

QUANDO A DOR PERSISTE: DESAFIOS NAS RELAÇÕES DE QUEM VIVE COM DOR CRÔNICA

Ana Carolina MANN¹
Arlene de Matia ZATTA¹
Isabela Barbara BODANESE²
Luiz Fernando GRANETTO³

RESUMO

A dor crônica representa um desafio de saúde pública com importantes implicações na qualidade de vida dos indivíduos. Este estudo investigou os desafios socioemocionais enfrentados nas relações familiares e sociais das pessoas que convivem com a dor crônica. O objetivo geral foi compreender a natureza destes desafios nas relações interpessoais. Especificamente, buscou-se examinar o papel do suporte social e familiar, identificar estratégias de enfrentamento e analisar o impacto da dor na comunicação e qualidade dos vínculos. Foi conduzida uma pesquisa qualitativa, de abordagem exploratório-descritiva. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas com cinco adultos da região Oeste do Paraná, diagnosticados com dor crônica há, no mínimo, cinco anos, recrutados pela técnica de *snowball sampling*. A análise dos dados seguiu os preceitos da Análise de Conteúdo, segundo Bardin. Os principais resultados revelaram a complexidade do suporte social, que se mostrou tanto um fator de proteção, proveniente do núcleo familiar, quanto uma fonte de sofrimento, pela invalidação de parceiros e amigos. Evidenciou-se que o isolamento social resulta de um comportamento evitativo, motivado não apenas pela dor, mas também pelo medo e pelo estigma da invisibilidade. A análise também demonstrou uma deterioração na comunicação e na intimidade dos casais, dificultando o enfrentamento conjunto. A pesquisa concluiu que os desafios socioemocionais são multifacetados e mediados por fatores como validação social e estigma, respondendo ao objetivo do estudo e reforçando a necessidade de intervenções psicológicas que envolvam a rede de apoio para um cuidado mais eficaz.

Palavras-chave: Psicologia da Saúde. Relações Interpessoais. Desafios Socioemocionais. Qualidade de vida. Suporte Familiar.

¹ Acadêmicas do 10º período do curso de Psicologia do Centro Universitário FAG.

² Acadêmica do 4º período do curso de Psicologia do Centro Universitário FAG.

³ Orientador, Psicólogo, Mestre em Educação, Especialista em Psicologia Clínica e do Esporte e Exercício Físico, docente do curso de Psicologia do Centro Universitário FAG. E-mail: luizmanetto@fag.edu.br

WHEN PAIN PERSISTS: RELATIONAL CHALLENGES OF LIVING WITH CHRONIC PAIN

Ana Carolina MANN¹
 Arlene de Matia ZATTA¹
 Isabela Barbara BODANESE²
 Luiz Fernando GRANETTO³

ABSTRACT

Chronic pain imposes challenges that extend beyond the physical dimension, profoundly affecting family and social relationships. This study investigated the socio-emotional challenges experienced by individuals with chronic pain, focusing on the impact of the condition on their interpersonal bonds. The aim was to understand the nature of these challenges. A qualitative research with an exploratory-descriptive approach was conducted. Data collection occurred through semi-structured interviews with five adults from the Western region of Paraná, diagnosed with chronic pain for at least five years. Data analysis followed the principles of Content Analysis. The main findings revealed the complexity of social support, which proved to be both a protective factor, originating from the nuclear family, and a source of suffering, due to invalidation by partners and friends. It was evidenced that social isolation results from an avoidance behavior, motivated not only by pain but also by fear and the stigma of invisibility. The analysis also demonstrated a deterioration in communication and intimacy among couples, hindering dyadic coping. The research concluded that the socio-emotional challenges are multifaceted and mediated by factors such as social validation and stigma, thus answering the study's objective and reinforcing the need for psychological interventions that involve the support network for more effective care.

Key words: Health Psychology. Interpersonal Relationships. Pain Psychology. Quality of Life. Social Support.

¹Undergraduate students in the 10th semester of the Psychology program at Centro Universitário FAG.

²Undergraduate students in the 4th semester of the Psychology program at Centro Universitário FAG.

³MSc, Department of Psychology, Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz (FAG), Cascavel, Paraná, Brazil. Email: luizmanetto@fag.edu.br

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo abordou como assunto a dor crônica e delimitou como tema os desafios socioemocionais enfrentados nas relações familiares e sociais. Segundo Aguiar *et al.* (2021), a prevalência de dor crônica no Brasil é de 45,59%, com maior incidência na região Centro-Oeste. No entanto, a região Sudeste se destaca por concentrar a maior população geral e o maior número de estudos sobre o tema. Os dados também indicam que a dor crônica afeta predominantemente mulheres adultas e idosas, sendo a região lombar do corpo a mais acometida.

Nessa perspectiva, Cohen, Vase e Hooten (2021) afirmam que a dor crônica é amplamente reconhecida como uma condição incapacitante, com profundos impactos na qualidade de vida das pessoas. Por ser uma experiência multidimensional, sua intensificação está associada a fatores biológicos, psicológicos e sociais que interagem dinamicamente. Ansiedade, depressão e catastrofização, padrão de pensamentos que magnifica a experiência negativa da dor e subestima a capacidade de lidar com ela, por exemplo, contribuem para o agravamento da dor e comprometem o humor, o sono, a energia e as interações sociais, muitas vezes resultando em isolamento, dificuldades econômicas e redução da funcionalidade diária. Além disso, Edwards *et al.* (2016) destacam que variáveis psicossociais podem tanto agravar a incapacidade, quanto representar pontos-chave para a intervenção psicológica, ao melhorar os recursos internos e fortalecer o enfrentamento do paciente.

Diante da complexidade da dor crônica e de seus desdobramentos emocionais e sociais, esta pesquisa se faz essencial para ampliar a compreensão sobre os desafios vivenciados por essas pessoas em suas relações interpessoais. Ao analisar como a dor influencia os vínculos familiares e sociais, espera-se contribuir para o desenvolvimento de estratégias de acolhimento e suporte mais eficazes, tanto no âmbito profissional da Psicologia quanto nas redes de apoio cotidianas. Além disso, a investigação pode subsidiar novas abordagens terapêuticas e políticas públicas voltadas à melhoria da qualidade de vida daqueles que convivem com essa condição, promovendo uma maior sensibilização e empatia na sociedade.

A motivação para este estudo foi fortalecida pela vivência prática das autoras durante o estágio no Centro de Atenção à Saúde Mental (CASM), onde o contato com pacientes com dor crônica evidenciou que os prejuízos nas relações interpessoais são uma das queixas centrais e de grande sofrimento. Essa constatação direcionou a presente investigação para

responder à seguinte questão de pesquisa: quais os desafios socioemocionais enfrentados por pessoas com dor crônica em suas relações familiares e sociais?

Para responder a essa questão, este estudo teve como objetivo geral compreender quais os desafios socioemocionais enfrentados por pessoas com dor crônica em suas relações familiares e sociais. Como objetivos específicos, buscou-se: examinar o papel do suporte social e familiar no enfrentamento da dor crônica; identificar estratégias utilizadas por pessoas com dor crônica para manter e fortalecer suas relações interpessoais; e analisar como a dor crônica afeta a comunicação e a qualidade dos vínculos.

