



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

MARIA JOÃO SOUSA MACHADO

PERSONALIDADE, EMOÇÃO E FIBROMIALGIA

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE REUMATOLOGIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DOUTOR JOSÉ ANTÓNIO PEREIRA DA SILVA
PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO FERREIRA DE MACEDO E SANTOS**

MARÇO 2014

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Maria João Sousa Machado

Morada:

Estrada Nacional 105, nº 261

4815-135, Lordelo - Guimarães

E-mail: m.joao.lo@gmail.com

Contacto telefónico: 916478050

Índice

Conteúdo	Página
Abreviaturas	2
Resumo	3
Abstract	5
Introdução	7
Materiais e Métodos	10
<i>Procedimentos e amostra</i>	10
<i>Instrumentos</i>	11
<i>Análise estatística</i>	14
Resultados	15
<i>Comparação de pontuações por grupos</i>	17
<i>Correlações</i>	19
<i>Regressões</i>	25
Discussão e Conclusões	33
Referências bibliográficas	37
Apêndices	

Abreviaturas

ACR - American College of Reumatology
AN - Afeto Negativo
AP - Afeto Positivo
AR - Artrite Reumatoide
C - Grupo de controlos saudáveis
CP - Criticismo Parental_EMP-F
CPP - Classificação Portuguesa das Profissões
DA - Dúvidas sobre as Ações_EMP-F
DEP - Depressão_PoMS
DP - Desvio Padrão
EMP-F - Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost
EMP-H&F - Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett
EP - Expectativas Parentais, EMP_F
EPP - Elevados Padrões Pessoais, EMP_F
ESP - Escala de Stresse Percebido
FAD - Fadiga_PoMS
FIQ - Fibromyalgia Impact Questionnaire
FIQ-R - Fibromyalgia Impact Questionnaire-Revised
FM - Fibromialgia
HOST - Hostilidade_PoMS
IQ - Distância Inter-Quartílica
LD - Limiar de Dor
M - Média
Md - Mediana
NS - Não Significativo
O - Organização, EMP-F
PAO - Perfeccionismo Auto-Orientado, EMP-H&F
PE - Preocupação com os Erros, EMP-F
PoMS - Profile of Mood States
PSP - Perfeccionismo Socialmente Prescrito, EMP-H&F
RLMH - Regressão Linear Múltipla Hierárquica
TA - Tensão-Ansiedade_PoMS
TD - Tolerância à Dor
VA - Vigor-Atividade_PoMS
VD - Variável Dependente
VI - Variável Independente

Resumo

Introdução: A Fibromialgia (FM) é uma síndrome clínica comum, com um impacto importante em termos de qualidade de vida. Pela sua etiopatogenia controversa, é ainda posta em causa enquanto entidade nosológica independente, o que contribui para os moderados resultados terapêuticos atualmente atingidos. Tendo em conta a sua forte ligação com alterações de índole psicológica com um componente de desregulação emocional, o estudo de agentes de vulnerabilidade psicológica poderá identificar fatores de risco, designadamente certos traços de personalidade como o perfeccionismo. Assim, o objetivo deste trabalho é o estudo das relações entre perfeccionismo, dimensões afetivas e FM.

Métodos: Participaram no estudo 109 mulheres, em 3 grupos: amostra clínica (mulheres com FM), controlo clínico (mulheres com Artrite Reumatoide) e controlos saudáveis (mulheres em consulta de rotina de Ginecologia, sem dor crónica). As participantes preencheram questionários selecionados para medir stresse (ESP), estados de humor (PoMS), perfeccionismo (EMP-F e EMP-H&F) e impacto da doença (FIQ-R), e submeteram-se à medição do limiar e tolerância à dor por um dolorímetro.

Resultados: Para a maioria das variáveis de interesse, a amostra clínica apresentou pontuações significativamente diferentes dos grupos AR e Controlo, e estes últimos não se distinguiram entre si. As doentes com FM obtiveram pontuações mais altas no FIQ-R Total e suas dimensões, variáveis de perfeccionismo, ESP e Afeto Negativo medido pela PoMS. Nas variáveis Limiar e Tolerância à Dor e Afeto Positivo, o grupo FM obteve as pontuações mais baixas. Na análise de Regressão Linear Múltipla Hierárquica, as Expectativas Parentais e a Organização, enquanto dimensões de perfeccionismo, revelaram-se preditores do FIQ-R Função e Sintomas em quase todos os modelos testados.

Conclusões: Estes resultados reforçam a relevância da continuação da investigação nesta área, demonstrando a relação significativa entre perfeccionismo, níveis de afeto e FM, e alertam para a necessidade de avaliar traços de personalidade e estados de desregulação emocional no contexto de Síndromes de Sensibilização Central, abrindo novas perspectivas terapêuticas.

Palavras Chave: Fibromialgia, Perfeccionismo, Stresse, Afeto Negativo, Afeto Positivo, Emoção, Sensibilização Central

Abstract

Introduction: Fibromyalgia (FM) is a highly prevalent clinical syndrome, with an important influence in quality of life. Given its controversial etiology and pathogenesis doubt has been cast upon its independence as a nosological entity, which contributes to the current moderate therapeutical results. Since FM is strongly associated with psychological alterations with a component of emotional deregulation the study of vulnerability agents might identify risk factors, such as certain personality traits, namely perfectionism. Therefore, the goal of this study is to explore the relationship between perfectionism, emotional dimensions and FM.

Methods: 109 women participated in this study, in 3 groups: clinical sample (women with FM), clinical controls (women with Rheumatoid Arthritis) and healthy controls (women in a routine Gynaecology consultation, without chronic pain). The participants filled in questionnaires designed to measure stress (ESP), mood states (PoMS), perfectionism (EMP-F and EMP-H&F) and disease impact (FIQ-R), and submitted to the measurement of pain threshold and tolerance with a dolorimeter.

Results: In the majority of variables, the clinical sample obtained significantly different scores from the clinical controls and healthy controls, and these last groups didn't distinguish from one another. The patients with FM had higher scores in FIQ-R Total and its dimensions, perfectionism variables, ESP and negative affect measured by PoMS. In pain threshold and tolerance and positive affect, FM patients obtained the lowest scores. In the Hierarchical Multiple Linear Regression Analysis, Parental Expectations and Organization, as perfectionism dimensions, were predictors of FIQ-R Function and Symptoms in almost every model tested.

Conclusion: These results reinforce the relevance of enduring the investigation in this field, demonstrating the significant relationship between perfectionism, affect and FM, and emphasize the need to access personality traits and emotional deregulation states in the area of Central Sensitization Syndromes, opening new therapeutical perspectives.

Key-Words: Fibromyalgia, Perfeccionism, Stress, Negative Affect, Positive Affect, Emotion, Central Sensitization.

Introdução

A Fibromialgia (FM) é uma síndrome clínica definida desde 1990 pelo *American College of Rheumatology* (ACR) pela presença de dor músculo-esquelética generalizada e crônica, acompanhada por sensibilidade dolorosa à pressão em pelo menos onze de dezoito pontos sensíveis definidos.¹ Frequentemente, é acompanhada de outras manifestações como alterações do sono, fadiga, intolerância ao esforço, dificuldades de concentração, manifestações genito-urinárias, Síndrome do Intestino Irritável, taquicardia e hipotensão ortostática.^{2,3} Estas manifestações somáticas associadas são atualmente contempladas nos critérios de diagnóstico do ACR revistos em 2010.⁴ É também conhecida a relação entre FM e certas dimensões psicológicas, nomeadamente depressivas e de ansiedade.⁵

A FM é uma entidade comum, com uma prevalência estimada de 0.5 a 5% da população geral,^{6,7} sendo um dos diagnósticos mais frequentes em Reumatologia.⁸ Afeta com maior prevalência o sexo feminino, especialmente depois dos 40 anos de idade, apresentando nas mulheres sintomatologia mais rica e maior número de pontos sensíveis comparativamente ao observado no sexo masculino.³

A etiopatogenia da FM é controversa e provavelmente multifatorial. Anomalias a nível do Sistema Nervoso Autónomo e Neuroendócrino, fatores genéticos, variáveis psicossociais e fatores de stresse ambientais são os mecanismos atualmente em estudo.⁹ Nos últimos anos, os contributos da Neuroimagem e da Neurobiologia têm vindo a apontar para alterações ao nível da modulação central da dor como base fisiopatológica desta síndrome, confirmando-se, de forma consistente, a existência de hiperexcitabilidade a estímulos nociceptivos, acompanhada de diminuição da atividade dos sistemas inibitórios descendentes.^{3,9}

No entanto, dada a ausência de anomalias orgânicas objetiváveis, a autonomia da FM como entidade nosológica independente é ainda posta em causa, sendo, por alguns, considerada como doença iatrogénica, isto é, induzida ou reforçada pela legitimação médica.^{10,11}

O sofrimento subjetivo destes doentes afeta de forma importante a sua qualidade de vida e funcionamento sócio-ocupacional,³ conduzindo à frequente procura de cuidados médicos e baixa de produtividade laboral, com um impacto económico significativo.¹²

Os resultados terapêuticos mais satisfatórios, apesar de moderados, são alcançados com o recurso a fármacos anti-depressivos¹³ e terapias cognitivo-comportamentais,¹⁴ sugerindo uma forte ligação entre esta entidade e algumas alterações de índole psicológica, nomeadamente as que envolvem um componente de desregulação emocional. Como referido anteriormente, tem-se verificado a existência de uma elevada comorbilidade entre FM e perturbações emocionais, nomeadamente depressivas e de ansiedade,⁵ tendo também sido evidenciados níveis mais baixos de afeto positivo (AP) e extroversão nestes indivíduos.¹⁵

O stresse tem sido apontado com um fator *major* no desenvolvimento e manutenção da FM.² Assim, o estudo de vulnerabilidades psicológicas que amplifiquem a resposta a eventos stressantes, nomeadamente traços de personalidade pré-mórbida, torna-se crucial para a melhor compreensão dos mecanismos subjacentes a esta síndrome.

