



REVISTA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

www.reumatologia.com.br



Artigo original

Impacto do apoio social sobre os sintomas de mulheres brasileiras com fibromialgia



Rodrigo Pegado de Abreu Freitas^{a,*}, Sandra Cristina de Andrade^b,
 Maria Helena Constantino Spyrides^c,
 Maria Thereza Albuquerque Barbosa Cabral Micussi^b
 e Maria Bernardete Cordeiro de Sousa^d

^a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Santa Cruz, RN, Brasil

^b Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Fisioterapia, Natal, RN, Brasil

^c Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Estatística, Natal, RN, Brasil

^d Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Instituto do Cérebro, Natal, RN, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 14 de agosto de 2014

Aceito em 23 de maio de 2016

On-line em 30 de junho de 2016

Palavras-chave:

Fibromialgia

Apoio social

Dor

Funcionalidade

Depressão

R E S U M O

Objetivou-se avaliar o impacto do apoio social sobre os sintomas de mulheres brasileiras com fibromialgia (FM). Trata-se de um estudo observacional descritivo que selecionou 66 mulheres que atendiam aos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) de 1990. O apoio social foi medido com o *Social Support Survey* (MOS-SSS), a funcionalidade com o Questionário do Impacto da Fibromialgia (FIQ), a depressão com o Inventário de Depressão de Beck (BDI), a ansiedade com a Escala de Ansiedade de Hamilton (HAS), a afetividade com o *Positive and Negative Affect Schedule* (Panas) e foi feita algometria para registrar o limiar da dor à pressão (LDP) e a tolerância algica à pressão (TAP) nos 18 pontos recomendados pelo ACR. Os pacientes foram divididos nos grupos apoio social normal (ASN) ou ruim (ASR); o ASR foi definido como uma pontuação nos MOS-SSS abaixo do percentil 25 da amostra total. Usou-se o teste de Mann-Whitney ou o teste t não pareado para comparar variáveis intergrupos e o de Fisher para as variáveis categóricas. Usaram-se a análise de covariância e o teste de correlação de Pearson. Não houve diferença nas variáveis sociodemográficas entre os grupos ASN e ASR. Observaram-se diferenças entre os grupos ASN e ASR para todas as quatro subcategorias de apoio social e pontuação total do MOS-SSS. Encontraram-se diferenças significativas entre o ASN e o ASR na depressão ($p=0,007$), afeto negativo ($p=0,025$) e LDP ($p=0,016$). A subcategoria apoio afetivo mostrou correlação positiva entre a dor e o afeto positivo no grupo ASR. A subcategoria interação social positiva mostrou uma correlação negativa entre o FIQ e o estado de depressão. Portanto, o apoio social parece contribuir para a melhoria na saúde mental e física na FM.

© 2016 Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondência.

E-mail: rodrigopegado@gmail.com (R.P. Freitas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2016.05.002>

0482-5004/© 2016 Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Impacts of social support on symptoms in Brazilian women with fibromyalgia

A B S T R A C T

Keywords:

Fibromyalgia
Social support
Pain
Functionality
Depression

We aimed to assess the impact of social support on symptoms in Brazilian women with FM. An observational, descriptive study enrolling 66 women who met the 1990 American College of Rheumatology (ACR) criteria. Social support was measured by the Social Support Survey (MOS-SSS), functionality was evaluated using the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), depression was assessed using the Beck Depression Inventory (BDI), anxiety was measured using the Hamilton Anxiety Scale (HAS), affectivity was measured by Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), and algometry was carried out to record pressure pain threshold (PpTh) and tolerance (PPTo) at 18 points recommended by the ACR. Patients were divided into normal (NSS) or poor social support (PSS) groups with PSS defined as having a MOS-SSS score below the 25th percentile of the entire sample. Mann-Whitney or Unpaired t-test were used to compare intergroup variables and Fisher's for categorical variables. Analysis of covariance and Pearson correlation test were used. No differences in sociodemographic variables between PSS and NSS were found. Differences between NSS and PSS groups were observed for all four subcategories of social support and MOS-SSS total score. Significant differences between NSS and PSS on depression ($p=0.007$), negative affect ($p=0.025$) and PPTH ($p=0.016$) were found. Affectionate subcategory showed positive correlation between pain and positive affect in PSS. Positive social interaction subcategory showed a negative correlation between FIQ and depression state. Therefore social support appears to contribute to ameliorate mental and physical health in FM.

