

A comunicação da saúde e o “efeito placebo”

Isaac Epstein¹

Resumo

A comunicação da saúde ao público, seja na inter-relação dual médico-paciente, através das interações nos grupos focais ou pela mídia, deve sempre ter o compromisso ético da comunicação, na forma mais adequada, da “verdade” ou, pelo menos, verossimilhança científica (no estado atualizado da arte) acerca da promoção da saúde, seja na forma de prevenção, tratamento ou cura das enfermidades.

Como entender sob este ponto de vista, o “efeito placebo”, que também tem o objetivo de aliviar o ser humano do sofrimento causado pela perda da saúde, mas agora baseado na ficção (na perspectiva da medicina hegemônica) que é a sua essência?

Este artigo procura descrever alguns aspectos do entendimento científico atual deste “efeito” explora sua natureza, características, limitações e possibilidades na promoção da saúde dentro de uma perspectiva ética, mas também pragmática. São mencionadas as várias explicações atuais para este “efeito: a psicológica (reflexo condicionado), antropológica (mediante descrições de procedimentos mágicos e curativos em culturas ditas “primitivas”), bases psiconeurofisiológicas do fenômeno placebo-nocebo etc. São tratadas também algumas das dificuldades que o “efeito placebo” causa nos ensaios “duplo cego” para determinar a eficácia real de novos medicamentos no tratamento de determinadas enfermidades.

Palavras-chave: Placebo; nocebo; saúde

Abstract

Health communication addressing the public, whether in the context of doctor-patient interrelation, through interactions of focal groups or via mass communication, should always have the ethical commitment of communication, in the most suitable form, of the “truth” or, at least, the scientific verisimilitude (in the updated state of the art) concerning health promotion, whether in the form of prevention, medical treatment or cure of diseases. From this standpoint, how to make sense out of the “placebo effect” whose goal is also to alleviate human suffering caused by the loss of health, but now based on the fiction (from the hegemonic medicine perspective) which is its very essence? This article aims at describing some aspects of the actual scientific understanding of this “effect”, exploring its nature, typical traits, limitation and possibilities in health promotion under an ethical but also pragmatic perspective. Several present explanations are mentioned concerning this “effect”: the psychological one (conditioned reflex), the anthropological one (through descriptions of magical and curative procedures in so called “primitive” cultures), the psycho-neuro-physiological bases of the placebo-nocebo phenomenon, etc. Besides, we deal with the some of the difficulties that the “placebo effect” causes in double-blind trials (to determine the real efficacy of new medicines in the treatment of certain diseases).

Key-words: Placebo; nocebo; health

¹ Isaac Epstein (isaacepstein@uol.com.br) é doutor em Ciências da Comunicação pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA/USP). Consultor Ad Hoc da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), é ex-diretor adjunto e atual consultor da Cátedra Unesco de Comunicação para o Desenvolvimento Regional da Universidade Metodista de São Paulo (UMESP). Tem experiência na área de Comunicação, com ênfase em Teoria da Comunicação, atuando principalmente nos seguintes temas: Comunicação, Poder, Linguagem, Gramática, Código Forte e Código Fraco.



Os avanços e recursos da medicina moderna, sejam no diagnóstico, sejam nas terapias das enfermidades, repousam cada vez mais nos métodos científicos da descoberta e verificação empírica dos resultados dos tratamentos propostos. Vale dizer que a medicina tende a ser cada vez mais “ciência” e menos “arte”. Este fato se faz presente logo na primeira interface entre o paciente e seu “curador”, médico. Cada vez mais o tempo da consulta se encurta e o número de exames solicitados pelo médico se alonga. Em muitos casos, mais confiante nos resultados dos exames do que no seu próprio contato físico com seu paciente, seja ouvindo atentamente a descrição de seus sintomas, seja auscultando os ruídos e vazios de seu corpo, apalpando-o em busca de sinais de patologias, o médico, às vezes, se desumaniza, assumindo o papel de mais um captador e intérprete de sinais provindos de uma parafernália técnica. Nesse sentido, seu contato verbal, visual e corporal com os pacientes se minimiza, resultando a relação médico-paciente em uma interação programada e capaz de ser substituída, em determinadas especialidades, por um *software*³.

