

# iscte

INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

## Supressão Emocional e Ajustamento à Dor Crónica: O Papel Moderador da Qualidade da Relação

Jaylson Dantas Uchôa

Mestrado em Psicologia Social e das Organizações

Orientadora:

Doutora Sónia Gomes da Costa Figueira Bernardes,  
Professora Associada com Agregação,  
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa.

Outubro, 2023





CIÊNCIAS SOCIAIS  
E HUMANAS

---

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Supressão Emocional e Ajustamento à Dor Crónica:  
O Papel Moderador da Qualidade da Relação

Jaylson Dantas Uchôa

Mestrado em Psicologia Social e das Organizações

Orientadora:  
Doutora Sónia Gomes da Costa Figueira Bernardes,  
Professora Associada com Agregação,  
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa.

Outubro, 2023

## **Agradecimentos**

Inicialmente, quero agradecer à minha Orientadora Professora Doutora Sônia Bernardes, que durante todo esse tempo, me demonstrou caminhos possíveis de seguir com minha dissertação e acima de tudo sua compreensão, apoio e paciência nesse processo.

A todos envolvidos, que me apoiaram e se fizeram presentes, compreendendo os momentos de ausência e até mesmo apoio emocional quando necessário.

Obrigado por todos se fazerem presentes da sua forma, obrigado pelo carinho e acompanhamento.



## Resumo

Na Europa, cerca de 19% dos adultos sofrem de dor crônica, afetando um em cada cinco indivíduos. Isso gera custos substanciais para pacientes, famílias e impactos econômicos e de saúde na sociedade como toda. Aqui, buscamos analisar como a supressão emocional afeta o ajustamento à dor crônica, focando na satisfação conjugal, formulando as seguintes hipóteses: (H1) Maior supressão emocional estará associada a mais sintomas de ansiedade, depressão e estresse, severidade e interferência. (H2) A satisfação conjugal modera a relação entre supressão emocional e ajustamento à dor crônica. Participaram neste estudo de design transversal correlacional, 117 pessoas (92,3% mulheres;  $M_{idade}=42,44$  anos) estavam em relacionamentos amorosos e sofriam de dor crônica. Estas preencheram instrumentos para avaliar dimensões de ajustamento a dor (intensidade e grau de interferência da dor, sintomas de ansiedade, depressão e stress), satisfação conjugal e regulação emocional. Os resultados indicaram que a supressão emocional estava significativamente ligada à depressão em pacientes com dor crônica, mas não foram encontradas associações significativas com outros aspectos do ajustamento à dor, como ansiedade, estresse, severidade e interferência da dor. Todavia, a hipótese de que a satisfação conjugal moderaria essa relação não foi confirmada. Os resultados destacam que níveis reduzidos de satisfação conjugal estão correlacionados com níveis mais altos de ansiedade em pacientes com dor crônica. Isso sublinha a complexidade das interações entre supressão emocional, depressão, ansiedade e satisfação conjugal em pacientes desta amostra, oferecendo valiosas percepções sobre a regulação emocional e impacto no bem-estar, assim como o papel das relações conjugais nesse contexto.

**Palavra-chave:** regulação emocional, satisfação conjugal, supressão emocional, dor crônica, saúde

### **Códigos de classificação APA:**

2900 Processos Sociais e Questões Sociais  
3365 Promoção de saúde e do bem-estar



## **Abstract**

In Europe, around 19% of adults suffer from chronic pain, affecting one in five individuals. This generates substantial costs for patients, families and economic and health impacts on society as a whole. Here, we sought to analyze how emotional suppression affects adjustment to chronic pain, focusing on marital satisfaction, formulating the following hypotheses: (H1) Greater emotional suppression will be associated with more symptoms of anxiety, depression and stress, severity and interference. (H2) Marital satisfaction moderates the relationship between emotional suppression and adjustment to chronic pain. In this cross-sectional correlational study, 117 people (92.3% women; age = 42.44 years) were in romantic relationships and suffered from chronic pain. They completed instruments to assess dimensions of adjustment to pain (intensity and degree of pain interference, symptoms of anxiety, depression and stress), marital satisfaction and emotional regulation. The results indicated that emotional suppression was significantly linked to depression in patients with chronic pain, but no significant associations were found with other aspects of pain adjustment, such as anxiety, stress, severity and interference of pain. However, the hypothesis that marital satisfaction would moderate this relationship was not confirmed. The results highlight that reduced levels of marital satisfaction are correlated with higher levels of anxiety in patients with chronic pain. This underlines the complexity of the interactions between emotional suppression, depression, anxiety and marital satisfaction in patients in this sample, offering valuable insights into emotional regulation and its impact on well-being, as well as the role of marital relationships in this context.

**Keywords:** emotional regulation, marital satisfaction, emotional suppression, chronic pain, health

### **APA classification codes:**

2900 Social Processes and Social Issues  
3365 Promoting health and well-being





## Índice

<b>Introdução</b> .....	16
<b>Capítulo I – Enquadramento Teórico</b> .....	18
1.1 Definição e tipos de Dor. ....	18
1.2 Dor Crônica, prevalência e impactos .....	19
1.3 Emoções e dor crónica.....	22
1.4 Modelo de Processo da Regulação Emocional .....	24
1.5 Regulação Emocional e dor crónica. ....	26
1.6 Supressão Emocional .....	28
1.7 O efeito moderador da qualidade das relações na relação entre supressão emocional e ajustamento a dor. ....	31
<b>Capítulo II - Metodologia</b> .....	34
2.1 Participantes.....	34
2.2 Instrumentos .....	35
2.2.1 Escala de Supressão Emocional.....	35
2.2.2 Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) .....	35
2.2.3 Relationship Assesment Scale (RAS).....	36
2.2.4 Brief Pain Inventory (BPI).....	37
2.3 Análise.....	37
2.4 Análise de dados.....	38
<b>Capítulo III - Resultados</b> .....	40
3.1 Análises descritivas das variáveis do modelo .....	40
3.2 Correlações entre as variáveis do modelo.....	40
3.3 Modelos de moderação .....	42
<b>Capítulo IV – Discussão e Conclusão</b> .....	46
Discussão .....	46
Limitações .....	50
Referências .....	52



## Índice de Quadros

<b>QUADRO 3.1:</b> <i>ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS DO MODELO</i> .....	40
<b>QUADRO 3.2:</b> <i>CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DO MODELO</i> .....	41
<b>QUADRO 3.4:</b> <i>SATISFAÇÃO CONJUGAL COMO MODERAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE SUPRESSÃO EMOCIONAL E ANSIEDADE</i> .....	42
<b>QUADRO 3.5:</b> <i>SATISFAÇÃO CONJUGAL COMO MODERAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE SUPRESSÃO EMOCIONAL E DEPRESSÃO</i> .....	42
<b>QUADRO 3.6:</b> <i>SATISFAÇÃO CONJUGAL COMO MODERAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE SUPRESSÃO EMOCIONAL E STRESS</i> .....	43
<b>QUADRO 3.7:</b> <i>SATISFAÇÃO CONJUGAL COMO MODERAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE SUPRESSÃO EMOCIONAL E SEVERIDADE</i> .....	44
<b>QUADRO 3.8:</b> <i>SATISFAÇÃO CONJUGAL COMO MODERAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE SUPRESSÃO EMOCIONAL E INTERFERÊNCIA</i> .....	44



## **Glossário de Siglas**

**IASP** - International Association for the Study of Pain

**EADS-21** – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

**RAS** – Relationship Assessment Scale

**BPI** – Brief Pain Inventory



## Introdução

A dor crônica é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como aquela que persiste por um período além do tempo normalmente esperado para a regeneração dos tecidos, geralmente além de 3 meses (Treede et al., 2015). A dor crônica é uma condição comum, atingindo aproximadamente 19% da população na Europa (Breivik et al., 2006) e cerca de 37% dos adultos em Portugal (Azevedo et al., 2012). Ela afeta não apenas o bem-estar, mas também as relações familiares, sociais e o desempenho profissional, resultando em sofrimento significativo (Keefe et al., 1997).

De acordo com o Modelo Biopsicossocial da Dor, a dor não é apenas uma questão de fatores biológicos, mas sim uma interação complexa entre elementos psicológicos e sociais. Esses elementos não operam de maneira independente ou separada, como é sugerido pela abordagem biomédica tradicional (Gatchel et al., 2007).

Relações interpessoais, apenas recentemente começaram a ter certa atenção nas pesquisas, onde desempenham um papel vital na adaptação à dor crônica, e sua qualidade é influenciada por crenças formadas após experiências emocionais desconfortáveis, levando a comportamentos desadaptativos (Wilson & Rape, 2005). Como forma de regulação emocional, a supressão emocional pode restringir a comunicação, independentemente do nível de autorrevelação da outra pessoa, levando a estratégias de isolamento (Heinrichs et al., 2004; Clark & Wells, 1995). Este tipo de emoção mais rápida e sem muito freio à reflexão cognitiva surge como forma de proteção (Gross, 2002).

Estudos também indicam que relacionamentos conjugais de menor qualidade estão associados ao aumento de sintomas de estresse, ansiedade e depressão em pessoas com dor crônica, afetando a percepção da dor (Kiecolt-Glaser et al., 2005b). A qualidade das relações pode desempenhar um papel crucial na experiência da validação, e a intensidade da dor está ligada a sentimentos de rejeição, negação da dor e falta de apoio emocional (Charbonneau-Lefebvre et al., 2020). Apesar de poucas pesquisas sobre respostas de contexto relacional, elas destacam sua importância na promoção da adaptação à dor crônica. No entanto, a evidência que liga essas respostas aos resultados do ajustamento à dor crônica ainda é limitada e, às vezes, inconsistente.



Este estudo tem como objetivo geral investigar se a satisfação conjugal modera a relação entre supressão emocional e o ajustamento à dor crônica. Começaremos com uma breve revisão sobre a dor crônica e, em seguida, abordaremos aspectos emocionais e de regulação emocional relacionados a ela. Posteriormente, exploraremos o papel moderador da qualidade das relações na relação entre supressão emocional e os resultados do ajustamento à dor. Por fim, apresentaremos os objetivos e resultados desta dissertação.

## Capítulo I – Enquadramento Teórico

### 1.1 Definição e tipos de Dor.

A atual definição de dor contempla aspectos multidimensionais em suas características. A dor por si só é uma experiência desconfortável, associada a dano tecidual real ou potencial, com componentes sensoriais, emocionais, sociais e cognitivas (Williams & Craig, 2016). O atual modelo utilizado para compreender a dor é o Modelo Biopsicossocial, que se centra na dor enquanto resultado da interação complexa de fatores biológicos, sociais e psicológicos (Gatchel et al., 2007). Sendo a dor uma percepção subjetiva que resulta da tradução, transmissão e modulação da informação sensorial, essa compreensão pode ser feita a partir de bases genéticas de um indivíduo ou até mesmo com informações previamente aprendidas através do meio em que esteve inserido, seu estado psicológico atual e influências socioculturais (Gatchel et al. 2007).

Em outras palavras, a forma como uma pessoa percebe e lida com situações difíceis da vida pode ser influenciada por suas experiências de aprendizado social, que muitas vezes incluem associações negativas como vulnerabilidade e angústia. Isso pode levar a uma crença de que essas situações irão prejudicar sua integridade física, todavia, estudos mostram que fatores psicossociais podem afetar a maneira como uma pessoa se adapta ou supera limitações causadas pela dor (Monteiro & Reis, 2013).

