



ACTUALIZACIÓN

Dolor y sufrimiento desde la perspectiva de la atención centrada en el 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.

Resumen

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. Assistência à saúde. Manejo da dor. Imperícia. Direitos humanos.

Resumo

Dor e sofrimento na perspectiva do cuidado centrado no paciente

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.

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.

Si bien el sufrimiento es visto como un sentimiento vasto, universal y existencial, el dolor puede describirse como un proceso fisiológico¹⁻². Sin embargo, puede ser físico o emocional, relacionado o no con alguna herida “real”³. La palabra que lo designa proviene del latín *dolor*, y los diccionarios generalmente lo definen *como una impresión desagradable o penosa, resultado de alguna lesión o estado anormal del organismo o parte de él*⁴.

Según Pessini, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como *una experiencia sensorial y emocionalmente desagradable, asociada con lesiones reales o potenciales, o descrita en términos de tales lesiones*⁵. El dolor es el quinto de los signos vitales (los otros cuatro son el pulso, la respiración, la temperatura y la presión arterial) y uno de los principales factores de sufrimiento⁶. Está directamente relacionado con la calidad de vida y, dependiendo de su gravedad, puede llevar a quienes lo padecen a pedir su propia muerte^{1,7}.

El dolor y el sufrimiento destruyen la integridad del cuerpo, así como la unidad de la persona, pero vienen siendo descuidados en lo que se refiere al cuidado de la salud^{1,7,8}. Esta negligencia es grave, puesto que impide que los derechos humanos sean eficaces en el sentido de promover el cuidado centrado en el paciente. Tal cuidado mejoraría la calidad de la asistencia, pues, cuando las acciones de los profesionales son adecuadas a las necesidades de los usuarios y sus familias, hay colaboración y las decisiones pueden ser tomadas en conjunto⁹.

Con esta base, este estudio de carácter teórico pasa por los siguientes pasos: describe las dimensiones del dolor y del sufrimiento humano, haciendo hincapié en la importancia del equipo interprofesional en su gestión; expone, con foco en la ética profesional, la negligencia del sufrimiento; y, finalmente, propone formas de promover la atención centrada en el paciente.

Identificando las dimensiones del dolor y del sufrimiento

El sufrimiento humano va más allá de los factores fisiológicos: por ejemplo, cuando el paciente se siente debilitado, se altera la forma en que come, en la que se mueve y se relaciona consigo mismo y con otros individuos. El estado de ánimo se ve afectado por la enfermedad, así que muchos pacientes crónicos entran en depresión⁷. Por lo tanto, el dolor del paciente no puede

ser visto solo desde una perspectiva biomédica. Debe entenderse desde un punto de vista ético, considerando sus dimensiones psíquicas, sociales, espirituales y físicas¹⁰.

La dimensión psíquica se remonta a la salud mental, a múltiples factores de gran complejidad. Entre las diversas situaciones críticas que pueden desencadenar este tipo de sufrimiento, se destaca la confrontación del dolor al final de la vida¹.

El dolor social, a su vez, se caracteriza por el aislamiento y la dificultad de comunicar el sufrimiento¹. Puede ser desencadenado por la pérdida del papel en la organización familiar, el miedo a la separación, el sentimiento de abandono, luto anticipado, etc. Los individuos están sujetos a diferentes condiciones (sociales, culturales, étnicas, de género) que influyen en la forma en que experimentan y perciben el dolor^{1,7,11}.

El dolor y el sufrimiento son experiencias cuyo significado debe buscarse. No se trata de una cuestión individual (aunque a menudo se presenta como tal) ni simplemente física (aunque se manifiesta en el cuerpo). Como las experiencias socio-culturales, el dolor y el sufrimiento se insertan en determinados tiempos y contextos (más que ser generados por condiciones sociales, son parte de procesos históricos)¹².

También existe la espiritualidad, un fenómeno que responde a las necesidades humanas con creencias potencialmente transformadoras. El dolor puede manifestarse en la pérdida de propósito y en la desesperanza del individuo que sufre. Por lo tanto, la espiritualidad puede mejorar la calidad de vida de aquellos que se vuelcan a lo sagrado. Un informe de caso demuestra la influencia de esta dimensión en la evaluación del dolor difícil de controlar, refractario al tratamiento farmacológico¹³.

En su dimensión física, el dolor aparece como resultado de una herida, enfermedad o deterioro progresivo que impide el funcionamiento fisiológico ideal e indica una disfunción corporal¹, y puede clasificarse como agudo o crónico.

