



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**

BÁRBARA MARGARIDA PINHO CHAVES

***PERFECCIONISMO, PENSAMENTO
PERSEVERATIVO NEGATIVO E
PERTURBAÇÃO PSICOLÓGICA***
ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSICOLOGIA MÉDICA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO JOÃO FERREIRA DE MACEDO E
SANTOS
DOUTORA ANA TELMA FERNANDES PEREIRA**

FEVEREIRO/2014

“Não enlouqueça buscando a perfeição. Alguns defeitos são importantes.”

Paulo Coelho

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**Perfeccionismo, Pensamento Perseverativo
Negativo e Perturbação Psicológica**

Bárbara Margarida Pinho Chaves*

*Endereço eletrónico do autor: babimargarida@hotmail.com

Partes deste trabalho foram apresentadas sob a forma de *Poster* nos seguintes eventos científicos:

- *Ist World Congress of Children and Young Health Behaviours/ 4th National Congress of Health Education, Viseu-Portugal, 23-25 May 2013*

Referências:

POSTER

Chaves B, Pereira AT, Castro J, Soares MJ, Amaral AP, Bos S, Madeira N, V Nogueira, Roque C, Macedo A (2013). Perseverative thinking questionnaire: Validation of the Portuguese version. I Congresso Mundial de Comportamentos de Saúde infanto-juvenis/ IV Congresso Nacional de Educação para a Saúde. Viseu, Portugal, 23-25 Maio, 2013. (ANEXO 4)

ABSTRACT

Chaves B, Pereira AT, Castro J, Soares MJ, Amaral AP, Bos S, Madeira N, Nogueira V, Roque C, Macedo A (2013). Perseverative thinking questionnaire: Validation of the Portuguese version. *Atencion Primária* , 45, 162.

Impact Factor 2013: 0.627 (ISI – Journal Citation Report) (ANEXO 4)

- *IX Congresso Nacional de Psiquiatria, Estoril-Portugal, 31 de Outubro a 2 de Novembro 2013.*

Referência:

Chaves B, Pereira AT, Castro J, Soares MJ, Nogueira V, Madeira N, Roque C, Oliveira LA, Valente J, Bos S, Macedo A (2013). Perfeccionismo, pensamento perseverativo negativo e afecto negativo. Poster apresentado no Congresso Nacional de Psiquiatria. Estoril, 31 Outubro a 01 de Novembro, 2013. (ANEXO 5)

Parte deste trabalho foi seleccionadas para apresentação sob a forma de *Poster* no *22nd European Congress of Psychiatry* (EPA 2014).

Referências:

POSTER

Ana Telma Pereira, **Bárbara Chaves**, Juliana Castro, Maria João Soares, Carolina Roque, Nuno Madeira, Vasco Nogueira, António Macedo (2014). Perseverative Negative Thinking mediates the relationship between Perfectionism and Negative Affect. Poster accepted for presentation at 22nd

European Congress of Psychiatry (EPA 2014), Munich, Germany, 1-4 March 2014. (ANEXO 6)

ABSTRACT

Ana Telma Pereira, **Bárbara Chaves**, Juliana Castro, Maria João Soares, Carolina Roque, Nuno Madeira, Vasco Nogueira, António Macedo (2014). Perseverative Negative Thinking mediates the relationship between Perfectionism and Negative Affect. Poster accepted for presentation at. *European Psychiatry*, 29 (1). *In press*.

Impact Factor 2013: 3.285 (ISI – Journal Citation Report)

ÍNDICE

ABREVIATURAS	2
RESUMO	4
<i>ABSTRACT</i>	6
INTRODUÇÃO	8
MATERIAIS E MÉTODOS	
Procedimentos	10
Participantes	10
Instrumentos	10
Análise estatística	12
RESULTADOS	
Análise descritiva	13
Correlações	13
Comparação de médias	15
Regressão linear múltipla (hierárquica) e mediação	16
1. VD: Depressão	17
2. VD: Ansiedade	18
3. VD: Afeto negativo	20
4. VD: Afeto positivo	21
DISCUSSÃO	22
AGRADECIMENTOS	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXO 1	37
ANEXO 2	44
ANEXO 3	49
ANEXO 4	53
ANEXO 5	57
ANEXO 6	59
ANEXO 7	61

ABREVIATURAS

AN – Afeto negativo

AP – Afeto positivo

CP – Criticismo parental

D – Depressão

DA – Dúvidas sobre as ações

DP – Desvio padrão

EMP_Frost – Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost e Col.

EMP_H&F – Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewit & Flett

EP – Expectativas parentais

EPP – Elevados Padrões Pessoais

EsfPerf – Esforços Perfeccionistas

ESP – Escala de Stresse Percebido

FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

gl – graus de liberdade

II – Improdutividade e interferência

IMCP – Inventário Multidimensional de Crenças Perfeccionistas

M – Média

MIM – Mestrado Integrado em Medicina

O – Organização

PAO – Perfeccionismo Auto orientado

PE – Preocupação com os erros

POMS – Perfil de Estados de Humor

PP – Padrões Pessoais

PP_IMCP – Procura da Perfeição

PPN – Pensamento Perseverativo Negativo

PR – Pensamento repetitivo

PreoAv – Preocupações com a avaliação

PSP – Perfeccionismo socialmente prescrito

QPP – Questionário de Pensamento Perseverativo

RLM – Regressão linear múltipla

RLMH – Regressão linear múltipla hierárquica

TA – Tensão-Ansiedade

VD – Variável dependente

VI – Variável Independente

RESUMO

Introdução: Dada a relação entre um vasto leque de psicopatologia e o perfeccionismo, este é considerado um processo transdiagnóstico. Várias dimensões de perfeccionismo têm sido associadas à preocupação e à ruminação. Estes dois constructos estão correlacionados e partilham características processuais, pelo que foram integrados no conceito mais amplo de *Pensamento Perseverativo Negativo/PPN*. Este define-se como um estilo de pensamento sobre os próprios problemas ou experiências negativas, que é repetitivo, intrusivo, de difícil controlo e é percebido como sendo improdutivo e interferindo com a capacidade mental, sendo igualmente considerado um fenómeno transdiagnóstico.

Objetivos: Estudar a relação entre perfeccionismo, PPN e perturbação psicológica: (1) analisar o padrão de relações entre as dimensões do perfeccionismo e do PPN; (2) testar se as dimensões de PPN funcionam como mediadoras da relação entre perfeccionismo e perturbação psicológica.

Materiais e Métodos: 344 estudantes universitários (68.4% raparigas; idade média 20.69 ± 1.586) completaram as duas Escalas Multidimensionais de Perfeccionismo (Hewitt & Flett, Frost et. al), o Questionário de Pensamento Perseverativo, o Perfil de Estados de Humor, a Escala de Stresse Percebido e o Inventário Multidimensional de Crenças Perfeccionistas.

Resultados: Ambas as dimensões de PPN (Pensamento repetitivo/PR e Interferência e Improdutividade/II) se correlacionaram positivamente com os *outcomes* mais negativos (Depressão, Tensão-Ansiedade e Afeto Negativo/AN) e inversamente com o Afeto Positivo/AP, sendo que a II apresentou coeficientes mais elevados. Na comparação das pontuações médias dos *outcomes* negativos por grupos, todos se distinguiram, bem como, no sentido inverso, para as pontuações de AP, também com diferenças mais acentuadas por

grupos de II. As correlações mais elevadas entre variáveis de PPN e de perfeccionismo verificaram-se com as dimensões PSP, PE_Frost, EP_Frost, PreoAv e PE_IMCP. Nas regressões realizadas, as dimensões de PPN provocaram sempre um adito significativo. Relativamente à mediação, a II mostrou-se um mediador **parcial** da relação entre PSP e depressão, PE_Frost e depressão, PE_IMCP e ansiedade, PSP e AN, PE_Frost e AN, DA e AN e PE_IMCP e AN. Já o PR revelou-se um mediador parcial da relação entre PE_IMCP e ansiedade. A II foi ainda mediadora **total** das relações entre PAO e depressão, entre EsfPerf e AN, entre PAO e AN e entre PE_Frost e AP.

Discussão: O PPN, principalmente a sua dimensão mais desadaptativa (i.e. II), é um mediador da relação entre perfeccionismo e perturbação psicológica. Tanto o perfeccionismo como o PPN devem ser encarados como potenciais alvos para estratégias de prevenção e tratamento da perturbação psicológica.

Palavras-chave: Pensamento Perseverativo Negativo, Perfeccionismo, Perturbação Psicológica, Psicopatologia.

ABSTRACT

Introduction: Due to the consistent relationship between perfectionism and psychopathology, this trait is considered a transdiagnostic process. Several dimensions of perfectionism have been associated to worry and rumination. These two constructs are related and share characteristics as a process. Therefore they have been integrated in the broader concept of Perseverative Negative Thinking (PNT). This cognitive process is defined as a style of thinking about individual's own problems or negative experiences, which is repetitive, intrusive, difficult to control and perceived as unproductive and as interfering with the mental capacity. PNT has also been considered a transdiagnostic phenomenon.

Objectives: To study the relationship between perfectionism, PNT and psychological distress: (1) to analyse the pattern of relationships between dimensions of perfectionism and dimensions of PNT, (2) to test if the later are mediators of the relationship between perfectionism and psychological distress.

Materials and Methods: 344 college students (68.4% girls, mean age 20.69 ± 1.586) completed the Hewitt & Flett and Frost's Multidimensional Perfectionism Scales, the Perseverative Thinking Questionnaire, the Profile of Mood States, the Perceived Stress Scale and the Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory.

Results: Both dimensions of PNT (Repetitive Thinking/RT and Unproductiveness and Interference /UI) were positively correlated with more negative outcomes (Depression, Stress, Anxiety and Negative Affect /NA) and inversely with the Positive Affect/PA; UI showed higher correlation coefficients. The mean scores of the negative and positive outcomes by perfectionism and PNT groups were significantly different; for UI groups the differences were again of higher magnitude. The highest correlations between PNT variables and perfectionism were observed with the dimensions: Socially Prescribed Perfectionism/SPP, Concern about

Mistakes/CM_Frost, Parental Expectations/PE_Frost, Concern about evaluation/ConcAv and Concern about Mistakes/CM_IMCP. Regression analysis showed that the PNT dimensions are significant predictors of the outcomes, even controlling for stress/social support perception and perfectionism. UI proved to be a partial mediator of the relationship between SPP and depression, CM_Frost and depression, CM_IMCP and anxiety, SPP and NA , and CM_Frost and NA, Doubts about actions/DA and NA and CM_IMCP and NA . The RT proved to be a partial mediator of the relationship between CM_IMCP and anxiety. The UI was a total mediator of the relationship between Self-Oriented Perfectionism/SOP and depression, Perfectionist Strengths/PerfSt and NA, SOPP and NA and CM_Frost and PA.

Discussion: The PNT, particularly its more maladaptive dimension, UI, is a mediator of the relationship between perfectionism and psychological distress. Both perfectionism and PNT should be addressed as potential targets in the prevention and treatment of psychological disturbance.

Key-words: Perseverative Negative Thinking, Perfectionism, Psychological Disturbance, Psychopathology.

INTRODUÇÃO

O perfeccionismo é uma disposição da personalidade caracterizada por padrões de desempenho excessivamente elevados, acompanhados de autoavaliações demasiado críticas.¹ Desde os trabalhos de Hamachek², que vários autores têm considerado que este traço tem componentes positivos e negativos. No perfeccionismo positivo a motivação primária é alcançar o êxito e no perfeccionismo negativo é evitar falhar.³ Este último tipo de perfeccionismo tem sido mais associado à perturbação psicológica.⁴

Existe uma associação entre o perfeccionismo e múltiplas condições psicopatológicas⁵⁻¹¹, fazendo deste traço um processo transdiagnóstico¹², no sentido em que envolve aspetos da cognição e do comportamento que contribuem para o desenvolvimento e manutenção desses diversos quadros clínicos.¹³ No entanto, ainda não são bem conhecidos os processos cognitivos que medeiam esta relação entre perfeccionismo e perturbação psicológica.¹⁴

Várias dimensões de perfeccionismo, tanto ao nível dos traços (e.g. perfeccionismo socialmente prescrito/PSP; perfeccionismo auto-orientado/PAO) como ao nível das cognições, têm sido associadas à preocupação e à ruminação.⁴ A preocupação pode ser definida como o conjunto de pensamentos e imagens repetitivos e negativos, relativamente incontroláveis, mas percebidos pelo indivíduo como relevantes para lidar com problemas antecipados.¹⁵ A ruminação é também conceptualizada como uma resposta de *coping* desadaptativa, caracterizada pela tendência para focar a atenção, de forma repetitiva e negativa, nas situações e emoções negativas, bem como nos sintomas de perturbação emocional e nas suas consequências.¹⁶

Uma vez que estes conceitos estão correlacionados e partilham características processuais¹⁷, têm sido integrados no conceito mais amplo de *Pensamento Perseverativo Negativo/PPN*¹⁸. Este novo constructo define-se como um estilo de pensamento sobre os

próprios problemas ou experiências negativas, que é repetitivo, intrusivo, de difícil controlo e é percebido como sendo improdutivo e interferindo com a capacidade mental. O PPN é independente de conteúdos especificamente ligados a perturbações psicológicas, como a depressão e a ansiedade, o que constitui a sua principal vantagem em relação à preocupação e à ruminação. Devido à sua associação a diversos tipos de psicopatologia, principalmente depressão^{19,20} e ansiedade²¹⁻²⁸, também o PPN tem sido considerado um fenómeno transdiagnóstico.²⁹

O PPN de conteúdo perfeccionista (ex. temas de fracasso e dúvidas acerca das ações) pode ser muito relevante na compreensão dos mecanismos subjacentes à relação entre o perfeccionismo e a perturbação emocional.¹⁴ Assim, o objetivo geral deste trabalho consiste em estudar a relação entre perfeccionismo, PPN e perturbação psicológica. De modo mais específico, pretendemos analisar o padrão de relações entre as dimensões do perfeccionismo e do PPN. Além disso, pretendemos testar se as dimensões do PPN funcionam como mediadoras da relação entre perfeccionismo e perturbação psicológica (depressão, ansiedade, afeto positivo e afeto negativo).

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo teve aprovação da Comissão de Ética e do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC).

- **Procedimentos**

Contactaram-se os docentes das aulas práticas do 3º, 4º e 5º anos do Mestrado Integrado em Medicina/MIM da FMUC, de forma a solicitar a participação dos alunos. Foi garantida a confidencialidade dos dados. Todos os alunos deram o seu consentimento informado, aceitando participar voluntariamente. Os dados foram recolhidos fora do período de exames (Setembro/2012).

- **Participantes**

Participaram neste estudo 344 estudantes (234; 68.4% sexo feminino) do MIM-FMUC, solteiros, com a idade média de 20.69 anos (DP=1.586; variação: 17-24), não se distinguindo significativamente por género [Fem=20.73±1.584 vs. Masc=20.61±1.595, $t(336)=-.619$]. A maioria dos participantes (93.0%) nasceu em Portugal.

- **Instrumentos**

Foram utilizadas as versões portuguesas validadas dos questionários de autorresposta descritos abaixo. Todos estes questionários mostraram adequadas qualidades psicométricas, quando utilizados em amostras portuguesas.³⁰⁻³⁵

Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost e Col. (EMP_Frost)^{30,36}

Foi utilizada a versão portuguesa reduzida da EMP_Frost, para avaliar as seguintes dimensões: *Padrões Pessoais/PP*, *Dúvidas sobre as Ações/DA*, *Preocupações com os Erros/PE*, *Expectativas Parentais/EP*, *Criticismo Parental/CP* e *Organização/O*.

Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt & Flett (EMP-H&F)^{31,37}

Desta escala utilizámos duas das três dimensões (1) Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP; percepção de que os outros estabelecem padrões excessivamente elevados para si) e (2) Perfeccionismo Auto-Orientado (PAO; estabelecimento de padrões excessivamente elevados e “motivação perfeccionista” para si próprio).

