



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MARIA INÊS DA GRAÇA CARVALHINHO

***A PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS COM "INTENÇÃO PLACEBO" E A
AUTOPERCEÇÃO DE EMPATIA MÉDICA NA REGIÃO CENTRO DE
PORTUGAL: ESTUDO EM CICLO DE GARANTIA DE QUALIDADE***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROF. DOUTOR LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO

MARÇO/2021

**A prescrição de medicamentos com "intenção placebo" e a
autoperceção de empatia médica na Região Centro de Portugal:
estudo em ciclo de garantia de qualidade**

Maria Inês da Graça Carvalhinho¹

Professor Doutor Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago^{1,2}

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Professor Doutor Luiz Miguel Santiago
Azinhaga de Santa Comba, 3000-548 Coimbra
luizmiguel.santiago@gmail.com

Índice

Abreviaturas.....	4
Resumo.....	5
Abstract.....	7
Introdução.....	9
Material e Métodos.....	12
Discussão.....	20
Conclusão.....	24
Agradecimentos.....	25
Referências Bibliográficas.....	26
Anexos.....	29

Abreviaturas

ARSC	Administração Regional de Saúde do Centro, I. P.
FMUC	Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
JSPE-vP	<i>Jefferson Scale of Physician Empathy</i> – versão portuguesa
MGF	Medicina Geral e Familiar
MIP	medicamentos com “intenção placebo”

Resumo

Introdução: Apesar da relevância da empatia na relação médico-doente e da significativa prevalência do uso de medicamentos com “intenção placebo” na prática clínica, apenas um estudo recente, realizado na Região Norte de Portugal explorou a associação entre a empatia médica e a prescrição de medicamentos com “intenção placebo”, tendo demonstrado que esta é frequente entre Médicos de Família, principalmente entre os mais jovens, e que a empatia está associada a maior abertura para tal prescrição. O presente estudo procurou investigar tal realidade na Região Centro de Portugal e perceber como é que a intervenção auto-formativa, pelo conhecimento dos resultados, podia influenciá-la.

Métodos: Estudo longitudinal em médicos de Medicina Geral e Familiar, tutores da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Aplicaram-se dois questionários (questionário de avaliação da prescrição de medicamentos com “intenção placebo” e versão traduzida e validada para Portugal da escala JSPE), antes e após intervenção auto-formativa. Testaram-se as associações entre as variáveis caracterizadoras da amostra, a prescrição de medicamentos com “intenção placebo” e os scores de empatia, e as diferenças entre as duas aplicações, de acordo com o nível de mensuração das variáveis e a normalidade da distribuição dos dados.

Resultados: O estudo confirmou que a prescrição de medicamentos com “intenção placebo” é prevalente entre Médicos de Família (42% antes de intervenção e 60,6% após intervenção), apesar de não ter evidenciado diferenças estatisticamente significativas quanto ao número de anos de prática clínica em ambos os tempos do estudo ($p=0,704$ e $p=0,619$). Evidenciou-se associação significativa entre tal prescrição e a dimensão “capacidade de se colocar no lugar do doente” da empatia médica ($p=0,035$). A intervenção auto-formativa redundou num aumento da proporção de médicos prescritores. Na segunda aplicação dos questionários, uma proporção significativamente superior de médicos discordou que a prescrição de medicamentos com “intenção placebo” deva ser permitida se existir evidência científica da sua eficácia terapêutica ($p=0,007$).

Discussão: Contrariamente ao estudo anterior realizado na Região Norte de Portugal, não foi encontrada uma associação significativa entre a prescrição de medicamentos com “intenção placebo” e o número de anos de prática clínica ou o score de empatia médica.

Conclusão: A prescrição de medicamentos com “intenção placebo” entre Médicos de Família da Região Centro de Portugal é frequente, mas não parece estar associada à autoperceção de empatia médica.

Palavras-chave

Medicina Geral; Medicina de Família e Comunidade; Placebos; Prescrições; Empatia

Abstract

Introduction: Despite the relevance of empathy in the physician-patient relationship and the significant prevalence of drug use with placebo intention in clinical practice, only one recent study, carried out in the Northern Region of Portugal, explored the association between physician empathy and prescription with placebo intention, having demonstrated that such prescription practices are frequent among general practitioners, especially among the youngest, and that empathy is associated with more favourable attitudes towards prescription with placebo intention. The present study sought to investigate this reality in the Center Region of Portugal and to understand how a self-training intervention, through the knowledge of the results, could influence it.

Methods: Longitudinal study among general practitioners, tutors of the Faculty of Medicine of the University of Coimbra. Two questionnaires were applied (a questionnaire for evaluating drug prescription with placebo intention and the translated and validated version for Portugal of the JSPE), before and after a self-training intervention. Associations between variables characterizing the sample, prescription with placebo intention and empathy scores, and the differences between the two applications, were tested according to variables measurement level and data distribution.

Results: The study confirmed that drug prescription with placebo intention is prevalent among general practitioners (42% before intervention and 60.6% after intervention), although no statistically significant differences, regarding the number of years of clinical practice, were evident in both times of the study ($p=0.704$ and $p=0.619$). There was a significant association between such prescription and the dimension “standing in the patient's shoes” of physician empathy ($p=0.035$). The self-training intervention resulted in an increase in the proportion of prescribing physicians. In the second application of the questionnaires, a significantly higher proportion of physicians disagreed that drug prescription with placebo intention should be allowed if there is scientific evidence of its therapeutic efficacy ($p=0.007$).

Discussion: Contrary to the previous study carried out in northern Portugal, no significant association was found between prescription with placebo intention and the number of years of clinical practice or the physician empathy score.

Conclusion: Drug prescription with placebo intention among general practitioners in the Center Region of Portugal is frequent, but it doesn't seem to be associated with self-assessed physician empathy.

