

## EFEITO PLACEBO – IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA E O ENSINO DE ENFERMAGEM

Miriam Aparecida Barbosa Merighi\*  
Ivete Ollita\*\*  
Thelma Ribeiro Garcia\*\*\*

MERIGHI, M. A. B.; OLLITA, I.; GARCIA, T. R. Efeito placebo: implicações para a assistência e o ensino de enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo 23(2): –, ago. 1989.

*As autoras fazem uma revisão bibliográfica sobre o placebo e o efeito placebo, enfocando sua conceituação, histórico, tipos, ação, indicações e características da placebo reator, para fundamentar as implicações do seu uso e efeitos para o ensino e a assistência de enfermagem.*

**UNITERMOS.** *Assistência de enfermagem. Placebos.*

### INTRODUÇÃO

O uso de medicamentos como agentes terapêuticos é conhecido através da História. Fazendo-se um estudo retrospectivo da Medicina podemos observar que durante muito tempo, o uso de drogas, a religião e a criação e deuses confundiam-se com a figura de sacerdotes, feiticeiros, bruxas e pajés.

A liderança social destes indivíduos estava baseada e reforçada no ocultismo do prognóstico; no fato de a maioria das doenças serem provocadas por agentes inviáveis (que se confundiam com os maus espíritos); na necessidade de apoio psicológico do indivíduo doente; no conhecimento e manuseio de plantas medicinais, tóxicas e alucinógenas e em fatores psicológicos, tais como fenômenos de sugestão, medo e desejo de cura. Aliava-se, assim, a administração de drogas a verdadeiros rituais que, de uma maneira ou de outra, vinham satisfazer a necessidade do homem de buscar auxílio no seu semelhante. Tudo isso conferia aos remédios e a quem os administrava um poder místico, ZANINI et alij<sup>20</sup>.

---

\* Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP

\*\* Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Chefe do Serviço de Enfermagem do Hospital Público Municipal

\*\*\* Enfermeira. Mestre em Enfermagem

Ao conjunto de fatores que influenciam a ação dos medicamentos, além de sua ação farmacológica, deu-se o nome de efeito placebo e, segundo ZANINI & OGA<sup>21</sup> “pode-se admitir que, até o princípio do século XX, a maioria dos benefícios atingidos com o uso de remédios era fundamentalmente decorrente do uso do placebo”.

O emprego do placebo tem suscitado inúmeras controvérsias e dado origem a muitas pesquisas experimentais, além de muitos mitos terem sido criados ao seu redor. Para nós, portanto, enquanto enfermeiros responsáveis pela administração de medicamentos aos pacientes, o estudo do efeito placebo é fundamental, importando conhecer o que é o placebo, o que representa para a terapêutica, que pessoas reagem à sua administração e quais as implicações do seu emprego para a enfermagem.

É o que propomos a apresentar neste trabalho.

## 1 – O EFEITO PLACEBO – ASPECTOS RELEVANTES PARA A ENFERMAGEM

### 1.1 – *Definição de Placebo*

A palavra placebo foi introduzida pelos autores anglo-saxões para designar uma terapêutica fictícia ou em branco VELASQUEZ<sup>16</sup>. Segundo SHAPIRO<sup>13</sup>, ela corresponde à primeira pessoa do singular do futuro do indicativo do verbo latino *agradar*, equivalendo à frase “eu agradarei”.

Todas as definições encontradas para o termo, com pequenas variações são similares. Assim:

- O Hooper’s Medical Dictionary, em 1811, definiu placebo como “um epíteto dado a alguma medicação adotada mais para agradar do que para beneficiar o paciente” (SHAPIRO<sup>13</sup>).

- O Dorland Medical Dictionary, em 1951, definiu como “uma substância ou preparação inativa, outrora administrada para agradar ou gratificar um paciente, agora também usada em estudos controlados para determinar a eficácia de substâncias medicinais”(SHAPIRO<sup>13</sup>).

- Para COLEMAN<sup>5</sup>, “a palavra placebo é normalmente usada para designar um medicamento que não exerce nenhum efeito físico sobre o paciente, que não traz nenhum benefício físico a ele mas que deve ter um efeito psicológico definido e importante”.

