

**ATUALIZAÇÃO**

Dor e sofrimento na perspectiva do cuidado centrado no paciente

Marcelo Moreira Corgozinho¹, Larissa Oliveira Barbosa¹, Isabela Pereira de Araújo¹, Gabriela Thomaz Ferreira de Araújo¹

1. Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília/DF, Brasil.

Resumo

O objetivo desta reflexão é contribuir com a aplicação do cuidado centrado no paciente no manejo da dor em contexto hospitalar. Trata-se de estudo de natureza teórica que busca estimular a discussão sem esgotar os argumentos, considerando assuntos como as dimensões do sofrimento, a negligência da dor e suas consequências, a relevância da abordagem interprofissional e os direitos humanos do paciente. Conclui-se que é preciso haver equipe interprofissional para lidar com a dor e o sofrimento humano no contexto hospitalar, e que o planejamento da assistência deve considerar aspectos emocionais, econômicos e culturais, proporcionando bem-estar físico e mental. A proposta interprofissional caminha paralelamente à proposta do cuidado centrado no paciente.

Palavras-chave: Bioética. Assistência à saúde. Manejo da dor. Imperícia. Direitos humanos.

Resumen**Dolor y sufrimiento desde la perspectiva de la atención centrada en el paciente**

El objetivo de esta reflexión es contribuir a la aplicación del cuidado centrado en el paciente en el tratamiento del dolor en un entorno hospitalario. Se trata de un estudio teórico que trata de estimular el debate sin agotar los argumentos, considerando cuestiones como las dimensiones del sufrimiento, la negligencia del dolor y sus consecuencias, la relevancia del abordaje interprofesional y los derechos humanos del paciente. Se concluye que es necesario contar con un equipo interprofesional que pueda lidiar con el dolor y el sufrimiento humano en el contexto de un hospital, considerando que la planificación de la asistencia debe tener en cuenta aspectos emocionales, económicos y culturales, proporcionando bienestar físico y mental. La propuesta interprofesional va de la mano con la propuesta de la atención centrada en el paciente.

Palabras clave: Bioética. Prestación de atención de salud. Manejo del dolor. Mala praxis. Derechos humanos.

Abstract**Pain and suffering from the perspective of patient-centered care**

This reflection aims to contribute to the application of patient-centered care in pain management in a hospital context. As a theoretical study, it seeks to stimulate discussion without exhausting arguments, considering issues such as the dimensions of suffering, pain neglect and its consequences, the relevance of the interprofessional approach, and the patient's human rights. An interprofessional team is essential for treating human pain and suffering, and care planning must consider emotional, economic and cultural aspects, providing physical and mental well-being. The interprofessional proposal goes hand in hand with patient-centered care.

Keywords: Bioethics. Delivery of health care. Pain management. Malpractice. Human rights.

Enquanto o sofrimento é tido como sentimento vasto, universal, existencial, a dor pode ser descrita como processo fisiológico^{1,2}. Ela pode ser, no entanto, física ou emocional, relacionada ou não a alguma ferida “real”³. A palavra que a designa tem origem no latim *dolor*, usualmente definida como *impressão desagradável ou penosa, decorrente de alguma lesão ou contusão, ou de um estado anormal do organismo ou de parte dele*⁴.

Segundo Pessini, a Associação Internacional para o Estudo da Dor a define como *experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais, ou descrita em termos de tais lesões*⁵. A dor é o quinto dos sinais vitais – sendo os outros quatro pulso, respiração, temperatura e pressão arterial – e um dos principais fatores do sofrimento⁶. Relaciona-se diretamente à qualidade de vida e, a depender de sua severidade, pode levar quem sofre com ela a pedir pela própria morte^{1,7}.

Dor e sofrimento destroem a integridade do corpo e a unidade da pessoa, mas vêm sendo negligenciados na assistência à saúde^{1,7,8}. Essa negligência é tanto mais grave pois impede a efetivação dos direitos humanos no sentido de promover o cuidado centrado no paciente. Tal cuidado melhoraria a qualidade da assistência, uma vez que, quando as ações dos profissionais se adequam às necessidades dos usuários e seus familiares, há colaboração, e as decisões podem ser tomadas em conjunto⁹.

Com base nisso, este estudo, de natureza teórica, percorre os seguintes passos: descreve as dimensões da dor e do sofrimento humano, enfatizando a importância da equipe interprofissional em seu manejo; expõe, com foco na questão ético-profissional, a negligência do sofrimento; e, por fim, propõe formas de promover o cuidado centrado no paciente.