Keywords

General Practice; Family Practice; Placebos; Prescriptions; Empathy

Introdução

Está bem estabelecido na literatura médica que a efetividade da maioria das intervenções médicas depende, em parte, do complexo contexto que rodeia o doente durante o encontro terapêutico. O resultado de um tratamento não é devido apenas ao tratamento propriamente dito, mas também ao contexto no qual este é proposto, aceite e acordado.(1-6)

Os efeitos positivos, sobre os resultados clínicos, atribuíveis a esse contexto terapêutico, em particular às expectativas positivas que dele resultem, designam-se por efeitos placebo.(1,2,7)

Os efeitos placebo são mediados por mecanismos neurobiológicos complexos, envolvendo vários neurotransmissores e a ativação de regiões cerebrais específicas e verificáveis. Estes mecanismos são ativados por diversos processos psicológicos, incluindo aprendizagem (condicionamento, experiência prévia, influência social, sugestão verbal ou emocional), expectativas e recompensa.(2,4,6-8) Tais processos psicológicos são, por sua vez, modulados pelos fatores psicossociais e ambientais do encontro terapêutico.(3) Este consiste num conjunto de rituais, símbolos, comportamentos e interações que é interpretado pelo doente e pode induzir, neste, expectativas positivas em relação ao seu estado de saúde ou de doença.(4, 9)

Tem sido demonstrado que os efeitos-placebo têm um impacto clinicamente significativo tanto em indicadores de saúde subjetivos, como também em parâmetros fisiológicos objetivos, para uma variedade de condições patológicas.(2) As variações na forma como os doentes respondem ao tratamento e experienciam os sintomas, são parcialmente atribuíveis aos efeitos placebo.(7)

Os efeitos-placebo não ocorrem apenas aquando da administração de uma determinada terapêutica (fármaco, cirurgia, etc.), mas também durante o processo de consentimento informado, na prestação de informações relativas aos tratamentos, e até em campanhas de saúde pública.(7)

Os efeitos placebo podem ser potenciados através da administração de tratamentos com “intenção placebo” (1), definidos como aqueles que, em virtude das suas propriedades intrínsecas e do seu mecanismo de ação, são ineficazes para uma dada condição, mas que são prescritos intencionalmente com o objetivo de promover os efeitos-placebo.(10,11)

Estudos recentes indicam que a prescrição de tratamentos com “intenção placebo” na prática clínica diária é muito comum.(12-15)

O uso de intervenções com “intenção placebo” em contexto clínico, apesar de frequente, é eticamente controverso.(10,11,16) É alegado que envolve engano (*deception*) ou dissimulação, violando os princípios éticos do respeito pela autonomia e do consentimento informado (2) e, possivelmente, comprometendo a relação médico-doente.(17) Entre outras

críticas, é de referir a incompatibilidade com o conceito de medicina baseada na evidência ou os riscos introduzidos por alguns tratamentos, que por vezes ultrapassam os possíveis benefícios decorrentes do seu uso (de que é exemplo a prescrição de antibióticos para infeções virusais).(11)

No entanto, vários estudos recentes têm desafiado esta ideia convencional de que é necessário engano para desencadear efeitos-placebo, ao demonstrarem que a administração de um placebo pode ter efeitos clínicos benéficos mesmo quando o doente é informado honestamente/abertamente de que está a receber um composto inerte.(18) Uma revisão sistemática e meta-análise sobre o uso dos designados “open-label placebos” encontrou efeitos positivos em diversas condições clínicas (síndrome do intestino irritável, depressão, rinite alérgica, lombalgia crónica e distúrbio de hiperatividade e défice de atenção).(16)

É também possível potenciar os efeitos-placebo através da valorização e manipulação dos componentes do encontro terapêutico.(1) Entre estes, é de destacar a relação médico-doente como um dos mais importantes elementos do contexto psicossocial na geração dos efeitos placebo.(3-5)

A interação médico-doente influencia as crenças, as expectativas, os valores e as preferências do doente em relação à sua doença e ao respetivo tratamento, e pode, consequentemente, afetar significativamente o resultado terapêutico/clínico.(3,5,19)

Um dos mais importantes componentes da relação médico-doente (terapêutica) é a empatia médica.(20-24)

A empatia médica é um conceito complexo, multidimensional. Apesar de não existir consenso relativamente à sua definição, no contexto dos cuidados de saúde é geralmente entendida como um atributo predominantemente cognitivo, que envolve a capacidade de: compreender a situação, as perspetivas, as experiências, as preocupações, os sentimentos e os pensamentos do doente; comunicar esse entendimento e verificar a sua veracidade; e agir/atuar de acordo com esse entendimento com o doente, de uma forma terapêutica eficaz.(20,25,26) Para o doente, é uma atitude “humanista”, caracterizada por atenção, cuidado, compaixão e preocupação pelo bem-estar do doente, e uma capacidade de escutar atentamente e responder de forma calorosa.(21,22)

É considerada pelos doentes como um componente essencial de todas as relações terapêuticas e um fator decisivo na sua definição de qualidade dos cuidados de saúde.(27)

A empatia médica tem sido associada a múltiplos benefícios para o doente: maior satisfação com os cuidados (22,27-30); maior adesão (motivação para aderir) ao tratamento (22,29); maior capacitação (27); menor ansiedade e *distress*.(27)

A empatia médica parece até ter um impacto positivo em resultados clínicos objetivamente mensuráveis. Um estudo com doentes com constipação comum mostrou que a empatia médica é um preditor significativo da duração e da severidade da doença e está

associada a uma resposta imunitária mais robusta.(31) Outros estudos mostram uma associação positiva entre a autoperceção de empatia médica e um melhor controlo da hemoglobina A1c e do colesterol-LDL e uma menor incidência de complicações metabólicas agudas entre doentes com diabetes (32), e um melhor controlo da TA entre doentes hipertensos.(33)

Os benefícios da empatia para os médicos também já foram descritos. Os médicos empáticos estão mais satisfeitos profissionalmente (20,22), menos suscetíveis a *burnout* (33,34) e em menor risco de má prática médica.(21,22)

Apesar da relevância da empatia na relação médico-doente estar bem estabelecida na literatura médica, e de a prevalência do uso de MIP na prática clínica não ser negligenciável, apenas um estudo recente explorou a associação entre a empatia médica e a prescrição de MIP. Neste estudo foi demonstrado que, na Região Norte de Portugal, a MIP é frequente entre Médicos de Família, principalmente entre os mais jovens e que a empatia está associada a maior abertura para a prescrição dos mesmos.(35)

Os objetivos deste estudo foram determinar a frequência de prescrição de MIP entre médicos de Medicina Geral e Familiar da Região Centro de Portugal, entender de que forma a autoperceção de empatia por parte dos médicos pode influenciar a prescrição de MIP e perceber como a intervenção auto-formativa, pelo conhecimento e visualização dos resultados, podia influenciar a redução de tal prescrição.

Material e Métodos

Desenho do estudo

Realizou-se um estudo longitudinal, em ciclo de garantia de qualidade, através da aplicação de dois questionários em dois momentos distintos, respetivamente antes e após intervenção formativa, por conhecimento dos principais resultados obtidos pela análise estatística dos dados obtidos na primeira aplicação.

População e amostra

A população em estudo incluiu os médicos de Medicina Geral e Familiar a desempenhar funções como tutores na Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

De forma a representar a população, para um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, calculou-se ser necessário um tamanho amostral mínimo de 31 participantes.