No intuito de reverter esta situação, a Comissão da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, em 2001, priorizou nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em

Medicina, (Resolução CNECES n. 4. de 7/11/2001) os aspectos humanísticos, éticos e da integralidade da saúde, no perfil do médico generalista recém-formado, estimulando a “interdisciplinaridade, em coerência com o eixo do desenvolvimento curricular, procurando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais”²⁵.

Em qualquer procedimento médico, os efeitos terapêuticos relacionam-se a dois tipos de fatores:

“‘específicos’ como características e efeitos dos medicamentos indicados (dose, duração, via de administração, farmacodinâmica, interações medicamentosas), outros procedimentos, (cirurgia, e outros atos invasivos ou não invasivos) e “não específicos” (história e evolução natural da doença, regressão à média, aspectos socioambientais, variabilidade intra e interindividual, desejo de melhora, expectativas e crenças no tratamento, relação médico-paciente, características não farmacológicas do medicamento etc). O fenômeno placebo-nocebo, faz parte destes últimos.” (idem)

O Efeito Placebo é o nome técnico para designar o poder da mente em curar o corpo sem uma óbvia intervenção física. Às vezes é conseguido por meio da administração de uma pílula feita de material inerte, outras vezes por uma injeção de água destilada⁵. Nestes casos, a eficácia do efeito placebo aumenta com

o fato da atribuição terapêutica ser enunciada ao paciente por alguém com legitimidade para tanto no campo da saúde, e no qual o paciente deposita confiança de que se trata de um procedimento com atributos terapêuticos^{II}. Outras vezes é feito um procedimento ou manobra inócua à qual é atribuído também um efeito de cura ou alívio^{III}. O placebo, portanto, é um simulacro de medicamento ou de tratamento. É uma técnica praticada marginalmente, quando julgada útil, mas, de qualquer modo, não muito comentada, porque numa perspectiva ética trata-se da imposição de uma inverdade. Se o placebo fracassa num caso que demanda um medicamento real, o profissional que o utiliza pode ser acusado de negligente.

Este ator pretensamente curativo, apenas compara eventual na teatralidade do ato terapêutico, começa a ser promovido, reconhecido e legitimado quando a norte-americana *Food and Drugs Administration* (FDA) recomendou e, logo após, exigiu, que os ensaios clínicos sobre os efeitos de determinados fármacos fossem feitos no procedimento de duplo cego que atualmente

é padrão. Este procedimento consiste em ensaios clínicos nos quais os pacientes são subdivididos em três grupos com igual número de indivíduos. Um grupo receberá o novo medicamento a ser testado, o segundo, o placebo, e o terceiro nada receberá^{IV}. Em princípio, o diferencial entre o resultado positivo do efeito do medicamento entre os que o recebem e os que recebem o placebo aferirá a eficácia da fórmula testada. Há que se considerar também que, em certos casos, há uma remissão espontânea. Nestes casos, deve-se levar em conta o diferencial entre os que receberam o medicamento e os que apresentaram uma remissão espontânea sem também terem recebido nem o medicamento nem o placebo. Em alguns casos, há uma repercussão econômica considerável de alguns contratempos causados pelo efeito placebo^V.

Algumas metanálises têm verificado a resposta do efeito placebo (em % de melhora) em doenças isoladas, utilizando ensaios clínicos controlados²⁵: Influenza na doença de Crohn, (32 casos, 19%)²²; Síndrome da fadiga crônica (29 casos, 19.6%)⁴; Síndrome do intestino irritável (45 casos, 45%)¹⁶; Colite ulcerativa, (26.7%)¹⁰; Depressão maior (29.7%)²⁴; Distúrbio bipolar (31.2%)²³ e Profilaxia da enxaqueca (21%)¹⁴.

