

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Faculdade De Filosofia e Ciências Humanas**  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento**

Luiz Alves Ferreira Junior

**PERFECCIONISMO E A PERCEPÇÃO DE FALHAS COGNITIVAS: teste de um  
modelo diátese-estresse**

Belo Horizonte

2023

Luiz Alves Ferreira Junior

**PERFECCIONISMO E A PERCEPÇÃO DE FALHAS COGNITIVAS: teste de um modelo diátese-estresse**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Cognição e Comportamento

Linha de Pesquisa: Mensuração e Intervenção em Psicologia

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marcela Mansur-Alves

Belo Horizonte

2023

153.4 F383p 2023	Ferreira Junior, Luiz Alves. Perfeccionismo e a percepção de falhas cognitivas [manuscrito] : teste de um modelo diátese-estresse / Luiz Alves Ferreira Junior. - 2023.
	91 f. : il.
	Orientadora: Marcela Mansur Alves.
	Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
	Inclui bibliografia
	1. Psicologia – Teses. 2. Perfeccionismo (Traço da personalidade) - Teses. 3. Estresse (Psicologia) – Teses. 4. Cognição – Teses. I. Alves, Marcela Mansur. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO

### ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO ALUNO LUIZ ALVES FERREIRA JUNIOR

Realizou-se, no dia 11 de julho de 2023, às 14:00 horas, online, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *PERFECCIONISMO E A PERCEPÇÃO DE FALHAS COGNITIVAS: teste de um modelo diátese-estresse*, apresentada por LUIZ ALVES FERREIRA JUNIOR, número de registro 2021662882, graduado no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Marcela Mansur Alves - Orientador (Universidade Federal de Minas Gerais), Prof(a). Marco Antônio Silva Alvarenga (Universidade Federal de São João Del Rei), Prof(a). Luiz Fellipe Dias da Rocha (Centro Universitário Augusto Motta (Unisuam)).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.  
Belo Horizonte, 11 de julho de 2023.

Prof(a). Marcela Mansur Alves ( Doutora )

Prof(a). Marco Antônio Silva Alvarenga ( Doutor )

Prof(a). Luiz Fellipe Dias da Rocha ( Doutor )



Documento assinado eletronicamente por **Marcela Mansur Alves, Professora do Magistério Superior**, em 11/07/2023, às 15:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luiz Fellipe Dias da Rocha, Usuário Externo**, em 11/07/2023, às 16:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marco Antônio Silva Alvarenga, Usuário Externo**, em 12/07/2023, às 17:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2409315** e o código CRC **AB5B4982**.

---

Referência: Processo nº 23072.238541/2023-65

SEI nº 2409315

## AGRADECIMENTOS

A minha mãe, Rosa, que sempre acreditou nos meus projetos pessoais, mesmo que não tenha entendido totalmente qual seria o resultado. Conseguiu me ensinar que buscar meus objetivos pode ser difícil, mas é possível e sempre terei seu amor, carinho, atenção e apoio independente do desempenho. Falhar não corresponde a perder o afeto. A minhas irmãs, Suellem e Bárbara, que durante todo o período me ajudaram, incentivaram e estiveram disponíveis para eu compartilhar minhas dificuldades. A meus familiares, tios Fábio e Aparecida, e minha sobrinha, Thalya, que são importantes para mim e sempre sei que são meus refúgios nos momentos de confraternização e dificuldades.

Aos meus amigos, Talita, Clarisse, Thiago, que sempre buscaram saber como estava passando enquanto estava vivendo as oscilações que o mestrado proporcionou.

Ao Ícaro, por ter sido meu companheiro em grande parte nesses dois anos. Sem você acho que seria difícil ter chegado aqui seja pelo incentivo, pelo suporte, pelas ajudas, pelas conversas e os insights. Os conselhos foram recebidos e utilizados. Lembrar-me que era possível entregar o meu máximo sem deixar de viver o tempo de qualidade com você me ajudou a chegar até aqui.

A minha orientadora, Marcela, que por diversas vezes me ajudou a valorizar o que eu tinha dúvida sobre a qualidade, a ter cuidado com o meu trabalho, a me dar a mão quando eu achava que não seria suficiente para concluir este projeto. Acolher-me há tantos anos enquanto aluno e aprendiz me ajudaram a ver que pesquisa não se faz apenas com método, mas também com afeto e reciprocidade.

A todos que participaram dessa pesquisa e se arriscaram ao expor seus erros, falhas, dificuldades e vulnerabilidades, mesmo sendo difícil. Agradeço o tempo doado e espero que vocês possam sempre se lembrar que falhar é humano e se mostrar vulnerável é doloroso, mas gera uma conexão afetiva que nenhuma perfeição pode alcançar.