Instrumentos

Para avaliação da prescrição de MIP por médicos de Medicina Geral e Familiar, foi utilizado um questionário de auto-relato, designado por QPMIP-MGF (Anexo I), adaptado de um questionário já aplicado em estudo anterior no Norte de Portugal, após consentimento e autorização dos autores.(35) Este questionário inclui 9 itens sobre: a frequência da prescrição de MIP; a informação providenciada ao doente sobre a prescrição; a perceção relativa à eficácia dos MIP; as motivações para a prescrição; e as atitudes e considerações éticas em relação à prescrição. Os itens 6 a 9 são respondidos com base numa escala tipo Likert de 1 (discordo totalmente) até 7 (concordo totalmente) pontos.

Para avaliar a autoperceção de empatia médica, foi aplicada a versão traduzida e validada para Portugal do questionário Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE-vP) (Anexo II).(36) O JSPE-vP trata-se de uma escala de auto-relato, composta por 20 itens, respondidos com base numa escala tipo Likert de 7 pontos (1 = discordo totalmente, 7 = concordo totalmente). Para efeitos de cálculo do score de empatia, os 10 itens formulados na negativa (itens 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18, 19) são recodificados inversamente. Considera-

se que a empatia médica é tanto maior, quanto maior fôr o somatório das respostas aos 20 itens, para um valor mínimo de 20 pontos e um valor máximo de 140 pontos. Os 20 itens do JSPE-vP são enquadrados num de três componentes da empatia médica: “tomada de perspectiva” (itens 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17 e 20), “compaixão (itens 1, 8, 11, 12, 14 e 19) e “capacidade de se colocar no lugar do doente (itens 3, 5, 7 e 18). Na segunda aplicação dos questionários, foi decidido incluir no JSPE-vP apenas os itens que traduzem a dimensão “compaixão” (itens 1, 8, 11, 12, 14 e 19), por esta ser a que mais se relaciona com a prescrição como atividade em favor daquele que sofre.

Nas duas aplicações dos questionários, foram colhidos dados relativamente ao género e ao ano de conclusão do curso de Medicina de cada um dos participantes.

Previamente à disponibilização dos questionários, foi apresentado um Termo de Consentimento Informado (Anexo III), no qual os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e assegurados do carácter voluntário da sua participação e da anonimidade e confidencialidade das suas respostas. A entrega ou submissão dos questionários devidamente preenchidos pressupôs o fornecimento de consentimento para participação no estudo.

Recolha de dados

A primeira aplicação dos questionários decorreu em Setembro de 2019, de forma presencial, em ação de formação. Doze meses após realização de base de dados e análise estatística, foi produzido um relatório, em forma de texto e apresentação *Power-Point*, com os principais resultados do estudo. Após disponibilização do referido relatório entre os médicos da população em estudo, foi realizada a segunda aplicação dos questionários, em formato on-line (por força da pandemia de COVID-19), através da plataforma *Google Forms*, entre Outubro e Dezembro de 2020, com o objetivo de conhecer eventuais diferenças de prescrição de MIP, e reverificar a autoperceção de empatia médica.

Previamente à recolha dos dados, foi obtida aprovação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro, I. P. (Anexo IV).

Análise de dados

A análise estatística descritiva e inferencial dos dados foi efetuada com recurso ao software IBM® SPSS® Statistics (versão 27.0).

As variáveis qualitativas foram descritas através de tabelas de frequência. As variáveis quantitativas foram caracterizadas com recurso a medidas de tendência central, de localização e de dispersão. As diferenças entre grupos foram testadas através do Teste Qui-Quadrado (χ^2), do Teste t-Student para amostras independentes ou do Teste de Mann-Whitney, de acordo com o nível de mensuração das variáveis e a normalidade da distribuição dos dados, avaliada pelo Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Definiu-se como estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$.

Resultados

Caracterização da amostra

Na 1.^a aplicação (2019), foi estudada uma amostra de 50 médicos (frequência de respostas: 54%), 64% dos quais do sexo feminino. Na 2.^a aplicação (2020), foi estudada uma amostra de 33 médicos (frequência de respostas: 36%), dos quais 57,6% eram mulheres.

A mediana da variável “ano de conclusão do curso de Medicina” foi 2005. A partir desta, criou-se a uma nova variável nominal, designada por “Grupo anos de profissão” (GAP), que permitiu dividir os participantes em dois grupos: os mais antigos (os que concluíram a licenciatura até 2005) e os mais recentes (os que concluíram a licenciatura após 2005). Na 1.^a aplicação, 54% e 51,5% (1.^a e 2.^a aplicação, respetivamente) dos participantes havia concluído o curso de Medicina até 2005. Na Tabela 1, apresentam-se os resultados da análise descritiva das variáveis caracterizadoras da amostra.

Tabela 1. Relação entre a prescrição de MIP e as variáveis caracterizadoras da amostra.

	2019			2020		
	Prescreve MIP		p	Prescreve MIP		p
	Sim	Não		Sim	Não	
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Género						
Masculino	5 (10,0)	8 (16,0)	0,764	6 (18,2)	8 (24,2)	0,073
Feminino	16 (32,0)	21 (42,0)		14 (42,4)	5 (15,2)	
GAP						
Mais antigos (\leq 2005)	12 (24,0)	15 (30,0)	0,704	11 (33,3)	6 (18,2)	0,619
Mais recentes ($>$ 2005)	9 (18,0)	14 (28,0)		9 (27,3)	7 (21,2)	

Frequência de prescrição de MIP

Verificou-se uma diferença, ainda que não estatisticamente significativa ($p = 0,097$) entre as 2 aplicações, relativamente à proporção de médicos inquiridos que afirma prescrever MIP: 42% e 60,6% na 1.^a e na 2.^a aplicação, respetivamente. Quando questionados relativamente à frequência de tal prescrição, 85,7% e 70% (1.^a e 2.^a aplicação, respetivamente) dos médicos afirmaram fazê-lo “várias vezes por ano”. Em ambas as

aplicações, não foram encontradas associações entre a prescrição de MIP e o género, ou entre a prescrição de MIP e o “Grupo anos de profissão” dos médicos participantes (Tabela 1).

Informação fornecida ao doente sobre a prescrição de MIP

A maioria dos médicos que prescreve MIP (71,4% e 70,0%) afirmou informar o doente de que a prescrição se trata de um medicamento. Na 1.^a aplicação, 28,3% dos médicos que prescrevem MIP afirmaram dizer ao doente de que se trata de um medicamento sem efeito específico para sua a queixa. Na 2.^a aplicação, 15% dos médicos que prescrevem MIP afirmaram que informam o doente de que a prescrição é um placebo (Tabela 2).

Perceção da eficácia de MIP

A maioria dos médicos que prescrevem MIP (76,2% e 75% na 1.^a e 2.^a aplicação, respetivamente) considerou que estes são “às vezes” eficazes. Tanto na 1.^a como na 2.^a aplicação, nenhum médico considerou que os MIP nunca são eficazes (Tabela 2).