Vários autores têm caracterizado os indivíduos com FM como tendo estilos de vida hiperativos e exigentes,¹⁶ com níveis de perfeccionismo mais elevados do que os controlos,¹⁷ observação essa espelhada na prática clínica habitual.

O perfeccionismo é uma dimensão estável da personalidade, caracterizado por Frost *et al* como o estabelecimento de padrões de desempenho excessivamente elevados, acompanhado de autoavaliações demasiado críticas.¹⁸ Nas suas dimensões mal adaptativas¹⁹ está associado a pior saúde física e psíquica, designadamente níveis aumentados de fadiga²⁰ e várias condições

psicopatológicas, nomeadamente do foro afetivo.²¹ Apesar destas evidências, o papel do perfeccionismo na fisiopatologia da FM está ainda por explorar.

Assim, o objetivo deste trabalho é o estudo das relações entre perfeccionismo, dimensões afetivas e FM, mais concretamente: comparar os níveis de perfeccionismo, afeto negativo e afeto positivo entre indivíduos com FM e controlos com e sem dor crónica; analisar o papel destas variáveis (perfeccionismo, afeto negativo e afeto positivo) na perceção e tolerância à dor, bem como o impacto psicossocial da dor em doentes com e sem FM.

Materiais e Métodos

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

Procedimentos e Amostra

O recrutamento das participantes teve lugar num centro de Medicina privada na cidade de Coimbra e no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, tendo sido formados 3 grupos.

- Grupo 1 (Amostra Clínica) - 47 mulheres (43.1%) cumprindo os critérios de diagnóstico de FM do ACR de 1990;¹

- Grupo 2 (Controlo Clínico) - 35 mulheres (32.1%) cumprindo os critérios de Artrite Reumatoide (AR) do ACR de 1987;²²

- Grupo 3 (Controlo) - 27 mulheres (24.8%) seguidas em consulta de rotina de Ginecologia, sem patologia relevante do foro reumatológico, e que responderam negativamente a todas as questões de um inquérito validado para rastreio de dor generalizada.²³

Explicámos a todas as mulheres abordadas os procedimentos e instrumentos a aplicar, e obtivemos consentimento informado antes de qualquer procedimento relacionado com o estudo. Assegurámos a confidencialidade dos dados recolhidos.

Pedimos às participantes o preenchimento de um conjunto de questionários (vd. *Instrumentos*), bem como a submissão a um protocolo de sensibilidade à dor induzida por pressão, adiante descrito.

Os critérios de exclusão aplicados foram os que se seguem:

- sexo masculino;
- idade inferior a 18 anos ou superior a 65 anos;
- perturbação mental grave afetando a capacidade de responder aos inquéritos;
- incapacidade para compreender ou responder às questões em Português;
- recusa do consentimento informado;
- neuropatia conhecida;
- nos grupos 1 e 2, existência de comorbilidade entre FM e AR;
- no grupo 3, soma superior a zero pontos no questionário London Fibromyalgia

Epidemiology Study-Screening Questionnaire, questionário de rastreio de dor generalizada.²³

Para efeito de despiste de dor generalizada foram utilizados os 4 itens relativos à dor. No caso de resposta positiva a uma ou mais questões, foi realizada uma breve entrevista clínica no sentido de esclarecer a natureza do episódio doloroso, admitindo-se ao estudo apenas os casos em que este foi apenas transitório e auto-limitado.

Instrumentos

As participantes preencheram um questionário com questões demográficas e informações básicas de saúde, nomeadamente idade de início de sintomas, idade de diagnóstico e hábitos medicamentosos (quando aplicáveis).

Aplicámos os questionários abaixo descritos na sua versão portuguesa validada, sendo que todos apresentam adequadas qualidades psicométricas excetuando o Fibromyalgia Impact Questionnaire-Revised (FIQ-R), do qual utilizámos uma versão experimental que se encontra em processo de validação.^{24,25,26,27}

Todos foram preenchidos autonomamente pela participante, no seu domicílio, sendo enviados por correio para o investigador.

1. Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett (EMP-H&F)²⁸

Foi utilizada a versão portuguesa da EMP-H&F,²⁷ com 32 itens, tendo sido consideradas separadamente as dimensões *Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP)* e *Perfeccionismo Auto-Orientado (PAO)*.

2. Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (EMP-F)²⁹

Utilizámos a versão portuguesa reduzida da EMP-F,³⁰ com 24 itens, tendo-se avaliado as dimensões *Elevados Padrões Pessoais (EPP)*, *Dúvidas sobre as Ações (DA)*, *Preocupações com os Erros (PE)*, *Expectativas Parentais (EP)*, *Criticismo Parental (CP)* e *Organização (O)*.

3. Perfil de Estados de Humor (Profile of Mood States - PoMS)²⁵

Foi utilizada uma versão do PoMS composta por 58 itens, que avalia cinco dimensões: *Tensão-Ansiedade (TA)*, *Hostilidade (HOST)*, *Fadiga-Inércia (FAD)*, *Depressão (DEP)* e *Vigor-Atividade (VA)*.

A soma das pontuações nas dimensões TA, HOST, FAD e DEP foi utilizada como medida de *Afeto Negativo (AN)* e a dimensão VA como medida de *Afeto Positivo*.

4. Escala de Stresse Percebido (ESP)³¹

Escala utilizada para avaliar a perceção de stresse, composta por 12 itens.

5. Questionário de Impacto da Fibromialgia - Revisto (Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire - FIQ-R)^{32,33}

Foi utilizada a versão portuguesa preliminar do FIQ-R, composta por 21 itens relativos aos domínios originais de Função, Impacto Global e Sintomas (Apêndice I).

O FIQ-R foi desenvolvido por Bennett et al. em 2009 para colmatar deficiências detetadas no instrumento original, tendo sido reformuladas as questões do domínio *Função*, acrescentados itens na dimensão *Sintomas* no sentido de abranger *tenderness*, sensibilidade ao ambiente, equilíbrio e memória, e simplificada a cotação das questões. Deste esforço resultou um instrumento mais completo, cuja versão portuguesa esperamos poder validar no final do projeto em que se inseriu o estudo aqui relatado.

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

Protocolo de medição da sensibilidade à dor sob pressão

Recorrendo a um dolorímetro validado,³⁴ aplicámos uma pressão de intensidade crescente no leito ungueal do polegar da mão não dominante. Registámos um valor inicial, correspondente à pressão (em Kg/cm²) necessária para desencadear uma resposta dolorosa (*limiar de dor - LD*), e um valor final, correspondente à pressão requerida para atingir o limite de tolerabilidade (*tolerância à dor - TD*). Cada uma destas dimensões foi representada pela média de 3 medições efetuadas.

Análise Estatística

A análise foi realizada utilizando o programa informático *SPSS-statistics 21*.

Utilizámos estatísticas descritivas para caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra. Recorremos a análises de fidelidade (consistência interna) para estudo das propriedades psicométricas dos questionários, cujos coeficientes (*alpha de Cronbach*) para cada uma das medidas, tanto para a amostra total como para os grupos individuais, se mostraram de um modo geral muito bons (Apêndice III).

Utilizámos testes não paramétricos para estudo da relação entre variáveis e comparação de pontuações entre grupos, e realizámos análises de regressão hierárquica) e de mediação.

Resultados

Das 140 mulheres que aceitaram participar no estudo entre Setembro de 2012 e Janeiro de 2014 devolveram os questionários preenchidos 109 (77.86%).

Na tabela 1 apresentamos a distribuição das variáveis sócio-demográficas e clínicas da amostra total e por grupo.

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

	FM	AR	C	Total [§]
	n=47 (43.1%)	n=35 (32.1%)	n=27 (24.8%)	N=109
	M (DP; variação)	M (DP; variação)	M (DP; variação)	M (DP; variação)
Idade média	46.94 (13.006;19-65)	46.30 (9.923; 21-65)	45.67 (12.035; 23-64)	46.42 (11.787;19-65)
$X^2 = .463; p = .793 (NS)^{\Phi}$				
Idade de início da doença	32.75 (12.714;10-65)	36.76 (9.973; 16-58)	-	34.50 (11.700;10-65)
$U = 597.000; p = .128 (NS)^{\Delta}$				
Escolaridade média	11.51 (5.102; 4-22)	11.94 (5.51; 4-19)	12.96 (3.768; 4-19)	12.01 (4.933; 4-22)
$X^2 = 1.337; p = .513 (NS)^{\Phi}$				
	n (%)	n (%)	n (%)	Total (%)
Estado civil				
Solteira	8 (17.0%)	1 (2.9%)	6 (22.2%)	15 (13.8%)
Casada/comunhão de facto	35 (74.5%)	33 (94.3%)	18 (66.7%)	86 (78.9%)
Divorciada/separada	3 (6.4%)	-	2 (7.4%)	5 (4.6%)
Viúva	1 (2.1%)	1 (2.9%)	1 (3.7%)	3 (2.8%)
Situação perante o trabalho				
A trabalhar	30 (63.8%)	30 (85.7%)	19 (70.4%)	79 (72.5%)
Desempregada	10 (21.3%)	4 (11.4%)	4 (14.8%)	18 (16.5%)
De baixa/atestado	5 (10.6%)	-	1 (3.7%)	6 (5.5%)
Reformada	2 (4.3%)	1 (2.9%)	3 (11.1%)	6 (5.5%)
Grupo profissional*				
1	1 (2.1%)	1 (3%)	1 (3.7%)	3 (2.8%)
2	13 (27.7%)	8 (24.9%)	8 (29.6%)	29 (27.1%)
3	2 (4.3%)	2 (6.1%)	3 (11.1%)	7 (6.5%)
4	3 (6.4%)	7 (21.2%)	8 (29.6%)	18 (16.8%)
5	6 (12.8%)	3 (9.1%)	1 (3.7%)	10 (9.3%)
6	-	1 (3.0%)	-	1 (0.9%)
7	3 (6.4%)	4 (12.1%)	1 (3.7%)	8 (7.5%)
8	1 (2.1%)	1 (3%)	1 (3.7%)	3 (2.8%)
9	4 (8.5%)	1 (3%)	1 (3.7%)	6 (5.6%)
10	6 (12.8%)	3 (9.1%)	1 (3.7%)	10 (9.3%)
11	3 (6.4%)	-	-	3 (2.8%)
12	2 (6.4%)	1 (3%)	1 (3.7%)	4 (3.7%)
13	3 (6.4%)	1 (3%)	1 (3.7%)	5 (4.7%)

Legenda:

n: número absoluto; M: Média; DP: Desvio padrão; NS: não significativo

[§] somas inferiores ao tamanho da amostra devido a respostas omissas^Φ Teste de Kruskal Wallis^Δ Teste de U de Mann-Whitney

* segundo a Classificação Portuguesa das Profissões - CPP (Apêndice IV)

Comparação de pontuações por grupos

Efectuámos a comparação das pontuações totais e dimensionais relativas às variáveis de interesse com recurso ao Teste de *Kruskal-Wallis*. Uma vez que este teste não indica entre que grupos se verificam as diferenças observadas, utilizámos o teste *U de Mann-Whitney* para as localizar.