Dolor agudo y crónico

El dolor agudo es el mecanismo de alerta del organismo en respuesta a una agresión mecánica, química o térmica, mientras que el dolor crónico produce desequilibrios orgánicos que disminuyen progresivamente las capacidades funcionales de una persona^{2,14}. El dolor agudo es una de las principales razones para buscar servicios de emergencia, siendo un síntoma valioso en la investigación y definición del diagnóstico del paciente².

La tipología fisiológica del dolor incluye formas somáticas, viscerales y neuropáticas. La primera es el resultado de un daño en la superficie corporal, y la segunda es interna, como en los calambres abdominales. Ambas son nociceptivas, es decir, una experiencia sensorial causada por la respuesta de las neuronas sensoriales periféricas a estímulos nocivos agudos. En cambio, el dolor neuropático deriva de una disfunción crónica del sistema nervioso¹⁴, por ello en su tratamiento se deben considerar procedimientos de bloqueo neuronal y el uso de antidepresivos tricíclicos¹⁵.

El dolor agudo comienza con signos físicos objetivos y subjetivos asociados con la actividad excesiva del sistema nervioso. A partir de afecciones traumáticas, infecciones o inflamaciones, algunas sustancias endógenas se sintetizan y se liberan, estimulando las terminaciones nerviosas. Las principales repercusiones del dolor agudo no aliviado son la taquicardia, la arritmia, la disminución de la oxigenación de los tejidos, la agitación, la sudoración, el aumento del gasto cardíaco (volumen de sangre bombeada por el corazón por minuto), de la presión arterial y de la contracción muscular, la hemorragia, la ansiedad y el miedo¹⁶. La evolución natural es la remisión, pero con la activación prolongada de varias vías neuronales el dolor puede volverse crónico¹⁴.

Procedimientos operativos, por ejemplo, causan un trauma agudo con cambios fisiológicos y emocionales que deben ser controlados adecuadamente. El período postoperatorio inmediato comprende las primeras 24 horas posteriores a la operación y, en este período, es probable que se produzcan molestias y cambios en el metabolismo del paciente². Las complicaciones desencadenadas por el dolor en estas circunstancias son la reducción del sueño y del apetito, la deshidratación, la dificultad para caminar y moverse en la cama, dificultades para respirar profundamente o toser, el aumento de la duración de la internación y los riesgos tromboembólicos e infecciosos¹⁶. La ciencia trata la fisiopatología del dolor postoperatorio crónico como una transformación de los síntomas de una afección específica y, por lo tanto, debería concienciar a los profesionales de la salud sobre las prácticas de prevención y control inmediato y eficaz⁸.

El sistema nervioso se adapta al dolor crónico gradualmente. En los pacientes con este tipo de dolor no siempre se presentan signos objetivos. Sin embargo, hay cambios evidentes en la personalidad, en el estilo de vida y en la capacidad funcional¹ —la actividad física, la vida sexual, el estado de ánimo, la autoestima, las relaciones familiares,

el trabajo y la diversión pueden ser alterados de varias maneras^{14,16}—. El malestar constante genera un sufrimiento cada vez mayor, porque el paciente tiende a sentirse como una carga para sus familiares o cuidadores¹³.

Es común que los pacientes terminales que sienten dolor mezclen el sufrimiento con la culpa y el miedo al abandono⁷. La comprensión del dolor y de sus efectos es esencial para los cuidados paliativos, que buscan tratar las causas y también las consecuencias psicológicas y sociales^{1,17}. Ese abordaje promueve la calidad de vida de los pacientes y de las familias que se enfrentan a enfermedades potencialmente letales, aliviando el sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual.

En oncología, el dolor irruptivo, intenso e idiopático es frecuente, no está relacionado con un analgésico determinado ni con las funciones o movimientos corporales y es difícil controlarlo¹⁵. Los pacientes, cuidadores y familiares que conviven con cáncer avanzado presentan síntomas físicos y psicológicos relacionados a la enfermedad y a menudo se involucran en discusiones sobre las preferencias de cuidado¹⁷. Varios estudios aleatorios demuestran que la participación de estos agentes en la asistencia paliativa en la atención ambulatoria contribuye a resultados positivos¹⁷. El tratamiento paliativo mejora la calidad de vida, el estado de ánimo, la percepción del pronóstico y la comunicación de preferencias por parte del paciente. También se describen tasas más bajas de depresión entre los cuidadores y los miembros de la familia.