Apensar da concordância a respeito sobre a natureza biopsicossocial da dor, este fenômeno pode ser identificado em diversos tipos de dor. A dor neuropática é um tipo de dor crônica que ocorre como resultado de danos ou disfunções no sistema nervoso, em vez de ser causada por lesões físicas diretas nos tecidos corporais, como músculos ou ossos. Por exemplo, a neuropatia diabética dolorosa é um subtipo da dor neuropática periférica e, sua definição é a consequência direta das anormalidades do sistema somatossensorial periférico nas pessoas com diabetes (Jensen et al., 2011; Tesfaye et al., 2010).

A nível fisiológico, a dor nociceptiva é descrita como uma dor localizada, também conhecida como dor somática. É um tipo de dor aguda que ocorre como resultado de uma resposta normal do sistema nervoso a estímulos prejudiciais ou lesões nos tecidos corporais.

Ela pode ser sentida como uma sensação de queimação, pontada ou pressão, e que pode ser acompanhada de vermelhidão, inchaço e sensibilidade no local da lesão. A dor é percebida por meio de neurônios sensoriais especializados, que transportam sinais de dor da área lesionada para o cérebro, onde esses sinais são interpretados como sensações dolorosas. (Trouvin & Perrot, 2019).

Por fim, a dor nociplástica é a dor desencadeada pela modificação da percepção da dor. Embora não haja provas inequívocas de dano aos tecidos, ela resulta na ativação dos sensores de dor ou na indicação de uma possível condição ou trauma do sistema sensorial somático que desencadeia a dor (Trovin & Perrot, 2019).

A dor pode também ser classificada quanto à sua duração. A dor aguda é uma dor transitória, relacionada a uma lesão ou problema médico presente (portanto, habitualmente nociceptiva), e normalmente desaparece após a resolução da lesão ou problema subjacente, geralmente descrita como intensa e imediata em resposta normal do corpo a lesões ou danos físicos (Moore, 2009). Ela tem função importante de proteção do corpo, ajudando a evitar futuros danos ou lesões, e que geralmente é tratada com medicações ou terapias convencionais ou não para aliviar a dor com objetivo de acelerar a recuperação. No entanto, se a dor aguda persistir por períodos prolongados, pode se transformar em dor crônica, com duração de meses ou até anos (Breivik et al., 2006).

A dor crônica é descrita como dor persistente que dura mais de três meses (Breivik et al., 2006). Pode ser ocasionada por uma variedade de condições, incluindo doenças crônicas, lesões ou cirurgias, ou até mesmo causas desconhecidas (Breivik et al., 2006). A dor crônica pode ter um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas, incluindo a sua capacidade de realizar atividades diárias, sua vida social e emocional (Breivik et al., 2006).

## **1.2 Dor Crônica, prevalência e impactos**

A dor crônica se origina de aspectos dinâmicos e psicofisiológicos, desagradáveis e em sua forma original limitante, de acordo com Monteiro e Reis (2013). O fenômeno da dor crônica é intrincado e complexo, envolvendo mudanças biológicas, estados psicológicos e contexto

social. Isso exerce impactos abrangentes na vida das pessoas, afetando não apenas o seu bem-estar, mas também suas relações familiares, sociais e desempenho profissional. Cada um destes fatores desempenha uma função distinta na dor crônica e, frequentemente, contribui para experiências de sofrimento significativo (Keefe et al., 1997).

Possível de atravessar outros critérios quanto a sua origem, a dor crônica pode ter quadros clínicos específicos como por exemplo o câncer, diabetes, artrite, e até mesmo fatores traumáticos como cirurgias ou infecções, mesmo não podendo ter uma causa possível de ser percebida (Gouveia & Augusto, 2011). O processo de diagnóstico da dor crônica acontece de forma isolada e os efeitos da dor no indivíduo devem também ser considerados quanto a intensidade, duração da manifestação da dor ou localização física, uma vez que tenha interferência direta no desempenho físico e emocional da pessoa (Dueñas et al., 2016).

Importante destacar que a dor crônica por si só não apresenta riscos de mortalidade, porém, quando associada a outros diagnósticos, os níveis de mortalidade são altos em quadros de infarto, acidente vascular cerebral, doenças infecciosas e outras doenças. Porém, é possível viver com a dor crônica, não sendo associada a mortalidade quando tratada em doenças crônicas primárias e secundárias (Treede et al., 2019).

A dor crônica pode ser dividida em duas categorias, sendo uma primária e secundária: A dor crônica primária é aquela que ocorre em uma ou várias regiões do corpo ocasionando no indivíduo, impacto emocional, manifestando depressão ou ansiedade, sentimento de revolta e frustração, com destaques para os prejuízos em suas atividades diárias, não sendo enquadrada em nenhuma outra classificação de dor crônica (World Health Organization, 2019). Já a dor crônica secundária está associada a outras doenças como causa pressuposta, ou seja, fatores implícitos, para os quais a dor crônica pode ser considerada um sintoma, podendo-se perpetuar e ser um problema por si só, posterior a tratamentos em relação a causa inicial tratada com sucesso (Treede et al., 2019).

Na Europa, um em cada cinco adultos são afetados pela dor crônica, tendo custos acentuados para quem a sofre, afetando a família e a economia dos países e do sistema de saúde (Breivik et al., 2006). Há diferenças significativas na prevalência de dor entre homens (16,1%) e mulheres (22,8%) e entre grupos socioeconômicos diferentes. Por exemplo, na Polônia, a

prevalência de dor crônica foi de 33,7% entre os grupos socioeconômicos mais baixos e de apenas 16,5% entre os grupos socioeconômicos mais elevados (Todd et al., 2019). Na população espanhola por exemplo, essa prevalência foi de 16,6% sendo pelo menos uma pessoa em cada quatro afetada pela dor crônica (Dueñas et al., 2016).

Em 2012, foi apresentada através de um estudo uma prevalência de 37% de dor crônica na população portuguesa, sendo esta a evidência de um problema significativo que atinge uma proporção considerável da população por muito tempo, impondo cargas significativas sobre os afetados e a sociedade, colocando a condição da dor crônica como segunda doença mais frequente a nível nacional (Azevedo et al., 2012). O autor verificou a predominância da dor crônica entre as mulheres e apontou que 14% da população adulta relatou ter dor recorrente, sendo ela severa ou moderada, onde a causa principal seria a osteoartrose, destaque para as regiões da lombar e cervical. Em 2019 os números relacionados com a dor crônica apresentaram certo declínio em Portugal, sendo a prevalência de dor crônica de 26,3% entre os grupos socioeconômicos mais baixos e de 17,3% entre os grupos socioeconômicos mais elevados (Todd et al., 2019).

As manifestações da dor crônica vão desde mudanças psicológicas desencadeando sintomas relacionados com a instabilidade de humor ou até mesmo ansiedade e depressão. Verificam-se também implicações sociais como o isolamento e a dificuldade de comunicar necessidades emocionais, deste modo, afetando o bem-estar das relações familiares, vida social e profissional (Monteiro & Pina, 2013).

Em Portugal, 49% dos indivíduos com dor crônica, sobretudo de meia idade, tiveram suas atividades laborais comprometidas por mais de 6 meses, isso significa que os impactos associados aos sintomas experienciados da dor crônica relativamente a intensidade ou duração se manifestam e interferem no desempenho laboral (Azevedo et al., 2012). O autor complementa em sua pesquisa que o alto nível de implicação emocional como tristeza/depressão e nervosismo/ansiedade, correspondem respectivamente a 25% e 29%, em que 13% dessas pessoas que vivem com dor crônica possuem diagnóstico de depressão (Azevedo, 2012), sendo estes os aspectos relevantes que acabam interferindo na qualidade geral da vida de um indivíduo com dor crônica.

O alto impacto socioeconômico atinge proporções de alto custo (Goldberg & McGee, 2011), desta forma, estima-se que cerca 739,85 milhões de euros representam os custos indiretos relacionados a dor lombar crônica em Portugal (Azevedo et al., 2014). Destaque para as faixas de idade entre 45 - 54 anos e 55 – 64 anos de ambos os sexos, em que os custos com dor crônica são consideravelmente altos, principalmente com alta prevalência de custos para as mulheres, neste caso em todas as faixas etárias (Azevedo et al., 2014). Também é possível demonstrar que cada indivíduo tenha gastos anualizados em 1.883,4€ euros, com uma estimativa total de 4.612 milhões de euros e isto represente cerca de 2,71% do PIB português ao ano (Azevedo et al., 2014).

Aspectos emocionais em decorrência da dor crônica são vividos de forma unânime. Na secção que se segue irei abordar processos emocionais associados à dor crônica.

### **1.3 Emoções e dor crônica**

A dor persistente é descrita pela sua complexidade associada a emoções. Há o reconhecimento de que a distinção entre cognição e emoções são muito tênues, onde as experiências emocionais envolvem cognições, como crenças centrais, suposição, percepção e expectativas (Lumley et al., 2011).

As emoções, especialmente as negativas, têm diversas origens, incluindo eventos estressantes na vida e até mesmo a própria experiência da dor, que por sua vez pode afetar o pensamento e o comportamento em situações específicas. Isso pode exigir controle constante tanto da parte racional quanto emocional. No entanto, esses processos emocionais são moldados por mecanismos que determinam como as emoções são criadas, utilizadas e interpretadas (Lumley et al., 2011). A exemplo disso, pacientes com dor crônica tendem a demonstrar relutância em manifestar emoções que podem ser vistas de maneira negativa pelos outros, como raiva, irritação, tristeza profunda ou descontentamento. Essa relutância pode ser motivada pelo desejo de evitar confrontos, desacordos ou problemas nas relações interpessoais, pois a expressão dessas emoções indesejáveis poderia causar mal-entendidos, conflitos ou desconforto

nas interações sociais. Portanto, a pessoa tende a suprimir ou ocultar essas emoções em situações sociais para manter a harmonia ou evitar conflitos (Gatchel et al., 2007).

Para exposição das emoções existem três processos psicológicos, que embora se sobreponham não se relacionam entre si, são eles: o primeiro estímulo emocional, corresponde à situação ou evento que desencadeia uma reação emocional como ver uma cobra ou ouvir uma música triste, em segundo o processamento cognitivo está relacionado a avaliação subjetiva da situação, que inclui a identificação e interpretação das informações recebidas, terceiro a reação fisiológica, compete a mudanças corporais em resposta a situação, como aumento da frequência cardíaca ou sudorese (Lazarus, 1991b).

De acordo com Lumley et al. (2011), é inegável que a percepção da dor seja subjetiva, independentemente de quaisquer anormalidades físicas no sistema central ou periférico. Isso ocorre porque o cérebro desempenha um papel fundamental na interpretação, modulação, relato e expressão da dor. Em outras palavras, o processo de dor deve ser compreendido como intrinsecamente subjetivo, uma vez que a interpretação de um evento doloroso é moldada pela experiência única de cada indivíduo e interpretação destinada ao evento. Esse processo pode ter consequências profundas, especialmente quando as pessoas sentem constrangimento ao expressar suas emoções e pensamentos, o que pode intensificar a angústia e até mesmo levar a somatização da dor (Wang, 2017).

Lazarus (1991b), propõe uma teoria relacional, motivacional e cognitiva das emoções, esta é considerada relacional por analisar que toda emoção proporciona a relação pessoa-ambiente que envolve malefícios ou benefícios (emoções negativas ou positivas). Pacientes que somatizam, são relutantes ou por vezes incapazes de reconhecer problemas relacionados com condições psicológicas ou emocionais, e a somatização representa um caminho alternativo para comunicar sua dificuldade relacionada com a dor (Lumley et al., 2011).