Procedemos então à comparação de pares de grupos (1 vs. 2; 1 vs. 3; 2 vs. 3) para as variáveis com diferença estatisticamente significativa.

Todos estes resultados se apresentam na Tabela 2.

Tabela 2: Comparação das pontuações totais e dimensionais das variáveis de interesse

	FM	AR	C	Teste de Kruskal-Wallis		Teste U de Mann-Whitney
	M (DP) Md (IIQ)	M (DP) Md (IIQ)	M (DP) Md (IIQ)	χ^2	p	Comparação de médias ¹
Limiar de dor	5.10 (2.057) 5.13 (3.07)	6.00 (2.113) 5.99 (3.11)	6.70 (1.360) 6.70 (2.20)	8.982	0.011	1<3*
Tolerância à dor	8.45 (3.232) 7.64 (5.05)	9.49 (2.52) 9.47 (3.10)	9.38 (1.864) 9.29 (2.36)	6.328	0.042	1<2*
FIQ-R Função	51.59 (23.259) 59.00 (38.50)	14.82 (19.341) 9.00 (17.50)	6.55 (11.194) 0.00 (6.75)	58.000	< 0.001	1>2**; 1>3** 2>3*
FIQ-R Impacto	10.05 (6.730) 10.00 (12.00)	3.06 (4.307) 1.00 (4.00)	1.05 (2.516) 0.00 (0.25)	42.233	< 0.001	1>2**; 1>3** 2>3*
FIQ-R Sintomas	65.61 (17.503) 66.00 (27.00)	25.36 (15.137) 23.00 (21.50)	22.14 (17.425) 17.50 (22.50)	60.777	< 0.001	1>2** 1>3**
FIQ-R Total	127.24 (42.125) 127.00 (57.00)	43.24 (35.511) 33.00 (39.00)	29.73 (27.929) 20.00 (28.25)	62.190	< 0.001	1>2** 1>3**
PAO (H&F)	77.32 (16.329) 80.00 (18.50)	78.00 (14.549) 77.00 (20.50)	74.14 (15.64) 77.50 (25.00)	0.220	0.896	NS
PSP (H&F)	62.63 (12.257) 64.00 (18.50)	57.24 (11.845) 58.00 (14.00)	50.59 (14.786) 54.50 (22.00)	8.573	0.014	1>3*
EMP-H&F total	139.95 (26.135) 145.00 (37.00)	135.24 (22.914) 137.00 (26.50)	124.73 (26.64) 126.00 (27.25)	3.355	0.187	NS
PE	10.46 (3.762) 11.00 (5.50)	8.90 (2.73) 9.00 (4.50)	6.86 (2.08) 7.50 (3.50)	10.496	0.005	1>3* 2>3*
EPP	11.78 (3.984) 11.00 (6.50)	11.82 (2.377) 12.00 (4.00)	10.50 (3.460) 11.00 (4.25)	0.515	0.773	NS
DA	10.05 (3.660) 9.00 (4.00)	8.91 (3.215) 8.00 (5.00)	7.73 (2.472) 8.00 (3.50)	4.337	0.114	NS
EP	10.70 (5.07) 9.00 (6.00)	8.51 (2.81) 8.00 (3.00)	7.95 (3.35) 8.00 (6.25)	5.502	0.064*	1>2 ^ψ ; 1>3*
CP	10.80 (4.900) 10.00 (8.50)	7.67 (2.825) 8.00 (4.50)	7.32 (3.630) 6.50 (6.25)	9.527	0.009	1>2*; 1>3*
O	16.39 (2.616) 16.00 (3.50)	16.70 (2.215) 16.00 (3.00)	16.23 (2.349) 16.00 (4.25)	0.212	0.900	NS
EMP-F total	53.80 (15.667) 54.00 (28.00)	45.82 (10.44) 46.00 (14.50)	40.36 (11.163) 40.50 (19.25)	10.735	0.005	1>2*; 1>3*
TA	19.39 (8.084) 21.00 (10.50)	10.00 (4.730) 9.00 (7.00)	10.45 (5.396) 9.50 (5.50)	27.708	< 0.001	1>2**; 1>3**
DEP	24.56 (14.388) 22.00 (18.50)	8.33 (7.744) 6.00 (12.00)	8.62 (6.751) 5.50 (11.00)	33.293	< 0.001	1>2**; 1>3**
HOST	18.49 (12.258) 16.00 (19.00)	6.58 (4.776) 6.00 (8.00)	6.68 (5.384) 7.50 (8.25)	26.806	< 0.001	1>2**; 1>3**
FAD	16.12 (6.626) 16.00 (9.00)	6.45 (3.75) 6.00 (3.50)	6.18 (4.031) 5.00 (5.75)	47.350	< 0.001	1>2**; 1>3**
AP	13.00 (6.000) 12.00 (5.00)	16.67 (5.883) 18.00 (9.50)	18.50 (4.678) 19.00 (7.25)	15.906	< 0.001	1<2**; 1>3**
AN	78.56 (38.002) 76.00 (54.00)	31.36 (18.896) 25.00 (24.50)	31.95 (19.355) 28.50 (28.75)	38.604	< 0.001	1>2**; 1>3**
ESP	22.80 (6.121) 23.00 (9.00)	18.09 (6.502) 18.00 (9.50)	15.68 (6.305) 14.50 (10.25)	19.772	< 0.001	1>2*; 1>3**

Legenda:

M: Média; DP: Desvio Padrão; Md: Mediana; IIQ: Distância Inter-Quartílica.

**: $p < 0.001$; *: $p \leq 0.05$; ψ : $p = 0.59$; NS: Não Significativo¹ De forma a evitar erros do tipo 1, aplicámos a correcção de Bonferroni, que consiste em dividir o valor de pelo número de comparações pareadas (Green e tal., 1999).

Analisando a Tabela 2 concluímos que, para a maioria das variáveis, o Grupo 1 apresenta pontuações significativamente diferentes dos Grupos 2 e 3, e que estes dois últimos grupos não se distinguem significativamente entre si. Este facto verifica-se nas variáveis FIQ-R Sintomas, FIQ-R Total, EP, CP, EMP-F total, TA, Depressão, Hostilidade, Fadiga, AN e ESP, em que o Grupo 1 teve as pontuações mais elevadas; e na variável AP, em que o Grupo 1 teve as pontuações mais baixas.

Relativamente às variáveis FIQ-R Função e FIQ-R Impacto, todos os grupos se distinguiram entre si, tendo o Grupo 1 as pontuações mais altas, seguindo-se o Grupo 2 e finalmente o Grupo 3.

As variáveis LD e PSP apenas se distinguiram entre os Grupos 1 e 3, sendo as pontuações do Grupo 1 mais baixas de LD, e mais altas de PSP. A variável TD distinguiu-se com pontuações mais altas do Grupo 2 em relação ao Grupo 1, e a variável PE distinguiu-se com pontuações mais altas do Grupo 1 em relação ao 3, e do 2 em relação ao 3.

Correlações

As tabelas seguintes apresentam os coeficientes de correlação de *Spearman* entre todas as variáveis separadamente para as doentes com FM (Tabela 3.1), AR (Tabela 3.2) e Controlos (Tabela 3.3). O padrão de correlações foi também analisado para a amostra total (Tabela 3.4), sendo que neste caso acrescentámos a variável Grupo (FM vs. AR vs. C).

Tabelas 3. Coeficientes de correlação de Spearman

Tabela 3.1: Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis – FM

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	1																						
2	0.87**	1																					
3	NS	NS	1																				
4	NS	NS	0.49**	1																			
5	NS	NS	0.78**	0.54**	1																		
6	NS	NS	0.94**	0.65**	0.9**	1																	
7	NS	NS	NS	NS	0.33*	NS	1																
8	NS	NS	0.32*	NS	0.38*	0.31*	0.65**	1															
9	NS	NS	NS	NS	0.39**	NS	0.92**	0.88**	1														
10	NS	NS	NS	NS	NS	NS	0.64**	0.67**	0.69**	1													
11	NS	NS	0.38**	NS	0.31*	0.38*	0.64**	0.53**	0.64**	0.55**	1												
12	NS	NS	0.33*	NS	0.34*	0.37*	0.40**	0.45**	0.43**	0.61**	NS	1											
13	NS	NS	0.49**	NS	0.40**	0.51*	0.35*	0.36*	0.39**	0.32*	0.52**	0.93**	1										
14	NS	NS	NS	NS	NS	NS	0.53*	0.49**	0.53**	0.54*	0.53**	0.44**	0.53**	1									
15	NS	NS	0.43**	NS	0.41**	0.39**	NS	1															
16	NS	NS	0.41**	NS	0.37*	0.41**	0.67**	0.64**	0.71**	0.78**	0.76**	0.67**	0.73**	0.82**	NS	1							
17	NS	NS	0.49**	0.39*	0.66**	0.58**	NS	0.39**	0.34*	NS	0.37*	0.30*	NS	NS	0.34*	0.30*	1						
18	NS	NS	0.51**	0.47*	0.69**	0.62**	NS	0.45**	0.37*	0.35*	0.36*	0.38*	NS	NS	NS	0.39**	0.87**	1					
19	NS	NS	0.45**	0.34*	0.52**	0.56**	NS	0.33**	0.32*	0.38*	0.44*	NS	NS	0.29*	0.30*	0.37*	0.83**	0.83**	1				
20	NS	NS	0.47**	0.63*	0.61**	0.62**	NS	0.37*	0.33*	0.33*	0.34*	0.33*	0.31*	0.30*	NS	0.43*	0.65**	0.78**	0.63**	1			
21	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	-.43**	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	1	
22	NS	NS	0.52**	0.45**	0.68**	0.64**	NS	0.42**	0.38**	0.36*	0.42**	0.42**	NS	NS	NS	0.39**	0.92**	0.96**	0.96**	0.81**	NS	NS	1
23	NS	NS	NS	0.45**	0.40**	0.31*	NS	0.38**	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	0.60**	0.67**	0.67**	0.62**	NS	0.63**	1