Este cuidado se relaciona con la ortotanasia —una muerte natural y digna en el “momento adecuado”—, que puede ocurrir cuando el fin de la vida es inminente y sin posibilidad de cura. Este enfoque excluye la intervención médico-hospitalaria, manteniendo solo procedimientos cuyo propósito es amenizar el dolor y el sufrimiento. En la ortotanasia, la muerte se entiende como un proceso natural y, por lo tanto, debe respetarse la dignidad de la persona humana¹⁸.

El tratamiento adecuado del dolor puede minimizar y eliminar las molestias, facilitando la recuperación del paciente, previniendo los efectos colaterales y reduciendo los costos del tratamiento; además, se pueden evitar complicaciones que intensifican la morbilidad^{16,17,19,20}. En la medicina paliativa la postura del profesional de la salud debe basarse en el apoyo y la atención, con el objetivo de aliviar el sufrimiento del paciente en un momento marcado por muchas molestias, angustias, incertidumbres e incluso agonía^{18,19}.

Negligencia del dolor y sufrimiento en el ambiente hospitalario

Las alteraciones somáticas causadas por el dolor se relacionan con la morbilidad y la mortalidad en el ambiente hospitalario. En general, se atende a las quejas sobre un cuadro doloroso de forma lenta e ineficiente, lo que demuestra un claro descuido en cuidados físicos, emocionales y sociales⁸. Simões¹⁵ informa que millones de personas en todo el mundo sufren algún tipo de dolor desencadenado por la falta o la insuficiencia de estima que entre el 70% y el 80% de los pacientes de cáncer experimentan un dolor de moderado a severo, y que muchos mueren sin controlarlo. En el 80% de los casos sería posible controlarlo completamente, y las evidencias son suficientes para promover un excelente cuidado en estas situaciones.

En la literatura se destaca la dificultad de los profesionales para controlar el dolor y el sufrimiento, lo que supone desconocer el impacto real en la salud de los pacientes⁸. Varias intervenciones son eficaces para prevenir, controlar y aliviar el dolor, como el uso de analgésicos específicos, técnicas innovadoras de anestesiología, dispositivos para la administración de medicamentos, protocolos de actuación y unidades específicas¹⁵.

La negligencia se caracteriza por la falta de atención a una determinada circunstancia, dada la omisión del profesional en ofrecer asistencia. El dolor causa complicaciones físicas, psicológicas y sociales^{1,15,16}, y negligirlo es una infracción ética sujeta a penalidad. La deontología se ocupa de esta premisa moral.

El Código de Ética Profesional de los Psicólogos²¹ prohíbe que actos caracterizados como negligencia, violencia o crueldad sean practicados por el profesional o con su consentimiento. Por lo tanto, es necesario que el psicólogo observe los procesos subjetivos del paciente sin dejar de lado manifestaciones somáticas²¹. La psicología social, por ejemplo, debería centrarse en las condiciones de vida y el contexto en el que se insertan los individuos. Sentimientos como la humillación, la vergüenza, el miedo y la culpa tienen causas sociales específicas que pueden generar formas intensas de sufrimiento²².

En el Código de Ética para los Profesionales de la Enfermería²³ se destacan los derechos humanos y la importancia de comunicar la información de manera clara y fidedigna, respetando la autonomía del paciente a lo largo del ciclo de vida, así como el proceso de muerte. En el documento también se

hace hincapié en que el profesional no puede ser connivente con ninguna forma de negligencia, ya sea por parte de un individuo o del equipo de salud.

El Código de Ética Médica²⁴ preconiza la valorización del paciente como ciudadano con derechos y deberes, destacando la responsabilidad del profesional en mantenerlo informado sobre el tratamiento, las opciones existentes, las posibles complicaciones y los riesgos. Está prohibido causar cualquier tipo de daño, ya sea por acción nociva o por omisión, caracterizados por mala praxis, imprudencia o negligencia.

Ante una posible negligencia en la atención, los códigos deontológicos señalan la necesidad de evaluar si la conducta es intencional o si otras circunstancias que exceden a las capacidades del profesional le impidieron ejercer sus obligaciones. Solo entonces se pueden definir las sanciones necesarias.