Identificando as dimensões de dor e sofrimento

O sofrimento humano vai além de fatores fisiológicos. Por exemplo, quando o doente se sente fragilizado, o modo como se alimenta, se movimenta e interage consigo e com outros indivíduos é alterado. O humor é afetado por enfermidades, e muitos doentes crônicos chegam a entrar em depressão⁷. Portanto, a dor do paciente não pode ser vista apenas pela ótica biomédica. É preciso compreendê-la do ponto de vista ético, considerando suas dimensões psíquicas, sociais, espirituais e físicas¹⁰.

A dimensão psíquica remonta à saúde mental, a múltiplos fatores de alta complexidade. Dentre as várias situações críticas que podem desencadear

esse tipo de sofrimento, pode-se destacar o enfrentamento da dor no processo de terminalidade da vida¹.

Já a dor social é caracterizada pelo isolamento em determinada situação e pela dificuldade de comunicar o sofrimento¹. Ela pode ser desencadeada por perda do papel na organização familiar, medo da separação, sensação de abandono, luto antecipatório etc. Em sociedade, os indivíduos estão sujeitos a diferentes condições (sociais, culturais, étnicas, de gênero) que influenciam o modo como experimentam e percebem a dor^{1,7,11}.

Dor e sofrimento são vivências que precisam ser mais bem definidas. Embora muitas vezes se apresentem como questão individual e meramente física, envolvem aspectos mais amplos. Como experiências socioculturais, dor e sofrimento se inserem em tempos e contextos determinados – mais do que ser geradas por condições sociais, elas fazem parte de processos históricos¹².

Há ainda a espiritualidade, fenômeno que responde a necessidades humanas com crenças potencialmente transformadoras. A dor pode se manifestar na perda de propósito e na desesperança do indivíduo que sofre. Por isso, a espiritualidade pode melhorar a qualidade de vida daqueles que se voltam ao sagrado. Um relato de caso demonstra a influência dessa dimensão na avaliação de dor de difícil controle, refratária a tratamento farmacológico¹³.

Em sua dimensão física, a dor surge em decorrência de ferimento, doença ou deterioração progressiva que impede o funcionamento fisiológico ideal e indica disfunção corporal¹, e pode ser classificada como aguda ou crônica.

Dor aguda e crônica

A dor aguda é mecanismo de alerta do organismo em resposta a agressão mecânica, química ou térmica, enquanto a crônica provoca desequilíbrios orgânicos que diminuem progressivamente as capacidades funcionais da pessoa^{2,14}. A dor aguda é um dos principais motivos da busca por serviços de emergência, sendo sintoma valioso na investigação e definição do diagnóstico do paciente².

A tipologia fisiológica da dor inclui as formas somática, visceral e neuropática. A primeira resulta de danos à superfície corporal, e a segunda é interna, como nas cólicas abdominais. Ambas são de ordem nociceptiva, ou seja, experiência sensorial causada pela resposta de neurônios sensoriais periféricos a estímulos nocivos agudos. Já a dor neuropática resulta de disfunção crônica no sistema nervoso¹⁴, devendo seu tratamento

considerar procedimentos de bloqueio neural e uso de antidepressivos tricíclicos¹⁵.

A dor aguda tem início com sinais físicos objetivos e subjetivos associados a atividade exagerada no sistema nervoso. A partir de afecções traumáticas, infecções ou inflamações, algumas substâncias endógenas são sintetizadas e liberadas, estimulando as terminações nervosas. As principais repercussões da dor aguda não aliviada são taquicardia, arritmia, diminuição de oxigenação dos tecidos, agitação, sudorese, aumento do débito cardíaco (volume de sangue bombeado pelo coração por minuto), da pressão arterial e da contração muscular, sangramento, ansiedade e medo¹⁶. A evolução natural da dor é a remissão, mas com a ativação prolongada de várias vias neurais ela pode se modificar e tornar-se crônica¹⁴.

Procedimentos operatórios, por exemplo, ocasionam traumas agudos, com alterações fisiológicas e emocionais que precisam ser adequadamente controladas. O pós-operatório imediato compreende as primeiras 24 horas após a cirurgia e, neste período, é provável que ocorra desconforto e alterações no metabolismo do paciente². As complicações desencadeadas pela dor nessas circunstâncias são diminuição do sono e do apetite, desidratação, dificuldade para deambular e se movimentar na cama, para respirar profundamente ou tossir, aumento no tempo de internação e riscos tromboembólicos e infecciosos¹⁶. A ciência trata a fisiopatologia da dor crônica pós-operatória como transformação de sintoma para afecção específica e, por isto, deveria conscientizar profissionais da saúde quanto a práticas de prevenção e controle imediato e eficaz⁸.

