

O Sofrimento Humano como Foco de Intervenção de Enfermagem

Manuel Gonçalves Henriques Gameiro *



Parte-se do pressuposto de que o sofrimento causado pelas diversas perdas e danos (reais ou antecipadas) relacionadas com a situação de doença é uma referência fundamental da teoria e da prática dos cuidados de enfermagem.

É feita uma análise do sofrimento considerando-o uma entidade ontológica do ser humano, portanto universal, mas com significado existencial e expressão fenomenológica individuais. Nesse sentido, são apresentadas e discutidas definições propostas por autores de formação diversa.

Com base nessa análise, é sublinhada a importância dos profissionais da saúde, e em particular os enfermeiros, (des)cobrirem e (com)preenderem o sofrimento como uma vivência pessoal dos doentes, condições básicas para o envolvimento humano-a-humano, sendo esse envolvimento necessário para responder a um dos imperativos éticos da Enfermagem: promover o alívio e a superação do sofrimento provocado pela doença.

Introdução

O sofrimento é uma característica ontológica do ser humano, enquanto “consciente de si” e confrontado com a sua vulnerabilidade e finitude.

Como determinante desse confronto, a doença é a fonte de sofrimento mais evidente. Não só porque pode provocar dor mas, também, porque constitui sempre uma ameaça real ou imaginária à integridade da pessoa, porque lhe lembra a sua fragilidade, o confronto com a ideia da morte e, ainda, no caso particular do doente hospitalizado, o afasta e priva dos seus objectos de amor.

Todavia, o apoio ao ser humano em sofrimento tende a ser negligenciado na prática dos profissionais da saúde e, em particular, nos cuidados de enfermagem.

Descobrimo-o e admitindo-o como foco de cuidados revela-se-nos um fenómeno cuja abordagem só é possível lidando com emoções fortes e em que a auto-referência à nossa condição humana de sofredores é inevitável. A abordagem de ajuda tem de passar necessariamente por um envolvimento relacional exigente, para o qual é comum não nos sentirmos profissionalmente (nem humanamente) preparados. Compreende-se assim o recurso frequente por parte dos técnicos de saúde a uma “blindagem profissional” (KIPMAN, 1994), no sentido de evitar esse, necessário, envolvimento humano-a-humano.

A Natureza Humana e o sofrimento

Dor e sofrimento são termos por vezes utilizados como sinónimos e, de facto, embora se devam

* Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.

distinguir, são entidades psicológicas próximas. Referimo-nos a dor enquanto sensação essencialmente física associada a uma determinada agressão dos sistemas orgânicos e a sofrimento como uma “sensação psíquica” associada a sentimentos de perda e/ou culpa que normalmente ocorrem nas várias crises acidentais e do desenvolvimento humano.

De facto, “a dor física nunca é somente física; ela atinge o psíquico através do físico. Reciprocamente, os sofrimentos psicológicos marcam-se no corpo, somatizam-se” (RENAUD (1995: 22). O envelhecimento precoce do rosto e do organismo são disso sinais visíveis.

O sofrimento revela-se assim um fenómeno complexo que, podendo emergir de fontes diversas, se traduz numa experiência psico-emocional difícil de suportar.

O homem sofre quando sente dor e desconforto físico (esse sofrimento pode ser mesmo muito intenso e penoso) mas, para além dessa causa evidente de sofrimento, sofre quando sente qualquer perda (ou falta) significativa (real ou em perspectiva para o seu futuro próximo) e sofre, ainda, quando se culpa do “mau” resultado de uma sua opção (ou falta dela) no passado.

Para além disso, a capacidade (e a necessidade!) do homem em estabelecer relações afectivas fortes de apego a pessoas e objectos e as suas competências para fazer conjecturas em relação ao futuro, baseando-se nelas para tomar decisões e envolver-se em projectos a longo prazo, têm, como contrapartida, a inevitabilidade da vivência de sentimentos de perda, de culpa e de frustração, em certos períodos críticos da sua vida.