© 2016 Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

A fibromialgia (FM) é uma condição reumática progressiva sem fisiopatologia definitiva nem indicadores mensuráveis da atividade da doença. Essa condição é caracterizada por dor crônica generalizada e, frequentemente, sintomas associados que incluem fadiga, distúrbios do sono, disfunção cognitiva e episódios depressivos.^{1,2} A prevalência de FM varia entre 0,66% e 4,4% da população brasileira e é mais comum entre as mulheres do que homens, especialmente na faixa dos 35 aos 60 anos.³ Limitações na atividade na FM têm um impacto sobre a capacidade de trabalho e impõem um pesado fardo sobre os pacientes em termos de incapacidade, perda na qualidade de vida e custos, bem como uma sobrecarga econômica à sociedade.^{4,5}

Os episódios de dor crônica, depressão e baixa funcionalidade parecem afetar relacionamentos interpessoais (incluindo conjugais) e atividades ocupacionais.^{6,7} As mulheres com FM encaram o ceticismo e o tratamento inadequado de profissionais da saúde, parentes e amigos, especialmente se a sua deficiência não for visível, o que piora ainda mais o sofrimento físico e emocional.⁸ Assim, os pacientes com FM podem apresentar alterações no comportamento pró-social ou percepção de apoio social.⁹ A satisfação com o apoio social, a participação social e morar com alguém tiveram efeitos protetores sobre a depressão e outros sintomas em mulheres com FM.^{9,10}

Pouco se sabe sobre a influência de fatores psicossociais no tratamento da dor, ansiedade e depressão entre pacientes com

FM. Não há estudos no Brasil sobre o apoio social e os sintomas da FM. O apoio social, que inclui o apoio emocional e instrumental, é um recurso de enfrentamento em doenças crônicas como a FM. Relata-se que é um dos fatores mais importantes na promoção da saúde.¹¹ O apoio social representa um recurso externo que se obtém de outras pessoas e é operacionalizado como um recurso social. A literatura indica que o apoio social é um aspecto essencial da vida na saúde geral e mental e pode ser definido como um subconceito das redes sociais.^{12,13} Em outras palavras, o apoio social é uma função da rede social desempenhada pelos membros de uma rede social, geralmente relacionada com a quantidade e/ou frequência dos contatos com parentes, amigos e colegas.¹³

O apoio social tem sido definido de várias maneiras, geralmente se refere a recursos fornecidos aos indivíduos em necessidade pela sua rede social. Pode ser medido pela percepção do indivíduo sobre o grau em que as relações interpessoais são capazes de atender a determinadas funções de apoio social.¹⁴ Tradicionalmente, sugerem-se quatro tipos de apoio social: emocional, instrumental, apreciação que envolve informações relevantes para a autoavaliação e informação.

O apoio social varia entre os diferentes países, culturas e percepções individuais. Os pacientes com FM podem ter mudanças na percepção do apoio social de acordo com a gravidade dos sintomas. O objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto do apoio social na sensibilidade periférica, dor, funcionalidade e estados de humor positivos e negativos, como a depressão, afetividade e ansiedade em mulheres brasileiras com FM.

Metodologia

Tipo de estudo e amostra

Fez-se um estudo observacional, descritivo. Os indivíduos foram recrutados da Clínica Médica do Hospital Universitário Onofre Lopes (Huol) e da Clínica de Fisioterapia da Universidade Potiguar, Natal, Brasil. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte aprovou todos os procedimentos descritos neste estudo (274/2010). O consentimento informado foi obtido de todos os indivíduos e os protocolos de estudo atendiam às diretrizes éticas.

Recrutaram-se 66 mulheres, entre 20 e 76 anos, que atendiam aos critérios de 1990 para FM do Colégio Americano de Reumatologia (ACR).¹⁵ Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: (a) diagnóstico médico de FM; (b) capacidade de compreender os objetivos do estudo e responder às perguntas; (c) não ter sido submetida a programas de fisioterapia ou reabilitação física durante os três meses anteriores e (d) não usar corticosteroides, analgésicos e/ou anti-inflamatórios durante a semana de avaliação. Os critérios de exclusão foram: (a) dificuldades físicas e/ou orgânicas, quando essas comprometiam a aplicação dos questionários e testes de dor; (b) doenças reumáticas e/ou autoimunes, incluindo a síndrome de fadiga crônica, a artrite reumatoide, a gota e o lúpus.

Avaliação

O experimento foi feito em um ambiente tranquilo, sem interrupções e com os indivíduos não expostos a outros pacientes.

