

ADOECEER EM SILÊNCIO: AS MARCAS INVISÍVEIS DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

FALLING ILL IN SILENCE: THE INVISIBLE SCARS OF PSYCHOLOGICAL SUFFERING

Daiane Cardoso da Silva¹

Kathia Maria Duarte Ono²

Isadora dos Santos Maciel³

Denise Diniz Tôres de Assis⁴

Luana Pereira Formiga⁵

Mônica Rodrigues da Silva⁶

Juliana Alves Pinto⁷

Moniza Karlla Silva Cavalcante⁸

Erivar Moisés de Lima Júnior⁹

Denise Falcão Costa Coelho¹⁰

1 Enfermeira, especialista em Enfermagem do Trabalho, mestre em Saúde do Trabalhador e Doutora em Enfermagem.

2 Médica, especialista em Psiquiatria e Mestre em Odontologia.

3 Graduada e licenciada em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Pós-graduada em Enfermagem na Atenção Primária, com ênfase na Estratégia Saúde da Família.

4 Graduada em Ciências Contábeis, pós-graduada em Auditoria em Serviços de Saúde e técnica em Enfermagem.

5 Enfermeira, especialista em Enfermagem do Trabalho.

6 Enfermeira, mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Doutora em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro e professora associada da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

7 Enfermeira, Graduada pela Universidade Estadual da Paraíba e especialista em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente pela Fundação Oswaldo Cruz.

8 Enfermeira, especialista em Urgência e Emergência e em Unidade de Terapia Intensiva.

9 Médico e residente em Psiquiatria.

10 Psicóloga, especialista em Psicologia em Hospital Geral pela Faculdade de Medicina da

Resumo: O sofrimento psíquico nem sempre se apresenta por sinais imediatamente reconhecíveis. Muitas vezes, permanece encoberto pela continuidade das atividades cotidianas, pelo receio de julgamento e pela dificuldade de traduzir em palavras uma experiência que ameaça a identidade, os vínculos e o sentido atribuído à própria vida. Este artigo tem como objetivo refletir sobre a invisibilidade do sofrimento psíquico, os processos que favorecem seu silenciamento e os compromissos éticos necessários ao cuidado. Trata-se de um estudo teórico-reflexivo elaborado mediante leitura crítica de seis artigos científicos, publicados entre 2020 e 2026, que abordam sofrimento, dor mental, autocompaixão, dor relacionada ao suicídio e cuidado centrado na pessoa. A reflexão evidencia que sofrimento psíquico, sintomas psiquiátricos e dor física são fenômenos relacionados, porém não equivalentes. A experiência de sofrer envolve a interpretação de uma ameaça à integridade da pessoa e pode alcançar dimensões afetivas, cognitivas, sociais, culturais, existenciais e espirituais. Seu caráter invisível não significa ausência de manifestações, mas insuficiência de escuta e de reconhecimento nos espaços familiares, sociais e assistenciais. Conclui-se que romper o silêncio exige uma clínica que ultrapasse a redução de sintomas, acolha a narrativa singular, investigue diretamente a dor psicológica e compartilhe decisões. Reconhecer o sofrimento antes que ele se torne insuportável é uma responsabilidade coletiva e uma condição para um cuidado integral, oportuno e não estigmatizante.

Palavras chaves: Saúde Mental; Sofrimento Psicológico; Estigma Social; Cuidado Centrado no

Universidade de São Paulo (FMUSP). Atua como psicóloga em hospital da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI).

11 Secretária executiva bilíngue, com interesse atual em projetos de saúde mental no ambiente acadêmico.

12 Graduada em Enfermagem - Faculdade Internacional da Paraíba. Pós-graduação em Programa de Saúde da Família (Centro Integrado de Tecnologia e Pesquisa - CINTEP). Membro e Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética e Cuidados Paliativos - NEPBEP/ UFPB.

Paciente; Autocompaixão.

