

Índice

Conteúdo	Página
<i>Abreviaturas</i>	1
<i>Resumo</i>	2
<i>Abstract</i>	4
<i>Introdução</i>	6
<i>Materiais e métodos</i>	8
Procedimentos e amostra	8
Instrumentos	10
Análise estatística	12
<i>Resultados</i>	13
Comparação de pontuações por grupos	15
Correlações	17
Regressões	20
<i>Discussão</i>	23
<i>Referências bibliográficas</i>	27

Apêndices

Abreviaturas

AR, Artrite Reumatóide

BDI-II, Beck Depression Inventory-II

C, Grupo de controlos saudáveis

CP, Criticismo Parental

CPP, Classificação Portuguesa das Profissões

DA, Dúvidas sobre as Ações

DEP-PoMS, Depressão - PoMS

DP, Desvio Padrão

DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV

EMP-F, Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost

EMP-H&F, Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett

EP, Expectativas Parentais

EPP, Elevados Padrões Pessoais

ESP, Escala de Stresse Percebido

FADIGA-PoMS, Fadiga-PoMS

FIQ-R, Fibromyalgia Impact Questionnaire-Revised

FIQ, Fibromyalgia Impact Questionnaire

FM, Fibromialgia

HOST-PoMS, Hostilidade-PoMS

M, Média

O, Organização

PAO, Perfeccionismo Auto-Orientado

PE, Preocupação com os Erros

PoMS, Profile of Mood States

PPN, Pensamento Perseverativo Negativo

PSP, Perfeccionismo Socialmente Prescrito

QPP-F1, QPP - Pensamento repetitivo

QPP-F2, QPP - Interferência cognitiva e improdutividade

QPP, Questionário de Pensamento Perseverativo

TA-PoMS, Tensão-Ansiedade – PoMS

Resumo

Introdução: A Fibromialgia (FM) é uma entidade clínica potencialmente incapacitante, com elevada prevalência. A sua etiologia e fisiopatologia estão, em grande parte, por esclarecer, o que contribui para que os resultados terapêuticos sejam insatisfatórios. No entanto, a evidência de uma elevada comorbilidade com perturbações emocionais realça a importância dos fatores de vulnerabilidade psico-social no desenvolvimento e manutenção da FM. Nesse contexto, é importante clarificar o papel que alguns desses fatores de risco desempenham na FM, nomeadamente certos traços de personalidade como o Perfeccionismo e processos cognitivos, como o Pensamento Perseverativo Negativo (PPN).

Métodos: Participaram no estudo 65 mulheres, em 3 grupos: amostra clínica, controlo clínico (pacientes com Artrite Reumatóide - AR) e controlos saudáveis (Controlo, mulheres em consulta de rotina de ginecologia, sem dor). As participantes preencheram questionários selecionados para medir stresse (ESP), sintomatologia depressiva (BDI-II), estados de humor (PoMS), Perfeccionismo (EMP-F e EMP-H&F), PPN (QPP), impacto da doença (FIQ-R) e submeteram-se à medição do limiar e da tolerância à dor por um dolorímetro.

Resultados: Na comparação das pontuações, a amostra clínica apresentou pontuações significativamente diferentes das dos grupos AR e Controlo e estes dois últimos não se distinguiram significativamente entre si, na maioria das variáveis. Nas variáveis Limiar de dor, Tolerância à dor e Afeto positivo, a amostra clínica destacou-se com as pontuações mais baixas, enquanto que nas variáveis FIQ-R e suas dimensões, QPP e sub-escalas, medidas de Perfeccionismo, Afeto negativo medido pela PoMS, ESP e BDI-II as pontuações deste grupo foram as mais elevadas. Na análise de Regressão Linear Múltipla, o QPP e a variável Grupo foram preditores das variáveis de interesse (FIQ-R e suas dimensões). A análise de Regressão Múltipla Hierárquica mostrou que o QPP é um mediador parcial da relação entre a variável Grupo e todos os *outcomes*.

Conclusão: Estes resultados mostram a relevância e a pertinência da continuação da investigação nesta área, demonstrando a relação significativa entre FM e PPN, e alertam para a importância de avaliar traços de personalidade (Perfeccionismo e PPN) no contexto de Síndromes de Sensibilização Central, abrindo, assim, novos caminhos para a intervenção terapêutica.

Palavras-chave: Fibromialgia, Perfeccionismo, Pensamento Perseverativo Negativo, Stresse, Sensibilização Central.

Abstract

Introduction: Fibromyalgia (FM) is a potentially incapacitating medical syndrome, with high prevalence. The fact that its etiology and pathogenesis are not completely understood, renders the therapeutic results unsuccessful. However, the evidence of high comorbidity with disorders such as Depression and Anxiety highlights the role of vulnerability to stress in the development and maintenance of FM. In this context, it is important to clarify the role of some risk factors for stress vulnerability in FM, namely personality traits such as Perfeccionism and cognitive processes like Repetitive Negative Thinking (RNT).

Method: 65 women participated in the study, composing three groups: clinical sample (FM), clinical control (patients with Rheumatoid Arthritis) and healthy controls (women attending gynecology consultations, without pain). The participants filled out questionnaires selected to measure perceived stress (PSQ), depressive symptoms (BDI-II), mood states (PoMS), Perfeccionism (MPS-H&F, MPS-F), RNT (PTQ), illness impact (FIQ-R) and underwent a measurement of their pain threshold and pain tolerance using a dolorimeter.

Results: The clinical sample had significantly different scores than clinical and healthy controls and the latter two groups could not be distinguished, for the majority of the variables. In the variables Pain threshold, Pain tolerance and Negative affect, the clinical sample scored lower whilst in FIQ-R and its dimensions, PTQ and its sub-scales, Perfeccionism, Negative affect measured by PoMS, PSQ and BI-II they scored higher than both control groups. The Linear Multiple Regression analysis revealed that both PTQ and the *group* variables were significant predictors of all outcomes (FIQ-R and its dimensions). PTQ proved to be a partial mediator of all outcomes.

Conclusion: This results show the importance of continuing investigation in this topic, demonstrating the significant relationship between FM and RNT, and alert us to evaluate

personality traits (Perfeccionism and RNT) in Central Sensitization Syndromes, ultimately opening new possibilities for therapeutic intervention.

Key-words: Fibromyalgia, Perfeccionism, Repetitive Negative Thinking, Stress, Central Sensitization.

Introdução

A Fibromialgia (FM) é uma entidade clínica caracterizada por dor musculoesquelética generalizada e crónica⁴¹, potencialmente incapacitante³⁰. A FM afeta 2-5%⁵⁹ da população, com um claro predomínio no sexo feminino¹¹. Apesar da elevada prevalência, do impacto negativo na qualidade de vida dos doentes⁵ e dos gastos em saúde²⁷, a sua etiopatogenia não está completamente esclarecida. Esta limitação justifica, em boa medida, que os resultados da terapêutica sejam insatisfatórios, mantendo-se a perspectiva de um fraco prognóstico para estes doentes²⁶.