Legenda: 1. Limiar de dor (média); 2. Tolerância à dor (média); 3. FIQ-R função; 4. FIQ-R impacto; 5. FIQ-R sintomas; 6. FIQ-R total; 7. PAO (EMP-H&F); 8. PSP (EMP-H&F); 9. EMP-H&F total; 10. Preocupações com os Erros (EMP-F); 11. Elevados Padrões Pessoais (EMP-F); 12. Dúvidas sobre as Acções (EMP-F); 13. Expectativas Parentais (EMP-F); 14. Criticismo Parental (EMP-F); 15. Organização (EMP-F); 16. EMP-F total; 17. Tensão-Ansiedade (PoMS); 18. Depressão (PoMS); 19. Hostilidade (PoMS); 20. Fadiga-Inércia (PoMS); 21. Afecto positivo: Vigor-Actividade (PoMS); 22. Afecto Negativo: Tensão-Ansiedade + Depressão + Hostilidade + Fadiga-Inércia (PoMS); 23. ESP; NS: Não significativo; *p<0.05; ** p<0.01

Tabela 3.2: Coeficientes de correlação de *Spearman* entre as variáveis – AR

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	1																						
2	0.73*	1																					
3	-0.35*	-0.37*	1																				
4	NS	NS	0.78**	1																			
5	NS	NS	0.62**	0.72**	1																		
6	NS	NS	0.6**	0.84**	0.91**	1																	
7	NS	NS	NS	NS	NS	NS	1																
8	NS	NS	NS	NS	NS	NS	0.40*	1															
9	NS	NS	NS	NS	NS	NS	0.89*	0.72**	1														
10	-0.35*	-0.35*	NS	NS	0.35*	NS	0.51**	0.54**	0.65**	1													
11	NS	NS	NS	NS	NS	NS	0.35*	0.42*	0.44**	NS	1												
12	NS	NS	NS	NS	0.43**	NS	NS	0.58**	0.54**	0.72**	NS	1											
13	NS	NS	0.46**	0.50**	0.60**	0.57**	NS	0.50**	0.42*	0.57**	NS	0.58**	1										
14	NS	NS	0.51**	0.42*	0.52**	0.55**	NS	0.52**	NS	0.45**	NS	0.50**	0.76*	1									
15	NS	NS	-0.37*	-0.37*	NS	-0.37*	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	1								
16	-0.36*	NS	0.36*	0.42*	0.50**	0.44*	0.46**	0.70**	0.65**	0.80**	0.43*	0.78**	0.86**	0.75**	NS	1							
17	NS	NS	NS	NS	0.52*	0.47**	NS	0.44**	NS	NS	NS	0.40*	0.47**	0.48**	NS	0.51**	1						
18	NS	NS	0.35*	0.35*	0.72**	0.61**	NS	0.39*	NS	0.36*	0.35*	0.47**	0.61**	0.53**	NS	0.60**	0.68**	1					
19	NS	NS	NS	NS	0.53**	0.43*	NS	0.37*	NS	0.35*	0.38*	0.36*	0.51**	0.49**	NS	0.53**	0.79**	0.82**	1				
20	NS	NS	NS	NS	0.49**	0.40*	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	0.62**	0.64**	0.58*	1			
21	NS	NS	NS	NS	-0.43*	-0.39*	NS	-0.42*	NS	NS	NS	-0.57*	-0.49*	-0.60*	NS	-0.44*	NS	-0.38*	NS	NS	1		
22	NS	NS	NS	NS	0.61**	0.52*	NS	0.41*	NS	NS	0.36*	0.42*	0.54**	0.53**	NS	0.56**	0.89**	0.88*	0.93**	0.75**	NS	1	
23	NS	NS	NS	NS	0.63**	0.51**	NS	0.39*	NS	0.42*	NS	0.49*	0.50**	0.52**	NS	0.56**	0.75**	0.77**	0.75**	0.43*	NS	0.79**	1

Legenda: 1. Limiar de dor (média); 2. Tolerância à dor (média); 3. FIQ-R função; 4. FIQ-R impacto; 5. FIQ-R sintomas; 6. FIQ-R total; 7. PAO (EMP-H&F); 8. PSP (EMP-H&F); 9. EMP-H&F total; 10. Preocupações com os Erros (EMP-F); 11. Elevados Padrões Pessoais (EMP-F); 12. Dúvidas sobre as Acções (EMP-F); 13. Expectativas Parentais (EMP-F); 14. Criticismo Parental (EMP-F); 15. Organização (EMP-F); 16. EMP-F total; 17. Tensão-Ansiedade (PoMS); 18. Depressão (PoMS); 19. Hostilidade (PoMS); 20. Fadiga-Inércia (PoMS); 21. Afecto positivo: Vigor-Actividade (PoMS); 22. Afecto Negativo: Tensão-Ansiedade + Depressão + Hostilidade + Fadiga-Inércia (PoMS); 23. ESP
NS: Não Significativo; *p<0.05; ** p<0.01

Tabela 3.3: Coeficientes de correlação de *Spearman* entre as variáveis – C

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	1																						
2	0.72**	1																					
3	NS	NS	1																				
4	NS	NS	0.43*	1																			
5	NS	NS	NS	0.38*	1																		
6	NS	NS	0.51**	0.54**	0.94**	1																	
7	NS	NS	NS	NS	NS	NS	1																
8	NS	NS	NS	NS	NS	NS	0.56**	1															
9	NS	NS	NS	NS	NS	NS	0.87**	0.87**	1														
10	NS	NS	NS	0.42*	0.48*	0.45*	0.41*	0.65**	0.61**	1													
11	NS	NS	NS	NS	NS	NS	0.50*	NS	0.43*	NS	1												
12	NS	NS	NS	0.46*	0.43*	0.40*	NS	0.41*	0.47*	0.59**	NS	1											
13	NS	NS	NS	NS	0.50*	0.46*	NS	0.63**	0.55**	0.70**	0.52*	0.55*	1										
14	NS	NS	NS	NS	0.66*	0.60*	NS	NS	NS	0.68**	NS	0.56*	0.52*	1									
15	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	1								
16	NS	NS	NS	NS	0.54**	0.54**	NS	0.48*	0.46*	0.79**	0.61**	0.76**	0.86**	0.75**	NS	1							
17	NS	NS	NS	NS	0.61*	0.57**	NS	NS	NS	0.47*	0.55**	0.61**	0.63**	0.63**	NS	0.80**	1						
18	NS	NS	NS	NS	0.65**	0.62**	NS	NS	NS	0.68**	NS	0.65**	0.57**	0.74**	NS	0.76**	0.76**	1					
19	NS	NS	NS	NS	0.61*	0.60**	NS	NS	NS	NS	0.41*	0.54**	NS	0.62**	NS	0.61**	0.83**	0.76**	1				
20	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	0.49*	0.55**	0.41*	NS	NS	NS	NS	NS	0.47**	0.47*	NS	0.41*	1			
21	NS	NS	NS	-0.45*	NS	NS	NS	NS	NS	-0.5**	NS	NS	NS	-0.40*	NS	NS	NS	-0.6**	NS	NS	1		
22	NS	NS	NS	NS	0.65**	0.61**	NS	NS	NS	0.56**	0.46*	0.63**	0.59**	0.72**	NS	0.79**	0.92**	0.91**	0.91*	0.53**	NS	1	
23	NS	NS	NS	0.44*	0.59*	0.54**	NS	0.45*	NS	0.62**	NS	0.64**	0.61**	0.60**	NS	0.67**	0.54**	0.57**	0.40*	NS	NS	0.54**	1

Legenda: **1.** Limiar de dor (média); **2.** Tolerância à dor (média); **3.** FIQ-R função; **4.** FIQ-R impacto; **5.** FIQ-R sintomas; **6.** FIQ-R total; **7.** PAO (EMP-H&F); **8.** PSP (EMP-H&F); **9.** EMP-H&F total; **10.** Preocupações com os Erros (EMP-F); **11.** Elevados Padrões Pessoais (EMP-F); **12.** Dúvidas sobre as Acções (EMP-F); **13.** Expectativas Parentais (EMP-F); **14.** Criticismo Parental (EMP-F); **15.** Organização (EMP-F); **16.** EMP-F total; **17.** Tensão-Ansiedade (PoMS); **18.** Depressão (PoMS); **19.** Hostilidade (PoMS); **20.** Fadiga-Inércia (PoMS); **21.** Afecto positivo: Vigor-Actividade (PoMS); **22.** Afecto Negativo: Tensão-Ansiedade + Depressão + Hostilidade + Fadiga-Inércia (PoMS); **23.** ESP
 NS: Não Significativo; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Tabela 3.4: Coeficientes de correlação de *Spearman* entre as variáveis – AMOSTRA TOTAL