A dor crônica é contínua, e o sistema nervoso se adapta a ela gradativamente. Em pacientes com esse tipo de dor, nem sempre sinais objetivos estão presentes. Há, no entanto, mudanças evidentes de personalidade, estilo de vida e habilidade funcional¹ – atividade física, vida sexual, humor, autoestima, relações familiares, trabalho e lazer podem ser alterados de diversas formas^{14,16}. O desconforto constante gera sofrimento crescente, pois o paciente tende a se sentir um fardo para seus familiares ou cuidadores¹³.

É comum que pacientes terminais que sentem dor mesclam sofrimento com culpa e medo do abandono⁷. Entender a dor e seus efeitos é imprescindível para os cuidados paliativos, que buscam tratar causas e consequências também psicológicas e sociais^{1,17}. A abordagem promove a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam doenças potencialmente letais, aliviando o sofrimento físico, psíquico, social e espiritual.

Em oncologia, é frequente a dor irruptiva, intensa e idiopática, sem relação com pauta analgésica determinada nem com funções ou movimentos corporais, sendo considerada de difícil controle¹⁵. Pacientes, cuidadores e familiares que convivem com câncer avançado apresentam sintomas físicos e psicológicos relacionados à doença e frequentemente se envolvem em discussões sobre preferências de cuidados¹⁷. Vários estudos randomizados demonstram que o envolvimento desses agentes na assistência paliativa em atendimento ambulatorial contribui com desfechos positivos¹⁷. O tratamento paliativo melhora a qualidade de vida, o humor, a percepção do prognóstico e a comunicação de preferências por parte do paciente. São descritas, também, menores taxas de depressão entre cuidadores e familiares.

Esses cuidados se relacionam à ortotanásia – morte natural e digna, no “tempo certo” –, que pode ocorrer quando o fim da vida é iminente e sem possibilidade de cura. Essa abordagem exclui o intervencionismo médico-hospitalar, mantendo apenas procedimentos cuja finalidade seja amenizar a dor e o sofrimento. Na ortotanásia, a morte é compreendida como processo natural, e portanto deve respeitar a dignidade da pessoa humana¹⁸.

O adequado manejo da dor pode minimizar e eliminar o desconforto, facilitando a recuperação do paciente, prevenindo efeitos colaterais e diminuindo os custos do tratamento; além disso, pode-se evitar complicações que intensificam a morbidade^{16,17,19,20}. Em medicina paliativa, a postura do profissional de saúde deve se pautar no amparo e no cuidado, visando aliviar o sofrimento do paciente em momento marcado por muito desconforto, angústias, incertezas e até mesmo agonia^{18,19}.

Negligência da dor e sofrimento no ambiente hospitalar

A dor e as alterações somáticas e psíquicas que acarreta se relacionam à morbidade e mortalidade no ambiente hospitalar. No geral, as queixas álgicas são conduzidas de forma tardia e ineficiente, o que constitui clara negligência em cuidados físicos, emocionais e sociais⁸. Simões¹⁵ relata que milhões de pessoas pelo mundo sofrem de algum tipo de dor desencadeada por falta ou insuficiência de tratamento. A autora estima que de 70% a 80% dos pacientes oncológicos experimentam dor de moderada a intensa, muitos morrendo sem que ela seja controlada. Ainda segundo Simões, em 80% dos

casos seria possível controlá-la completamente, e as evidências são suficientes para promover cuidado de excelência nessas situações.

A literatura destaca a dificuldade dos profissionais em manejar a dor e o sofrimento, o que envolve desconhecimento do real impacto para a saúde dos pacientes⁸. Diversas intervenções são eficazes para prevenir, controlar e aliviar a dor, como uso de analgésicos específicos, técnicas inovadoras em anestesiologia, dispositivos para administração de medicamentos, protocolos de atuação e unidades específicas¹⁵.

A negligência se caracteriza pela falta de atenção a determinada circunstância, dada a omissão do profissional em ofertar assistência. A dor acarreta complicações físicas, psicológicas e sociais^{1,15,16}, e negligenciá-la é infração ética passível de penalidade. A deontologia das profissões da saúde versa sobre essa premissa moral.