Utilizámos também duas dimensões de Perfeccionismo de segunda ordem - Preocupações com a Avaliação/PreoAv e Esforços Perfeccionistas/EsfPerf. A constituição destas teve por base um recente estudo (também com estudantes universitários) de análise fatorial conjunta das versões portuguesas das duas EMP, a de Hewitt & Flett e a de Frost.³⁸ A primeira dimensão inclui as dimensões DA, PE, EP e CP da escala de Frost e PSP da de Hewitt & Flett; a segunda, engloba as dimensões PP e O de Frost e PAO de Hewitt & Flett.

Questionário de Pensamento Perseverativo (QPP)^{32,39}

Para medida das duas subescalas da versão portuguesa: *Pensamento repetitivo/PR* e *Interferência cognitiva e improdutividade/II*.

Perfil de Estados de Humor (Profile of Mood States - POMS)^{33,40}

Foi utilizada uma versão da POMS composta por 58 adjetivos, que avalia cinco dimensões: *Tensão-Ansiedade/TA*, *Hostilidade*, *Fadiga-Inércia*, *Depressão/D*, *Vigor-Atividade*. A soma das pontuações nas primeiras quatro dimensões foi utilizada como medida de *Afeto negativo/AN* e a dimensão *Vigor-Atividade* como medida de *Afeto positivo/AP*.^{41,42}

Escala de Stresse Percebido (ESP)^{34,43}

Esta escala unidimensional⁴⁴ foi utilizada para avaliação da percepção de stresse. Para avaliação da percepção de apoio social, foi acrescentado um item (“Sente que tem tido o apoio e ajuda de que necessita (do marido/companheiro/namorado, família, amigos, vizinhos e/ou

outros)?”), que não era somado no total da ESP, mas que era respondido através da mesma escala de resposta, de “nunca” (0) a “muitas vezes” (4).

Inventário Multidimensional de Crenças Perfeccionistas (IMPC)^{35,45}

Questionário que avalia a frequência de cognições associadas ao perfeccionismo disposicional. A versão Portuguesa é composta por três dimensões com boa fidelidade e validade: Preocupação com os erros/PE_IMCP, Elevados padrões pessoais/EPP e Procura da perfeição/PP_IMCP.

- **Análise estatística**

Utilizou-se o SPSS-Statistics versão 20.0. Foram determinadas estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão. A distribuição das variáveis e o tamanho da amostra/ dos grupos permitiram o uso de testes paramétricos.⁴⁶ Para classificar a magnitude dos coeficientes de correlações de Pearson seguimos o critério de Cohen⁴⁷: .01, baixa; .30, moderada, e .50, elevada. Foi também utilizado o teste *t de Student* para amostras independentes e de análise da variância (*One-Way Anova*). Foram ainda realizadas análises de regressão linear múltipla (hierárquica), incluindo análise de mediação. Nestas foram cumpridos os pressupostos exigidos, nomeadamente relativos ao tamanho da amostra, multicolinearidade e *outliers* (Tolerância, VIF e Durbin-Watson).

RESULTADOS

Análise descritiva

A tabela 1 (Anexo 1) mostra as pontuações médias, bem como respectivos desvios padrões e variação (máximo-mínimo) da amostra.

Correlações

A Tabela 2 (Anexo 1) apresenta as correlações entre todas as variáveis em estudo. A **Depressão** (POMS) correlaciona-se significativamente com todas as variáveis de perfeccionismo exceto com EsfPerf e com EPP. Com a organização/O apresenta um coeficiente moderado e negativo (-.20). Com as restantes variáveis de perfeccionismo, os coeficientes são significativos e positivos, variando em magnitude de .12 (PAO e PP_Frost) a .53 (PreoAv).

Os coeficientes de correlação com as dimensões do QPP foram moderados, positivos e significativos, de .41 com PR e de .48 com II.

Com a percepção de stresse o coeficiente de correlação foi elevado (.72) e com a percepção de apoio foi moderado e negativo (-.44).

Quanto à **Tensão-Ansiedade** (POMS), também se correlacionou com todas as variáveis de perfeccionismo, exceto com O e com EPP. Com todas as outras, os coeficientes foram positivos e significativos variando de .17 (PP_Frost) a .51 (PE). Entre a Ansiedade e as dimensões do QPP os coeficientes foram significativos e moderados, de .46 (PR) e .50 (II). A ansiedade correlacionou-se fortemente com a percepção de stresse (.74) e moderadamente com a percepção de apoio (-.31).

O AN correlacionou-se significativamente com todas as variáveis, exceto com EPP. O coeficiente de correlação com a Organização é significativo, mas de sentido inverso (-.18). Com as outras variáveis a magnitude dos coeficientes de correlação significativos e positivos

varia de .12 (EsfPerf) a .52 (DA). Com PR e com II os coeficientes são significativos e de moderados, respetivamente de .45 e .50. Com a perceção de stresse a correlação é elevada (.76) e com a perceção de apoio é moderada (-.44).

Quanto ao AP, não se correlaciona com PP_Frost, EP e O. Com todas as outras variáveis os coeficientes são significativos e negativos (exceto com EPP), variando de -.12 (PP) a -.37 (PE_Frost). O AN também se correlacionou significativamente com PR (-.23), II (-.34), perceção de stresse (-.59) e de apoio (.20).

Comparação de médias

Para cada uma das variáveis que apresentaram coeficientes de correlação significativos com os *outcomes* em estudo (Depressão, Ansiedade, AN e AP) formaram-se três grupos com base na média e desvio padrão [baixo (M-1DP), elevado (M+1DP) e médio (M±1DP)], de modo a analisar se as pontuações médias naquelas se distinguiram entre os diferentes grupos (Tabelas 3 a 10 – Anexo 1).

As pontuações médias de **Depressão** foram significativamente diferentes entre todos os três grupos, aumentado num padrão constante desde o nível baixo ao elevado para a maioria das VIs: PSP, PE_Frost, DA, PreoAv, IMCP_Total, PE, QPP_Total, PR, II e Perceção de stresse. Quanto às variáveis PAO, EP, PP, CP e O, pelo menos dois grupos, principalmente os extremos (1 vs. 3) se distinguiram significativamente. A única variável em que os grupos não se distinguiram quanto às pontuações médias de Depressão foram os PP_Frost. Para a comparação das pontuações médias de Depressão por grupos de apoio utilizámos as quatro opções de resposta da variável categorial para formar os grupos. Verificámos que os grupos 1 (Nunca+ Quase nunca) e 2 (Algumas vezes) têm pontuações significativamente superiores às dos grupos 3 (Bastantes vezes) e 4 (Muitas vezes).

Quanto às pontuações médias de **Tensão-Ansiedade** foram significativamente diferentes entre todos os três grupos (sendo que os níveis de TA aumentam num padrão monotónico do grupo 1 para o grupo 3), para todas as variáveis exceto PP_Frost, EP, CP, EsfPerf e PP. Nestas, apenas os grupos 1 e 2 não se distinguem significativamente. Quanto aos grupos com diferentes níveis de apoio, verificámos que os grupos 1 (Nunca+ Quase nunca) e 2 (Algumas vezes) têm pontuações significativamente superiores às dos grupos 3 (Bastantes vezes) e 4 (Muitas vezes) nas pontuações de TA.

Relativamente às pontuações de **Afeto Negativo**, também foram significativamente diferentes entre os três grupos da maioria das Vis: PP_Frost, EP, CP, EsfPerf e IMCP_Total, nas quais pelo menos dois grupos se distinguem significativamente. As pontuações de AN por grupos de apoio também foram significativamente diferentes entre os grupos 1 e 4 e entre o grupo 2, com o 3 e o 4.

Quanto às pontuações médias de **Afeto Positivo**, não se distinguiram significativamente entre os grupos de CP, IMCP_Total e PP. Para as variáveis PSP, PE_Frost, DA, II e percepção de stress todos os grupos se distinguem entre si, mas num padrão inverso ao das variáveis anteriores, ou seja, as pontuações diminuem do grupo 1 para o 3. Para as outras variáveis (PAO, PreoAv, EsfPerf, PE, EPP, QPP_Total e PR) existem pelo menos dois grupos que se distinguem com este padrão. Quanto às pontuações de AP por grupos de percepção de apoio, é o grupo 2 que apresenta pontuações significativamente inferiores ao 3 e ao 4.

Regressão linear múltipla (hierárquica) e mediação

Recorremos à análise de Regressão Linear Múltipla/RLM para averiguar quanta da variância das variáveis dependentes/VDs (Depressão, Tensão-Ansiedade, AN, AP) pode ser explicada pelo conjunto das variáveis independentes (VIs) correlacionadas (rever Tabela 2, Apêndice 1).

Para todas as VDs começámos por testar modelos em que apenas inserimos variáveis relacionadas com o mesmo constructo, de modo a proceder a uma primeira seleção de dimensões a introduzir nos modelos gerais (ver Apêndice 2 – Seleção de variáveis Independentes). Assim, começámos por tentar identificar quais os potenciais preditores de entre as variáveis de Perfeccionismo, depois para as dimensões

relacionadas com o Pensamento Repetitivo/PR e por fim testámos a contribuição da percepção de stresse e de apoio introduzidas num modelo em simultâneo. Além disso, tivemos em conta os pressupostos de multicolinearidade, segundo os quais as potenciais VIs não devem apresentar coeficientes de correlação elevados ($>.70$) entre si.

1. VD: Depressão

Introduzindo num mesmo **modelo geral** (I) todos os preditores significativos, este passa a explicar 52.9% da variância da Depressão [$R^2=.529$ / *Adjusted* $R^2=.516$; $F(9;326)=40.615$, $p<.001$]. Passam a ser preditores significativos as seguintes variáveis: PAO ($\beta=.174$; $p<.001$; 4.41%), PSP ($\beta=.152$; $p=.004$; 2.46%), PE_Frost ($\beta=.125$; $p=.019$; 1.69%), PE_IMCP ($\beta=.213$; $p<.001$; 5.29%), II ($\beta=.128$; $p=.026$; 1.51%), percepção de stresse ($\beta=.173$; $p<.001$; 4.58%) e de apoio social ($\beta=-.249$; $p<.001$; 10.05%).

Através da análise de RLM hierárquica (ver tabelas no Apêndice 3) testámos se as variáveis de PR continuavam a poder ser consideradas preditores da VD, após controlar a percepção de stresse e de apoio (Bloco I) e os preditores de perfeccionismo (Bloco II).

Verificou-se que o Bloco I explica 32.4% ($R^2=.324$; $F(2;333)= 79.727$; $p<.001$) da variância da Depressão. Com a inserção do Bloco II, o modelo passa a explicar 49.4%, ou seja, as variáveis de perfeccionismo acrescentam uma percentagem de 17.0% à variância do modelo. A introdução no fim do II, fornece um incremento significativo de 2.8%.

Conduzimos uma análise de mediação através da metodologia de *bootstrapping*.⁴⁸ A interpretação dos dados de *bootstrapping* é realizada verificando se

os ICs 95% (*biascorrectedandacceleratedconfidenceintervals* - BCa CI) não contêm zero.

Assim, a II mostrou ser um mediador significativo da associação entre PAO e Depressão, pois o IC95% BCa foi de .0120 a .0876, ou seja, não contém “0” (mediação total). Entre PSP e Depressão (IC95% .0611-.1599; mediação parcial); e entre PE_Frost e Depressão (IC95% .2515-.5906; mediação parcial).

Testámos um outro **modelo geral (II)** em que, em vez de todas as dimensões de perfeccionismo, inserimos a dimensão Preocupação com a Avaliação/PreoAv em conjunto com as dimensões do QPP, bem como com a percepção de stresse e de apoio. Este explicou 46.8% da variância [$R^2=.468$ / *Adjusted R*²=.460; $F(95;332)=58.377$, $p<.001$]. Foram preditores significativos PreoAv ($\beta=.279$; $p<.001$; 10.05%), II ($\beta=.178$; $p=.002$; 6.71%), stresse ($\beta=.186$; $p<.001$; 5.86%) e percepção de apoio ($\beta=-.291$; $p<.001$; 11.90%).

Analisando a RLMH com estas variáveis verificou-se que acrescentando a PreoAv ao bloco constituído pelo stresse e apoio ($R^2=.323$; $F(2; 335)=79.763$; $p<.001$), a percentagem de variância explicada passa de 32.3% ($p<.001$) para 42.6% ($p<.001$), o que corresponde a um incremento significativo de 10.3%. A introdução da II fornece um adito significativo de 3.8% ($p<.001$) na variância explicada. A análise de mediação mostrou que II é um mediador parcial da relação entre PreoAv e Depressão (IC95% .0388-.0949).

2. VD: Ansiedade

Introduzindo num mesmo **modelo geral (I)** todos os preditores significativos, este passa a explicar 51.3% da variância da Ansiedade [$R^2=.513$ / *Adjusted R*²=.503;

F(7;329)=49.499, $p<.001$]. São preditores significativos as seguintes variáveis: PE_IMCP ($\beta=.203$; $p<.001$; 5.29%), PR ($\beta=.111$; $p=.038$; 1.30%), II ($\beta=.151$; $p=.009$; 2.04%), percepção de stresse ($\beta=.295$; $p<.001$; 12.04%) e de apoio social ($\beta=-.162$; $p<.001$; 4.54%).

Com a RLMH verificou-se que o Bloco I explica 35.3% ($R^2=.353$; F(2;337)=92.050; $p<.001$) da variância da Ansiedade. Com a inserção do Bloco II, o modelo passa a explicar 44.2%, providenciando um incremento significativo de 8.8%. Introduzindo por fim a II e o PR, estes aumentam a variância do modelo em 6.1% (todos $p<.001$).

Tanto PR (IC95% .1113-.2873) como II (IC95% .1666-.4009) revelaram-se mediadores parciais da relação entre PE_IMCP e TA.

O teste do modelo alternativo (II), contendo PreoAv, EsfPerf, PR, II, stresse e apoio explicou 47.9% da variância de TA [$R^2=.479$; F(6;330)=50.576; $p<.001$]. Os preditores significativos foram todos menos EsfPerf, com os seguintes valores: PreoAv ($\beta=.1.98$; $p<.001$; 4.54 %); PR ($\beta=.114$; $p=.041$; 1.25%); II ($\beta=.191$; $p=.001$; 3.42%); percepção de stresse ($\beta=.339$; $p<.001$; 14.59%); percepção de apoio ($\beta=-.165$; $p<.001$; 4.20%).

A RLMH mostrou que ao Bloco I, composto por stresse e apoio ($R^2=.353$; F(2;335)=91.303; $p<.001$), a PreoAv acrescentou uma percentagem de 7.0% da variância e o bloco composto pelas duas dimensões do QPP acrescentou ainda mais 5.6% (todos $p<.001$).

Mais uma vez, tanto PR (IC95% .0222-.0543) como II (IC95% .0279-.0689) foram mediadores parciais da relação entre PreoAv e TA.

3. VD: Afeto negativo

Introduzindo num mesmo **modelo geral (I)** todos os preditores significativos, este passa a explicar 57.2% da variância do AN [$R^2=.572$ / *Adjusted R*²=.560; $F(9;325)=48.313$, $p<.001$]. São preditores significativos as seguintes variáveis: PAO ($\beta=.126$; $p=.003$; 2.59%), PSP ($\beta=.122$; $p=.016$; 1.80%), PE_Frost ($\beta=.102$; $p=.043$; 1.25%), DA ($\beta=.115$; $p=.019$; 1.69%), PE_IMCP ($\beta=.192$; $p<.001$; 4.71%), II ($\beta=.110$; $p=.042$; 1.25%), percepção de stresse ($\beta=.245$; $p<.001$; 9.49%) e de apoio social ($\beta=-.257$; $p<.001$; 11.63%).

A RLMH mostrou que o Bloco I explica 38.4% ($R^2=.384$; $F(2;332)=103.691$; $p<.001$) da variância do AN. Com a inserção do Bloco II, o modelo passa a explicar 55.2%, ou seja, as variáveis de perfeccionismo acrescentam uma percentagem de 16.7% à variância do modelo. Introduzindo por fim II esta fornece um incremento significativo de 1.6%.