Os contributos da neurobiologia e da neuroimagem têm vindo a demonstrar que uma perturbação da modulação central da dor, caracterizada por hipersensibilização central a estímulos nociceptivos³⁶ e diminuição da atividade dos sistemas inibitórios descendentes³⁴, pode ter um papel nuclear na fisiopatologia da FM.

Adicionalmente, verifica-se a existência de uma elevada comorbilidade entre a FM e as perturbações emocionais, nomeadamente afetivas (e.g depressão) e de ansiedade, que, conforme os estudos, é de 30-80%³². Esta comorbilidade e a resposta a grupos farmacológicos similares²⁸ aproxima-as de tal modo, que se pensa terem mecanismos etiopatogénicos comuns. Foi mesmo sugerido que a FM e a Depressão são apresentações clínicas distintas de uma mesma perturbação²³.

Existe, de facto, um amplo consenso na literatura no sentido de que a abordagem da FM, bem como de outros distúrbios funcionais dependentes de sensibilização central, deve integrar-se na perspectiva do modelo bio-psico-social²⁵, a qual está patente na construção do Inventário de Sensibilização Central, um instrumento recentemente validado, composto por 25 critérios, dos quais 5 são psico-sociais⁴⁰.

Uma das mais fortes correntes atuais de investigação sublinha a relevância do stresse no desenvolvimento e manutenção da FM^{47,53}, o que acentua a importância de estudar fatores de

vulnerabilidade ao stresse⁵⁸, nomeadamente aqueles que são disposicionais como os traços de personalidade pré-morbida.

Um dos autores deste trabalho (JAPS) retira da sua vasta experiência clínica a convicção de que existe, entre os doentes com Fibromialgia, uma elevada prevalência de traços de personalidade relacionados com o perfeccionismo e a tendência para a preocupação e a ruminação. Com efeito, outros investigadores têm já caracterizado estes doentes como indivíduos persistentes, com um estilo de vida exigente⁵⁴ e que executam esforços excessivos para alcançar objetivos valorizados e reconhecimento social³⁵.

O Perfeccionismo é uma disposição da personalidade caracterizada por padrões de desempenho excessivamente exigentes acompanhados de auto-avaliações demasiado críticas²². Quando é elevado (particularmente nas suas dimensões mal-adaptativas), é reconhecido como um traço gerador de stresse psicológico⁴⁹ e como um fator de risco e de manutenção de psicopatologia, nomeadamente do foro afetivo¹⁷. São, contudo, escassos os estudos empíricos relativos aos níveis de perfeccionismo em doentes com FM e do papel que desempenham nesta patologia.

O Pensamento Perseverativo Negativo (PPN) consiste num processo cognitivo caracterizado pela sua repetitividade, intrusividade e dificuldade de controlo, que engloba a preocupação e a ruminação¹⁹. À semelhança do Perfeccionismo, está relacionado com diversas perturbações do espectro afetivo⁴⁴ e é considerado um processo transdiagnóstico^{18,31} associado a pior saúde física, psicológica e cognitiva^{48,55}.

Também o Perfeccionismo tem sido associado à preocupação⁵¹ e à ruminação^{20,21}. Macedo et al. (2012) propuseram recentemente que o PPN com conteúdos perfeccionistas pode ser relevante para explicar a relação, bem estabelecida, entre o perfeccionismo e o stresse³⁷.

Neste trabalho pretendemos analisar, pela primeira vez, o papel do Perfeccionismo e do PPN na etiopatogenia da FM.

Concretamente, os objetivos são: comparar os níveis de Perfeccionismo e de PPN em doentes com FM em relação a controlos com e sem dor crónica; analisar a relação entre estas variáveis e a perceção e tolerância à dor e o impacto psico-social da dor em doentes com FM em comparação com controlos.

Materiais e métodos

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Procedimentos e Amostra

O recrutamento de participantes foi executado, num mesmo centro de Medicina Privada, de forma a se poderem constituir os seguintes 3 grupos:

- grupo 1 (amostra clínica): 20 participantes (30.8%) cumprindo os critérios de diagnóstico de FM do American College of Rheumatology de 1990⁵⁹;
- grupo 2 (controlo clínico): 24 mulheres (36.9%) cumprindo os critérios de Artrite Reumatóide (AR) do American College of Rheumatology de 1987⁴;
- grupo 3 (controlo): 21 participantes (32.3%) em consulta de rotina de Ginecologia, sem patologia relevante do foro reumatológico. 16 das mulheres abordadas foram excluídas por terem um rastreio positivo para dor generalizada.

Às doentes a quem foi solicitada participação no estudo, foram explicados os procedimentos e instrumentos que iriam ser aplicados. Foi assegurada a confidencialidade dos dados e foi obtido consentimento informado antes da recolha de qualquer informação.

As participantes foram convidadas a preencher o conjunto de questionários enunciados abaixo (vd. *Instrumentos*). Foi aplicado o protocolo de medição de sensibilidade à dor, também descrito abaixo.

Os critérios de exclusão foram:

- sexo masculino;
- idade superior a 65 anos ou inferior a 18;
- perturbação mental grave afetando a capacidade de juízo (eg. oligofrenia, psicose ou demência conhecidas);
- incapacidade para compreender ou responder às questões em Português;
- recusa do consentimento informado;
- neuropatia conhecida (exemplo: neuropatia periférica);
- nos grupos 1 e 2, ausência de comorbilidade entre FM e AR;
- no grupo 3, soma superior a zero pontos no questionário London Fibromyalgia Epidemiology Study-Screening Questionnaire⁵⁷. Este questionário foi desenvolvido como método de rastreio de FM. Foram utilizados os 4 itens relativos à dor, para fazer o despiste da presença de dor generalizada. Sempre que uma potencial participante respondeu afirmativamente a apenas uma ou duas das questões, procedeu-se a uma pequena entrevista clínica que apurou a natureza do episódio doloroso. Este procedimento permitiu que se incluíssem as mulheres que sofreram processos dolorosos transitórios.

Instrumentos

Foi preenchido um questionário contendo questões demográficas e informações básicas de saúde, como: idade de início dos sintomas, idade de diagnóstico (quando aplicável) e hábitos medicamentosos.

Foram utilizadas as versões portuguesas validadas dos questionários de auto-resposta descritos abaixo. À exceção do Fibromyalgia Impact Questionnaire-Revised, todos estes questionários mostraram adequadas qualidades psicométricas, quando utilizados em amostras portuguesas^{2,6,9,12,14,46,50}.

1. Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett³³ (EMP-H&F)

Administrou-se a versão portuguesa⁵⁰ da EMP-H&F, sendo consideradas as dimensões *Perfeccionismo Socialmente Prescrito* (PSP) e *Perfeccionismo Auto-Orientado* (PAO). O formato de resposta é do tipo *Likert*, com sete opções de resposta.

2. Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost²² (EMP-F)

Foi utilizada a versão portuguesa² reduzida da EMP-F, para avaliar as seguintes dimensões: *Elevados Padrões Pessoais* (EPP), *Dúvidas sobre as Acções* (DA), *Preocupações com os Erros* (PE), *Expectativas Parentais* (EP), *Criticismo Parental* (CP) e *Organização* (O). O formato de resposta é do tipo *Likert* (1-5).

3. Questionário de Pensamento Perseverativo¹⁹ (QPP)

Instrumento composto por 15 itens que avaliam as características fundamentais do pensamento repetitivo negativo: intrusão, repetição, dificuldade de controlo, percepção de improdutividade e absorção mental.

A validação da versão portuguesa¹² revelou boa fidelidade e validade de construto. O questionário avalia duas dimensões: *Pensamento repetitivo* e *Interferência cognitiva e improdutividade*.

4. Perfil de Estados de Humor⁶ (Profile of Mood States - PoMS)

Foi utilizada uma versão da PoMS composta por 58 adjetivos, que avalia cinco dimensões: *Tensão-Ansiedade* (TA), *Hostilidade* (HOST), *Fadiga-Inércia* (FADIGA), *Depressão* (DEP), *Vigor-Atividade*. A soma das pontuações nas primeiras quatro dimensões foi utilizada como medida de *Afeto negativo* e a dimensão Vigor-Atividade como medida de *Afeto positivo*^{39,43}.

5. Escala de Stress Percebido¹⁵ (ESP)

Instrumento composto por 10 itens que é o mais amplamente utilizado para avaliação da percepção de stresse⁴⁶.

6. Beck Depression Inventory-II⁷ (BDI-II)

Questionário mais utilizado e validado internacionalmente para avaliação da presença e gravidade subjetiva de sintomatologia depressiva; constituído por 21 itens com formato de resposta em escolha múltipla, desenvolvidos para cobrir os critérios de diagnóstico do DSM-IV³ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV).

7. Questionário de Impacto da Fibromialgia-Revisto^{8,10} (Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire - FIQ-R)

Utilizámos a versão portuguesa preliminar do FIQ-R (uma versão revista do FIQ), composta por 21 itens, que consiste nos mesmos 3 domínios da versão original (função, impacto global e sintomas) (Apêndice IV).

As participantes dos grupos 2 e 3 responderam a uma versão adaptada para evitar referências à FM (Apêndice V).

Protocolo de medição de sensibilidade à dor

Consiste na aplicação de uma pressão crescente no leito ungueal do polegar não dominante por um dolorímetro validado²⁴. Numa primeira instância, registou-se a pressão necessária para eliciar uma sensação dolorosa (em Kg/cm²) – limiar de dor. Seguidamente, mediu-se a tolerância à dor, registando a força necessária para levar a dor ao limite de tolerabilidade. Cada um destes registos foi feito três vezes, e cada participante foi representada pela média das medições.

Análise estatística

Foi efetuada com recurso ao programa SPSS-statistics 19.0. Realizámos estatísticas descritivas, para caracterização sócio-demográfica e clínica das amostras. Efetuámos análises de fidelidade (consistência interna) com vista ao estudo das propriedades psicométricas dos questionários de auto-resposta na presente amostra. Os coeficientes de consistência interna (*alpha* de Cronbach) para cada uma das medidas utilizadas, considerando tanto a amostra total como os grupos em estudo, foram, de um modo geral, ‘muito bons’¹⁶, revelando a boa fidelidade das mesmas (Tabela I, Apêndice I).

Devido ao tamanho dos grupos ($n < 30$), bem como à distribuição não normal da maioria das variáveis, utilizámos testes não paramétricos. Foram realizadas análises estatísticas para explorar da relação entre variáveis e para comparação de médias entre grupos, bem como análises de mediação⁴⁴.

Resultados

Das 93 mulheres convidadas a participar no estudo entre Setembro de 2012 e Fevereiro de 2013, devolveram os questionários preenchidos 65 (69.89%). Na Tabela 1, apresentamos a distribuição das variáveis sócio-demográficas e clínicas por grupo.

Tabela 1: Distribuição das variáveis sócio-demográficas e clínicas por grupo

	FM	AR	C	Total [§]
	M (DP; variação)	M (DP; variação)	M (DP; variação)	M (DP; variação)
Idade média	46.90 (15.158; 19-65)	46.26 (9.102; 27-65)	46.29 (12.013; 23-64)	46.56 (12.174; 19-65)
	$X^2=.436; p=.804 (NS)^{\Phi}$			
Idade de início da doença	25.88 (13.651; 5-48)	34.08 (10.725; 6-50)	---	---
Escolaridade média	11.06 (5.344; 4-18)	12.15 (5.724; 4-19)	13.72 (3.444; 6-19)	12.33 (4.989; 4-19)
	$X^2=1.820; p=.403 (NS)^{\Phi}$			
	n (%)	n (%)	n (%)	Total(%)
Situação perante o trabalho				
A trabalhar	8 (50.0%)	21 (87.5%)	13 (61.9%)	42 (64.6%)
Desempregada	5 (31.3%)	3 (12.5%)	3 (14.3%)	11 (16.9%)
De baixa/atestado	2 (12.5%)			2 (3.1%)
Reformada	1 (6.3%)		3 (14.3%)	4 (6.1%)
Estado civil				
Solteira	5 (25.0%)		5 (23.8%)	10 (15.4%)
Casada/comunhão de facto	15 (75.0%)	24 (100%)	13 (61.9%)	52 (80.0%)
Divorciada/separada			1 (4.8%)	1 (1.5%)
Viúva			1 (4.8%)	1 (1.5%)
Grupo profissional*				
1	---	1 (4.2%)	1 (4.8%)	2 (3.1%)
2	6 (30.0%)	6 (25.0%)	8 (38.1%)	20 (30.8%)
3	---	2 (8.3%)	2 (9.5%)	4 (6.2%)
4	1 (5.0%)	5 (20.8%)	7 (33.3%)	13 (20.0%)
5	3 (15.0%)	2 (8.3%)	---	5 (7.7%)
6	---	---	---	---
7	3 (15.0%)	4 (16.7%)	1 (4.8%)	8 (12.3%)
8	---	---	---	---
9	1 (5.0%)	---	---	1 (1.5%)
10	1 (5.0%)	2 (8.3%)	1 (4.8%)	4 (6.2%)
11	2 (10.0%)	---	---	2 (3.1%)
12	1 (5.0%)	---	1 (8.3%)	2 (3.1%)
13	1 (5.0%)	2 (8.3%)	---	2 (3.1%)

Legenda:

* segundo a CPP

[§] somas inferiores ao tamanho da amostra devido a respostas omissas

^Φ Teste de Kruskal Wallis

M: Média; DP: Desvio padrão; n: número absoluto

1. Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, directores e gestores executivos **2.** Especialistas das actividades intelectuais e científicas **3.** Técnicos e profissões de nível intermédio **4.** Pessoal administrativo **5.** Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores **6.** Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta **7.** Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices **8.** Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem **9.** Trabalhadores não qualificados **10.** ‘Donas de Casa’ **11.** Estudantes **12.** Aposentadas **13.** Desempregadas

Comparação de pontuações por grupos

Uma vez que o teste de *Kruskal-Wallis*³⁸ não indica entre que grupos se localizam as diferenças, a verificar-se um resultado significativo, utilizámos o teste *U de Mann-Whitney* para as localizar²⁹. Os resultados relativos ao teste *Kruskal-Wallis* apresentam-se na Tabela 2.