## Resumo

Como citar esse trabalho: Ferreira-Junior, L. A. (2023). *Perfeccionismo e a percepção de falhas cognitivas: teste de um modelo diátese-estresse*. [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade Federal de Minas Gerais.

O estudo do perfeccionismo enquanto disposição e traço da personalidade têm recebido um crescente interesse nos últimos anos. A compreensão dos desfechos negativos associados ao construto e o impacto do perfeccionismo na percepção da sua eficiência em atividades diárias, sejam elas profissionais ou não, são tópicos atualmente em foco nas pesquisas, especialmente se considerarmos o papel que o perfeccionismo tem na geração, manutenção e intensificação do estresse. Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo geral investigar a relação entre o perfeccionismo (PAO, auto-orientado; e PSP, socialmente prescrito) e a percepção de falhas cognitivas (FC) em adultos, considerando indicadores de sofrimento mental (DASS-21) como mediadores. Os objetivos específicos incluem verificar se há diferença na expressão dos traços perfeccionistas de acordo com variáveis sociodemográficas, analisar a diferença da apresentação de FC de acordo com os níveis de PAO e PSP e testar um modelo de mediação em que as FC são um desfecho, PAO e PSP preditores e o sofrimento mental o mediador. A amostra foi composta por 434 adultos com média de idade de 32,9 anos  $\pm$  10,10 anos, 82,3% de mulheres. Os participantes responderam à Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett (PAO e PSP), ao Questionário de Falhas Cognitivas (FC) e à Escala de Ansiedade, Estresse e Depressão (DASS-21), como medida de sofrimento mental. A coleta de dados foi realizada online. Foram aplicadas técnicas de *bootstrapping* (reamostragem) devido aos dados não apresentarem distribuição normal em parte das variáveis. Realizaram-se análises de coeficientes de correlação total e parcial de Pearson, análises de variâncias (ANOVA), análise de covariância (ANCOVA) e análises de mediação. Os resultados indicaram correlações totais positivas e moderadas entre PSP e PAO, PSP e FC, PSP e DASS-21, FC e DASS-21 ( $r = 0,409$  a  $r = 0,626$ ), enquanto PAO apresentou correlações totais positivas e fracas com FC e DASS-21 ( $r = 0,237$  e  $r = 0,310$ , respectivamente). Nas correlações parciais controlando PSP, apenas FC e DASS-21 se correlacionaram de forma positiva, moderada e significativa, enquanto PAO estabeleceu correlações sem significância estatística com as demais variáveis. Controlando PAO, as correlações positivas e significativas, de fraca a moderada, ocorreram entre PSP e FC, PSP e DASS-21, FC e DASS-21 ( $r = 0,345$  a  $r = 0,598$ ). Quanto às diferenças entre os sexos, foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres apenas no PSP. Em relação às faixas etárias, os resultados encontrados apontam que os grupos de adultos emergentes e adultos plenos apresentam níveis mais elevados de PAO e PSP do que os adultos de meia-idade. Há diferença entre os grupos com níveis baixos e altos de perfeccionismo na percepção de falhas cognitivas, sendo que o grupo de maior PAO apresenta maiores escores em FC ( $d = 0,36$  a  $0,57$ ; tamanho de efeito médio). Em relação ao PSP, os grupos com níveis altos e médios e baixos e altos se diferenciaram na intensidade de percepção de FC. A diferença em os grupos de alto e baixo PSP alcançou um tamanho de efeito grande ( $d = 1,05$ ), indicando que pessoas com nível mais alto de PSP apresentam maior percepção de FC do que pessoas com intensidade menores de PSP. Por fim, no modelo de mediação, apenas a dimensão PSP demonstrou efeito indireto significativo sobre as FC com mediação do sofrimento mental. A relação indireta teve maior efeito do que a relação direta entre PSP e falhas cognitivas. Os resultados encontrados permitem afirmar que o perfeccionismo, especialmente o PSP, está associado à percepção de FC e esta relação é mediada pelo sofrimento psicológico. Ainda, homens e mulheres apresentam níveis diferentes de FC e PSP, sendo que este último também se mostra diferente entre faixas etárias distintas, algo que também ocorre com o PAO. A amostra majoritariamente feminina, o delineamento transversal e o nível de escolaridade dos

participantes limitam as inferências e generalizações do estudo. Não obstante, o estudo traz contribuições sobre os impactos do perfeccionismo sobre a percepção de dificuldades diárias e sobre o quanto os níveis de estresse são importantes para entender os desfechos em indivíduos perfeccionistas.