A II revelou-se um mediador total da relação entre PAO e AN (IC95% .0257-.2290) e um mediador parcial da relação entre PSP e AN (IC95% .1760-.4564); entre PE_Frost e AN (IC95% .1416-.8554); entre DA e AN (IC95% .7246-.7267); entre PE_IMCP e AN (IC95% .1427-.8633).

O teste do modelo alternativo (II), contendo PreoAv, EsfPerf, II, stresse e apoio explicou 52.7% da variância de AN [$R^2=.527$; $F(5;330)=73.448$; $p<.001$]. Todos se mostraram preditores significativos, com os seguintes valores: PreoAv ($\beta=.305$; $p<.001$; 11.29%); EsfPerf ($\beta=-.083$; $p=.049$; 1.17%); II ($\beta=.227$; $p<.001$; 7.56%); stresse ($\beta=.301$; $p<.001$; 11.29%) e apoio ($\beta=-.264$; $p<.001$; 11.09%).

A RLMH mostrou que ao bloco constituído pelo stresse e apoio ($R^2=.385$; $F(2;333)=104.254$; $p<.001$), PreoAv acrescentou uma percentagem de 9.6% da variância, EsfPerf acrescentou 0.7% e II acrescentou ainda mais 3.9% (todos $p<.001$).

A II é mediador total da relação entre EsfPerf e AN (IC95% .0142-.1894) e parcial da relação entre PreoAv e AN (IC95% .1089-.2628).

4. VD: Afeto positivo

Introduzindo num mesmo **modelo geral (I)** todos os preditores significativos, este passa a explicar 24.2% da variância do AP [$R^2=.242$ / *Adjusted* $R^2=.228$; $F(6;333)=17.679$, $p<.001$]. São preditores significativos as seguintes variáveis: PE_Frost ($\beta=-.226$; $p<.001$; 4.20%), EPP ($\beta=.179$; $p=.001$; 5.53%), II ($\beta=-.160$; $p=.004$; 2.40%) e percepção de stresse ($\beta=-.138$; $p=.011$; 1.93%).

A RLMH revelou que o stresse, introduzido no primeiro passo, explicou 7.2% ($R^2=.072$; $F(1;339)=26.126$; $p<.001$) da variância do AP. Com a inserção do Bloco II, o modelo passa a explicar 20.5%, ou seja, as variáveis de perfeccionismo acrescentam uma percentagem de 13.4% à variância do modelo. A II, introduzida em terceiro lugar, fornece um incremento significativo de 2.7%.

A II mostrou ser um mediador total da relação entre PE_Frost e AP (IC95% -.1329 a -.0264) e não medeia a relação entre EPP_IMCP e AP.

O teste do modelo alternativo **(II)**, contendo PreoAv, EsfPerf, II e percepção de stresse explicou 17.5% da variância de AP [$R^2=.175$; $F(4;332)=17.654$; $p<.001$]. Os preditores significativos foram todos menos EsfPerf, com os seguintes valores: PreoAv ($\beta=-.196$; $p<.001$; 3.28%); II ($\beta=-.215$; $p<.001$; 4.04%); stresse ($\beta=-.151$; $p=.007$; 2.19%).

A RLMH mostrou que ao stresse ($R^2=.070$; $F(1;336)=25.453$; $p<.001$), PreoAv acrescentou uma percentagem de 5.9% da variância e II acrescentou ainda mais 3.6% (todos $p<.001$).

A II medeia parcialmente a relação entre PreoAv e AP (IC95% -.0434 a -.0153).

DISCUSSÃO

O objetivo deste trabalho foi estudar a relação entre perfeccionismo, PPN e perturbação psicológica, mais especificamente, analisar o padrão de relações entre as dimensões do perfeccionismo e as dimensões do PPN e testar se estas últimas funcionam como mediadoras da relação entre perfeccionismo e perturbação psicológica (depressão, ansiedade, AN e AP). Das diversas análises realizadas resultou um conjunto de achados muito consistente e elucidativo.

Relativamente ao perfeccionismo e no que diz respeito às suas dimensões consideradas mais positivas e negativas³, as análises de correlação e comparação de médias vieram confirmar os dados existentes na literatura.⁴

Relativamente à EMP de Hewitt e Flett, o PSP revelou-se, como seria de esperar, a componente mais negativa, correlacionando-se fortemente com depressão, tensão-ansiedade/TA e AN e negativamente com AP. O PAO, apesar de apresentar coeficientes de correlações de magnitude bastante inferior, também apresentou este padrão de correlações, indo de encontro aos dados que apontam que, apesar de mais positivo do que o PSP, o PAO poderá não ser exclusivamente adaptativo. As comparações por médias corroboraram estes achados, pois as pontuações em todos os *outcomes* negativos (depressão, ansiedade, AN) foram superiores nos participantes com níveis mais elevados de PSP (em todos os grupos) e, quanto ao PAO, os grupos extremos também se distinguiram no mesmo sentido; um padrão inverso verificou-se para o *outcome* positivo (AP).

As dimensões da EMP_Frost que se revelaram mais negativas foram, como previsto, a PE e as DA. A Organização revelou-se como uma característica positiva, ao

correlacionar-se negativamente com Depressão e AN; a comparação de médias por grupos veio também sublinhar esta evidência.

De um modo geral, as relações significativas entre diversas variáveis de perfeccionismo e a perturbação psicológica eram esperadas e integram-se no contexto das diversas evidências que têm levado a considerar o perfeccionismo um processo transdiagnóstico.³

A utilização das dimensões de segunda ordem, PreoAv e EsfPerf³⁸, constitui um contributo inovador. A investigação da sua natureza mais negativa ou positiva e da relação com outras variáveis psicológicas ainda não foi suficientemente explorada. No estudo de Soares et al.³⁸ verificou-se apenas que as PreoAv se correlacionam positivamente com AN e negativamente com AP e que os EsfPerf se correlacionam positivamente, mas com uma magnitude inferior, com AN. No presente estudo, a sua utilização permitiu acrescentar consistência e robustez às nossas conclusões. Assim, replicámos que as PreoAv constituem uma dimensão negativa. Quanto aos EsfPerf, apesar de em menor magnitude, também evidenciaram uma relação positiva e significativa com Depressão e AN e negativa com AP, tendo-se ainda verificado que indivíduos com níveis baixos de EsfPerf têm níveis mais elevados de AP.

Foi utilizada pela primeira vez a versão portuguesa do IMCP³⁵, tendo sido consideradas as suas três dimensões. A Preocupação com os Erros/PE mostrou-se a dimensão mais negativa, correlacionando-se forte (>.50) e positivamente com depressão, tensão-ansiedade e AN (e estes *outcomes* apresentaram pontuações médias crescentes à medida que aumentam os níveis de PE) e negativamente com AP. Os Elevados Padrões Pessoais/EPP revelaram-se a dimensão mais positiva do IMCP, pois não só não se relacionam com qualquer um dos *outcomes* negativos em estudo, como

apresentaram uma correlação positiva com o AP; do mesmo modo, os indivíduos com níveis elevados (vs. moderados e baixos) de EPP apresentam pontuações médias mais elevadas de AP. Quanto à Procura da Perfeição/PP, os resultados indicam também que esta é de natureza mais negativa, mas não tanto quanto a PE, pois apesar de se relacionar positivamente com os *outcomes* negativos e *negativamente* com AP, os coeficientes são em níveis inferiores aos da PE.

Entre os vários contributos deste trabalho, já referidos, o mais relevante consistiu em estudar, pela primeira vez numa amostra da população geral, a relação entre as dimensões do recém-validado QPP (PR e II)³² com o perfeccionismo e a perturbação psicológica. De acordo com os nossos resultados, ambas as dimensões de PPN se correlacionam positivamente com os *outcomes* mais negativos (Depressão, Tensão-Ansiedade e AN) e inversamente com o AP, sendo que o a II apresenta coeficientes mais elevados. Ao nível da comparação das pontuações médias dos *outcomes* negativos por grupos, todos se distinguem, bem como, no sentido inverso, para as pontuações de AP, também com diferenças mais acentuadas por grupos de II.

Assim, a relação entre PPN e perturbação psicológica vem corroborar achados prévios, nomeadamente relativos à depressão^{19,20} e ansiedade²³⁻²⁵. Num trabalho muito recente em que a versão validada portuguesa do QPP³² foi utilizada pela primeira vez, numa amostra de mulheres com síndromes de sensibilização central, as duas dimensões (e também mais fortemente a II) revelaram-se associadas tanto ao PAO e ao PSP como às dimensões ansiedade, depressão e AN da POMS.⁴⁹

Aprofundando esta reflexão, constatamos que as correlações mais elevadas entre variáveis de PPN e de perfeccionismo se verificam com as dimensões PSP, PE_Frost, EP_Frost, PreoAv e PE_IMCP, ou seja, precisamente com as variáveis que tanto no

presente estudo como na literatura^{3,50} se apresentam como as dimensões mais negativas do perfeccionismo. Por outro lado, a II e o PR não se relacionam significativamente com as dimensões de perfeccionismo mais positivamente conotadas (Organização, EPP e EsfPerf no caso do PR) ou, a relacionarem-se significativamente, é com magnitude muito mais baixa (<.20; EsfPerf com II e II e PR com PAO e com PP_Frost).

Refletimos ainda se alguma destas dimensões de PPN se afigura mais negativa. Analisando as correlações, verifica-se que, das duas dimensões, a que se relaciona mais fortemente tanto com as variáveis de perfeccionismo (negativo) como com os *outcomes* negativos é a II, que também se relaciona negativamente com AP com uma maior magnitude. Também se relaciona mais fortemente com PAO e com PP_Frost do que o PR. Da análise da literatura sobre este tópico verificamos que também a ruminação se relaciona tanto com PSP como com o PAO, mas mais fortemente com o primeiro⁵¹. Note-se que a natureza positiva/negativa do PAO tem sido considerada menos consistente do que a do PSP⁴, sendo que aquele não é exclusivamente adaptativo e os seus efeitos parecem ser função de moderadores e mediadores específicos⁵¹. Tudo isto aponta para a existência de mediadores cognitivos específicos da relação entre cada uma das dimensões de perfeccionismo e a perturbação psicológica. Torna-se portanto pertinente avaliar se o PPN é um destes mediadores, ou seja, se as suas dimensões medeiam a relação entre as dimensões de perfeccionismo e a perturbação psicológica.

Uma vez que a perceção de apoio e de stresse são importantes fatores de risco tanto para depressão como para ansiedade, altamente consensuais e confirmados pela literatura⁵²⁻⁵⁴, optámos por incluir estas duas variáveis, com o objetivo de controlar os seus efeitos e assim obtermos resultados mais válidos (a nível estatístico, tal foi operacionalizado através da inserção da perceção de stresse e de apoio no primeiro bloco da RLMH) relativamente ao papel do perfeccionismo e do PPN. Ou seja, este rigor

permitiu-nos verificar se os efeitos destas variáveis da personalidade e cognitivas não se exercem unicamente pela via de influenciarem a percepção de stresse e de apoio.

Os resultados obtidos vieram confirmar as nossas hipóteses de que o PPN é não só um preditor de perturbação psicológica (depressão, ansiedade e AN), pois adicionado isoladamente na RLMH provocou sempre um adito significativo tanto nos modelos I (composto pelas dimensões de perfeccionismo) como nos modelos II (composto pelas dimensões de segunda ordem), como é ainda um mediador da relação entre perfeccionismo e esta. Indo de encontro ao que já foi anteriormente sugerido acerca da II se tratar da dimensão mais negativa do PPN, foi esta que mais se evidenciou como mediadora desta relação, sendo que o PR apenas mediou a relação entre perfeccionismo e ansiedade.

Para o AP os resultados obtidos foram semelhantes mas de sentido inverso, o que vem corroborar ainda mais as nossas conclusões acerca do papel preditor das variáveis de perfeccionismo e de PPN e do papel mediador destas últimas, principalmente do II. Ou seja, níveis baixos destas variáveis (pois mantiveram-se como preditores significativos de AP, mas de “sinal” contrário) podem funcionar como potenciais protetores contra a perturbação psicológica. Para confirmarmos o papel destas variáveis como fatores de risco ou de proteção, será necessário realizar estudos prospetivos. Tal está, de resto, a ser implementado no âmbito de um projeto maior, no qual este trabalho se insere a nível preliminar.

A nossa interpretação para o conjunto dos resultados surge na sequência da hipótese que esteve na base da definição dos objetivos. Efetivamente, temos agora evidências empíricas para considerar que os perfeccionistas, com tendência a preocuparem-se com os erros e com a possibilidade de não atingirem as elevadas metas

que estipulam, tendem a desenvolver pensamentos perfeccionistas de forma repetitiva. Quando confrontados com situações de stresse, esta tendência contribui para aumentar os seus níveis de perturbação psicológica (ansiedade, depressão, AN).⁴

Relativamente à mediação, a II mostrou-se um mediador **parcial** da relação entre PSP e depressão, PE_Frost e depressão, PE_IMCP e ansiedade, PSP e AN, PE_Frost e AN, DA e AN e PE_IMCP e AN. Já o PR revelou-se um mediador parcial da relação entre PE_IMCP e ansiedade. Estes resultados indicam-nos que, a presença de elevados níveis de dimensões de perfeccionismo *negativas* (todas as referidas) é, por si só, preditora de perturbação emocional, mas também que o seu efeito na determinação dos *outcomes* é potenciado pelos elevados níveis de PPN, principalmente II.

Muito relevante é que a II foi mediadora **total** das relações entre PAO e depressão, entre EsfPerf e AN e entre PAO e AN. Isto significa que quando estamos na presença de elevadas pontuações em dimensões tendencialmente positivas de perfeccionismo^{3,38}, o seu efeito como preditores de depressão e de AN **apenas** se verifica se os indivíduos apresentarem simultaneamente níveis elevados de II.

Também é de salientar a mediação **total** do II na relação entre a PE_Frost e o AP, resultado que mostra que baixas pontuações de PE só contribuem para este *outcome* positivo se a interferência do PPN também for reduzida.

Estes resultados inéditos contribuem para uma melhor compreensão do facto de algumas das dimensões de perfeccionismo, nomeadamente o PAO, apresentarem um padrão inconsistente nas suas relações com a perturbação psicológica. Ou seja, apesar de ser considerado uma dimensão predominantemente positiva³, o PAO surge associado à psicopatologia em diversos estudos.⁵⁻⁹ Estas evidências são favoráveis à hipótese de Connor et al.⁵¹, segundo o qual os efeitos do PAO poderão ser função de mediadores

específicos. A continuação da investigação deste tópico poderá contribuir para a confirmação destes achados.

Possíveis limitações deste estudo prendem-se com o facto de a amostra ser constituída por estudantes universitários. Considerando que o perfeccionismo parece diminuir com a idade⁵⁵, poderá ser relevante analisar a relação entre o Perfeccionismo, o PPN e a perturbação psicológica noutros grupos da população geral. Estudos que explorem estas variáveis em amostras clínicas poderão também dar um contributo científico relevante.

O Consentimento informado por escrito implicava a identificação dos participantes. Apesar do estudo ter sido cego e a confidencialidade ter sido garantida, alguns alunos verbalizaram informalmente que isso interferiu com as suas respostas, nomeadamente no sentido de serem menos extremas. Assim, a haver alguma diferença se o estudo tivesse sido anónimo, pensamos que teria sido no sentido de acentuar as relações verificadas entre as variáveis.

Em conclusão, o presente estudo contribui para a compreensão do processo através do qual o perfeccionismo se relaciona com perturbação psicológica, ao evidenciar de forma inequívoca que o PPN, principalmente a sua dimensão mais desadaptativa, a II, é um mediador desta relação. Tanto o perfeccionismo como o PPN devem ser encarados como potenciais alvos para estratégias de prevenção e tratamento que possam ser eficazes na minimização das suas consequências.⁴ A clarificação das dimensões do perfeccionismo que se encontram mais relacionadas com o pensamento repetitivo poderá também ser muito útil na prática clínica, na medida em que poderá ajudar na distinção entre os perfeccionistas com maior e menor propensão para a psicopatologia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor António Macedo e à Doutora Ana Telma Pereira por toda a dedicação e simpatia com que me acolheram e acompanharam e por todo o conhecimento transmitido ao longo deste percurso.