A fenomenologia do sofrimento humano

As causas ou as razões de sofrimento podem ser mais ou menos evidentes mas, a sua essência enquanto vivência interior e pessoal, enquanto fenómeno psíquico, só pode ser abordada pela subjectividade, isto é, através da atenção mental de uma pessoa a outra que sofre. O seus “conteúdos” psico-afectivos, as suas expressões e os seus

significados são sempre únicos e pessoais e é nessa perspectiva que terão que ser compreendidos.

É frequente percebermos que uma pessoa está a sofrer (baseados na suas atitudes e comportamentos e na nossa avaliação subjectiva de que tem razões para isso) sem, no entanto, entendermos o que é que de facto abrange e o que representa para a pessoa.

A investigação fenomenológica realizada com pessoas em sofrimento permite-nos já uma compreensão razoável das respectivas vivências e descrever um quadro de emoções e sentimentos em que algumas experiências parecem ser comuns e outras específicas em função das diferentes causas de sofrimento e/ou das particularidades dos sujeitos.

TRAVELBEE (1971) citada por HOBBLE; LANSINGER, (1989) e MELEIS (1991), define o sofrimento como um sentimento de desprazer variando de um simples e transitório desconforto mental, físico ou espiritual até uma extrema angústia que pode evoluir para uma fase de “desespero maligno”, caracterizada pelo sentimento de abandono e expressa através de uma conduta de “negligência de si mesmo”, podendo chegar a um estado terminal de “indiferença apática”. Antes de se “abandonar” na apatia, a pessoa experimenta sentimentos muito fortes de cólera, desamparo, amargura e desesperança.

Por seu lado, a filósofa existencialista, ROWLINSON (1985: 49), sem apresentar uma definição clara, refere-se ao sofrimento humano como sendo uma “experiência de alienação ou de ruptura no interior do próprio indivíduo”: uma ruptura entre a situação que é vivenciada e os objectivos da pessoa. Esta autora sublinha o “desencontro” entre o ser e as suas circunstâncias, desencontro esse que é inevitável na via sinuosa da vida que, a cada passo confronta o homem com a sua condição inultrapassável de fragilidade e finitude. Nesta perspectiva, é a “angústia existencial” que, enquanto ferida impossível de sarar, se exacerba a cada acidente do percurso e, de modo mais incisivo e intenso, na doença.

Mais recentemente, e em particular autores de formação médica e psicólogos, têm procurado uma aproximação do conceito de sofrimento ao de stress. Por exemplo, CASSELL (1991: 24), médico

com vários trabalhos que abordam a questão do sofrimento, em particular o da pessoa doente, considera que este é um “estado de desconforto severo (*“distress”*) causado por uma ameaça actual ou percebida como iminente para a integridade ou continuidade da existência da pessoa como um todo”. Nesta definição para além da ideia de “*distress*” destacam-se as noções do homem como um ser total (*“whole person”*) e de ameaça de desintegração o que evidencia como condições de sofrimento o sentido de futuro e a identidade pessoal (*“self-identity”*), como a consciência de si e mantendo-se em contínuo esforço de integração e harmonia. Adoptando o mesmo conceito, MCINTYRE (1995: 26) acrescenta que a experiência de sofrimento envolve “a construção de significados profundamente pessoais, acompanhados de uma forte carga afectiva e que são passíveis de modificar esse sofrimento”. Esta perspectiva, reflectindo a formação da autora em psicologia clínica, dá particular realce à natureza pessoal e subjectiva das avaliações de ameaça e às significações cognitivas ansiogénicas que podem constituir uma fonte secundária da sobrecarga emocional e do desconforto psicológico severo que caracterizam o sofrimento humano.