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1	1																							
2	<u>0.79</u>	1																						
3	<u>-0.26</u>	-0.21	1																					
4	<u>-0.32</u>	<u>-0.27</u>	<u>0.79</u>	1																				
5	<u>-0.26</u>	NS	<u>0.83</u>	<u>0.77</u>	1																			
6	<u>-0.28</u>	-0.21	<u>0.93</u>	<u>0.84</u>	<u>0.97</u>	1																		
7	NS	NS	NS	NS	NS	NS	1																	
8	NS	NS	<u>0.34</u>	<u>0.33</u>	<u>0.41</u>	<u>0.39</u>	<u>0.54</u>	1																
9	NS	NS	0.22	NS	<u>0.26</u>	0.24	<u>0.89</u>	<u>0.85</u>	1															
10	-0.21	NS	<u>0.35</u>	<u>0.34</u>	<u>0.40</u>	<u>0.39</u>	<u>0.54</u>	<u>0.66</u>	<u>0.69</u>	1														
11	NS	NS	NS	NS	NS	NS	<u>0.53</u>	<u>0.41</u>	<u>0.54</u>	NS	1													
12	NS	NS	<u>0.32</u>	<u>0.31</u>	<u>0.39</u>	<u>0.38</u>	<u>0.36</u>	<u>0.52</u>	<u>0.51</u>	<u>0.64</u>	0.23	1												
13	NS	NS	<u>0.43</u>	<u>0.33</u>	<u>0.48</u>	<u>0.49</u>	<u>0.32</u>	<u>0.50</u>	<u>0.46</u>	<u>0.49</u>	<u>0.47</u>	<u>0.51</u>	1											
14	NS	NS	<u>0.43</u>	<u>0.30</u>	<u>0.50</u>	<u>0.49</u>	0.23	<u>0.50</u>	<u>0.42</u>	<u>0.56</u>	<u>0.31</u>	<u>0.51</u>	<u>0.62</u>	1										
15	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	0.22	<u>0.25</u>	NS	0.23	NS	NS	NS	1									
16	-0.23	NS	<u>0.49</u>	0.41	0.53	<u>0.53</u>	0.51	<u>0.68</u>	<u>0.69</u>	<u>0.81</u>	<u>0.61</u>	<u>0.74</u>	<u>0.81</u>	<u>0.80</u>	NS	1								
17	<u>-0.28</u>	-0.23	<u>0.55</u>	<u>0.45</u>	<u>0.69</u>	<u>0.65</u>	NS	<u>0.43</u>	<u>0.35</u>	<u>0.38</u>	<u>0.35</u>	<u>0.43</u>	<u>0.44</u>	<u>0.44</u>	NS	<u>0.53</u>	1							
18	<u>-0.28</u>	-0.24	<u>0.61</u>	<u>0.54</u>	<u>0.77</u>	<u>0.73</u>	NS	<u>0.47</u>	<u>0.36</u>	<u>0.48</u>	<u>0.30</u>	<u>0.48</u>	<u>0.50</u>	<u>0.51</u>	NS	<u>0.60</u>	<u>0.85</u>	1						
19	<u>-0.29</u>	-0.24	<u>0.53</u>	<u>0.45</u>	<u>0.65</u>	<u>0.63</u>	NS	<u>0.36</u>	<u>0.31</u>	<u>0.45</u>	<u>0.36</u>	<u>0.42</u>	<u>0.42</u>	<u>0.49</u>	NS	<u>0.56</u>	<u>0.85</u>	<u>0.86</u>	1					
20	<u>-0.32</u>	<u>-0.27</u>	<u>0.62</u>	<u>0.58</u>	<u>0.71</u>	<u>0.69</u>	0.21	<u>0.45</u>	<u>0.36</u>	<u>0.38</u>	0.23	<u>0.36</u>	<u>0.43</u>	<u>0.39</u>	NS	<u>0.51</u>	<u>0.72</u>	<u>0.79</u>	<u>0.70</u>	1				
21	NS	NS	<u>-0.44</u>	<u>-0.45</u>	<u>-0.48</u>	<u>-0.49</u>	NS	<u>-0.35</u>	NS	<u>-0.36</u>	NS	<u>-0.43</u>	-0.22	<u>-0.28</u>	NS	<u>-0.30</u>	<u>-0.29</u>	<u>-0.47</u>	<u>-0.37</u>	<u>-0.38</u>	1			
22	<u>-0.32</u>	<u>-0.26</u>	<u>0.62</u>	<u>0.53</u>	<u>0.77</u>	<u>0.73</u>	0.20	<u>0.46</u>	<u>0.37</u>	<u>0.46</u>	<u>0.35</u>	<u>0.46</u>	<u>0.49</u>	<u>0.51</u>	NS	<u>0.60</u>	<u>0.93</u>	<u>0.96</u>	<u>0.92</u>	<u>0.85</u>	<u>-0.41</u>	1		
23	NS	NS	<u>0.44</u>	<u>0.53</u>	<u>0.62</u>	<u>0.57</u>	NS	<u>0.46</u>	<u>0.26</u>	<u>0.42</u>	0.19	<u>0.39</u>	<u>0.41</u>	<u>0.41</u>	NS	<u>0.51</u>	<u>0.67</u>	<u>0.72</u>	<u>0.61</u>	<u>0.59</u>	<u>-0.31</u>	<u>0.71</u>	1	
24	<u>0.29</u>	0.20	<u>-0.73</u>	<u>-0.63</u>	<u>-0.714</u>	<u>-0.75</u>	NS	<u>-0.28</u>	NS	<u>-0.29</u>	NS	-0.19	-0.23	<u>-0.29</u>	NS	<u>-0.32</u>	<u>-0.45</u>	<u>-0.50</u>	<u>-0.45</u>	<u>-0.64</u>	<u>0.39</u>	<u>-0.55</u>	<u>-0.42</u>	1

Legenda: **1.** Limiar de dor (média); **2.** Tolerância à dor (média); **3.** FIQ-R função; **4.** FIQ-R impacto; **5.** FIQ-R sintomas; **6.** FIQ-R total; **7.** PAO (EMP-H&F); **8.** PSP (EMP-H&F); **9.** EMP-H&F total; **10.** Preocupações com os Erros (EMP-F); **11.** Elevados Padrões Pessoais (EMP-F); **12.** Dúvidas sobre as Acções (EMP-F); **13.** Expectativas Parentais (EMP-F); **14.** Criticismo Parental (EMP-F); **15.** Organização (EMP-F); **16.** EMP-F total; **17.** Tensão-Ansiedade (PoMS); **18.** Depressão (PoMS); **19.** Hostilidade (PoMS); **20.** Fadiga-Inércia (PoMS); **21.** Afecto positivo: Vigor-Actividade (PoMS); **22.** Afecto Negativo: Tensão-Ansiedade + Depressão + Hostilidade + Fadiga-Inércia (PoMS); **23.** ESP; **24.** Grupo (FM vs AR vs C).

NS: Não significativo; Valores sem sublinhado indicam $p < 0.05$; valores sublinhados indicam $p < 0.01$

Analisando as Tabelas 3, concluímos que a FIQ-R Total e sub-escalas se correlacionam entre si em todos os grupos.

Como aspectos mais relevantes salienta-se que, no grupo de doentes com FM, todas as sub-escalas do FIQ-R se correlacionam significativamente com as dimensões e compósito do AN. Correlacionam-se com as dimensões do perfeccionismo a FIQ-R Total e as sub-escalas Função e Sintomas, nomeadamente com as variáveis EPP, DA, EP, O e EMP-F total. A FIQ-R Sintomas relaciona-se ainda com o PAO, e FIQ-R Total, Função e Sintomas relacionam-se com o PSP.

À exceção da sub-escala Função, todas as sub-escalas e o FIQ-R Total se relacionam com a ESP.

No que diz respeito à PoMS, relaciona-se de um modo geral com FIQ-R Sintomas e Total.

Nos grupos FM e Controlos, as variáveis LD e TD correlacionam-se apenas entre si. No grupo de doentes com AR, LD e TD correlacionam-se entre si, com FIQ-R Função e com PE. LD correlaciona-se ainda com a EMP-F. Na amostra total, LD e TD relacionam-se entre si, e ainda com FIQ-R Função, FIQ-R Impacto, FIQ-R Total, TA, DEP, HOST, FAD, AN, e com a variável Grupo. O LD relaciona-se ainda com FIQ-R Sintomas e EMP-F total.²

² Os coeficientes de correlação entre as restantes variáveis foram calculados para garantir o cumprimento dos pressupostos da multicolinearidade.

Regressões

Amostra de doentes com Fibromialgia

Recorremos à análise de *Regressão Linear Múltipla Hierárquica* (RLMH) para averiguar quanta da variância da FIQ-R_Total e das suas dimensões (variáveis dependentes, VD) pode ser explicada pelo conjunto das variáveis correlacionadas (variáveis independentes, VI) (ver Tabela 3.1).

Testámos diversos modelos, tendo em conta as variáveis correlacionadas com as respectivas VD's. Começámos por testar blocos em que incluímos o AN e, separadamente, as dimensões de perfeccionismo correlacionadas com a VD. Posteriormente testámos modelos em que, em vez do AN, introduzimos nas equações cada uma das dimensões da PoMS (TA, Depressão, Hostilidade e Fadiga), em separado. Para as VD's que se correlacionaram com a perceção de stresse, esta variável também foi incluída nos modelos de regressão.³

1. VD: FIQ-R Função

As variáveis correlacionadas com a FIQ-R Função na amostra de doentes com FM foram: PSP, EPP, DA, EP, O, TA, Depressão, Hostilidade, Fadiga e AN.

1.1. Procedemos à formulação de modelos em que incluímos o AN e cada uma das variáveis do perfeccionismo. Além do AN, apenas a Organização e as EP se revelaram preditores significativos.

³ Sendo a ausência de multicolinearidade um dos principais pressupostos da análise de regressão, examinámos os valores referentes à sua intensidade, através de: *Tolerância*, *Variance Inflation Factor* (VIF), *Condition Index* e teste de *Durbin-Watson*. Também no sentido de cumprir este pressuposto, garantimos que as potenciais VI's não apresentassem coeficientes de correlação elevados (>.50) entre si (Pallant et al).

1.1.1. O modelo constituído pelo AN e pelas EP explicou 34.4% da VD [$R^2=.344/Adjusted R^2=.313$; $F(2;42)=11.003$, $p<.001$]. Não só o AN ($\beta=.437$; $p=.001$; CCP=22.09%⁴) como também as EP ($\beta=.330$; $p=.012$; CCP=13.98%) foram preditores significativos. Através da RLMH, testámos se a dimensão EP continua a poder ser considerada preditora da VD, após controlar o AN. Verificou-se que as EP, inseridas após o AN, incrementam significativamente ($p<.001$) a variância do modelo em 10.7%.