- TROUNCE<sup>15</sup> define-o como “uma substância sem ação farmacológica, mas que é usada para produzir um efeito terapêutico”.

- COUTINHO<sup>6</sup> define placebo como “termo latino com que se designa qualquer substância ou preparo inativo dado a um doente, não com o fim de

exercer qualquer ação definida, mas porque o paciente não sossega enquanto se lhe não fizer qualquer tratamento”.

### 1.2 – *Tipos de placebo*

Segundo SHAPIRO<sup>13</sup>, “o tipo mais largamente conhecido é o *placebo puro* – uma substância inerte tal como lactose, comprimidos de açúcar ou amido, água destilada ou solução salina isotônica que fisiológica, biológica e organicamente são inativas. Outro tipo mais sutil e quase sempre irreconhecível é o *impuro* ou *placebo adulterado* que contém algum ingrediente ativo, mas que não exerce nenhum efeito sobre a doença do paciente. Ele deve conter uma substância certamente ativa, mas é dado em circunstâncias inapropriadas ou em dosagens inadequadas”.

CARVALHO NETO<sup>4</sup> classifica os placebos em ativos e inertes. Os inertes correspondendo aos “placebos puros” citados por SHAPIRO<sup>13</sup> e os ativos aos tipos impuros. Como exemplo destes últimos, cita os analgésicos utilizados em doses subterapêuticas e a vitamina B<sub>12</sub> para tratamento “revigorante” em pacientes sem anemia perniciosa. O autor inclui, também, no grupo dos placebos ativos, substâncias farmacologicamente ativas, prescritas em doses certas, porém para indicações erradas.

Em relação a procedimentos que possam exercer efeito placebo VOGEL et alii<sup>17</sup> afirmam que “estudos antropológicos e sociológicos têm sugerido que um significante efeito placebo pode acompanhar uma variedade de procedimentos médicos que não têm valor terapêutico específico. Desta forma, torna-se difícil determinar a verdadeira eficácia terapêutica de procedimentos cirúrgicos tais como a vagotomia e piloroplastia em úlcera péptica”.

A aparência e a forma de apresentação da droga placebo são importantes. Em seu trabalho, COLEMAN<sup>5</sup> cita Routon, o qual afirmou que, para propósitos médicos, os placebos devem ser preferencialmente vermelhos, amarelos, ou marrons, de sabor amargo e nem muito grandes nem muito pequenos. As cápsulas parecem mais efetivas que os comprimidos e, para alguns pacientes, a forma parenteral funciona melhor.

Lasagna, citado por GOSHEN<sup>8</sup>, sugeriu que, para ser comercialmente bem sucedido, um placebo deve ser, primeiro, essencialmente atóxico; segundo, não deve haver nenhuma droga evidente para comparação e terceiro, ele deve ser supostamente útil para algo que seja de difícil avaliação ou que tenha um alto índice de remissão espontânea. Segundo o autor, há duas classes de droga que preenchem estes critérios: os medicamentos para resfriados comuns e as assim chamadas, drogas tranqüilizantes.

### 1.3 – *Histórico e definição de efeito placebo.*

O efeito placebo tem sido responsabilizado pela eficácia de grande número

de terapias através da História da Medicina. Somente nos últimos 30 anos, entretanto, coincidindo com a introdução de medicações de comprovada eficácia biológica é que os efeitos do tratamento placebo têm sido estudados sistematicamente (GOODWIN et alii<sup>7</sup>).

Segundo COLEMAN<sup>5</sup>, o efeito placebo foi registrado pela primeira vez em 1946 por um médico chamado Vellinek, o qual descobriu que de 199 pacientes que se queixavam de cefaléia, 120 obtiveram alívio tomando comprimido que não continha ingrediente ativo.

Entretanto, para LOWINGER & DOBIE<sup>10</sup>, o interesse atual pelo placebo é devido em grande parte a BEECHER<sup>2</sup> que teve a inspiração para seus estudos enquanto trabalhava em Anzio, durante a II Guerra Mundial. Ele observou que apenas 25% dos soldados com graves ferimentos de guerra necessitavam de morfina para alívio da dor. Em comparação, 80% dos civis com ferida pós-operatória solicitavam medicação analgésica. No caso dos civis, a cirurgia representava problemas de ordem sócio-econômica ou familiar, enquanto que para os soldados os ferimentos representavam a passagem para a relativa segurança do hospital e, logo após, o retorno para seus lares.