1.1 CONCEPÇÕES ACERCA DA DOR

A compreensão da dor passou por mudanças significativas ao longo do tempo. No início do século XX, os modelos conceituais predominantes entendiam a dor como resultado de atividades restritas a regiões específicas do sistema nervoso central (SNC), particularmente na conexão entre o córtex cerebral e o tálamo. A crença predominante era de que a experiência dolorosa era exclusivamente ligada à ativação de fibras aferentes especializadas, sem considerar fatores externos ou multidimensionais. No entanto, segundo Casey (2023), a partir da metade do século XX, evidências científicas começaram a revelar limitações desse modelo tradicional.

Com base nessas descobertas, surgiu o conceito de dor como uma experiência multidimensional, resultado da interação de estruturas distintas, mas conectadas, no SNC. Essas estruturas processam aspectos sensoriais, afetivos e cognitivos da dor de maneira integrada. Esse novo modelo transformou a visão sobre a dor, ao destacar sua complexidade e a natureza interconectada dos mecanismos neurais envolvidos na percepção dolorosa. Paralelamente, ampliou-se o reconhecimento da importância de abordagens biopsicossociais mais abrangentes no cuidado (CASEY, 2023).

Bertoldo *et al.* (2025) corroboram essa visão, afirmando que a dor é influenciada por uma interação dinâmica de fatores biológicos, psicológicos e sociais. No âmbito biológico, idade, gênero, hormônios, predisposições genéticas e a neuroplasticidade desempenham papéis importantes na modulação da dor. A neuroplasticidade, em particular, é um mecanismo responsável por amplificar ou reduzir a dor, dependendo das experiências vivenciadas e das adaptações do sistema nervoso ao longo do tempo.

Fatores psicológicos, como emoções, cognições, ansiedade e depressão, também influenciam a forma como a dor é percebida, podendo intensificá-la ou amenizá-la. Já o

contexto sociocultural, que abrange crenças, práticas e normas culturais, exerce impacto significativo na interpretação individual da dor. Essa interação entre fatores biopsicossociais reforça a natureza subjetiva e única da dor, moldada pelas experiências passadas e pelo ambiente de cada indivíduo (BERTOLDO *et al.*, 2025).

Nos últimos anos, a dor tem sido estudada com mais atenção, em razão do aumento dos relatos de pacientes que apresentam dores intensas sem uma justificativa clínica clara. No passado, casos como esse eram frequentemente desvalorizados, tratados de forma pejorativa ou interpretados como exagero ou simulação. Contudo, Angerami *et al.* (2012) destacam que estudos recentes reconhecem a dor como uma experiência subjetiva que exige dos profissionais uma escuta atenta aos relatos dos pacientes.

A partir dessa compreensão, a International Association for the Study of Pain (IASP) revisou a definição de dor, amplificando-a para refletir melhor a sua complexidade. Essa nova definição descreve a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante àquela relacionada a um dano real ou potencial aos tecidos. Tal perspectiva afirma que a dor é uma vivência subjetiva e única, moldada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, tendo sido aprendida ao longo do tempo (IASP, 2020).

De forma complementar, a IASP (2020) destaca a importância de diferenciar a dor da nociceção e de reconhecer que sua manifestação pode ocorrer de formas distintas, indo muito além da comunicação verbal. Esse entendimento ampliado reforça a necessidade de respeitar as percepções individuais de dor e abordar sua avaliação e manejo de forma mais abrangente, considerando os impactos não apenas físicos, mas também emocionais e sociais que envolvem esse fenômeno.

Bertoldo *et al.* (2025) acrescentam que essa perspectiva multidimensional reflete um novo paradigma no manejo clínico da dor. Abordagens personalizadas, que vão além do uso de medicamentos, destacam-se por incluírem intervenções psicológicas, sociais e culturais. Essa abordagem integrada possibilita terapias que atendam às necessidades individuais de cada paciente, promovendo uma melhoria na eficácia dos cuidados e no bem-estar geral.

1.2 CONVIVENDO COM A DOR CRÔNICA

A dor pode ser classificada como aguda ou crônica, sendo um fenômeno complexo que desempenha diferentes funções no organismo humano. Segundo Oliveira (2016), a dor aguda atua como um importante mecanismo de alerta, sinalizando a presença de lesões ou agressões de natureza mecânica, química ou térmica. Já a dor crônica persiste além do tempo

de recuperação esperado, provocando desequilíbrios orgânicos e impactando progressivamente as capacidades funcionais do indivíduo.

A dor crônica está entre os principais desafios apontados pela IASP. De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (2020), essa condição afeta cerca de 20% da população mundial. Reconhecida como uma das principais causas da carga global de doenças, a dor crônica é responsável por aproximadamente uma em cada cinco consultas médicas, tendo recebido uma definição específica na décima primeira revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11).

Segundo Nascimento D. e Nascimento E. (2020), a dor crônica é definida como uma dor persistente que dura por um período superior a seis meses. Indivíduos que vivem com essa condição frequentemente enfrentam dificuldades em manter o mesmo nível de produtividade no ambiente de trabalho, pois a dor contínua pode comprometer tanto a concentração quanto o desempenho. Como consequência, observa-se um aumento no absenteísmo e prejuízos significativos no cotidiano dos indivíduos, especialmente em atividades de lazer e tarefas rotineiras.

Para Oliveira (2016), o sofrimento causado pela dor crônica vai além dos impactos físicos, afetando o bem-estar emocional, social e espiritual das pessoas. Muitos pacientes vivenciam sofrimentos cumulativos devido ao cuidado prolongado e ao sentimento de serem um peso na vida dos cuidadores. O contexto social, que valoriza juventude, vitalidade e produtividade, também influi diretamente na magnitude do sofrimento, pois pessoas que experimentam limites físicos e emocionais podem se sentir excluídas ou fracassadas.

Dentro desse contexto, Treede *et al.* (2015) apresentam, conforme descrito no CID-11, sete categorias principais de dor crônica: primária, oncológica, pós-traumática e pós-cirúrgica, neuropática, visceral, cefaleia e dor orofacial crônica, e, por fim, a dor crônica musculoesquelética. Nessa perspectiva, os autores citam como exemplo a dor crônica generalizada, a fibromialgia e a síndrome do intestino irritável.

Sendo assim, a dor crônica primária refere-se a uma dor persistente em uma ou mais regiões do corpo, que não pode ser explicada por outra condição médica, e que pode estar associada a algum sofrimento emocional significativo ou limitações funcionais. Já a dor crônica musculoesquelética envolve dores nos músculos, nos ossos, nas articulações e nos tendões, podendo resultar de doenças como osteoartrite, artrite reumatoide e alterações posturais. Esse subtipo de dor é o mais prevalente entre os pacientes com diagnóstico de dor crônica (TREDE *et al.*, 2015).

De acordo com Carvalho *et al.* (2018), a prevalência da dor crônica tem aumentado mundialmente e é considerada um dos problemas de saúde mais subestimados, com impacto significativo na qualidade de vida das pessoas. No Brasil, mais de dois terços da população são afetados por essa condição; no entanto, esses números variam devido à dificuldade em determinar a real extensão do problema nos sistemas de saúde do país. Fatores de risco incluem ser mulher, ter idade avançada e possuir baixos níveis de renda familiar, o que sugere a necessidade de políticas públicas mais eficazes para o enfrentamento da dor crônica.