Palavras-chave: perfeccionismo, estresse psicológico, falhas cognitivas, análise de mediação.

## Abstract

How do cite this work: Ferreira-Junior, L. A. (2023). *Perfeccionismo e a percepção de falhas cognitivas: teste de um modelo diátese-estresse*. [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade Federal de Minas Gerais.

The study of perfectionism as a disposition and personality trait has received increasing interest in recent years. Understanding the negative outcomes associated with the construct and the impact of perfectionism on the perception of their efficiency in daily activities, whether professional or not, are topics currently in focus in research, especially if we consider the role that perfectionism plays in generating, maintaining and stress intensification. In this sense, the present work has the general objective of investigating the relationship between perfectionism (SOP, self-oriented; and SPP, socially prescribed) and the perception of cognitive failures (CF) in adults, considering indicators of mental distress (DASS-21) as mediators. Specific objectives include verifying whether there is a difference in the expression of perfectionist traits according to sociodemographic variables, analyzing the difference in CF presentation according to SOP and SPP levels, and testing a mediation model in which CF is an outcome, SOP and SPP predictors and mental distress the mediator. The sample consisted of 434 adults with a mean age of 32.9 years  $\pm$  10.10 years, 82.3% women. Participants answered the Hewitt and Flett Multidimensional Perfectionism Scale (SOP and SPP), the Cognitive Failures Questionnaire (CF) and the Anxiety, Stress, and Depression Scale (DASS-21) as a measure of mental distress. Data collection was performed online. Bootstrapping techniques (resampling) were applied because the data did not present normal distribution in part of the variables. Analyzes of Pearson's total and partial correlation coefficients, analysis of variance (ANOVA), analysis of covariance (ANCOVA) and mediation analyzes were performed. The results indicated positive and moderate total correlations between SPP and SOP, SPP and FC, SPP and DASS-21, CF and DASS-21 ( $r = 0.409$  to  $r = 0.626$ ), while SOP showed positive and weak total correlations with CF and DASS- 21 ( $r = 0.237$  and  $r = 0.310$ , respectively). In the partial correlations controlling SPP, only CF and DASS-21 correlated in a positive, moderate and significant way, while SOP established correlations without statistical significance with the other variables. Controlling for SOP, weak to moderate positive and significant correlations occurred between SPP and FC, SPP and DASS-21, CF and DASS-21 ( $r = 0.345$  to  $r = 0.598$ ). As for differences between genders, significant differences were found between men and women in both SOP and SPP. Regarding age groups, the results found indicate that the groups of emerging adults and full adults have higher levels of SOP and SPP than middle-aged adults. There is a difference between the groups with low and high levels of perfectionism in the perception of cognitive failures, with the group with the highest SOP having higher CF scores ( $d = 0.36$  to  $0.57$ ; mean effect size). Regarding the SPP, the groups with high and medium and low and high levels differed in the intensity of CF perception. The difference in the high and low SPP groups achieved a large effect size ( $d = 1.05$ ), indicating that people with higher SPP levels have a greater perception of CF than people with lower SPP intensities. Finally, in the mediation model, only the SPP dimension showed a significant indirect effect on CF with mediation of mental distress. The indirect relationship had a greater effect than the direct relationship between SPP and cognitive failures. The results found allow us to state that perfectionism, especially SPP, is associated with the perception of CF and this relationship is mediated by psychological distress. Furthermore, men and women have different levels of CF and SPP, and the latter is also different between different age groups, something that also occurs with SOP. The mostly female sample, the cross-sectional design and the level of education of the participants limit the inferences and generalizations of the study. Nevertheless, the study brings

contributions on the impacts of perfectionism on the perception of daily difficulties and on how important stress levels are to understand outcomes in perfectionist individuals.