Mediu-se o apoio social por meio do *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS-SSS), um questionário de 19 itens que aborda múltiplas dimensões do apoio social e foi projetado para ser de fácil aplicação.¹⁶ Os itens nesse instrumento não especificam a fonte de apoio (p. ex., família, amigos, comunidade ou outros) e medem a percepção da disponibilidade de apoio funcional. Originalmente concebido em inglês, o MOS-SSS foi traduzido e adaptado para o português e mostrou boas propriedades psicométricas.¹⁷ A confiabilidade teste-reteste foi consistentemente elevada para as subescalas (com coeficientes de correlação intraclasse que variaram de 0,78 a 0,87); a consistência interna, avaliada pelo alfa de Cronbach, variou de 0,75 a 0,91. Apesar de existirem cinco dimensões teóricas no MOS-SSS, investigações prévias da validade sugeriram que as questões relacionadas com o apoio emocional e a informação devem ser agrupadas na mesma dimensão. Assim, o presente estudo usou quatro dimensões: apoio tangível, apoio afetivo, apoio emocional/informação e interação social positiva.

Os indivíduos foram divididos em dois grupos de acordo com o seu nível de apoio social. O apoio social ruim (ASR) foi definido como ter uma pontuação no MOS-SSS abaixo do percentil 25 da amostra total.¹¹ O apoio social normal (ASN) foi definido como ter uma pontuação no MOS-SSS acima do percentil 25 da amostra total, de acordo com Shin et al. (2008).^{11,16}

A funcionalidade foi avaliada com a versão brasileira do Questionário do Impacto da Fibromialgia (FIQ), um questionário autoadministrado que mede aspectos funcionais do

paciente durante as semanas anteriores.¹⁸ Ele contém três questões classificadas com a escala de Likert (níveis de resposta) e sete perguntas respondidas com a escala visual analógica (EVA). Todas as escalas variam de 1 a 10 e uma pontuação elevada indica impacto negativo e sintomas mais graves. A pontuação total do FIQ é graduada de 1 a 100 pontos. Pontuações mais altas estiveram relacionadas com um maior impacto da doença sobre a funcionalidade do paciente e uma redução correspondente na sua qualidade de vida.

Os níveis de depressão foram avaliados com o Inventário de Depressão de Beck (BDI), uma ferramenta de autorrelato composta por 21 questões relacionadas com sintomas e atitudes cognitivas.¹⁹ Para cada pergunta, os pacientes devem escolher uma ou mais frases que melhor descrevem como se sentiam na semana anterior. A pontuação máxima é de 63 e pontuações mais altas indicam depressão grave. Beck et al. sugerem as seguintes pontuações de quantificação para a depressão: inferior a 10 indica pouca ou nenhuma depressão; 10 a 18 indicam depressão moderada; 19 a 29 depressão moderada a grave; e 30 a 63 depressão grave.¹⁹

A gravidade dos sintomas de ansiedade foi medida com a Escala de Ansiedade de Hamilton (HAS). A HAS foi administrada por um entrevistador que fazia uma série de perguntas semiestruturadas relacionadas com os sintomas de ansiedade. O entrevistador então classificava os indivíduos em uma escala de 5 pontos para cada um dos 14 itens. Sete dos itens abordavam especificamente a ansiedade psíquica e os sete restantes abordavam ansiedades somáticas. Os valores na escala variavam de 0 a 4: 0 indica que não há ansiedade, 1 indica ansiedade leve, 2 indica ansiedade moderada, 3 indica ansiedade grave e 4 indica ansiedade muito grave ou brutalmente incapacitante. O escore total de ansiedade variava de 0 a 56. Escores elevados são indicativos de alta ansiedade.²⁰

Mediu-se o afeto positivo (PA) e o afeto negativo (NA) com a versão em português de 20 itens do *Positive and Negative Affect Schedule*.²¹ Os participantes foram convidados a indicar em uma escala de 5 pontos que ia de 1 (muito pouco ou nada) a 5 (extremamente) à medida que tinham experimentado cada afeto na semana anterior. A escala de PA incluía itens como “interessado”, “animado” e “orgulhoso” e a escala de NA incluía itens como “afrito”, “nervoso” e “irritável”. As pontuações variaram de 10 a 50 tanto para o afeto positivo quanto para o negativo. Para o escore do afeto positivo, somar as pontuações dos itens 1, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17 e 19. Para o escore do afeto negativo, somar as pontuações dos itens 2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18 e 20.