Motivações para a prescrição de MIP

As motivações reportadas pelos médicos que prescrevem MIP para justificar tal prescrição são apresentadas na Tabela 2. As opções “como ferramenta diagnóstica (para distinguir entre sintomas reais e imaginários, ou entre sintomas orgânicos e psicológicos)” (52,4% e 40,0% na 1.^a e 2.^a aplicação, respetivamente) e “para apaziguar um doente queixoso” (47,6% e 65% na 1.^a e 2.^a aplicação, respetivamente) foram as mais frequentemente indicadas para justificar a prescrição de MIP. Um dos médicos participantes acrescentou como outra opção “quando o doente pede/exige um medicamento para uma situação em que não existe tratamento eficaz comprovado”.

Tabela 2. Frequência das respostas ao QPMIP-MGF.

	2019	2020
	N (%)	N (%)
Na minha prática clínica, prescrevo MIP:		
Sim	21 (42,0)	20 (60,6)
Não	29 (58,0)	13 (39,4)
Prescrevo MIP aproximadamente:		
Diariamente	0 (0,0)	0 (0,0)
Várias vezes por semana	1 (4,8)	2 (10,0)
Várias vezes por mês	1 (4,8)	4 (20,0)
Várias vezes por ano	18 (85,7)	14 (70,0)
Nunca	0 (0,0)	0 (0,0)
Não sei / não respondo	1 (4,8)	0 (0,0)
Antes de prescrever MIP, por norma, digo ao paciente que se trata de:		
Um medicamento	15 (71,4)	14 (70,0)
Um placebo	0 (0,0)	3 (15,0)
Um medicamento sem efeito específico para a queixa do doente	5 (23,8)	2 (10,0)
Não digo nada	1 (4,8)	1 (5,0)
Quando prescrevo MIP, estes são:		
Frequentemente eficazes	5 (23,8)	4 (20,0)
Às vezes eficazes	16 (76,2)	15 (75,0)
Nunca eficazes	0 (0,0)	0 (0,0)
Desconheço a eficácia	0 (0,0)	1 (5,0)
Situações em que prescrevo/prescreveria MIP:		
Como substituto de uma medicação, quando esta não se justifica mas o doente a espera	9 (42,9)	7 (35,0)
Como um suplemento à medicação	4 (19,0)	2 (10,0)
Em substituição de medicação enquanto modifica a sua dose (p.e. no desmame de um psicotrópico)	6 (28,6)	3 (15,0)
Para acalmar um paciente	7 (33,3)	10 (50,0)
Para apaziguar um doente queixoso	10 (47,6)	13 (65,0)
Como ferramenta diagnóstica (para distinguir entre sintomas reais e imaginários, ou entre sintomas orgânicos e psicológicos)	11 (52,4)	8 (40,0)
Como tratamento de um sintoma inespecífico	3 (14,3)	10 (50,0)
Para controlo da dor	1 (4,8)	1 (5,0)
Quando o doente pede/exige um medicamento para uma situação em que não existe tratamento eficaz comprovado	0 (0,0)	1 (5,0)

Atitudes e considerações éticas em relação à prescrição de MIP

Foi pedido aos respondentes que indicassem o seu nível de concordância com 7 afirmações, de acordo com uma escala tipo Likert de 7 pontos (1 = discordo completamente, 7 = concordo completamente). Como em estudo anterior, foi calculada a frequência cumulativa de participantes que atribuíram 4 ou mais pontos a cada uma das afirmações (Tabela 3).

Tanto na 1.^a como na 2.^a aplicação, a maioria dos médicos que prescrevem MIP considerou que os seus doentes podem beneficiar do uso de MIP, e que tal prescrição pode ser incluída no arsenal terapêutico do médico. A experiência clínica e a evidência científica a corroborar a eficácia terapêutica dos MIP, parecem ser fatores importantes a considerar na tomada de decisão relativa à prescrição. A maioria dos médicos também concordou que a prescrição de MIP deve ser permitida após consentimento informado do doente, e discordou que deve ser sempre proibida ou que é eticamente reprovável.

Entre a 1.^a e a 2.^a aplicação, uma proporção significativamente superior de médicos discordou que a prescrição de MIP deva ser permitida se existir evidência científica da sua eficácia terapêutica ($p=0,007$).

Tabela 3. Atitudes e considerações éticas em relação à prescrição de MIP.

Relativamente à prescrição de MIP, quanto concorda/discorda com as seguintes afirmações?	2019	2020	p
	N (%)	N (%)	
A minha posição sobre a prescrição de MIP é de que esta deve ser:			
Sempre proibida	16 (32,0)	9 (27,3)	0,795
Permitida se existir evidência científica da sua eficácia terapêutica	46 (92,0)	23 (69,7)	0,007
Permitida se a minha experiência clínica corroborar a sua eficácia	30 (60,0)	16 (48,5)	0,362
Permitida após consentimento informado do paciente	32 (64,0)	19 (57,6)	0,525
Considero que os meus pacientes podem beneficiar do uso de MIP	39 (78,0)	25 (75,8)	0,735
Considero a prescrição de MIP passível de inclusão no arsenal terapêutico do médico	35 (70,0)	22 (66,7)	0,805
Considero a prescrição de MIP eticamente reprovável	15 (30,0)	5 (15,2)	0,752

Autoperceção de empatia médica

Não foram encontradas diferenças significativas, relativamente aos scores do JSPE (total e por dimensão), para o género e para o ano de conclusão do curso (Tabela 4).

Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, entre a 1.^a e a 2.^a aplicação, para o score da dimensão “compaixão” do questionário JSPE ($p=0,675$).

Relação entre a autoperceção de empatia médica e a prescrição de MIP

A análise estatística revelou que os médicos que pontuaram mais na dimensão “capacidade de se colocar no lugar do doente” do JSPE, são mais provavelmente prescritores de MIP ($p=0,035$) (Tabela 4).

Tabela 4. Relação entre o score de empatia médica, a prescrição de MIP e as variáveis caracterizadoras da amostra.

		2019			2020	
		JSPE-vP total	Tomada de perspectiva	Compaixão	Capacidade de se colocar no lugar do doente	Compaixão
	Média ± DP	123 ± 9	61 ± 6	39 ± 3	23 ± 3	39 ± 4
Prescreve MIP	p	0,054	0,349	0,167	0,035	0,587
Género	p	0,272	0,288	0,467	0,482	0,863
GAP	p	0,699	0,354	0,313	0,485	0,879

Discussão

Principais achados

Eram expectativas para este estudo que a prescrição de MIP é frequente entre Médicos de Família, principalmente entre os mais jovens, que a empatia estava associada a maior abertura para tal prescrição, e que a intervenção auto-formativa redundasse numa dinâmica negativa de crescimento de ≥ 5 de médicos prescritores, mantendo-se estável a autoperceção da empatia médica.