1.1.2. O modelo constituído pelo AN e pela Organização explicou 33.5% [$R^2=.335/Adjusted R^2=.304$; $F(2;42)=10.600$, $p<.001$]. O AN ($\beta=.405$; $p=.003$; CCP=18.75%) e a Organização ($\beta=.324$; $p=.017$; CCP=13.89%) foram ambos preditores significativos. Controlando o AN, a Organização fornece um aumento significativo ($p<.001$) na explicação da VD de 9.8%.

1.2. Nos modelos em que, em vez do AN, inserimos a TA, obtivemos um padrão semelhante. Assim, PSP, EPP e DA não foram preditores significativos; os modelos testados foram significativos ($p<.05$), mas só a TA foi preditora.

1.2.1. O modelo constituído pela TA e pelas EP explicou 32.8% da VD [$R^2=.328/Adjusted R^2=.296$; $F(2;42)=10.265$, $p<.001$]. A TA ($\beta=.414$; $p=.002$; CCP=18.9%) e as EP ($\beta=.368$; $p=.006$; CCP=16.73%) foram preditores significativos. As EP, inseridas no modelo após a TA, incrementam significativamente ($p<.001$) a variância em 8.2%.

1.2.2. O modelo constituído pela TA e pela Organização explicou 28.8% da VD [$R^2=.288/Adjusted R^2=.254$; $F(2;42)=8.485$, $p=.001$]. A TA ($\beta=.342$; $p=.016$; CCP=13.00%) e a Organização ($\beta=.322$; $p=.023$; CCP=11.67%) foram preditores significativos. Controlando a TA, a Organização fornece um adito ($p<.001$) de 1%.

1.3. Nos modelos compostos por Depressão e pelas dimensões de perfeccionismo verificámos que PSP, EPP e DA não foram preditores significativos, sendo que em todos eles apenas a Depressão foi preditora.

⁴ Elevando ao quadrado o coeficiente de correlação parcial dos preditores, obtém-se a percentagem de variância explicada por cada um isoladamente.

1.3.1. O modelo constituído por Depressão e EP explicou 32.6% da VD [$R^2=.326/Adjusted R^2=.294$; $F(2;42)=10.151$, $p<.001$]. A Depressão ($\beta=.414$; $p=.002$; CCP=19.98%) e as EP ($\beta=.343$; $p=.010$; CCP=14.59%) foram preditores significativos. As EP, inseridas após a Depressão, incrementam significativamente ($p<.001$) a variância da VD em 11.5%.

1.3.2. O modelo constituído pela Depressão e pela Organização explicou 32.3% [$R^2=.322/Adjusted R^2=.290$; $F(2;42)=9.988$, $p<.001$]. A Depressão ($\beta=.384$; $p=.005$; CCP=17.22%) e a Organização ($\beta=.343$; $p=.012$; CCP=14.14%) foram preditores. Controlando a Depressão, a Organização fornece um adito ($p<.001$) de 11.2%.

1.4. Nos modelos compostos por Hostilidade e dimensões de perfeccionismo, verificámos mais uma vez que apenas a Hostilidade foi preditor significativo.

1.4.1. O modelo constituído pela Hostilidade e pelas EP explicou 30.6% da VD [$R^2=.306/Adjusted R^2=.273$; $F(2;42)=9.242$, $p<.001$]. A Hostilidade ($\beta=.388$; $p=.005$; CCP=17.56%) e as EP ($\beta=.346$; $p=.011$; CCP=14.44%) foram preditores significativos. As EP, inseridas após a Hostilidade, incrementam ($p<.001$) a variância em 11.8%.

1.4.2. O modelo constituído pela Hostilidade e pela Organização explicou 28.6% da VD [$R^2=.286/Adjusted R^2=.252$; $F(2;42)=8.400$, $p=.001$]. A Hostilidade ($\beta=.337$; $p=.018$; CCP=10.43%) e a Organização ($\beta=.327$; $p=.021$; CCP=9.7%) foram preditores. Controlando a Hostilidade, a Organização fornece um adito ($p=.001$) de 9.8%.

A Organização revelou-se um mediador parcial da relação entre Hostilidade e FIQ-R Função (IC 95% .0026-.5715).⁵

1.5. Os modelos que incluíram Fadiga e dimensões de perfeccionismo mostraram também que PSP, EPP e DA não foram preditores significativos.

1.5.1. O modelo constituído por Fadiga e EP explicou 30.1% da VD [$R^2=.301/Adjusted R^2=.267$; $F(2;42)=9.023$, $p=.001$]. A Fadiga ($\beta=.392$; $p=.005$; CCP=16.97%) e as EP ($\beta=.292$;

⁵ A interpretação dos dados de *bootstrapping* é realizada verificando se os IC's 95% (*bias corrected and accelerated* - BCa CI) não contêm zero.

$p=.035$; $CCP=10.11\%$) foram preditores significativos. As EP, inseridas no modelo após a Fadiga, incrementam significativamente ($p=.001$) a variância da VD em 7.9%.

As EP foram um mediador parcial da relação entre Fadiga e FIQ-R Função (IC 95% .0302-.8226).

1.5.2. O modelo constituído pela Fadiga e pela Organização explicou 37.9% da VD [$R^2=.379/Adjusted R^2=.350$; $F(2;42)=12.841$, $p<.001$]. A Fadiga ($\beta=.446$; $p=.001$; $CCP=24.24\%$) e a Organização ($\beta=.398$; $p=.002$; $CCP=20.25\%$) foram preditores. Controlando a Fadiga, a Organização fornece um adito significativo ($p<.001$) de 3.50%.

2. VD: FIQ-R Impacto

As variáveis correlacionadas com a FIQ-R Função na amostra de doentes com FM foram: TA, Depressão, Hostilidade, Fadiga, AN e ESP.

2.1. O modelo constituído por AN e ESP explicou 27.1% da variância da VD [$R^2=.271/Adjusted R^2=.234$; $F(2;40)=7.416$, $p=.002$]. Só o ESP foi um preditor significativo ($\beta=.360$; $p=.048$; $CCP=7.62\%$).

2.2. Nos modelos constituídos pelo ESP e por cada uma das variáveis do AN individualmente, apenas o ESP foi um preditor significativo.

3. VD: FIQ-R Sintomas

As variáveis correlacionadas com a VD na amostra de doentes com FM foram: PAO, PSP, EPP, DA, EP, O, TA, Depressão, Hostilidade, Fadiga, AN e Stress.

3.1. Nos modelos constituídos por ESP, AN e cada uma das variáveis do perfeccionismo individualmente, apenas o PAO (tendência) e a Organização foram preditores.

3.1.1. O modelo constituído por ESP, AN e PAO explicou 45% da variância [$R^2=.450/Adjusted R^2=.409$; $F(3;40)=10.917$, $p<0.001$]. Só o AN foi um preditor significativo ($\beta=.576$; $p=.001$; CCP=24.50%). O PAO revelou-se uma tendência ($\beta=.242$; $p=.057$; CCP=8.76%). Controlando o AN, o PAO fornece um adito ($p=.051$) de 5.4%.

3.1.2. O modelo constituído por ESP, AN e Organização explicou 45.3% da variância [$R^2=.453/Adjusted R^2=.412$; $F(3;40)=11.063$, $p<0.001$]. Tanto o AN ($\beta=.578$; $p=.001$; CCP=24.90%) como a Organização ($\beta=.247$; $p=.049$; CCP=9.30%) foram preditores significativos. Controlando o AN, a Organização fornece um adito ($p=.043$) de 5.8%.

3.2. Nos modelos constituídos por ESP, TA e cada uma das variáveis do perfeccionismo, apenas o PAO e as EP se revelaram tendências.

3.2.1. O modelo constituído por ESP, TA e PAO explicou 41.3% da variância [$R^2=.413/Adjusted R^2=.369$; $F(3;40)=9.396$, $p<0.001$]. A TA revelou-se um preditor significativo ($\beta=.501$; $p=.003$; CCP=19.45%), e o PAO revelou-se uma tendência ($\beta=.250$; $p=.059$; CCP=8.64%). Controlando a TA, o PAO fornece um adito ($p=.057$) de 5.5%.

3.2.2. O modelo constituído por ESP, TA e EP explicou 41.6% [$R^2=.416/Adjusted R^2=.372$; $F(3;40)=9.488$, $p<0.001$]. A TA revelou-se um preditor significativo ($\beta=.578$; $p=.001$; CCP=26.21%), e as EP revelaram-se uma tendência ($\beta=.241$; $p=.053$; CCP=9%). Controlando a TA, as EP fornecem um adito ($p=.050$) de 5.8%.

3.3. Nos modelos constituídos por ESP, Depressão e cada uma das variáveis do perfeccionismo, apenas o PAO e a Organização se revelaram preditores significativos.

3.3.1. O modelo constituído por ESP, Depressão e PAO explicou 48.4% [$R^2=.484/Adjusted R^2=.446$; $F(3;40)=12.529$, $p<0.001$]. Tanto a Depressão ($\beta=.643$; $p<.001$; CCP=29.27%) como o PAO ($\beta=.263$; $p=.031$; CCP=11.16%) se revelaram preditores significativos. Controlando a Depressão, o PAO fornece um adito ($p=.027$) de 6.7%.

3.3.2. O modelo constituído por ESP, Depressão e Organização explicou 48.2% da variância [$R^2=.482/Adjusted R^2=.444$; $F(3;40)=12.424$, $p<0.001$]. Tanto a Depressão ($\beta=.640$; $p<.001$; CCP=28.84%) como a Organização ($\beta=.258$; $p=.034$; CCP=10.76%) se revelaram preditores significativos. Controlando a Depressão, a Organização fornece um adito ($p=.027$) de 6.7%.

3.4. Nos modelos constituídos por ESP, Hostilidade e cada uma das variáveis do perfeccionismo, o PAO, PSP e Organização revelaram-se preditores significativos.

