavam por explorar a suas próprias relações familiares empregando a

metodologia neles mesmos. Além do mais, eram, também, capacitados teoricamente para aplicar nos seus doentes e, posteriormente, apresentar e discutir os casos⁷.

O clínico pode proceder à interpretação do conteúdo de forma intuitiva. Contudo, a análise quando aliada ao conhecimento teórico sobre a teoria dos sistemas de família torna-se mais completa e enriquecedora. Distinguem-se 3 tipos principais de família: a psicossomática fundida e enredada, a emocionalmente divorciada e a patriarcal⁷.

Duração

A questão do tempo foi referida como negativa tanto pelo médico como pelo doente. De facto, embora a representação esquemática possa demorar, em média, 5 minutos, a discussão pode levar até cerca de 30 minutos⁷. Numa consulta de Medicina Geral e Familiar, de acordo com o regulamento nº 724/2019 do Diário da República, emitido pela Ordem dos médicos⁹, o tempo destinado à primeira consulta da saúde de adultos é 30 a 60 minutos e às subsequentes que decorrem a menos de 12 meses da última marcação é 20 a 30 minutos. Desta forma, depreende-se que a gestão entre a correta aplicação da técnica, com uma discussão completa e detalhada, e o tempo disponível por consulta com toda componente burocrática que lhe é inerente possa ser complexa, comprometendo o potencial diagnóstico e terapêutico da mesma.

No balanço final, com base na exposição e esclarecimento de cada parâmetro supramencionado, entende-se que o círculo de Thrower revelou a sua conveniência no âmbito de um *trauma-informed care*, por auxiliar na caracterização da perspetiva do doente.

Limitações

Quanto a potenciais limitações, enfatiza-se a participação de um número reduzido de médicos, bem como a discrepância de respostas obtidas por cada um deles. Sendo esta uma técnica subjetiva e flexível, teria sido vantajoso englobar mais profissionais de saúde que trouxessem outros pontos de vista. Também, é preciso ter em atenção que este estudo foi realizado em tempos de pandemia COVID-19, com os médicos assoberbados de trabalho presencial e remoto. Este fator pode comprometer a imparcialidade da operação, na medida em que a intervenção do médico na discussão será direcionada para o esclarecimento do próprio e não na perspetiva educativa do doente. Além disso, este estudo integrou apenas duas USFs, restringindo a abrangência geográfica e, por conseguinte, limitou o espectro socioeconómico e envolvimento ambiental da amostra. De acrescentar ainda que, tendo em conta a versatilidade deste recurso, devia ter sido disponibilizado um documento explicativo aos clínicos, tal como o anexo 4, para uniformizar o seu emprego.

No respeitante aos pontos fortes, salienta-se uma amostra de doentes bastante diversificada no que toca ao género, idade e parâmetro diagnóstico da classificação ICPC2.

Os médicos tinham, igualmente, características diversas, o que ajudou a enriquecer a amostra qualitativa. A categorização foi desenvolvida por dois investigadores independentes o que aumentou a sua credibilidade. Reforça-se, ainda, que, por se tratar de um estudo qualitativo deu liberdade a ambas as partes de exporem a sua perceção, ajudando a complementar a informação já existente na literatura e trazer novas perspetivas, nomeadamente neste contexto da pandemia COVID-19. De modo geral, embora a maior parte das vantagens e desvantagens da técnica já tenham sido referenciadas, foram descortinadas com maior pormenor no presente estudo, o que pode ser bastante esclarecedor para o seu uso na prática clínica. Realmente, destacam-se aspetos como a duração, a dificuldade em promover a participação ativa do doente e o potencial do círculo na otimização diagnóstica e terapêutica por trazerem características mais inovadoras em comparação ao que já existia.

Por fim, como linhas orientadoras em investigações futuras sugere-se uma pesquisa mais profunda de cada parâmetro discutido: qual o impacto efetivo na relação médico-doente, na MCD, na confiança no médico, na satisfação e bem-estar. Pode-se, também, investir mais na correlação de tópicos: empoderamento *versus* necessidade de maior paternalismo e sensação de maior vulnerabilidade ou quantificação do tempo despendido ao usar esta ferramenta *versus* uma abordagem tradicional. Outra sugestão será aplicar este método noutra tipologia de consulta, por exemplo, terapia de casal ou envolvendo outros membros.