Tabela 2: Comparação das pontuações totais e dimensionais nas variáveis de interesse pelos três grupos - teste de *Kruskal-Wallis*

	X ²	p
Limiar de dor	8.769	.012
Tolerância à dor	9.329	.009
Questionário de Pensamento Perseverativo (QPP-Total)	14.757	.001
Pensamento Repetitivo (QPP-F1)	9.568	.002
Interferência cognitiva e Improdutividade (QPP-F2)	11.327	.001
Fibromyalgia Impact Questionnaire-Revised <i>Função</i> (FIQ-R Função)	30.178	<.001**
Fibromyalgia Impact Questionnaire-Revised <i>Impacto</i> (FIQ-R Impacto)	28.236	<.001**
Fibromyalgia Impact Questionnaire-Revised <i>Sintomas</i> (FIQ-R Sintomas)	32.868	<.001**
Fibromyalgia Impact Questionnaire-Revised <i>Total</i> (FIQ-R Total)	33.146	<.001**
Perfeccionismo Auto-Orientado (PAO-H&F)	.570	.752
Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP-H&F)	7.529	.023
Preocupação com os Erros, EMP-F (PE)	7.040	.030
Elevados Padrões Pessoais, EMP-F (EPP)	.280	.869
Dúvidas sobre as Acções, EMP-F (DA)	4.692	.096
Expectativas Parentais, EMP-F (EP)	6.727	.035
Críticas Parentais, EMP-F (CP)	6.249	.072
Organização, EMP-F (O)	.928	.629
Tensão-Ansiedade (TA-PoMS)	21.662	<.001**
Depressão (DEP-PoMS)	21.798	<.001**
Hostilidade (HOST-PoMS)	17.307	<.001**
Fadiga-Inércia (FADIGA-PoMS)	30.881	<.001**
Vigor-Atividade (Afeto positivo)	13.274	.001
(Tensão-Ansiedade+ Depressão+ Hostilidade+ Fadiga-Inércia) Afeto negativo	22.037	<.001**
Escala de Stresse Percebido (ESP)	15.759	<.001**
Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	23.444	<.001**

Procedemos às comparações de pares de grupos (1 vs. 2; 1 vs. 3; 2 vs. 3), para as seguintes:

Limiar de dor, Tolerância à dor, QPP-Total, QPP F1, QPP F2, FIQ-R Função, FIQ-R Impacto, FIQ-R Sintomas, FIQ-R Total, PSP, PE, DA, EP, CP, TA-PoMS, DEP-PoMS, HOST-PoMS, FADIGA-PoMS, Afeto positivo, Afeto negativo, ESP e BDI-II (Tabela 3).

Tabela 3: Pares de comparações das pontuações totais e dimensionais nas variáveis de interesse - U de Mann-Whitney*

	FM (1)	AR (2)	C (3)	p
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	
Limiar de dor	5.14 (2.166)	6.47 (1.991)	6.42 (1.282)	1<2**, 3**
Tolerância à dor	8.14 (2.862)	10.55 (3.149)	9.35 (1.934)	1<2**, 3*
QPP-Total	38.40 (15.656)	23.21 (11.493)	22.05 (10.420)	1>2**, 3**
QPP-F1	19.20 (7.723)	12.58 (5.755)	13.10 (5.656)	1>2**, 3**
QPP-F2	19.20 (8.320)	10.63 (6.135)	8.95 (5.615)	1>2**, 3**
FIQ-R Função	13.51 (8.333)	3.93 (4.884)	1.13 (2.472)	1>2**, 3** 2>3**
FIQ-R Impacto	11.72 (7.185)	2.75 (3.926)	.62 (1.564)	1>2**, 3** 2>3**
FIQ-R Sintomas	32.45 (9.908)	12.85 (7.566)	10.02 (6.591)	1>2**, 3**
FIQ-R Total	59.44 (21.883)	19.53 (14.775)	11.21 (8.729)	1>2**, 3** 2>3*
PSP (H&F)	52.30 (14.981)	48.33 (11.064)	41.15 (12.115)	1>3* 2>3*
PE	9.75 (3.796)	9.00 (2.703)	7.40 (3.747)	1>3* 2>3*
DA	10.55 (4.419)	8.75 (2.908)	7.60 (2.501)	1>3*
EP	10.10 (3.640)	8.43 (2.660)	7.24 (3.456)	1>3*
CP	10.10 (4.667)	7.46 (2.859)	7.15 (3.558)	1>3*
TA-PoMS	21.10 (8.006)	9.87 (4.789)	10.62 (5.220)	1>2**, 3**
DEP-PoMS	27.65 (15.567)	8.04 (8.509)	8.52 (6.218)	1>2**, 3**
HOST-PoMS	19.10 (12.268)	6.04 (4.931)	6.86 (4.629)	1>2**, 3**
FADIGA-PoMS	17.60 (6.320)	6.74 (5.145)	5.33 (3.425)	1>2**, 3**
Afeto positivo	12.30 (5.449)	16.83 (6.199)	19.10 (4.721)	1<2**, 3**
Afeto negativo	67.85 (34.368)	23.96 (16.916)	26.00 (14.103)	1>2**, 3**
ESP	24.25 (7.312)	17.35 (6.637)	14.81 (5.671)	1>2**, 3**
BDI-II	23.32 (13.359)	7.43 (9.867)	3.26 (2.766)	1>2**, 3**

** p≤.001; *p≤.05

Legenda:

M, Média; DP, Desvio padrão; Md, Mediana.

* Apesar de as medidas de tendência central e de dispersão associadas aos testes não paramétricos serem a mediana e os percentis 25 e 75, respetivamente, apresentamos as médias e desvios-padrão por serem mais inteligíveis³⁸.