Apesar do estudo confirmar que a prescrição de MIP em Medicina Geral e Familiar é, de facto, relativamente frequente, não se encontraram diferenças significativas relativamente ao número de anos de prática clínica, e evidenciou-se uma associação significativa entre tal prescrição e uma das dimensões da empatia médica (não a inicialmente esperada como estando mais associada a essa prática).(35)

Contrariamente ao inicialmente esperado, após a intervenção auto-formativa, verificou-se um aumento da proporção de médicos prescritores. Já a autoperceção de empatia médica, como esperado, manteve-se estável após a intervenção auto-formativa. Verificou-se também uma proporção significativamente superior de médicos a discordar que a prescrição de MIP deva ser permitida se existir evidência científica da sua eficácia terapêutica.

Apesar de não ter sido encontrada uma clara associação entre a prescrição de MIP e a autoperceção de empatia médica, não é possível concluir que esta não existe.

Estes resultados devem ser considerados à luz da época em que parte do estudo foi realizado, a pandemia de COVID-19, que poderá ter condicionado alterações na prática médica, por queixas, medos e expectativas dos doentes e dos próprios médicos.

Comparação com a literatura existente / relação com outros estudos

Os principais resultados deste estudo são em grande parte consistentes com os achados de investigações anteriores, que demonstraram que a prescrição de MIP por médicos de MGF e Clínica Geral é frequente (variando a proporção de médicos prescritores entre os 29% e os 97%) (12-14, 37), que a maioria dos médicos prescritores não é totalmente honesta com os seus doentes relativamente a tal prescrição (38,39), que a considera eficaz (14,35,38,40), e que as motivações e atitudes em relação ao uso de MIP são complexas.

Contrariamente ao estudo anterior realizado na Região Norte de Portugal, não foi encontrada uma associação significativa entre a prescrição de MIP e o número de anos de prática clínica ou o score de empatia médica.

O uso de intervenções com “intenção placebo” poderá ser particularmente prevalente entre os Médicos de Família pelo facto de estes frequentemente observarem doentes com queixas inespecíficas, para os quais é difícil estabelecer um diagnóstico claro, ou doentes crónicos, que por vezes regressam das consultas de especialidade sem uma terapêutica totalmente satisfatória.(13)

Apesar de ser reconhecido o potencial valor terapêutico das intervenções com intenção-placebo na prática clínica, é ainda eticamente controverso se o seu uso, sobretudo quando envolve engano ou dissimulação, é alguma vez justificado (e se sim, em que circunstâncias).(1,2,10)

Vários estudos sugerem que o uso de MIP é muitas vezes uma tática para lidar com situações difíceis ou incertas da prática clínica (falta de tempo, incerteza diagnóstica, interações difíceis, pressão ou exigência por parte do doente), e que o objetivo de despoletar efeitos-placebo é mais frequentemente uma legitimação do que uma motivação primária para tais prescrições.(12-14,37,41)

Limitações e forças do estudo

Este estudo tem diversas limitações.

A baixa frequência de resposta, o pequeno tamanho amostral e o facto de os resultados se basearem numa amostra de uma população relativamente restrita de Médicos de Família (a população médica dos Tutores de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra), possivelmente não representativa da população de médicos da Região Centro de Portugal (viés de seleção), limita a generalização dos resultados.

O facto de se ter optado por não fazer a distinção entre “placebos puros/inertes” e “placebos impuros/ativos”, como é frequente na investigação sobre a frequência de uso de intervenções com “intenção placebo”, dificultou a comparação com outros estudos. A Comissão de Ética da ARSC assim o exigiu, defendendo que, em Portugal, não estão disponibilizados medicamentos placebo para venda ao público, pelo que apenas poderia ser estudada a medicação com “intenção placebo”.

Contrariamente ao estudo anterior no Norte de Portugal, não foi investigada a associação entre as atitudes relativas à prescrição de MIP e os scores de empatia.

A mais baixa frequência de respostas verificada na segunda aplicação dos questionários, poderá ser explicada pelo facto de esta ter decorrido num período de elevada

sobrecarga laboral para os médicos da população em estudo, decorrente da pandemia de COVID-19.

Tendo em conta os dilemas éticos que rodeiam o uso de intervenções com “intenção placebo” na prática clínica, e a conotação negativa geralmente atribuída ao termo “placebo”, é possível que os respondentes tenham subestimado o seu uso de MIP. Também o facto de a empatia ser considerada um atributo “socialmente desejável”, poderá ter influenciado a forma como os participantes responderam ao questionário. Apesar de ter sido garantida a confidencialidade e anonimidade das respostas (encorajando os participantes a responder aos questionários de forma honesta, e não de forma considerada “socialmente aceitável”), não é, contudo, possível excluir um potencial viés de desejabilidade social no preenchimento dos questionários, principalmente considerando o facto de os dados se basearem em respostas a questionários de auto-resposta. A utilização de um questionário amplamente reconhecido e validado como o JSPE-vP poderá ter minimizado estes confundidores na medição da autoperceção de empatia médica, contribuindo para a força metodológica do estudo. No entanto, tal terá sido mais difícil no caso da avaliação do uso de MIP na prática clínica, uma vez que não existem questionários validados em língua portuguesa relativamente à prescrição de MIP (carecendo o questionário usado neste estudo e em estudo anterior, de estudos futuros de validação).(35) Outros possíveis confundidores são o viés de memória e o viés de não-resposta (não tendo sido possível distinguir os respondentes dos não respondentes, nem saber quais as razões para a não participação no estudo).

Apesar de ser apontado por alguns autores que a investigação qualitativa é importante para se conseguir um maior entendimento das práticas prescritivas de MIP (15), optou-se pela aplicação de questionários breves de auto-relato ao invés de entrevistas qualitativas, por se considerar um método mais adequado à elevada carga de trabalho dos Médicos de Família.

Até onde sabemos, este é apenas o segundo estudo a investigar a associação entre a prescrição de MIP e a autoperceção de empatia médica. A escassez de estudos similares dificulta a interpretação dos resultados.

O desenho longitudinal deve ser considerado como uma força deste estudo.

Implicações

Apesar das limitações acima referidas, os achados deste estudo contribuem para um maior conhecimento dos diversos fatores que influenciam a prática prescritiva e os cuidados de saúde em Portugal.