Os estados emocionais incluem humores transitórios, afetos de longa duração e vários transtornos emocionais associados, como exemplo a ansiedade ou depressão. Os processos emocionais, em contraste, referem-se aos mecanismos pelos quais as emoções são geradas, experimentadas e usadas, incluem a consciência emocional, rotulagem, expressão, processamento e integração (Lumley et al., 2011). É relevante ressaltar que as emoções não nos

impõem uma resposta específica; elas simplesmente tornam mais provável que reajamos de determinada forma. Essa flexibilidade nos capacita a regular nossas emoções (Gross, 2002).

Assim, a dor persistente pode intensificar a vivência de emoções complexas ao longo do tempo, as quais variam dependendo da interpretação individual. Lidar com a intensidade dessas emoções, com contexto social, a validação e a vulnerabilidade requerem habilidades emocionais específicas. Portanto, a regulação emocional se torna fundamental para enfrentar essas experiências individuais. Na próxima seção, iremos conhecer um modelo sobre a regulação emocional e como ela se propõe atuar.

#### **1.4 Modelo de Processo da Regulação Emocional**

Um arcabouço útil para abordar a questão da regulação emocional, é o modelo de processo da Regulação Emocional, que tem origem multifacetada, demandando atenção, valorização do significado atribuído ao que se sente a nível emocional (e.g., Gross, 1998b, Koechlin et al., 2018).

O Modelo de processo da Regulação emocional (Koechlin et al., 2018) se divide em duas estratégias, sendo a primeira estratégia concentrada nos antecedentes. Esta engloba a seleção de situações, a modificação das circunstâncias, atenção direcionada e a mudança cognitiva, todas implementadas antes que a emoção esteja completamente formada. Isso geralmente aumenta a probabilidade de sucesso dessas estratégias (Koechlin et al., 2018). A segunda estratégia foca-se nas respostas emocionais, especialmente os aspectos fisiológicos e comportamentais, após o evento ter começado. Este modelo é eficaz em diversas dificuldades psicológicas e é uma parte integrante da Terapia Cognitivo-Comportamental (Koechlin et al., 2018).

Importante fator para o contexto da regulação emocional é que a pessoa detenha em seu processamento psicológico crenças sobre as emoções, as observando como modificáveis ou não (Gross, 2007). Isso significa que as crenças podem estar relacionadas à crença na capacidade de regular emoções (autoeficácia emocional). Assim, crenças podem ser alteradas quando se



usam estratégias voltadas para modificar ou influenciar pensamentos que ocorrem antes que a experiência emocional completa se desenvolva.

Embora essas estratégias de regulação emocional adaptativas possam ser eficazes para gerenciar as emoções, elas geralmente não interferem diretamente na dor crônica do paciente, uma vez que é possível o uso adaptativo desta estratégia para reduzir a sensação de vulnerabilidade à dor, com objetivo de focar em aspectos das emoções compatíveis a sensação de negligência emocional ou o humor negativo (Koechlin et al., 2018). É fundamental que o indivíduo adquira estratégias alinhadas com seus objetivos, ou seja, passe a ter uma estratégia de regulação emocional adaptativa de acordo com as circunstâncias do contexto inserido. Isso capacita a pessoa para reconhecer e gerenciar eficazmente emoções complexas que possam surgir em situações percebidas como desconfortáveis. O principal propósito é estabelecer um equilíbrio entre emoções positivas e negativas, conforme enfatizado por Juretic (2018).

Ao contrário, a regulação emocional desadaptativa interrompe os processos funcionais por meio de estratégias rígidas, ou seja, inflexíveis e estas modulam respostas desadaptativas independentemente da situação (Panayiotou et al., 2019). Exemplo disso, é que estratégias com objetivo de diminuir o afeto negativo como a evitação ou baixa consciência emocional, geram danos a longo prazo e derivam disfunções psicológicas e físicas, por meio do descomprometimento progressivo de atividades, objetivos, necessidades e valores significativos ao processo de regulação emocional (Panayiotou et al., 2019).

A regulação emocional não se restringe apenas ao que se entende por emoções negativas e ao que elas ocasionam como o medo, ansiedade ou estresse, mas abrange a regulação crescente e descendente de emoções positivas conforme os objetivos correspondentes a regulação descrita pelo indivíduo (McRae & Gross, 2020). Nesse contexto, emoções difíceis de lidar, como raiva, irritabilidade e flutuações de humor, devem ser compreendidas como respostas normais a eventos vividos, sem culpa associada (Petzold et al., 2020). Os autores destacam a importância de atender às necessidades emocionais básicas, mesmo em situações desafiadoras, enfatizando a utilidade das estratégias de enfrentamento para permitir que os indivíduos enfrentem eventos estressantes e perpetuem seu aprendizado ao longo do tempo (McRae & Gross, 2020).

Além disso, a compreensão das estratégias de regulação emocional é fundamental para explorarmos sua aplicação no contexto da dor crônica. A capacidade de gerenciar e regular emoções desempenha um papel significativo no bem-estar de indivíduos que enfrentam a dor crônica. A seguir, será explorado como as estratégias de regulação emocional podem atuar na dor crônica.

### **1.5 Regulação Emocional e dor crônica.**

Emoções são úteis, podendo elas direcionar a atenção para características do ambiente com a intenção de otimizar o consumo sensorial, sintonizar a tomada de decisão e preparar as respostas comportamentais relacionadas a dor, facilitando também as interações sociais e auxiliando a memória episódica.

Emoções também podem prejudicar a experiência da dor, em especial quando possuem maior intensidade ou duração exacerbada em detrimento a uma situação (Gross, 2014). Exemplo disso, quando em alguma experiência emocional o indivíduo precisa recuar por se sentir ameaçado. Este tipo de emoção mais rápida e sem muito freio à reflexão cognitiva surge como forma de proteção. Em contraste, emoções podem surgir após um evento estressor, como a experiência de sentir raiva depois de ouvir um comentário depreciativo, nossas repostas emocionais muitas vezes se ajustam perfeitamente às demandas de nossas diversas circunstâncias de vida, e questionar que nossas emoções em algum momento não correspondam a uma determinada situação, frequentemente teremos que regular esta resposta emocional, com intuito de servir melhor aos objetivos (Gross, 2002).

A regulação emocional, poderá ser associada a manutenção psicológica como ansiedade e humor negativo, estes afetando a dor crônica, auxiliando na manutenção das atividades diárias e qualidade de vida do indivíduo (Ibáñez et al., 2018). Os autores destacam duas estratégias de regulação emocional para dor crônica: a reavaliação cognitiva, esta tem como proposta antecipar emoções avaliando os próprios pensamentos, e posteriormente, regular os pensamentos para poder vivenciar uma emoção preferida. A supressão expressiva aborda tentativas de suprimir emoções negativas após elas ocorrerem. Aqueles que adotam a

reavaliação cognitiva costumam vivenciar um aumento nas emoções positivas e uma redução nas emoções negativas, ao passo que aqueles que optam pela supressão expressiva tendem a experimentar uma diminuição nas emoções positivas e um aumento nas emoções negativas (Ibáñez et al., 2018).

A construção do conhecimento em regulação da emoção foi usada pela primeira vez na literatura do desenvolvimento no início dos anos 80 e desde então, os processos de regulação da emoção tem angariado a crescente atenção tanto no desenvolvimento infantil (Campos, Campos, & Barrett, 1989) quanto adultos (Gross, 1998b). Ao longo do tempo, pesquisadores se dedicaram a examinar como os indivíduos influenciam as emoções, quando as têm e como as experienciam e expressam, assim foram estudados dois percursos para o estudo da regulação emocional, sendo um com viés psicanalítico e outro relacionado com o estudo do estresse e enfrentamento (Gross, 1999).

A tradição psicanalítica oriunda de Freud enfatiza dois tipos de regulação de ansiedade: a que resulta dos impulsos libidinais, onde a expressão é negada, e a regulação da ansiedade com base no *id* e no *super-ego*, sugerindo que impulsos pressionam para ação e o *ego* antecipa como irá se sentir, caso os impulsos sejam expressos (Gross, 1999). A tradição de enfrentamento e estresse tem origem na obra de Cannon (1914), fazendo analogia com a carga física exercida de uma força sobre estruturas naturais feitas pelo ser humano, resultando de uma deformação advinda ao estresse. Esta pesquisa sobre o estresse teve amplitude durante o período da Segunda Guerra Mundial, sendo exploradas as condições dos combatentes em guerra, embora estes achados tenham se concentrado sob as respostas dos desafios físicos, como agrupamento e frio extremo, os pesquisadores começaram a enveredar as pesquisas às respostas dos estressores psicológicos, em decorrência dos pós combate e o processo de readaptação (Gross, 1999).

A regulação emocional envolve diversas características. A primeira delas é a definição de uma meta, está sendo específica e acordada entre o paciente e o profissional, com o propósito de modificar o processo que gera a emoção (Gross & Barrett, 2011). Essa meta, pode ser interna, quando a pessoa regula suas próprias emoções (exemplo: como Suzana faz para regular suas

próprias emoções), ou externa, quando a pessoa regula as emoções de outra pessoa (como Suzana auxilia na regulação emocional de João) (Gross, 2014).

A segunda característica, centra-se no engajamento dos processos responsáveis por modificar o trajeto da emoção. Vários processos distintos são recrutados para auxiliar na regulação emocional, variando consideravelmente entre graus implícitos e explícitos. Estes processos são conscientes quando há esforço para que haja calma, embora internamente possa se sentir ansioso antes de uma palestra, por exemplo. Ao contrário, na tentativa de ver o lado bom diante de um resultado negativo, pode ocorrer um processo inconsciente onde não demande esforço para que a regulação aconteça (Gross, 2014).

Terceira e última característica da regulação emocional é quanto a seu impacto na dinâmica da emoção, sendo esse o tempo de latência correspondente ao tempo de respostas nos domínios da experiência, comportamento ou fisiologia (Gross, 2014).

Lidar com as emoções exige um esforço significativo, especialmente considerando a complexidade da experiência da dor crônica. Em face das diversas opções e, muitas vezes, das habilidades que podem não estar presentes para compreender plenamente esses momentos desconfortáveis que requerem a regulação emocional, a próxima seção se propõe a explorar a questão da supressão emocional. No próximo tópico iremos abordar aspectos acerca da supressão emocional.

## **1.6 Supressão Emocional**

A supressão emocional é descrita como uma estratégia de regulação emocional na qual um indivíduo tenta deliberadamente inibir ou evitar a expressão externa de suas emoções (Gross, 2002). É importante ressaltar que, mesmo quando alguém não está conscientemente regulando suas emoções, as respostas cognitivas, comportamentais e psicofisiológicas ainda podem estar buscando lidar com a situação estressante de maneira adaptativa ou não adaptativa (Gross, 2002; Koechlin et al., 2018).

A supressão emocional, associada a consequências sociais e afetivas negativas, tem sido objeto de pesquisa. Alguns estudos buscam compreender o desenvolvimento da supressão

emocional através de dois modos. O primeiro modo é a supressão do pensamento, caracterizada pela tentativa de desviar a atenção de um pensamento específico que desencadearia uma experiência emocional negativa (Leonard et al., 2019). Esse processo visa evitar essa experiência emocional e, como resultado, leva à redução do comportamento relacionado à emoção.