O Código de Ética Profissional do Psicólogo²¹ veda atos que caracterizem negligência, violência ou crueldade, quer sejam praticados pelo próprio profissional ou com sua anuência. Com isso, é preciso que o psicólogo lance seu olhar sobre processos subjetivos do paciente sem desconsiderar manifestações somáticas²¹. A psicologia social, por exemplo, deve focar as condições de vida e o contexto em que os indivíduos estão inseridos. Sentimentos como humilhação, vergonha, medo e culpa têm causas sociais específicas que podem gerar formas intensas de sofrimento²².

No Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem²³ destacam-se os direitos humanos e a importância de comunicar informações de forma clara e fidedigna, respeitando a autonomia do paciente em todo o ciclo de vida e processo de morte. O documento ainda enfatiza que o profissional não pode ser conivente com qualquer forma de negligência, seja ela praticada individualmente ou pela equipe de saúde.

O Código de Ética Médica²⁴ preconiza a valorização do paciente como cidadão portador de direitos e deveres, ressaltando a responsabilidade do profissional em mantê-lo informado sobre tratamento, opções existentes, possíveis complicações e riscos. É vedado causar qualquer tipo de dano, seja por ação nociva ou por omissão, caracterizadas como imperícia, imprudência ou negligência.

Diante de possível negligência em cuidados assistenciais, os códigos deontológicos apontam a necessidade de avaliar se a conduta é intencional ou se outras circunstâncias que excedem as

capacidades do profissional o impediram de exercer suas funções. Só então as penalidades necessárias podem ser definidas.

Souza e colaboradores²⁵ afirmam que o paciente com dor pode ter sua autonomia reduzida. Isso ocorre quando se nega à pessoa o direito de escolher entre os tratamentos disponíveis ou de ser esclarecida sobre a experiência dolorosa e seu manejo, ignorando sua participação ativa na terapêutica. A situação é frequente, pois, em âmbito hospitalar, o paciente tende a concordar com a equipe médica. Para evitar esse cenário, é preciso estimular a autonomia e considerar as queixas e opiniões dos indivíduos^{9,26}.

Equipe interprofissional e manejo da dor

O profissional de saúde convive com o sofrimento, e o manejo da dor é uma de suas principais atribuições no ambiente hospitalar¹. Proporcionar analgesia ao paciente e acompanhar a evolução do quadro clínico não devem ser atividades mecânicas, mas sim tornar o ambiente mais humano^{1,7}. Por isso, além de avaliar meticulosamente intervenções a serem realizadas, deve-se oferecer tratamento individualizado com base em evidências científicas. A preservação de valores éticos que sustentam a qualidade de vida da pessoa fragilizada é fator crucial para a prática da equipe interdisciplinar²⁷.

Barr²⁸ afirma que os preceitos da assistência integral estão intimamente associados à interação entre profissionais de diferentes campos da saúde e áreas do conhecimento. Abordagens fundamentadas nessa interação têm sido desenvolvidas, como no caso da medicina complementar, ou alternativa, cujas terapias usam saberes tradicionais com o fim de aliviar a dor e o sofrimento. Nessa mesma perspectiva, Otis-Green e colaboradores²⁹ propõem modelo de tratamento da dor que integra vários profissionais: psicólogos, enfermeiros, oncologistas, psiquiatras, assistentes sociais e religiosos.

O movimento interprofissional prospera onde as condições são favoráveis, quando há abertura ao diálogo e apoio mútuo no local de trabalho, quando se reconhece a necessidade de melhorar a assistência e quando, nas universidades, o tema é discutido democraticamente entre as diferentes áreas, com posição crítica a corporativismos²⁸.

Na Dinamarca, por exemplo, a colaboração interprofissional remonta ao início da década de 1960 e é descrita em regulamentos deontológicos²⁸. No Canadá, a primeira iniciativa nesse sentido

também data da década de 1960, na University of British Columbia, quando se propôs que os profissionais da saúde e da assistência social fossem formados pelos mesmos professores. No entanto, devido à falta de apoio e a mudanças na regulação dos cursos, o projeto não teve sucesso. Em 2010, porém, com a criação do Canadian Interprofessional Health Collaborative e da Accreditation of Interprofessional Health Education, as instituições que promovem a educação interprofissional no país se organizaram. Após extensas consultas, foram formulados padrões e princípios básicos consagrados em um guia³⁰.