Quanto ao que significa efeito placebo, SHAPIRO<sup>13</sup> o descreveu como “o efeito psicológico, fisiológico ou psicofisiológico de alguma medicação ou procedimento administrado ou realizado com intentos terapêuticos, o qual é independente de, ou minimamente relacionado com os efeitos farmacológicos da medicação ou com os efeitos específicos do procedimento, e que opera através de um mecanismo psicológico”.

CARVALHO NETO<sup>4</sup> o define como “respostas que não podem ser explicadas como devidas à ação farmacodinâmica da droga administrada”.

#### 1.4 – *Quem é o placebo reator.*

Nenhum retrato claro do “típico placebo reator” emerge da literatura sobre o assunto. Segundo Rickles, citado por ZANINI et alii<sup>20</sup>, “os pacientes respondem melhor ao placebo quando são jovens, portadores de doenças agudas, sem experiência medicamentosa prévia, possuidores de QI baixo, reduzido nível educacional e sócio-econômico e desprovidos de ansiedade severa ou moderada”.

GOODWIN et alii<sup>7</sup> fazem referência ao trabalho desenvolvido por Moertel et alii, os quais categorizaram os placebos reatores como auto-suficientes, de alto-nível educacional, com pesadas responsabilidades, desacostumados com a dependência que as doenças mutiladoras acarretam.

Para SHAPIRO<sup>13</sup>, não existem características de personalidade que possam ser relacionadas de forma consistente com o efeito placebo mas o autor acredita que há uma tendência dos placebos reatores para reeatar menos sintomas somáticos do que o fazem os não-reatores.

Em concordância com isto, Lasagna et alii, também citados por GOODWIN et alii<sup>7</sup>, encontraram em seus trabalhos resultados que mostram que os placebos reatores tendem a solicitar medicações menos freqüentemente e, além disso, a ser mais cooperadores com a equipe de enfermagem do que os não-reatores.

PERRY & HEIDRICH<sup>12</sup> acreditam que a forma como o placebo é administrado e por quem, influencia mais o seu efeito do que qualquer característica do paciente. Citam como exemplo disso o estudo realizado por D. Wheatley, cujos resultados indicaram que “a fé que o médico tem na droga que está prescrevendo e a maneira como esta fé é transmitida ao paciente exercem uma influência marcante no efeito da droga”.

Segundo WALIKE & MEYER<sup>18</sup>, “o comportamento da enfermagem exerce um papel significante nas reações placebo, não somente durante a administração ocasional de uma substância placebo mas, também, durante as atividades e interação com a família, quando os enfermeiros podem, por si mesmos, exercer um efeito placebo”.

Os placebos reatores não são, então, aqueles pacientes mais lastimosos os aborrecidos; eles não são tipicamente homens ou mulheres novos ou velhos, ou diferentes em inteligência. Pessoas mais “emocionais” e menos “racionais” não são mais suscetíveis a placebo, da mesma forma que uma personalidade tipicamente histérica não predispõe à reação placebo. Ao invés, toda sorte de pessoas, em uma variedade de ambientes, com muitos tipos de afecções já responderam aos placebos. Dadas as circunstâncias próprias, qualquer um pode ser um placebo reator.

### 1.5 – Ação dos placebos

Um mito corrente em relação ao uso dos placebos é que eles agem sobre a mente das pessoas e não sobre o corpo.

BEECHER<sup>2</sup> afirma que “não se deve supor que a ação dos placebos é limitada a reações psicológicas. Muitos exemplos podem ser dados de modificações fisiológicas produzidas por placebos”.