Introdução

Há formas de adoecimento que não interrompem imediatamente a rotina nem produzem sinais facilmente nomeáveis. A pessoa continua trabalhando, cuidando de outras pessoas, respondendo a compromissos e, por vezes, sorrindo. Sob essa aparência de continuidade, entretanto, podem coexistir exaustão, desesperança, culpa, medo, solidão e perda de sentido. A invisibilidade do sofrimento psíquico nasce, em parte, dessa distância entre aquilo que é vivido internamente e aquilo que pode ser percebido externamente. Não se trata de uma dor inexistente, mas de uma experiência cuja realidade frequentemente depende da palavra de quem sofre e da disponibilidade de alguém para escutá-la.

A literatura emprega expressões como dor mental, dor psicológica, dor emocional, dor social e sofrimento para designar experiências dolorosas que não são sentidas prioritariamente no corpo. Essa diversidade terminológica demonstra a complexidade do fenômeno, mas também impõe limites à pesquisa e ao cuidado. Em revisão metodológica, Duranté et al. (2025) observaram que mais da metade dos estudos biológicos analisados não apresentava uma definição da dor não física e que a maioria não utilizava uma medida específica. Assim, embora o sofrimento seja reconhecido como experiência humana relevante, ainda há desacordo sobre como defini-lo, investigá-lo e mensurá-lo.

Sensky (2020) argumenta que dor mental e sofrimento podem funcionar como indicadores centrados na pessoa, pois expressam não apenas a presença de sintomas, mas o impacto global do adoecimento sobre valores, objetivos e preferências individuais. Essa compreensão desloca o olhar da pergunta ‘qual sintoma está presente?’ para questões mais amplas: ‘o que está ameaçado na vida desta pessoa?’, ‘o que ela teme perder?’ e ‘o que ainda lhe permite sustentar a própria existência?’. O deslocamento é decisivo porque pessoas com o mesmo diagnóstico podem experimentar níveis e formas muito diferentes de sofrimento.

O silêncio que envolve a dor psíquica não pode ser atribuído somente à dificuldade individual

de falar. Ele também é produzido por ambientes que desqualificam emoções, por relações que exigem desempenho permanente e por práticas assistenciais concentradas em sinais objetivos. Quando apenas aquilo que pode ser medido de maneira imediata recebe legitimidade, a experiência subjetiva corre o risco de ser tratada como exagero, fragilidade ou falta de vontade. Nesse cenário, calar pode representar tentativa de autoproteção diante do estigma, medo de sobrecarregar outras pessoas ou descrença de que a revelação produzirá acolhimento.

Diante disso, este artigo tem como objetivo refletir sobre a invisibilidade do sofrimento psíquico, os processos relacionais e institucionais que favorecem seu silenciamento e os compromissos éticos necessários ao cuidado. Trata-se de um estudo teórico-reflexivo construído a partir da leitura crítica de seis artigos científicos anexados, publicados entre 2020 e 2026. Os textos foram utilizados como fundamentos conceituais e empíricos para a elaboração de uma interpretação original, sem pretensão de revisão sistemática ou de esgotamento da literatura. A reflexão foi organizada em quatro eixos: a natureza multidimensional do sofrimento; o silêncio como experiência relacional; as marcas deixadas sobre identidade, vínculos e sentido; e os caminhos para um cuidado centrado na pessoa.

Desenvolvimento

O sofrimento psíquico para além do sintoma

Sofrer não é sinônimo de apresentar um diagnóstico psiquiátrico, assim como a redução de um sintoma não assegura, por si só, a restauração do bem-estar. O sofrimento se relaciona ao modo como a pessoa interpreta aquilo que lhe acontece e às repercussões dessa experiência sobre sua integridade. Sensky (2020) recupera uma compreensão na qual o sofrimento emerge quando a pessoa percebe ameaça de desintegração de seu mundo, de sua identidade ou de aspectos que considera essenciais. Nessa perspectiva, o evento desencadeador pode ser físico, emocional, social ou existencial; o que define a experiência não é apenas sua origem, mas o significado que assume para quem a vive.

Essa formulação ajuda a compreender por que acontecimentos considerados pequenos por observadores podem adquirir peso devastador para determinado sujeito, enquanto situações graves podem ser enfrentadas com recursos suficientes para preservar alguma continuidade. Não há uma escala externa capaz de determinar, isoladamente, quanto alguém ‘deveria’ sofrer. A avaliação depende da história, dos vínculos, dos projetos, dos valores e das condições concretas disponíveis. Reconhecer essa singularidade não significa abandonar critérios clínicos, mas impedir que eles substituam a pessoa.