Na abordagem interprofissional em saúde, todos devem ter os mesmos objetivos, trabalhando unidos para um resultado comum: a recuperação ou melhora da qualidade de vida do paciente²⁰. É essencial existir concordância entre métodos utilizados e comunicação efetiva sobre benefícios e malefícios de cada decisão¹². Por isso, é de suma importância instituir equipe que entenda a complexidade da dor e do sofrimento.

Mensuração da dor no ambiente hospitalar

Discernir as particularidades da dor permite investigar suas causas e identificar os melhores tratamentos^{3,19}. Atualmente, no contexto hospitalar, diferentes métodos são utilizados para avaliar o tipo e a intensidade da dor, representados por escalas uni ou multidimensionais^{19,31}.

Um exemplo de escala unidimensional é aquela de estimativa numérica, em que o paciente avalia a dor e a classifica de 0 a 10 (0, “sem dor”, e 10, “dor insuportável”). Outros exemplos são a escala analógica visual, que usa uma linha reta para graduar o nível de desconforto, e a verbal, em que o paciente se expressa com palavras. Há, ainda, a escala de faces, que utiliza expressões faciais^{19,32}.

Já as escalas multidimensionais recorrem a representação gráfica para localizar a dor nas regiões do corpo. O Questionário de McGill avalia as esferas sensorial, avaliativa e afetiva, e o Prontuário da Percepção da Dor usa técnicas psicofísicas para quantificar a dor^{19,32}.

Mensurar a dor é grande desafio, e as escalas devem ser aplicadas criteriosamente para que se evitem tratamentos ineficazes. Em paralelo, à medida que a dor é desmistificada, aumenta-se a medicalização³³. No entanto, cada organismo reage de forma específica a fármacos e procedimentos, e aspectos cognitivos e emocionais, bem como fatores externos, interferem na recuperação ou exacerbação

da dor^{19,32}. Por isso, a assistência deve ser a mais individualizada possível.

O tratamento depende do quadro clínico e do tipo de dor. No caso agudo, o objetivo é reduzir a dosagem de analgésicos opioides e anti-inflamatórios não esteroides. Já na dor crônica, o tratamento é instituído com intervalos regulares para prevenir a “memória da dor”, utilizando doses adicionais de medicação quando necessário³⁴.

As complicações da dor estão relacionadas a subavaliação, tratamento medicamentoso inadequado (uso insuficiente de analgésicos opioides, por exemplo), despreparo dos profissionais, crenças e valores distorcidos em relação à analgesia e falta de sistematização das avaliações^{3,19,32}. Enfrentar esses entraves é fundamental para combater a negligência do sofrimento humano nos serviços de saúde. É preciso valorizar a escuta qualificada, a sensibilidade, o respeito e a empatia para romper a tendência de se atentar apenas aos sintomas físicos, como se fossem a única raiz das angústias do paciente¹⁰.

Perspectiva do cuidado centrado no paciente

O modelo terapêutico biomédico evoluiu após a revolução científica do século XIX e se hegemonizou durante o século XX. Ele trouxe grandes avanços para a ciência, mas conferiu demasiado poder ao médico, fazendo com que o diagnóstico da doença passasse a preponderar sobre a percepção do paciente. Ademais, o desenvolvimento tecnológico fragmentou a ideia de corpo, dividindo e subdividindo a medicina em áreas cada vez menores.

Mas se o tratamento de uma doença pode ser impessoal, o cuidado dispensado, não – ele deve ser individualizado. Assim, em contraponto ao modelo biomédico, em meados do século XX o modelo biopsicossocial ganhou forma e começou a se consolidar entre profissionais da saúde. Nessa abordagem, o ponto de partida do atendimento clínico é a pessoa, e não a doença³⁴.

A medicina centrada no paciente transforma o modelo clínico tradicional³⁵. Preconiza, por exemplo, a interpretação da doença com base na experiência do paciente, compreendida integralmente, o estabelecimento de objetivos comuns entre profissional e paciente, a adoção de medidas de prevenção e promoção de saúde e a consideração da viabilidade de custos e do tempo do tratamento. Suas principais vantagens são o aumento da satisfação do paciente e do profissional, adesão ao tratamento, menor número de exames complementares

e a diminuição de encaminhamentos a outros especialistas, acarretando, conseqüentemente, menores custos para o sistema de saúde e para o paciente^{34,35}.

A centralidade no paciente se baseia nos direitos humanos⁹. Nesse referencial, a pessoa doente é o agente principal do procedimento terapêutico, e sua participação é determinante para o resultado almejado. Além disso, devem ser respeitados direitos como a não divulgação da vida privada e o consentimento livre – direitos humanos do paciente, o que é diferente, no campo da saúde, dos direitos dos pacientes. Os primeiros são previstos em normas jurídicas de natureza vinculante, enquanto os outros estão presentes em declarações sem obrigatoriedade jurídica, mas que reconhecem a centralidade do paciente no tratamento.