Souza y colaboradores²⁵ afirman que el paciente con dolor puede tener su autonomía reducida. Esto ocurre cuando se le niega a la persona el derecho a elegir entre los tratamientos disponibles o a ser informada sobre la experiencia dolorosa y su manejo, ignorando su participación activa en la terapia. La situación es frecuente, puesto que en un ambiente hospitalario el paciente tiende a ponerse de acuerdo con el equipo médico. Para evitar este escenario es indispensable estimular la autonomía, teniendo en cuenta las quejas y opiniones de los individuos^{9,26}.

Equipe interprofesional y manejo del dolor

El profesional de la salud convive con el sufrimiento, y el manejo del dolor es una de sus principales tareas en el entorno hospitalario¹. Proporcionar analgésicos al paciente y seguir la evolución del cuadro clínico no deben ser actividades mecánicas^{1,7}. Además de evaluar meticulosamente las intervenciones a realizar, se debe ofrecer un tratamiento individualizado basado en pruebas científicas. La preservación de los valores éticos que sustentan la calidad de vida de la persona debilitada es un factor crucial para la práctica del equipo interdisciplinario²⁷.

Barr²⁸ manifiesta que los preceptos de asistencia integral están estrechamente asociados a la interacción entre profesionales de diferentes campos de la salud y áreas de conocimiento. Se desarrollaron enfoques basados en esta interacción, como en el caso de la medicina complementaria o alternativa, cuyas terapias utilizan los conocimientos tradicionales para aliviar el dolor y el sufrimiento. En la misma perspectiva, Otis-Green y colaboradores²⁹ proponen un modelo de tratamiento del dolor que integra a varios profesionales: psicólogos,

enfermeras, oncólogos, psiquiatras, asistentes sociales y religiosos.

El movimiento interprofesional prospera cuando las condiciones son favorables, cuando existe apertura al diálogo y al mutuo apoyo en el lugar de trabajo, cuando se reconoce la necesidad de mejorar la asistencia y cuando en las universidades el tema se discute democráticamente entre las diferentes áreas, con una posición crítica al corporativismo²⁸.

En Dinamarca, por ejemplo, la colaboración interprofesional se remonta a principios de la década de los 1960 y se describe en las normas éticas²⁸. En el Canadá, la primera iniciativa en este sentido también se remonta al mismo periodo, cuando en la University of British Columbia se propuso que los profesionales de salud y los de asistencia social tuvieran los mismos profesores. No obstante, debido a la falta de apoyo y a los cambios en las normas de los cursos, el proyecto no tuvo éxito. Pero en el 2010, con la creación de la Canadian Interprofessional Health Collaborative y la Accreditation of Interprofessional Health Education, se organizaron las instituciones que promueven la educación interprofesional en el país. Tras amplias consultas, se formularon normas y principios básicos consagrados en una guía³⁰.

En el enfoque interprofesional de la salud, todos deben tener los mismos objetivos, trabajando juntos para un resultado común: la recuperación o la mejoría de la calidad de vida del paciente²⁰. Es esencial que haya acuerdo entre los métodos utilizados y una comunicación eficaz sobre los beneficios y los daños de cada decisión¹². Por lo tanto, es de suma importancia establecer un equipo que comprenda la complejidad del dolor y el sufrimiento.

Medición del dolor en el entorno hospitalario

Discernir las particularidades del dolor permite investigar sus causas e identificar los mejores tratamientos^{3,19}. En la actualidad, en el contexto hospitalario, se utilizan diferentes métodos para evaluar el tipo y la intensidad del dolor, representados por escalas uni- o multidimensionales^{19,31}.

Un ejemplo de escala unidimensional es la de la estimación numérica, en la que el paciente evalúa el dolor y lo clasifica de 0 a 10 (0, "sin dolor", y 10, "dolor insoportable"). Otros ejemplos son la escala analógica visual, en la que utiliza una línea recta para graduar el nivel de incomodidad y, la escala verbal, en la que el paciente se expresa con palabras. También está la escala facial, en la que se utilizan las expresiones faciales^{19,32}.

Ya en las escalas multidimensionales utilizan la representación gráfica para localizar el dolor en las

regiones del cuerpo. El Cuestionario de McGill evalúa las esferas sensorial, evaluativa y afectiva, y el Expediente de Percepción del Dolor utiliza técnicas psicofísicas para cuantificar el dolor^{19,32}.