A revisão de Noe-Steinmüller et al. (2024), dedicada ao sofrimento relacionado à dor, reforça esse caráter complexo. Os autores o definem como experiência intensamente negativa, dinâmica e produzida em resposta a uma ameaça percebida à integridade do eu e à identidade pessoal. O modelo reúne dimensões sociais, físicas, pessoais, espirituais, existenciais, culturais, cognitivas e afetivas. Embora formulado no campo da dor física, ele oferece uma contribuição importante à compreensão do sofrimento psíquico: a dor atravessa a pessoa inteira e não pode ser reduzida a uma emoção isolada ou a uma reação exclusivamente biológica.

Isso também explica a inadequação de opor, de forma rígida, corpo e mente. O sofrimento pode alterar sono, apetite, energia, atenção e capacidade funcional; a doença física pode ameaçar autonomia, identidade e pertencimento; e a dor social pode ser descrita com a linguagem da dor corporal. Contudo, reconhecer essas interações não autoriza tratar todas as experiências como equivalentes. Duranté et al. (2025) alertam que a pesquisa sobre dores não prioritariamente corporais ainda reúne conceitos heterogêneos e paradigmas cuja validade externa é incerta. A prudência conceitual, portanto, é parte do compromisso ético: nomear deve ampliar a compreensão, não apagar diferenças.

A invisibilidade aparece justamente porque muitas dessas dimensões não são captadas por exames, escalas isoladas ou encontros clínicos breves. Uma pessoa pode negar tristeza e, ainda assim, sentir que já não reconhece a si mesma. Pode não preencher critérios para um transtorno e experimentar perda profunda de sentido. Pode relatar melhora de um sintoma, mas continuar sem

vínculos ou perspectivas. Quando o cuidado se encerra na contagem de manifestações, as marcas mais profundas permanecem fora do campo de visão.

O silêncio não é vazio: porque a dor permanece escondida

O silêncio costuma ser interpretado como ausência de sofrimento ou como escolha individual. Essa leitura é insuficiente. Falar sobre a própria dor requer linguagem, confiança, oportunidade e expectativa de acolhimento. Quando experiências anteriores foram recebidas com ironia, moralização, pressa ou descrédito, o silêncio pode tornar-se uma resposta aprendida. A pessoa não deixa de sentir; aprende que mostrar o que sente pode ampliar a exposição e a vulnerabilidade.

Há ainda uma exigência social de funcionalidade que transforma o desempenho em prova de saúde. Quem cumpre tarefas, mantém a aparência e atende às necessidades alheias pode ter sua dor ignorada. O sofrimento passa a ser reconhecido apenas quando rompe de modo visível a produtividade ou produz uma crise. Essa lógica é particularmente injusta porque recompensa a dissimulação e posterga o cuidado. Quanto maior o esforço para parecer bem, menor pode ser a chance de alguém perguntar, com interesse genuíno, como a pessoa está.

Em situações de doença crônica, o sofrimento pode ser naturalizado como consequência inevitável do diagnóstico. Baxter e Sirois (2025) mostram, em metanálise de 51 estudos, associação inversa moderada a forte entre autocompaixão e sofrimento psicológico em diferentes condições crônicas. O resultado não permite concluir, isoladamente, causalidade nem substituir cuidado profissional por uma atitude individual; contudo, evidencia que a maneira como a pessoa se relaciona consigo mesma importa. Autocrítica, vergonha e sensação de inadequação podem acrescentar uma segunda camada de dor àquela produzida pela doença, enquanto uma postura menos punitiva pode favorecer regulação emocional e enfrentamento.

É necessário evitar, porém, que a autocompaixão seja convertida em nova obrigação. Dizer a alguém que precisa ser mais gentil consigo mesmo, sem enfrentar abandono, pobreza, violência,

discriminação ou barreiras de acesso ao cuidado, individualiza um problema que também é social. A dimensão pessoal não elimina a responsabilidade coletiva. Pelo contrário, a possibilidade de tratar-se com humanidade é fortalecida quando a pessoa encontra relações e instituições que também a tratam desse modo.