As hipóteses explicativas clássicas para o efeito placebo se dividem em várias categorias¹⁸: a primeira deriva das teorias de condicionamento de Pavlov. O indivíduo teria, no passado, obtido uma melhora em sua condição de enfermo quando submetido a algum procedimento terapêutico: administração de medicamentos ou outro qualquer, porém, dentro do contexto médico. As condições destes contextos seriam, então, sinais que condicionariam a melhora na administração do placebo (Tal como o cão que é condicionado a salivar quando ouve uma sineta, à qual tinha no passado sido associada à administração do alimento). A eficácia do reflexo condicionado pode até inverter, em alguns casos, o efeito do fármaco administrado^{VI}. Uma segunda teoria explica o efeito placebo como decorrente da sugestibilidade das pessoas. De fato, a eficácia do efeito placebo pode variar enormemente de pessoa para pessoa. Alguns indivíduos seriam mais sensíveis que outros ao fenômeno²¹. Uma terceira explicação associa este efeito à variação de atividade neurológica e química cerebral. De fato, pesquisas têm sugerido que o efeito analgésico do placebo envolve tanto redes cognitivas como sistemas endógenos de geração de opióides¹⁷.

^{II} É claro que o lugar profissional de quem prescreve: médico, terapeuta, etc, outorga o atributo da legitimidade às pessoas que prescrevem.

^{III} Segundo Price (et al)²⁰ "Nossa compreensão e conceituação do efeito placebo mudou sua ênfase de um enfoque no conteúdo inerte de um agente físico para uma simulação conjunta de uma intervenção terapêutica. A pesquisa tem identificado vários tipos de respostas a placebos conduzidas por diferentes mecanismos que dependem do particular contexto onde o placebo é ministrado. Algumas respostas ao placebo como a analgésica são iniciadas e mantidas pela expectativa de uma alteração dos sintomas e mudanças na motivação e nas emoções. O placebo pode ter efeitos neuro biológicos cerebrais e corporais. Outras respostas ao placebo resultam de processos menos conscientes tais como o condicionamento clássico como no caso das funções hormonais e respiratórias. A demonstração do envolvimento dos mecanismos do placebo em testes clínicos e a prática clínica rotineira induziu a interessantes considerações para o desenho de testes clínicos e abriu oportunidades para considerações éticas".

^{IV} Outra questão que surge é a de se saber se é ético utilizar placebos em testes. Em suma, se administramos a alguns pacientes uma pílula inerte, suspendendo sua medicação usual, isto não poderia agravar os sintomas? Muitos críticos sugerem que as novas drogas, especificamente as psiquiátricas, deveriam ser comparadas não com o placebo, mas com as drogas já existentes⁶. O FDA sustenta que as drogas psiquiátricas e algumas outras como as anti-hipertensivas constituem um caso especial, porque seus efeitos são difíceis de evidenciar. É comum nos testes com estas drogas o efeito placebo conseguir atingir de 30 a 50% de melhora.

^V A revista Science nos relata (Science, 09/04/99: 238) que uma invenção do laboratório Merk, o MK-869, foi anunciada como a droga do milênio, pois os testes tinham comprovado sua eficácia contra a depressão, além de não apresentar os efeitos indesejáveis de outros produtos no mercado. Após o anúncio, as ações da Merk subiram vários pontos, e psiquiatras e pacientes deprimidos passaram a aguardar ansiosamente o novo remédio. Surpreendentemente, algum tempo depois, o medicamento voltou para a prateleira, não como antidepressivo, mas como tendo uma indicação limitada para tratamento da náusea causada pela quimioterapia. O que teria ocorrido? Segundo o comunicado da Merk para a imprensa de 22 de Janeiro de 1999, o medicamento tinha sido vítima da "praga do placebo". Novos testes foram efetuados, confessou o laboratório, mostrando que pacientes que tinham recebido pílulas inócuas melhoraram da depressão tanto quanto os que receberam o medicamento. No mesmo dia as ações da Merk caíram cinco por cento na bolsa.