Analisando a tabela, verifica-se que, para a maioria das variáveis, o grupo 1 (FM) apresentou pontuações significativamente diferentes das dos grupos 2 (AR) e 3 (Controlo) e que estes dois últimos não se distinguiram significativamente entre si. Concretamente, nas variáveis Limiar de dor, Tolerância à dor e Afeto positivo, o grupo 1 destacou-se com as pontuações mais baixas, enquanto que nas variáveis FIQ-R Sintomas, QPP-Total, QPP-F1, QPP-F2, TA-PoMS, DEP-PoMS, HOST-PoMS, FADIGA-PoMS, Afeto negativo, ESP e BDI-II as pontuações deste grupo foram as mais elevadas. De notar que, para algumas variáveis como FIQ-R Sintomas, TA-PoMS e QPP-F2 a diferença nas pontuações médias chegou a duplicar e até, em variáveis como FIQ-R Função, FIQ-R Impacto, FIQ-R Total, DEP-PoMS, HOST-PoMS, FADIGA-PoMS, Afeto negativo e BDI-II, a triplicar.

Quanto às médias nas variáveis FIQ-R Função, FIQ-R Impacto e FIQ-R Total todos os grupos se distinguiram significativamente entre si, sendo que o grupo 1 teve as pontuações mais elevadas, seguindo-se o grupo 2 e, por fim, o grupo 3 com as pontuações mais baixas.

Relativamente às variáveis DA, EP e CP apenas se distinguiram entre os grupos 1 (FM) e 3 (Controlo).

Para as variáveis PSP e PE os grupos 1 (FM) e 2 (AR) não se distinguiram significativamente.

Correlações

Da análise dos coeficientes de correlação de *Spearman* entre todas as variáveis em estudo, considerando a amostra total (Tabela II; Apêndice II), salientam-se as seguintes correlações significativas:

- Tipo de amostra com: Limiar de dor (.32) e pontuação total no FIQ-R (-.71) e suas sub-escalas (função: -.69; impacto: -.66; sintomas: -.66), QPP-Total (-.44), QPP-F1 (-.35), QPP-F2 (-.47), PSP (-.33), as dimensões PE (-.31), DA (-.27), EP (-.34) e CP (-.28) do EMP-F,

todas as dimensões da PoMS, (TA:-.47, DEP: -.45, HOST: -.40, FADIGA: -.64, Afeto positivo: .44, Afeto negativo: -.47), ESP (-.48) e BDI-II (-.58).

- Limiar de dor com: Tolerância à dor (.75), FIQ-R Impacto (-.36), FIQ-R total (-.27), QPP-F1 (-.25), as sub-escalas TA, DEP, HOST, FADIGA e Afeto negativo (PoMS) (-.28, -.25, -.29, -.35, -.28, respetivamente);

- Tolerância à dor apenas com as escalas HOST-PoMS (-.25) e FADIGA-PoMS (-.28);

- FIQ-R função com: FIQ-R Impacto (.81), FIQ-R Sintomas (.76), FIQ-R total (.86), QPP-total (.55), QPP-F1 (.47), QPP-F2 (.57), PSP (.31), as sub-escalas PE, DA, EP e CP da EMP-F (.29, .28, .47 e .38, respetivamente), todas as dimensões da PoMS (TA: .51; DEP: .52; HOST: .43; FADIGA: .57; Afeto positivo: -.45; Afeto negativo: .51), ESP (.47) e BDI-II (.70);

- FIQ-R Impacto com: FIQ-R Sintomas (.74), FIQ-R Total (.83), QPP-total (.56), QPP-F1 (.49), QPP-F2 (.58), o PSP (.35), as sub-escalas PE, DA, EP e CP da EMP-F (.32, .27, .44 e .29, respetivamente), todas as dimensões da PoMS (TA: .51; DEP: .55; HOST: .41; FADIGA: .56; Afeto positivo: -.48; Afeto negativo: .52), a ESP (.61) e o BDI-II (.62);

- FIQ-R Sintomas com: FIQ-R Total (.97), QPP-total (.68), QPP-F1 (.61), QPP-F2 (.69), PSP (.38), sub-escalas PE, DA, EP e CP da EMP-F (.36, .41, .50 e .48, respetivamente), todas as dimensões da PoMS (TA: .69; DEP: .73; HOST: .60; FADIGA: .63; Afeto positivo: -.52; Afeto negativo: .71), ESP (.71) e BDI-II (.83);

- FIQ-R Total com: QPP-Total (.67) e suas sub-escalas (QPP-F1: .60 e QPP-F2: .67), PSP (.36), sub-escalas PE, DA, EP e CP da EMP-F (.34, .36, .52 e .47, respetivamente), todas as dimensões da PoMS (TA: .67; DEP: .70; HOST: .60; FADIGA: .65; Afeto positivo: -.62; Afeto negativo: .69), ESP (.67) e BDI-II (.81).

Quanto às correlações entre as restantes variáveis (de personalidade, estados de humor, percepção de stresse e sintomatologia depressiva), os coeficientes apresentaram-se, de um modo geral, significativos e de magnitude elevada (>.50).

Relativamente às correlações entre as variáveis dentro de cada grupo verificou-se:

- para o grupo 1 (Tabela III, Apêndice II), coeficientes de correlação maioritariamente elevadas das principais variáveis de interesse (FIQ-R Função, FIQ-R Impacto, FIQ-R Sintomas e FIQ-R Total) entre si e com as dimensões EP e O da EMP-F, Afeto negativo, ESP e BDI-II. O Limiar de dor e a Tolerância à dor apenas mostraram correlações fortes entre si, sendo as outras relações exploradas não significativas.

- Para o grupo 2 (Tabela IV, Apêndice II), correlações elevadas das principais variáveis de interesse entre si e correlações moderadas a elevadas da FIQ-R Sintomas e FIQ-R Total com as dimensões EP, CP e O da EMP-F, Afeto negativo, Afeto positivo, ESP e BDI-II. O Limiar de dor e a Tolerância à dor apenas mostraram correlações fortes entre si.

- Para o grupo 3 (Tabela V, Apêndice II), correlações elevadas entre o FIQ-R Sintomas e o FIQ-R Total entre si e com o QPP-Total e suas sub-escalas; correlações moderadas a elevadas entre o FIQ-R Sintomas e o FIQ-R Total com Afeto negativo e BDI-II; correlações elevadas entre o Limiar de dor com a Tolerância à dor e o QPP-F2; a Tolerância à dor mostrou correlações moderadas a elevadas com QPP-Total e suas sub-escalas, PSP, PE e com BDI-II.

Regressões

1. VD: FIQ-R Função

Recorremos à análise de *Regressão Linear Múltipla** para averiguar quanta da variância da dimensão FIQ-R Função (variável dependente, VD) pode ser explicada pelo conjunto das variáveis (variáveis independentes, VI) correlacionadas (ver Tabela III, Apêndice II). Tendo em conta os pressupostos de multicolinearidade segundo os quais as potenciais VIs não devem apresentar coeficientes de correlação elevados ($>.50$) entre si⁵², introduzimos como VIs as seguintes variáveis: Tipo de Amostra, QPP-Total, PSP. Este modelo explica 50.6% da variância da VD [$R^2 = .506$ / *Adjusted R*²=.480; $F(3;57)=19.453$, $p<.001$][‡].