Este estudo providencia também importantes conhecimentos para o ensino médico. Pelo facto de se basear na resposta de Tutores da FMUC, os quais vão temporariamente tutorar estudantes de Medicina, sugere que deve haver maior temperança no ensino e na divulgação deste tema por alunos e seus tutores.

Questões por responder e investigação futura

Mais estudos são necessários para melhor caracterizar a prescrição de MIP em Portugal e investigar a associação, e eventual relação causal, entre esta prática prescritional e a autoperceção de empatia médica em outros contextos que não os aqui estudados.

Neste estudo foram incluídos apenas Médicos de Família, cujas atitudes e motivações em relação ao uso de MIP, e cujos níveis de empatia, poderão diferir dos dos clínicos de outras especialidades médicas, tal como sugerido por estudos prévios.(37) Investigações futuras deverão estudar não apenas médicos de Medicina Geral e Familiar de outras regiões de Portugal, mas também médicos de outras especialidades.

Em estudos futuros, dever-se-á investigar que tipo de medicamentos (antibióticos para infeções virais, suplementos nutricionais, doses subclínicas de fármacos ativos, entre outros) e que outros tipos de tratamentos ou intervenções (p.e. exames complementares de diagnóstico não essenciais) são usados com o propósito de promover os efeitos-placebo, numa perspetiva até de Prevenção Quaternária.(42)

Neste estudo foram avaliadas apenas algumas das potenciais variáveis que poderão intervir na associação entre a prescrição de MIP e a autoperceção de empatia médica, pelo que, em investigações futuras, será importante considerar outros fatores (pessoais, sociais, profissionais) que possam influenciar tanto a empatia como a prescrição de MIP.

Vários estudos indicam que as considerações éticas relativamente ao uso de MIP estão fortemente relacionadas com o grau de engano ou dissimulação envolvido (12,39,43), pelo que será importante investigar eventuais diferenças nas atitudes de acordo com o mesmo.

A crescente evidência da eficácia dos “open-label placebos” indica que esta é uma potencial nova estratégia que poderá ultrapassar pelo menos algumas das objeções éticas ao uso de MIP na prática clínica.(16,18) Estudos futuros devem então procurar também investigar as perspetivas/aceitabilidade dos médicos portugueses em relação aos mesmos.

Tendo em conta a sua relevância para a qualidade dos cuidados de saúde, diversos estudos reforçam a importância de estudar, medir, ensinar, promover e encorajar o envolvimento empático e as competências de comunicação empática na educação médica e na prática clínica, que assim deve ser encorajada no ensino pré-graduado e nos pós-graduado imediato.(20,21,26,32)

Conclusão

A prescrição de medicamentos com “intenção placebo” entre Médicos de Família da Região Centro de Portugal é frequente, mas não parece estar associada à auto-perceção de empatia médica. Mais estudos são necessários para estudar esta realidade.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Luiz Santiago, pela disponibilidade, dedicação e orientação.

A todos os participantes, pela contribuição para este estudo.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional.

Referências Bibliográficas

1. Finniss DG. Placebo Effects: Historical and Modern Evaluation. *Int Rev Neurobiol.* 2018;139:1-27.
2. Finniss DG, Kaptchuk TJ, Miller F, Benedetti F. Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *Lancet.* 2010;375(9715):686-95.
3. Zion SR, Crum AJ. Mindsets Matter: A New Framework for Harnessing the Placebo Effect in Modern Medicine. *Int Rev Neurobiol.* 2018;138:137-60.
4. Morral A, Urrutia G, Bonfill X. Placebo effect and therapeutic context: A challenge in clinical research. *Med Clin (Barc).* 2017;149(1):26-31.
5. Lucassen P, Olesen F. Context as a drug: some consequences of placebo research for primary care. *Scand J Prim Health Care.* 2016;34(4):428-33.
6. Wager TD, Atlas LY. The neuroscience of placebo effects: connecting context, learning and health. *Nat Rev Neurosci.* 2015;16(7):403-18.
7. Colloca L, Barsky AJ. Placebo and Nocebo Effects. *N Engl J Med.* 2020;382(6):554-61.
8. Colloca L, Benedetti F. Placebo analgesia induced by social observational learning. *Pain.* 2009;144(1-2):28-34.
9. Benedetti F, Carlino E, Pollo A. How placebos change the patient's brain. *Neuropsychopharmacology.* 2011;36(1):339-54.
10. Blease CR. The role of placebos in family medicine: Implications of evidence and ethics for general practitioners. *Aust J Gen Pract.* 2019;48(10):700-5.
11. Hull SC, Colloca L, Avins A, Gordon NP, Somkin CP, Kaptchuk TJ, et al. Patients' attitudes about the use of placebo treatments: telephone survey. *Bmj.* 2013;347:f3757.
12. Faasse K, Colagiuri B. Placebos in Australian general practice: A national survey of physician use, beliefs and attitudes. *Aust J Gen Pract.* 2019;48(12):876-82.
13. Linde K, Atmann O, Meissner K, Schneider A, Meister R, Kriston L, et al. How often do general practitioners use placebos and non-specific interventions? Systematic review and meta-analysis of surveys. *PLoS One.* 2018;13(8):e0202211.
14. Fässler M, Meissner K, Schneider A, Linde K. Frequency and circumstances of placebo use in clinical practice--a systematic review of empirical studies. *BMC Med.* 2010;8:15.
15. Kermen R, Hickner J, Brody H, Hasham I. Family physicians believe the placebo effect is therapeutic but often use real drugs as placebos. *Fam Med.* 2010;42(9):636-42.
16. Charlesworth JEG, Petkovic G, Kelley JM, Hunter M, Onakpoya I, Roberts N, et al. Effects of placebos without deception compared with no treatment: A systematic review and meta-analysis. *J Evid Based Med.* 2017;10(2):97-107.