Agradeço ainda a todos os alunos que se voluntariaram para participar neste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R. & O'Brien, S. (1991). Perfectionism and learned resourcefulness in depression and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 12, 61-68.
- 2 - Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.
- 3 - Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive perfectionism: Conceptions, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 219-319.
- 4 - Macedo, A., coordenador (2012). Ser ou não ser (perfeito)? Perfeccionismo e Psicopatologia. Lisboa: Lidel.
- 5 - Macedo, A., Soares, M. J., Azevedo, M. H., Pereira, A. T., Maia, B., & Pato, M. (2007). Perfectionism and eating attitudes in Portuguese University students. *European Eating Disorders Review*, 15, 296–304.
- 6 - Soares, M. J., Macedo, A., Carvalho Bos, S., Marques, M., Maia, B., Pereira, A. T., Gomes, A., Valente, J., Pato, M., & Azevedo, M. H. (2009). Perfectionism and eating attitudes in Portuguese students: a longitudinal study. *European eating disorders review*, 5, 390–398.
- 7 - Bento, M.C., Pereira, A.T., Maia, B.R., Marques, M., Soares, M.J., Bos, S., Valente, J., Gomes, A., Azevedo, M.H.P., Macedo, A. (2010). Perfectionism and Eating Behaviour in Portuguese Adolescents. *European Eating Disorders Review*, 18 (4): 328-337.

- 8 - Maia, B.R., Soares, M.J., Gomes, A., Marques, M., Pereira, A.T., Cabral, A., Bos, S., Valente, J., Pato, M., Pocinho, F., Macedo, A., Azevedo M.H.P. (2009). Perfectionism in Obsessive Compulsive and Eating Disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(4), 322-327.
- 9 - Maia BR, Macedo A, Pereira AT, Marques M, Bos S, Soares MJ, Valente J, Azevedo MH. (2012) The Role of Perfectionism in postpartum depression and Symptomatology. *Arch Womens Ment Health*, 15:459–468.
- 10 - Azevedo, M.H., Soares, M.J., Bos, S.C., Gomes, A.A., Maia, B., Marques, M., Pereira, A.T., Macedo, A. (2009). Perfectionism and sleep disturbance. *The World Journal of Biological Psychiatry*; 10(3): 225-233.
- 11 - Azevedo, M.H., Bos, S.C., Soares, M.J., Marques, M., Pereira, A.T., Maia, B., Gomes, A.A., Macedo, A. (2010). Longitudinal study on perfectionism and sleep disturbance. *The World Journal of Biological Psychiatry*; 11(2): 476-485.
- 12 - Egan S.J., Wade, T.D., Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review. *Clin Psychol Rev.* Mar;31(2):203-12
- 13 - Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). Cognitive behavioural processes across psychological disorders. Oxford, UK: *Oxford University Press*.
- 14 - Macedo, A., Pereira, A.T., Marques, M., Azevedo, M.H. (2013). Perfectionism, cognition and psychological distress. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*. Revised manuscript submitted.

- 15 - Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9–16.
- 16 - Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115–121.
- 17 - Segerstrom, S. C., Tsao, J. C. I., Alden, L. E., & Craske, M. G. (2000). Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 671–688.
- 18 - Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schonfeld, S., Ehlers, A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 42, 225-32.
- 19 - Thomsen, D. K. (2006). The association between rumination and negative affect: A review. *Cognition and Emotion*, 20, 1216–1235.
- 20 - Watkins, E. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 143, 163–206.
- 21 - Clohessy, S., Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 251–265
- 22 - Ehring, T., Szeimies, A.K., Schaffrick, C. (2009). An experimental analogue study into the role of abstract thinking in trauma-related rumination. *Behav Res Ther*. 2009 Apr;47(4):285-93. doi: 10.1016/j.brat.2008.12.011.

- 23 - Abbott, M.J., Rapee, R.M.(2004).Post-event rumination and negative self-appraisal in social phobia before and after treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 136–144.
- 24 - Joormann, J., Dkane, M., & Gotlib, I. H. (2006). Adaptive and maladaptive components of rumination? Diagnostic specificity and relation to depressive biases. *Behavior Therapy*, 37, 269–280.
- 25 - Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Kalsy, S. A., & Tolin, D. F. (2003). Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: A replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 529–540.
- 26 - Amir, N., Cashman, L., & Foa, E. B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 775–777.
- 27 - Eccleston, C., Crombez, G., Aldrich, S., & Stannard, C.(2001). Worry and chronic pain patients: A description and analysis of individual differences. *European Journal of Pain*, 5, 309–318.
- 28 - Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7, 524–532.
- 29 - Ehring, T., Watkins, E. (2008). Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Process. *Internacional Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 192-205.
- 30 - Amaral, A., Soares, M., Pereira, A., Bos, S., Marques, M., Valente, J., et al. (2013). Frost Multidimensional Perfectionism Scale: versão portuguesa. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 40 (4), 144-149.

- 31 - Soares, M.J., Gomes, A.A., Macedo, A.F. et al. (2003). Escala Multidimensional de Perfeccionismo: adaptação à população portuguesa, *Revista Portuguesa de Psicossomática*. 46-55
- 32 - Chaves, B., Castro, J, Pereira, AT, Soares, M.J., Amaral, A.P., Bos, S., Madeira, N., Nogueira, V, Roque, C., Macedo, A. (2013). Perseverative thinking questionnaire: Validation of the Portuguese version. *Atencion Primária* , 45, 162.
- 33 - Azevedo, M.H., Silva, C.F., Dias, M.R. (1991). O Perfil de Estados de Humor: Adaptação à população Portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, 187–193
- 34 - Ribeiro, J.P., Marques, T. (2009). A avaliação do stresse: a propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de stresse. *Psic., Saúde & Doenças*.
- 35 - Macedo, A., Soares, M.J., Amaral, P., Castro, J., Chaves, B., Bos, S., Marques, B., Maia, B., Nogueira, V., Madeira, N., Valente, J., Roque, C., Pereira, A.T. (2013). Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory: Validation of the Portuguese Version. *Stress and Anxiety (in press)*.
- 36 - Frost, R.O., Marteen, P., Lahart, C. et al. The dimensions of perfectionism. *Cognit Ther Res*, 1990. 449-468
- 37 - Hewitt, P.L., Flett, G.L. (1991) Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment and association with psychopathology. *J Pers Soc Psychol.*, 456-470
- 38 - Soares, M.; Amaral, A.; Pereira, A.; Bos, S.; Marques, V.; Valente, J., et al. (2013). Multidimensional Perfectionism Scales underlying higher order factores. *34th Conference STAR - Stress and Anxiety Research Society*. Faro, Portugal

- 39 - Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schonfeld, S., Ehlers, A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 42, 225-32.
- 40 - McNair, D., Lorr, M., & Droppleman, L. (1971). Edits Manual for the Profile of Mood States. *Education and Individual Testing Services*. San Diego, California .
- 41 – Marques, M., Bos, S., Soares, M.J. et al. Is insomnia a risk factor postpartum depression? *Psychiatry Research*, 2011. 272-280
- 42 - Pereira, A.T., Marques, M., Soares, M.J. et al. Worry and rumination: Exploring a brief measure of repetitive thought. *European Psychiatry*, 2012. 1058
- 43 - Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and social Behavior*, 24 , 385-396
- 44 - Peixoto, C. (2012). Comportamentos alimentares, distúrbios do sono e Obesidade. Tese de Mestrado em Nutrição Clínica. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- 45 - Stoeber, J., Kobori, O., Tanno, Y. (2010). The Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory-English (MPCI-E): reliability, validity, and relationships with positive and negative affect. *J Pers Assess*. Jan;92(1):16-25.
- 46 - Almeida, L.S., & Freire T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (3ª Edição Revista e Ampliada). Braga: Psiquilíbrios.
- 47 - Cohen J. A power primer. *Psychological Bulletin*, 1992. 155-159
- 48 - Preacher, K.J., Hayes, A.F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behav Res Methods Instrum Comput*. Nov;36(4):717-31.

- 49 - Albuquerque, I., Pereira, A.T., Soares, M.J., Amaral, A.P., Bos, S., Madeira, N., Nogueira, V., Marques, M., Roque, C., Macedo, A., Da Silva, J.A.P. (2013). Fibromyalgia, perfectionism and repetitive negative thinking. *Atencion Primária* , 45, 171.
- 50 - Stoeber, J., Childs, J. H. (2010). The assessment of self-oriented and socially prescribed perfectionism: Subscales make a difference. *Journal of Personality Assessment*, 92(6), 577-585.
- 51 - O'Connor, D., O'Connor, R., & Marshall, R. (2007). Perfectionism and psychological distress: evidence of the mediating effects of rumination. *European Journal of Personality*, 21, 429-452.
- 52 - Dobson, K.S., Dozois, D.J.A. (2008). Risk Factors in Depression. Elsevier.
- 53 - Kessler, R.C., Bromet, E.J. (2013) The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013;34:119-38.
- 54 - Suárez, L.M., Bennett, S.M., Goldstein, C.R., Barlow, D.H. (2009). Understanding Anxiety Disorders from a “Triple Vulnerability” Framework. In *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders*, Marrin, A. Murray, S.. Oxford, UK: Oxford University Press.
- 55 - Landa, C., Bybee, J. (2007). Adaptive elements of aging: Self-image discrepancy, perfectionism, and eating problems. *Development Psychology*, 43 , 83-93.

Anexo 1

Pontuações médias (amostra total), Correlações
e Comparação de pontuações médias (grupos) -
Tabelas

Tabela 1: Pontuações médias nas variáveis em estudo.

Pontuações totais e dimensionais	Média (Desvio padrão)	Variação (Mín-Máx)
Perfeccionismo Auto Orientado (PAO)	73.12 (14.682)	30-121
Perfeccionismo Social Prescrito (PSP)	46.32 (10.643)	20-81
Preocupações com os erros (PE_Frost)	8.20 (2.860)	4-19
Padrões Pessoais (PP_Frost)	11.954 (3.075)	4-20
Dúvidas sobre as ações (DA)	9.672 (3.632)	4-20
Expectativas parentais (EP)	9.108 (4.045)	4-20
Criticismo parental (CP)	6.093 (2.824)	4-19
Organização (O)	14.12 (3.529)	4-20
Preocupações com a avaliação (PreoAv)	79.41 (19.152)	39-144
Esforços perfeccionistas (EsfPerf)	99.20 (17.373)	45-150
IMCP_Total	30.72 (7.397)	15-56
Preocupações com os erros (PE)	9.04 (3.074)	5-20
Elevados padrões pessoais (EPP)	12.75 (3.286)	5-20
Procura da perfeição (PP)	8.92 (3.029)	5-20
QPP_Total	22.78 (8.884)	0-59
Pensamento repetitivo (PR)	12.67 (4.803)	0-28
Interferência e improdutividade (II)	10.11 (4.910)	0-31
POMS_Depressão (D)	9.40 (9.447)	0-56
POMS_Tensão e ansiedade (TA)	10.73 (5.901)	0-30
POMS_Hostilidade (H)	9.08 (7.438)	0-34
POMS_Fadiga e inércia (FI)	6.62 (4.874)	0-24
POMS_Afeto negativo (AN)	19.04 (5.253)	1-32
POMS_Afeto positivo (AP)	35.73 (24.791)	2-134
Perceção de stresse	16.57 (6.309)	2-38
Perceção de apoio	3.38 (.800)	1-4

Tabela 2: Coeficientes de correlação de Pearson 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	25	
1 PAO	1																									
2 PSP	.42**	1																								
3 PE_Frost	.37**	.62**	1																							
4 PP_Frost	.54**	.30**	.24**	1																						
5 DA	.26**	.48**	.49**	.26**	1																					
6 EP	.27**	.64**	.35**	.32**	.25**	1																				
7 CP	.12**	.47**	.35**	NS	.21**	.60**	1																			
8 O	.14**	-.16**	-.19**	NS	-.15**	-.14**	-.17**	1																		
9 Perf⁺	.99**	.43**	.38**	.67**	.28**	.30**	.12*	.13*	1																	
10 Perf⁻	.44**	.96**	.76**	.32**	.68**	.59**	.46**	-.19**	.45**	1																
11 IMCP	.60**	.37**	.39**	.38**	.29**	.19**	.14**	.08**	.60**	.42**	1															
12 PE	.42**	.50**	.55**	.24**	.44**	.23**	.26**	NS	.42**	.58**	.75**	1														
13 EPP	.42**	.14*	.12*	.34**	NS	NS	NS	.11*	.43**	.13*	.76**	.26**	1													
14 PP	.59**	.26**	.28**	.32**	.23**	.13*	NS	.12*	.58**	.30**	.86**	.53**	.51**	1												
15 QPP	.14**	.35**	.37**	.14**	.53**	.16**	.16**	NS	.16**	.45**	.25**	.35**	NS	.20**	1											
16 PR	.12**	.30**	.32**	.12*	.43**	.13*	.13*	NS	.12*	.39**	.24**	.28**	NS	.19**	.91**	1										
17 II	.15**	.34**	.36**	.15**	.54**	.16**	.17**	NS	.16**	.45**	.22**	.36**	NS	.17**	.92**	.67**	1									
18 D	.12*	.49**	.49**	.12*	.48**	.25**	.29**	-.20**	.13*	.56**	.27**	.49**	NS	.19**	.48**	.41**	.48**	1								
19 TA	.24**	.45**	.45**	.17**	.48**	.20**	.22**	NS	.25**	.52**	.36**	.51**	NS	.28**	.53**	.46**	.50**	.77**	1							
20 H	.12**	.40**	.46**	.12*	.43**	.21**	.25**	-.21**	.13*	.48**	.25**	.42**	NS	.21**	.43**	.38**	.41**	.80**	.72**	1						
21 FI	.13**	.44**	.33**	.20**	.47**	.28**	.27**	-.14**	.15**	.49**	.24**	.37**	NS	.17**	.43**	.37**	.42**	.73**	.72**	.62**	1					
22 AP	-.15**	-.30**	-.37**	NS	.27**	NS	-.13*	NS	-.14**	-.35**	-.13*	-.31**	.11*	-.12*	-.32**	-.23**	-.34**	-.53**	-.48**	-.41**	-.39**	1				
23 AN	.16*	.49**	.49**	.16**	.52**	.25**	.29**	-.18**	.17**	.58**	.31**	.50**	NS	.24**	.52**	.45**	.50**	.94**	.89**	.90**	.83**	-.51**	1			
24 Stress	.17**	.44**	.42**	.13*	.47**	.20**	.21**	NS	.18**	.52**	.27**	.47**	NS	.21**	.54**	.49**	.50**	.72**	.74**	.63**	.62**	-.59**	.76**	1		
25 Apoio	NS	-.30**	-.26**	NS	-.24**	-.17**	-.34**	.19**	NS	-.32**	NS	-.18**	.17**	NS	-.16**	NS	-.19**	-.44**	-.31**	-.45**	-.34**	.20**	-.44**	-.33**	1	

*p<.05; ** p<.01

Legenda:1.PAO, Perfeccionismo auto orientado; 2. PSP, Perfeccionismo socialmente prescrito; 3. PE_Frost, Preocupações com os erros; 4. PP_Frost, Padrões pessoais; 5. DA, Dúvidas sobre as ações; 6. EP, Expectativas parentais; 7. CP, Criticismo parental; 8. O, Organização; 9.Perf⁺, Perfeccionismo positivo; 10. Perf⁻, Perfeccionismo negativo; 11. IMCP, Inventário multidimensional de crenças perfeccionistas; 12. PE, Preocupações com os erros; 13. EPP, elevados padrões pessoais; 14. PP, Procura da perfeição; 15. QPP, Questionário de pensamento perseverativo; 16. PR, Pensamento repetitivo; 17. II, Interferência e improdutividade; 18. D, Depressão; 19. TA, Tensão e ansiedade; 20. H, Hostilidade; 21. FI, Fadiga e inércia; 22. AP, Afeto positivo; 23. NA, Afeto negativo; 24. Stresse, Perceção de stresse; 25. Apoio, Perceção de apoio.