No mesmo sentido, Aguiar *et al.* (2021) destacam que a dor crônica é uma questão central de saúde pública mundial, devido aos impactos que provoca na vida das pessoas e aos elevados custos financeiros e sociais gerados por essa condição. A dor crônica prejudica a funcionalidade e a produtividade das pessoas, reduzindo a capacidade de realizar atividades diárias como estudar e lidar com demandas domésticas. Além de gerar maior dependência, a dor crônica é frequentemente associada a comorbidades, como distúrbios do sono, ansiedade e depressão.

Nascimento D. e Nascimento E. (2020) observam que as áreas mais afetadas incluem a região lombar, membros inferiores e a região cervical. Essa condição não apenas resulta em incapacidade funcional, mas também compromete a rotina e piora a qualidade de vida das pessoas que convivem com dor crônica. Nesse sentido, Treede *et al.* (2015) apontam que tal condição pode estar associada a um excesso de nocicepção ou a disfunções no sistema supressor da dor, contribuindo para prejuízos substanciais na saúde física, emocional e funcional dos afetados.

1.3 PAPEL DA PSICOLOGIA NO ATENDIMENTO A PESSOAS QUE CONVIVEM COM DOR CRÔNICA

De acordo com Damas, Menezes e Rebelo (2024), pessoas que convivem com dor crônica frequentemente enfrentam emoções negativas, crenças disfuncionais e baixa autoeficácia, o que dificulta o manejo da condição e reduz sua qualidade de vida. É por isso que, segundo Lima, Alves e Turato (2014), o papel do psicólogo transcende a aplicação de técnicas paliativas e fundamenta-se na promoção de intervenções que valorizem a subjetividade e a experiência única do paciente, garantindo um cuidado mais humanizado e efetivo.

Diversas abordagens terapêuticas podem ser utilizadas no manejo da dor crônica, cada qual baseada em diferentes teorias e técnicas. Um dos objetivos centrais da psicologia nesse

contexto é ressignificar a experiência da dor e fortalecer os recursos internos do paciente, como a resiliência. Gudz, Pais-Ribeiro e Ferreira-Valente (2021) indicam que a resiliência é um fator protetor crucial, associado ao bem-estar subjetivo e à redução do impacto emocional provocado pela dor.

Nesse sentido, Damas, Menezes e Rebelo (2024) destacam que estratégias voltadas ao desenvolvimento de competências emocionais, como a inteligência emocional e à promoção da autoeficácia são igualmente essenciais no manejo da dor. Intervenções que fortaleçam esses aspectos permitem que os pacientes adquiram maior controle de suas condições, melhorando sua qualidade de vida.

Além disso, a dor crônica está frequentemente associada a sintomas como ansiedade, depressão, catastrofização e prejuízos nas relações interpessoais. Edwards *et al.* (2016) ressaltam que essas variáveis psicossociais, embora impactem negativamente a manutenção e no agravamento da dor, também representam pontos de intervenção relevantes para o trabalho psicológico.

Para Silva, Rocha e Vandenberghe (2010), intervenções baseadas em terapias comportamentais e cognitivas mostram-se eficazes para abordar as questões psicológicas associadas à dor crônica, pois reduzem distorções cognitivas e crenças disfuncionais, ao mesmo tempo promovendo estratégias de enfrentamento mais adaptativas, por meio de psicoeducação e reestruturação de pensamentos automáticos.

É importante destacar que a dor crônica pode gerar ganhos secundários, como atenção e cuidados recebidos de outras pessoas, o que pode levar ao desenvolvimento de comportamentos prejudiciais que intensificam a dor. Esses comportamentos podem incluir posturas corporais rígidas, excessiva tensão muscular ou evitação de atividades físicas, muitas vezes reforçadas pelo apoio de pessoas próximas. Nesse contexto, o papel do psicólogo é fundamental para ajudar tanto o paciente quanto seus familiares e cuidadores a adotarem comportamentos mais adaptativos, como a comunicação assertiva (SILVA, ROCHA e VANDENBERGHE, 2010).

Na prática clínica, Wijma *et al.* (2016) indicam a importância de uma avaliação biopsicossocial abrangente, que identifique os fatores que perpetuam a condição de dor e permita a personalização das intervenções. Para isso, é essencial explorar não apenas os mecanismos fisiológicos, mas também os fatores emocionais, cognitivos e sociais que contribuem para a cronificação da dor.

Por fim, Polakowski, Rodrigues e Benchaya (2020) reforçam que a atuação do psicólogo em equipes multidisciplinares é essencial para um tratamento eficaz, integrativo e

personalizado da dor crônica. Intervenções que contemplem não apenas o alívio dos sintomas, mas também o fortalecimento emocional, a promoção da autonomia e a melhoria da rede de suporte social são fundamentais para aumentar a tolerância à dor, reduzir os sintomas de ansiedade e depressão e favorecer o bem-estar geral do paciente.

2 MÉTODOS

O presente estudo adotou uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório-descritivo e natureza básica. Conforme Cordeiro *et al.* (2023), a pesquisa qualitativa busca compreender, de forma aprofundada, experiências, percepções e sentimentos dos participantes, descrevendo e caracterizando seus relatos, enquanto a natureza básica visa gerar novos conhecimentos sem aplicação prática imediata. Essa abordagem permitiu a análise detalhada e sistemática dos textos derivados das narrativas dos participantes. A coleta de informações foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas individuais, que possibilitam explorar em profundidade vivências subjetivas dos entrevistados. A pesquisa foi conduzida no segundo semestre de 2025, entre agosto e setembro, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o CAAE nº 90216225.0.0000.5219.

A população-alvo deste estudo foi composta por adultos, maiores de dezoito anos, com diagnóstico médico de dor crônica há pelo menos cinco anos, residentes na região Oeste do Paraná. Os participantes foram recrutados por meio da técnica de amostragem “bola de neve” (*snowball sampling*). Inicialmente, foram contatados dois participantes que atenderam aos critérios de inclusão, identificados por meio de indicações do professor orientador, pesquisador responsável pelo estudo.

Esses participantes foram convidados a indicar as outras pessoas que também se enquadrassem no perfil da pesquisa. O primeiro contato com os participantes ocorreu via WhatsApp. A participação dos voluntários foi formalizada mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes das entrevistas, em linguagem acessível e com uma via entregue ao participante, em conformidade com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta pesquisas com seres humanos no Brasil.

As entrevistas semiestruturadas individuais seguiram um roteiro que aborda: (I) impacto da dor crônica nas relações interpessoais próximas; (II) efeitos sobre atividades sociais, de trabalho e lazer; (III) percepção de compreensão da dor por familiares, amigos e colegas; (IV) estratégias de enfrentamento; e (V) expectativas futuras. Os dados obtidos por meio das entrevistas foram analisados com base na técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), método que permite identificar de forma sistemática e objetiva categorias ou temas que emergem das respostas dos participantes, favorecendo uma interpretação detalhada e fundamentada das informações coletadas.