Keywords: perfectionism, psychological distress, cognitive failures, mediation analysis.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1. Modelo de perfeccionismo socialmente prescrito e perfeccionismo auto-orientado como preditoras de falhas cognitivas, mediado pelo nível de sofrimento mental.....	61
---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 <i>Análises descritivas de perfeccionismo, falhas cognitivas e sofrimento mental para a amostra total (n=434).</i> .....	52
Tabela 2 <i>Coeficientes de correlações total e parcial de Pearson (controlando PAO) entre os escores de PAO, PSP, FC e DASS-21.</i> .....	54
Tabela 3 <i>Resultado do teste de diferença nos níveis de PAO, PSP, FC e DASS-21 entre pessoas do sexo masculino e feminino.</i> .....	55
Tabela 4 <i>Estatística descritiva dos escores de PSP e PAO dos grupos etários, ANOVA para a comparação da diferença nos escores totais das dimensões do perfeccionismo e análise do teste post-hoc com bootstrapping (95% IC Bca) para as dimensões</i> .....	57
Tabela 5 <i>Estatística descritiva das falhas cognitivas dos grupos classificados de acordo com os percentis de PAO e PSP, ANCOVA controlando sexo e idade da amostra entre os grupos percentílicos e análise do teste post-hoc de Tukey com bootstrapping (95% IC Bca)</i> .....	59
Tabela 6 <i>Coeficientes de regressão do modelo de análise de mediação com PSP e PAO como preditores, DASS-21 como mediador e FC como desfecho.</i> .....	62

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANCOVA	Análise de covariância
ANOVA	Análise de variância
APA	<i>American Psychological Association</i> (Associação Americana de Psicologia)
BCa	<i>Bias Corrected accelerated</i> – método de correção de vieses
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
COEP	Comitê de Ética em pesquisa
DASS-21	Escala de Depressão, Estresse e Ansiedade/ <i>Depression, Anxiety and Stress Scale</i> . Utilizada na dissertação como referência a sofrimento mental ou estresse ( <i>distress</i> ) psicológico.
EMPHF	Escala Multidimensional do Perfeccionismo de Hewitt e Flett
FC	Falhas Cognitivas
IC	Intervalo de Confiança
MCCP	Modelo Compreensivo do Comportamento Perfeccionista
PAO	Perfeccionismo Auto-Orientado
POO	Perfeccionismo Orientado ao Outro
PSP	Perfeccionismo Socialmente Prescrito
QFC	Questionário de Falhas Cognitivas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>18</b>
2.1. Perfeccionismo: definição e modelos teóricos .....	18
2.2. Perfeccionismo: distorções cognitivas, saúde mental .....	27
2.3. Perfeccionismo: o papel do estresse na mediação e a relação com o contexto social .....	32
2.4. A percepção de falhas cognitivas como uma possível distorção cognitiva e sua relação com o perfeccionismo.....	36
<b>3. OBJETIVOS E HIPÓTESES</b> .....	<b>42</b>
3.1. Objetivo Geral.....	42
3.2. Objetivos específicos .....	42
3.3. Hipóteses .....	42
3.3.1. Hipóteses relacionadas ao objetivo específico 1 .....	42
3.3.2. Hipóteses relacionadas ao objetivo específico 2 .....	43
3.3.3. Hipóteses relacionadas ao objetivo específico 4 .....	43
3.3.4. Hipóteses relacionadas ao objetivo específico 5 .....	43
3.3.5. Hipóteses relacionadas ao objetivo específico 6 .....	44
<b>4. MÉTODO</b> .....	<b>45</b>
4.1. Procedimentos Éticos .....	45
4.2. Delineamento e participantes .....	45
4.3. Instrumentos .....	46
4.3.1. Questionário de dados sociodemográficos .....	46
4.3.2. Escala Multidimensional do Perfeccionismo de Hewitt e Flett (EMPHF) – versão adaptada ao português brasileiro .....	46
4.3.3. Questionário de Falhas Cognitivas (QFC).....	47
4.3.4. Escala de Depressão, Estresse e Ansiedade (DASS-21) .....	48
4.4. Procedimentos de Coleta de Dados .....	49
4.5. Procedimentos de Análise de Dados .....	49
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>52</b>
5.1. Análises descritivas e associação entre as variáveis PAO, PSP, FC e DASS-21 .....	52
5.2. Diferenças da intensidade das variáveis psicológicas considerando sexo e grupos etários	