Uma distinção pode ser feita entre o efeito placebo real e o falso efeito placebo. Os pesquisadores que realizam os testes em novas drogas, às vezes, mantêm certas esperanças quanto a seus resultados. Se estes são marginais ou apenas inconclusivos, a “leitura” destes resultados pode ser distorcida pelo pesquisador. Este fenômeno pode ocorrer, inclusive, em ciências naturais, quando resultados de experimentos são interpretados diferentemente por cientistas com interesses divergentes⁵. Mas, o falso placebo também pode ocorrer quando o próprio paciente altera inconscientemente o resultado. O verdadeiro efeito placebo apenas é realmente aferido nos testes duplo-cego, isto é, quando nem o pesquisador, nem o paciente sabem se está sendo administrado o medicamento ou o placebo.

O verdadeiro efeito placebo deve ser efetiva ou potencialmente mensurável por mudanças fisiológicas: aumento de endorfinas gerado no cérebro, aumento do sistema imune ou melhora na cicatrização de um ferimento. Em casos de enfermidades como a depressão, esta aferição é mais complicada, devido ao grau de dificuldade em aferir objetividade à gravidade dos sintomas.

O efeito placebo, como dissemos, se baseia, afinal de contas, numa mentira: O paciente pensa que ingere um medicamento ou passa por um procedimento médico indicado, quando, em realidade, nada disto ocorreu, e o procedimento foi apenas simulado. O paciente melhora a partir de um tratamento fictício. Como aproveitar pragmaticamente este efeito? O médico ou o provedor devem, sem nenhum eufemismo, “mentir” ao paciente.

⁵O procedimento é assim descrito: “Após fazer soar um estímulo sonoro, aplica-se, em um cão, uma injeção de acetilcolina. Em resposta à acetilcolina o cão tem hipotensão (queda da pressão arterial). Se, depois de diversas combinações do som com a injeção, substituirmos a acetilcolina por adrenalina, o cão continuará a ter hipotensão. Deveria ter hipertensão (aumento da pressão arterial), portanto o condicionamento mudou completamente a resposta ao segundo agente. A ação farmacológica da adrenalina foi anulada. Seria de se esperar que o cão, ao recebê-la, tivesse aumento da pressão arterial; mas como está recebendo aquela injeção condicionalmente associada ao estímulo sonoro, que para ele é sinal de hipotensão, sua pressão continua a baixar. O organismo do cão ignora o efeito farmacológico da adrenalina e obedece ao sinal de hipotensão, registrado no sistema nervoso central. Fato muito importante é que diversos estímulos ambientais podem conjugar-se entre si, formando uma verdadeira cadeia, e qualquer desses estímulos pode agir como sinal e por em marcha o reflexo condicionado. Outros estímulos do ambiente podem apresentar o mesmo efeito, como, por exemplo, a entrada na sala onde a experiência se realiza, a visão do experimentador, a audição de sua voz (mesmo fora da sala), etc” (Amaral JR, Sabbatini R¹).

⁶ Na 34ª Reunião da SBPC, realizada em Campinas (SP), coordenamos em nome da Intercom (Epstein, 1982) um simpósio denominado “Informação e Desinformação em Medicina” com a participação de: Profa. Anna Kossak Romanach, (Instituto Hahnemanniano do Brasil), Nelson Guimarães Proença (Presidente da Associação Paulista de Medicina), Prof. Otto Guilherme Bier (Fundação Oswaldo Cruz) e Waltencyr Linhares (Presidente da Associação Paulista de Homeopatia). Este simpósio foi especialmente dedicado a alguns aspectos das diferenças entre as práticas médicas alopáticas e homeopáticas.