PERRY & HEIDRICH<sup>12</sup> citam como exemplos de reações fisiológicas que os placebos podem causar: constrição das pupilas, aumento da pressão sangüínea, modificações do ritmos respiratório e cardíaco, modificações na temperatura corporal. Além disso, eles podem influenciar as secreções gastrintestinais e a peristaltese, acentuar as reações por corticosteróides e modificar os níveis sangüíneos de creatinina e lipoproteínas. SVEDMYR<sup>14</sup> ratifica essa afirmação acrescentando que “até mesmo pessoas saudáveis reclamam desses efeitos quando tomam algum placebo”.

BEECHER<sup>2</sup> observou 35 diferentes efeitos tóxicos em pacientes em uso de placebos. Pague, citado por COLEMAN<sup>5</sup>, anotou 38 tipos diferentes de efeitos colaterais. Os problemas mais comuns relatados por estes autores foram: sialos

quese, náusea, opressão, cefaléia, dificuldade de concentração, sonolência, distúrbios do sono, urticária, constipação, anorexia, vertigens e até mesmo colapso por reação anafilática. A esse tipo de efeito CARVALHO NETO<sup>4</sup> denomina “efeito nocebo”.

O uso de placebos, portanto, quando mal orientado, é potencialmente perigoso.

### 1.6 – *Indicações e contra-indicações do uso dos placebos*

Há uma grande evidência, atualmente, de que em uma grande variedade de sintomas a administração de uma substância inerte produz uma melhora acentuada.

BEECHER<sup>2</sup> afirma que 30 a 40% dos pacientes que sofrem algum desconforto respondem tão bem a uma injeção placebo, como o fariam a uma injeção de 10mg de morfina e que este percentual provavelmente aumentará quando o estresse estiver associado à dor. As principais razões, por ele encontradas, que procuram justificar o uso do placebo são assim resumidas:

- Como um instrumento psicológico na terapia de certos sintomas derivados das doenças mentais.
- Como um recurso para o médico cansado de lidar com pacientes neuróticos.
- Em trabalhos experimentais em que se procura determinar o efeito verdadeiro de drogas, excluindo-se o fenômeno da sugestão.
- Como um instrumento de importância no estudo dos mecanismos de ação das drogas.

Segundo CARVALHO NETO<sup>4</sup>, “polêmicas intermináveis têm ocorrido quanto ao aspecto ético de prescreverem-se placebos com finalidade terapêutica determinada”. E, continua ponto de partida para a discussão a pergunta: “desde que posso aliviar a dor de meu paciente com 1ml de soro fisiológico, por que ministrar-lhe opiáceos?”

Os pacientes cronicamente queixosos desafiam a necessidade do médico de acreditar que ele pode curar “seu paciente”. Prescrevendo o placebo ele tenta, muitas vezes, convencer a si mesmo que de fato, “curou o paciente” mas que ele está simplesmente “se recusando” a melhorar GOODWIN et alii<sup>7</sup>.

O maior risco do placebo é que, sendo ministrado, o paciente poderá não receber o tratamento específico para sua doença quando tal tratamento está disponível. Por esta razão, alguns autores fazem recomendações quanto ao seu uso.

SVEDMYR<sup>14</sup> diz que “o placebo nunca deve ser usado terapeuticamente antes que um diagnóstico exato tenha sido formado”. Além disso, “em doenças malignas o placebo não deve ser usado em lugar da medicação alternativa, mesmo

porque as chances de um efeito benéfico do tratamento são mínimas”.

GOODWIN et alii<sup>7</sup> afirmam que:

- “A terapia placebo não deve ser ordenada antes que o médico tenha examinado suas indicações de forma até mesmo mais cuidadosa do que se estivesse para prescrever uma terapia específica.
- O médico que relaxa seus esforços diagnósticos porque o paciente aparenta responder a um placebo, pode perder a oportunidade de tratar uma condição remediável.
- A solução é o médico usar um placebo apenas quando ele se sente seguro que é verdadeiramente necessário para o bem do paciente que ele assim o faça e tenha reconhecido e considerado adequadamente quaisquer sentimentos interferentes que possam ter surgido dentro de si”.

Para WALLACE<sup>19</sup>, “há somente uma indicação para o uso dos placebos: nos estudos duplo-cegos. Além disso, o placebo como tratamento deve ser banido sempre”.