3 DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O tratamento dos dados coletados permitiu a identificação de padrões recorrentes que foram sistematizados em três categorias de análise, as quais estruturam a apresentação e a discussão dos resultados desse estudo: I- Suporte social e familiar no enfrentamento da dor crônica; II- Relações interpessoais e comportamento evitativo; e III- Consequências na comunicação e qualidade dos vínculos. Ao longo dessa seção, as evidências e relatos serão apresentados com base nas contribuições dos participantes, identificados como P1, P2, P3, P4 e P5 para assegurar a confidencialidade de suas identidades.

3.1 SUPORTE SOCIAL E FAMILIAR NO ENFRENTAMENTO DA DOR CRÔNICA

O suporte social e familiar mostra-se um fator relevante e ambivalente na experiência de pessoas que convivem com dor crônica. A análise dos relatos indica que a rede de apoio, fundamental para o bem-estar, por vezes, torna-se uma fonte de invalidação, incompreensão e angústia, o que evidencia a complexidade das interações sociais no contexto do adoecimento crônico. Nesse sentido, a experiência dos entrevistados oscila entre a percepção de apoio genuíno, vindo principalmente do núcleo familiar mais próximo, e a frustração gerada pela descrença de amigos e, em alguns casos, até mesmo dos próprios cônjuges.

A sensação de invalidação da dor foi um tema recorrente e particularmente doloroso. Os participantes relataram a dificuldade de ter sua experiência reconhecida como legítima, sendo frequentemente interpretada como uma estratégia para buscar atenção ou dramatizar a situação. Essa percepção é exemplificada no relato de P3, que afirma: “*Alguns amigos até compreendem, mas outros acho que acham que é manha, fingimento, mas só quem sente a dor que sabe*”. Mesmo quando não é verbalizada, a invalidação é perceptível, como aponta a mesma participante: “*Tem uns que a gente conhece, que a gente vê que duvidam da dor da gente*”.

De forma semelhante, P4 descreve múltiplas crises no relacionamento devido à descrença do cônjuge: “*Eu já passei por muitas, muitas crises, por quê? Por ele não acreditar, entendeu? Achar que é fingimento, dizer ‘ah, você tá com manha’*”. Essa falta de validação social alinha-se à discussão de Pereira e Silveira (2021), que concebem o aspecto social como as representações e significados atribuídos por terceiros ao adoecimento. A invalidação acrescenta sofrimento psicológico, levando o indivíduo a sentir-se desacreditado e isolado em sua própria dor, como expressa P3: “*Ah, a gente fica meio assim, chateada,*

porque eu acho que a gente, como ser humano, a gente tinha que se colocar no lugar do outro”.

O papel do cônjuge ou companheiro mostrou-se particularmente complexo, variando de pilar central de sustentação a fonte de conflito e abandono. Enquanto P1 relata ter perdido o namorado por não poder mais acompanhá-lo socialmente, afirmando: “*Ele me deixou*”, e P2 menciona um companheiro que não acreditava que ela estava doente de verdade, P3 projeta um futuro onde apenas seu marido permanecerá ao seu lado: “*Eu acho que eu vou acabar ficando só eu e meu marido, só ele me ajudando*”. Nesse contexto, a influência do parceiro na experiência da dor crônica foi um ponto importante identificado nas entrevistas. Rinaudo *et al.* (2025) sublinham a importância de abordar o cônjuge no manejo da dor crônica, pois as interações do casal influenciam diretamente a percepção dos sintomas e o bem-estar psicológico. A experiência dos participantes confirma que o entendimento, ou sua ausência, na relação mais íntima molda profundamente a capacidade de enfrentamento da condição.

Em contrapartida, o suporte percebido dentro do núcleo familiar imediato foi identificado como um refúgio de compreensão e acolhimento. P4, ao descrever essa dinâmica, afirma: “*É, a minha mãe acredita [...] mãe sempre é mãe*”. Da mesma forma, P1, apesar da experiência negativa no relacionamento amoroso, destaca que sua família e amigos demonstram um cuidado ativo: “*Eles sempre estão perguntando pra mim se eu tô bem, como que eu tô, se eu já melhorei*”. P2 reforça essa percepção, afirmado que a dor não afeta a relação com a família, pois eles compreendem sua condição: “*Principalmente minha família né, minhas filhas, minha irmã e minha mãe*”. Esse dado vai ao encontro dos achados de Franqueiro *et al.* (2023), que indicam que o suporte social está associado tanto a melhores desfechos no enfrentamento da dor quanto à diminuição do sofrimento emocional. A percepção de ser apoiado, especialmente por pessoas próximas, parece funcionar como um fator protetivo contra o sofrimento psicológico, mesmo que não elimine a dor física (RINAUDO *et al.*, 2025).

Como consequência dessa dinâmica, observa-se uma reconfiguração dos círculos sociais. A dificuldade de manter atividades sociais e a falta de compreensão levam ao afastamento de amizades e a um crescente isolamento. P3 descreve esse processo de forma clara: “*Eu sempre tive bastante amizade, mas daí depois que eu comecei a ter essas dores, eles foram todos se afastando*”. Esse distanciamento não é apenas uma escolha, mas muitas vezes uma consequência da falta de reciprocidade e presença, como lamenta P5: “*Aceitar, eles aceitam, só que eles não vêm visitar, né? [...] E eu sinto muita falta*”. O isolamento social, um dos grandes impactos da dor crônica na qualidade de vida, repercute diretamente no humor e

nos relacionamentos, como destacado por Moura *et al.* (2017). Os relatos indicam que, diante da complexidade da dor, o suporte social importa menos pela quantidade de pessoas e mais pela qualidade e constância do apoio oferecido por um círculo restrito e validante.

Conforme apontam Akram *et al.* (2025), interações de apoio por parte do parceiro estão associadas a melhor resposta à dor e melhor estado emocional, enquanto o tratamento negativo, como a descrença, eleva os níveis de sofrimento. A fala de P4 ilustra vividamente o impacto da invalidação pelo cônjuge, ao afirmar que já passou por muitas crises diante dessas situações. A experiência negativa de P4 contrasta com a percepção de apoio incondicional da família nuclear relatada por P2. Essa dualidade pode ser compreendida através do conceito de Clima Emocional Familiar, proposto por Roberson *et al.* (2025). Os autores indicam que um clima “tenso” (*strained*), em comparação a um clima de “apoio” (*supportive*), está associado a maior risco de persistência da dor.

As entrevistas sugerem que, para muitos participantes, o núcleo familiar direto oferece um clima de apoio, que funciona como fator protetor, enquanto a relação conjugal pode, por vezes, se tornar um ambiente tenso, intensificando a experiência da dor e o sofrimento psicológico, como sintetizado por Goubert e Bernardes (2025), que destacam a importância de intervenções focadas no casal para um manejo mais eficaz da dor crônica.

No mesmo sentido, a revisão sistemática de Che *et al.* (2018) aponta que o principal mecanismo pelo qual o apoio exerce seu efeito analgésico é o “amortecimento do estresse” (*stress-buffering*). Um suporte social percebido como positivo e íntimo favorece o indivíduo à reavaliação cognitiva da experiência dolorosa, reduz a percepção de ameaça e estimula o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais ativas. Entretanto, os mesmos autores ressaltam que a qualidade desse apoio é determinante.