O silêncio pode igualmente ser reforçado pela linguagem diagnóstica quando ela é utilizada como veredicto e não como ferramenta. Diagnósticos podem organizar o cuidado, permitir acesso a recursos e nomear experiências antes incompreensíveis. Mas, se ocupam todo o espaço da narrativa, reduzem a pessoa a uma categoria e podem fazê-la acreditar que sua voz vale menos do que o rótulo recebido. O desafio não consiste em recusar a clínica, e sim em impedir que a classificação substitua a escuta do significado.

Portanto, o silêncio não deve ser confundido com vazio. Ele contém medos, tentativas de proteção, experiências de invalidação e palavras ainda não encontradas. Escutá-lo exige tempo e atenção a mudanças sutis: afastamento, irritabilidade, perda de interesse, alterações no autocuidado, falas de inutilidade ou despedida e redução de projetos futuros. Nenhum sinal, isoladamente, autoriza interpretações conclusivas; em conjunto, porém, eles podem justificar uma aproximação cuidadosa e uma pergunta direta, sem julgamento.

As marcas invisíveis: identidade, vínculos e futuro

A dor psíquica deixa marcas mesmo quando não pode ser vista. Uma das mais profundas é a alteração do sentido de identidade. Sofrer por tempo prolongado pode produzir estranhamento: a pessoa compara quem é hoje com quem acredita ter sido, ou com quem imaginava tornar-se, e encontra uma distância difícil de suportar. O sofrimento passa a ocupar a narrativa pessoal, fazendo com que fracassos, perdas e limitações pareçam definir a totalidade da existência.

A noção de ameaça à pessoa ajuda a compreender essa experiência. Para Sensky (2020), investigar sofrimento significa identificar quais aspectos da vida e da identidade foram atingidos, em

vez de presumir que o maior problema clínico é necessariamente o que mais importa ao sujeito. A impossibilidade de trabalhar, cuidar de alguém, participar da comunidade, exercer a sexualidade ou manter autonomia pode ser mais dolorosa que determinado sintoma. O cuidado centrado na pessoa começa quando essas prioridades são reconhecidas e participam das decisões.

Os vínculos também são afetados. A pessoa pode se afastar por falta de energia, por medo de julgamento ou por sentir que se tornou um peso. Familiares e amigos, por sua vez, podem não saber como agir, alternando silêncio, vigilância, conselhos e tentativas de minimizar a dor. Assim, forma-se um círculo: o sofrimento favorece isolamento; o isolamento diminui apoio e pertencimento; e a perda de pertencimento intensifica o sofrimento. A dor, embora vivida de maneira singular, nunca é inteiramente privada, porque se constitui e se transforma nas relações.

Em um estudo longitudinal realizado durante a pandemia de COVID-19, Cowden et al. (2021) observaram que experiências mais intensas de sofrimento estiveram associadas, posteriormente, a maiores níveis de ansiedade e depressão e a menor bem-estar psicológico. Entre os aspectos analisados, destacou-se a sensação de impotência, sugerindo que o sofrimento pode se aprofundar quando a pessoa não percebe possibilidades de intervir sobre aquilo que a afeta. Essa experiência torna-se ainda mais complexa quando a dor não encontra espaço para ser reconhecida, nomeada ou compartilhada. O sofrimento psíquico pode, então, permanecer silencioso e pouco visível, não porque seja menos intenso, mas porque determinadas relações e contextos dificultam sua expressão e seu reconhecimento. Nesse sentido, cuidar implica também criar condições para que aquilo que permanece oculto possa ser percebido e acolhido, reconhecendo a escuta e a legitimação do sofrimento como compromissos éticos do cuidado.

A ruptura com o futuro talvez seja uma das marcas mais perigosas. Projetar-se adiante depende de acreditar que algo pode mudar, que haverá companhia ou que a própria vida conserva valor. Quando a dor parece permanente, incontornável e incomunicável, a imaginação do futuro se estreita. Comendador et al. (2026) destacam a dor psicológica como mecanismo clinicamente relevante no comportamento suicida e observam que ainda são poucas as intervenções que a tomam

como alvo explícito. Estratégias narrativas, relacionais, de regulação emocional e de aceitação mostram potencial, mas a base de evidências permanece heterogênea e requer estudos mais robustos.