17. Ratnapalan M, Coghlan B, Tan M, Everitt H, Geraghty AWA, Little P, et al. Placebos in primary care? a nominal group study explicating UK GP and patient views of six theoretically plausible models of placebo practice. *BMJ Open*. 2020;10(2):e032524.
18. Colloca L, Howick J. Placebos Without Deception: Outcomes, Mechanisms, and Ethics. *Int Rev Neurobiol*. 2018;138:219-40.
19. Howe LC, Goyer JP, Crum AJ. Harnessing the placebo effect: Exploring the influence of physician characteristics on placebo response. *Health Psychol*. 2017;36(11):1074-82.
20. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*. 2002;52 Suppl:S9-12.
21. Decety J. Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It. *Am J Med*. 2020;133(5):561-6.
22. Decety J, Fotopoulou A. Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories. *Front Behav Neurosci*. 2015;8:457.
23. Yuguero O, Marsal JR, Esquerda M, Galvan L, Soler-González J. Cross-sectional study of the association between empathy and burnout and drug prescribing quality in primary care. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20:e145.
24. Haider SI, Riaz Q, Gill RC. Empathy in clinical practice: a qualitative study of early medical practitioners and educators. *J Pak Med Assoc*. 2020;70(1):116-22.
25. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry*. 2002;159(9):1563-9.
26. Dohrenwend AM. Defining Empathy to Better Teach, Measure, and Understand Its Impact. *Acad Med*. 2018;93(12):1754-6.
27. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2013;63(606):e76-84.
28. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham FW, Wender RC, Gonnella JS. A brief instrument to measure patients' overall satisfaction with primary care physicians. *Fam Med*. 2011;43(6):412-7.
29. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof*. 2004;27(3):237-51.
30. Walsh S, O'Neill A, Hannigan A, Harmon D. Patient-rated physician empathy and patient satisfaction during pain clinic consultations. *Ir J Med Sci*. 2019;188(4):1379-84.
31. Rakel D, Barrett B, Zhang Z, Hoeft T, Chewning B, Marchand L, et al. Perception of empathy in the therapeutic encounter: effects on the common cold. *Patient Educ Couns*. 2011;85(3):390-7.
32. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med*. 2011;86(3):359-64.

33. Yuguero O, Marsal JR, Esquerda M, Soler-González J. Occupational burnout and empathy influence blood pressure control in primary care physicians. *BMC Fam Pract.* 2017;18(1):63.
34. Thirioux B, Birault F, Jaafari N. Empathy Is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro-Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. *Front Psychol.* 2016;7:763.
35. Braga-Simões J, Costa PS, Yaphe J. Placebo prescription and empathy of the physician: A cross-sectional study. *Eur J Gen Pract.* 2017;23(1):98-104.
36. Aguiar P, Salgueira A, Frada T, Costa M. Empatia médica: tradução, validação e aplicação de um instrumento de medição. *Atas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia.* 2009:3705-16.
37. Linde K, Friedrichs C, Alscher A, Wagenpfeil S, Meissner K, Schneider A. The use of placebo and non-specific therapies and their relation to basic professional attitudes and the use of complementary therapies among German physicians--a cross-sectional survey. *PLoS One.* 2014;9(4):e92938.
38. Nitzan U, Lichtenberg P. Questionnaire survey on use of placebo. *Bmj.* 2004;329(7472):944-6.
39. Fässler M, Gnädinger M, Rosemann T, Biller-Andorno N. Use of placebo interventions among Swiss primary care providers. *BMC Health Serv Res.* 2009;9:144.
40. Fässler M, Gnädinger M, Rosemann T, Biller-Andorno N. Placebo interventions in practice: a questionnaire survey on the attitudes of patients and physicians. *Br J Gen Pract.* 2011;61(583):101-7.
41. Bernstein MH, Locher C, Stewart-Ferrer S, Buergler S, DesRoches CM, Dossett ML, et al. Primary care providers' use of and attitudes towards placebos: An exploratory focus group study with US physicians. *Br J Health Psychol.* 2020;25(3):596-614.
42. Martins, Carlos, Godycki-Cwirko, Maciek, Heleno, Bruno, et al. Quaternary prevention: reviewing the concept. *Eur J Gen Pract.* 2018;24(1):106-11.
43. Howick J, Bishop FL, Heneghan C, Wolstenholme J, Stevens S, Hobbs FD, et al. Placebo use in the United kingdom: results from a national survey of primary care practitioners. *PLoS One.* 2013;8(3):e58247.

Anexos

Anexo I – Questionário de prescrição de medicamentos com “intenção placebo” em Medicina Geral e Familiar (QPMIP-MGF)

Questionário de prescrição de medicamentos com “intenção placebo” em Medicina Geral e Familiar

Entende-se por **medicamento com “intenção placebo”** a terapêutica farmacológica com medicamentos ativos usada pelo seu efeito psicológico ou psicofisiológico inespecífico.

Para responder às questões 1 a 5, preencha com um X a quadrícula correspondente à resposta escolhida.

1. Na minha prática clínica prescrevo medicamentos com “intenção placebo”:

- Sim.
- Não.
- Não respondo.

Se respondeu **Não**, passe para a questão 6.

2. Prescrevo medicamentos com “intenção placebo” aproximadamente:

- Diariamente.
- Várias vezes por semana.
- Várias vezes por mês.
- Várias vezes por ano.
- Nunca.
- Não sei / não respondo.

3. Antes de prescrever medicamentos com “intenção placebo”, por norma, digo ao paciente que se trata de:

- Um medicamento.
- Um placebo.

- Um medicamento sem efeito específico para a queixa do doente.
- Não digo nada.

4. Quando prescrevo medicamentos com “intenção placebo”, estes são:

- Frequentemente eficazes.
- Às vezes eficazes.
- Nunca eficazes.
- Desconheço a eficácia.

5. Das situações à frente descritas, assinale todas aquelas em que prescreveu ou prescreveria medicamentos com “intenção placebo”:

- Como substituto de uma medicação, quando esta não se justifica mas o doente a espera.
- Como um suplemento à medicação.
- Em substituição de medicação enquanto modifica a sua dose (p.e. no desmame de um psicotrópico).
- Para acalmar um paciente.
- Para apaziguar um doente queixoso.
- Como ferramenta diagnóstica (para distinguir entre sintomas reais e imaginários, ou entre sintomas orgânicos e psicológicos).
- Como tratamento de um sintoma inespecífico.
- Para controlo da dor.
- Outras situações. Quais? _____

Para responder às questões 6 a 9, indique o seu nível de concordância com cada uma das afirmações, de acordo com a escala apresentada de seguida, assinalando a opção escolhida.

DISCORDO COMPLETAMENTE	1	2	3	4	5	6	7	CONCORDO COMPLETAMENTE
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

1 2 3 4 5 6 7

6. A minha posição sobre a prescrição de medicamentos com “intenção placebo” é de que esta deve ser:

- 6.1. Sempre proibida.
- 6.2. Permitida se existir evidência científica da sua eficácia terapêutica.

- 6.3. Permitida se a minha experiência clínica corroborar a sua eficácia.
- 6.4. Permitida após consentimento informado do paciente.
- 7. Considero que os meus pacientes podem beneficiar do uso de medicamentos com “intenção placebo”.**
- 8. Considero a prescrição de medicamentos com “intenção placebo” passível de inclusão no arsenal terapêutico do médico.**
- 9. Considero a prescrição de medicamentos com “intenção placebo” eticamente reprovável.**

Questionário de Empatia para Médicos (JSPE-vP)

Por favor, leia cada uma das seguintes afirmações com atenção e **indique o seu nível de concordância (de 1 a 7)** com cada uma delas de acordo com a escala apresentada de seguida, assinalando a opção escolhida para cada afirmação (um número maior indica uma maior concordância).