O Institute of Medicine dos Estados Unidos classificou o cuidado centrado no paciente como um dos objetivos fundamentais do sistema de saúde³⁶. Segundo Shaller³⁶, há consenso na literatura quanto aos principais atributos desse tipo de assistência: educação e conhecimento compartilhado; envolvimento de família e amigos; colaboração em equipe; sensibilidade a dimensões não médicas e espirituais; respeito pelas necessidades e preferências do paciente; e fluxo livre e acesso à informação. O cuidado centrado no paciente parte da premissa de que a negligência ao sofrimento humano é inadmissível, justificando com razões morais o respeito às preferências do paciente.

Algumas perguntas podem estimular a participação: “Ajudei você a compreender tudo o que precisa entender sobre sua doença?”; “Você poderia repetir o que entendeu?”; “Posso ajudar a esclarecer o tratamento proposto?”³⁷. Aceita-se que o paciente é o melhor juiz nessa interação. No entanto, tal premissa pode ser questionada, por exemplo, quando o paciente julga precisar de medicamento ou terapia específica inadequada ou contraindicada. Ao aceitar pedido por tratamento desnecessário, a conduta do médico não se centra no paciente³⁷.

Algumas modificações estruturais, como registros eletrônicos de informações em saúde e agendamento de acesso avançado, ajudam a assistência a responder a exigências do século XXI, mas também não devem ser tratadas como cuidado centrado no paciente. A simples implantação de prontuário eletrônico não configura tal assistência, a menos que promova comunicação com o paciente e sua participação³⁷.

A participação tende a ser menor entre os menos escolarizados. Assim, pacientes precisam ser treinados para se engajar nos cuidados de saúde e avaliá-los. Tal estímulo se opõe ao paternalismo profissional e busca tornar acessível o conhecimento antes concentrado em um diálogo assimétrico³⁷.

A liderança e o *feedback* são fatores que contribuem para o atendimento centrado no paciente. A liderança é considerada o fator mais importante, pois transformações organizacionais não acontecem sem apoio institucional. Por sua vez, o *feedback* de pacientes e familiares, mediante pesquisas que avaliem os serviços de saúde, deve ser utilizado para melhorar a qualidade do cuidado³⁶.

Conclui-se, portanto, que a resposta à negligência da dor e do sofrimento no ambiente hospitalar é o respeito aos direitos humanos do paciente, por meio da comunicação efetiva^{18,26,38}, indo ao encontro dos pressupostos da interprofissionalidade²⁸. Pois o mínimo necessário para que se respeite a dignidade humana é ver cada pessoa como única.

Considerações finais

A dor deve ser compreendida em suas dimensões psíquicas, sociais, espirituais e físicas. A pessoa que sofre com ela tem direito a tratamento adequado, que respeite sua avaliação individual, e o serviço de saúde deve ser capaz de identificar necessidades por meio da escuta qualificada, valorizando a percepção de pacientes e familiares.

Conforme afirmaram Fernandes, Veríssimo e Gama, *para além da difícil resposta à questão do “porquê” da dor/sofrimento, o cuidado solidário, que alia competência técnico-científica e humana, (...) constitui uma valiosa oportunidade para (...) tocar nossa sensibilidade e nos humanizarmos nesse processo*³⁹. É preciso analisar a negligência da dor e do sofrimento e o papel do profissional de saúde sob a ótica dos códigos deontológicos, e os direitos humanos devem ser usados como referência para reforçar práticas assistenciais voltadas ao cuidado centrado no paciente.

É necessário ter visão holística do paciente com dor e sofrimento. O planejamento assistencial deve considerar aspectos emocionais, econômicos e culturais, proporcionando bem-estar físico e mental. A proposta interprofissional caminha paralelamente à proposta do cuidado centrado: embora a boa relação profissional-paciente não assegure, por si só, que não haja negligência no cuidado, não há como

negar que o diálogo e a consciência dos diferentes pontos de vista são fundamentais³⁸.

O paciente tornou-se o centro de discussões sobre a qualidade do atendimento em saúde. Como mostram Epstein e Street Junior³⁷, houve preocupações quanto a um possível desacordo entre o

foco nas necessidades individuais e a medicina baseada em evidências. No entanto, hoje essa discussão parece concluída, sendo os bons resultados da abordagem individual aceitos, dado que ambas as vertentes aliam a ciência da generalização à ciência da particularidade.