Quando o suporte se manifesta por meio de comportamentos de superproteção ou respostas solícitas excessivas, como assumir todas as responsabilidades do indivíduo ou desencorajá-lo de realizar atividades, em vez de fortalecer a autonomia, pode reforçar a percepção de incapacidade e dependência, contribuindo para a manutenção do ciclo de dor e inatividade, evidenciando a tênue linha entre o cuidado que fortalece e o que fragiliza (CHE *et al.*, 2018). Isso pode ser visto na fala de P5, que, após expressar claramente seu desejo de manter suas atividades e autonomia, afirmou: “*Pra mim não precisava a enfermeira estar aqui. Era só ela me ensinar os remédios [...] mas fazer o quê? A gente fica velha e não se manda mais*”.

3.2 RELAÇÕES INTERPESSOAIS E COMPORTAMENTO EVITATIVO

A convivência com a dor crônica transcende a dimensão física e impõe uma reorganização ampla e contínua da vida social, frequentemente marcada por retraiamento progressivo e pelo desenvolvimento de comportamentos evitativos (MOURA *et al.*, 2017). A análise das narrativas indica que o isolamento não é apenas uma consequência da dor, mas também uma estratégia de curto prazo de enfrentamento, ainda que dolorosa, para lidar com as limitações físicas e o desconforto emocional provocado pela possibilidade de julgamento ou invalidação em situações sociais.

Esse processo de retraiamento progressivo, observado nos relatos dos participantes, pode ser compreendido teoricamente à luz do Modelo do Medo e Evitação da Dor (*Fear-Avoidance Model*). Proposto originalmente por Lethem *et al.* (1983), o modelo postula que, após uma experiência dolorosa, o indivíduo pode desenvolver um medo intenso da dor e de uma nova lesão. Essa resposta emocional coloca a pessoa diante de dois caminhos: o confronto, que envolve o retorno gradual às atividades e favorece a recuperação, ou a evitação, caracterizada pelo abandono de atividades percebidas como ameaçadoras e pela redução do engajamento em papéis significativos.

A escolha pela evitação, embora inicialmente sirva como uma estratégia de autoproteção, desencadeia um ciclo vicioso de descondicionamento físico, sofrimento psicológico e isolamento social, que culmina na cronificação da dor e na assunção de um papel social de incapacidade e dependência. Como destacam Alaiti *et al.* (2025), evidências atuais reforçam que o medo da dor relacionada ao movimento e o comportamento de evitação são fatores centrais que contribuem para a persistência da incapacidade em pessoas com dor crônica, tornando seu manejo um pilar fundamental na prática clínica contemporânea, especialmente por meio de psicoeducação e exposição gradual às atividades.

Considerando isso, o abandono de atividades de lazer e convívio social foi um tema recorrente entre os entrevistados. P3 relata a perda de uma parte importante de sua vida: “*Antigamente eu gostava de ir em baile, dançava, festa, agora já não consigo mais*”. De forma semelhante, P2 afirma: “*A gente não participa mais de eventos e essas coisas, faz muito tempo que a gente não vai*”. Esse afastamento é motivado por um conjunto de fatores. Além das limitações funcionais diretas, como a dificuldade de P1 em realizar uma ação simples como segurar um garfo, emerge a vergonha relatada pela participante: “*Hoje nem para o almoço eu não posso ir na sociedade, porque eu não posso pegar um garfo, por causa da minha mão*”, e complementa: “*E eu tenho vergonha de sair para lugares assim, por causa*

de eu ser assim”. O comportamento evitativo também pode funcionar como uma estratégia de manejo de energia e de sintomas, como explica P3: “*Tem dias que eu estou com muita dor, daí eu prefiro ficar meio de repouso né assim, quando eu saio do serviço*”.

Esse fenômeno é descrito por Jesus, Paravidini e Neves (2025) como um processo de recolhimento do indivíduo, que ocorre no campo do trabalho, nas relações sociais e nas relações amorosas, e leva a uma redução significativa do círculo social. A fala de P3 exemplifica bem esse processo: “*Eu tinha bastante amizade, mas eu já cortei bastante*”. A consequência direta é um isolamento que restringe o convívio a um núcleo mínimo, como aponta P1: “*Relacionamento [amoroso] não tem com ninguém. Amizade? Só com os meus vizinhos*”. Consequentemente, para P5, a realidade é ainda mais restrita, limitando suas saídas à casa dos filhos: “*Vou só na casa deles, almoçar aos domingos, e venho embora*”. Nessa direção, acaba lamentando a impossibilidade de manter os vínculos de antes: “*É triste porque eu não posso nem visitar minhas amigas que eu ia sempre*”.

Portanto, o comportamento evitativo emerge como uma forma de manejá-la dor física, evitar o constrangimento social decorrente das limitações e conservar energia. Contudo, essa estratégia leva a um ciclo de isolamento que, conforme destacam Moura *et al.* (2017), impacta diretamente o humor e a qualidade de vida, confirmando que a dor crônica redesenha não apenas o corpo, mas também o mapa social e afetivo do indivíduo. Assim, a dor crônica apresenta-se como uma experiência complexa, de natureza multidimensional, que ultrapassa os aspectos físicos e alcança dimensões psicológicas e sociais. Um estudo realizado por Kanematsu *et al.* (2022) evidenciou que indivíduos acometidos por dor persistente apresentam prejuízos significativos na realização de atividades cotidianas, na capacidade de realizar atividades sociais e no bem-estar emocional, refletindo diretamente em sua qualidade de vida.

Dessa forma, a experiência da dor crônica repercute na construção e na manutenção da identidade social do indivíduo. O retraimento das relações interpessoais reconfigura papéis previamente desempenhados, como o de amigo, trabalhador ou companheiro, reduzindo progressivamente a participação em esferas significativas da vida. A vergonha e a crise de autoimagem relatadas pelos participantes, como P1 e P4, estão profundamente enraizadas no estigma social da dor crônica como uma condição invisível.

Conforme argumenta Declercq (2024), essa invisibilidade afeta o sujeito em diversos níveis. Primeiramente, no nível clínico, a ausência de marcadores biológicos ou lesões teciduais visíveis desafia o modelo biomédico tradicional, gerando dúvidas sobre a legitimidade da condição. Em segundo lugar, no nível das relações interpessoais, a dor precisa ser constantemente comunicada ou exibida para ser reconhecida pelos outros, colocando a

pessoa em uma posição desgastante de precisar provar seu sofrimento. Essa dinâmica cria o terreno fértil para o julgamento social, constituindo uma manifestação direta do estigma.

Esse julgamento social, por sua vez, manifesta-se por meio do que LaForge (2024) descreve como problemas nas interações (*interactional troubles*), que ocorrem em múltiplas esferas da vida do indivíduo. A estigmatização da dor crônica, muitas vezes sobreposta a estigmas de saúde mental, resulta em consequências sociais, emocionais e financeiras duradouras. No círculo familiar e íntimo, pode levar à invalidez e à descrença, como relatado por P4 em relação ao seu cônjuge. Nas relações de amizade, pode resultar em vínculos rompidos, ecoando o afastamento descrito por P3. No ambiente de trabalho, pode culminar em discriminação ou na incapacidade de manter o desempenho, como ilustrado por P2. Portanto, o estigma não é uma abstração, mas uma força ativa que remodela negativamente o mapa social da pessoa com dor crônica, intensificando o isolamento e o sofrimento.