## 2 – IMPLICAÇÕES DO USO E EFEITO DO PLACEBO PARA O ENSINO E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

GOODWIN et alii<sup>7</sup> realizaram uma pesquisa, envolvendo 60 médicos, 39 enfermeiras registradas e 27 enfermeiras práticas licenciadas e ajudantes-médicas de dois hospitais-escola universitários, para averiguar conhecimentos acerca do efeito placebo, bem como padrões do uso do placebo. Segundo eles, o grupo de enfermeiras (RNs e LPNs) foi incluído por causa da impressão que tinha de que elas exerciam um papel influente na decisão do médico de prescrever placebos para os pacientes hospitalizados.

Esse estudo mostrou que muitos médicos e enfermeiras subestimavam, ou estavam mal informados sobre o poder do placebo em aliviar a dor. Além disso, poucos médicos e enfermeiras relataram alguma instrução formal sobre o efeito placebo e sua utilidade. Em consequência disso, os placebos estavam sendo usados, geralmente, em pacientes suspeitos de “fingimento”, isto é, naqueles que solicitavam constantemente por analgésicos. Se o placebo resultava em alívio de dor, isto era tomado como prova de que o paciente estava abusando da atenção da equipe.

É necessário que nós paremos para refletir um pouco sobre o que este estudo pode significar.

Quantas destas “substâncias inofensivas” são administradas diariamente nas enfermarias hospitalares, para o paciente que se queixa persistentemente de dores ou que está somente “querendo” um comprimido? Por que as enfermeiras confiam

nos placebos? São perguntas feitas por WALLACE<sup>19</sup>

ORLANDO<sup>11</sup>, discorrendo sobre os elementos do processo de enfermagem, nos diz que “a situação de enfermagem compreende três elementos básicos: (1) o comportamento do paciente; (2) a reação do enfermeiro e (3) as ações de enfermagem que são destinadas ao benefício do paciente”.

Em relação ao comportamento do paciente diz que ele pode ser percebido pelo enfermeiro através de expressões não-verbais e de expressões verbais, que compreendem qualquer coisa que o paciente diz, inclusive: “posso tomar algo para minha dor?”. O exemplo seguinte, que achamos por bem incluir neste trabalho, nos mostra “quão sem importância e de nenhuma preocupação profissional pode ser e parecer o comportamento apresentado pelo paciente até que seu significado para ele seja compreendido”.

*Uma paciente solicita codeína para dor.*

12L1 Uma paciente, espontaneamente disse à enfermeira que acabava de entrar no quarto: “Enfermeira, eu gostaria de tomar codeína para dor, agora”. “Por que a senhora quer codeína?”, perguntou a enfermeira. “Porque não me sinto bem”. Enquanto a enfermeira tentava saber o significado, para a paciente, da dor e do desconforto, a paciente disse: “Sinto como se estivesse com uma escoriação na coxa, e simplesmente não posso suportar essa sensação pegajosa e essa coceira”. Juntas, decidiram retirar algum esparadrapo antigo que estivesse junto do novo. Enquanto a enfermeira fazia isso a paciente disse: “Ah... agora me sinto muito bem”. Quando a enfermeira terminou, um olhar de absoluto prazer tomou o rosto da paciente enquanto ela disse: “Nossa, como eu estou me sentindo bem! Tomei codeína duas vezes ontem à noite e não resolveu. Agora não preciso dela”. ORLANDO<sup>11</sup>.

Durante o XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em Brasília de 01 a 07 de junho de 1980, um dos temas oficiais foi “A enfermagem e a totalidade da Prática – Relação de Ajuda”.

Para CARVALHO<sup>2</sup> ‘a assistência de enfermagem, como resposta diretamente voltada para as necessidades dos clientes, configura-se como relação de ajuda”.

Segundo ANDRADE<sup>1</sup> “a enfermagem se correlaciona e quase se confunde com o relacionamento de ajuda e, só SE PODE IDENTIFICAR COMO UM AGENTE DE ENFERMAGEM a pessoa que, legalmente habilitada, evidencia em sua vida profissional e na integridade de sua própria existência, os comportamentos que delineiam o perfil e a personalidade de um agente de ajuda”.

Ora, um pedido por “um comprimido” é certamente em “APELO POR AJUDA”.