O segundo modo de supressão é o processo de ambivalência na expressão emocional. Isso se refere a uma situação na qual uma pessoa experimenta um conflito interno em relação a expressar suas emoções, tanto as positivas quanto as negativas. Essa ambivalência envolve sentimentos contraditórios, como desejar expressar uma emoção, mas ativamente inibi-la, ou estar disposto a expressar uma emoção, mas relutar em fazê-lo. Também pode envolver expressar uma emoção e, em seguida, sentir arrependimento por tê-la expressado. A literatura científica sugere que essa ambivalência na expressão emocional está relacionada com resultados de dor, incluindo o surgimento de pensamentos intrusivos e o consequente sofrimento psicológico, como indicado por estudos como o de Leonard et al. (2019). Pesquisadores como Leonard et al. (2019), apontam que a experiência subjetiva e a excitação fisiológica podem ser intensificadas, uma vez que essas experiências não diminuem quando as pessoas tentam distrair-se pensando em qualquer coisa, exceto no pensamento que desejam suprimir. Isso faz com que o pensamento alvo da supressão se torne latente, aumentando a disponibilidade cognitiva para esse pensamento ou evento específico.

A ambivalência, conforme descrevem Leonard et al. (2019) está associada a percepções negativas e menor busca do apoio social, uso de estratégias de enfrentamento evitativo ocasionando piora em quadros de dor e inúmeras condições, incluindo dor lombar crônica, por exemplo.

Não expressar emoções de preocupação ou medo, ou não compartilhar emoções positivas está relacionado a níveis mais altos de sofrimento emocional. A literatura sustenta que quando comparados os níveis de supressão emocional entre homens e mulheres, os achados demonstram serem mais altos em homens, todavia, embora mulheres expressem suas emoções de forma mais aberta, os papéis culturais e atuação familiar da mulher são mais esmagadores e podem explicar altos níveis de angústia nesta população (Pérez et al., 2020). A supressão

emocional pode ocorrer de forma interna e não observável, provável de ser capturada tal evidência através do autorrelato de uma experiência relacionada com a dor, incluindo a catastrofização como dado significativo (Leonard et al., 2019).

Práticas culturais sustentam e incorporam valores, estes são simultaneamente reforçados pelas atuações do cotidiano em que a expressão aberta das emoções na maioria das situações pode estar ligada com a ideia de independência e autoafirmação, e o contrário esteja associado a problemas sociais, ameaças e sensação de restrição (Butler et al., 2007).

A supressão emocional tem sido fator crítico e relevante na determinação da saúde mental e do bem-estar psicológico em relacionamentos íntimos e até mesmo o casamento (An et al., 2022), na qual acabam motivando a redução do comportamento expressivo da emoção enquanto o indivíduo esteja emocionalmente excitado, ou seja, um esforço ativo para inibir o comportamento de uma resposta emocional, que por sua vez seria a expressão (Butler et al., 2007). Estudos apoiam alguns achados laboratoriais, que mostram que indivíduos que normalmente usam a supressão evitam relacionamentos íntimos e têm relação menos positivas com os outros, isto vai ao encontro de relatos que sustentam a ideia de que supressores são menos próximos emocionalmente (John e Gross, 2009).

Pessoas que utilizam estratégias de gerenciamento emocional com base na supressão estão consoantes com a ideia de inibição, desta forma, acabam generalizando seu uso como abordagem de enfrentamento. Esta estratégia está alinhada com a perspectiva da dor, pois aumenta respostas fisiológicas como um sinal de perigo que simultaneamente aumenta a atenção para ameaças em potencial e suprime a consciência dos demais estímulos relevantes, podendo assim restringir o espaço afetivo (Ibáñez et al., 2018). Esta abordagem tem sido associada a uma menor tolerância à dor e a estratégias comportamentais de enfrentamento disfuncionais. Em estudos experimentais, indivíduos instruídos a suprimir suas emoções relataram níveis mais intensos de dor, apresentaram limiares de dor mais baixos e experimentaram um tempo de recuperação mais lento (Keefe et al., 1997).

Importante notar que, independentemente de expressar ou suprimir emocionalmente, não se considera que seja substancialmente saudável ou prejudicial. Em vez disso, o conflito relacionado à ambivalência emocional é identificado como um fator subjacente, que pode

desencadear várias consequências físicas e psicológicas, incluindo depressão, sofrimento psicológico, baixa autoestima e sintomas físicos (Leonard et al., 2019). Ainda relacionado a dor, os indivíduos que tentam suprimir seus pensamentos e sentimentos relacionados à dor, parecem evidenciar piores respostas de ajustamento à dor (Gilliam et al., 2010).

A prática da supressão emocional, que envolve a inibição das emoções positivas e negativas, resulta em menor compartilhamento de sentimentos, enfraquecimento do apoio social, redução da apreciação por parte dos outros e até mesmo aumento da pressão arterial em parceiros sociais (Gross, 2002). O autor argumenta que ainda seja surpreendente, a supressão emocional não parecer atenuar as emoções negativas, ao mesmo tempo que diminui a experiência de emoções positivas, deste modo, quando a regulação emocional se torna rígida e inflexível, a capacidade de lidar com os desafios emocionais pode ser prejudicada, e falhas na regulação das emoções negativas, como a raiva, podem ter impactos adversos na saúde mental e física a longo prazo, sublinhando os potenciais efeitos negativos dessa prática.

A nível da saúde, suspeita-se que a regulação no modo de supressão tenha sido responsável por questões relacionadas aos adoecimentos físicos como o aumento da dor e interferindo na percepção da qualidade das relações (Leonard et al., 2019).

A supressão emocional desempenha um papel regulatório nas relações interpessoais, e a qualidade percebida dessas relações pode influenciar a forma como os efeitos da supressão emocional afetam o ajustamento à dor. A seguir, exploraremos como a satisfação conjugal pode ter um papel moderador nos efeitos da supressão emocional no ajustamento à dor crônica.

### **1.7 O efeito moderador da qualidade das relações na relação entre supressão emocional e ajustamento a dor.**

Os relacionamentos interpessoais desempenham papel fundamental em busca pela felicidade e satisfação, além disso, essas conexões podem proporcionar impacto significativo em nossas experiências emocionais, incluindo momentos de ansiedade ou medo, sendo uma constante na vida das pessoas a busca por relações sociais que ofereçam aceitação e a oportunidade de desenvolver intimidade (Juretic, 2018).

Estudos têm sugerido que o efeito da supressão no ajustamento à dor crônica pode ser moderado por variáveis do contexto relacional. Uma revisão sistemática de estudos formulada por Katon & Sullivan (2017) sugere que a qualidade do relacionamento com o parceiro e a rede social mais ampla pode influenciar a forma como a supressão emocional afeta o ajustamento a dor crônica.

A qualidade percebida de um relacionamento muitas vezes é moldada pelas crenças que uma pessoa desenvolve ao longo da vida, especialmente após experiências emocionais desconfortáveis desencadeando crenças desadaptativas, ou seja, essas crenças negativas podem levar a comportamentos também desadaptativos, nos quais a pessoa passa a acreditar que eventos relacionais desagradáveis são reflexos de suas características negativas (Wilson & Rape, 2005).

Quando a qualidade do relacionamento é afetada, indivíduos podem começar a duvidar de sua capacidade de causar uma impressão positiva ou de serem aceitos e isso pode levar a comportamentos defensivos e cautelosos, como a evitação de interações sociais, na tentativa de reduzir o risco de rejeição. Também é possível que haja restrição na comunicação, supressão das emoções e pensamentos, independentemente do grau de autorrevelação da outra pessoa, recorrendo a estratégias de isolamento como modo de segurança ou evitação sutil (Heinrichs et al., 2004; Clark & Wells, 1995).

Ao contrário do que se espera, relações hostis ou conturbadas podem levar a redução de intimidade e ao colapso emocional, por consequência a sensação de apoio reduzida em relação aos relacionamentos íntimos, como também o desenvolvimento da sensação de solidão, ansiedade ou depressão (Sparrevohn & Rape 2009). Pesquisas realizadas mostram que quando se trata de lidar com a dor, a satisfação com o relacionamento desempenha um papel importante na forma como as pessoas usam estratégias cognitivas, como a supressão do pensamento e a catastrofização da dor. Casais que estão altamente satisfeitos com seu relacionamento e que também usam a supressão do pensamento têm mais probabilidade de usar a catastrofização da dor como uma estratégia para obter apoio (Leonard et al., 2019).

Uma pesquisa descobriu que os indivíduos que experimentam relações conjugais com menor qualidade apresentam um aumento ao sintoma de estresse, como hipertensão arterial,



distúrbios do sono, ansiedade e depressão, onde o estresse emocional também pode afetar aspectos da cognição, prejudicando até mesmo tomada de decisões e a atenção (Kiecolt-Glaser et al., 2005b).

A dor crônica passa a ter impacto negativo nas relações sociais das pessoas, incluindo vida amorosa, relações familiares e atividades profissionais, ampliando a percepção de invalidação. A qualidade das relações e compartilhamento é um fator importante para que as pessoas possam experimentar a sensação de validação, a intensidade da dor está associada a sensações ligadas a rejeição e negação da dor e falta de apoio emocional (Charbonneau-Lefebvre et al., 2020).

A compreensão da dinâmica da supressão emocional e como elas podem influenciar o ajustamento à dor crônica é fundamental para oferecer um suporte mais eficaz às pessoas que enfrentam dor crônica. Esta pesquisa tem como objetivo investigar se o impacto da supressão emocional no contexto da dor crônica é moderado pela qualidade da relação, deste modo, foram elaboradas e serão testadas aqui nesta pesquisa as seguintes hipóteses: (H1) Maior supressão emocional piora o ajustamento à dor crônica, mais especificamente, maior ansiedade, depressão e estresse, severidade e grau de interferência da dor. (H2) A satisfação conjugal moderará a relação entre supressão emocional e ajustamento à dor crônica. Mais especificamente, os efeitos negativos da supressão emocional no ajustamento à dor serão menores perante níveis mais elevados de satisfação conjugal.

## Capítulo II - Metodologia

### 2.1 Participantes

A amostra deste estudo é composta por 117 indivíduos com dor crônica, em que destes, a maioria são mulheres (n=108; 92,3%). Os participantes possuíam idades compreendidas entre 18 e 85 anos (M=42,44; DP=13,6). Em relação ao estado civil, 62 eram casados (53%), 29 estavam em união de fato, 7 divorciados ou separados (6%), 17 solteiros (14,5%) e outros 7 (6%) viúvos. Além disso, 81,2% dos participantes viviam com o companheiro ou companheira. Entre esses, 106 participantes, o que equivale a 90,6%, indicaram que seu parceiro é do sexo masculino. A relação mais recente tinha começado apenas há quatro meses, enquanto a relação mais longa existia há 45 anos. Em termos de nível educacional, constatou-se que 42 participantes (35,9%) concluíram o ensino secundário, enquanto 39 (33,3%) possuíam formação universitária, indicando que a maioria da amostra apresentava um nível educacional mais elevado, também se adotou como critério de inclusão como: ser maior de 18 anos, ter dor crônica e estar em uma relação amorosa.

A análise da situação de emprego revelou que a maioria dos participantes (58; 49,6%) eram trabalhadores em período integral. Dezesesseis participantes (13,7%) mencionaram estar em uma situação de emprego não especificada anteriormente. Onze participantes (9,4%) eram estudantes, enquanto outros onze (9,4%) já estavam aposentados. Oito (6,8%) estavam desempregados, enquanto seis (5,1%) estavam empregados, mas atualmente em licença médica. Quatro (3,4%) estavam empregados, mas apenas em regime de meio período. Os demais entrevistados eram trabalhadoras domésticas (3; 2,6%).