As variáveis Tipo de amostra ($\beta = -.487$; $p < .001$) e QPP ($\beta = .362$; $p = .002$) podem ser consideradas preditores independentes do FIQ-R Função. O Tipo de amostra e o QPP explicaram, respetivamente, 27.35% e 15.52% da variância da VD.

Através da análise de *Regressão Linear Múltipla Hierárquica* testámos se o QPP continua a poder ser considerado preditor do FIQ-R Função, após controlar o Tipo de amostra. Verificou-se que Tipo de amostra explicou isoladamente 41.1% ($R^2 = .401$; $F(1; 60) = 41.841$; $p < .001$) da variância da VD. Com a inserção do QPP, o modelo passou a explicar 51.0%, ou seja, esta variável incrementou significativamente ($p = .001$) a variância do modelo em 11.95% (Tabela VI, Apêndice III).

Conduzimos uma análise de mediação através da metodologia de *bootstrapping*⁴⁴. A interpretação dos dados de *bootstrapping* é realizada verificando se os ICs 95% (*bias corrected and accelerated confidence intervals* - BCa CI) não contêm zero. Neste caso, o QPP

* Sendo a ausência de multicolinearidade um dos principais pressupostos da análise de regressão, examinámos os valores referentes à intensidade da multicolinearidade, através de: *Tolerância*, *Variance Inflation Factor* (VIF), *Condition Index* e teste de *Durbin-Watson*.

‡ Estatísticas de colinearidade: Tolerância=.690-.784; VIF=1.276-1.449; > Condition Index=13.109; Durbin-Watson=1.744.

mostrou mediar significativamente a associação entre o Tipo de Amostra e o *outcome*, pois o IC 95% BCa foi de -3.108 a -.559, logo verifica-se um efeito de mediação parcial.

2. VD: FIQ-R Impacto

A introdução das variáveis Tipo de amostra, QPP-Total e PSP resultou num modelo que explicou 60.0% variância do FIQ-R-Impacto [$R^2 = .600$; *Adjusted R*² = .579; $F(3;57) = 28.500$, $p < .001$]^{*}.

O Tipo de amostra ($\beta = -4.109$; $p < .001$) e QPP-Total ($\beta = .218$; $p = p < .001$) revelaram-se preditores significativos da VD, que explicam, independentemente, 43.82% e 28.20%, respetivamente.

Controlando o Tipo de amostra, o QPP-Total providenciou um acréscimo significativo ($p < .001$) de 15.8% da variância da VD, além da percentagem explicada pelo tipo de amostra (43.8%) (Tabela VII; Apêndice III).

Verificou-se um efeito de mediação parcial do QPP na associação entre o Tipo de Amostra e a FIQ-R Sintomas [IC95% BCa -5.694 a -1.406].

3. VD: FIQ-R Sintomas

O modelo composto pelas variáveis Tipo de amostra, QPP-Total e PSP explicou 67.0% variância do FIQ-R Sintomas [$R^2 = .670$; *Adjusted R*² = .653; $F(3;58) = 39.306$, $p < .001$][‡].

Os preditores significativos foram o Tipo de amostra ($\beta = -7.886$; $p < .001$) e QPP-Total ($\beta = .433$; $p < .001$), explicando cada um independentemente 37.33% e 33.87%.

^{*} Estatísticas de colinearidade: Tolerância = .690-.784; VIF = 1.276-1.449; > Condition Index = 13.109; Durbin-Watson = 1.744.

[‡] Estatísticas de colinearidade: Tolerância = .690-.784; VIF = 1.276-1.449; > Condition Index = 13.109; Durbin-Watson = 1.744.

Controlando o Tipo de amostra, o QPP-Total incrementa a explicação da variância da VD em 16.9% ($p < .001$), além da percentagem explicada pelo Tipo de amostra (53.5%) (Tabela VIII, Apêndice III).

O QPP revelou-se um mediador significativo da associação entre o Tipo de Amostra e o FIQ-R Impacto [IC95% BCa -2.794 a -.655].

4. VD: FIQ-R Total

Para a explicação da variância no FIQ-R Total, testámos um modelo composto pelas mesmas variáveis: Tipo de amostra, QPP-Total e PSP, o qual explicou 70.8% da variância da VD [$R^2 = .708$ / *Adjusted R*² = .693; $F(3;56) = 45.323$, $p < .001$]^s.

Os preditores significativos foram o Tipo de amostra ($\beta = -18.155$; $p < .001$) e QPP-Total ($\beta = .886$; $p < .001$), explicando cada um independentemente 45.02% e 36.97% da variância.

Introduzido no modelo de regressão hierárquica, após o Tipo de amostra, o QPP-Total incrementa a explicação da variância da dimensão FIQ-R Total em 18.6% ($p < .001$) (Tabela IX, Apêndice III).

Também para a relação entre o Tipo de Amostra e a FIQ-R Total se verificou um efeito de mediação parcial do QPP [- IC95% BCa -11.213 a -2.895].

^s Estatísticas de colinearidade: Tolerância = .686 - .781; VIF = 1.280-1.459; > Condition Index = 13.428; Durbin-Watson = 1.868.

Discussão

Os resultados revelaram que, de facto, os grupos constituídos se distinguiam significativamente relativamente às variáveis de interesse.

A comparação das pontuações totais e dimensionais nas variáveis de interesse por grupos, permitiu verificar que a amostra clínica (grupo 1) tinha um padrão de pontuações significativamente mais elevadas em variáveis relacionadas com estados negativos de humor, percepção de stresse e sintomatologia depressiva, do que os controlos clínicos (grupo 2) e os controlos saudáveis (grupo 3) e que estes dois últimos não se distinguiam entre si. Também para o Limiar de dor e a Tolerância à dor se verificou um padrão semelhante de pontuações: mais elevadas no grupo 1 do que nos grupos 2 e 3, não sendo possível distinguir os dois últimos. Estes achados corroboram as evidências prévias relativas à presença de níveis elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa¹ e à hipersensibilidade¹³ à dor em doentes com FM.

O contributo mais original deste trabalho prende-se com o facto de terem sido evidenciadas diferenças significativas e de elevada magnitude, entre grupos, nas pontuações do FIQ-R e suas dimensões, no QPP e nas sub-escalas de Perfeccionismo.

Relativamente às pontuações no FIQ-R, verificaram-se pontuações significativamente mais elevadas no grupo 1, do que nos grupos 2 e 3. O facto de estes dois últimos também se distinguirem significativamente, tendo o grupo 2 pontuações mais elevadas, era espectável devido à natureza clínica deste instrumento e dos grupos em estudo.