Segundo WALLACE<sup>19</sup> o enfermeiro que administra apenas um placebo nes-

tas circunstâncias “acredita em conseguir paz a qualquer preço e não toma conhecimento do pedido de ajuda que considera injustificado”. Diz ainda que os placebos são um abuso de confiança e contradizem tudo o que o enfermeiro aprendeu na escola. Ele estará, certamente, ganhando tempo. Mas para quê?

Ajudar o paciente a exteriorizar suas necessidades e sentimentos pode ser contestado, como muito bem nos disse HENDERSON<sup>9</sup>, “como uma concepção romântica da enfermagem”. Segundo ela, “quanto mais compreensiva for a enfermeira, tanto mais confiança terão nela o doente e sua família e tanto melhor poderá ajudar o paciente a superar os efeitos psicológicos da doença”. E, ainda mais, “para determinar o estado do paciente, o médico tem confiado de certo modo nas informações que os enfermeiros lhe apresentam”.

Se o paciente se queixa constantemente de dores o obtém alívio após uma injeção de solução fisiológica, o que isso pode significar? Para muitos, a resposta seria que o placebo permitiu distinguir que a dor do paciente era imaginária. Entretanto, mesmo tendo um componente psicológico, *a dor o estava incomodando*. Não poderia ser ela a exteriorização de sua ansiedade ou depressão relacionadas com o fato de estar hospitalizado? Por que, então, ao invés de se administrar seguidamente o placebo, que surtiu efeito em uma primeira aplicação, não se cria uma situação interativa que permita ao paciente exteriorizar seus sentimentos e/ou temores?

A crescente especialização dos profissionais de saúde e a progressiva sofisticação dos equipamentos por eles utilizados modificaram, de certa forma, a importância que o enfermeiro dá a determinadas atividades. Assim, administrar a medicação aos pacientes tornou-se uma atividade simples, se comparada à complexidade das ações exigidas pela atual tecnologia hospitalar. Entretanto, o momento da administração de medicamentos foi, é, e continuará sendo uma oportunidade para o enfermeiro estabelecer o processo de relação de ajuda com o paciente pois, “o atender, responder, iniciar e orientar são os elementos interativos que permitem a operacionalização do processo” ANDRADE<sup>1</sup>.

### 3 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Entendendo-se por mito algo que existe somente na imaginação das pessoas e que, por isso mesmo, pode influenciá-las, chega-se à conclusão de que muitos mitos foram criados em torno do placebo e do efeito placebo. Entre eles: que os placebos agem sobre a imaginação das pessoas e não sobre o físico; que os placebos podem não ajudar, mas não podem causar danos; que os placebos agem primariamente sobre pessoas sugestionáveis, e que o efeito placebo depende apenas do paciente, não do enfermeiro ou do médico.

O emprego do placebo não nos pareceu, pelo estudo realizado, um assunto desprovido de importância. Ao contrário, além do risco potencial de o paciente

apresentar efeitos tóxicos após seu uso, corre-se também o risco de perder a confiança do paciente e de fazê-lo acreditar, no caso dos sintomas de ordem psicogênica, que sua doença realmente existia, já que os sintomas regrediram após a administração do medicamento prescrito pelo médico, deixando-se de tratar a causa básica para sua exteriorização.

Aparentemente, tem se dado pouca importância, durante a formação do médico e do enfermeiro, ao estudo do efeito placebo. Os próprios livros de Farmacologia não dão assunto a ênfase devida, haja vista a dificuldade que tivemos para fazer a revisão de literatura existente sobre o placebo, tendo que recorrer principalmente a periódicos estrangeiros. Essa deficiência se acentua no tocante aos aspectos específicos de enfermagem.

Esperamos ter contribuído para a correção de alguns erros conceituais sobre o efeito placebo e, para finalizar, sugerimos:

- que as escolas de Enfermagem incluam o estudo do efeito placebo como tópico obrigatório dos programas de Farmacologia;
- que os enfermeiros contribuam para um melhor entendimento sobre o efeito placebo, evitando usá-lo para determinar se a dor do paciente é real ou imaginária, para determinar a severidade da dor, ou para julgar a personalidade do paciente, sugestibilidade ou psicopatologia;
- que se atentem para os aspectos éticos do emprego do placebo, tirando-se proveito das recomendações cautelosas feitas pelos autores que têm se dedicado ao estudo do assunto.