Quando o sofrimento é causado por um grave problema de saúde pessoal e o indivíduo enfrenta uma ameaça severa da capacidade de prosseguir os seus objectivos de vida, em que se antecipa a possibilidade de dano importante e irreversível da sua integridade ou, mesmo, se coloca a possibilidade da sua morte, então a sobrecarga psico-emocional e o mal-estar será ainda mais intenso e penoso, podendo levar ao desespero em que a antecipação da morte através do suicídio (ou da eutanásia) podem, parecer as únicas saídas razoáveis para acabar com o sofrimento. “A falta de esperança é a porta aberta para o suicídio”, afirmam TEIXEIRA; BRANCO (1989: 33) e, na mesma linha se coloca SERRÃO (1995: 33), que considera o pedido de eutanásia como a expressão de uma situação de sofrimento em que o “vazio da espera” e o “silêncio da comunicação com o outro” levou ao “esgotamento antecipado do programa de vida”.

O sofrimento como processo

Considerando que o sofrimento não é um estado mórbido de angústia e confusão estático e inibidor do reajustamento mas, pelo contrário, se deve considerar como um processo de readaptação faseado (por vezes, de passagem para um estadió mais elevado de desenvolvimento afectivo-moral), PARKINSON (1986), descreve três fases: (1) a *fase de choque e descrença*, (2) a *fase de consciencialização* e (3) a *fase de restabelecimento*. Estas etapas, embora com designações e em número diferentes, nos seus constituintes aproximam-se das vivências e manifestações afectivas indicadas por KÜBLER-ROSS (1994), em relação ao doente moribundo, e por HOROWITZ citado por MARQUES *et al.* (1991) e SANTOS (1995), em relação ao doente de alto risco, parecendo corresponder às necessidades de adaptação/reorganização psicológicas das pessoa em situações de perda significativa ou de ameaça grave.

A primeira fase, inicia-se pelo impacto de surpresa e desintegrador do “eu”, provocando uma reacção imediata de tipo visceral e expressa por sintomas gástricos (náusea, vazio, “nó no estômago”), respiratórios (“aperto na garganta”, “falta de ar”) e/ou outros sinais de mal estar somático. A esta reacção segue-se um período de inibição motora (atordoamento), de incredibilidade e negação da situação, permitindo criar um compasso de espera e possibilitando, desta forma, a integração mais gradual da realidade crítica. Nesta fase são habitualmente exteriorizados sentimentos de surpresa e de não aceitação da realidade: “não, não é verdade que isto me esteja a acontecer!. Parece um sonho!”. O indivíduo pode aparentar uma calma despropositada, resultante da falta de integração (negação) da realidade ou da compensação defensiva por um processo intelectualização que a curto prazo se revelará ineficaz.

A segunda fase, dominada no início por sentimentos fortes de vazio, incompreensão e injustiça, corresponde à procura e mobilização das energias individuais necessárias para a confronto

situacional e é caracterizada a princípio por comportamentos de reactividade emocional, progredindo para manifestações de pesar mais consistentes em que o choro, a verbalização do significado da perda, da ponderação das alternativas e do “peso” das mudanças na sua vida, passam a predominar, estimulando a procura de ajuda exterior.

A última fase é possível através da aceitação positiva da nova realidade, em que o sentimento de esperança no futuro é fundamental. Inclui a sua relativização valorativa da perda e a reorganização e ajustamento adaptativo às novas circunstâncias existenciais. A fase de restabelecimento pressupõe a aceitação positiva e activa da perda, preenchendo o seu espaço por uma espécie de “saudade triste” (SERRÃO, 1995: 32), nas situações de sofrimento por perdas de objectos de amor, ou, no caso dano (ou ameaça grave) da integridade individual, por um sentimento de “orgulho existencial” da sua capacidade de resistência e de resolução dos problemas da vida. A experiência de sofrimento não é apagada (ou recalçada) mas, deixa de dominar, turvar e colorir de negro o mundo psíquico, permitindo que o indivíduo volte a sentir prazer na vida, podendo até converter-se num factor de enriquecimento e desenvolvimento pessoal: passando a constituir uma referência importante para a pessoa como indicador da sua competência para enfrentar as novas e inevitáveis situações de crise existencial e, hipoteticamente, tornando-a mais sensível e apta para compreender e ajudar alguém em sofrimento.