Conclusão

O círculo de Thrower, na qualidade de uma metodologia *trauma-informed care*, mostrou a sua potencialidade na abordagem de pacientes com diagnósticos psicológicos ou sociais associados à pandemia de COVID-19 através da promoção da autoconsciência, da relação-médico doente, do empoderamento, da capacitação e da autonomia, da otimização diagnóstica e terapêutica, da percepção holística do doente; e satisfação. No diâmetro oposto, as suas fraquezas sinalizaram-se pela dificuldade dos pacientes em assumir uma postura ativa, pela dependência da sua colaboração, pela exposição emocional, pela dependência da capacidade técnica do médico, pelo método sentido como insuficiente, e pela duração da sua aplicação. Assim, os profissionais de saúde, mais cientes dos benefícios e barreiras que encontrarão ao utilizar esta técnica neste contexto, poderão usufruir desta intervenção com maior grau de eficácia.

Os tópicos aqui debatidos podem ser úteis para a prática clínica ou adotados para futuros estudos no mesmo ramo. De modo a potenciar o seu uso, o ensino em pré-graduado e em pós-graduado deve ser estimulado.

Agradecimentos

Não poderia culminar este trabalho sem fazer um agradecimento especial à Prof. Dra. Inês Rosendo e ao Prof. Dr. Luiz Santiago pelo apoio e disponibilidade na realização do mesmo.

Um obrigado, também, aos doentes e clínicos, que de livre vontade, participaram e contribuíram para a aquisição da informação que serviu de base para este estudo.

Referências

1. Tomaz T, Castro-Vale I. Trauma-Informed Care in Primary Health Settings—Which Is Even More Needed in Times of COVID-19. *Healthcare* 2020, Vol 8, Page 340 [Internet]. 2020 Sep 14 [cited 2021 Oct 17];8(3):340. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9032/8/3/340/htm>
2. Forte G, Favieri F, Tambelli R, Casagrande M. COVID-19 pandemic in the Italian population: Validation of a post-traumatic stress disorder questionnaire and prevalence of PTSD symptomatology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 Jun 1;17(11):1–16.
3. Prime H, Wade M, Browne DT. Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*. 2020 Jul 1;75(5):631–43.
4. Cusinato M, Iannattone S, Spoto A, Poli M, Moretti C, Gatta M, et al. Stress, Resilience, and Well-Being in Italian Children and Their Parents during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2020 Nov 2 [cited 2021 Nov 26];17(22):1–17. Available from: </pmc/articles/PMC7696524/>
5. Rizeq J, Korczak DJ, Cost KT, Anagnostou E, Charach A, Monga S, et al. Vulnerability pathways to mental health outcomes in children and parents during COVID-19. *Current Psychology (New Brunswick, N.J)* [Internet]. 2021 Nov 19 [cited 2021 Nov 26];1:1. Available from: </pmc/articles/PMC8603653/>
6. Gilligan M, Suito JJ, Rurka M, Silverstein M. Multigenerational social support in the face of the COVID-19 pandemic. *Journal of family theory & review* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 Nov 26];12(4):431. Available from: </pmc/articles/PMC8340915/>
7. Thrower SM, Bruce WE, Walton RF, Carolina N. The Family Circle Method for Integrating Family Systems Concepts in Family Medicine.
8. Rebelo L. Como estudar a família de uma paciente? Do genograma ao círculo familiar. In: Rebelo L, coordenação. *A família em Medicina Geral e Familiar*. Almedina 2018, p. 93-103.
9. N.º 178 Diário da República, 2.ª série PARTE E ORDEM DOS MÉDICOS Regulamento dos tempos padrão das consultas médicas.
10. Boissy A, Windover AK, Bokar D, Karafa M, Neuendorf K, Frankel RM, et al. Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. *Journal of General Internal Medicine* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2022 Mar 19];31(7):755. Available from: </pmc/articles/PMC4907940/>