MERIGHI, M. A. B.; OLLITA, I.; GARCIA, T. R. Placebo effect: implications for teaching and nursing practice. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo 23(2): -, Aug. 1989.

*The authors makes shows a bibliography review on the placebo and its effect, focusing on its conceptualization, description, types, action, indications and characteristics of the effects for teaching and nursing practice.*

UNITERMS: *Nursing cure. Placebos.*

### BIBLIOGRAFIA

1. ANDRADE, M. D. L. de. A enfermagem e a religião de ajuda. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 32, Brasília, 1980. *Anais*. Brasília, Associação Brasileira de Enfermagem, 1980. p. 81-4.
2. BEECHER, H. K. The powerfull placebo. *J. Amer. Med. Art.*, Chicago, 159(17):1602, Dec. 1955.
3. CARVALHO, V. de. A relação de ajuda e a totalidade da prática de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 32, Brasília, 1980. *Anais*. Brasília, Associação Brasileira de Enfermagem, 1980. p. 66-72.

4. CARVALHO NETO, E. *Farmacologia Clínica*. In: ZANINI, Antonio Carlos & OGA, Sei-zi. **Farmacologia aplicada**. 2 ed. São Paulo, Atheneu, 1982. cap. 7, p. 76-7.
5. COLEMAN, V. On placebos. *Nurs. Mirror*, Sussex, 139(13):79, Sept. 1974.
6. COUTINHO, A. C. **Dicionário Enciclopédico de medicina**. 3 ed. Rio de Janeiro, Argo, 1977, v.2, p. 1842.
7. GOODWIN, J. et alii. Knowledge and use of placebos by house officers and nurses. *Ann. Intern. Med.*, Philadelphia, 91(1):106-110, 1979.
8. GOSHEN, C. E. The placebo effect - for who? *Amer. J. Nurs.* New York, 66(2):293-4, Feb. 1966.
9. HENDERSON, V. **Princípios básicos sobre cuidado de enfermagem**. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Enfermagem, 1962. 62 p.
10. LOWINGER, P. & DOBIE, S. What makes the placebo work? *Arch. Gen. Psychiatry*, Chicago, 20:84-8, Jan, 1969.
11. ORLANDO, I. J. **O relacionamento dinâmico enfermeiro/paciente**. São Paulo, EPU, 1978. p.44-9.
12. PERRY, S. W. J. & HEIDRICH, G. Placebo response: myth and matter. *Amer. J. Nurs.*, New York, 81(4):720-5. Apr. 1981.
13. SHAPIRO, A. K. The placebo effect in the history of medical treatment: implications for psychiatry. *Amer. J. Psychiatry*, Washington, 116(4):298-304, Oct. 1959.
14. SVEDMYR, N. The placebo effect. *Scand. J. Rehabil. Med.* Stockholm, 11:169-172, 1978.
15. TROUNCE, J. R. **Farmacologia para enfermagem**. 7 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1977. p. 305-6.
16. VELASQUEZ, B. L. **Terapêutica con sus fundamentos de farmacología experimental**. Barcelona, Científico-Médica, 1958. p. 46-7.
17. VOGEL, A. V. et alii. The therapeutics of placebo. *Aust. Fam. Physician*, Sidney, 22(1):105-9, July 1980.
18. WALIKE, B. C. & MEYER, B. Relation between placebo reactivity and selected personality factors. *Nurs. Res.*, New York, 15(2):119-23, Spring 1966.
19. WALLACE, C. M. Placebos. *Nurs. Mirror*, 128(11):26, Sussex, Apr 1969.
20. ZANINI, A. C. et alii. Influência médica na ação de drogas: efeito placebo. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, 22(1):35-6, jan. 1976.
21. ————— & OGA, S. **Farmacologia aplicada**. 2 ed. São Paulo. Atheneu, 1982. p. 5-12.

Recebido para publicação em 28/06/88.