Relacionado à condição clínica dos participantes do estudo, foi constatado que todos sofriam de dor crônica, com duração variando entre 3 meses e 43 anos. No que se refere ao diagnóstico de problemas de saúde, a maioria relatou ter recebido um diagnóstico médico (103; 88%), com os mais mencionados sendo a Fibromialgia (34,2%) e a Artrite Reumatoide (12%). Quanto à localização da dor, 55 participantes (47%) relataram dores generalizadas, 48 (41%) mencionaram dores nas costas, 43 nas pernas/joelhos, 39 (33,3%) nas regiões da

cabeça/pescoço, 36 (30,8%) nos braços/ombros, 33 (28,2%) nas mãos/pulsos e 25 (21,4%) nos pés.

## **2.2 Instrumentos**

### **2.2.1 Escala de Supressão Emocional**

Avaliar a tendência de suprimir ou reprimir emoções é o propósito da Escala de Supressão Emocional originada de Gross (2003), posteriormente foi adaptada para o contexto português (Machado Vaz et al., 2014). A escala contém 5 itens, do qual para avaliar a supressão emocional, os itens englobam frases como "Não compartilho minhas emoções" e "Faço um esforço para ocultar meus sentimentos". Para avaliar a supressão emocional, foram apresentadas estas cinco perguntas, e as respostas foram distribuídas em uma escala do tipo *Likert* que variam de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente).

Para analisar a qualidade psicométrica do instrumento nesta presente amostra, foi realizada a análise fatorial em eixos principais com rotação oblíqua ( $KMO = 0,721$ ; Bartlett's  $\chi^2(6) = 92,497, p < 0,001$ ). A boa qualidade psicométrica desse instrumento foi realizada por meio da exclusão do item 3 que não explica com objetivo o que se propõe o domínio da supressão emocional, deste modo manteve-se a composição de quatro itens para esta amostra, com resultado de  $\alpha = 0,714$ . Os indicadores de supressão emocional, foram obtidos através da média dos itens correspondentes, onde pontuações mais altas indicam níveis mais elevados de supressão emocional, assim como o contrário aos menores valores.

### **2.2.2 Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)**

A Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS-21) é uma versão adaptada para a língua portuguesa das *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS), desenvolvida por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal em 2004. A EADS-21 foi baseada na estrutura e nos itens da DASS (Lovibond & Lovibond, 1995). A escala é constituída por 42 itens, para este projeto, foi utilizada a versão reduzida composta por 21 itens, em que são divididos em três dimensões cada uma composta por sete itens, são estes: ansiedade (e.g. Senti minha boca seca), depressão (e.g. Não tive

nenhum sentido positivo) e stress (e.g. Tive dificuldade em me acalmar), onde esses itens são avaliados em escala de *Likert* de 4 pontos variando de 0 - não se aplica nada a mim, a 4 - aplicou-se a mim maior parte das vezes. A validação interna do instrumento EADS-21 para população portuguesa, apresentou boa fidelidade, evidenciando *alpha de Cronbach* de 0,85 na escala de Depressão, Ansiedade com resultado de *alpha* de 0,74 e 0,81 para escala de Stress (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Para analisar a qualidade psicométrica do instrumento nesta amostra, foi realizada a análise fatorial em eixos principais com rotação oblíqua ( $KMO = 0,923$ ; Bartlett's  $\chi^2 (210) = 1644$ ,  $p < 0,001$ ). Mantiveram-se os itens de cada subteste, não sendo necessária a exclusão de nenhum item e apresentando relativamente às subescalas alta fidelidade interna com *alpha de Cronbach* de 0,90 para escala de Depressão, 0,83 para escala de Ansiedade e 0,90 para escala de Stress. Os indicadores de estresse e ansiedade, assim como o de depressão, foram obtidos através da média dos itens correspondentes, onde pontuações mais altas indicam níveis mais elevados de estresse, ansiedade e depressão, respectivamente

### **2.2.3 Relationship Assesment Scale (RAS)**

Para avaliar a satisfação conjugal, foi utilizada a *Relationship Assessment Scale* (RAS; Hendrick, 1988) em sua versão portuguesa (santos et al., 2000) com revisão de Lind (2008). O instrumento é composto por itens de autorrelato, em que contém itens por exemplo: “O meu/minha companheiro/a preenche minhas necessidades” em que este mede a única dimensão relacionada a Satisfação Conjugal, por meio da escala *Linker* contém 5 pontos que variam de 1 – discordo à 5 concordo totalmente.

Os aspectos psicométricos do RAS, indicam boa confiabilidade do *alpha de Cronbach* 0,86 (Hendrick, Dricke & Hendrick, 1998). A escala portuguesa contempla por sua vez valores bons como 0,86 (Antos et al. 2000). Para analisar a qualidade psicométrica do instrumento nesta amostra, foi realizada a análise fatorial em eixos principais com rotação varimax ( $KMO = 0,871$ ; Bartlett's  $\chi^2 (21) = 431,376$ ,  $p < 0,001$  conforme o critério de Kaiser, um fator explica 59,09% da variância total em Satisfação Conjugal e apresenta *alpha de Cronbach* de 0,87 tem indicativo de ter uma boa confiabilidade interna. Foi necessária a inversão de dois itens – 5 e 7

-, após isto calculado o indicador por meio da média dos itens que variam entre 1 à 5, respostas mais elevadas representam níveis elevados de satisfação conjugal.

#### **2.2.4 Brief Pain Inventory (BPI)**

O instrumento *Brief Pain Inventory* (Cleeland, 1989), avalia a dor de forma genérica em uma perspectiva multidimensional, com isso a severidade e a interferência da dor que possuem os indivíduos, foram avaliadas de acordo com a versão portuguesa de Azevedo et al. (2007).

A escala de severidade da dor é composta por 4 itens avaliados em uma escala numérica de 0 – sem dor à 10 – a pior dor que consegue imaginar, com objetivo de referir o grau que melhor descreva a dor a um nível mínimo e máximo, durante o período da última semana, em média e preciso momento. Contempla também uma escala de interferência da dor, esta contém 7 itens que são avaliados em uma escala numérica de 0 – não interferiu à 10 – interferiu completamente, o seu objetivo é de classificar o grau que a dor teve interferência na vida do indivíduo na última semana, contemplando atividades em geral, capacidade para andar a pé, disposição, relações com outras pessoas, trabalho, prazer de viver e sono.

Os aspectos psicométricos do BPI validados para população portuguesa, apresentou bons dados de fidelidade interna com alpha de 0,87 para subescala de severidade e interferência com valores de alpha de 0,88. Um indicador foi calculado para cada um dos fatores por meio da média dos itens, variam as respostas de 0 a 10, os valores mais elevados destes indicadores representam níveis altos respectivamente de severidade e interferência.

### **2.3 Análise**

O presente projeto contou com o método de recolha de dados realizado por Martins (2020), por meio de amostragem não probabilística bola de neve. Em relação ao desenvolvimento do presente estudo, utilizou-se um protocolo com consentimento informado, em que se explica o objetivo pretendido do estudo (analisar o papel dos parceiros românticos na adaptação à dor crônica). Os participantes foram convidados a participar voluntariamente e foi garantido que suas identidades permaneceriam anônimas e suas respostas preenchidas em formulários foram

mantidas confidenciais e eles tiveram a opção de interromper o preenchimento a qualquer momento. Em seguida, foram administrados questionários sociodemográficos e clínicos, e selecionamos as variáveis que seriam estudadas ao longo deste estudo. Identificamos os instrumentos específicos adaptados para a população portuguesa com o objetivo de medir essas variáveis.

Com a utilização do *Qualtrics*, foi disponibilizado online por meio das redes sociais (*Instagram e Facebook*) o questionário concluído com os critérios de inclusão para participação do presente estudo. Com objetivo de ter melhor alcance ao público específico, optou-se também por selecionar algumas associações relacionadas com a dor crônica: Força 3P – Associação de Pessoas com Dor; Fibro-Associação Barcelense de Fibromialgia e doenças Crônicas; Myos Associação Nacional Contra Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crônica, APJOF – Associação portuguesa de Fibromialgia, posteriormente foi realizado um contato inicial para averiguar a possibilidade de divulgação do mesmo questionário. Como forma de continuar a prospecção dos participantes, também foi realizado um contato direto às pessoas que se localizavam em grupos de suporte à dor crônica.

## **2.4 Análise de dados**

Após sua recolha, os dados necessitaram ser tratados e manuseados em um outro momento no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (IBM à SPSS à Statistics)*, versão 29, com objetivo de realizar análise descritiva das variáveis sociodemográficas e aspectos psicométricos das medidas utilizadas, também se realizou uma análise da distribuição das variáveis do modelo por meio de estatística descritiva, bem como das intercorrelações entre essas variáveis.

Com objetivo de testar a hipótese da moderação, foram inseridas 7 variáveis para que fossem analisadas através do *software PROCESS* (macro Hayes), desenvolvido por Hayes (2012), deste modo que a preditora foi assumida como Supressão Emocional, a variável moderadora a Satisfação Conjugal, e ao fim, as variáveis resultado, foram identificadas pelo

DASS que apontou as seguintes variáveis: Stress, Ansiedade e Depressão e o BPI que respectivamente acusaram outras duas variáveis relacionadas a dor: Interferência e Severidade.

## Capítulo III - Resultados

### 3.1 Análises descritivas das variáveis do modelo

No quadro 3.1 podem-se observar as estatísticas descritivas sobre as variáveis de ajustamento à dor e a variável moderadora qualidade relacional.

Em relação às variáveis de ajustamento à dor, observou-se que a ansiedade, depressão e stress apresentam níveis moderados. Por outro lado, a severidade da dor demonstrou nível mais baixo em relação aos outros indicadores, sugerindo que os participantes tendem a relatar níveis moderados de severidade da dor e grau de interferência da dor na vida da pessoa.

Em relação à qualidade da relação, sendo esta a moderadora, isso sugere que, em geral, os participantes estão muito satisfeitos com sua relação amorosa, já que a média é de 4,15 em uma escala de 5 pontos.

#### Quadro 3.1

*Estatísticas Descritivas das variáveis em estudo*

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Skewness</i>	<i>Kurtoses</i>	<i>Erro Padrão</i>	<i>Erro Padrão</i>
Supressão Emocional	117	1,00	7,00	3,93	1,251	-,226	,224	,489	,444
Satisfação Conjugal	117	1,00	5,00	4,15	,838	-1,173	,224	1,154	,444
Ansiedade	117	1,00	3,86	2,20	,745	,351	,224	-,946	,444
Depressão	117	1,00	4,00	2,16	,812	,635	,224	-,601	,444
Stress	117	1,00	4,00	2,60	,792	-,099	,224	-,771	,444
Severidade	117	0,43	10,00	5,22	2,274	-,214	,224	-,780	,444
Interferência	117	1,00	9,00	5,46	1,780	-,127	,224	-,414	,444

### 3.2 Correlações entre as variáveis do modelo

No quadro 3.2 podem analisar-se as correlações entre todas as variáveis do modelo. Uma das correlações significativas é entre ansiedade e depressão (0,801). Isso indica que,



frequentemente, quando uma pessoa experimenta níveis elevados de ansiedade, ela também é propensa à depressão e vice-versa. Essa descoberta ressalta a interconexão complexa entre esses dois estados emocionais.