Fez-se algometria para registrar o limiar de dor à pressão (LDP) e a tolerância algica à pressão (TAP). Foram marcados com uma caneta demográfica 18 pontos sensíveis e avaliados com as pacientes em posição ortostática, com os pés ligeiramente afastados. Os testes de sensibilidade à dor foram feitos sobre os 18 pontos identificados pelo ACR, em conformidade com Okifuji et al.²² Isso foi feito perpendicularmente à pele com 5 a 10 segundos de intervalo pelo mesmo examinador qualificado. Usou-se um algômetro de pressão (Pain Diagnostics e Termografia®, Great Neck, NY, EUA) com uma ponta de borracha de 1 cm de diâmetro. Quantificaram-se o limiar de dor e a tolerância à pressão em kg/cm². O examinador posicionou a ponta de borracha acima da área a ser examinada e aumentou gradualmente a pressão até 1 kg/cm² por segundo.

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas

Fatores sociodemográficos	Apoio social ruim (n = 17)	Apoio social normal (n = 49)	p
Idade ^a	53,41 ± 7,79	52,60 ± 12,50	0,804
Estado civil			
Solteira ^b	35,29%	16,32%	0,165
Casada ^b	41,17%	48,97%	0,779
Viúva ^b	5,88%	14,28%	0,669
Divorciada ^b	11,76%	18,36%	0,715
Não respondeu ^b	5,88%	2,04%	0,452
Renda ^c			
1 salário mínimo ^b	35,29%	32,65%	1,000
2 a 3 salários mínimos ^b	35,29%	40,81%	0,778
4 ou mais salários mínimos ^b	29,41%	22,44%	0,743
Não declarada ^b	0%	4,08%	1,000
Escolaridade			
Fundamental incompleto ^b	5,88%	22,44%	0,163
Fundamental completo ^b	35,29%	24,48%	0,528
Ensino médio completo ^b	23,52%	30,61%	0,759
Ensino superior completo ^b	35,29%	22,44%	0,342

Idade descrita com a média e desvio padrão.

^a Teste t não pareado.

^b Teste exato de Fisher.

^c Salário mínimo nacional mensal: US\$ 252,14.

Mediu-se o LDP quando a paciente dizia: “Estou começando a sentir dor”. Para medir a TAP, a paciente era orientada a resistir ao máximo de pressão do algômetro que conseguisse e usasse a frase “Pare, não aguento mais” quando não era mais capaz de tolerá-la. As pacientes foram orientadas a usar exatamente essa frase para a padronização completa do teste.

Análise estatística

Fizeram-se análises estatísticas com os programas SPSS 19.0 e GraphPad Prism 5 (GraphPad Software Inc., 2009). O primeiro passo da estatística foi testar a normalidade da amostra com o teste de Shapiro-Wilk. As características dos indivíduos nos grupos ASR e ASN foram comparadas com o teste de Mann-Whitney ou o teste t não pareado e o teste exato de Fisher para as variáveis categóricas. Usou-se a análise de covariância (Ancova) para comparar as características clínicas dos indivíduos nos grupos ASR e ASN. Foi usado o teste de Pearson para cálculo da correlação entre o MOS-SSS e as variáveis clínicas da FM no grupo ASR. Considerou-se um valor de $p \leq 0,05$ como resultado estatisticamente significativo.

Resultados

A **tabela 1** mostra as características demográficas para ambos os grupos do estudo. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa na idade e em outros dados sociodemográficos entre os dois grupos. A **tabela 2** descreve a comparação do MOS-SSS e das subcategorias de status entre os grupos ASN e ASR.

Com a Ancova ajustada à idade para mostrar a influência do ASR em características clínicas de pacientes com FM, encontrou-se uma influência significativa no estado

depressivo ($p=0,007$), na afetividade negativa ($p=0,025$) e no LDP ($p=0,016$). Observou-se uma tendência a diferença significativa entre os grupos ASR e ASN no FIQ ($p=0,094$), com pontuações mais elevadas no grupo ASR do que no grupo ASN (**figs. 1 e 2**). Para o ASR (pontuação no MOS-SSS < percentil 25), a subcategoria apoio afetivo mostrou uma correlação positiva estatisticamente significativa com o PA ($p=0,010$; $r=0,61$), LDP ($p=0,004$; $r=0,5$) e TAP ($p=0,002$; $r=0,54$) (**fig. 3**). Além disso, a subcategoria interação social positiva mostrou uma correlação negativa estatisticamente significativa com o FIQ ($p=0,002$; $r=0,69$) e depressão ($p=0,004$; $r=0,65$) (**fig. 4**).