Medir el dolor es un gran desafío, las escalas deben aplicarse con criterio para evitar tratamientos ineficaces. Paralelamente, a medida que se desmitifica el dolor se aumenta la medicación³³. Sin embargo, cada organismo reacciona de manera específica a los medicamentos y procedimientos, aspectos cognitivos y emocionales, así como los factores externos, interfieren en la recuperación o la exacerbación del dolor^{19,32}. Por lo tanto, la asistencia debe ser lo más individualizada posible.

El tratamiento depende del cuadro clínico y del tipo de dolor. En el caso agudo, el objetivo es reducir la dosis de analgésicos opioides y antiinflamatorios, no esteroides. En el caso del dolor crónico, se instituye un tratamiento con intervalos regulares para prevenir la "memoria del dolor", utilizando dosis adicionales de medicación cuando sea necesario³⁴.

Las complicaciones del dolor están relacionadas con la infravaloración, y al respecto se puede mencionar el suministro inadecuado de medicamentos (por ejemplo, el uso insuficiente de analgésicos opioides), la falta de preparación de los profesionales, las creencias y los valores distorsionados en relación con la analgesia y la falta de sistematización de las evaluaciones^{3,19,32}. Hacer frente a estos obstáculos es fundamental para combatir la negligencia del sufrimiento humano en los servicios de salud. Es necesario valorar la escucha calificada, la sensibilidad, el respeto y la empatía, para romper la tendencia a prestar atención solo a los síntomas físicos, como si fueran la única raíz de la angustia del paciente¹⁰.

Perspectiva del cuidado centrado en el paciente

El modelo terapéutico biomédico evolucionó después de la revolución científica del siglo XIX y se hegemonizó durante el siglo XX. Aportó grandes avances a la ciencia, pero dio demasiado poder al médico, haciendo que el diagnóstico de la enfermedad prevalezca sobre la percepción del paciente. Además, el desarrollo tecnológico fragmentó la idea de cuerpo, dividiendo y subdividiendo la medicina en áreas cada vez más pequeñas.

El tratamiento de una enfermedad puede ser impersonal, pero el cuidado proporcionado debe ser individualizado. Así, como contrapunto al modelo biomédico, a mediados del siglo XX el modelo biopsicosocial tomó forma y comenzó a consolidarse entre los profesionales de la salud.

En este abordaje, el punto de partida del cuidado clínico es la persona, no la enfermedad³⁴.

La medicina orientada al paciente transforma el modelo clínico tradicional³⁵. Por ejemplo, aboga por la interpretación de la enfermedad basada en la experiencia del paciente, integralmente comprendida, el establecimiento de objetivos comunes entre el profesional y el paciente, la adopción de medidas de prevención y promoción de la salud, como también la consideración de la viabilidad del costo y el tiempo del tratamiento. Sus principales ventajas son el aumento de la satisfacción de los pacientes y los profesionales, la adherencia al tratamiento, menos exámenes complementarios y la disminución de remisiones a otros especialistas, lo que conduce a una reducción de costos para el sistema de salud y el paciente^{34,35}.

La centralidad del paciente se basa en los derechos humanos⁹. En esta referencia el enfermo es el principal agente del procedimiento terapéutico y su participación es determinante para el resultado deseado. Además, deben respetarse derechos como la no divulgación de la vida privada y el libre consentimiento —derechos humanos del paciente, que difieren, en el ámbito de la salud, de los derechos de los pacientes. Los primeros están previstos en normas jurídicas vinculantes, mientras que los otros están presentes en declaraciones que no son jurídicamente vinculantes, pero reconocen la centralidad del paciente en el tratamiento.

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos ha clasificado la atención centrada en el paciente como uno de los objetivos fundamentales del sistema de salud³⁶. Según Shaller³⁶, existe consenso en la literatura sobre los principales atributos de este tipo de atención: educación y conocimiento compartido; participación de la familia y de los amigos; colaboración en equipo; sensibilidad a las dimensiones no médicas y espirituales; respeto por las necesidades y preferencias del paciente; y libre acceso a la información. La atención centrada en el paciente parte de la premisa de que el descuido del sufrimiento humano es inadmisibles, justificando por motivos morales el respeto a las preferencias del paciente.

Algunas preguntas pueden alentar la participación: “¿Le ayudé a comprender todo lo que necesita saber sobre su enfermedad?”; “¿Usted podría repetir lo que ha comprendido?”; “¿Puedo esclarecer el tratamiento propuesto?”³⁷. Se acepta que el paciente es el mejor juez en esta interacción, no obstante esta premisa puede cuestionarse, por ejemplo, cuando el paciente cree que necesita una medicación o terapia específica inapropiada o contraindicada. Al aceptar

una solicitud de tratamiento innecesario, la conducta del médico no se centra en el paciente³⁷.