Estes resultados são muito relevantes, sobretudo porque vêm evidenciar e validar o sofrimento das doentes com FM, que tantas vezes é desvalorizado, se não mesmo negado. Isso só reforça a necessidade de aprofundar os esforços direccionados à melhor compreensão da sua etiopatogenia e da melhoria das estratégias terapêuticas. Os autores reconhecem que a magnitude das referidas diferenças pode, pelo menos parcialmente, ser explicada pelo facto de

o FIQ-R ser um instrumento especificamente construído para avaliação do impacto da FM. Consideramos, contudo, que esta potencial limitação terá sido minimizada pela utilização da versão adaptada do FIQ-R para os grupos 2 e 3 (sem conteúdo específico).

Este tópico leva-nos a salientar outro contributo relevante do presente estudo: a utilização da versão revista do FIQ. O FIQ-R foi desenvolvido para colmatar as reconhecidas deficiências do instrumento original. Com esse objetivo, Bennett et al. 2009 reformularam as questões do domínio *Função* de modo a estas poderem ser aplicadas a doentes de todas as classes socio-económicas; acrescentaram itens na dimensão *Sintomas* para abranger *tenderness*, sensibilidade ao ambiente, equilíbrio e memória, aspetos valorizados atualmente; e simplificaram a cotação das questões⁸. Este esforço resultou num instrumento mais completo. De facto, ainda que preliminares, os bons resultados relativos ao coeficiente de consistência interna do FIQ-R, tanto para a amostra total como para cada grupo separadamente, revelam que este é um instrumento promissor - útil e válido - para avaliação do impacto da dor em doentes com diagnósticos diversos, nomeadamente AR e outras condições.

Outro ponto de interesse *major* deste trabalho é ter mostrado, pela primeira vez, a importância do PPN na FM. A comparação de pontuações médias mostrou que o PPN foi significativamente mais elevado nas FM do que em AR e controlos e que os AR e controlos não se distinguiram. Outras análises realizadas, nomeadamente as de regressão, enfatizaram a importância desta variável, pois permitiram verificar que o PPN, ao contrário do PSP, é um preditor do FIQ-R e das suas dimensões e que continua a explicar a variância destes *outcomes*, mesmo após ser controlado o efeito da *variável grupo*. O grupo (FM vs AR, Vs Controlo) continua, como seria de esperar, a ser o preditor de maior magnitude, pois as análises de comparação de médias e medianas, haviam já revelado diferenças significativas e muito salientes entre os 3 grupos nas variáveis que formam as variáveis dependentes na regressão. É ainda de salientar, que o PPN explicou, na análise de regressão hierárquica, 12% da variância do FIQ-R Função, 16% da variância do FIQ-R Impacto, 17% do FIQ-R Sintomas

e 19% da variância do dimensão FIQ-R Total, além da variância explicável pela *variável grupo*. É interessante verificar que a presença deste factor de risco para stresse psicológico⁵⁶ contribui mais para a variabilidade ao nível dos sintomas da doença e para o seu impacto global, do que para a função das doentes, remetendo-nos para o cariz psico-somático da FM. A importância do PPN é também atestada pela verificação de que este é um mediador parcial da relação entre o tipo de amostra e o FIQ-R para todos os *outcomes*. Este achado significa que a forte relação entre ter FM vs. AR vs. não ter nenhuma destas patologias e o impacto da dor é influenciada pelos diferentes níveis de PPN nesses grupos.

Quanto ao Perfeccionismo, os resultados obtidos, ainda que menos consistentes do que os verificados para o PPN, são relevantes e inovadores, pois vêm mostrar que este traço de personalidade está presente em maior grau nas doentes com FM (e para algumas dimensões, com AR) do que em controlos. As variáveis de Perfeccionismo que se revelaram relacionadas com o FIQ-R, quer nas análises de correlação quer nas de comparação de médias são aquelas que traduzem os aspectos mal-adaptativos de Perfeccionismo e têm sido amplamente associadas a *outcomes* negativos, em termos de saúde física e mental (PSP, EP, PE, CP, DA por oposição a PAO, EPP e O que não apresentaram pontuações significativamente diferentes). Antes deste estudo, a análise dos níveis de Perfeccionismo em Síndromes de Sensibilização Central ainda só havia sido estudada para o Síndrome de Fadiga Crónica⁶⁰.

No seu conjunto, estes resultados mostram a relevância e a pertinência da continuação da investigação nesta área, demonstrando a relação significativa entre FM e PPN, um reconhecido processo transdiagnóstico noutras perturbações relacionadas com o stresse. De salientar que, se, por um lado, o facto de o tamanho dos grupos não ser elevado ($n < 30$) pode ser entendido como uma limitação do estudo, por outro, enfatiza a relevância das diferenças tão acentuadas que, ainda assim, se verificaram. Assim, este contributo original incentiva à continuação da investigação do papel do Perfeccionismo no impacto da FM. O aumento do tamanho da amostra, bem como o seguimento prospetivo das participantes (tarefas que estão

em curso), poderão esclarecer o papel destas variáveis de personalidade na etiopatogenia da FM.

Este estudo alerta para a importância de avaliar traços de personalidade (Perfeccionismo e PPN) em doentes com Síndromes de Sensibilização Central e suportam a hipótese de que possam aqui residir oportunidades de intervenção. Finalmente, sendo o Perfeccionismo e o PPN processos transdiagnósticos e dada a comorbilidade entre os quadros que influenciam, essa intervenção pode resultar no alívio sintomático de uma variedade de domínios.

Agradecimentos

Ao Dr. Daniel Pereira da Silva e Fátima Lima Silva, pela amabilidade e apoio generoso no recrutamento de participantes para o grupo de controlos sem dor.

A todas as participantes.

Referências bibliográficas

1. Aguglia et al. Fibromyalgia and depressive symptoms: comorbidity and clinical correlates. *J Affec Dis*, 2010
2. Amaral AP, Soares MJ, Pereira AT et al. Frost Multidimensional Perfectionism Scale: the Portuguese Version. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2012 (submetido para publicação)
3. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
4. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, 1988. 315-324
5. Arnold LM, Crofford LJ, Mease PJ et al. Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. *Patient Educ Couns*, 2008. 114-120
6. Azevedo MH, Silva CF, Dias MR. O Perfil de Estados de Humor: Adaptação à população Portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, 1991. 187–193
7. Beck AT, Steer RA (1996) *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
8. Bennett RM, Friend R, Jones KD et al. The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties. *Arthritis Res Ther*, 2009

9. Bos S, Pereira AT, Marques M et al. The BDI-II factor structure in Pregnancy and Postpartum: two or three factors? *European Psychiatry*, 2009. 334-340
10. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J Rheumatol*, 1991. 728-733
11. Buskila D. Fibromyalgia: a biopsychosocial syndrome. *IMAJ Isr Med Assoc J*, 2003. 887-888
12. Chaves B, Castro J, Pereira AT et al. Perseverative Thinking Questionnaire: Validation of the Portuguese Version. 2013. Abstract submitted to the 1st World Congress on Children and Youth Health Behaviors / 4th National Congress on Health Education, Viseu-Portugal, 23- 25 May 2013.
13. Ceko M, Bushnell MC, Gracely RH. Neurobiology Underlying Fibromyalgia Symptoms. *Pain Research and Treatment*, 2012
14. Coelho R, Martins A, Barros H. Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertain by the Beck Depression Inventory II. *European Psychiatry*, 2002. 222-226
15. Cohen J. A power primer. *Psychological Bulletin*, 1992. 155-159
16. DeVellis FR (1991) *Scale development. Theory and applications*. London: Sage Publications.