Referências

1. Pessini L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Bioética* [Internet]. 2002 [acesso 22 mar 2019];10(2):51-72. Disponível: <https://bit.ly/2UEBOGR>
2. Oliveira CC. Para compreender o sofrimento humano. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2016 [acesso 22 mar 2019];24(2):225-34. DOI: 10.1590/1983-80422016242122
3. Fortunato JGS, Furtado MS, Hirabae LFA, Oliveira JA. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *Rev Hupe* [Internet]. 2013 [acesso 22 mar 2019];12(3):110-7. DOI: 10.12957/rhupe.2013.7538
4. Pessini L. Op. cit. p. 55.
5. Pessini L. Op. cit. p. 59.
6. Queiróz DTG, Carvalho MA, Carvalho GDA, Santos SR, Moreira AS, Silveira MFA. Dor: 5º sinal vital: conhecimento de enfermeiros. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2015 [acesso 22 mar 2019];9(4):7186-92. DOI: 10.5205/reuol.7275-62744-1-SM.0904201501
7. Oliveira PEP, Pereira LV, Santos NR, Souza LAF. A enfermagem no manejo da dor em unidades de atendimento de urgência e emergência. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 22 mar 2019];18:e1171. DOI: 10.5216/ree.v18.37309
8. Drummond JP. Dor pós-operatória crônica: a afecção negligenciada. *Rev Dor* [Internet]. 2012 [acesso 9 fev 2020];13(3):199. DOI: 10.1590/S1806-00132012000300001
9. Albuquerque A. *Direitos humanos dos pacientes*. Curitiba: Juruá; 2015.
10. Beserra EP, Oliveira FC, Ramos IC, Moreira RVO, Alves MDS, Braga VAB. Sofrimento humano e cuidado de enfermagem: múltiplas visões. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [acesso 22 mar 2019];18(1):175-80. DOI: 10.5935/1414-8145.20140026
11. Sarti CA. A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde Soc* [Internet]. 2001 [acesso 22 mar 2019];10(1):3-13. DOI: 10.1590/S0104-12902001000100002
12. Victora C. Sofrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da antropologia. *Reciis* [Internet]. 2011 [acesso 22 mar 2019];5(4):3-13. DOI: 10.3395/reciis.v5i4.764
13. Silva JO, Araújo VMC, Cardoso BGM, Cardoso MGM. Dimensão espiritual no controle da dor e sofrimento do paciente com câncer avançado: relato de caso. *Rev Dor* [Internet]. 2015 [acesso 9 fev 2020];16(1):71-4. DOI: 10.5935/1806-0013.20150014
14. Teixeira MJ. Mecanismos de ocorrência de dor. *Rev Med* [Internet]. 2001 [acesso 22 mar 2019];80(n esp 1):22-62. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v80ispe1p22-62
15. Simões ASL. A dor irruptiva na doença oncológica avançada. *Rev Dor* [Internet]. 2011 [acesso 9 fev 2020];12(2):166-71. DOI: 10.1590/S1806-00132011000200014
16. Sallum AMC, Garcia DM, Sanches M. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [acesso 22 mar 2019];25(n esp 1):150-4. DOI: 10.1590/S0103-21002012000800023
17. Temel J. Integrating palliative and oncology care: where do we go from here? *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2017 [acesso 22 mar 2019];53(2):392. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2016.12.176
18. Oneti CF, Barreto DMO, Martins EL. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à prática da distanásia e ortotanásia. *Enferm Foco* [Internet]. 2017 [acesso 22 mar 2019];8(2):42-6. DOI: 10.21675/2357-707X.2017.v8.n2.727
19. Souza VS, Corgozinho MM. A enfermagem na avaliação e controle da dor pós-operatória. *Revista* [Internet]. 2016 [acesso 22 mar 2019];5(1):70-8. Disponível: <https://bit.ly/39JQmJI>
20. Moccelin JM, Pissaiá LF, Costa AEK, Monteiro S, Rehfeldt MJH. A educação continuada como ferramenta de qualificação da equipe de enfermagem perante a avaliação da dor em idosos. *Cad Pedagog* [Internet]. 2017 [acesso 22 mar 2019];14(2):161-76. DOI: 10.22410/issn.1983-0882.v14i2a2017.1547
21. Conselho Federal de Psicologia. Código de ética profissional do psicólogo [Internet]. Brasília: CFP; 2014 [acesso 22 mar 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2R8Wncw>
22. Carreiro TC. Sofrimentos sociais em debate. *Psicol USP* [Internet]. 2003 [acesso 22 mar 2019];14(3):57-72. DOI: 10.1590/S0103-65642003000300006
23. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 6 dez 2017 [acesso 22 mar 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2wb3aLs>
24. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1931/09 [Internet]. Brasília: CFM; 2010 [acesso 22 mar 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2wYEiqA>