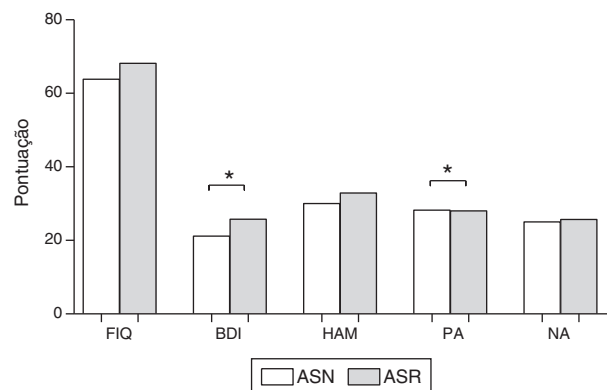


Figura 1 – Influência do apoio social ruim (ASR) sobre as características clínicas de pacientes com FM. * $p < 0,05$ para Ancova ajustada à idade.

ASN, apoio social normal; MOS-SSS, pontuação no Medical Outcomes Study Social Support Survey < percentil 25 para ASR; FIQ, questionário do impacto da fibromialgia; BDI, inventário de depressão de Beck; HAM, escala de ansiedade de Hamilton; PA, afeto positivo; NA, afeto negativo.

Tabela 2 – Comparação do estado de apoio social entre os grupos apoio social normal (ASN) e apoio social ruim (ASR)^a

Variáveis clínicas	Apoio social ruim (n = 17)			Apoio social normal (n = 49)			p
	Mediana	75%	25%	Mediana	75%	25%	
MOS-SSS							
Total	51,5	54,95	45,83	85,83	93,75	71	< 0,0001
Apoio tangível	45	65	35	90	100	75	< 0,0001
Apoio afetivo	66	73	46,6	100	100	86	< 0,0001
Interação social positiva	45	50	37,5	80	92,5	60	< 0,0001
Apoio emocional/informação	42	51	36	85	95	62,5	< 0,0001

Teste não paramétrico de Mann-Whitney. Considerada significância de 5%.

^a Pontuação no Medical Outcome Study Social Support Survey (MOS-SSS) < percentil 25.

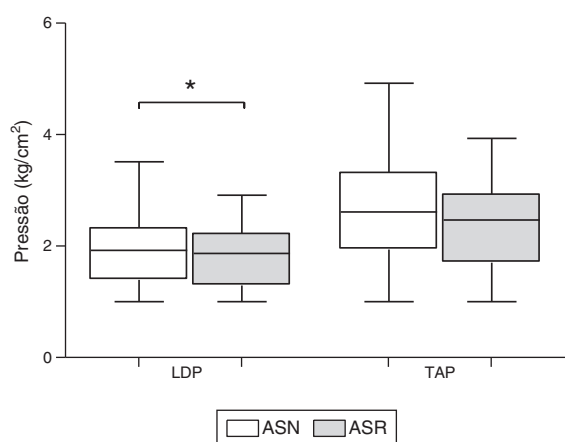


Figura 2 – Influência do apoio social (ASR) sobre o limiar de dor à pressão (LDP) e tolerância algica à pressão (TAP). * $p < 0,05$ para Ancova ajustada à idade.

ASN, apoio social normal; ASR, apoio social ruim com pontuação no MOS-SSS < percentil 25 para ASR. Dor à pressão em kg/cm^2 .

Discussão

O objetivo deste estudo foi avaliar a influência do apoio social na dor periférica, funcionalidade e nos estados de humor positivos e negativos, como depressão, ansiedade e afetividade, em mulheres brasileiras com FM. A subcategoria apoio emocional/informações abrange principalmente empatia, expressão emocional, aconselhamento e orientação.²³ A subcategoria interação social positiva envolve o compartilhamento de atividades prazerosas, a subcategoria apoio afetivo envolve a expressão de amor e a subcategoria apoio tangível inclui o auxílio material e a assistência comportamental.²³

O estudo não mostrou diferenças em variáveis sociodemográficas entre os grupos ASR e ASN. No entanto, encontraram-se diferenças entre os grupos ASN e ASR na pontuação do paciente em todas as quatro subcategorias do apoio social e na pontuação total do MOS-SSS. Aparentemente, com o mesmo nível de estado conjugal, renda e escolaridade, é possível encontrar duas categorias de apoio social em mulheres com FM. Os sintomas da FM podem ser o fator mais importante? Ou a percepção de apoio social estava alterada na FM?