Deve, todavia, ter-se em conta que a progressão de fase para fase e ao longo das fases raramente é linear e sem retrocessos ou fixações mal adaptativas. A negação mal adaptativa, por exemplo, pode levar a pessoa a persistir alheado do problema e a não pedir ou a recusar ajuda (MARQUES *et al.*, 1991). Particularmente na fase de *consciencialização* as regressões são frequentes, tornando a evolução lenta e acidentada, podendo mesmo ser necessária a ajuda psicoterapêutica para ser ultrapassada, nomeadamente quando se instalam quadros ansiosos ou depressivos.

Estratégias de alívio e superação do sofrimento

Tendo em conta a natureza íntima do sofrimento, a sua superação (e alívio) é sobretudo um trabalho de resistência e de reorganização pessoal. Nesse sentido, MAGALHÃES (1995) propõe um processo constituído por diversos momentos e com tarefas específicas:

– Admitir: Consciencializar, confrontar-se e manter no consciente as perdas e as falhas causadoras do sofrimento, assim como as suas circunstâncias, evitando o recalçamento e a evasão;

– Relacionar: Comparar a situação e a experiência de sofrimento com outras do passado próprio ou de outras pessoas. A forma como se resolveram outras crises no passado permite olhar para os novos problemas com mais confiança e reconhecer os seus modos de reagir e de lidar com as situações.

– Relativizar: Perspectivar o sofrimento no contexto global das experiências existenciais. Encontrar um significado e pesar o seu valor positivo no confronto com os restantes valores fundamentais da vida. Dimensionar o sofrimento como um a vivência de passagem para um estadió de desenvolvimento mais elevado.

– Comunicar a outro: A ajuda do próximo torna-se necessária quando o sofrimento é profundo, face a uma situação grave, inesperada e incompreensível no quadro de referências actuais do indivíduo. Nestes casos, a disposição afectiva e/ou a capacidade cognitiva de integração, relacionamento e relativização são impossíveis sem o apoio intersubjectivo e a clarificação realista da situação, pelo acesso a informação adequada, proporcionados por outra pessoa.

– Tirar proveito: Procurar o sentido positivo da experiência. “Por pior que seja, como poderá ser (sem a iludir) construtiva e proveitosa?...”.

Utilizando outros termos e numa perspectiva de intervenção de ajuda psicológica, CARDOSO *et al.* (1995: 42) citando MOOS; SCHAEFER, apresentam também “cinco conjuntos de tarefas” de confronto com as situações críticas em geral: (1) “definir e

compreender o significado pessoal da situação”; (2) “confrontar a realidade e responder às exigências da situação”; (3) “garantir as relações com familiares, amigos e outros próximos que podem ajudar a resolução da crise”; (4) “manter um balanço emocional razoável através da elaboração das preocupações despoletadas pela situação” e (5) “preservar uma auto-imagem satisfatória e manter o sentido de competência e domínio sobre a situação”.

No doente em situação grave, a realização deste conjunto de tarefas necessita de atenção e apoio profissional, dado que, sem ajuda, pode ficar bloqueado pela negação da situação, fixar-se em recompensas alternativas ou deixar-se dominar pelos aspectos emocionais e persistir em comportamentos desajustados de descarga emocional ou de “aceitação resignada”. Nestes casos, de acordo com CARDOSO *et al.* (1995) e STEDEFORD (1986), observam-se com frequência quadros patológicos do foro psiquiátrico, necessitando da respectiva ajuda psicoterapêutica e/ou medicamentosa.

Porém, sendo tão comum a necessidade de ajuda do outro para o alívio e superação do sofrimento, nomeadamente da parte dos profissionais da saúde, nem sempre ela é devidamente valorizada e assegurada.