Algunas modificaciones estructurales, como los registros electrónicos de información de salud y la programación de acceso avanzado, ayudan a que la atención médica satisfaga las exigencias del siglo XXI, pero todavía no son atención centrada en el paciente. La simple implementación de registros electrónicos no configura dicha atención, a menos que promueva la comunicación y la participación del paciente³⁷.

La participación tiende a ser menor entre aquellos que recibieron menos educación. De esta forma, es necesario capacitar a los pacientes para que participen en la atención de la salud y la evalúen. Este estímulo se opone al paternalismo profesional y busca hacer accesible el conocimiento previamente concentrado en un diálogo asimétrico³⁷.

El liderazgo y el *feedback* son factores que contribuyen a la atención enfocada en el paciente. Se considera que el liderazgo es el factor más importante porque las transformaciones organizativas no se producen sin apoyo institucional. A su vez, el proceso de retroinformación (*feedback*) de los pacientes y de los miembros de la familia por medio de encuestas que evalúan los servicios de salud debería utilizarse para mejorar la calidad de la atención³⁶.

Se concluye, por lo tanto, que la respuesta a la negligencia del dolor y el sufrimiento en el entorno hospitalario es el respeto a los derechos humanos del paciente mediante una comunicación efectiva^{18,26,38}, cumpliendo los presupuestos de la interprofesionalidad²⁸. Porque lo mínimo necesario para respetar la dignidad humana es ver a cada persona como única.

Consideraciones finales

El dolor debe ser entendido en sus dimensiones psíquicas, sociales, espirituales y físicas. La persona que lo sufre tiene derecho a un tratamiento adecuado, que respete su evaluación individual. El servicio de salud debe ser capaz de identificar las necesidades a través de una escucha cualificada, valorando la percepción de los pacientes y familiares.

Como afirmaron Fernandes, Veríssimo y Gama, *además de la difícil respuesta a la pregunta del “por qué” del dolor/sufrimiento, el cuidado solidario que combina la competencia técnico-científica y humana (...) constituye una valiosa oportunidad para (...) tocar nuestra sensibilidad y humanizarnos en este*

proceso³⁹. Es necesario analizar la negligencia del dolor y del sufrimiento y el papel del profesional de la salud desde el punto de vista de los códigos deontológicos. Los derechos humanos deben utilizarse como referencia para reforzar las prácticas de asistencia centradas en la atención al paciente.

Es necesario tener una visión holística del paciente que sufre con el dolor y el sufrimiento. La planificación de la atención debe considerar aspectos emocionales, económicos y culturales, proporcionando bienestar físico y mental. La propuesta interprofesional va de la mano de la propuesta de una atención centrada: aunque la buena relación

profesional-paciente no garantiza por sí misma que no haya negligencia en la atención, no se puede negar que el diálogo y la conciencia de los diferentes puntos de vista son fundamentales³⁸.

El paciente se ha convertido en el centro de la discusión sobre la calidad de la atención médica. Como muestran Epstein y Street Junior³⁷, hubo preocupación por un posible desacuerdo entre el enfoque en las necesidades individuales y la medicina basada en la evidencia, sin embargo, hoy en día este debate parece haber concluido, ya que los dos abordajes se completan, combinando la ciencia de la generalización con la ciencia de la particularidad.

Referencias

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, Pissai 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 [acceso 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 [acceso 22 mar 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2R8Wncw>
22. Carreiro TC. Sofrimentos sociais em debate. *Psicol USP* [Internet]. 2003 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 22 mar 2019];49(9):796-804. Disponível: <https://bit.ly/2xRvbYP>
36. Shallor D. Patient-centered care: what does it take? *The Commonwealth Fund* [Internet]. 1º out 2007 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 22 mar 2019];3(1):398-417. Disponível: <https://bit.ly/2R8YZHb>
39. Fernandes DFV, Veríssimo FIL, Gama GM. Op. cit. p. 3.


Participación de los autores

Marcelo Moreira Corgozinho redactó el texto. Las demás autoras participaron de la revisión bibliográfica, así como de la redacción del texto original. Todos los autores revisaron la versión final presentada para publicación.


Correspondencia

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 – Doctor – 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