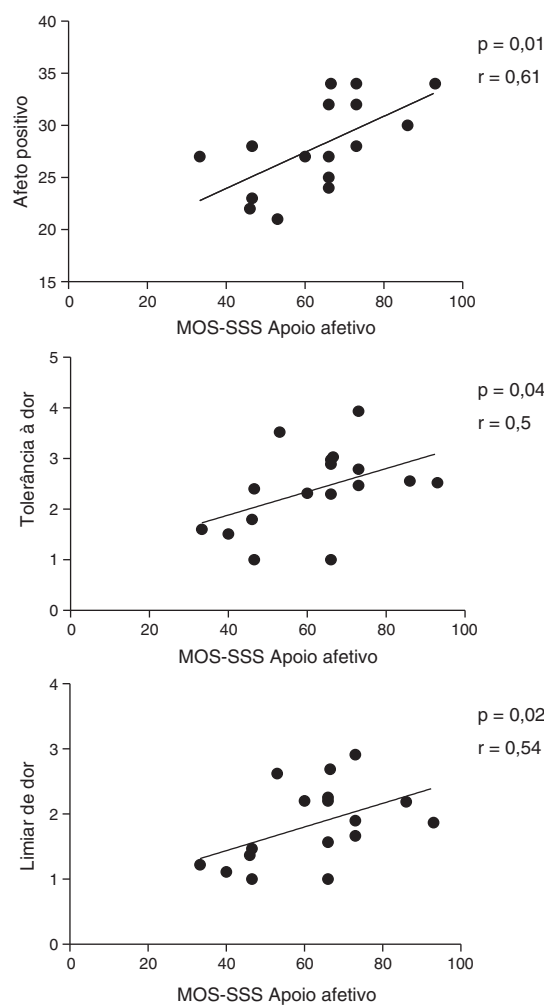


Figura 3 – Correlação de Pearson entre a subcategoria apoio afetivo e variáveis clínicas. Pontuação no Medical Outcomes Study Social Support Survey < percentil 25.

Os resultados mostram diferenças entre os grupos ASN e ASR na depressão, no afeto negativo e na sensibilidade à dor. A subcategoria apoio afetivo mostrou correlação positiva entre a dor e o afeto positivo no grupo ASR. Além disso, a subcategoria interação social positiva mostrou uma correlação negativa com o FIQ e o estado de depressão.

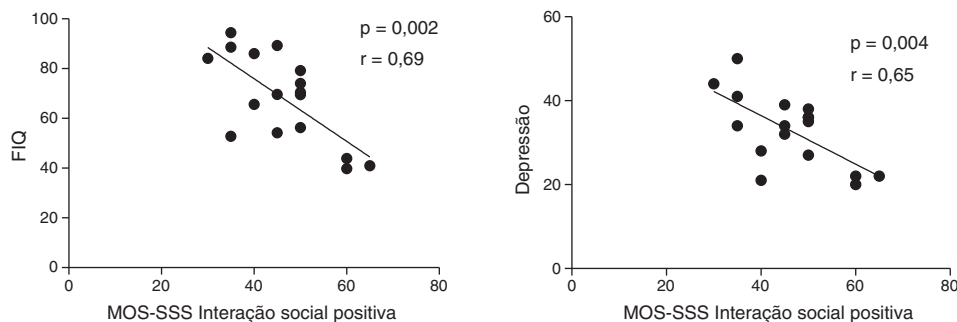


Figura 4 – Correlação de Pearson entre a subcategoria interação social positiva e variáveis clínicas. Pontuação no Medical Outcomes Study Social Support Survey < percentil 25.

Esses achados são consistentes com pesquisas anteriores feitas na Coreia do Sul e nos EUA que mostraram que o apoio social está associado a baixos níveis de funcionalidade e estados de humor.^{11,18} Além disso, havia também evidências de que os pacientes com FM com baixa interação social positiva podem ter mais sintomas depressivos e funcionalidade inferior.²⁴ Isso pode ser decorrente de não receber apoio social adequado e ser estigmatizado e invalidado, o que pode ser bastante comum na FM.²⁵

Uma série de estudos tem descrito o impacto da FM na funcionalidade, incapacidade e qualidade de vida do paciente.^{5,6} Ao estudar o perfil psicossocial das mulheres com FM em Toronto (Canadá), Shuster *et al.* mostraram que essas mulheres relataram menor percepção de apoio familiar e humor inferior às mulheres do grupo controle.²⁶ Também encontraram correlações entre essas variáveis quando elas foram examinadas dentro do grupo FM e uma associação significativa com taxas mais elevadas de ansiedade e humor deprimido. Esses resultados sugerem que o apoio familiar percebido por mulheres com FM pode ter um impacto importante sobre seus desfechos de saúde e que tratamentos complementares, como a fisioterapia, podem melhorar consideravelmente a qualidade de vida de pacientes com FM.²⁶