Percebe-se esta dificuldade porque a ajuda ao ser humano em sofrimento coloca questões complexas cujas respostas requerem uma postura e competência profissional que ultrapassa os aspectos técnicos e relacionais comuns do acto terapêutico. O sofrimento não é uma entidade nosológica como outras que são possíveis de eliminar através de um processo terapêutico determinado: o sofrimento só pode (e deve!) ser aliviado.

O homem que sofre precisa de ajuda que não pode *à priori* orientar-se pelo objectivo aparentemente legítimo e imediato de “diminuir o sofrimento”, isto é, pretender a todo o custo que a pessoa deixe de sentir “mal estar”, mesmo que para isso se tenha que recorrer a uma forma de alienação, de que podem ser exemplos o encobrimento da verdade, o abuso de drogas psico-inibidoras e, em casos extremos, a promoção da eutanásia.

A compreensão do sofrimento como uma experiência humana subjectiva, carregada de significados e valores e eventualmente importante do ponto de vista do desenvolvimento humano, obriga a uma atitude de atenção fenomenológica e a um envolvimento existencial: um *estar-com* e *actuar-com* o outro.

Intervenção de enfermagem

É importante ter em conta que a atenção ao ser humano em sofrimento provocado por uma situação de doença, para além de ser uma questão de solidariedade humana constitui um imperativo ético para todas as profissões da saúde. O controlo da dor física, o ambiente do alojamento, as condições de conforto e de higiene, as facilidades de visita e de permanência de familiares ou de outras pessoas significativas, entre tantos outros aspectos, são questões importantes e que exigem a atenção de uma equipa multidisciplinar em que a responsabilidade da enfermeira se destaca pelo seu papel de proximidade e de maior permanência em contacto directo com o doente.

A relação de ajuda tal como é descrita por PHANEUF (1995: 5) será, neste caso, o principal instrumento básico de intervenção de enfermagem. Para poder ajudar, a enfermeira tem de tomar a iniciativa ou facilitar o primeiro contacto relacional. Neste “*primeiro contacto*”, “a enfermeira orienta-se para a experiência de outrem; abre-se, observa: escuta, olha, toma conhecimento, recolhe dados, toma consciência das expectativas e das necessidades da pessoa”.

A identificação da necessidade deste primeiro contacto é, por vezes, inibida pela crença de que é suficiente conhecer o diagnóstico médico e, eventualmente, algumas outras classificações situacionais e contextuais já estabelecidas, para se compreender o doente e iniciar o processo de ajuda. No entanto, este encontro é indispensável, (a) dado que o sofrimento humano, não se pode compreender a partir de qualquer classificação estereotipada, (b) porque responsabiliza para a necessidade de disponibilizar tempo de atenção e

(c) porque já constitui ajuda efectiva. Como afirma PARKINSON (1986), escutar a expressão dos sentimentos das pessoas pode ser o que de mais terapêutico a enfermeira pode fazer em relação à pessoa em sofrimento.

A partir deste primeiro contacto, continuando a seguir a perspectiva de PHANEUF (1995: 6), o processo de ajuda deve continuar, passando por:

– “*Adopção de uma atitude de cuidados pela enfermeira*”: Esta apresenta-se disponível e mostra-se interessada e sensibilizada face ao sofrimento; está presente, é persistente e dá resposta às suas expectativas e necessidades; Assume-se como responsável e encarrega-se da pessoa.

– “*Desenvolvimento da relação de confiança*”: A pessoa sente que pode confiar na enfermeira e abre-se a essa relação, aceita-a como suporte significativo para enfrentar as experiências de sofrimento.

– “*Utilização da relação de ajuda*”: A pessoa cuja situação foi cognitivamente reformulada e intersubjectivamente compreendida sai afectivamente reforçada pelos sentimentos de estima e de solidariedade veiculados na relação e é agora capaz de ver mais claramente o seu problema e os recursos de que dispõe; “está mais em condição de evoluir, de tomar as suas decisões e de se empenhar na acção”.