Se o placebo não faz efeito e o paciente piora, o médico terá sido negligente. Ficaria a critério dos médicos a “mentira” a ser praticada em nome de um suposto benefício ao paciente. A prática do placebo foge, portanto, a qualquer protocolo terapêutico oficialmente aprovado a ser seguido, o que sempre, seja qual for o resultado do tratamento, é uma defesa corporativa aos procedimentos do profissional. Na ausência deste apoio, a prática do placebo deixa o profissional carente do apoio corporativo. Isto é, sem dúvida, um obstáculo sério à prática explícita do placebo. Dizemos explícita, porque quantos procedimentos terapêuticos “alternativos” não são, afinal, meros placebos?^{7 VII}

De qualquer forma chegamos a uma questão paradigmática. Como tem sido demonstrado, o placebo funciona em certo número de casos e instâncias médicas, com eficácia variável de acordo com a natureza do distúrbio e o perfil do paciente. É uma prática marginal, vista do ponto de vista da medicina hegemônica herdeira de uma tradição científica positivista. A medicina hegemônica procura sinais palpáveis das moléstias, de suas causas e efeitos dos possíveis tratamentos. Quando é necessário saber com precisão a causa da morte, os médicos procuram, através da autópsia, os sinais concretos dos danos nos órgãos, nos tecidos, nos ossos, nas artérias etc. O efeito placebo, apesar das explicações mencionadas, continua a ser uma “zona cinza” na medicina: uma terapêutica com certo grau de eficácia sem nenhuma intervenção material direta no paciente.

Numa sociedade dita “primitiva” esta zona cinza não existe porque, ao contrário da nossa cultura “científica” a cura é sempre mediada por processos simbólicos e rituais e não conduzida por meios químicos e físicos. Se o feiticeiro ou curador “primitivo” utiliza ervas ou qualquer outro meio material isto é apenas secundário em relação ao efeito do “tratamento”. O efeito deste repousa na sua natureza “mágica”, sob o ponto de vista da medicina hegemônica, ou ritual, do ponto de vista cultural.

O efeito placebo está, portanto, intimamente ligado à incerteza e ao segredo; o placebo jamais deve ser confessado, sob pena de perder seu efeito. Podemos, no entanto, distinguir algumas crenças básicas concernentes ao efeito placebo.

Primeira crença genérica: O efeito placebo é devido exclusivamente à ignorância do paciente e à manipulação do médico. Uma segunda crença é baseada na

antropologia médica, e é uma redefinição, por Levi-Strauss¹³, do efeito placebo como “resposta-significado”, no registro da eficácia da biomedicina em termos performativos e simbólicos. Levi-Strauss menciona uma prática em algumas sociedades ditas “primitivas”. No Capítulo IX de seu livro e no capítulo “O Feiticeiro e sua magia”, diz Levi-Strauss:

“Desde os trabalhos de Cannon, percebe-se mais claramente quais os mecanismos psico-fisiológicos nos quais estão fundados os casos atestados em inúmeras regiões do mundo, de morte por conjuro ou enfeitiçamento; um indivíduo, consciente de ser objeto de um malefício, é intimamente persuadido, pelas mais solenes tradições de seu grupo, de que está condenado; parentes e amigos partilham desta certeza. Desde então, a comunidade se retrai; afasta-se do maldito, conduz-se a seu respeito como se fosse, não apenas morto, mas fonte de perigo; em cada ocasião, e por todas as suas condutas o corpo social sugere a morte da infeliz vítima que não pretende mais escapar àquilo que considera como seu destino inelutável... O enfeitiçado cede à ação combinada do imenso terror que experimenta, da retirada súbita e total dos múltiplos de referência fornecidas pela convivência do grupo... A integridade física não resiste à dissolução da personalidade (...). Não há, pois razão para duvidar de certas práticas mágicas. Mas, vê-se, ao mesmo tempo, que a eficácia da magia implica na crença da magia e que esta se apresenta sob três aspectos complementares: existe, inicialmente, a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas; em seguida, a crença do doente que ele cura, ou da vítima que ele persegue, no poder do próprio feiticeiro; finalmente a confiança e as

exigências da opinião coletiva que formam a cada instante uma espécie de campo de gravitação no seio do qual se definem e se situam as relações entre o feiticeiro e aqueles a que ele enfeitiça...”