A relação entre dor psicológica e comportamento suicida exige linguagem responsável. Nem toda pessoa em sofrimento apresentará ideação suicida, e não se deve presumir risco a partir de uma única manifestação. Ao mesmo tempo, o temor de perguntar não pode justificar omissão. Quando houver falas sobre morte, desesperança intensa, sensação de ser um peso, planejamento ou mudança abrupta de comportamento, perguntar de modo claro sobre pensamentos de suicídio é uma forma de cuidado, não uma indução. A avaliação deve considerar urgência, meios disponíveis, histórico, proteção social e acesso a suporte, com encaminhamento imediato quando necessário.

Tratar a crise como único momento legítimo de intervenção perpetua o adoecer em silêncio. A prevenção começa antes, quando pequenas mudanças encontram espaço para ser narradas. Também continua depois da crise, pois interromper um ato ou reduzir um sintoma não recompõe automaticamente vínculos, projetos e sentido. A recuperação requer continuidade, segurança, participação ativa e reconstrução gradual da capacidade de imaginar uma vida possível.

Tornar visível sem invadir: compromissos para o cuidado

Tornar o sofrimento visível não significa expor a intimidade nem exigir confissões. Significa criar condições para que a pessoa possa falar no próprio ritmo e seja levada a sério. A escuta qualificada não é passividade; envolve perguntas abertas, validação da experiência, atenção ao contexto e disposição para compartilhar decisões. Também inclui perguntar diretamente sobre dor mental e sofrimento, pois esperar que a pessoa encontre espontaneamente palavras precisas pode manter invisível aquilo que mais necessita de cuidado.

A contribuição de Sensky (2020) é especialmente fecunda nesse ponto: avaliar resultados a partir da pessoa implica considerar seus valores e objetivos, e não somente a diminuição de problemas. Em vez de perguntar apenas se a ansiedade diminuiu, pode-se investigar se ela voltou a sair de

casa, retomou uma relação importante ou recuperou alguma autonomia. Esses resultados não são acessórios; revelam se o cuidado alcançou aquilo que, para aquela pessoa, tornava a vida ameaçada.

No âmbito profissional, isso exige ampliar o encontro clínico. Escalas e protocolos são úteis para rastreamento, comunicação e segurança, mas não devem funcionar como substitutos da conversa. Duranté et al. (2025) demonstram que a própria ciência ainda enfrenta dificuldades para definir e medir dores não físicas. Portanto, uma pontuação baixa não deveria encerrar a investigação quando a narrativa, o comportamento ou o contexto sugerem sofrimento. Da mesma forma, uma pontuação alta precisa ser interpretada junto com a pessoa, evitando respostas automáticas e despersonalizadas.

O cuidado integral também reconhece recursos. A autocompaixão, discutida por Baxter e Sirois (2025), pode ser compreendida como capacidade de responder à própria dor com menor julgamento, reconhecer a humanidade compartilhada e sustentar atenção equilibrada às emoções. Intervenções que cultivem essa atitude podem contribuir para o cuidado, especialmente em doenças crônicas, desde que não sejam apresentadas como solução universal nem usadas para responsabilizar a pessoa pela persistência do sofrimento.

Comendador et al. (2026) sugerem que intervenções dirigidas à dor psicológica combinem reconstrução narrativa, regulação emocional, tolerância ao sofrimento, conexão relacional e planejamento de segurança. Embora a proposta se concentre no período posterior à tentativa de suicídio e ainda dependa de validação, seus componentes apontam para uma ideia central: aliviar a dor não consiste apenas em silenciar emoções, mas em devolver inteligibilidade à experiência, ampliar alternativas e restabelecer conexão consigo, com outras pessoas e com sentidos possíveis.

No plano social, combater a invisibilidade requer enfrentar estigmas que associam sofrimento a fraqueza, ingratidão, perigo ou incapacidade. Campanhas de conscientização são insuficientes quando serviços permanecem inacessíveis, fragmentados ou hostis. É necessário garantir portas de entrada reconhecíveis, continuidade do acompanhamento, articulação entre níveis de atenção e condições de trabalho que permitam aos profissionais escutar. Não se pode exigir cuidado humanizado em sistemas organizados pela pressa, pela descontinuidade e pela exaustão.