Nesse contexto, o indivíduo passa a internalizar uma identidade marcada pela condição de “ser doente”, o que impacta sua autoimagem e a forma como é percebido pelos outros. P4 descreve de forma vívida como os efeitos do tratamento levaram a uma crise de identidade que resultou em evitação social: “*Eu engordei mais de 20kg, então isso também afeta a minha autoestima. Eu já cheguei a me arrumar para ir pra igreja no domingo de noite e me olhar no espelho e não ir*”. E explica: “*Por quê? Porque eu tô gorda, porque eu tô feia. Então assim, me abala totalmente*”. O relato de P2 igualmente evidencia esse sentimento de esgotamento identitário: “*Às vezes a gente não consegue mais desenvolver o trabalho, as coisas que a gente fazia, às vezes até em casa tem dias que a gente acaba perecendo*”.

Dessa maneira, o isolamento social pode ser compreendido como uma forma de autoproteção diante da percepção de rejeição ou de falta de consideração positiva incondicional, mas que, a longo prazo, restringe a possibilidade de experiências relacionais genuínas. Assim, ainda que ofereça um alívio imediato frente ao risco de julgamento ou frustração, a evitação de vínculos sociais contribui para a manutenção do sofrimento psíquico (ROGERS, 1961/2017).

3.3 CONSEQUÊNCIAS NA COMUNICAÇÃO E QUALIDADE DOS VÍNCULOS

Para além do afastamento social, a dor crônica afeta a qualidade e a dinâmica dos vínculos que permanecem, pois a experiência contínua da dor obriga o indivíduo a gerenciar não apenas o que sente, mas também como, quando e para quem comunica seu sofrimento. Trata-se de um trabalho relacional invisível, que envolve escolhas comunicacionais estratégicas e permanentes.

A literatura sobre relacionamentos e saúde reforça a importância da comunicação por meio do conceito de “Enfrentamento Diádico” (Dyadic Coping), que descreve as maneiras como casais lidam com o estresse de forma conjunta e coordenada. Uma revisão sistemática de Weitkamp *et al.* (2021) concluiu que um enfrentamento diádico⁴ eficaz, em que ambos os parceiros se apoiam mutuamente, está associado a melhores desfechos em saúde física, bem-estar emocional e maior satisfação no relacionamento. O inverso também é verdadeiro: quando a comunicação falha e o casal não consegue enfrentar os desafios juntos, o relacionamento deixa de ser uma fonte de apoio para se tornar uma fonte de estresse adicional, contribuindo para a erosão da qualidade e da estabilidade do vínculo.

A falha no enfrentamento diádico frequentemente culmina em uma reconfiguração dolorosa dos papéis conjugais e da intimidade. A dor crônica desafia as expectativas tradicionais sobre parceria, podendo transformar um relacionamento de iguais em uma dinâmica de “paciente-cuidador”. Essa mudança costuma vir acompanhada por uma redistribuição desigual de responsabilidades, redução do lazer compartilhado e impactos na sexualidade, exigindo novos acordos de convivência. Conforme aponta Jessome (2023), o estigma da dor é frequentemente agravado por uma incapacidade presumida de cumprir os papéis de gênero dentro da relação. A autora destaca que, para muitos casais, a intimidade precisa ser redefinida para além do físico, associando-se mais à vulnerabilidade, autenticidade e às abordagens flexíveis. Quando o casal não consegue fazer essa transição, a frustração e o distanciamento se instalam. Isso é exemplificado no relato de P1, que foi abandonada pelo parceiro por não poder mais “*participar de festa*”, e na tensão descrita por P4, em que a sua necessidade de repouso colide com o desejo do marido de “*sair e passear*”, ilustrando como a incapacidade de adaptar as rotinas e redefinir a intimidade pode levar à erosão do vínculo.

Nesse ponto, uma das principais consequências é o desenvolvimento de um certo receio na comunicação, uma forma de autoproteção e de cuidado com o outro. P3 expressa

⁴ O termo “diádico” refere-se a processos que envolvem duas pessoas, especialmente no contexto de um relacionamento, indicando ações e estratégias de enfrentamento compartilhadas pelo casal.

claramente essa estratégia: “*Eu evito um pouco de falar dessas dores, porque judia um pouco*”, e complementa: “*De evitar porque, às vezes chega alguém com um problema, daí eu já vou falar da minha dor né*”. De acordo com Goubert e Bernardes (2025), essa autocensura parece apontar para um receio de sobreregar o interlocutor ou de ter sua dor invalidada, uma experiência comum e dolorosa aos indivíduos que convivem com dor crônica.

Essa tensão na comunicação impacta a qualidade dos vínculos mais próximos, segundo Jesus, Paravidini e Neves (2025). Quando persistente, ela se torna um marcador crítico de desgaste relacional, pois em casos extremos, a incapacidade do outro em lidar com as limitações impostas pela dor leva à ruptura definitiva da relação, como relata P1: “*Eu cheguei perder até o meu namorado, que era um, era meu companheiro, porque eu não podia mais participar de festa, desde que eu fiquei com problema*”. Essa experiência ilustra como a dor força uma reavaliação radical das relações, diferenciando aqueles que oferecem suporte genuíno dos que se afastam ou a desacreditam, evidenciando a centralidade da validação e da responsividade na manutenção do vínculo.

A erosão dos laços sociais também se manifesta na ausência física, que fragiliza a qualidade da conexão. O lamento de P5, sobre a ausência de visitas de seus filhos, demonstra que a compreensão da dor não é suficiente para manter a prática do relacionamento. Presença responsável, contato regular e apoio instrumental são elementos que sustentam a sensação de pertencimento. Quando ausentes, a distância física, seja pela incapacidade do indivíduo de sair ou pela falta de iniciativa dos outros em visitar, deteriora o sentimento de pertencimento e agrava a solidão. Essa dinâmica corrobora a análise de Jesus, Paravidini e Neves (2025), que observam como a dor crônica pode gerar tanto aproximações, a exemplo dos grupos de apoio, quanto distanciamentos significativos nos laços sociais preexistentes. Portanto, a qualidade dos vínculos passa a ser definida pela capacidade do outro em oferecer validação, presença e suporte prático.

Assim, a dor crônica provoca transformações profundas na comunicação e na qualidade dos vínculos sociais, uma vez que impõe limitações que extrapolam a dimensão física. O relato de P1 evidencia esse impacto: “*Eu não consigo fazer o meu trabalho por causa da dor*” e “*Eu saia de casa, eu trabalhava, e tinha festas, a gente ia, almoço, hoje nem para o almoço eu não posso ir*”. Essa experiência demonstra não apenas a incapacidade funcional, mas também o constrangimento social que gera isolamento, vergonha e retração dos espaços coletivos, sinalizando como a dor crônica pode afetar a inserção social do indivíduo (BANNON *et al.*, 2021).