A contribuição da antropologia nos ajuda a vislumbrar, segundo paradigmas distintos^{viii}, fenômenos, que certamente não são idênticos, mas que comungam alguns traços comuns: com alguma semelhança, o efeito placebo que, apesar das explicações mencionadas, continua marginal no paradigma científico da medicina; e a magia do feiticeiro (magia, pelo ponto de vista da ciência), completamente “natural” para a sociedade que a pratica. Um efeito visível e material causado por um rito apenas simbólico.

A eficácia do “efeito placebo” nos mostraria traços “arcaicos” em nossa psique? Mas também há outras pistas a perseguir. O paradigma da ciência pressupõe a experiência como prova final de suas “verdades”, enquanto a crença na magia é sempre apriorística^x. Todavia, tal como os resultados negativos dos procedimentos mágicos, também alguns dos resultados negativos das observações e experimentos na fase de “ciência normal” descrita por Kuhn¹¹ não alteram a crença no paradigma vigente. São apenas “anomalias” aguardando a emergência de um novo paradigma para sua assimilação. ^xOs critérios de demarcação entre ciência e não ciência não são tão absolutos como poderiam fazer crer os paradigmas positivista e pós-positivista da ciência^{xi}.

É sabido também que alguns indivíduos respondem com mais intensidade que a média das pessoas ao efeito placebo. Para eliminar a influência destas pessoas do teste subsequente, isto é, o duplo cego, (DC) foi efetuado um “cego singular” (CS) no qual apenas foi administrado o placebo com conhecimento dos médicos, mas desconhecimento dos pacientes. Nestes testes “cego singular”, as respostas positivas ao efeito placebo foram baixas e apenas foi possível eliminar alguns dos pacientes da totalidade dos, digamos, placebos positivos revelados PP no DC. Comparando os resultados do número dos PP nos testes CS com os PP do duplo cego, DC, verificou-se um aumento dos PP nos DC em relação aos CS. Em verdade, a diferença entre os testes CS e os DC é que nos primeiros os médicos sabiam que estavam ministrando o placebo e nos DC, não sabiam. Esta ignorância dos médicos, acreditando estar ministrando o medicamento, em verdade, aumentava

^{viii} Utilizamos aqui o termo “paradigma” no sentido que lhe deu Kuhn¹¹, isto é, uma crença ou conjunto de crenças apriorísticas às próprias teorias científicas. A vigência de determinado paradigma não é sujeita a contestação (ao contrário das teorias científicas) a não ser em situações de “ciência extraordinária”, véspera das chamadas “revoluções científicas” que culminam justamente na substituição de paradigmas.

^{ix} Para Marcel Mauss¹⁵: “Mas, enquanto toda a ciência, mesmo a mais tradicional, se concebe ainda como positiva e experimental, a crença na magia é sempre apriorística... a magia tem tal autoridade, que, em princípio, a experiência contrária não abala a crença... Até os fatos desfavoráveis a favorecem, pois se pensa sempre que eles são o efeito de uma contra magia, de falhas rituais e geralmente, que se devem ao fato de as condições necessárias das práticas não terem sido observadas” (p.122).

^x Há exemplos clássicos na história da astronomia: O célebre “desvio” da órbita do planeta Marte em relação ao paradigma das órbitas circulares, apenas “explicado” pelas leis de Kepler das órbitas elípticas, assimiladas, mais tarde, pelo paradigma newtoniano. Um segundo exemplo, mais atual, é o resultado negativo do experimento de Michelson e Morley destinado a aferir o movimento “absoluto” da Terra em relação ao espaço newtoniano. Este resultado foi considerado uma “anomalia” até sua assimilação pelo paradigma da teoria da relatividade.