Famílias, escolas, locais de trabalho e comunidades também participam dessa rede. A resposta cotidiana não precisa reproduzir uma consulta clínica. Muitas vezes, ela começa por perceber uma mudança, aproximar-se sem acusação, afirmar disponibilidade e ajudar a buscar suporte. Frases que minimizam ou comparam dores tendem a fechar a conversa; presença, respeito e perguntas concretas podem abri-la. Cuidar não é assumir sozinho a responsabilidade pela vida do outro, mas não deixá-lo sozinho diante de uma dor que se tornou difícil de sustentar.

Por fim, visibilidade deve caminhar com autonomia. A pessoa em sofrimento não é apenas destinatária de decisões: possui conhecimento sobre sua história, seus limites e aquilo que lhe oferece segurança. Em situações de risco agudo, medidas protetivas podem ser necessárias, mas, sempre que possível, devem ser explicadas e construídas com participação. O cuidado ético busca proteger sem reduzir, aproximar sem invadir e nomear sem aprisionar.

Conclusão

O sofrimento psíquico é invisível apenas para um olhar que reconhece como real somente aquilo que pode ser observado ou medido de imediato. Suas marcas aparecem na relação da pessoa consigo mesma, na fragilização dos vínculos, na perda de autonomia, no estreitamento do futuro e na ameaça ao sentido de identidade. Elas podem coexistir com produtividade, aparência de estabilidade e ausência de diagnóstico, razão pela qual a manutenção da rotina jamais deve ser tomada como prova suficiente de bem-estar.

A reflexão construída a partir dos estudos analisados mostrou que dor mental, sofrimento, sintomas psiquiátricos e dor física se relacionam, mas não são intercambiáveis. O sofrimento constitui experiência dinâmica e multidimensional, mediada pelo significado atribuído às ameaças vividas e pelos recursos pessoais, relacionais e sociais disponíveis. Também mostrou que o silêncio não é responsabilidade exclusiva de quem sofre: ele é produzido quando a fala encontra estigma, pressa, descrédito ou respostas centradas apenas na normalização de sintomas.

Romper esse silêncio exige uma clínica e uma sociedade capaz de escutar antes da crise. No cuidado em saúde, isso implica investigar diretamente a dor psicológica, articular instrumentos com narrativa, reconhecer prioridades singulares e avaliar resultados que importem para a vida concreta. Implica ainda oferecer continuidade, fortalecer vínculos e integrar estratégias emocionais, cognitivas, narrativas e sociais, sem transferir à pessoa toda a responsabilidade por sua recuperação.

Tornar visível o sofrimento não é conferir identidade permanente à dor, mas permitir que ela seja reconhecida, compartilhada e cuidada. Quando uma pessoa encontra palavras e presença para aquilo que parecia impossível de comunicar, abre-se uma possibilidade de reconstrução. O compromisso ético está em não esperar que a dor se torne insuportável para considerá-la legítima.

Referências

BAXTER, Rebecca; SIROIS, Fuschia M. Self-compassion and psychological distress in chronic illness: a meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, [S. l.], v. 30, n. 1, e12761, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1111/bjhp.12761>.

COMENDADOR, Laura et al. Targeting psychological pain after a suicide attempt: scoping review and intervention protocol. *Journal of Clinical Medicine, Basel*, v. 15, n. 8, art. 3124, 2026. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm15083124>.

COWDEN, Richard G. et al. Suffering, mental health, and psychological well-being during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study of U.S. adults with chronic health conditions. *Wellbeing, Space and Society*, [S. l.], v. 2, art. 100048, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wss.2021.100048>.

DURANTÉ, Etienne K. et al. Biological research on mental pain, social pain and other pains not primarily felt in the body: methodological systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, Cambridge, v. 227, n. 4, p. 707-717, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.2024.292>.

NOE-STEINMÜLLER, Niklas et al. Defining suffering in pain: a systematic review on pain-related suffering using natural language processing. *Pain*, [S. l.], v. 165, n. 7, p. 1434-1449, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003195>.

SENSKY, Tom. Mental pain and suffering: the ‘universal currencies’ of the illness experience? *Psychotherapy and Psychosomatics*, Basel, v. 89, n. 6, p. 337-344, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1159/000509587>.