3.4.1. O modelo constituído por ESP, Hostilidade e PAO explicou 35.2% da variância [$R^2=.352/Adjusted R^2=.303$; $F(3;40)=7.233$, $p=0.001$]. Tanto a Hostilidade ($\beta=.328$; $p=.032$; CCP=11.02%) como o PAO ($\beta=.310$; $p=.023$; CCP=12.25%) se revelaram preditores significativos. Controlando a Hostilidade, o PAO fornece um adito significativo ($p=.022$) de 9.3%.

3.4.2. O modelo constituído por ESP, Hostilidade e PSP explicou 33.5% da VD [$R^2=.335/Adjusted R^2=.286$; $F(3;40)=6.732$, $p=0.001$]. Tanto a Hostilidade ($\beta=.342$; $p=.027$; CCP=11.70%) como o PSP ($\beta=.296$; $p=.041$; CCP=10.05%) se revelaram preditores significativos. Controlando a Hostilidade, a Organização fornece um aumento ($p=.023$) de 9.2% na explicação.

3.4.3. O modelo constituído por ESP, Hostilidade e Organização explicou 33.7% da variância da VD [$R^2=.337/Adjusted R^2=.287$; $F(3;40)=6.783$, $p=0.001$]. A Hostilidade ($\beta=.302$; $p=.055$; CCP=8.88%) revelou-se uma tendência, e a Organização ($\beta=.290$; $p=.038$; CCP=10.30%) um preditor significativo. Controlando a Hostilidade, a Organização fornece um adito ($p=.052$) de 6.8%.

3.5. Nos modelos constituídos por ESP, Fadiga e cada uma das variáveis do perfeccionismo, apenas a Organização se revelou um preditor significativo.

3.5.1. O modelo constituído por ESP, Fadiga e Organização explicou 48.4% [$R^2=.484/Adjusted R^2=.445$; $F(3;40)=12.511$, $p<0.001$]. Tanto a Fadiga ($\beta=.582$; $p<.001$;

CCP=29.05%) como a Organização ($\beta=.356$; $p=.003$; CCP=19.62%) se revelaram preditores significativos. Controlando a Fadiga, a Organização fornece um adito ($p=.003$) de 12.6%.

4. VD: FIQ-R Total

As variáveis correlacionadas com a VD na amostra de doentes com FM foram: PSP, EPP, DA, EP, O, AN, TA, Depressão, Hostilidade, Fadiga e ESP.

4.1. Nos modelos constituídos por ESP, AN e cada uma das variáveis do perfeccionismo, apenas a variável EP se revelou um preditor significativo.

4.1.1. O modelo constituído por ESP, AN e EP explicou 46.7% da variância da VD [$R^2=.467/Adjusted R^2=.426$; $F(3;39)=11.409$, $p<0.001$]. Tanto AN ($\beta=.652$; $p<.001$; CCP=31.25%) como EP ($\beta=.273$; $p=.027$; CCP=11.97%) se revelaram preditores significativos. Controlando o AN, as EP fornecem um adito de 7.6% ($p=0.22$).

4.2. Nos modelos constituídos por ESP, TA e cada uma das variáveis do perfeccionismo, apenas as EP se revelaram um preditor significativo.

4.2.1. O modelo constituído por ESP, TA e EP explicou 42.9% da VD [$R^2=.429/Adjusted R^2=.385$; $F(3;39)=9.751$, $p<0.001$]. Tanto TA ($\beta=.573$; $p=.001$; CCP=26.32%) como EP ($\beta=.330$; $p=.010$; CCP=15.92%) se revelaram preditores significativos. Controlando a TA, as EP forneceram um adito ($p=.009$) de 10.8%.

4.3. Nos modelos constituídos por ESP, Depressão e cada uma das variáveis do perfeccionismo, apenas EP se revelou preditor significativo.

4.3.1. O modelo constituído por ESP, TA e EP explicou 44.2% da variância da VD [$R^2=.442/Adjusted R^2=.399$; $F(3;39)=10.292$, $p<0.001$]. Tanto a Depressão ($\beta=.641$; $p<.001$; CCP=27.98%) como as EP ($\beta=.288$; $p=.022$; CCP=12.67%) se revelaram preditores significativos. Controlando a Depressão, as EP forneceram um incremento ($p=.019$) de 8.5%.

4.4. Nos modelos constituídos por ESP, Hostilidade e cada uma das variáveis do perfeccionismo, apenas a variável EP se revelou preditor significativo.

4.4.1. O modelo constituído por ESP, Hostilidade e EP explicou 38.3% da variância da VD [$R^2=.383/Adjusted R^2=.335$; $F(3;39)=8.061$, $p<0.001$]. Tanto a Hostilidade ($\beta=.454$; $p=.003$; CCP=37.73%) como as EP ($\beta=.306$; $p=.021$; CCP=12.96%) se revelaram preditores significativos. Controlando a Hostilidade, as EP forneceram um adito ($p=.020$) de 9.1%.

4.5. Nos modelos constituídos por ESP, Fadiga e cada uma das variáveis do perfeccionismo, apenas a variável Organização se revelou preditor significativo.

4.5.1. O modelo constituído por ESP, Fadiga e Organização explicou 48.4% da variância [$R^2=.484/Adjusted R^2=.444$; $F(3;39)=12.174$, $p<0.001$]. Tanto a Fadiga ($\beta=.665$; $p<.001$; CCP=34.93%) como a Organização ($\beta=.320$; $p=.008$; CCP=16.48%) se revelaram preditores significativos. Controlando a Fadiga, a Organização forneceu um adito ($p=.009$) de 10%.

Discussão e Conclusões

A amostra revelou-se homogénea no que diz respeito às características sócio-demográficas e clínicas, sem discrepâncias relevantes entre os grupos.

Os resultados obtidos revelaram uma diferença significativa entre os grupos em estudo no que se refere às variáveis de interesse.

Relativamente à comparação das pontuações totais e dimensionais por grupos, verificámos que a amostra clínica de doentes com FM (Grupo 1) apresentou pontuações significativamente mais altas do que os controlos clínicos (Grupo 2) e controlos saudáveis (Grupo 3), e que estes dois não se distinguiram entre si, no que diz respeito a variáveis relacionadas com estados negativos de humor e perceção de stresse. De notar que em algumas variáveis relacionadas com estados de humor (Tensão-Ansiedade, Hostilidade e Fadiga) as pontuações medianas do Grupo 1 foram duas vezes superiores às dos Grupos 2 e 3, e para as variáveis Depressão e Afeto Negativo, três vezes superiores. Relativamente ao Afeto Positivo, o grupo 1 obteve as pontuações mais baixas. Estes dados vêm reforçar as evidências prévias de particularidades importantes das doentes com FM no que se refere às dimensões afetivas, com níveis mais elevados de Afeto Negativo e sintomatologia depressiva,⁵ e níveis mais baixos de Afeto Positivo.¹⁵

No que diz respeito aos parâmetros relacionados com a dor, o Grupo 1 distinguiu-se com um Limiar de Dor mais baixo do que os Controlos, e Tolerância à Dor inferior à do grupo AR, o que vem fortalecer a conceção atual de hipersensibilidade a estímulos nocicetivos nos doentes com FM.⁹

Quanto às dimensões relacionadas com o perfeccionismo, os resultados obtidos são notáveis e inovadores no sentido em que se verificam níveis mais elevados deste traço de personalidade nas doentes com FM e, em algumas dimensões, nas doentes com AR, comparativamente com os controlos.

Um dos contributos mais relevantes deste estudo é o achado consistente de uma relação entre FM e duas dimensões do perfeccionismo em particular, as Expectativas Parentais e a Organização. Para a amostra de doentes com FM, as EP e a Organização revelaram-se preditores significativos das sub-escalas FIQ-R Função e Sintomas em praticamente todos os modelos testados, mesmo após controlar para o AN. Estas dimensões foram inclusive mediadores parciais da relação entre estados de humor e FIQ-R Função - a Organização foi mediadora da relação entre Hostilidade e FIQ-R Função, e as EP mediadoras da relação entre Fadiga e FIQ-R Função. Sendo o achado de níveis superiores de EP nas doentes com FM expectável, estando esta dimensão associada a uma vertente mal-adaptativa de perfeccionismo, os níveis mais elevados de Organização nestas doentes são pelo contrário uma descoberta surpreendente, dado que esta variável está tradicionalmente associada a dimensões positivas ou adaptativas de perfeccionismo, pouco relacionadas com efeitos nocivos em termos de saúde mental. Este aspeto vem reacender o debate sobre os efeitos do perfeccionismo no desenvolvimento de psicopatologia, inclusive das suas dimensões encaradas como adaptativas.¹⁹

Relativamente à sub-escala FIQ-R Impacto nos doentes com FM, a ESP revelou-se o único preditor significativo, reforçando o papel do stresse na iniciação e perpetuação da sintomatologia da FM.³⁵

No que diz respeito à FIQ-R Total e sub-escalas, os grupos distinguiram-se de forma importante entre si, com o Grupo 1 com pontuações mais altas, seguindo-se o Grupo 2 e finalmente o Grupo 3. Na variável FIQ-R Total, a média de pontuações do Grupo 1 foi quase 4 vezes superior às dos Grupos 2 e 3. Apesar de o FIQ ser um instrumento desenhado especificamente para aplicação na FM, facto que poderia ajudar a explicar estas diferenças entre os grupos, pensamos que a aplicação de uma versão modificada aos Grupos 2 e 3, sem referências à FM, minimiza esta questão.

Estes resultados revestem-se de particular importância na medida em que vêm validar o sofrimento e impacto da FM na qualidade de vida destas doentes, por vezes colocado em dúvida ou mesmo desacreditado. Por outro lado, vêm reforçar a utilidade do FIQ como escala de avaliação de estados dolorosos crónicos, estendendo-se o seu valor para além do universo da FM.

Neste âmbito, outro contributo importante deste estudo é a utilização da versão revista do FIQ, um instrumento mais completo que o original. Os bons resultados em termos de consistência interna do FIQ-R para a amostra total e grupos, ainda que preliminares, mostraram que este é um instrumento promissor.