O afastamento das interações sociais também aparece de forma recorrente nos relatos. P2 afirma: “*A gente quando tá com as enfermidades, você não tem como sair, não tem porque você sempre vai tá com dor, a gente não participa mais de eventos e coisas, faz muito tempo que a gente não vai*”. No âmbito conjugal, observa-se um espaço de tensão, onde a comunicação é afetada e o estresse se torna um gatilho para a dor. P4 descreve um ciclo vicioso de causa e efeito: “*Realmente parece que afeta o teu emocional e aí dois, três dias, ela [a dor] vai começar a te afetar*”. Trata-se de um ciclo bidirecional que ocorre entre a dor e o estresse, pois, enquanto o estresse relacional intensifica a dor, a piora da dor aumenta a irritabilidade, a fadiga e a evitação e retroalimenta o conflito.

Nessa ótica, o relato de P4 indica que a parceria conjugal pode funcionar como fonte de conflito, onde o humor e as expectativas do parceiro colidem com a realidade da dor, agravando tanto a tensão relacional quanto a experiência física: “*Isso acaba afetando o teu relacionamento, porque teu marido quer sair, ele quer passear [...] eu chegava do meu trabalho, eu só queria ficar quieta, sem nenhum barulho, sem ninguém me incomodar*”. Tais falas evidenciam a ruptura com atividades antes significativas, seja no trabalho, no lazer ou na vida comunitária, reforçando o impacto da dor na deterioração dos laços sociais.

Por fim, o enfraquecimento das amizades e das redes sociais mais amplas é um efeito marcante. P5 afirma: “*É triste porque eu não posso nem visitar minhas amigas que eu ia sempre né, porque não dirijo mais né, não enxergo bem para dirigir*”. Assim, conforme afirmam Bannon *et al.* (2021), a dor crônica reconfigura as relações de sociabilidade, restringindo o convívio a núcleos familiares próximos e reduzindo a diversidade de vínculos, o que empobrece as trocas sociais e intensifica a vivência de isolamento e solidão.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo geral compreender os desafios socioemocionais enfrentados por pessoas com dor crônica em suas relações familiares e sociais. A partir da análise das narrativas, foi possível alcançar este objetivo e responder à questão problema da pesquisa, constatando que a dor crônica atua como uma força disruptiva que reconfigura o mapa relacional do indivíduo. Essa reconfiguração não se limita ao afastamento social, pois ela atravessa práticas comunicacionais, redefinições de papéis e negociações de intimidade, com efeitos cumulativos sobre o bem-estar psicológico. Os desafios não derivam apenas da experiência física da dor, mas de um complexo ciclo de invalidação social, comportamento evitativo e estigma, que fragiliza os vínculos e intensifica o sofrimento psicológico, afetando também a identidade social e a percepção de pertencimento.

A análise permitiu atender aos objetivos específicos, revelando três eixos centrais. Primeiro, verificou-se a natureza ambivalente do suporte social e familiar: enquanto o núcleo familiar direto frequentemente oferece um refúgio de validação, onde a relação conjugal pode se tornar uma fonte de tensão, marcada pela descrença ou por cuidados superprotetores que minam a autonomia e alimentam um clima emocional tenso. Segundo, identificou-se que o comportamento evitativo transcende a simples consequência da dor, funcionando como uma estratégia de enfrentamento motivada pelo medo e, crucialmente, pelo estigma de uma condição invisível, que intensifica a vergonha e o retraimento. Por fim, analisou-se como a comunicação se deteriora, minando o enfrentamento diádico e forçando uma renegociação dolorosa dos papéis de intimidade e parceria, com impacto direto na satisfação conjugal e na manutenção dos vínculos próximos.

De tal maneira, as contribuições deste trabalho se desdobram nos âmbitos acadêmico, social e clínico. Academicamente, a pesquisa enriquece a literatura ao integrar dados qualitativos de experiências vividas com modelos teóricos robustos, como o do Medo e Evitação e o do Enfrentamento Diádico, dialogando também com a noção de estigma e de clima emocional familiar, e humanizando a compreensão desses fenômenos. Socialmente, os achados reforçam a necessidade de desmistificar a dor crônica, combatendo o estigma da invisibilidade e promovendo maior empatia e reconhecimento público da legitimidade do sofrimento. Clinicamente, os resultados sugerem que as intervenções não devem se limitar ao paciente, mas abranger a diáde conjugal e o sistema familiar, com foco na psicoeducação para familiares sobre como oferecer um suporte que fortaleça a autonomia em vez de gerar

dependência, no treino de habilidades de comunicação empática e validação, e em estratégias graduais de retomada de atividades significativas.

Como sugestões para pesquisas futuras, recomenda-se a realização de estudos quantitativos para mensurar a correlação entre a percepção de estigma e os níveis de isolamento social em amostras maiores. Adicionalmente, estudos longitudinais poderiam acompanhar casais ao longo do tempo para entender melhor a evolução dos padrões de comunicação e dos papéis relacionais após o diagnóstico de dor crônica. Assim, pesquisas de intervenção que avaliem a eficácia de terapias de casal focadas no enfrentamento diádico e na redefinição da intimidade para essa população poderiam contribuir, bem como investigações que considerem interseccionalidades e comparem diferentes formatos de cuidados, como individual, familiar e grupal, em desfechos relacionais e de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, D. P. *et al.* **Prevalência de Dor Crônica no Brasil:** Revisão Sistemática. Fortaleza, 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/aguiaretal>>. Acesso em: 30 set. 2025.
- ALAITI, R. K. *et al.* Unraveling the role of fear and avoidance behavior in chronic musculoskeletal pain: from theory to physical therapy clinical practice. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 29, n. 3, 2025. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40121905/>>. Acesso em: 13 out. 2025.
- ANGERAMI, V. A. *et al.* **Psicossomática e a Psicologia da Dor.** São Paulo: Editora Pioneira, 2012.
- AKRAM, H. *et al.* Interpersonal Dynamics in Chronic Pain: The Importance of Partner Behaviors and Interactions in Pain Management. **Research Journal of Psychology (RJP)**, v. 3, n. 1, p. 622-635, 2025. Disponível em: <<https://ctrjournal.com/index.php/19/article/view/94/97>>. Acesso em: 01 out. 2025.
- BANNON, S. *et al.* The role of social isolation in physical and emotional outcomes among patients with chronic pain. **General Hospital Psychiatry**, v. 69, p. 50-54, 2021. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7979493/>>. Acesso em: 01 out. 2025.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.
- BERTOLDO, M. L. M. *et al.* Percepções da Dor: uma Análise Multidimensional das Perspectivas Fisiológicas, Psicológicas e Sociais. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 9, p. 146-168, 2025. Disponível em: <<https://bit.ly/bertoldoetal>>. Acesso em: 30 set. 2025.
- CARVALHO, R. C. *et al.* **Prevalence and Characteristics of Chronic Pain in Brazil:** a National Internet-Based Survey Study. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/carvalhoetal>>. Acesso em: 30 set. 2025.
- CHE, X. *et al.* A Systematic Review of the Processes Underlying the Main and the Buffering Effect of Social Support on the Experience of Pain. **The Clinical Journal of Pain**, v. 34, n. 11, p. 1061-1076, 2018. Disponível em: <https://journals.lww.com/clinicalpain/abstract/2018/11000/a_systematic_review_of_the_processes_underlying_10.aspx>. Acesso em: 13 out. 2025.
- COHEN S. P.; VASE, L.; HOOTEN, W. M. **Chronic Pain:** An Update on Burden, Best Practices, and New Advances. 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/46MWFM4>>. Acesso em: 30 set. 2025.
- CORDEIRO, F. N. C. S. *et al.* Estudos Descritivos Exploratórios Qualitativos: um Estudo Bibliométrico. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 3, p. 11670-11681, 2023. Disponível em: <<https://bit.ly/4pMe0NQ>>. Acesso em: 30 set. 2025.
- CASEY, K. L. The Introduction and Current Status of the Multidimensional Model of Pain Neurobiology. **Frontiers in Pain Research**, v. 4, 2023. Disponível em: <<https://bit.ly/CaseyKL>>. Acesso em: 30 set. 2025.