11. Castro EM, van Regenmortel T, Vanhaecht K, Sermeus W, van Hecke A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. Vol. 99, *Patient Education and Counseling*. Elsevier Ireland Ltd; 2016. p. 1923–39.
12. Ferreira JBB, Santos LL dos, Ribeiro LC, Rodrigues Fracon BR, Wong S. Vulnerability and Primary Health Care: An Integrative Literature Review. *Journal of Primary Care & Community Health* [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 19];12. Available from: /pmc/articles/PMC8521415/
13. Fernández-Ballesteros R, Sánchez-Izquierdo M, Olmos R, Huici C, Caprara MG, Santacreu M, et al. Development and validation of a paternalism and autonomist care assessment. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2022 Mar 21];75(11):3166–78. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.14154>
14. Hudon C, Fortin M, Haggerty J, Loignon C, Lambert M, Poitras ME. Patient-centered care in chronic disease management: A thematic analysis of the literature in family medicine. *Patient Education and Counseling*. 2012 Aug;88(2):170–6.
15. Antimisiaris D, Cutler T. Managing Polypharmacy in the 15-Minute Office Visit. Vol. 44, *Primary Care - Clinics in Office Practice*. W.B. Saunders; 2017. p. 413–28.
16. Carpenter M, Berry H, Pelletier AL. Clinically Relevant Drug-Drug Interactions in Primary Care. *American Family Physician* www.aafp.org/afp [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 21];99(9).
17. Rodrigues MCS, de Oliveira C. Drug-drug interactions and adverse drug reactions in polypharmacy among older adults: an integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2022 Mar 21];24. Available from: /pmc/articles/PMC5016009/
18. Morin A. Toward a Glossary of Self-related Terms. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2017 Feb 28 [cited 2022 Mar 22];8(FEB). Available from: /pmc/articles/PMC5328958/
19. Santiago LM, Simões JA, Vale M, de Faria E, Ferreira PL, Rosendo I. Self-awareness of performing patient-centered medicine in general practice / family medicine: Development of a measurement scale. *Acta Medica Portuguesa*. 2020 Jun 1;33(6):407–14.
20. EMPATIA NA RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE Evolução em Alunos do Primeiro Ano de Medicina e Contribuição para a Validação da Escala Jefferson em Portugal. Available from: www.actamedicaportuguesa.com
21. Fonte L, Santiago LM. Perceção Comparada entre Consulentes e seus Médicos Quanto à Empatia Médica. *RevADSO*. 2017 (07): 9-17

22. Miguel L. O MEDICAMENTO, A ANSIEDADE E A DEPRESSÃO. 2010. Available from: www.actamedicaportuguesa.com
23. European Academy of Teachers in General Practice (Network within WONCA Europe) A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar) As Definições Europeias da Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar) Os Aspectos Chave da Disciplina de Medicina Geral e Familiar O papel do Especialista em Medicina Geral e Familiar e Uma descrição das Competências Nucleares do Especialista em Medicina Geral e Familiar.
24. Gregório M, Teixeira A, Henriques T, Páscoa R, Baptista S, Carvalho R, et al. What role do patients prefer in medical decision-making?: a population-based nationwide cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2022 Apr 1];11(10):e048488. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/10/e048488>
25. Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS ONE* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2022 Apr 2];12(10). Available from: [/pmc/articles/PMC5645121/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30000000/)

ANEXO 1

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Título do estudo: O círculo de Thrower em pessoas com diagnóstico ICPC2 P e/ou Z associado à Covid-19: avaliação da sua importância semiológica e terapêutica.

Explicação:

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, eu, Mariana Saraiva, estou a desenvolver um estudo relativo às vantagens da aplicação do Círculo de Thrower no decorrer da consulta, sob orientação do Professor Doutor Luiz Santiago e da Doutora Inês Rosendo.

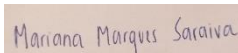
Para tal, solicito a sua participação no preenchimento de um breve questionário de uma página após a utilização do Círculo de Thrower na consulta destinada aos doentes com diagnóstico ICPC2 P e/ou Z, a partir de março de 2020. Não haverá mais nenhum pedido da nossa parte e os dados recolhidos serão sobre a sua opinião em relação à aplicação desta ferramenta e ainda o seu sexo, idade, formação e local de residência.

Por favor, leia atentamente e responda a todas as questões de forma honesta.

A participação nesta investigação tem um carácter voluntário, pelo que pode negá-la ou decidir interromper o preenchimento do questionário, a qualquer momento, se assim o entender, sem qualquer prejuízo. Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, conseguido através da utilização de um código de identificação “USFCCxx01 – em que USFCC é o nome da USF (substituir CC pelas iniciais da USF em causa), xx equivale à primeira letra do primeiro e último nome do médico e 01 corresponde ao número do utente submetido à técnica. O médico deverá colocar este mesmo número na versão destinada ao doente.