Esta capacidade acrescida de tomar as decisões e de mobilizar os seus recursos, só se torna possível se ao longo do processo se respeitarem os princípios enunciados por ROGERS e prescritos pela autora no quadro particular da relação de ajuda de enfermagem:

– Centralização sobre o ajudado: Considerando a natureza subjectiva das suas experiências e a maneira como sente e vivencia a sua situação. O foco de intervenção é o sujeito que sofre e não o sofrimento em si, como entidade compreendida unicamente a partir do quadro de referências do prestador de cuidados.

– Consideração positiva: O homem é visto como um ser com capacidades de superação das crises: um ser criativo e em desenvolvimento. As manifestações de estima, de interesse e de respeito estimulam a sua capacidade de decisão e mobilização.

– Aceitação incondicional: Fundamenta-se na compreensão do sofrimento como uma experiência subjectiva, significados e modos de expressão pessoais. O doente não pode ser julgado pela sua forma de se manifestar “ser-em-sofrimento”, naturalmente particular e nem sempre com delicadeza.

– Intervenção não directiva: A relação de ajuda não pretende substituir o outro, dando-lhe conselhos e soluções feitas para os seus problemas. O apoio ao doente nas decisões deve respeitar a manutenção sua liberdade e passa pelo fornecimento de informação necessária para lhe permitir compreender melhor a sua situação no momento e a evolução normal esperada, tornando-o assim apto para seleccionar e desenvolver estratégias mais adequadas de superação.

– Respeito caloroso: Ajudar a pessoa em sofrimento pressupõe um envolvimento humano-a-humano, baseado numa afectuosidade compassiva que pode incluir o sorriso aberto, “toque caloroso” e outras manifestações de carinho e de estima.

– Autenticidade: Patente na atitude de espontaneidade, sinceridade e respeito da parte de quem presta cuidados. Sem autenticidade não é possível respeitar os demais princípios anteriores. As atitudes de defesa, a má disposição e os preconceitos hão-de aflorar na sua conduta e a confiança mútua necessária ao sucesso da relação torna-se impossível.

Conclusão

Parece-nos consensual considerar que confortar o paciente (por definição, uma pessoa que sofre) é um dever de todos os profissionais da saúde. Para os enfermeiros, todavia, esse imperativo assume uma importância maior, já que, como afirmou TRAVELBEE (anos 60 e 70) e grande parte dos autores mais recentes têm reforçado, a identidade e a natureza do cuidar encontra-se na sua finalidade mais profunda que é o alívio e a superação do sofrimento da pessoa face a uma situação de doença.

Neste sentido, os enfermeiros, profissionais do cuidar, têm que se centrar na pessoa doente,

entender a doença como uma fonte de sofrimento e, este, como um fenómeno existencial, cujo alívio exige, antes de mais o seu (re)conhecimento e a sua (com)preensão como vivência individual. Só a partir desta compreensão será possível estabelecer um envolvimento assistencial efectivo.

Paradoxalmente o termo “sofrimento” quase não aparece nos dicionários e livros técnicos das áreas da saúde, enfermagem, medicina e psicologia e na terminologia profissional tende a ser substituído por outros de natureza menos profunda e mais objectiva como dor, ansiedade, angústia e stress. Estes termos correspondem a entidades nosológicas mais fáceis de identificar, bem descritas na literatura e para as quais existem terapêuticas específicas cuja aplicação dá a sensação profissional do dever cumprido, mantendo-se, deste modo, “encoberto” o sofrimento e adiada a necessária relação de ajuda de envolvimento humano-a-humano.

Sendo assim, torna-se fundamental que os enfermeiros (des)cobram o sofrimento no homem doente e que o utilizem como referência na sua intervenção cuidativa. O reconhecimento do sofrimento como fenómeno existencial significativo, de carácter subjectivo e cuja abordagem exige a compreensão do quadro de valores, das significações, das crenças e das expectativas da pessoa é, a nosso ver, a fórmula para a resolução do problema da “humanização dos cuidados”, no sentido em que promove uma atitude compassiva e motiva para uma intervenção de atendimento às necessidades da pessoa com respeito pela sua individualidade, fomentando a auto-estima e inculcando esperança.