Tabela 3: Pontuações médias de Depressão_POMS (OneWay ANOVA).

	Baixo (1) n (%) M (DP)	Médio (2) n (%) M (DP)	Elevado(3) n (%) M (DP)	F (gl)	P	Post-hoc
PAO ⁰	51 (15.0) 7.43 (8.090)	240 (70.6) 9.36 (8.380)	49 (14.4) 11.98 (10.883)	2.940 (2; 336)	.054	1<3*
PSP ^δ	53 (15.5) 5.21 (4.249)	236 (69.2) 8.54 (8.192)	52 (15.2) 17.87 (13.246)	31.808 (2; 337)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
PE_Frost ^δ	60 (17.4) 4.97 (3.654)	234 (68.0) 8.50 (8.300)	50 (14.5) 18.88 (12.378)	40.396 (2; 340)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
PP_Frost ^δ	47 (13.7) 8.87 (11.818)	255 (74.1) 9.07 (8.490)	42 (12.2) 11.95 (11.637)	1.768 (2; 340)	NS	---
DA ^δ	71 (20.6) 5.27 (4.849)	215 (62.5) 8.32 (8.191)	58 (16.9) 18.60 (12.127)	44.067 (2; 340)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
EP ^δ	82 (23.8) 7.90 (7.542)	216 (62.8) 9.12 (8.961)	46 (13.4) 13.35 (13.178)	5.269 (2; 340)	.006	1<3*
CP ^δ	---	288 (83.7) 8.25 (8.130)	56 (16.3) 15.25 (13.023)	27.699 (1; 341)	<.001	2>3**
O ^δ	52 (15.1) 14.80 (13.399)	241 (70.1) 8.57 (8.332)	51 (14.8) 7.78 (7.690)	10.782 (2; 340)	<.001	1>2**, 3**
PreoAv ^δ	34 (10.0) 4.79 (3.488)	263 (77.1) 8.52 (8.075)	44 (12.9) 18.55 (13.976)	30.034 (2; 337)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
IMCP_Total ^δ	52 (15.2) 6.63 (5.851)	239 (69.9) 9.13 (9.236)	51 (14.9) 13.71 (11.863)	7.880 (2; 338)	<.001	1<2*, 3** 2<3*
PE ^δ	36 (10.5) 4.47 (4.706)	256 (74.9) 8.25 (7.772)	50 (14.6) 19.10 (13.072)	40.834 (2; 338)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
pp ⁰	35 (10.2) 9.31 (6.411)	249 (72.8) 10.18 (5.474)	58 (17.0) 14.12 (6.289)	12.404 (2; 338)	<.001	1<3** 2<3**
QPP_Total ^δ	46 (13.4) 4.76 (3.944)	240 (69.8) 8.07 (7.351)	58 (16.9) 18.50 (13.717)	43.334 (2; 340)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
PR ^δ	39 (11.3) 4.87 (4.219)	250 (72.7) 8.22 (7.649)	55 (16.0) 17.95 (13.727)	34.621 (3; 340)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
II ^δ	57 (16.6) 5.02 (4.657)	238 (69.2) 8.43 (7.746)	49 (14.2) 19.08 (13.861)	40.655 (2; 340)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
Stresse ^δ	39 (11.4) 2.89 (2.221)	254 (74.3) 7.31 (5.691)	49 (14.3) 23.27 (11.666)	160.446 (2; 338)	<.001	1<2**, 3** 2<3**

⁰LSD; ^δTamhane; ** p<.01; *p<.05

M – média; DP – desvio padrão; g.l. – graus de liberdade.

Tabela 4: Pontuações médias de Depressão_POMS por grupos de percepção de apoio (OneWay ANOVA).

	0-1 Nunca+ Quase nunca	2 Algumas vezes	3 Bastantes vezes	4 Muitas vezes	F (gl)	P	Post-hoc
Apoio ^δ	9 (2.6) 22.00 (11.478)	42 (12.3) 19.90 (12.516)	102 (29.8) 8.75 (8.190)	189 (55.3) 6.90 (6.981)	34.639 (3; 337)	<.001	1>3*, 4* 2>3**, 4**

^δTamhane; **p<.01; *p<.05

M – média; DP – desvio padrão; g.l. – graus de liberdade.

Tabela 5: Pontuações médias de Tensão-Ansiedade_POMS (OneWay ANOVA).

	Baixo (1) n (%) M (DP)	Médio (2) n (%) M (DP)	Elevado(3) n (%) M (DP)	F (gl)	P	Post-hoc
PAO ⁰	51 (15.0) 8.73 (5.400)	240 (70.6) 10.49 (5.658)	49 (14.4) 14.08 (6.454)	11.659 (2; 336)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
PSP ^δ	53 (15.5) 8.08 (4.287)	236 (69.2) 10.30 (5.612)	52 (15.2) 15.58 (6.102)	27.008 (2; 337)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
PE_Frost ^δ	60 (17.4) 7.38 (3.818)	234 (68.0) 10.52 (5.560)	50 (14.5) 15.78 (6.261)	33.442 (2; 340)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
PP_Frost ⁰	47 (13.7) 9.83 (6.528)	255 (74.1) 10.51 (5.617)	42 (12.2) 13.12 (6.394)	4.247 (2; 340)	.015	1<3* 2<3*
DA ⁰	71 (20.6) 8.17 (4.532)	215 (62.5) 10.02 (5.266)	58 (16.9) 16.63 (5.945)	46.534 (2; 340)	<.001	1<2*, 3** 2<3**
EP ⁰	82 (23.8) 9.55 (5.304)	216 (62.8) 10.77 (5.788)	46 (13.4) 12.70 (6.944)	4.279 (2; 340)	.015	1<3** 2<3*
CP ^δ	---	288 (83.7) 10.16 (5.515)	56 (16.3) 13.68 (6.918)	17.455 (1; 341)	<.001	2<3**
PreoAv ^δ	34 (10.0) 7.50 (3.855)	263 (77.1) 10.32 (5.544)	44 (12.9) 15.89 (6.435)	25.670 (2; 337)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
EsfPerf ⁰	47 (13.8) 8.96 (5.425)	145 (72.1) 10.48 (5.703)	48 (14.1) 13.85 (6.451)	9.460 (2; 336)	<.001	1<3** 2<3**
IMCP_Total ^δ	52 (15.2) 8.41 (4.859)	239 (69.9) 10.37 (5.502)	51 (14.9) 14.96 (6.723)	19.334 (2; 338)	<.001	1<2*, 3** 2<3**
PE ^δ	36 (10.5) 7.08 (4.170)	256 (74.9) 10.16 (5.337)	50 (14.6) 16.50 (6.052)	39.050 (2; 338)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
pp ⁰	35 (10.2) 9.31 (6.411)	249 (72.8) 10.18 (5.474)	58 (17.0) 14.12 (6.289)	12.404 (2; 338)	<.001	1<3** 2<3**
QPP_Total ^δ	46 (13.4) 7.00 (3.861)	240 (69.8) 10.10 (4.938)	58 (16.9) 16.28 (7.159)	45.309 (2; 340)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
PR ^δ	39 (11.3) 6.92 (3.659)	250 (72.7) 10.18 (5.149)	55 (16.0) 15.96 (7.042)	37.402 (2; 340)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
II ^δ	57 (16.6) 7.34 (4.453)	238 (69.2) 10.33 (4.912)	49 (14.2) 16.57 (7.566)	41.863 (2; 340)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
Stresse ^δ	39 (11.4) 6.17 (3.374)	254 (74.3) 9.60 (4.216)	49 (14.3) 19.13 (5.153)	154.381 (2; 338)	<.001	1<2**, 3** 2<3**

⁰LSD; ^δTamhane; **p<.01; *p<.05

M – média; DP – desvio padrão; g.l. – graus de liberdade.

Tabela 6: Pontuações médias de Tensão-Ansiedade_POMS por grupos de percepção de apoio (OneWay ANOVA).

	0-1 Nunca+ Quase nunca	2 Algumas vezes	3 Bastantes vezes	4 Muitas vezes	F (gl)	P	Post-hoc
Apoio ⁰	9 (2.6) 14.44 (6.444)	42 (12.3) 15.78 (6.101)	102 (29.8) 10.48 (5.372)	189 (55.3) 9.60 (5.498)	15.293 (3; 337)	<.001	1>3*, 4* 2>3**, 4**

⁰LSD; **p<.01; *p<.05

M – média; DP – desvio padrão; g.l. – graus de liberdade.

Tabela 7: Pontuações médias de Afeto Negativo_POMS (OneWay ANOVA).

	Baixo (1) n (%) M (DP)	Médio (2) n (%) M (DP)	Elevado(3) n (%) M (DP)	F (gl)	P	Post-hoc
PAO ⁰	51 (15.0) 30.45 (21.972)	240 (70.6) 35.11 (24.091)	49 (14.4) 45.52 (29.134)	5.060 (2; 335)	.007	1<3** 2<3**
PSP ^δ	53 (15.5) 24.40 (14.648)	236 (69.2) 33.66 (22.127)	52 (15.2) 58.20 (31.312)	32.256 (2; 336)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
PE_Frost ^δ	60 (17.4) 22.77 (12.386)	234 (68.0) 33.96 (22.558)	50 (14.5) 59.98 (29.876)	39.521 (2; 339)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
PP_Frost ⁰	47 (13.7) 33.81 (29.475)	255 (74.1) 34.58 (22.941)	42 (12.2) 44.79 (28.387)	3.259 (2; 339)	.040	1<3* 2<3*
DA ^δ	71 (20.6) 23.77 (15.272)	215 (62.5) 32.87 (21.612)	58 (16.9) 61.84 (28.030)	53.224 (2; 339)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
EP ^δ	82 (23.8) 30.77 (21.528)	216 (62.8) 35.35 (23.680)	46 (13.4) 46.56 (31.880)	6.138 (2; 339)	.002	1<3*
CP	---	288 (83.7) 32.78 (22.380)	56 (16.3) 50.79 (30.641)	26.567 (1; 340)	<.001	2<3**
O ^δ	52 (15.1) 49.22 (31.903)	241 (70.1) 33.53 (22.641)	51 (14.8) 32.55 (22.457)	9.334 (2; 339)	<.001	1>2**, 3**
PreoAv ^δ	34 (10.0) 21.76 (12.196)	263 (77.1) 33.58 (21.832)	44 (12.9) 61.19 (32.104)	4.561 (2; 337)	.011	1<2**, 3** 2<3**
EsfPerf ^δ	47 (13.8) 31.79 (22.476)	145 (72.1) 34.78 (23.959)	48 (14.1) 45.50 (29.386)	34.741 (2.335)	<.001	1<3*
IMCP_Total ^δ	52 (15.2) 28.02 (19.483)	239 (69.9) 34.42 (23.447)	51 (14.9) 50.18 (30.214)	12.173 (2; 337)	<.001	1<3** 2<3**
PE ^δ	36 (10.5) 22.44 (17.185)	256 (74.9) 32.45 (20.777)	50 (14.6) 62.60 (30.053)	46.479 (2; 337)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
pp ⁰	35 (10.2) 32.14 (26.299)	249 (72.8) 33.82 (22.985)	58 (17.0) 46.59 (28.814)	6.869 (2; 337)	.001	1<3** 2<3**
QPP_Total ^δ	46 (13.4) 21.71 (13.392)	240 (69.8) 32.50 (20.073)	58 (16.9) 60.39 (32.562)	47.673 (2; 339)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
PR ^δ	39 (11.3) 22.15 (13.639)	250 (72.7) 32.84 (20.925)	55 (16.0) 58.83 (32.456)	37.651 (2; 339)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
II ^δ	57 (16.6) 20.04 (15.895)	238 (69.2) 33.70 (20.876)	49 (14.2) 60.58 (33.499)	39.558 (2; 339)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
Stresse ^δ	39 (11.4) 16.96 (8.797)	254 (74.3) 30.21 (15.803)	49 (14.3) 73.45 (25.160)	192.028 (2; 337)	<.001	1<2**, 3** 2<3**

⁰LSD; ^δTamhane; **p<.01; *p<.05

M – média; DP – desvio padrão; g.l. – graus de liberdade.

Tabela 8: Pontuações médias de AN por grupos de percepção de apoio (OneWay ANOVA).

	0-1 Nunca+ Quase nunca	2 Algumas vezes	3 Bastantes vezes	4 Muitas vezes	F (gl)	P	Post-hoc
Apoio ^δ	9 (2.6) 65.56 (29.382)	42 (12.3) 64.10 (29.394)	102 (29.8) 34.21 (21.085)	189 (55.3) 29.14 (20.063)	33.998 (3; 336)	<.001	1>4* 2> 3**, 4**

^δTamhane; **p<.01; ; *p<.05

M – média; DP – desvio padrão; g.l. – graus de liberdade.

Tabela 9: Pontuações médias de Afeto Positivo_POMS (OneWay ANOVA).

	Baixo (1) n (%) M (DP)	Médio (2) n (%) M (DP)	Elevado(3) n (%) M (DP)	F (gl)	p	Post-hoc
PAO ⁰	51 (15.0) 20.73 (4.229)	240 (70.6) 18.83 (5.229)	49 (14.4) 17.71 (5.697)	4.483 (2; 336)	.012	1>2*,3**
PSP ⁰	53 (15.5) 20.77 (4.518)	236 (69.2) 19.11 (5.050)	52 (15.2) 16.50 (5.796)	9.528 (2; 337)	<.001	1>2*,3** 2>3**
PE_Frost ⁰	60 (17.4) 20.83 (4.607)	234 (68.0) 19.38 (5.038)	50 (14.5) 15.26 (5.271)	18.686 (2; 340)	<.001	1>2**,3** 2>3**
DA ^δ	71 (20.6) 20.90 (4.943)	215 (62.5) 19.19 (4.726)	58 (16.9) 16.14 (6.292)	14.248 (2; 340)	<.001	1>2**,3** 2>3**
CP ^δ	---	288 (83.7) 19.23 (5.022)	56 (16.3) 18.04 (6.264)	2.432 (1; 341)	NS	---
PreoAv ^δ	34 (10.0) 20.59 (4.384)	263 (77.1) 19.07 (4.990)	44 (12.9) 17.11 (6.574)	4.561 (2;337)	<.001	1>3* 2>3**
EsfPerf ⁰	47 (13.8) 20.43 (4.015)	145 (72.1) 18.87 (5.248)	48 (14.1) 17.94 (5.854)	4.564 (2;336)	.011	1>3*
IMCP_Total	52 (15.2) 19.57 (5.449)	239 (69.9) 19.17 (5.096)	51 (14.9) 18.00 (5.797)	1.324 (2; 338)	NS	---
PE ^δ	36 (10.5) 21.03 (4.557)	256 (74.9) 19.29 (4.943)	50 (14.6) 16.44 (6.373)	9.387 (2; 338)	<.001	1>3** 2>3*
EPP ⁰	41 (12.0) 18.25 (5.674)	261 (76.1) 18.79 (5.065)	41 (12.0) 21.41 (5.545)	5.036 (2; 339)	.007	1<3** 2<3**
PP	35 (10.2) 20.29 (5.317)	249 (72.8) 19.10 (5.076)	58 (17.0) 18.09 (5.901)	1.961 (2; 338)	NS	---
QPP_Total ⁰	46 (13.4) 20.67 (4.724)	240 (69.8) 19.48 (4.919)	58 (16.9) 15.95 (5.853)	14.017 (2; 340)	<.001	1>3** 2>3**
PR ⁰	39 (11.3) 20.28 (4.617)	250 (72.7) 19.40 (5.134)	55 (16.0) 16.51 (5.521)	8.339 (2; 340)	<.001	1>3** 2>3**
II ⁰	57 (16.6) 21.16 (4.504)	238 (69.2) 19.25 (5.008)	49 (14.2) 15.55 (5.624)	17.023 (2; 340)	<.001	1>2*,3** 2>3**
Stresse ⁰	39 (11.4) 22.93 (4.378)	254 (74.3) 19.70 (4.300)	49 (14.3) 13.17 (4.507)	78.914 (2; 338)	<.001	1>2**,3** 2>3**

⁰LSD; ^δTamhane; **p<.01; *p<.05

M – média; DP – desvio padrão; g.l. – graus de liberdade.