Se pretender algum esclarecimento sobre este estudo, por favor contacte a investigadora Mariana Saraiva pelo e-mail mariana.m.saraiva98@gmail.com.

Assinatura da investigadora:



Data: 17/09/21

Declaro ter lido e compreendido este documento e aceito participar neste estudo. Permito a utilização dos dados que forneço de forma voluntária, confiando que apenas serão usados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome do paciente:

Assinatura do paciente:

Se analfabeto ou incapaz de ler ou assinar, representante legal ou 2 testemunhas imparciais:

Nome: _____ assinatura: _____ parentesco: _____

Nome: _____ assinatura: _____ parentesco: _____

Este documento, composto de 1 página, é feito em duplicado: uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente.

ANEXO 2

O círculo de Thrower em pessoas com diagnóstico ICPC2 P e/ou Z associado à Covid-19: avaliação da sua importância semiológica e terapêutica - versão doente

Dados Biométricos

Código de identificação (Modelo USFCCxx01):

Sexo:

Idade:

Número de anos de estudos:

Zona onde vive:

Rural

Urbana

Avaliação da importância da aplicação do Círculo de Thrower na perspetiva do doente

Classifique a forma como a utilização do círculo de Thrower contribuiu para o desenrolar dos seguintes aspetos (coloque uma cruz na classificação que corresponde à sua opinião)

A intervenção que foi usada hoje na consulta:				
Possibilitou a compreensão da minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo)?	Completamente <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	Um pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
Permitiu explorar melhor os acontecimentos da minha vida diária?	Completamente <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	Um pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
Permitiu melhorar a relação médico-doente?	Completamente <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	Um pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
Promoveu a compressão das minhas emoções, sentimentos e preocupações?	Completamente <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	Um pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
Facilitou a conversa sobre o/s meu/s problema/s?	Completamente <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	Um pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
Senti-me ouvido/a?	Completamente <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	Um pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
Senti que o médico pareceu preocupado com as minhas relações familiares?	Completamente <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	Um pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>

1. Que vantagens/coisas positivas penso ter trazido esta ferramenta?

2. Que dificuldades/coisas negativas me trouxe esta ferramenta?

O presente formulário foi realizado com base no questionário Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy (JSPPE) e questionário de 9 perguntas sobre percepção do cuidado centrado na pessoa.

ANEXO 3

O círculo de Thrower em pessoas com diagnóstico ICPC2 P e/ou Z associado à Covid-19: avaliação da sua importância semiológica e terapêutica - versão médico

Dados Biométricos do médico

Código de identificação:

(Modelo USFCCxx01, em que USFCC é o nome da USF, xx equivale à primeira letra do primeiro e último nome do médico e 01 corresponde ao número do utente submetido à técnica. O médico deverá colocar este mesmo número na versão destinada ao doente)

Sexo:

Idade:

Código ICPC2:

Número de anos de serviço

Costuma utilizar o Círculo de Thrower em consulta: Sim Não
(pelo menos 2 vezes por ano)

Avaliação da importância da aplicação do Círculo de Thrower na perspetiva do médico

Classifique a forma como a utilização do círculo de Thrower contribuiu para o desenrolar dos seguintes aspetos (coloque uma cruz na classificação que corresponde à sua opinião)

A intervenção:				
Possibilitou uma melhor compreensão da perspetiva do doente?	Completamente <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	Um pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
Permitiu explorar os acontecimentos de vida diários que possam influenciar o quadro clínico?	Completamente <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	Um pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
Permitiu ao paciente perceber a minha preocupação acerca das suas relações familiares?	Completamente <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	Um pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
Ajudou-me a manter atualizado o conhecimento sobre a família do doente?	Completamente <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	Um pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
Ajudou o paciente a perceber que compreendo as suas emoções, sentimentos e preocupações?	Completamente <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	Um pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
Facilitou a conversa sobre o/s seu/s problema/s?	Completamente <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	Um pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
Após a sua aplicação, julgo que o paciente se sentiu ouvido/a?	Completamente <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	Um pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
Contribuiu para elaborar com a pessoa a lista de problemas na consulta?	Completamente <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	Um pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
Facilitou a definição em conjunto dos problemas a resolver?	Completamente <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	Um pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>
Permitiu melhorar a relação médico-doente?	Completamente <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	Um pouco <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>