25. Souza LAF, Pessoa APC, Barbosa MA, Pereira LV. O modelo bioético principialista aplicado no manejo da dor. *Rev Gaúch Enferm* [Internet]. 2013 [acesso 22 mar 2019];34(1):187-95. DOI: 10.1590/S1983-14472013000100024
26. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* [Internet]. 2001 [acesso 22 mar 2019];322:444. DOI: 10.1136/bmj.322.7284.444
27. Brustolin LA, organizador. Bioética: cuidar da vida e do meio ambiente. São Paulo: Paulus; 2010.
28. Barr H. Interprofessional education: the genesis of a global movement. Londres: Centre for Advancement of Interprofessional Education; 2015. Tradução livre.
29. Otis-Green S, Sherman R, Perez M, Baird P. An integrated psychosocial-spiritual model for cancer pain management. *Cancer Pract* [Internet]. 2002 [acesso 22 mar 2019];10(supl 1):s58-65. DOI: 10.1046/j.1523-5394.10.s.1.13.x
30. Gilbert JHV. Interprofessional education in Canada: initiatives 2003-11. In: Forman D, Jones M, Thistlethwaite J, editores. *Leadership development for interprofessional education and collaborative practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2014. p. 26-44.
31. Nascimento JCC. Avaliação da dor em paciente com câncer em cuidados paliativos à luz da literatura. *Saúde Ciênc Ação* [Internet]. 2017 [acesso 22 mar 2019];3(1):11-26. Disponível: <https://bit.ly/2waPEaE>
32. Martinez JE, Grassi DC, Marques LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. *Rev Bras Reumatol* [Internet]. 2011 [acesso 22 mar 2019];51(4):299-308. DOI: 10.1590/S0482-50042011000400002
33. Fernandes DFV, Veríssimo FIL, Gama GM. Humanização da dor e do sofrimento: refletir sobre o cuidar em fim de vida. *Nursing Magazine Digital* [Internet]. 2013 [acesso 22 mar 2019];26(289):1-9. Disponível: <https://bit.ly/2UFGFb3>
34. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2008 [acesso 22 mar 2019];32(1):90-7. DOI: 10.1590/S0100-55022008000100012
35. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* [Internet]. 2000 [acesso 22 mar 2019];49(9):796-804. Disponível: <https://bit.ly/2xRvYP>
36. Shaller D. Patient-centered care: what does it take? *The Commonwealth Fund* [Internet]. 1º out 2007 [acesso 25 dez 2018]. Tradução livre. Disponível: <https://bit.ly/2R99lql>
37. Epstein RM, Street RL Jr. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med* [Internet]. 2011 [acesso 22 mar 2019];9(2):100-3. DOI: 10.1370/afm.1239
38. Veiga FS, Laranjeira ALA. O dever de informação na relação médico-paciente e a responsabilidade médica. *Orbis* [Internet]. 2012 [acesso 22 mar 2019];3(1):398-417. Disponível: <https://bit.ly/2R8YZHb>
39. Fernandes DFV, Veríssimo FIL, Gama GM. Op. cit. p. 3.

Participação dos autores

Marcelo Moreira Corgozinho concebeu e revisou o texto. As demais autoras participaram da revisão bibliográfica e redação do texto original. Todos os autores reviram a versão final submetida para publicação.

Correspondência

Marcelo Moreira Corgozinho – Universidade Católica de Brasília. Secretaria da Escola de Saúde. QS 7, lote 1, Águas Claras CEP 71966-700. Brasília/DF, Brasil.

Marcelo Moreira Corgozinho – Doutor – mmcorgozinho@gmail.com

 0000-0003-1919-475X

Larissa Oliveira Barbosa – Graduada – larissaooliv@gmail.com

 0000-0002-0449-1711

Isabela Pereira de Araújo – Graduada – isaaharaujo@hotmail.com

 0000-0003-4193-4750

Gabriela Thomaz Ferreira de Araújo – Graduada – gabithomazfa@hotmail.com

 0000-0002-3915-8628