DAMAS, J.; MENEZES, R.; REBELO, V. Inteligência Emocional e Autoeficácia na Dor Crônica. **Revista Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 25, n. 1, p. 162-172, Lisboa, 2024. Disponível em: <<https://bit.ly/DamaMeneRebe>>. Acesso em: 30 set. 2025.

DECLERCQ, J. It's Not Written All Over My Face: Constructing Chronic Pain as Invisible in Pain Clinic Consultations and Interviews. **The Clinical Journal of Pain**, v. 41, n. 3, p. e-1273, 2025. Disponível em: <https://journals.lww.com/clinicalpain/fulltext/2025/03000/it_s_not_written_all_over_my_face_constructing.2.aspx>. Acesso em: 13 out. 2025.

EDWARDS, R. R. *et al.* The Role of Psychosocial Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain. **The Journal of Pain**, v. 17, p. 70-92, Philadelphia, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/46MYb0I>>. Acesso em: 30 set. 2025.

FRANQUEIRO, A. R. *et al.* The Interconnection Between Social Support and Emotional Distress Among Individuals with Chronic Pain: A Narrative Review. **Psychology Research and Behavior Management**, v. 16, p. 4389-4399, 2023. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37915959/>>. Acesso em: 25 set. 2025.

GOUBERT, L.; BERNARDES, S. Interpersonal Dynamics in Chronic Pain: The Role of Partner Behaviors and Interactions in Chronic Pain Adjustment. **Current Opinion in Psychology**, v. 62, 2025. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352250X25000107?via%3Dihub>>. Acesso em: 01 out. 2025.

GUDZ, I.; PAIS-RIBEIRO, J.; FERREIRA-VALENTE, A. Associação entre Religiosidade, Resiliência e Bem-Estar Subjetivo em Pessoas com Dor Crônica. **Revista Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 22, n. 1, p. 169-181, Lisboa, 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/GudzPais>>. Acesso em: 30 set. 2025.

IASP – INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **IASP Announces Revised Definition of Pain**. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/46K5zdb>>. Acesso em: 30 set. 2025.

JESSOME, M. G. Gendered Meanings and Mechanisms of Intimacy for People Living with Chronic Pain. **Culture, Health & Sexuality**, v. 26, n. 3, p. 391-404, 2023. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37199264/>>. Acesso em: 13 out. 2025.

JESUS, L. M.; PARAVIDINI, J. L. L.; NEVES, A. S. Dor crônica e laço social: considerações psicanalíticas. **Revista Tempo Psicanalítico**, v. 57, p. e-644, 2025. Disponível em: <<https://www.tempopsicanalitico.com.br/tempopsicanalitico/article/view/644>>. Acesso em: 01 out. 2025.

LAFORGE, K. ‘Just Because I’m Smiling doesn’t Mean I’m Not in Pain’: Navigating the Layered Stigma of Chronic Pain and Suicidality in Social Worlds. **Health Sociology Review**, v. 34, n. 1, p. 92-107, 2024. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39279051/>>. Acesso em: 13 out. 2025.

LETHEM, J. *et al.* Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception-I. **Behaviour Research and Therapy**, v. 21, n. 4, p. 401-408, 1983. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0005796783900098?via%3Dihub>>. Acesso em: 13 out. 2025.

- LIMA, D. D.; ALVES, V. L. P.; TURATO, E. R. **The Phenomenological-Existential Comprehension of Chronic Pain:** Going Beyond the Standing Healthcare Models. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/LimAlvTur>>. Acesso em: 30 set. 2025.
- MOURA, C. C. *et al.* Impactos da Dor Crônica na Vida das Pessoas e a Assistência de Enfermagem no Processo. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 35, n. 1, p. 53-62, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/Mouraetal>>. Acesso em: 25 set. 2025.
- NASCIMENTO, D. B. do; NASCIMENTO, E. G. C. do. Vivendo com a Dor Crônica: um Artigo de Revisão. **Revista da Saúde da AJES**, v. 6, n. 12, p. 91-102, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/Sajes>>. Acesso em: 30 set. 2025.
- OLIVEIRA, C. C. **Para Compreender o Sofrimento Humano**. Portugal, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/OliveiraCC>>. Acesso em: 30 set. 2025.
- PEREIRA, L. J. E.; SILVEIRA, L. L. D. A. A Relação entre Dor, Apoio e Família no Processo de Enfrentamento do Adoecimento Crônico. **Revista Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 11, n. 66, p. 6483-6492, 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/4pWtnUf>>. Acesso em: 25 set. 2025.
- POLAKOWSKI, L. C.; RODRIGUES, K.; BENCHAYA, I. **Intervenções Psicológicas em Grupo para Pacientes com Dor Crônica:** uma Revisão Sistemática. Caderno PAIC, v. 21, n. 1, p. 531-554, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/4nQviri>>. Acesso em: 30 set. 2025.
- RINAUDO, C. M. *et al.* **Navigating the Biopsychosocial Landscape:** A Systematic Review on the Association Between Social Support and Chronic Pain. 2025. Disponível em: <<https://bit.ly/4nuaiGg>>. Acesso em: 25 set. 2025.
- ROBERSON, P. N. E. *et al.* Family support as a pain protective factor for African American older adults: latent class analyses across 2 national longitudinal data sets. **Pain**, v. 166, n. 6, 2025. Disponível em: <https://journals.lww.com/pain/abstract/9900/family_support_as_a_pain_protective_factor_for_935.aspx>. Acesso em: 01 out. 2025.
- ROGERS, Carl. **Tornar-se Pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 2017.
- SILVA, D. S.; ROCHA, E. P.; VANDENBERGHE, L. Tratamento Psicológico em Grupo para Dor Crônica. **Revista Temas em Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 335-343, Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/VandSR>>. Acesso em: 30 set. 2025.
- TREEDE, R. D. *et al.* Uma Classificação de Dor Crônica para CID-11. Filadélfia: **Pain**, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/TreedePain>>. Acesso em: 30 set. 2025.
- WEITKAMP, K. *et al.* Dyadic Coping in Couples Facing Chronic Physical Illness: A Systematic Review. **Frontiers in Psychology**, v. 12, 2021. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.722740/full>>. Acesso em: 13 out. 2025.
- WIJMA, A. J. *et al.* Clinical Biopsychosocial Physiotherapy Assessment of Patients with Chronic Pain: The First Step in Pain Neuroscience Education. **Physiotherapy Theory and Practice**, v. 32, n. 5, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/Wijma>>. Acesso em: 25 mai. 2025.