5.3. Diferenças da intensidade de falhas cognitivas entre os grupos com magnitudes baixa, média e alta de perfeccionismo (PAO e PSP) .....	58
5.4. Análise de mediação entre perfeccionismo e falhas cognitivas, com sofrimento mental como mediador .....	61
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>63</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>74</b>
<b>APÊNDICE A – Aprovação do comitê de ética .....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico.....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXO A – Escala multidimensional do perfeccionismo de Hewitt e Flett (EMPHF)...</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO B – Questionário de falhas cognitivas (QFC) .....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO C – Escala de depressão, estresse e ansiedade (DASS-21).....</b>	<b>91</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A compreensão do perfeccionismo enquanto característica da personalidade remonta ao início do século XX e se desenvolveu enquanto modelo multidimensional a partir da década de 1990 (Flett & Hewitt, 2020; Hewitt et al., 2017b; Smith, Sherry, Ge, et al., 2021). As preocupações constantes acerca do próprio desempenho e com as cobranças externas, a dificuldade em exibir seus erros e falhas, a relação com estados deprimidos e ansiosos, as crenças negativas sobre si e a busca pela aceitação dos outros são todos aspectos presentes desde os teóricos influenciados pela psicanálise, como Alfred Adler e Karen Horney (Hewitt et al., 2017b). Enquanto mecanismo responsável pela correlação entre sintomas psicopatológicos e o perfeccionismo, tem-se o estresse psicológico (*distress*), também denominado sobrecarga emocional, ou sofrimento mental como fator chave (Hewitt & Flett, 2002). Consequente, a construção de um Modelo Compreensivo do Comportamento Perfeccionista (MCCP) dos psicólogos Paul Hewitt e Gordon Flett (Hewitt et al., 2017b) após algumas décadas de investigação sobre o construto mostrou-se um avanço por trazer elementos de traço, interpessoais e intrapessoais.

O MCCP lançou luz sobre comportamentos observáveis do perfeccionismo, cognições e crenças do perfeccionista que se associa com o modelo cognitivo do perfeccionismo clínico de certa forma (Egan & Shafran, 2018). Contudo, essa robustez teórica, científica e clínica ainda apresenta lacunas que precisam ser supridas. Uma delas são de que forma fatores sociodemográficos, como gênero e idade, se relaciona com o perfeccionismo (Smith, Sherry, Ge, et al., 2021; Stoeber, 2018b). Outro aspecto que precisa ser compreendido é a relação entre o perfeccionismo, o sofrimento mental e o possível impacto dessa associação na avaliação do cotidiano do perfeccionista. Isto é, expandir a compreensão sobre as possíveis super generalizações trazidas no modelo clínico do perfeccionismo (Egan & Shafran, 2018). Para isso, mostra-se relevante compreender quais são os aspectos diários afetado pelo

perfeccionismo. Há ainda outras lacunas apontadas na literatura se referem a pesquisas com multimétodos, delineamentos longitudinais e ampliação da quantidade de pessoas do sexo masculino em tais estudos (Smith, Sherry, Ge, et al., 2021).

Avaliar dificuldades diárias propriamente ditas pode ser algo difícil de ser alcançado à medida que nem sempre é possível acessar o cotidiano detalhado a partir de apenas um estudo. Contudo, há construtos que podem ser utilizados como forma de compreendê-las. As falhas cognitivas mostram-se como uma dessas possibilidades à medida que se relaciona às avaliações que o indivíduo tem sobre pequenos erros diários cometidos no cotidiano, relacionando-se a percepções sobre falhas em atividades do dia-a-dia que se mostram associadas, principalmente, ao estresse em vez de dificuldades cognitivas propriamente ditas (Broadbent et al., 1982; Carrigan & Barkus, 2016). Além de se mostrar como um construto associado positivamente com traços de personalidade como neuroticismo e conscienciosidade e não relacionado com medidas objetivas cognitivas (Könen & Karbach, 2020). Logo, parece ser uma variável interessante para verificar as relações entre perfeccionismo e percepções em dificuldades diárias, além da sua relação com a saúde mental de forma global.

O presente estudo pretende investigar a relação entre perfeccionismo e a percepção de falhas cognitivas e adultos, considerando o sofrimento mental como mediador. Um modelo de mediação será testado para investigar essa relação como uma possibilidade de aplicação da diátese-estresse do perfeccionismo proposta por Hewitt & Flett (2002). Adicionalmente, tentou-se abordar algumas lacunas, como a comparação da intensidade das dimensões do perfeccionismo entre homens e mulheres, bem como entre faixas etárias que incluem adultos de meia-idade. Além de verificar se perfeccionistas com maiores magnitudes nas dimensões dos traços de perfeccionismo auto-orientado e perfeccionismo socialmente prescrito apresentam maiores escores na percepção de dificuldades diárias, ou seja, falhas cognitivas. Dessa forma, o estudo se mostra relevante por abordar lacunas clássicas da literatura e propondo

uma exploração sobre elementos ecológicos da vida de todos as pessoas, incluindo aquelas perfeccionistas.