^{xi} Um dos mais conhecidos destes critérios é o de Popper¹⁹.

o efeito-placebo¹². Este é um aspecto intrigante deste efeito, uma vez que a crença dos envolvidos, pacientes e médicos, de que se tratava de um medicamento real e não do placebo, nos dá uma dimensão intersubjetiva do fenômeno. Lembra-nos a narrativa acima do rito de feitiçaria descrito por Levi-Strauss, em que a crença na eficácia do procedimento mágico deve não só ser partilhada pelos parceiros intervenientes (feiticeiro e “paciente”), como por todo o grupo e o contexto no qual ocorre o fenômeno.

Embora, continua Lackoff, “os antropólogos haviam já compreendido o significado da intersubjetividade no processo da cura, isto jamais havia sido comprovado de uma maneira pragmática” o juízo mágico é, em realidade, uma afirmação coletiva.

Em uma reunião efetuada por especialistas no Eggeland-Hospital em Driburg, Alemanha, com o título: “Placebo e Nocebo: efeitos e fenômenos na prática geral”, realizada nos dias 13,14 e 15 de Junho de 1997⁸, se constatou que “cerca de 30% de cada efeito terapêutico deve ser atribuído ao efeito placebo”. Nesta reunião foram examinados os resultados de entrevistas com duração de uma hora e meia até dez horas, feitas com 19 especialistas, no período de setembro de 1996 até março de 1997. Os especialistas se dividiram em dois grupos: o grupo denominado de “placebo forte”, que reivindica que os efeitos do placebo esclarecem dois em cada três efeitos terapêuticos, e o grupo dos céticos, que, por sua vez, achava que o efeito placebo ainda deveria ser provado. Apesar de não ter sido possível, nesta reunião, explicar o placebo pelas teorias médicas vigentes, foi sugerida a ideia de que se mudando o sinal positivo pelo negativo, isto é, em situações médicas e terapêuticas negativas, poderia ocorrer o “efeito nocebo”. Se bem que os efeitos placebo e nocebo tenham sido estudados nesta reunião, no contexto global da situação terapêutica, um tipo particular de mensagem nos chama a atenção para o efeito nocebo. Trata-se das informações contidas em algumas bulas de medicamentos: Seus “efeitos adversos”^{xii}.

Sabemos que, bem intencionadas, as bulas contêm informações aos médicos e aos pacientes. Se pelo menos uma parte variável do efeito benéfico é devida ao efeito placebo, isto é, da expectativa introjetada pelos pacientes, podemos supor que as informações adversas possam agir em sentido contrário, isto é, provocar os próprios efeitos adversos anunciados, principalmente quando são sugeridos vagamente ou passíveis de serem produzidos subjetivamente. Uma informação de um periódico médico norte-americano de enorme tiragem parece confirmar este fato^{xiii}.

A sugestão positiva (como a provocada pelo efeito placebo), pode ser benéfica aos pacientes, mas, a sugestão negativa, derivada de vários fatores, inclusive os efeitos adversos dos medicamentos anunciados em suas bulas, pode ter o efeito contrário. Atualmente, cada vez mais é dedicado um espaço tanto curricular como de pesquisa à complexa relação médico-paciente. Sem dúvida esta relação pode abrigar tanto o efeito benéfico do placebo, como o negativo do Nocebo⁹.

^{xii} Um exemplo, entre inúmeros, são as reações adversas assinaladas na bula de certo medicamento: “Reações adversas frequentes: Cefaléia, diarreia, constipação, dor abdominal, náusea, vômito e flatulência”.

^{xiii} “O efeito Nocebo pode ajudar a explicar porque as pessoas tomando medicamentos reais às vezes experimentam efeitos colaterais que não parecem ter sido causados pela droga. Estes efeitos indesejáveis podem fazer com que os pacientes deixem de tomar o medicamento ou os médicos a interromperem o tratamento”².