Quando analisados de modo global, os resultados obtidos vêm salientar a relevância da continuação da investigação nesta área, demonstrando a relação significativa entre FM e dimensões quer de personalidade, quer afetivas.

O tamanho reduzido da amostra total e dos grupos formados pode ser encarado como uma limitação importante; no entanto, enfatiza a importância das diferenças de tão elevada magnitude que ainda assim foram encontradas.

Este estudo vem alertar a comunidade médica para a importância de avaliar traços de personalidade, nomeadamente o perfeccionismo, bem como dimensões afetivas, em doentes não apenas com FM mas com outras Síndromes de Sensibilização Central.

Advinha-se que desta abordagem possam surgir oportunidades de intervenção terapêutica, com possibilidade de alteração do prognóstico atualmente pouco favorável destes doentes.

Por fim, sendo o perfeccionismo um processo transdiagnóstico, associado nas suas dimensões mal-adaptativas a pior saúde física e mental, esta mudança de paradigma no sentido de o incluir na avaliação clínica pode resultar em resultados favoráveis numa variedade de domínios.

Torna-se desta forma premente a prossecução da investigação nesta área, com aumento do tamanho da amostra (tarefa em curso), na esperança de melhor esclarecer o papel do perfeccionismo e das dimensões do espectro afetivo na fisiopatologia desta síndrome, abrindo novas perspetivas terapêuticas.

Referências Bibliográficas

1. Wolfe, F. *et al.* The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 33, 160–72 (1990).
2. Van Houdenhove, B. & Egle, U. T. Fibromyalgia: a stress disorder? Piecing the biopsychosocial puzzle together. *Psychother. Psychosom.* 73, 267–75 (2004).
3. Fietta, P., Fietta, P. & Manganelli, P. Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomed* 78, 88–95 (2007).
4. Fitzcharles, M.-A. *et al.* The 2010 American college of rheumatology fibromyalgia survey diagnostic criteria and symptom severity scale is a valid and reliable tool in a French speaking fibromyalgia cohort. *BMC Musculoskelet. Disord.* 13, 179 (2012).
5. Hudson, J. I., Hudson, M. S., Pliner, L. F., Goldenberg, D. L. & Pope, H. G. Fibromyalgia and major affective disorder: a controlled phenomenology and family history study. *Am. J. Psychiatry* 142, 441–6 (1985).
6. Branco, J. C. *et al.* Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Semin. Arthritis Rheum.* 39, 448–53 (2010).
7. Neumann, L. & Buskila, D. Epidemiology of fibromyalgia. *Curr. Pain Headache Rep.* 7, 362–8 (2003).
8. Clauw, D. J., Arnold, L. M. & McCarberg, B. H. The science of fibromyalgia. *Mayo Clin. Proc.* 86, 907–11 (2011).
9. Bradley, L. A. Pathophysiology of fibromyalgia. *Am. J. Med.* 122, S22–S30 (2009).
10. Hadler, N. M. “Fibromyalgia” and the medicalization of misery. *J. Rheumatol.* 30, 1668–70 (2003).
11. Morris, A. Fibromyalgia-real or imagined? *J. Rheumatol.* 31, 827–8 (2004).
12. Winkelmann, A. *et al.* Impact of fibromyalgia severity on health economic costs: results from a European cross-sectional study. *Appl. Health Econ. Health Policy* 9, 125–36 (2011).
13. Üçeyler, N., Häuser, W. & Sommer, C. A systematic review on the effectiveness of treatment with antidepressants in fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum.* 59, 1279–1298 (2008).

14. Goldenberg, D. L., Burckhardt, C. & Crofford, L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 292, 2388–95 (2004).
15. Zautra, A. J. *et al.* Fibromyalgia: evidence for deficits in positive affect regulation. *Psychosom. Med.* 67, 147–55 (2005).
16. Van Houdenhove, B., Onghena, P., Neerinx, E. & Hellin, J. Does high “action-proneness” make people more vulnerable to chronic fatigue syndrome? A controlled psychometric study. *J. Psychosom. Res.* 39, 633–40 (1995).
17. Molnar, D. S., Flett, G. L., Sadava, S. W. & Colautti, J. Perfectionism and health functioning in women with fibromyalgia. *J. Psychosom. Res.* 73, 295–300 (2012).
18. Macedo, A. *et al.* Perfeccionismo e Psicopatologia. (2007).
19. Stoeber, J. & Otto, K. Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. 295–319 (2006).
20. Kempke, S. *et al.* Unraveling the role of perfectionism in chronic fatigue syndrome: is there a distinction between adaptive and maladaptive perfectionism? *Psychiatry Res.* 186, 373–7 (2011).
21. Magnusson, A., Nias, D. K. B. & White, P. D. Is perfeccionism associated with fadigue? *J. Psychosom. Res.* 377–383 (1996).
22. Arnett, F. C. *et al.* The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 31, 315–24 (1988).
23. White, K. P., Harth, M., Speechley, M. & Ostbye, T. Testing an instrument to screen for fibromyalgia syndrome in general population studies: the London Fibromyalgia Epidemiology Study Screening Questionnaire. *J. Rheumatol.* 26, 880–4 (1999).
24. Amaral, A. P. *et al.* The portuguese frost mutidimensional perfectionism scale and mood states in portuguese college students. *Eur. Psychiatry* 28, (2013).
25. Viana, M. F. & Santos, R. C. Adaptação portuguesa da versão reduzida do Perfil de Estados de Humor – POMS. *Análise Psicológica* 1, 77–92 (2001).
26. Pais Ribeiro, J. & Marques, T. A avaliação do stresse: a propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de stresse. *Psicol. Saúde Doenças* 10, 237–248
27. Soares, M., Gomes, A., Macedo, A. & Azevedo, M. Escala Multidimensional De Perfeccionismo: Adaptação À População Portuguesa. *Rev. Port. Psicossomática* 5, 46–55 (2003).
28. Hewitt, P. L. & Flett, G. L. Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *J. Pers. Soc. Psychol.* 60, 456–70 (1991).

29. Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. & Rosenblate, R. The dimensions of perfectionism. *Cognit. Ther. Res.* 14, 449–468 (1990).
30. Amaral, A. P. *et al.* Frost Multidimensional Perfectionism Scale: the Portuguese version. *Rev Psiq Clín* 5–10 (2013).
31. Coelho, R., Martins, A. & Barros, H. Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *Eur. Psychiatry* 17, 222–6 (2002).
32. Bennett, R. M. *et al.* The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties. *Arthritis Res. Ther.* 11, R120 (2009).
33. Burckhardt, C. S., Clark, S. R. & Bennett, R. M. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J. Rheumatol.* 18, 728–33 (1991).
34. Giesecke, T. *et al.* The relationship between depression, clinical pain, and experimental pain in a chronic pain cohort. *Arthritis Rheum.* 52, 1577–84 (2005).
35. Okifuji, A. & Turk, D. C. Stress and psychophysiological dysregulation in patients with fibromyalgia syndrome. *Appl. Psychophysiol. Biofeedback* 27, 129–41 (2002).

Apêndices

I - Fibromyalgia Impact Questionnaire – Revised (versão portuguesa experimental)

INSTRUÇÕES:

Para cada uma das seguintes nove questões, assinale com uma cruz (X) a caixa que melhor indica em que grau a fibromialgia dificultou cada uma das seguintes tarefas **na última semana**. Se não desempenhou alguma das atividades neste período, indique a dificuldade com que desempenhou pela última vez essa atividade. Se não pode desempenhar uma atividade, assinale a última caixa à direita.

Escovar ou pentear o seu cabelo	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade										
Caminhar continuamente durante 20 minutos	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade										
Preparar uma refeição	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade										
Aspirar, esfregar ou varrer o chão	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade										
Levantar e carregar um saco cheio de mercearias	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade										
Subir um lanço de escadas	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade										
Mudar os lençóis da cama	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade										
Estar sentado numa cadeira durante 45 minutos	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade										
Fazer compras de supermercado	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade										

II– Fibromyalgia Impact Questionnaire – Revised (versão adaptada para os grupos 2 e 3)

INSTRUÇÕES:

Para cada uma das seguintes nove questões, assinale com uma cruz (X) a caixa que melhor indica o grau de dificuldade que sentiu em cada uma das seguintes tarefas **na última semana**. Se não desempenhou alguma das atividades neste período, indique a dificuldade com que desempenhou pela última vez essa atividade. Se não pode desempenhar uma atividade, assinale a última caixa à direita.

Escovar ou pentear o seu cabelo	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade										
Caminhar continuamente durante 20 minutos	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade										
Preparar uma refeição	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade										
Aspirar, esfregar ou varrer o chão	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade										
Levantar e carregar um saco cheio de mercearias	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade										
Subir um lance de escadas	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade										
Mudar os lençóis da cama	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade										
Estar sentado numa cadeira durante 45 minutos	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade										
Fazer compras de supermercado	sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	com muita dificuldade										

III – Coeficientes de consistência Interna (*alpha* de Cronbach)

Tabela III – Coeficientes de correlação interna

	FM	AR	C	Total
FIQ-R total	.930	.947	.896	.970
FIQ-R função	.912	.942	.862	.954
FIQ-R impacto	.962	.864	.406	.961
FIQ-R sintomas	.862	.864	.840	.935
PAO	.823	.848	.876	.841
PSP	.757	.796	.825	.800
EMP-H&F total	.870	.877	.902	.881
PE	.792	.792	.913	.831
EPP	.891	.638	.878	.849
DA	.789	.828	.707	.789
EP	.581	.844	.948	.704
CP	.941	.851	.929	.951
O	.727	.818	.802	.759
EMP-F total	.877	.884	.907	.892
TA	.879	.767	.805	.888
DEP	.938	.893	.870	.946
HOST	.946	.824	.849	.946
FAD	.873	.842	.727	.910
AN	.968	.926	.913	.968
AP (VA)	.818	.868	.850	.857
PoMS total	.956	.905	.885	.955
ESP	.700	.839	.868	.816

IV – Classificação Portuguesa das Profissões (CPP)

- 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.** Aposentados
- 13.** Desempregados