Para isso, será apresentado o referencial teórico na primeira seção descrevendo a história do construto, o modelo multidimensional e o M CCP. Além de tecer as possíveis relações entre os traços perfeccionistas, sintomas psicopatológicos e as falhas cognitivas enquanto indicadores de percepções de dificuldades na vida cotidiana. Na segunda seção, serão apresentados os objetivos e o detalhamentos das hipóteses investigadas. Consecutivamente, os participantes serão descritos, os métodos de análise detalhados e os instrumentos utilizados apresentados. Os resultados serão expostos na íntegra na próxima seção que se seguirá com a discussão acerca das hipóteses corroboradas ou não corroboradas. Por fim, uma agenda de pesquisas futuras será proposta e as referências apresentadas antes dos anexos e apêndices eu contém documentos e instrumentos deste trabalho de forma integral.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. Perfeccionismo: definição e modelos teóricos

Quando pensamos em perfeccionismo, talvez as primeiras concepções estejam atreladas à ideia de pessoas com comportamentos mais inflexíveis ou aquelas que se preocupam minuciosamente com os detalhes. Também é possível que se pense em pessoas que queiram concluir tarefas com perfeição, ou seja, com excelência e qualidade excepcional. Contudo, o estudo do construto no âmbito clínico e científico engloba aspectos complementares a esses inicialmente aventados.

O início da teorização acerca do perfeccionismo remonta à década de 1940 com as teorias psicodinâmicas de Alfred Adler (1870-1937) e Karen Horney (1885-1952), com um crescimento vertiginoso de interesse pela temática nos últimos trinta anos (Flett & Hewitt, 2020). Hewitt et al. (2017a) trazem detalhadamente o percurso histórico do perfeccionismo. Segundo estes autores, Alfred Adler conceituou o perfeccionismo a partir de um complexo de superioridade em que o indivíduo tentaria mascarar o complexo de inferioridade a partir de uma visão de si com dons e habilidades muito desenvolvidas e uma tendência de fazer exigências a si mesmo e aos outros. Para Adler, a ansiedade é um indicador do complexo de inferioridade que acarreta o desenvolvimento do complexo de superioridade através de uma neurose compulsiva que se associa ainda mais à ansiedade. Outros elementos da teoria inicial se associam a tendências neuróticas, sentimentos de inferioridade e déficits no interesse social. Ou seja, há elementos importantes desde o início como a ligação com sentimentos de ansiedade, visão inferior de si mesmo e preocupações constantes em relação ao que os outros veem sobre o indivíduo.

Hewitt et al. (2017a) descrevem a proposta de Karen Horney de acordo com os seus pressupostos acerca da personalidade. Horney elucidou o bombardeamento que sofremos sobre o que seria uma vida ideal e a nossa possível preocupação em estarmos aquém deste. Traz ainda

o medo do desamparo e a preocupação com o abandono devido ao não atendimento das necessidades importantes para o sujeito. Assim, a busca da perfeição e a evitação de julgamentos seriam aspectos presentes em tais necessidades. Uma das formas de lidar com esses elementos intrapessoais seria criar uma imagem ideal de si mesmo e se esforçar para atingi-la, esperar a perfeição das outras pessoas ou, ainda, desenvolver uma maior sensibilidade à pressão e às demandas do meio externo. Outras características levantadas pela autora dizem respeito ao temor de cometer erros, hipersensibilidade à crítica e a presença de emoções negativas, além de ansiedade. O encobrimento dos erros e das falhas seriam mecanismos identificados como forma de lidar com esses elementos. Dessa forma, a autora começou a lançar luz em aspectos que mais tardiamente foram desenvolvidos nos modelos multidimensionais do perfeccionismo. Traz características que interligam aspectos intrapessoais (relação do indivíduo com ele mesmo) e interpessoais (relação do indivíduo com as outras pessoas).

Para além dos aspectos históricos, a operacionalização do construto iniciou-se na década de 1980 (Burns, 1980) a partir do desenvolvimento de modelos e instrumentos unidimensionais, baseando-se principalmente em teorias psicanalíticas como as supracitadas. A partir deste período, houve propostas de escalas com modelos multidimensionais do perfeccionismo que são mais amplamente estudadas na atualidade, como a elaborada pelos psicólogos Hewitt e Flett (1991) e outra por Frost et al. (1990), esta última não detalhada neste trabalho. Ambos desenvolveram escalas multidimensionais do perfeccionismo com características envolvendo a preocupação com erros, a percepção de cobrança externa sobre o próprio desempenho, a busca de objetivos e metas inalcançáveis, a discrepância entre o ideal e o real vivido pelo indivíduo e a relação desses elementos com sintomas psicopatológicos. Hewitt et al. (2017a) trazem um recorte de algumas características centrais no desenvolvimento do perfeccionismo, sendo a principal delas a crença distorcida de que obter a perfeição teria como consequência a obtenção de reconhecimento, respeito e aceitação das outras pessoas. Bem como, evitaria o abandono, o

ridículo, a vergonha, a humilhação e a rejeição. Ou seja, a necessidade de aceitação e aprovação pelas outras pessoas está no cerne do traço, das crenças e dos pensamentos perfeccionistas. Assim, uma das características dos perfeccionistas é a motivação para não fracassar e o esforço constante para não demonstrar seus erros ou falhas.