Outra correlação importante é entre depressão e estresse (0,773), sugerindo que o estresse pode ser um fator contribuinte para o desenvolvimento da depressão. Essa associação destaca a importância de considerar o manejo do estresse como parte integral do tratamento da depressão.

A correlação entre severidade da dor e a interferência também é significativa e elevada (0,611). Isso indica que quanto mais intensa a dor, mais ela interfere na vida da pessoa. A supressão emocional apresenta uma associação positiva moderada com a depressão e positiva, mas mais fraca com o estresse.

### Quadro 3.2

*Correlação entre as variáveis do modelo*

	1	2	3	4	5	6	7
1. Supressão Emocional	-						
2. Satisfação Conjugal	-,154	-					
3. Ansiedade	,133	-,200*	-				
4. Depressão	,288**	-,252**	-,801**	-			
5. Stress	,186*	-,172	,815**	,773**	-		
6. Severidade	,004	-,208*	,296**	,316**	,217*	-	
7. Interferência	-,099	,117	,111	,111	,003	,611**	-

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (bicaudal)

\* A correlação é significativa no nível 0,05 (bicaudal)

Esses resultados destacam a importância de examinar como a dinâmica dos relacionamentos pode influenciar a forma de como as pessoas lidam com suas emoções e ajustam-se diante de situações dolorosas.

### 3.3 Modelos de moderação

#### 3.3.1 Quadro 3.4

*Satisfação conjugal como moderadora da relação entre supressão emocional e Ansiedade*

	Outcome: Ansiedade				R <sup>2</sup> 0,061	p 0,066
	Coefficiente	Erro-padrão	t	p		
Supressão emocional	0,065	0,055	1,179	,241		
Satisfação Conjugal	-0,175	0,083	-2,113	,037		
Supressão Emocional x Satisfação Conjugal	0,066	0,57	1,148	,253		

Os resultados no quadro 3.4 apontaram que a Supressão Emocional não demonstrou uma associação estatisticamente significativa com a Ansiedade ( $\beta = 0,065$ ,  $t = 1,179$ ,  $p = 0,241$ ). Isso indica que a Supressão Emocional, por si só, não é um preditor significativo dos níveis de Ansiedade em nossa amostra. Por outro lado, a variável Satisfação Conjugal exibiu uma associação estatisticamente significativa e inversa com a Ansiedade ( $\beta = -0,175$ ,  $t = -2,113$ ,  $p = 0,037$ ). Isso sugere que níveis mais baixos de Satisfação Conjugal estão relacionados a níveis mais elevados de Ansiedade, conforme demonstrado nos resultados apresentados. Quanto à interação entre Supressão Emocional e Satisfação Conjugal, não foi encontrada uma relação significativa com a Ansiedade ( $\beta = 0,066$ ,  $t = 1,148$ ,  $p = 0,253$ ). Esses resultados indicam que a interação entre essas duas variáveis não exerce uma influência estatisticamente significativa nos níveis de Ansiedade, como indicado no quadro fornecida.

#### 3.3.2 Quadro 3.5

*Satisfação conjugal como moderadora da relação entre supressão emocional e Depressão.*

	Outcome: Depressão				R <sup>2</sup> 0,139	p 0,001
	Coefficiente	Erro-padrão	t	p		
Supressão emocional	0,169	0,057	2,941	0,004		
Satisfação Conjugal	-,0219	0,086	-2,533	0,013		

Supressão Emocional x Satisfação Conjugual	0,074	0,060	1,230	0,221
--	-------	-------	-------	-------

O resultado aqui presente no quadro 3.5, indicou que o efeito da Supressão Emocional se mostrou significativo e positivo sobre a Depressão ( $\beta = 0,16$ ,  $t = 2,94$ ,  $p < 0,004$ ). Isso indica que níveis mais elevados de Supressão Emocional estão associados a níveis mais altos de Depressão, corroborando uma relação estatisticamente significativa entre essas duas variáveis. No entanto, ao analisar a interação entre Supressão Emocional e Satisfação Conjugual, não foi encontrado um efeito significativo ( $\beta = 0,074$ ,  $t = 1,1230$ ,  $p = 0,221$ ) neste modelo. Isso sugere que a interação entre essas duas variáveis não influencia significativamente os níveis de Depressão. Embora as duas variáveis possam ter impacto individual na Depressão, a interação de ambas não contribui significativamente para explicar os níveis de Depressão observados na amostra.

### 3.3.3 Quadro 3.6

*Satisfação conjugal como moderadora na relação entre supressão emocional e Stress*

	Outcome: Stress				R <sup>2</sup> 0,68	p 0,045
	Coefficiente	Erro-padrão	t	p		
Supressão emocional	0,106	0,058	1,828	0,070		
Satisfação Conjugual	-0,152	0,088	-1,738	0,085		
Supressão Emocional x Satisfação Conjugual	0,075	0,061	1,240	0,218		

Os resultados referentes ao Quadro 3.6, apontaram que a Supressão Emocional não apresentou uma associação estatisticamente positiva com o Stress ( $\beta = 0,106$ ,  $t = 1,828$ ,  $p = 0,070$ ), sugerindo que a Supressão Emocional por si só, não é preditor significativo dos níveis de Stress nesta amostra. A Satisfação Conjugual também não demonstrou uma associação estatisticamente significativa com o Stress ( $\beta = -0,152$ ,  $t = -1,738$ ,  $p = 0,085$ ).

Em relação a interação entre Supressão Emocional e Satisfação Conjugual, também não foi encontrada uma relação significativa com o Stress ( $\beta = 0,074$ ,  $t = 1,240$ ,  $p = 0,218$ ). Esses

resultados indicam que a interação entre essas duas variáveis não exerce uma influência estatisticamente significativa nos níveis de Stress, conforme apresentado no quadro fornecido.

### 3.3.4 Quadro 3.7

*Satisfação conjugal como moderadora na relação entre supressão emocional e Severidade*

	Outcome: Severidade				R <sup>2</sup> ,064	p 0,058
	Coefficiente	Erro-padrão	t	p		
Supressão emocional	-0,041	0,168	-0,246	0,806		
Satisfação Conjugal	-0,623	0,252	-2,476	0,015		
Supressão Emocional x Satisfação Conjugal	0,270	0,174	1,547	0,125		

A análise revelou que a Supressão Emocional não apresentou uma associação estatisticamente significativa com a Severidade da dor ( $\beta = -0,041$ ,  $p = 0,806$ ). Por outro lado, a variável Satisfação Conjugal demonstrou uma relação estatisticamente significativa com a Severidade ( $\beta = -0,623$ ,  $t = -2,476$ ,  $p = 0,015$ ). Isso sugere que níveis mais baixos de Satisfação Conjugal estão associados a níveis mais elevados de Severidade.

Quanto à interação entre Supressão Emocional e Satisfação Conjugal, os resultados indicam que essa interação não é estatisticamente significativa em relação à Severidade ( $\beta = 0,270$ ,  $t = 1,547$ ,  $p = 0,125$ ).

### 3.3.5 Quadro 3.8

*Satisfação conjugal como moderadora na relação entre supressão emocional e Interferência*

	Outcome: Interferência				R <sup>2</sup> 0,036	p 0,247
	Coefficiente	Erro-padrão	t	p		
Supressão emocional	-,0165	0,133	-1,241	0,217		
Satisfação Conjugal	-0,312	0,200	-1,559	0,122		
Supressão Emocional x Satisfação Conjugal	0,134	0,139	0,968	0,335		

Na análise acima, não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre a Supressão Emocional e a "Interferência da dor" ( $\beta = -0,165$ , erro-padrão = 0,133,  $t = -1,241$ ,  $p = 0,217$ ). De modo semelhante, a variável Satisfação Conjugal não demonstrou uma relação estatisticamente significativa com a "Interferência" ( $\beta = -0,312$ ,  $t = -1,559$ ,  $p = 0,122$ ). Isso sugere que, com base nos dados analisados, níveis mais baixos de Satisfação Conjugal não estão estatisticamente associados a níveis mais elevados de "Interferência".

Quanto à interação entre Supressão Emocional e Satisfação Conjugal, os resultados indicam que essa interação também não é estatisticamente significativa em relação à "Interferência" ( $\beta = 0,134$ ,  $t = 0,968$ ,  $p = 0,335$ ).

## Capítulo IV – Discussão e Conclusão

### 4.1 Discussão

O presente trabalho tem como objetivo averiguar se o efeito da supressão emocional no ajustamento à dor crônica é moderado pela satisfação relacional. Esta investigação é relevante para compreender como as estratégias de regulação emocional, como a supressão emocional, podem influenciar o ajustamento à dor crônica, especialmente quando consideramos o papel da satisfação relacional.

Estudos sugerem que a dor crônica influencia negativamente a qualidade e a percepção das relações interpessoais, essa condição pode desencadear sintomas relacionados a manifestações psicossociais, que por sua vez, têm o potencial de agravar a percepção da dor. Além disso, a presença de ansiedade e depressão pode impactar adversamente a qualidade de vida das pessoas afetadas e tornar mais desafiador o tratamento da dor crônica (Dueñas et al., 2016).

Em referências às hipóteses propostas no estudo, esperava-se (H1) encontrar uma relação significativa entre a supressão emocional e os *outcomes* de ajustamento a dor: ansiedade, depressão, estresse e severidade e interferência. Ou seja, à medida que as pessoas suprimem suas emoções, acredita-se que elas apresentem piores níveis destes *outcomes*. Os presentes resultados obtidos aqui, indicaram que não houve uma associação significativa entre a supressão emocional e quatro dos *outcomes* de ajustamento a dor, nomeadamente, de ansiedade, depressão e estresse, severidade e interferência. No entanto houve uma exceção, já que foi observada uma relação significativa e positiva entre a supressão emocional e a depressão. Esses resultados destacam a complexidade das interações entre emoções, relacionamentos e saúde mental, enfatizando a necessidade de uma abordagem na compreensão desses fenômenos.

Como aborda a literatura, cada pessoa possui experiências singulares em relação a dor e seus relacionamentos, valores e expectativas de vida, também influenciados por fatores culturais, emocionais e experiências fisiológicas, estes contribuem para que a experiência de regulação emocional e que está também atrelada à prática da supressão do pensamento, tal fator

se justifica por meio do aprendizado social sobre o significado atribuído a dor e comportamento esperado diante da situação de saúde, desta forma o sujeito sente e tolera, percebe fatores de interferência fisiológica e/ou psicológica sendo estes humor ou ansiedade (Monteiro & Reis, 2013; Leonard et al., 2019).

A dor crônica tem sido frequentemente associada a depressão com taxas de comorbidade que variam de 30% a 60%, com progressão da doença influenciada pela outra, deste modo, pacientes que com depressão podem ter respostas emocionais negativas e vivências sensações como desamparo ou desesperança (Kim et al., 2021).

Em relação aos níveis de depressão encontrados, estes estão associados a supressão emocional. É possível afirmar por meio de estudos transversais que crenças disfuncionais relacionadas à dor acabem contribuindo para a adoção de supressão relacionada à dor, desta forma, podem ter um papel relevante na origem de problemas de saúde como por exemplo a depressão (Sheng et al., 2017).

A supressão emocional relacionada à dor é uma resposta habitual de muitos que sofrem de dor crônica (Sheng et al., 2017). Portanto, outros fatores contextuais, podem ser relevantes na relação entre supressão e depressão. O estudo sugere que intervenções individualizadas para lidar com altos níveis de supressão emocional podem contribuir efetivamente para a redução da depressão em atletas com dor lombar.