Referências

1. Amaral JR, Sabbatini RME. Efeito placebo: o poder da pílula de açúcar. *Revista Cérebro & Mente* 1999 Jul; 9.
2. Barsky AJ, Saintfort R, Rogers MP, Borus JF. Nonspecific Medication Side Effects and the Nocebo Phenomenon. *JAMA* 2002; 287:622-627.
3. Belfort R, Schor P. Programas inteligentes, inteligência artificial e oftalmologia. *Arq. Bras. Oftalmol.* 2000 Aug; 63(4).
4. Cho HJ, Hotopf M, Wessely S. The placebo response in the treatment of chronic fatigue syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med.* 2005;67:301-13.
5. Collins H, Pinch T. Dr. Golem: How to think about medicine. Chicago: University of Chicago Press; 2005.
6. Enserink M. Are Placebo-Controlled Drug Trials Ethical. *Science.* 2000 April; 288(5465): 416.
7. Epstein I. Informação e desinformação em medicina. *Boletim Intercom* 1982 Novembro/Dezembro (40): 25-28.
8. Epstein I. Nocebo e os eventuais efeitos adversos dos medicamentos relatados nas bulas. In: Melo JM, Epstein I, Gobbi MC, Gomes ALZ, organizadores. *Mídia, Mediação e Medicalização: Anais da VI Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde*; 2003 out. 1-3; São Paulo, Brasil. Brasília: Anvisa; 2005.
9. Epstein I, organizador. *A Comunicação também cura na relação entre médico e paciente.* São Paulo. Angellara; 2006.
10. Ilnycky JA, Greenberg H, Bernstein CN. Quantification of the placebo response in ulcerative colitis. *Gastroenterology.* 1997;112:1854-8.
11. Kuhn T. *Revoluções Científicas.* São Paulo: Perspectiva; 1978.
12. Lakoff A. Managing the Placebo effect in Antidepressant Trials. *MI.* 2000 April; (2): 72-76.
13. Levi-Strauss C. *Antropologia Estrutural.* Rio de Janeiro: Biblioteca do Tempo Universitário; 1967.
14. Macedo A, Banos JE, Farré M. Placebo response in the prophylaxis of migraine: a meta-analysis. *Eur Journal of Pain* 2008; 12:68-75.
15. Mauss M. *Sociologia e Antropologia.* São Paulo: Edusp; 1974.
16. Patel SM, Stason WB, Legedza A, Ock SM, Kaptchuk TJ, Conboy L, et al. The placebo effect in irritable bowel syndrome trials: a meta-analysis. *Neurogastroenterology Motil* 2005; 17: 332-40.
17. Petrovic P, Kalso E, Peterson KM, Ingvar M. Placebo and Opioid Analgesia- Imaging a Shared Neuronal Network. *Science* 2002 March; 295 (5560): 1737-1740.
18. Philipon P. L' effet placebo. *La Recherche.* 2003 Juillet-Août; (366): 54-57.
19. Popper K. *La lógica de la investigación científica.* Madrid; 1967.
20. Price DD, Finniss DQ, Benedetti F. Comprehensive of the Placebo Effect: Recent advances and Current Thought. *Annuan Review of Psychology.* 1998; 59: 565-590.
21. Quitkin FM, McGrath PJ, Stewart JW. Placebo run-in period in studies of depressive disorders, Clinical, heuristic and research implications. *Brit, Journal Psychiatry.* 1998; 173: 242-248.
22. Suc C, Lichtenstein GR, Krok K, Brensinger CM, Lewis JD. A meta-analysis of the placebo rates of remission and response in clinical trials of active Crohn disease. *Gastroenterology.* 2004;126:1257-69
23. Sysko R, Walsh BT. A systematic review of placebo response in studies of bipolar mania. *Journal of Clin Psychiatry.* 2007 Aug; 68(8):1213-7.
24. Walsh BT, Seidman SN, Sysko. R, Gould M. Placebo response in studies of major depression: variable, substantial, and growing. *JAMA.* 2002;287:1840-7.
25. Zulian Teixeira M. Bases psiconeurológicas do fenômeno placebo-nocebo: evidências científicas que valorizam a relação médico-paciente. *Revista da Associação Médica Brasileira.* 2001;55(1):13-18