17. Egan SJ, Wade TD, Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review. *Clinical psychology review*, 2011. 203-212
18. Ehring T, Watkins ER. Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2008. 192–205
19. Ehring T, Zetsche U, Weidacker K et al. The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 2011. 225-232
20. Flett G, Madorsky D, Hewitt P et al. Perfectionism cognitions, rumination, and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 2002. 33-47
21. Flett GL, Coulter LM, Hewitt PL et al. Perfectionism, Rumination, Worry, and Depressive Symptoms in Early Adolescents. *Canadian Journal of School Psychology*, 2011. 159–176
22. Frost RO, Marteen P, Lahart C et al. The dimensions of perfectionism. *Cognit Ther Res*, 1990. 449-468
23. Geoffroy et al. Fibromyalgie Et Psychiatrie: 35 Ans Plus Tard...Quoi Deneuf?. *Presse Med*, 2011
24. Giesecke T, Gracely RH, Williams DA et al. The relationship between depression, clinical pain, and experimental pain in a chronic pain cohort. *Arthritis Rheum*, 2005. 1577-1584

25. Glombiewski JA, Sawyer AT, Gutermann J et al. Psychological treatments for fibromyalgia : A meta-analysis. *Pain*, 2010. 280-295

26. Goldenberg D, Burckhardt C, Crofford L. Management Of Fibromyalgia Syndrome. *Jama*, 2004. 2388-2395

27. Goldenberg DL, Schaefer CR, Ryan K. What is the true cost of fibromyalgia to our society: results from a cross-sectional survey in the United States. 2009. Paper presented at: American College of Rheumatology. Philadelphia, PA: October 18

28. Gracely RH, Ceko M, Bushnell MC. Fibromyalgia and depression. *Pain research and treatment*, 2012

29. Green SB, Salkind NJ, Akey TM (1999) *Using SPSS for Windows. Analysing and understanding data* (2nd ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.

30. Grodman I, Buskila D, Arnson Y et al. Understanding fibromyalgia and its resultant disability. *The Israel Medical Association journal: IMAJ*, 2011. 769-772

31. Harvey A, Watkins E, Mansell W. Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment. *Oxford, UK: Oxford University Press*, 2004

32. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel AH. Medically Unexplained Physical Symptoms,

Anxiety, And Depression: A Meta-Analytic Review. *Psychosomatic Medicine*, 2003. 528–533

33. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment and association with psychopathology. *J Pers Soc Psychol*. 1991. 456-470

34. Jensen KB, Loitole R, Kosek E et al. Patients with fibromyalgia display less functional connectivity in the brain's pain inhibitory network. *Molecular Pain*, 2012. 8-32

35. Johnson M, Paananen ML, Rahinatti P et al. Depressed fibromyalgia patients are equipped with an emphatic competence dependent self-esteem. *Clinical Rheumatology*, 1997. 485-491

36. Lee YC, Nassikas NJ, Clauw DJ. The role of the central nervous system in the generation and maintenance of chronic pain in rheumatoid arthritis, osteoarthritis and fibromyalgia. *Arthritis Research & Therapy*, 2011. 211-220

37. Macedo A (2012). *Ser ou não ser (perfeito)? Perfeccionismo e Psicopatologia*. Lidel.

38. Maroco J (2003) *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

39. Marques M, Bos S, Soares MJ et al. Is insomnia a risk factor postpartum depression? *Psychiatry Research*, 2011. 272-280

40. Mayer TG, Neblett R, Cohen H. The development and psychometric validation of the central sensitization inventory. *Pain Pract*, 2012. 276-285

41. Mease PJ, Clauw DJ, Arnold LM et al. Fibromyalgia Syndrome. *J. Rheumatol*, 2005. 2270-2277
42. O'Connor D, O'Connor R, Marshall R. Perfectionism and psychological distress: evidence of the mediating effects of rumination. *European Journal of Personality*, 2007. 429-452
43. Pereira AT, Marques M, Soares MJ et al. Worry and rumination: Exploring a brief measure of repetitive thought. *European Psychiatry*, 2012. 1058
44. Preacher KJ, Hayes AF. SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models, *Behav Res Methods Instrum Comput*, 2004. 717-731
45. Raes F et al. Repetitive Negative Thinking predicts depressed mood at 3-year follow-up in students. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 2012. 1-5
46. Ribeiro JP, Marques T. A avaliação do stresse: a propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de stresse. *Psic., Saúde & Doenças*, 2009
47. Schmidt-Wilcke T, Clauw DJ. Fibromyalgia: from pathophysiology to therapy. *Nature reviews. Rheumatology*, 2011. 518-27
48. Segerstrom SC, Roach AR, Evans DR et al. The structure and health correlates of trait repetitive thought in older adults. *Psychol Aging*, 2010. 505-515

49. Shafran R, Mansell W. Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment. *Clin Psychol Rev*, 2001. 879-906
50. Soares MJ, Gomes AA, Macedo AF et al. Escala Multidimensional de Perfeccionismo: adaptação à população portuguesa, *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2003. 46-55
51. Stöber J, Joormann J. Worry, Procrastination, and Perfectionism: Differentiating Amount of Worry, Pathological Worry, Anxiety, and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 2001. 49-60
52. Tabachnick, Fidell, 2007. *Using multivariate statistics* (5th ed). Boston : Allyn and Bacon.
53. Van Houdenhove B, Egle UT. Fibromyalgia: a stress disorder? Piecing the biopsychosocial puzzle together. *Psychotherapy and psychosomatics*, 2004. 267-275
54. Van Houdenhove B, Neerinckx E, Onghena P et al. Premorbid "overactive" lifestyle in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. An etiological factor or proof of good citizenship? *J Psychosom Res*, 2001. 571-576
55. Watkins ER. Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological bulletin*, 2008. 163-206
56. Wells A (2000) *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. New York, NY, US: John Wiley & Sons Ltd.

57. White KP, Harth M, Speechley M et al. Testing an instrument to screen for fibromyalgia syndrome in general population studies: the London Fibromyalgia Epidemiology Study Screening Questionnaire. *Rheumatol*, 1999. 880-884

58. Widiger TA. Personality And Psychopathology. *World Psychiatry*, 2011. 103-106

59. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia - Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*, 1990. 160-172

60. Kempke et al. Unraveling the role of perfectionism in chronic fatigue syndrome: Is there a distinction between adaptive and maladaptive perfectionism? *Psychiatry Research*, 2011

Apêndices