1. Que vantagens/coisas positivas penso ter trazido esta ferramenta?

2. Que dificuldades/coisas negativas me trouxe esta ferramenta?

O presente formulário foi realizado com base no questionário em espelho da Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy (JSPPPE) e questionário “Auto percepção do desempenho da Medicina centrada na pessoa em MGF”

ANEXO 4

Documento explicativo da aplicação do círculo de Thrower em consulta

O presente documento serve para uniformizar a utilização do círculo de Thrower numa consulta de MGF. Deve ser de uso individual, tendo em conta o objetivo deste estudo, e divide-se em 3 fases principais:

1º Fase – Instruções

Este momento é da responsabilidade do médico. Destina-se à explicação detalhada do procedimento e deve incluir as seguintes informações:

1. Este grande círculo representa a sua família e os apoios sociais que dispõe no momento presente;
2. Mediante círculos mais pequenos, primeiro desenhe-se a si próprio e depois a todas as pessoas e apoios que forem importantes para si;
3. Os círculos (pessoas) podem estar dentro ou fora do grande círculo, tocarem-se ou estarem afastadas umas das outras;
4. Os círculos (pessoas) podem ser grandes ou pequenos, dependendo do seu significado ou influência;
5. Assinale cada círculo com uma inicial e date o desenho;
6. Não é um teste, não há círculos certos ou errados.

Como forma de aumentar o envolvimento do doente na ação, o médico pode, explicitamente, demonstrar o interesse em querer saber mais sobre ele. Frase de exemplo “Como seu médico de família, estou interessado em si, na sua família e o que é importante para si”

2º Fase - Desenho

Dar espaço e liberdade para o doente poder refletir e executar o desenho. O tempo estimado para esta fase é de, mais ou menos, 5 minutos.

3º Fase – Discussão

Inicialmente, o médico incentiva o doente a clarificar o que desenhou de modo espontâneo e sem interrupções. O clínico deve estar atento à interpretação não verbal e aos comentários

Posteriormente, o médico deve explorar alguns aspetos anteriormente exposto. As relações podem ser abordadas seguindo alguns pontos chave: proximidade e distanciamento, hierarquia de poder e tomada de decisão, regras e papéis na família, padrões na comunicação, fronteiras pessoais e subsistemas familiares.

Em jeito de conclusão da reflexão devem ser salientadas as principais problemáticas em consonância com o doente que servirão de base para a futura orientação terapêutica.

NOTA: Ter em consideração que embora esta técnica apenas tenha sido utilizada em meio de consulta individual, pode ser realizada em grupo numa consulta que incorpore subsistemas familiares (casal, irmãos, pais e filhos). Neste caso, todos os membros podem intervir ou apenas um assumir a postura ativa e expõe o seu ponto de vista.

ANEXO 5



Handwritten mark

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: DESFAVORÁVEL (Em 06/01/2022) FAVORÁVEL (Em 17/02/2022)	DESPACHO: <i>Tornou conhecido e deliberado aos membros o Parecer Final favorável da Comissão de Ética para a Saúde que se reuniu no dia 17.02.2022.</i> <i>24.02.2022</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P. <i>[Signature]</i> Dr.ª Rosa Reis Marques Presidente,
--	--

ASSUNTO:

Estudo 105/2021

O círculo de Thrower em pessoas com diagnóstico de COVID-19 e/ou Z associado à Covid-19: avaliação da sua importância semiológica e terapêutica

[Signature]
Dr. Fernando Cravo
Presidente

Estudo que pretende avaliar a importância do círculo de Thrower em doentes com patologia associada à covid-19 .
Os participantes serão doentes convidados pelos MF a responder a um inquérito bem como os próprios MF's.
Não é referido o procedimento de convite aos MF's, a amostra considerada, bem como a confidencialidade e o anonimato dos dados (os MF's e os doentes são identificáveis no questionário).
Apenas envia a autorização da USF de Celas
Vitor Rodrigues
06/01/2022

RESSUBMIÇÃO A 17.FEVEREIRO.2022

AS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES ACAUTELAM OS PONTOS EM ANÁLISE

APENAS A USF CELAS PARTICIPARÁ

PARECER FAVORÁVEL

O Relator: Prof. Doutor Vítor Rodrigues
[Signature]

O Presidente da CES: Prof. Doutor Fontes Ribeiro
[Signature]