Em um estudo de pacientes com FM, artrite reumatoide, espondilite anquilosante e osteoartrite, o apoio social esteve positivamente associado à saúde mental, mas não física, dos pacientes.^{26,27} O presente estudo mostrou uma associação entre estados físicos e de humor com aspectos sociais. Isso sugere que para melhorar a saúde de pacientes com doenças reumáticas como a FM parece ser necessário apoio social para melhorar o estado emocional e a funcionalidade.²⁷

Classificações mais elevadas de depressão e ansiedade em mulheres com FM estão relacionadas com fatores que não os esquemas cognitivos mal adaptativos, como a redução na capacidade de participar de atividades agradáveis e a falta de sono em decorrência da dor.²⁸ Em apoio a essa ideia, Cannella *et al.* descobriram que a interferência em atividades diárias importantes media a associação entre a gravidade da dor e o humor deprimido.²⁸ Essas influências poderiam ser um fator importante para descrever a interação entre os sintomas e a percepção de apoio social.

De acordo com a teoria do apoio social, receber apoio dos outros geralmente é benéfico para a saúde física e mental e pode diminuir o impacto nocivo de estressores externos.²⁹

Oteve-se confirmação empírica dessa hipótese de tamponamento do apoio social.³⁰ No entanto, a invalidez causada pela redução no desempenho físico pode ser prejudicial por outras razões, além da falta de apoio social. A invalidez inclui um componente ativo de rejeição social. Sugeriu-se amplificar a dor, por exemplo, por meio da ativação de estruturas neurais, como o córtex cingulado anterior.^{31,32}

Postula-se que a presença de apoio social pode diminuir a avaliação da ameaça feita pelo indivíduo, que por sua vez pode influenciar a experiência de dor propriamente dita e reduzir emoções positivas e negativas, como a depressão, a afetividade ou a ansiedade.^{26,30,33} Outra explicação plausível para o efeito benéfico da presença de apoio social significativo é que a presença de uma pessoa de apoio ajuda o paciente a se distrair da sua experiência de disfunção física e humor.²⁶ Neste estudo, verificou-se uma correlação entre a interação social afetiva e positiva e a dor e os estados de humor. Assim, o apoio social provavelmente é um preditor da dor na população deste estudo.

O estudo forneceu apoio para a relação entre o apoio social e o humor e sintomas físicos em mulheres com FM. Os achados atuais têm um importante papel no desenvolvimento de um tratamento abrangente que aborda a variedade de sintomas psicológicos associados à FM. A presente pesquisa apoia o modelo biopsicossocial abrangente, em que a fisiologia da emoção fornece um elo fundamental entre os estados mentais e a doença física. A relação entre as emoções e os sintomas físicos provavelmente coopera para os muitos fatores que contribuem para a progressão da doença.³⁴ Os resultados sugerem inter-relações importantes entre os sistemas biológicos, psicológicos e sociais que influenciam os processos de saúde e doença na FM. Portanto, intervenções e esforços para melhorar o apoio social em pacientes com FM parecem ser um componente crucial a ser incluído na prática para melhorar a qualidade da saúde dessa população.

Conclusão

As mulheres com FM mostraram dois perfis diferentes, de acordo com a percepção de apoio social, independentemente do estado conjugal, da renda e da escolaridade. O grupo ASR mostrou um maior estado de afetividade negativa depressiva e dor do que o grupo ASN. O apoio social parece contribuir para