A compreensão do estado de humor na dor crônica é de fundamental importância para compreender sua dinâmica no que diz respeito a interferência e severidade, onde de acordo com pesquisas feitas, constata-se que a depressão esteja ligada diretamente a interferência e severidade (Leonard et al. 2019). Isso nos faz pensar que, de acordo com o resultado apresentado, sendo não significativa a associação com a interferência da dor e a severidade, pode-se pensar que haja um possível processo de adaptação emocional ou relacional que acabe diminuindo ou anulando estes sintomas esperados.

Importante ressaltar que haja diagnóstico diferencial quanto ao percurso e surgimento da depressão, onde nos pacientes com dor crônica, a depressão é principalmente consequências da própria dor. Isso significa que a dor crônica, ao afetar a função e qualidade de vida do paciente, leva a sentimentos de desesperança, inutilidade e desamparo. Essa perspectiva é

relevante para pacientes que são encaminhados para cuidados especializados em dor e implica que o tratamento da dor pode ter um impacto positivo na saúde mental do paciente (Bäckryd & Alföldi, 2023). Em uma perspectiva psiquiátrica, sugere que a depressão pode se a causa da dor crônica, especialmente quando se trata de dor nociplásica (causada por lesões nos tecidos). Isso significa que condições psiquiátricas, como depressão e transtorno de ansiedade, podem se manifestar na forma de dor crônica, destacando a ideia de que a dor crônica pode ser um subproduto dessas condições (Bäckryd & Alföldi, 2023).

No que diz respeito a (H2) espera-se que a satisfação conjugal tenha um efeito moderador na relação entre supressão emocional no ajustamento a dor. Se a relação for de alta qualidade, prevê-se que o impacto negativo da supressão emocional sobre esses sintomas seja reduzido. De acordo com o que foi exposto, as hipóteses de moderação não foram suportadas pelos resultados aqui presentes, desse modo, a satisfação conjugal não modera o impacto da supressão emocional no ajustamento à dor. Contudo, foi possível verificar certa associação entre a satisfação conjugal, indicando que níveis mais baixos de satisfação conjugal estão relacionados a níveis mais elevados de ansiedade, destacando a importância das relações conjugais na experiência de ansiedade na dor crônica.

Pesquisas conduzidas por Sparrevohn & Rape (2009) destacam que indivíduos com dificuldade em estabelecer intimidade tendem a ser mais reservados e acabam moderando a comunicação, que por vez, resulta na percepção de que suas relações são menos satisfatórias e até mesmo desconfortáveis. Os autores também descrevem que essas pessoas podem perceber que não têm o apoio desejado em seus relacionamentos, o que contribui para um aumento no sofrimento emocional.

As consequências de baixa interação íntima pode levar a adoção de comportamentos subordinados, defensivos e “inofensivos”, estes ajudam a reduzir a probabilidade de rejeição pelos parceiros, deste modo acabam aderindo a uma apresentação de si de baixo risco (Juretic, 2018). Isso pode ser justificado por meio de pesquisas que demonstram que mulheres que experimentam ansiedade podem manter seus relacionamentos amorosos ao controlar a manifestação de emoções, pensamentos e sensações físicas negativas. Essa constatação é



apoiada por estudos que validam os benefícios específicos resultantes da estratégia de regulação emocional como forma de manutenção de suas relações (Kashdan et al. 2007).

Esse entendimento é reforçado por estudos longitudinais, focados no contexto matrimonial, indicando que quanto maior a supressão emocional praticada pelos parceiros, maior é a satisfação conjugal para ambos. Estas descobertas surgem particularmente entre pessoas que buscam construir relacionamentos duradouros e valorizam certo nível de supressão como meio de alcançar harmonia interpessoal (Bloch et al., 2014).

De acordo com alguns achados na literatura, o papel das mulheres neste contexto tanto matrimonial quanto da regulação emocional ainda no mesmo contexto, são percebidas como responsáveis pelo equilíbrio afetivo no contexto do casamento, o que em determinado ponto, elas acabam experienciando níveis de ansiedade por querer compartilhar algo com seus parceiros (e.g. Gottman & Levenson, 1988, 1992; Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001).

Há evidências que mostram que o sofrimento psicológico, como a ansiedade, esteja ligado diretamente a baixos níveis da qualidade da relação amorosa (Angst et al., 2008). Contudo, esse processo de melhoria na qualidade do relacionamento entre casais costuma ser associado principalmente a condições adocedoras de longo prazo estáveis, enquanto casais que enfrentam doenças de curta duração ou condições intermitentes frequentemente experimentam o efeito oposto, com uma diminuição na qualidade do relacionamento (Campbell et al., 2012).

Com base nas descobertas apresentadas acima, fica evidente que a relação entre a supressão emocional, a satisfação relacional e o ajustamento à dor crônica é complexa e multifacetada. Os resultados indicam que a supressão emocional está associada a sintomas de depressão, mas essa relação não se estende necessariamente a outros aspectos do ajustamento à dor, como ansiedade, estresse, severidade e interferência. Além disso, a satisfação conjugal desempenha um papel importante, uma vez que níveis mais baixos de satisfação conjugal estão relacionados a níveis mais elevados de ansiedade. No entanto, a influência da satisfação conjugal na relação entre supressão emocional e ajustamento à dor crônica não foi confirmada. Portanto, esses resultados destacam a complexidade das interações entre emoções,

relacionamentos e saúde mental em um contexto de dor crônica, enfatizando a necessidade de uma abordagem abrangente para compreender esses fenômenos.

## 4.2 Limitações

O presente estudo tem como objetivo investigar se a supressão emocional afeta o ajustamento à dor crônica e se esse efeito é moderado pelo contexto relacional. No entanto, vale a pena considerar algumas limitações que podem afetar a interpretação dos resultados. Primeiramente, a medida de supressão emocional usada no estudo é baseada em autorrelatos, o que pode ser subjetivo e influenciado pela percepção individual, não deixando claro aspectos cognitivos que poderiam dar suporte ao melhor entendimento das experiências emocionais.

Ter encontrado resultados não significativos levou a uma reflexão acerca de futuras pesquisas que englobem tais aspectos cognitivos e as crenças acerca do contexto relacional, na tentativa de considerar que existam ou não moderações acerca do tema proposto, pois de acordo com Monteiro e Reis (2013) cada indivíduo traz consigo experiências pessoais únicas relacionadas à dor, valores, e perspectivas de vida, que são influenciadas por fatores culturais e emocionais. Ou seja, tais fatores desempenham um papel na maneira como as pessoas lidam com suas emoções diante da dor, incluindo a prática da supressão emocional. Além disso, é importante considerar que as relações pré-estabelecidas com a condição da dor e as crenças e pensamentos que acompanham o indivíduo desempenham um papel significativo. A supressão emocional parece reforçar essas crenças disfuncionais já existentes, mesmo em novos relacionamentos, o que potencialmente diminui a disposição de compartilhar experiências relacionadas à dor.

Todavia, não foi considerada a possibilidade de ter uma amostra onde compartilhar as experiências de dor fosse uma questão a ser mensurada, para compreender também os níveis de intensidade. Essa supressão emocional é muitas vezes moldada pelas normas sociais e pelas expectativas sobre como as pessoas devem enfrentar a dor e afeta como percebemos fatores que podem agravar a dor, como nosso estado de espírito ou ansiedade.

Como futuros estudos, seria possível a aplicação de pesquisas longitudinais para avaliar como essas relações se desenvolvem ao longo do tempo. Isso permitiria uma compreensão mais profunda das mudanças nas estratégias de regulação emocional, satisfação conjugal e sintomas ao longo do curso da dor crônica.

Ao mesmo tempo, pesquisas adicionais podem explorar o papel emocional de um dos cônjuges e as eventuais dificuldades que esse cônjuge enfrenta ao lidar com as necessidades afetivas do casal. O estudo pode jogar luz sobre a dificuldade de atender necessidades emocionais que auxiliam na manutenção e bem-estar do relacionamento.

Por fim, possivelmente propor uma outra investigação, na melhoria da comunicação emocional podem ser eficazes na promoção da saúde dos relacionamentos, redução de conflitos e no aumento da satisfação geral do casal.

## Referências

- An, U., Park, H. G., Han, D. E., & Kim, Y.-H. (2022). Emotional Suppression and Psychological Well-Being in Marriage: The Role of Regulatory Focus and Spousal Behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(2), 973. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020973>
- Angst, F., Verra, M. L., Lehmann, S., Aeschlimann, A., & Angst, J. (2008). Refined insights into the pain-depression association in chronic pain patients. *The Clinical journal of pain*, *24*(9), 808–816. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31817bcc5f>
- APED. (s.d.). *Dor aguda versus dor crónica*. Obtido de Associação Portuguesa para o Estudo da Dor: <https://www.aped-dor.org>
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *The Journal of Pain*, *13*(8), 773–783. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012>
- Azevedo, L. F., Pereira, A. C., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., ... Castro-Lopes, J. M. (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*, *15*, 6-37.
- Bloch, L., Haase, C. M., & Levenson, R. W. (2014). Emotion regulation predicts marital satisfaction: More than a wives' tale. *Emotion*, *14*(1), 130–144. <https://doi.org/10.1037/a0034272>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, *10*(4), 287–287. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Butler, E. A., Lee, T. L., & Gross, J. J. (2007). Emotion regulation and culture: Are the social consequences of emotion suppression culture-specific? *Emotion*, *7*(1), 30–48. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.1.30>
- Caes, L., Dick, B., Duncan, C., & Allan, J. (2020). The Cyclical Relation Between Chronic Pain, Executive Functioning, Emotional Regulation, and Self-Management. *Journal of Pediatric Psychology*, *46*(3), 286–292. Doi:10.1093/jpepsy/jsaa114
- Campbell, P., Jordan, K. P., & Dunn, K. M. (2012). The Role of Relationship Quality and Perceived Partner Responses with Pain and Disability in Those with Back Pain. *Pain Medicine*, *13*(2), 204–214. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01298.x>
- Campos, J. J., Campos, R. G., & Barrett, K. C. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental psychology*, *25*(3), 394.
- Cannon, W. B. (1914). The interrelations of emotions as suggested by recent physiological researches. *The American Journal of Psychology*, *25*(2), 256-282.