DISCORDO COMPLETAMENTE	1	2	3	4	5	6	7	CONCORDO COMPLETAMENTE
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. A minha compreensão dos sentimentos dos meus pacientes e das suas famílias é um fator irrelevante para o tratamento médico ou cirúrgico. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Os meus pacientes sentem-se melhor quando eu compreendo o que eles sentem. | <input type="checkbox"/> |
| 3. É difícil para mim ver as coisas pela perspetiva dos meus pacientes. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Considero que, na relação médico-doente, compreender a linguagem corporal do paciente é tão importante quanto a comunicação verbal. | <input type="checkbox"/> |
| 5. Tenho um bom sentido de humor que, penso, contribui para um melhor resultado clínico. | <input type="checkbox"/> |
| 6. Pelo facto das pessoas serem diferentes, é difícil para mim ver as coisas na perspetiva dos meus pacientes. | <input type="checkbox"/> |
| 7. Tento não prestar atenção às emoções dos meus pacientes nas entrevistas e na colheita de histórias clínicas. | <input type="checkbox"/> |
| 8. A atenção que dedico às experiências pessoais dos meus pacientes não influencia os resultados de tratamentos. | <input type="checkbox"/> |
| 9. Tento imaginar-me no lugar dos meus pacientes quando estou a cuidar deles. | <input type="checkbox"/> |
| 10. A minha compreensão dos sentimentos dos meus pacientes dá-lhes, a eles, uma sensação de legitimação que é terapêutica em si mesma. | <input type="checkbox"/> |
| 11. As enfermidades dos doentes podem ser curadas apenas por tratamento médico ou cirúrgico; conseqüentemente, os laços afetivos que tenha com os meus pacientes não podem | <input type="checkbox"/> |

ter uma influência significativa nos resultados médicos ou cirúrgicos.

12. Considero que questionar os pacientes relativamente ao que se passa na sua vida pessoal é um fator sem importância para a compreensão das suas queixas de ordem física.
13. Tento compreender o que se passa na mente dos meus pacientes, prestando atenção à sua comunicação não verbal e linguagem corporal.
14. Creio que as emoções não têm lugar no tratamento da doença médica.
15. A empatia é uma competência terapêutica sem a qual o sucesso no tratamento é limitado.
16. Um componente importante do relacionamento com os meus pacientes é a minha compreensão do seu estado emocional e o das suas famílias.
17. Tento pensar como os meus pacientes, para que lhes possa prestar melhores cuidados.
18. Não me deixo influenciar por ligações fortes de natureza pessoal entre os pacientes e os seus familiares.
19. Não aprecio arte nem literatura que não seja médica.
20. Acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento médico.

Anexo III – Termo de Consentimento Informado

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, estou a desenvolver um estudo sobre a frequência da prescrição de medicamentos com “intenção placebo” entre especialistas e internos de Medicina Geral e Familiar e a sua relação com a autoperceção de empatia médica.

Solicito a sua participação no presente estudo, através do preenchimento de dois breves questionários, com uma duração total de aproximadamente 8 minutos.

A sua participação neste estudo não lhe trará qualquer despesa ou risco e tem carácter voluntário, pelo que poderá recusar-se a participar ou desistir a qualquer momento.

Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, e serão utilizados unicamente com o propósito de análise das variáveis deste estudo.

Será solicitado que disponibilize alguns dados identificativos, para efeito de não duplicações.

Poderá esclarecer qualquer dúvida ou obter mais informação através do endereço eletrónico ines.carvalhinho@gmail.com.

Ao aceitar prosseguir com o preenchimento dos seguintes questionários, estará a fornecer consentimento informado, declarando assim que se dispõe a participar de forma voluntária, permitindo que as suas respostas sejam alvo de tratamento estatístico neste estudo.

A investigadora,
Maria Inês da Graça Carvalhinho

Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro,
I. P.



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: FAVORÁVEL	DESPACHO: <i>Henrique Cortez</i> <i>31/10/2018</i>
------------------------------------	---

ASSUNTO: 09/2018 - Título: “A prescrição de medicamentos com “intenção placebo” e a autoperceção de empatia médica na Região Centro de Portugal: estudo em ciclo de garantia de qualidade”
Investigadores: Maria Inês da Graça Carvalhinho e Luiz Miguel Santiago (FMUC)

Conselho Diretivo
da A.R.S. do Centro, I.P.
Dr. Rosa Reis Marques
Presidente,
Dr. Luís Manuel António Mendes Cabral
Vogal,

Dr. Mário Ruivo
Vogal,

Coimbra, 24 de outubro de 2018

São objetivos deste estudo: -Determinar a frequência de prescrição de medicamentos com “intenção-placebo” entre especialistas e internos de Medicina Geral e Familiar da Região Centro de Portugal; -Entender de que forma é que a autoperceção de empatia médica pode influenciar a prescrição de placebos pelos mesmos. -Perceber como é que a intervenção auto-formativa pelo conhecimento e visualização dos resultados pode influenciar a redução de tal prescrição a ser avaliada seis meses após tal conhecimento.

Utilizar-se-ão dois questionários: a versão traduzida e validada para Portugal do questionário *Jefferson Scale of Physician Empathy* (JSPE-vP); e um questionário, já aplicado em estudo anterior, para avaliação da prescrição de placebos por médicos especialistas e médicos internos de Medicina Geral e Familiar.

Estudar-se-ão os médicos de Unidades de Cuidados de Saúde Primários aleatorizadas na área geográfica da Administração Regional de Saúde do Centro, IP (ARSC), sendo escolhidas Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)

Os médicos não serão identificáveis. Será apenas sabido, tal como em anterior estudo, o género, o ser Especialista ou Interno de Especialidade, bem como grupo etário e os anos de prática clínica. Apenas a proveniência das respostas será conhecida pela Investigadora a Unidade de Saúde.

Será realizada base de dados e análise estatística para produção de relatório que será enviado a esta Comissão de Ética. Depois serão de novo escolhidas as Unidades para o envio de relatório em forma de texto e apresentação Power-Point com a informação geral do estudo não particularizada na sua análise de género e idade, findo o que e após seis meses se refará o estudo, nas unidades alvo de intervenção, para conhecimento de redução da prescrição de medicamentos com “intenção-placebo” e reverificação de autoperceção de empatia médica.

Há consentimento informado em “boa e devida forma”. Deve haver indicação da data para inutilização dos dados. Sem custos para as instituições envolvidas.

O Relator e Presidente da CES-ARS do Centro
C. A. Fontes Ribeiro
Prof. Doutor C A Fontes Ribeiro