a saúde física e mental em pacientes com FM e a percepção de ASR pode ser influenciada pela gravidade dos sintomas.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Clauw DJ. Fibromyalgia: an overview. *Am J Med.* 2009;122 12 Suppl:S3-13.
2. Bennett RM, Jones J, Turk DC, Russell JJ, Matallana L. An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskelet Disord.* 2007;9:8-27.
3. Cavalcante AB, Sauer JF, Chalot SD, Assumpção A, Lage LV, Matsutani LA, et al. The prevalence of fibromyalgia: a literature review. *Rev Bras Reumatol.* 2006;46:40-8.
4. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia. *BMC Public Health.* 2012;12(1076). Page 6 of 7.
5. Annemans L, Le Lay K, Taieb C. Societal and patient burden of fibromyalgia syndrome. *Pharmaco Economics.* 2009;27(7):547-59.
6. Schoofs N, Bambini D, Ronning P, Bielak E, Woehl J. Death of a lifestyle: the effects of social support and healthcare support on the quality of life of persons with fibromyalgia and/or chronic fatigue syndrome. *Orthop Nurs.* 2004;23(6):364-74.
7. Steiner JL, Bigatti SM, Hernandez AM, Lydon-Lam JR, Johnston EL. Social support mediates the relations between role strains and marital satisfaction in husbands of patients with fibromyalgia syndrome. *Fam Syst Health.* 2010;28(3):209-23.
8. Phillips LJ, Stuifbergen AK. The relevance of depressive symptoms and social support to disability in women with multiple sclerosis or fibromyalgia. *Int J Rehabil Res.* 2010;33(2):142-50.
9. Franks HM, Cronan T, Oliver K. Social support in women with fibromyalgia: Is quality more important than quantity? *J Community Psychol.* 2004;32:425-38.
10. Okifuji A, Turk DC, Sherman JJ. Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: why aren't all patients depressed? *J Rheumatol.* 2000;27:212-9.
11. Shin JK, Kim KW, Park JH, Lee JJ, Huh Y, Lee SB, et al. Impacts of poor social support on general health status in community-dwelling Korean elderly: the results from the Korean longitudinal study on health and aging. *Psychiatry Investig.* 2008;5(3):155-62.
12. Rowe MA. The impact of internal and external resources on functional outcomes in chronic illness. *Res Nurs Health.* 1996;19:485-97.
13. Hupcey JE. Clarifying the social support theory-research linkage. *J Adv Nurs.* 1998;27:1231-41.
14. Oliveira AJ, Lopes CS, de Leon AC, Rostila M, Griep RH, Werneck GL, et al. Social support and leisure-time physical activity: longitudinal evidence from the Brazilian Pro-Saude cohort study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2011;26(8):77.
15. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33:160-72.
16. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med.* 1991;38:705-14.
17. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pro-Saude Study. *Cad Saúde Pública.* 2005;21:703-14.
18. Marques AP, Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Lage LV, Pereira CAB. Validation of the Brazilian version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Rev Bras Reumatol.* 2006;46:24-31.
19. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:561-71.
20. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959;32:50-5.
21. Galinha IC, Pais-Ribeiro JL. Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (Panas): II - Estudo psicométrico. *Análise Psicológica.* 2005;21:9-227.
22. Okifuji A, Turk JD, Sinclair D, Starz TW, Marcus DA. A standardized manual tender point survey. I. Development and determination of a threshold point for identification of positive tender points in Fibromyalgia Syndrome. *J Rheumatol.* 1997;24:377-83.
23. Shyu YI, Tang WR, Liang J, Weng LJ. Psychometric testing of the social support survey on a Taiwanese sample. *Nurs Res.* 2006;55:411-7.
24. Montoya P, Larbig W, Braun C, Preissl H, Birbaumer N. Influence of Social Support and Emotional Context on Pain Processing and Magnetic Brain Responses in Fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 2004;50:4035-44.
25. Kool MB, Geenen R. Loneliness in patients with rheumatic diseases: the significance of invalidation and lack of social support. *J Psychol.* 2012;146(1-2):229-41.
26. Shuster J, McCormack J, Pillai Riddell R, Toplak ME. Understanding the psychosocial profile of women with fibromyalgia syndrome. *Pain Res Manag.* 2009;14(3):239-45.
27. Kool MB, van Middendorp H, Lumley MA, Bijlsma JW, Geenen R. Social support and invalidation by others contribute uniquely to the understanding of physical and mental health of patients with rheumatic diseases. *J Health Psychol.* 2013;18(1):86-95.
28. Cannella DTL, Lobel M, Glass P, Lokshina I, Graham JE. Factors associated with depressed mood in chronic pain patients: the role of intrapersonal coping resources. *J Pain.* 2007;8:256-62.
29. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* 1985;98:310-57.
30. Montoya P, Larbig W, Braun C, Preissl H, Birbaumer N. Influence of social support and emotional context on pain processing and magnetic brain responses in fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 2004;50:4035-44.
31. Kool MB, van Middendorp H, Boeije HR, Geenen R. Understanding the lack of understanding: invalidation from the perspective of the patient with fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 2009;61(12):1650-6.
32. Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams KD. Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science.* 2003;302:290-2.
33. Heinrichs M, Baumgartner T, Kirschbaum C, Ehlert U. Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biol Psychiatry.* 2003;54:1389-98.
34. Lane RD, Waldstein SR, Chesney MA, Jennings JR, Lovullo WR, Kozel PJ, et al. The Rebirth of Neuroscience in Psychosomatic Medicine, Part I: Historical Context, Methods, and Relevant Basic Science. *Psychosom Med.* 2009;71:117-34.