Tabela 10: Pontuações médias de AP por grupos de percepção de apoio (OneWay ANOVA).

	0-1 Nunca+ Quase nunca	2 Algumas vezes	3 Bastantes vezes	4 Muitas vezes	F (gl)	p	Post-hoc
Apoio ⁰	9 (2.6) 16.89 (6.623)	42 (12.3) 16.05 (5.509)	102 (29.8) 19.30 (5.069)	189 (55.3) 19.69 (5.012)	6.273 (3; 337)	<.001	2<3**, 4**

⁰LSD; ^δTamhane; *p<.05

M – média; DP – desvio padrão; g.l. – graus de liberdade.

Anexo 2

Seleção de variáveis Independentes

1. VD: Depressão

1.1. As variáveis de Perfeccionismo introduzidas no modelo foram: PAO, PSP, PE_Frost, PP_Frost, DA, EP, CP, O, PE_IMCP e PP. Este modelo explicou 42.3% da variância da VD [$R^2=.423$ / *Adjusted R*²=.405; $F(10;326)=23.890$, $p<.001$].¹ As dimensões PAO ($\beta=.221$; $p<.001$), PSP ($\beta=.248$; $p=.001$), PE_Frost ($\beta=.149$; $p=.012$), DA ($\beta=.218$; $p<.001$), PE_IMCP ($\beta=.261$; $p<.001$) podem ser consideradas preditores independentes de Depressão. Elevando ao quadrado o coeficiente de correlação parcial dos preditores, verificamos que a percentagem de variância explicada por cada um isoladamente foi respetivamente de 3.65%, 3.65%, 1.90%, 5.20% e 5.52%.

1.2. Quanto às variáveis de PPN, foram introduzidas no modelo as duas dimensões do QPP. Este explicou 24.1% da variância da VD [$R^2=.241$ / *Adjusted R*²=.236; $F(2;340)=53.839$, $p<.001$].² Ambas as dimensões, PR ($\beta=.160$; $p=.013$) e II ($\beta=.123$; $p<.001$) foram preditores significativos de Depressão. A percentagem de variância explicada por cada um foi respetivamente de 1.82% e 8.89%.

1.3. Quanto ao modelo constituído pela perceção de stresse ($\beta=.360$; $p<.001$) e de apoio social ($\beta=-.419$; $p<.001$), explicou 32.4% [$R^2=.324$ / *Adjusted R*²=.320; $F(2;338)=80.852$, $p<.001$]³, sendo que a percentagem de variância explicada por cada um foi de .16.08% e 20.52%.

2. VD: Ansiedade

2.1. As variáveis de Perfeccionismo introduzidas no modelo foram: PAO, PSP, PE_Frost, PP_Frost, DA, EP, CP, PE_IMCP e PP. Este modelo explicou 36.3% da variância

¹Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .356 - .876; VIF =1.142-2.811; Durbin-Watson=2.086.

²Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .547; VIF =1.828; Durbin-Watson=2.039.

³Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .996; VIF =1.004; Durbin-Watson=1.846

da VD [$R^2=.363/ Adjusted R^2=.345$; $F(9; 327)=20.661$, $p<.001$].⁴ As dimensões PSP ($\beta=.183$; $p=.014$), DA ($\beta=.245$; $p<.001$) e PE_IMCP ($\beta=.265$; $p<.001$) podem ser consideradas preditores independentes de Ansiedade. Elevando ao quadrado o coeficiente de correlação parcial dos preditores, verificamos que a percentagem de variância explicada por cada um isoladamente foi respetivamente de 1.85%, 5.95% e 5.15%.

2.2. Quanto às variáveis de PPN, foram introduzidas no modelo as duas dimensões do QPP. Este explicou 28.3% da variância da VD [$R^2=.283/ Adjusted R^2=.278$; $F(2;340)=66.975$, $p<.001$].⁵ Ambas as dimensões, PR ($\beta=.222$; $p<.001$) e II ($\beta=.357$; $p<.001$) foram preditores significativos de Ansiedade. A percentagem de variância explicada por cada um foi respetivamente de 3.61% e 8.82%.

2.3. Quanto ao modelo constituído pela perceção de stress ($\beta=.512$; $p<.001$) e de apoio social ($\beta=-.274$; $p<.001$), explicou 35.4% [$R^2=.354/ Adjusted R^2=.350$; $F(2;338)=95.590$, $p<.001$]⁶, sendo que a percentagem de variância explicada por cada um foi de 28.73% e 10.37%.

3. VD: Afeto negativo

3.1. As variáveis de Perfeccionismo introduzidas no modelo foram: PAO, PSP, PE_Frost, PP_Frost, DA, EP, CP, O, PE_IMCP e PP. Este modelo explicou 43.3% da variância da VD [$R^2=.433/ Adjusted R^2=.415$; $F(10;325)=24.784$, $p<.001$].⁷ As dimensões PAO ($\beta=.194$; $p=.002$), PSP ($\beta=.224$; $p=.001$), PE_Frost ($\beta=.128$; $p=.030$), DA ($\beta=.259$; $p<.001$), e PE_IMCP ($\beta=.245$; $p<.001$) podem ser consideradas preditores independentes de Afeto negativo. A percentagem de variância explicada por cada um isoladamente foi respetivamente de 2.89%, 3.10%, 1.44%, 7.29% e 4.97%.

⁴Estatísticas de colinearidade: Tolerância:433-.669; VIF =1.494-2.807; Durbin-Watson=2.077

⁵Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .547; VIF =1.828; Durbin-Watson=2.062

⁶Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .996; VIF =1.004; Durbin-Watson=1.878

⁷Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .432-.878; VIF =1.139-2.762; Durbin-Watson=2.091

3.2. Quanto às variáveis de PPN, foram introduzidas no modelo as duas dimensões do QPP. Este explicou 27.4% da variância da VD [$R^2=.274$ / *Adjusted R*²=.270; $F(2;339)=63.941$, $p<.001$].⁸ Ambas as dimensões, PR ($\beta=.204$; $p=.001$) e II ($\beta=.364$; $p<.001$) foram preditores significativos de AN. A percentagem de variância explicada por cada um foi respetivamente de 3.06% e 9.12%.

3.3. Quanto ao modelo constituído pela perceção de stresse ($\beta=.443$; $p<.001$) e de apoio social ($\beta=-.408$; $p<.001$), explicou 38.5% [$R^2=.385$ / *Adjusted R*²=.382; $F(2;337)=105.648$, $p<.001$]⁹, sendo que a percentagem de variância explicada por cada um foi de 24.11% e 21.25%.

4. VD: Afeto positivo

4.1. As variáveis de Perfeccionismo introduzidas no modelo foram: PAO, PSP, PE_Frost, DA, CP, PE_IMCP, EPP e PP. Este modelo explicou 20.5% da variância da VD [$R^2=.205$ / *Adjusted R*²=.185; $F(8;328)=10.552$, $p<.001$].¹⁰ As dimensões PE_Frost ($\beta=-.231$; $p=.001$), PE_IMCP ($\beta=-.171$; $p=.014$) e EPP ($\beta=.197$; $p=.001$) podem ser consideradas preditores independentes de AP. A percentagem de variância explicada por cada um isoladamente foi respetivamente de 3.31%, 1.82% e 3.24%.

4.2. Quanto às variáveis de PPN, foram introduzidas no modelo as duas dimensões do QPP. Este explicou 11.8% da variância da VD [$R^2=.118$ / *Adjusted R*²=.112; $F(2;340)=22.671$, $p<.001$].¹¹ A dimensão II ($\beta=-.340$; $p<.001$) revelou-se preditor significativo de Afeto positivo, explicando uma variância de 6.71%.

4.3. Quanto ao modelo constituído pela perceção de stresse ($\beta=-.256$; $p<.001$) e de apoio social ($\beta=.182$; $p<.001$), explicou 10.5% [$R^2=.105$ / *Adjusted R*²=.099; $F(2;338)=19.744$,

⁸Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .550 ; VIF =1.819; Durbin-Watson=2.032

⁹Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .996 ; VIF =1.004; Durbin-Watson=1.795

¹⁰Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .469-.753 VIF =1.460-2.185; Durbin-Watson=1.853

¹¹Estatísticas de colinearidade: Tolerância: .547 ; VIF =1.828; Durbin-Watson=1.833

$p < .001$]¹², sendo que a percentagem de variância explicada por cada um foi de 6.81% e 3.57%.

¹²Estadísticas de colinearidade: Tolerância: .996 ; VIF =1.004; Durbin-Watson=1.750

Anexo 3

Regressão Linear Múltipla Hierárquica – Tabelas

Tabela 1: Sumário da regressão hierárquica modelo I, Depressão.

	Estatísticas referentes à mudança no modelo						
	R ²	R ² Ajust.	Erro padrão	Mudança R ²	Mudança F	g.l.	p ^φ
Stresse Apoio	.324	.320	7.843	.324	79.727	2; 333	<.001
PAO							<.001
PSP	.494	.485	6.826	.170	27.656	4; 329	
PE_Frost							
PE_IMCP							
II	.522	.512	6.643	.028	19.393	1; 328	<.001

^φ Relativo à mudança de F

Estatísticas de colinearidade: Tolerância=.732-.933; VIF=1.072-1.365; Durbin-Watson=2.043

Tabela 2: Sumário da regressão hierárquica modelo II, Depressão.

	Estatísticas referentes à mudança no modelo						
	R ²	R ² Ajust.	Erro padrão	Mudança R ²	Mudança F	g.l.	p ^φ
Stresse Apoio	.323	.319	7.831	.323	79.763	2; 335	<.001
PreoAv	.426	.421	7.221	.103	60.003	1; 334	<.001
II	.464	.458	6.985	.038	23.914	1; 333	<.001

^φ Relativo à mudança de F

Estatísticas de colinearidade: Tolerância=.734-.997; VIF=1.033-1.363; Durbin-Watson=2.029

Tabela 3: Sumário da regressão hierárquica modelo I, Ansiedade.

	Estatísticas referentes à mudança no modelo						
	R ²	R ² Ajust.	Erro padrão	Mudança R ²	Mudança F	g.l.	p ^φ
Stresse Apoio	.353	.349	4.764	.353	92.050	2;337	<.001
PE_IMCP	.442	.437	4.433	.088	53.198	1;336	<.001
PR	.503	.496	4.194	.061	20.634	2;334	<.001
II							

^φ Relativo à mudança de F

Estatísticas de colinearidade: Tolerância=.500-.996; VIF=1.004-1.998; Durbin-Watson=1.956

Tabela 4: Sumário da regressão hierárquica modelo II, Ansiedade.

	Estatísticas referentes à mudança no modelo						
	R ²	R ² Ajust.	Erro padrão	Mudança R ²	Mudança F	g.l.	p ^φ
Stresse Apoio	.353	.349	4.773	.353	91.303	2; 335	<.001
PreoAv	.422	.417	4.516	.070	40.220	1; 334	<.001
PR II	.479	.471	4.303	.056	17.876	2; 332	<.001

^φ Relativo à mudança de F

Estatísticas de colinearidade: Tolerância=.503-.836; VIF=1.195-1.989; Durbin-Watson=1.963

Tabela 5: Sumário da regressão hierárquica modelo I, Afeto negativo.

	Estatísticas referentes à mudança no modelo						
	R ²	R ² Ajust.	Erro padrão	Mudança R ²	Mudança F	g.l.	p ^φ
Stresse Apoio	.384	.381	19.610	.384	103.691	2;332	<.001
PAO PSP PE_Frost DA	.552	.542	16.860	.167	24.428	5;327	<.001
II	.568	.557	16.580	.016	12.113	1;	<.001

^φ Relativo à mudança de F

Estatísticas de colinearidade: Tolerância=.522-.995; VIF=1.005-1.916; Durbin-Watson=1.972

Tabela 6: Sumário da regressão hierárquica modelo II, Afeto negativo.

	Estatísticas referentes à mudança no modelo						
	R ²	R ² Ajust.	Erro padrão	Mudança R ²	Mudança F	g.l.	p ^φ
Stresse Apoio	.385	.381	19.581	.385	104.254	2;333	<.001
PreoAv	.481	.476	18.018	.096	61.227	1;332	<.001
EsfPerf	.488	.482	17.918	.007	4.737	1;331	<.001
II	.527	.520	17.256	.039	26.900	1;330	<.001

^φ Relativo à mudança de F

Estatísticas de colinearidade: Tolerância=.753-1.000; VIF=1.000-1.328; Durbin-Watson=1.781

Tabela 7: Sumário da regressão hierárquica modelo I, Afeto positivo.

	Estatísticas referentes à mudança no modelo						
	R ²	R ² Ajust.	Erro padrão	Mudança R ²	Mudança F	g.l.	p ^φ
Stresse	.072	.069	5.068	.072	26.126	1;339	<.001
PE_Frost EPP	.205	.198	4.703	.134	28.344	2;337	<.001
II	.232	.223	4.630	.027	11.688	1;336	.001

^φ Relativo à mudança de F

Estatísticas de colinearidade: Tolerância=.771-1.000; VIF=1.000-1.228; Durbin-Watson=1.855

Tabela 8: Sumário da regressão hierárquica modelo II, Afeto positivo.

	Estatísticas referentes à mudança no modelo						
	R ²	R ² Ajust.	Erro padrão	Mudança R ²	Mudança F	g.l.	p ^φ
Stresse	.070	.068	5.039	.070	25.453	1;336	<.001
PreoAv	.130	.125	4.882	.059	22.894	1;335	<.001
II	.166	.159	4.786	.037	14.661	1;334	<.001

^φ Relativo à mudança de F

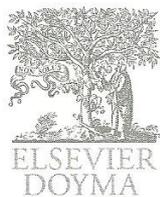
Estatísticas de colinearidade: Tolerância=.753-1.000; VIF=1.000-1.328; Durbin-Watson=1.781

Anexo 4

Validação do

Questionário de Pensamento Perseverativo

(Publicação e Apresentação em poster)



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



PARALLEL SESSIONS: POSTERS

1st World Congress of Children and Youth Health Behaviors / 4th National Congress on Health Education

Viseu-Portugal, 23-25 May 2013

Methods: A comparative study of 90 children (50 boys and 40 girls) with a mean age of 10 years and a standard deviation 1.13, divided into three groups: obese (n = 30), diabetes (n = 30) and healthy normal weight (n = 30). They are evaluated by Socialization Battery for Parents and Teachers (BAS; Silva and Martorell, 1989). The data are subjected to comparative analysis. First we analyze whether there is a statistically significant interaction between sex and group factors (Simple Factorial ANOVA). Subsequently three groups are compared (ANOVA + 1 Factor Scheffe test), mixing children in each group.

Results: We observed statistically significant interaction between sex and group factors in the *Overall Scale of Socialization*: obese girls being the worst adapted according to the judgment of the parents. When comparing the three groups, according to the judgment of the parents are obese children reported the lowest score in *Leadership and Apathy*. According obese teachers show lower scores on *Social Sensitivity, Apathy/Withdrawal* and *Global Scale Socialization*.

Conclusions: In some respects of social adaptation, obese children showed worse social adjustment as judged by parents and teachers, especially obese girls.

COGNITIVE EMOTIONS REGULATION QUESTIONNAIRE: VALIDATION OF THE PORTUGUESE VERSION

Juliana Castro^a, Bárbara Chaves^a, Ana Telma Pereira^b,
Maria João Soares^b, Ana Paula Amaral^b, Sandra Bos^b,
Nuno Madeira^b, Vasco Nogueira^a, Carolina Roque^c,
António Macedo^b

^aFaculty of Medicine. University of Coimbra.

^bDepartment of Psychological Medicine. Faculty of Medicine. University of Coimbra. ^cCoimbra University Hospitals. Portugal.