Bibliografia

CARDOSO, Paes *et al.* – O Exercício da Psicologia Clínica nas Unidades de Cuidados Intensivos. In ALMEIDA, Leandro da Silva – *Áreas de Intervenção e Compromissos Sociais do Psicólogo*. Lisboa: Apport, 1995.

CASSELL, Eric J. – Recognizing Suffering. *Hastings Center Report*, Maio - Junho de 1991. pp. 24 - 31.

HOBBLE, William h.; LANSINGER, Theresa – Joyce Travelbee: Modelo de Relación humano a humano. In MARRINER, Ann – *Modelos e Teorias de Enfermaria*. Barcelona: Edições Rol S.A., 1989.

KAHN, D. L.; STEEVES R.H. – The Experience of Suffering: Conceptual Clarification and Theoretical Definition. *Journal of Advanced Nursing*, 11 (6), Nov. de 1986. pp. 623-631.

KIPMAN, Simon Daniel – Le Fantôme de la Douleur. Les Dossiers de la Santé de l'Homme. In *La Santé de l'Homme*, (310), Mars /Avril de 1994.

KÜBLER - ROSS, E. – *Encontro com os Moribundos*. Lisboa: Associação Católica dos Enfermeiros e Profissionais de Saúde, 1994.

LINDHOLM, Lisbet; ERIKSSON, Katie – To Understand and Allviate Suffering in a Caring Culture. *Journal of Advanced Nursing*, 18 (9), Sept de 1993. pp. 1354-1361.

MAGALHÃES, Vasco – O Sofrimento, que solução para os nossos dias. In: *Cadernos de Bio-Ética: Sofrimento e dor* (9). Coimbra: Edição CEB, Abril de 1995. pp. 61-66.

MARQUES, A. Reis *et al.* – *Reacções Emocionais à Doença Grave: Como Lidar*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica, 1991.

McINTYRE, Teresa Mendonça – Abordagens Psicológicas do Sofrimento do Doente. In McIntyre, Teresa Mendonça; VILA-CHÂ, Carmo – *O Sofrimento do Doente, Leituras Multidisciplinares*. S.l.: ALPPORT, 1995. pp. 17-31.

MELEIS, Afaf L. – *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 2ª Ed. New York: J. B. Lippincott Company, 1991. pp. 357-379.

PARKINSON, Helen Margaret – Coping with Loss and other Changes. In SORENSEN, Karen Creason; LUCKMANN, Joan – *Basic Nursing: a Psychophysiologic Approach*. 2ª ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company. 1986. pp. 125-134.

PHANEUF, Margot – *Relação de Ajuda: Elemento de Competência da Enfermeira*. Coimbra: Cuidar, 1995.

RAWLINSON, M.C. – The Sence of Suffering. *The Journal of Medicine and Philosophy*, nº 11, 1986. pp. 39 - 62.

RENOUD, Michel – Eugenismo e Mito da Perfeição. In: *Cadernos de Bio-Ética: Sofrimento e dor* (9). Coimbra: Edição CEB, Abril de 1995. pp. 15-28.

SANTOS, Zulmira – Reacções Emocionais e Apoio Psicológico ao Doente com Doença Grave. *Cuidar*, (2), Junho de 1995. pp. 3-7.

SERRÃO, Daniel – A Eutanásia e o Direito de não Sofrer. In: *Cadernos de Bio-Ética: Sofrimento e dor* (9). Coimbra: Edição CEB, Abril de 1995. pp. 29-34.

STEDFORD, Averil – *Encarando a Morte: uma Abordagem ao Relacionamento com o Paciente Terminal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

TEIXEIRA, José A. Carvalho; BRANCO, Ana – Fenomenologia da Dor Moral (1). *Psiquiatria Clínica*, 10 (1), Jan. / Març. de 1989. pp. 31-34.