O conceito mais atual e consolidado do perfeccionismo é a sua definição como uma disposição multidimensional da personalidade caracterizada pelos esforços para alcançar a perfeição por meio da presença de padrões excessivamente elevados de performance/desempenho acompanhada de avaliações extremamente críticas do próprio desempenho (Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991; Stoeber, 2018a). Englobando uma grande parte desses aspectos trazidos até aqui, há o Modelo Compreensivo do Comportamento Perfeccionista (MCCP) elaborado por Hewitt et al. (2017b) após um percurso longo e produtivo acerca do arcabouço científico e clínico do perfeccionismo. Os autores consideram os componentes do modelo como fatores dimensionais e a partir de uma diátese que promove vulnerabilidade a significativas dificuldades e desfechos desadaptativos.

Segundo o MCCP (Hewitt et al., 2017b), o comportamento perfeccionista se desenvolve em nível de traço ou disposição que direciona, concentra e motiva o comportamento a partir da preocupação em alcançar uma perfeição. Bem como a nível relacional ou interpessoal que abrange a aparência de uma suposta perfeição diante dos outros e, por fim, a nível intrapessoal ou consigo mesmo em que o indivíduo exige a perfeição e a aparência como tal para si mesmo através de pensamentos, afirmações e recriminações de si com temas perfeccionistas. O modelo foi construído a partir da influência das teorias psicodinâmicas, das experiências clínicas dos autores, nas formas que os traços do perfeccionismo são expressos em comportamentos e nos modelos utilizados na construção dos instrumentos de avaliação multidimensional. No MCCP, o perfeccionismo pode ser expresso de diversas maneiras e níveis, englobando:

- a) Traços perfeccionistas – componentes disposicionais ou motivacionais refletindo a necessidade de ser perfeito tanto direcionada para si mesmo como aos outros. As dimensões presentes no modelo são aquelas elaboradas por Hewitt e Flett (1991) – perfeccionismo auto-orientado, perfeccionismo orientado ao outros e perfeccionismo socialmente prescrito;
- b) Autoapresentação perfeccionista (facetas de autoapresentação) – componentes referentes ao desejo de parecer perfeito diante de outras pessoas, externalizando a suposta perfeição e/ou ocultando quaisquer imperfeições – autopromoção perfeccionista, não exibir imperfeição e não revelar as imperfeições;
- c) Expressão intrapessoal do perfeccionismo (características cognitivas) – componente que reflete tanto a relação da pessoa consigo mesma quanto a sua necessidade e falta de perfeição – autoafirmações ruminativas automáticas da obtenção de perfeição, como processos cognitivos automáticos, autorrecriminações e diálogos consigo mesmo.

O perfeccionismo foi inicialmente trabalhado a nível de traço, caminhando para os componentes da expressão interpessoal do perfeccionismo (ex.: autoapresentação perfeccionista) e a expressão intrapessoal do perfeccionismo (ex.: pensamentos perfeccionistas avaliativos dirigidos a si mesmo). A ênfase nos aspectos cognitivos se sustenta devido ao estresse experienciado pelos perfeccionistas ter como uma de suas origens os pensamentos automáticos obsessivos acerca da necessidade de ser perfeito. Começando pelos componentes intrapessoais do perfeccionismo, Hewitt et al. (2017b) trazem que a ideia que um self ideal influencia o processamento de informações e os respectivos pensamentos. Dessa forma, estes possuem conteúdos que mostram a falha na perfeição juntamente a um senso de desaprovação, julgamento e avaliações negativas externas. O self ideal seria o que a pessoa considera que deve

ser idealmente, enquanto o self ideal social corresponderia a ideias, aspirações e atribuições que o indivíduo faz sobre outros os quais ele deveria ter. Ainda, há um self real que seria a ideia de si mais realista. A discrepância entre o self real e o self ideal de si e/ou self ideal social acarreta afeto negativo e os estados psicopatológicos. Visto que a discrepância é exposta de forma intrapessoal a partir do diálogo do sujeito consigo mesmo e a preocupação com a necessidade de ser perfeito os quais resultam em pensamentos automáticos com teor ruminativo, de autorrecriação e censura.