- Charbonneau-Lefebvre, V., Rosen, N. O., Bosisio, M., Vaillancourt-Morel, M.-P., & Bergeron, S. (2020). An Attachment Perspective on Partner Responses to Genito-pelvic Pain and Their Associations with Relationship and Sexual Outcomes. *The Journal of Sex Research*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1761936>
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A Cognitive Model of Social Phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, F. R. Schneier, R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford Press.
- Cleeland, C. S. (1989). Measurement of pain by subjective report. In: C. R. Chapman & J. D Loeser (Eds). *Advances in Pain Research and Therapy*, 391 – 403. New York: Raven Press. doi: 10.1016/0304-3959(90)91174-H
- Cordova, J. V., & Scott, R. L. (2001). Intimacy: A behavioral interpretation. *The Behavior Analyst*, 24(1), 75–86. <https://doi.org/10.1007/bf03392020>
- Cordova, J. V., Gee, C. B., & Warren, L. Z. (2005). Emotional Skillfulness in Marriage: Intimacy As a Mediator of the Relationship Between Emotional Skillfulness and Marital Satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(2), 218–235. <https://doi.org/10.1521/jscp.24.2.218.62270>
- Dahl, J., & Lundeborg, T. (2015). Communication and pain: A review of the literature. *Journal of Pain Research*, 8, 589–605 <https://doi.org/10.2147/JPR.S84597>
- Dueñas, M., Ojeda, B., Salazar, A., Mico, J. A., & Failde, I. (2016). *A Review of Chronic Pain Impact on patients, Their Social Environment and the Health Care System. Journal of Pain Research, Volume 9(1)*, 457–467. <https://doi.org/10.2147/jpr.s105892>
- Elandt-Johnson, R. C., & Weinberger, M. (2016). Nonverbal communication in pain management. *Journal of Pain*, 17(4), 456–464. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.009>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581–624. Doi:10.1037/0033-2909.133.4.581
- Gerhart, J. I., Burns, J. W., Bruehl, S., Smith, D. A., Post, K. M., Porter, L. S., Schuster, E., Buvanendran, A., Fras, A. M., & Keefe, F. J. (2017). Variability in negative emotions among individuals with chronic low back pain: relationships with pain and function. *Pain*, 159(2), 342–350. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001102>
- Ghandehari, O., Gallant, N. L., Hadjistavropoulos, T., Williams, J., & Clark, D. A. (2020). The Relationship Between the Pain Experience and Emotion Regulation in Older Adults. *Pain Medicine*. <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa135>
- Gilliam, W., Burns, J. W., Quartana, P., Matsuura, J., Nappi, C., & Wolff, B. (2010). Interactive effects of catastrophizing and suppression on responses to acute pain: a test of an

- appraisal × emotion regulation model. *Journal of Behavioral Medicine*, 33(3), 191–199. <https://doi.org/10.1007/s10865-009-9245-0>
- Goldberg, D. S., & McGee, S. J. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-770>
- Goldin, P. R., Ziv, M., Jazaieri, H., Werner, K., Kraemer, H., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). Cognitive reappraisal self-efficacy mediates the effects of individual cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 1034–1040. <https://doi.org/10.1037/a0028555>
- Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (1986). Assessing the role of emotion in marriage. *Behavioral assessment*.
- Gouveia, M., & Augusto, M. (2011). Custos indirectos da dor crónica em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(2), 100–107. [https://doi.org/10.1016/s0870-9025\(11\)70013-x](https://doi.org/10.1016/s0870-9025(11)70013-x)
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J. J. (1999). Emotion Regulation: Past, Present, Future. *Cognition & Emotion*, 13(5), 551–573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>
- Gross, J. J. (2002). *Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences*. *Psychophysiology*, 39(3), 281–291. <https://doi.org/10.1017/s0048577201393198>
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–20). The Guilford Press.
- Gross, J. J., & Feldman Barrett, L. (2011). Emotion Generation and Emotion Regulation: One or Two Depends on Your Point of View. *Emotion Review*, 3(1), 8–16.
- Hoffman, S. G., Weinberger, M., & Elandt-Johnson, R. C. (2016). The role of family and friends in pain management. *Journal of Pain*, 17(4), T97–T104. [.org/10.1016/j.jpain.2015.12.010](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.010)
- International Association for the Study of Pain (IASP) Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *PAIN* 1979; 6:249–52.
- International Association for the Study of Pain. (2019). International Association for the Study of Pain (IASP). [Iasp-Pain.org](https://www.iasp-pain.org/). <https://www.iasp-pain.org/>
- Kashdan, T. B. (2002). Social Anxiety Dimensions, Neuroticism, and the Contours of Positive Psychological Functioning. *Cognitive Therapy & Research*, 26(6).
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion

- regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1301–1320. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003>
- Katon, R. J., & Sullivan, M. J. (2017). Social relationships and pain: A review of the literature. *Pain*, 158(11), 1967–1981. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001040>
- Keefe, F. J., Rumble, M. E., Scipio, C. D., Giordano, L. A., & Perri, L. M. (2004). Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *The Journal of Pain*, 5(4), 195–211. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.02.576>
- Kiecolt-Glaser, J. K., Loving, T. J., Stowell, J. R., Malarkey, W. B., Lemeshow, S., Dickinson, S. L., & Glaser, R. (2005). Hostile marital interactions, proinflammatory cytokine production, and wound healing. *Archives of General Psychiatry*, 62(12), 1377–1384. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.12.1377>
- Kim, H. J., Park, H., & Juon, H.-S. (2021). The Mediating Role of Pain Catastrophizing on the Association Between Depression and Pain Severity and Interference Among Elderly Asian Immigrants with Chronic Pain. *Journal of Pain Research, Volume 14*, 737–745. <https://doi.org/10.2147/jpr.s304440>
- Koehlin, H., Coakley, R., Schechter, N., Werner, C., & Kossowsky, J. (2018). The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 107, 38–45. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.02.002>
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46(8), 819–834. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.46.8.819>
- Leonard, M. T., Krajewski-Kidd, K., Shuler, R., Wesolowicz, D., Miller, C., & Chatkoff, D. (2019). The Impact of Emotional Regulation Strategies on Pain Catastrophizing in the Context of Interpersonal Relationships. *The Clinical Journal of Pain*, 35(12), 925–932. <https://doi.org/10.1097/ajp.0000000000000764>
- Levenson, RW, Carstensen, LL, & Gottman, JM (1994). Influência da idade e gênero no afeto, fisiologia e suas inter-relações: um estudo de casamentos de longo prazo. *Jornal de Personalidade e Psicologia Social*, 67, 56-68. doi:10.1037/0022-3514.67.1.56
- Lipowski Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *The American journal of psychiatry*, 145(11), 1358–1368. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.11.1358>
- Loeser, J. D. (1982). Concepts of pain. In J. Stanton-Hicks & R. Boaz (Eds.), *Chronic low back pain* (pp. 109–142). New York: Raven Press.
- Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., Schubiner, H., & Keefe, F. J. (2011b). Pain and emotion: a Biopsychosocial Review of Recent Research. *Journal of Clinical Psychology*, 67(9), 942–968. <https://doi.org/10.1002/jclp.20816>

- Lynch, T. R., Robins, C. J., Morse, J. Q., & Krause, E. D. (2001). A mediational model relating affect intensity, emotion inhibition, and psychological distress. *Behavior Therapy*, 32(3), 519–536. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80034-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80034-4)
- Machado Vaz, F., Martins, C., & Martins, E. C. (2014). Diferenciação emocional e regulação emocional em adultos portugueses. *PSICOLOGIA*, 22(2), 123. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v22i2.350>
- Masheb, R. M., Brondolo, E., & Kerns, R. D. (2002). A Multidimensional, Case-control Study of Women with Self-identified Chronic Vulvar Pain. *Pain Medicine*, 3(3), 253–259. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4637.2002.02032.x>
- McGuire, J. L., & Clifford, P. C. (2017). The role of communication in pain management: A review of the literature. *Journal of Pain Research*, 10, 717–725. <http://doi.org/10.2147/JPR.S132489>
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/emo0000703>
- Merskey H. (2009). Somatization: or another God that failed. *Pain*, 145(1-2), 4–5. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.04.031>
- Monteiro, M., Reis-Pina, P. (2013) Chronic Pain – Perceptions, Limitations and Implications. A Social Perspective. *Jornal de Investigação Biomédica e Biofarmacêutica*, 10, 9–18.
- Moore, N. D. (2009). In search of an ideal analgesic for common acute pain. *Acute Pain*, 11(3-4), 129–137. <https://doi.org/10.1016/j.acpain.2009.09.003>
- Nephew, B. C., Incollingo, A. C., Melican, V., Polcari, J. J., Nippert, K. E., Mikhail Rashkovskii, Linnell, L.-B., Hu, R., Ruiz, C., King, J. A., & Gardiner, P. (2021). Depression Predicts Chronic Pain Interference in Racially Diverse, Income-Disadvantaged Patients. *Pain Medicine*, 23(7), 1239–1248. <https://doi.org/10.1093/pm/pnab342>
- Nolen-Hoeksema, S., & Jackson, B. (2001). Mediators of the Gender Difference in Rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 25(1), 37–47. <https://doi.org/10.1111/1471-6402.00005>
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuições para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 5(2), 229-239
- Pérez, S., Masegoso, A., & Hernández-Espeso, N. (2020). Levels and variables associated with psychological distress during confinement due to the coronavirus pandemic in a community sample of Spanish adults. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2523>



- Petzold, M. B., Plag, J., & Ströhle, A. (2020). Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. *Der Nervenarzt*, *91*(5), 417–421. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00905-0>
- Rivera, N. V., Parmelee, P. A., & Smith, D. M. (2018). The impact of social interactions and pain on daily positive and negative affect in adults with osteoarthritis of the knee. *Aging & Mental Health*, 1–7. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1506744>
- Schofferman, J., Smith, B., & Anderson, D. (2008). The multidisciplinary management of chronic pain. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, *87*(11 Suppl 2), S45–S50. <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e31818a3d0f>
- Schwartz, L., Jensen, M. P., & Romano, J. M. (2005). The development and psychometric evaluation of an instrument to assess spouse responses to pain and well behavior in patients with chronic pain: the Spouse Response Inventory. *The journal of pain*, *6*(4), 243–252. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.12.010>
- Serrano-Ibáñez, E. R., Ramírez-Maestre, C., López-Martínez, A. E., Esteve, R., Ruiz-Párraga, G. T., & Jensen, M. P. (2018). Behavioral Inhibition and Activation Systems, and Emotional Regulation in Individuals With Chronic Musculoskeletal Pain. *Frontiers in Psychiatry*, *9*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00394>
- Sheng, J., Liu, S., Wang, Y., Cui, R., & Zhang, X. (2017). The Link between Depression and Chronic Pain: Neural Mechanisms in the Brain. *Neural Plasticity*, *2017*(9724371), 9724371. <https://doi.org/10.1155/2017/9724371>
- Sparrevojn, R. M., & Rapee, R. M. (2009). Self-disclosure, emotional expression and intimacy within romantic relationships of people with social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(12), 1074–1078. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.016>
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (2004). The Social Identity Theory of Intergroup Behavior. *Political Psychology*, 276–293. <https://doi.org/10.4324/9780203505984-16>
- Todd, A., McNamara, C. L., Balaj, M., Huijts, T., Akhter, N., Thomson, K., Kasim, A., Eikemo, T. A., & Bambra, C. (2019). The European epidemic: Pain prevalence and socioeconomic inequalities in pain across 19 European countries. *European Journal of Pain*, *23*(8), 1425–1436. <https://doi.org/10.1002/ejp.1409>
- Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., & Smith, B. H. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease. *PAIN*, *160*(1), 19–27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
- Wang, C., Wong, C. C., & Lu, Q. (2018). The pain of ambivalence over emotional expression. *International Journal of Behavioral Medicine*, *25*(2), 216–222.

- Williams, A. C. de C., & Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain. *PAIN*, *157*(11), 2420–2423. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000613>
- Wolz, I., Biehl, S., & Svaldi, J. (2021). Emotional reactivity, suppression of emotions and response inhibition in emotional eaters: A multi-method pilot study. *Appetite*, *161*, 105142. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105142>
- Wong, W. S., & Fielding, R. (2013). Suppression of emotion expression mediates the effects of negative affect on pain catastrophizing: A cross-sectional analysis. *The Clinical journal of pain*, *29*(10), 865-872.
- World Health Organization. (2019). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics. <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http://id.who.int/icd/entity/1581976053>
- Young, P.T. (1943). *Emotion in man and animal: Its nature and relation to attitude and motive*. New York: W