Contact details: jsc.fmuc@gmail.com

Introduction: Cognitive emotion regulation refers to the conscious, cognitive way of handling the intake of emotionally arousing information and can be considered part of the broader concept of emotion regulation. The Cognitive Emotions Regulation Questionnaire (CERQ; Garnefski et al, 2002) is a 36-item questionnaire to measure specific cognitive emotion regulation strategies used in response to the experience of threatening or stressful life events.

Objectives: To investigate the psychometric properties of the CERQ Portuguese version.

Methods: The Portuguese preliminary version of the CERQ was administered to a community sample of 344 university students (234 girls; 68.4%). The mean age was 20.69 (\pm 1.586). To study the temporal stability, 129 (84 girls; 65.1%) respondents answered the CERQ again after approximately six weeks.

Results: The CERQ Cronbach's alpha was "very good" ($\alpha = .89$). The test-retest correlation coefficient was high, positive and significant (.58; $p < .001$). Following the Kaiser and the Cattell's Scree Plot criteria, an eight factors structure was selected, which explained variance (EV) was 59.96%. Based on items content, the meaningful eight factors were denominated as follows: Positive reappraisal and planning (EV 22.86%; $\alpha = .89$), Positive refocusing (15.59%; $\alpha = .86$), Rumination (6.45%; $\alpha = .78$), Blaming others (4.92%; $\alpha = .79$), Putting into perspective (4.11%; $\alpha = .80$), Self-blame (3.71%; $\alpha = .76$), Acceptance and Catastrophizing (3.25%; $\alpha = .74$).

Conclusions: The Portuguese version of CERQ has good reliability and validity. Its factorial structure significantly overlaps with the original. CERQ could be very useful to clinical and epidemiological purposes.

PERSEVERATIVE THINKING QUESTIONNAIRE: VALIDATION OF THE PORTUGUESE VERSION

Bárbara Chaves^a, Juliana Castro^a, Ana Telma Pereira^b,
Maria João Soares^b, Ana Paula Amaral^b, Sandra Bos^b,
Nuno Madeira^b, Vasco Nogueira^a, Carolina Roque^c,
António Macedo^b

^aFaculty of Medicine. University of Coimbra.

^bDepartment of Psychological Medicine. Faculty of Medicine. University of Coimbra. ^cCoimbra University Hospitals. Portugal.

Contact details: babimargarida@hotmail.com

Introduction: Perseverative negative thinking (PNT) is related to several types of emotional problems and has therefore been suggested to be a transdiagnostic process. However, existing measures of PNT typically focus on a particular disorder-specific content. The recently developed Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ; Ehling et al, 2011) is a content-independent self-report questionnaire, with 15 items assessing the core characteristics of PNT (repetitiveness, intrusiveness, difficulties with disengagement, perceived unproductiveness and capturing mental capacity).

Objectives: To investigate the psychometric properties of the PTQ Portuguese version.

Methods: The Portuguese preliminary version of the PTQ was administered to a community sample of 344 university students (234 girls; 68.4%). The mean age was 20.69 (\pm 1.586). To study the temporal stability, 129 (84 girls; 65.1%) respondents answered the PTQ again after approximately six weeks.

Results: The PTQ Cronbach's alpha was "very good" ($\alpha = .93$). All the items contributed to the internal consistency, with correlation coefficients between item and the total ranging from .50 to .73. The test-retest Pearson correlation coefficient was .79 ($p < .001$). Following the Kaiser and the Cattell's Scree Plot criteria, a two factors structure was selected, which explained variance (EV) was 59.96%. Based on items content, Factor (F) 1 (EV = 49.48%; $\alpha = .90$) and F2 (EV = 10.48%; $\alpha = .87$) were denominated "Repetitive Thought" and "Cognitive interference and unproductiveness", respectively.

Conclusions: The Portuguese version of PTQ has good reliability and validity. Its factorial structure does not completely overlap with the original, but is meaningful. QPP could be very useful to clinical and epidemiological purposes.

NEW PERSPECTIVES PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTH PHYSICAL EDUCATION SCHOOL LINKS

Adelar Sampaio^a, Marcio Cossio Baez^a, Juan Mouriño Mosquera^a,
Claus Stobäus^b

^aPUCRS. Brasil. ^bPUCRS. UNILASSALE. Brasil.

Contact details: stobaus@pucrs.br

Introduction: The relationship between physical activity and health has been gradually replaced by a focus on improving the quality of life, which has been built into the discourse of Physical Education. We aimed through this study a careful rereading of the identity of Physical Education professional pointing out structural strategies aimed at developing the practices of (trans)forming in social contexts.

State of art: The bibliographic study initiates at physical education and its exclusive practice to their members, major role of promoter of physical activities and reinterpretation of the identity of the teacher on his performance as (trans)forming agent in social context, characterized his practice with a new pedagogy, facing the "how to be", "how live", "know-how", relying on skills needed and

PERSEVERATIVE THINKING QUESTIONNAIRE: VALIDATION OF THE PORTUGUESE VERSION

Bárbara Chaves¹, Juliana Castro¹, Ana Telma Pereira², Maria João Soares², Ana Paula Amaral³, Sandra Bos², Nuno Madeira², Vasco Nogueira², Carolina Roque⁴, António Macedo²

¹Faculty of Medicine, University of Coimbra (FMUC); ²Department of Psychological Medicine - FMUC; ³College of Health Technologies, Institute Polytechnic of Coimbra, Portugal; ⁴Coimbra University Hospitals

INTRODUCTION

Perseverative negative thinking (PNT) as relevant to emotional problems is a style of thinking about one's problems (current, past, or future) or negative experiences (past or anticipated) that shows three key characteristics:

(1a) the thinking is repetitive; (1b) it is at least partly intrusive; (1c) it is difficult to disengage from.

Two additional features of PNT are that

(2) individuals perceive it as unproductive and (3) it captures mental capacity.

PNT is related to several types of emotional problems and has therefore been suggested to be a transdiagnostic process.

The recently developed Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ; Ehling et al., 2011) is a content-independent self-report questionnaire that assesses the core characteristics of PNT.

Objective: To investigate for the first time the psychometric properties of the PTQ Portuguese version.

MATERIALS

Study approved by the Ethical Committee of the Faculty of Medicine, Coimbra.

PROCEDURE AND PARTICIPANTS

The Portuguese preliminary version of the PTQ-15 (15 items to rate on a scale ranging from 0- "never" to 4 - "almost always") was administered to a community sample of 344 university students (234 girls; 68.4%).

The mean age was 20.69 (± 1.586). To study the temporal stability, 129 (84 girls; 65.1%) respondents answered the PTQ-15 again after approximately six weeks.

RESULTS

PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE PTQ-15

1. Reliability

1.1. Internal consistency: $\alpha = .93$

All the items contributed to the internal consistency.

1.2. Temporal stability: the test-retest correlation coefficient was high, positive and significant (.79, $p < .001$)

2. Construct validity (Factorial analysis)

- Principal components analysis revealed two components with eigenvalues > 1 , which explained variance was of 59.96% of the Variance.

- An inspection of the Cattell's Scree plot and also of the item's content / interpretability led us to select the **two meaningful factors structure**.

RESULTS

PTQ-15 Factorial matrix

Factor 1 – Repetitive Thought

(49.48% Explained variance/ EV; $\alpha = .91$)

- 2. Thoughts intrude into my mind. - .83
- 7. Thoughts come to my mind without me wanting them to. - .78
- 6. My thoughts repeat themselves. - .77
- 1. same thoughts keep going through my mind again and again. - .76
- 12. Thoughts just pop into my mind. - .75
- 13. I feel driven to continue dwelling on the same issue. - .74
- 3. I can't stop dwelling on them. - .68

Factor 2 – Cognitive interference and unproductiveness

(10.48 % EV; $\alpha = .92$)

- 15. My thoughts take up all my attention. - .79
- 5. I can't do anything else while thinking about my problems. - .79
- 10. My thoughts prevent me from focusing on other things. - .76
- 8. I get stuck on certain issues and can't move on. - .65
- 9. I keep asking myself questions without finding an answer. - .60
- 4. I think about many problems without solving any of them. - .59
- 11. I keep thinking about the same issue all the time. - .56
- 14. My thoughts are not much help to me. - .55

Table 1: Spearman Correlation between the Total Score and Subscales of PTQ-15

Factor	Total	F1
F1 - Repetitive Thought	.91**	1
F2 - Cognitive interference and unproductiveness	.92**	.67**

** $p < .001$

CONCLUSIONS

- The Portuguese version of PTQ has good reliability and validity.
- Its factorial structure does not completely overlap with the original, but is meaningful, as the first factor comprises items representing the PNT actual thinking process and the second factor items are related to its perceived dysfunctional effects.
- QPP-15 could be very useful to clinical and epidemiological purposes.

REFERENCES

- DeVellis FR 1991. Scale development. Theory and applications. Sage Publications, London.
- Cohen J 1992. A power primer. Psychol Bull 112: 155-159.
- Ehling T et al 2011. The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. J Behav Ther Exp Psychiatry, 42, 225-32.

Anexo 5

Perfeccionismo, pensamento repetitivo negativo e
afeto negativo

(Apresentação em poster)

Perfeccionismo, pensamento repetitivo negativo e afeto negativo

Chaves B¹, Pereira AT², Castro J¹, Soares MJ²,
Nogueira V², Madeira N², Roque C², Oliveira LA³, Valente J¹, Bos S², Macedo A²
¹ Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC)
² Serviço de Psicologia Médica, FMUC
³ Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

O perfeccionismo e o pensamento repetitivo negativo/PRN são processos transdiagnósticos, associados a diversos problemas emocionais, nomeadamente ansiedade e depressão (Egan et al 2011; Ehring & Watkins 2008). Atendendo a que várias dimensões de Perfeccionismo têm sido associadas ao PRN (Macedo et al 2012), consideramos que o PRN de conteúdo perfeccionista (ex. temas de fracasso e dúvidas acerca das ações) pode ser relevante na compreensão da relação entre o perfeccionismo e o afeto negativo.

Objectivo: Estudar a relação entre dimensões positivas e negativas do perfeccionismo (Preocupações com a Avaliação/PreocAv e Esforços Perfeccionistas/ EsfPerf) e do PRN (Pensamento repetitivo/PR e Interferência cognitiva e improdutividade/ICI) e o afeto negativo/AN, controlando a percepção de stress/PS e de apoio social/AS.

MÉTODO

- Participantes:

344 estudantes (234; 68.4% raparigas) do MIM da FMUC; Idade média= 20.7 (±1.59) anos

- Instrumentos:

Versões portuguesas validadas dos seguintes questionários de auto-resposta:

- Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (EMP-F; Soares et al 2003)
- Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt & Flett (EMP-H&F; Amaral et al 2013)
Para avaliar duas dimensões de segunda ordem de Perfeccionismo:
Preocupações com a Avaliação (PreocAv) e
Esforços Perfeccionistas (EsfPerf) (Soares et al 2013)
- Questionário de Pensamento Perseverativo (QPP; Chaves et al. 2013)
- Perfil de Estados de Humor (Profile of Mood States – PoMS; Azevedo et al 1991)
- Escala de Stress Percebido (ESP; Cohen et al 1994)

RESULTADOS

Comparação de pontuações médias de AN por grupos de Perfeccionismo e de PRN

Tabela1 : Pontuações médias (DP) de Afeto Negativo_POMS (One Way ANOVA)

	Baixo (1) M-1DP n (%) M (DP)	Médio (2) M±1DP n (%) M (DP)	Elevado (3) M+1DP n (%) M (DP)	F (gl)	p	Post-hoc
PreocAv^δ	34 (10.0) 21.76 (12.196)	263 (77.1) 33.58 (21.832)	44 (12.9) 61.19 (32.104)	4.561 (2; 337)	.011	1<2**, 3** 2<3**
EsfPerf^δ	47 (13.8) 31.79 (22.476)	145 (72.1) 34.78 (23.959)	48 (14.1) 45.50 (29.386)	34.741 (2.335)	<.001	1<3*
PR^δ	39 (11.3) 22.15 (13.639)	250 (72.7) 32.84 (20.925)	55 (16.0) 58.83 (32.456)	37.651 (2; 339)	<.001	1<2**, 3** 2<3**
ICI^δ	57 (16.6) 20.04 (15.895)	238 (69.2) 33.70 (20.876)	49 (14.2) 60.58 (33.499)	39.558 (2; 339)	<.001	1<2**, 3** 2<3**

^δLSD; ^{*}Tamhane; **p<.01; *p<.05

Regressão linear múltipla (hierárquica)

O modelo contendo PreocAv, EsfPerf, II, stress e apoio explicou 52.7% da variância de AN [R²=.527; F (5;330)=73.448; p<.001]. Todas as variáveis foram preditores significativos:

PreocAv (β=.305; p<.001; 11.29%); **EsfPerf** (β=-.083; p=.049; 1.17%);

ICI (β=.227; p<.001; 7.56%);

Stresse (β=.301; p<.001; 11.29%); **Apoio** (β=-.264; p<.001; 11.09%).

Ao bloco constituído pelo stress e apoio (R²=.385; F (2;333)=104.254; p<.001), a **PreocAv** acrescentou uma percentagem de **9.6%** da variância, o **EsfPerf** acrescentou **0.7%** e o **II** acrescentou ainda mais **3.9%** (todos p<.001).

DISCUSSÃO e CONCLUSÕES

As Preocupações com a Avaliação, os Esforços Perfeccionistas (dimensão positiva) e a Interferência Cognitiva e Improdutividade são preditores de AN, sendo o segundo um potencial protetor (a confirmar em estudos prospetivos). Dimensões negativas de perfeccionismo e de PRN contribuem para o AN de forma independente entre si e os seus efeitos mantêm-se mesmo controlando os efeitos da percepção de stress e de apoio social.

Anexo 6

Perseverative Negative Thinking mediates the relationship between Perfectionism and Negative Affect

(Abstract aceite para apresentação)

Abstract

Introduction: Perfectionism and Perseverative Negative Thinking/PNT both are transdiagnostic processes. Perfectionism have been associated with PNT (in the form of worry and rumination). PNT is a prime candidate when investigating which are and how work the negative components of perfectionism (Macedo et al., 2013).

Objectives: To investigate if PNT mediates the relationship between perfectionism and negative affect/NA.

Methods: 344 university students (68.4% girls) fill in the Portuguese validated versions of Perseverative Thinking Questionnaire (two subscales: “Repetitive Thought”/RT and “Cognitive Interference and Unproductiveness”/CIU), Multidimensional Perfectionism Scales, Profile of Mood States and Perceived Stress Scale, with an additional item to evaluate perceived social support/PSS. Only variables significantly correlated with the outcomes (NA) were entered in the (hierarchic) multiple regression models. Mediation analyses using Preacher and Hayes bootstrapping methodology were performed.

Results: Perceived Stress/PS ($\beta=.245$), PSS ($\beta=-.257$), Self-Oriented Perfectionism/SOP ($\beta=-.126$), Self Prescribed Perfectionism/SPP ($\beta=.122$; $p=.011$), Concern over Mistakes/CM ($\beta=.102$), Doubts about Actions/DA ($\beta=.115$) and CIU ($\beta=.110$) were significant predictors (all $p<.05$) of NA. Controlling for PS and PSS, the perfectionism variables still predict depression, accounting for a significant increment of 16.7% ($p<.01$). The CIU, introduced in the model after the Perfectionism variables, significantly increments the NA variance in 1.6% ($p<.01$). CIU was a total mediator in the relationship between SOP and NA (IC95% .025-.229) and a partial mediator in the relationship between SPP (.176-.456), CM (.142-.855), DA (.143-.863) and NA.

Conclusion: PNT potentiates the relationship between negative perfectionism and NA. Positive perfectionism is associated with NA only in the presence of PNT.

Anexo 7

Consentimento informado e Questionários



CONSENTIMENTO INFORMADO

ID:

ESTUDO PERFCOGNISTRESS - MIM

Psicologia Médica – FMUC

Convidamo-lo a participar num estudo sobre a relação entre a personalidade, os pensamentos e o stresse. A sua participação envolve o preenchimento de um conjunto de questionários de auto-resposta. Será garantida completa **confidencialidade** quanto à informação recolhida.

A participação é voluntária e tem toda a liberdade de recusar ou de a abandonar. Caso não esteja interessado em participar, por favor, não preencha nada no protocolo e devolva-o ao seu colega/ investigador. A sua relação com este(s) não será prejudicada.

Aos interessados em participar, pedimos que leiam atentamente todas as questões e respondam segundo as instruções. Não há respostas certas ou erradas. O que interessa é que cada um responda como de facto se aplica a si. Necessitamos de grandes amostras e as respostas não serão analisadas individualmente.

Para a realização deste estudo será necessário começar por adaptar para a língua Portuguesa vários questionários sobre atitudes, pensamentos e maneiras de ser das pessoas. Isto implica que alguns dos participantes possam vir a ser solicitados a voltar a preencher alguns dos questionários daqui a cerca de um mês e meio. Assim, para emparelhamento dos diversos questionários pedimos que escreva o NOME COMPLETO ou as INICIAIS em LETRA MAIÚSCULA bem legível.

Muito obrigada desde já pela sua colaboração.

Os Investigadores Responsáveis

Prof. Doutor António Macedo

Doutora Ana Telma Pereira

(Responsável pelo Serviço de Psicologia Médica)
Psicologia Médica)

(Investigadora Auxiliar, Serviço de

Autorização

Eu, _____ (nome) li e decidi participar no estudo sobre personalidade, pensamentos e stresse.

Assinatura

Data: __/__/__

Caso tenha alguma dúvida sobre o estudo pode contactar-nos através dos e-mails ou telemóvel:

Bárbara Chaves: babimargarida@hotmail.com; 968526080

Juliana Castro: jsc.fmuc@gmail.com; 913434469

Doutora Ana Telma Pereira: apereira@fmed.uc.pt; 964404676

QPP -15

Neste questionário ser-lhe-á pedido que descreva a forma como habitualmente pensa sobre experiências negativas ou problemas. Por favor leia as seguintes afirmações e assinale em que medida elas se aplicam a si, quando pensa nas experiências negativas ou problemas.

	0	1	2	3	4
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Os mesmos pensamentos passam pela minha cabeça vezes sem conta.	0	1	2	3	4
2. Os pensamentos metem-se na minha cabeça.	0	1	2	3	4
3. Não consigo parar de cismar neles.	0	1	2	3	4
4. Penso em muitos problemas sem resolver nenhum deles.	0	1	2	3	4
5. Não consigo fazer mais nada enquanto penso sobre os meus problemas.	0	1	2	3	4
6. Os meus pensamentos repetem-se.	0	1	2	3	4
7. Os pensamentos vêm-me à cabeça sem que eu queira.	0	1	2	3	4
8. Fico bloqueado em certas questões e não consigo avançar.	0	1	2	3	4
9. Questiono-me continuamente sem encontrar nenhuma resposta.	0	1	2	3	4
10. Os meus pensamentos impedem-me de prestar atenção a outras coisas.	0	1	2	3	4
11. Estou continuamente a pensar na mesma coisa.	0	1	2	3	4
12. Os pensamentos surgem subitamente na minha cabeça.	0	1	2	3	4
13. Sinto-me levado a pensar na mesma coisa.	0	1	2	3	4
14. Os meus pensamentos não me ajudam muito.	0	1	2	3	4
15. Os meus pensamentos consomem toda a minha atenção.	0	1	2	3	4

IMCP

De seguida é apresentada uma lista de pensamentos perfeccionismo que por vezes surgem na cabeça de algumas pessoas. Por favor leia cada um dos pensamentos e indique quantas vezes o pensamento lhe surgiu durante a última semana. Leia cada item cuidadosamente e coloque o número apropriado no espaço indicado.

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1. Vou procurar atingir os padrões mais elevados.	1	2	3	4
2. É importante estabelecer padrões elevados para mim próprio.	1	2	3	4
3. Quanto mais elevado o objetivo, maior o desafio.	1	2	3	4
4. É para meu benefício que estabeleço padrões elevados.	1	2	3	4
5. Quanto mais elevado o objetivo, melhor.	1	2	3	4
6. Não posso sentir-me satisfeito, a não ser que as coisas sejam feitas na perfeição.	1	2	3	4
7. Tenho que ser perfeito a qualquer custo.	1	2	3	4
8. Não posso ficar satisfeito se não fizer as coisas de modo perfeito.	1	2	3	4
9. As coisas não deviam ser imperfeitas.	1	2	3	4
10. "Fazer algo na perfeição" faz sentido.	1	2	3	4
11. Irei culpar-me se cometer um erro.	1	2	3	4
12. Se não conseguir fazer isto bem, significa que estou abaixo da média.	1	2	3	4
13. É uma vergonha cometer um erro.	1	2	3	4
14. Sentir-me-ia sem valor se falhasse.	1	2	3	4
15. Sinto-me péssimo se cometer um erro.	1	2	3	4

Escala de Stresse Percebido

As questões nesta escala dizem respeito aos seus sentimentos e pensamentos durante o **último mês**. Para cada questão, ponha um círculo, à volta do número que melhor corresponde ao número de vezes que pensou ou sentiu dessa maneira.

	0	1	2	3	4
	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Bastantes vezes	Muitas vezes
1. No último mês, com que frequência se sentiu incomodado por algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. No último mês, com que frequência sentiu que era incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?	0	1	2	3	4
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e stressado(a)?	0	1	2	3	4
4. No último mês, com que frequência se sentiu confiante quanto à sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?	0	1	2	3	4
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?	0	1	2	3	4
6. No último mês, com que frequência achou que não conseguia lidar com todas as coisas que tinha de fazer?	0	1	2	3	4
7. No último mês, com que frequência tem sido capaz de controlar as coisas que o/a irritam na sua vida?	0	1	2	3	4
8. No último mês, com que frequência sentiu que tinha tudo sob controlo?	0	1	2	3	4
9. No último mês, com que frequência ficou irritado por causa de coisas que estavam fora do seu controlo?	0	1	2	3	4
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular de tal forma que não conseguiria superá-las?	0	1	2	3	4
Pa. Sente que tem tido o apoio e ajuda de que necessita (do marido/companheiro/namorado, família, amigos, vizinhos e/ou outros)?	0	1	2	3	4
Pr. Procure recordar-se de acontecimentos de vida/problemas ocorrido(s) no último mês. Em que medida considera ter sido o causador desses acontecimentos/problemas?	0	1	2	3	4

POMS-58 (Perfil de Estados de Humor)

A seguir encontrará uma lista de palavras que descrevem sentimentos que as pessoas têm. À frente de cada palavra coloque um círculo no algarismo que melhor descreve o modo como se tem sentido durante o **ÚLTIMO MÊS**, incluindo hoje.

	Muitíssimo						Muitíssimo				
	Moderadamente				Muito		Moderadamente				Muito
	Um pouco						Um pouco				
	De maneira nenhuma						De maneira nenhuma				
	0	1	2	3	4		0	1	2	3	4
1. Afável.....	0	1	2	3	4	32. Desanimada/o	0	1	2	3	4
2. Tensa/o.....	0	1	2	3	4	33. Ressentida/o	0	1	2	3	4
3. Irada/o	0	1	2	3	4	34. Nervosa/o	0	1	2	3	4
4. Esgotada/o	0	1	2	3	4	35. Só.....	0	1	2	3	4
5. Infeliz.....	0	1	2	3	4	36. Desgraçada/o.....	0	1	2	3	4
6. Com ideias claras.....	0	1	2	3	4	38. Alegre.....	0	1	2	3	4
7. Animada/o.....	0	1	2	3	4	39. Amargurada/o	0	1	2	3	4
9. Desgostosa/o com coisas que aconteceram.....	0	1	2	3	4	40. Exausta/o	0	1	2	3	4
10. Trémula/o.....	0	1	2	3	4	41. Ansiosa/o	0	1	2	3	4
11. Desatenta/o	0	1	2	3	4	42. Disposta/o para brigar	0	1	2	3	4
12. Irritada/o.....	0	1	2	3	4	43. Bom carácter.....	0	1	2	3	4
13. Atenciosa/o	0	1	2	3	4	44. Pessimista.....	0	1	2	3	4
14. Triste.....	0	1	2	3	4	45. Desesperada/o	0	1	2	3	4
15. Activa/o	0	1	2	3	4	46. Indolente.....	0	1	2	3	4
16. Enervada/o	0	1	2	3	4	47. Revoltosa/o	0	1	2	3	4
17. Rabugenta/o	0	1	2	3	4	48. Desamparada/o.....	0	1	2	3	4
18. Neura.....	0	1	2	3	4	49. Saturada/o	0	1	2	3	4
19. Cheia/o de força.....	0	1	2	3	4	51. Desperta/o	0	1	2	3	4
20. Aterrorizada/o	0	1	2	3	4	52. Desiludida/o.....	0	1	2	3	4
21. Sem esperança.....	0	1	2	3	4	53. Furiosa/o	0	1	2	3	4
22. Descontraída/o	0	1	2	3	4	55. Segura/o de si.....	0	1	2	3	4
23. Indigna/o	0	1	2	3	4	56. Cheia/o de vida.....	0	1	2	3	4
24. Rancorosa/o	0	1	2	3	4	57. Mau humor.....	0	1	2	3	4
25. Simpática	0	1	2	3	4	58. Inútil.....	0	1	2	3	4
26. Resmungona/ão.....	0	1	2	3	4	60. Despreocupada/o	0	1	2	3	4
27. Agitada/o	0	1	2	3	4	61. Assustada/o	0	1	2	3	4
29. Fatigada/o	0	1	2	3	4	62. Culpada/o	0	1	2	3	4
30. Prestável.....	0	1	2	3	4	63. Vigorosa/o	0	1	2	3	4
31. Chateada/o	0	1	2	3	4	65. Desorientada/o	0	1	2	3	4

Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Hewitt & Flett)

Assinale com um **círculo**, o número que melhor corresponde ao seu grau de **acordo** ou **desacordo**.

	1	2	3	4	5	6	7
	Discordo completamente	Discordo bastante	Provavelmente discordo	Indeciso	Provavelmente concordo	Concordo bastante	Concordo completamente
1. Quando estou a trabalhar em alguma coisa, não me consigo relaxar enquanto não estiver tudo perfeito.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tenho dificuldade em satisfazer as expectativas que as outras pessoas têm sobre mim.	1	2	3	4	5	6	7
3. Um dos meus objectivos é ser perfeita/o em tudo o que faço.	1	2	3	4	5	6	7
4. Tudo o que as outras pessoas fazem, deve ser de excelente qualidade.	1	2	3	4	5	6	7
5. No meu trabalho nunca tenho como objectivo a perfeição.	1	2	3	4	5	6	7
6. As pessoas que me rodeiam, aceitam sem problemas, que eu também possa fazer erros.	1	2	3	4	5	6	7
7. Quanto mais sucesso tenho, mais esperam de mim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Raramente sinto o desejo de ser perfeita/o.	1	2	3	4	5	6	7
9. Tudo o que eu faça que não seja excelente, será julgado de má qualidade, pelas pessoas que me rodeiam.	1	2	3	4	5	6	7
10. Faço tudo o que posso para ser tão perfeita/o quanto possível.	1	2	3	4	5	6	7
11. Preocupo-me muito em ter um resultado perfeito em tudo o que faço.	1	2	3	4	5	6	7
12. Esforço-me para ser a/o melhor em tudo o que faço.	1	2	3	4	5	6	7
13. As pessoas que me rodeiam, esperam que eu seja bem sucedida/o em tudo.	1	2	3	4	5	6	7
14. De mim, não exijo menos do que a perfeição.	1	2	3	4	5	6	7
15. As outras pessoas vão gostar de mim, mesmo que não seja excelente em tudo.	1	2	3	4	5	6	7
16. Fico triste se descobrir um erro no meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
17. Para mim, ser bem sucedida/o significa que devo trabalhar mais para agradar aos outros.	1	2	3	4	5	6	7
18. Se peço a alguém para fazer alguma coisa, espero que seja feito na perfeição.	1	2	3	4	5	6	7
19. Não posso tolerar que as pessoas que me rodeiam façam erros.	1	2	3	4	5	6	7
20. Quando estabeleço os meus objectivos, tendo para a perfeição.	1	2	3	4	5	6	7
21. As outras pessoas aceitam-me como sou, mesmo quando não sou bem sucedida/o.	1	2	3	4	5	6	7
22. Sinto que as outras pessoas exigem demais de mim.	1	2	3	4	5	6	7
23. Em todos os momentos devo dar o meu rendimento máximo.	1	2	3	4	5	6	7
24. Mesmo que não o mostrem, as outras pessoas ficam perturbadas quando falho numa tarefa.	1	2	3	4	5	6	7
25. Não preciso de ser a/o melhor em tudo o que faço.	1	2	3	4	5	6	7
26. A minha família espera que eu seja perfeita/o.	1	2	3	4	5	6	7
27. Os meus objectivos não são muito elevados.	1	2	3	4	5	6	7
28. De mim, as pessoas não esperam menos do que a perfeição.	1	2	3	4	5	6	7
29. Estabeleço normas muito elevadas para mim.	1	2	3	4	5	6	7
30. As pessoas esperam mais de mim, do que eu posso dar.	1	2	3	4	5	6	7
31. Na escola ou no trabalho devo ser sempre bem sucedida/o.	1	2	3	4	5	6	7
32. As pessoas que me rodeiam acham que ainda sou competente, mesmo que faça um erro.	1	2	3	4	5	6	7

Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Frost)

A seguir temos algumas afirmações sobre características pessoais. Para cada afirmação, ponha um **círculo**, à volta do número que melhor corresponde ao seu grau de **acordo** ou **desacordo**. Use a seguinte escala de avaliação.

	1	2	3	4	5
	Discordo fortemente	Discordo	Nem concordo, Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
CM					
3	Se alguém fizer uma tarefa melhor do que eu, no trabalho/ escola., então eu sinto como se tivesse falhado a tarefa por completo				1 2 3 4 5
6	As pessoas provavelmente terão pior opinião de mim, se eu errar				1 2 3 4 5
7	Se eu não fizer as coisas tão bem como os outros, isso quer dizer que sou um ser humano inferior				1 2 3 4 5
8	Se eu não fizer as coisas sempre bem, as pessoas não me respeitarão				1 2 3 4 5
PS					
12	Estabeleço padrões mais elevados para mim do que a maior parte das pessoas				1 2 3 4 5
14	Eu tenho objetivos extremamente elevados				1 2 3 4 5
15	As outras pessoas parecem aceitar para si objetivos mais baixos do que eu				1 2 3 4 5
16	Nas minhas tarefas quotidianas, espero um desempenho mais elevado que a maioria das pessoas				1 2 3 4 5
DA					
17	Mesmo quando faço alguma coisa com muito cuidado, frequentemente sinto que não foi bem feita.				1 2 3 4 5
18	Habitualmente tenho dúvidas sobre as coisas simples que faço todos os dias				1 2 3 4 5
19	Eu tenho tendência a atrasar-me no meu trabalho porque repito as coisas várias vezes				1 2 3 4 5
20	Levo muito tempo a fazer as coisas “corretamente”				1 2 3 4 5
PE					
21	Os meus pais estabelecem padrões muito elevados para mim				1 2 3 4 5
22	Os meus pais querem que eu seja o melhor em tudo				1 2 3 4 5
23	Só um desempenho excepcional é suficiente para a minha família				1 2 3 4 5
24	Os meus pais têm esperado de mim a excelência				1 2 3 4 5
PC					
26	Em criança eu era castigado por fazer as coisas abaixo da perfeição				1 2 3 4 5
27	Os meus pais nunca tentaram compreender os meus erros				1 2 3 4 5
28	Eu nunca senti que conseguisse satisfazer as expectativas dos meus pais				1 2 3 4 5
29	Eu nunca senti que conseguisse satisfazer os padrões dos meus pais				1 2 3 4 5
O					
31	Eu sou uma pessoa arrumada				1 2 3 4 5
33	Eu tento ser uma pessoa arrumada				1 2 3 4 5
34	A arrumação é muito importante para mim				1 2 3 4 5
35	Eu sou uma pessoa organizada				1 2 3 4 5