A autoapresentação perfeccionista caracteriza a dinâmica interpessoal que reflete o desejo de mostrar a perfeição ou ocultar a imperfeição, como destacam Hewitt et al. (2017b). Estes autores ainda trazem que a autoapresentação corresponde a estratégias compensatórias com a finalidade de encontrar aprovação, aceitação, respeito ou evitar a rejeição, o abandono e os estados emocionais aversivos. Uma das formas é desejo de parecer perfeito para as outras pessoas, conhecida como autopromoção perfeccionista, a qual se associa com a promoção de imagem de ser capaz, competente e ter habilidades acima das outras pessoas. Hewitt et al. (2017b) descrevem outra forma de apresentar-se conhecida como não exibição das imperfeições, em que o indivíduo tende a não exibir suas imperfeições a partir da esquiwa de situações de exposição ou não exibir as imperfeições em comportamentos não-verbais (por exemplo, estando com a aparência sempre alinhada). Por fim, outra forma de autoapresentação seria a não divulgação de imperfeições que abrange a preservação de informações pessoais, como não revelar pensamentos, emoções ou outros dados. Tais dimensões da autoapresentação perfeccionista podem acarretar déficits no suporte social, evitação da busca de auxílio e ajuda de outras pessoas.

Sobre os traços, Hewitt e Flett (1991) conceitualizaram inicialmente o perfeccionismo como uma característica da personalidade que diz da necessidade de ser perfeito. Os autores propuseram um modelo com três dimensões e a Escala Multidimensional do Perfeccionismo do

Hewitt e Flett (EMPHF; Hewitt & Flett, 1991) em que os perfeccionistas apresentam dificuldade em ajustar expectativas e realidade. Tendem a estabelecer padrões irreais e se esforçar para atingi-los; a generalizar excessivamente o fracasso para vários contextos; a se autoavaliarem rigorosamente; e a se envolver em pensamentos dicotômicos (Hewitt & Flett, 1991). Para esses autores, as dimensões do modelo de perfeccionismo deveriam refletir seus aspectos interpessoais e intrapessoais. Nesse sentido, o perfeccionismo auto-orientado (PAO) consiste em comportamentos direcionados a si mesmo com padrões de desempenho exigentes. Acarreta autoavaliações rigorosas sobre a própria performance, além de gerar autocritica e autopunição diante de situações de falhas ou erros. O esforço para atingir a perfeição e a evitação de situações de falha são características proeminentes deste componente.

O domínio referente às crenças e expectativas direcionadas às outras pessoas é denominado perfeccionismo orientado ao outro (POO). O indivíduo perfeccionista com níveis altos nesta dimensão teria padrões irreais para os demais, avaliando-os rigorosamente quanto aos seus desempenhos. Níveis mais elevados nesta dimensão pode acarretar sentimento de culpa, falta de confiança e hostilidade, se relacionando à solidão e a problemas nos relacionamentos interpessoais (Hewitt & Flett, 1991).

O perfeccionismo socialmente prescrito (PSP), por outro lado, abrange a percepção de necessidade em atingir padrões e expectativas prescritas por outras pessoas significativas para o indivíduo (Hewitt & Flett, 1991). Envolve a percepção de que tais pessoas almejam padrões irreais para ele, avaliando-o rigorosamente e imprimindo pressão para serem perfeitos. Tais expectativas são vistas como excessivas e incontroláveis as quais, conseqüentemente, impactam na percepção exagerada sobre as experiências de fracasso e estados emocionais negativos.

Como se percebe, Hewitt et al. (2017b) explicitam o fato de PAO ter o foco da perfeição no mundo interno do perfeccionista ou intrapessoal, ou seja, sobre si mesmo, enquanto o foco do POO é externo ou interpessoal e direcionado as outras pessoas. Por fim, PSP envolve um

foco interno, com a exigência sobre si para ser perfeito, mas também externo em que os outros são a fonte das expectativas e onde busca a aceitação, sendo uma dimensão intrapessoal e interpessoal.

O PAO apresenta alguns aspectos importantes sobre a crença em alcançar a perfeição de acordo com os autores (Hewitt et al., 2017b; Hewitt & Flett, 1991). Os perfeccionistas com níveis elevados nesta dimensão tendem a perceber a perfeição como algo necessário para si e apresentam um autovalor baseado nessa busca. Inclusive, mesmo alcançando o sucesso em algo, a autoavaliação negativa é enviesada por características negativas do self, desconsiderando a conquista em si e retornando à exigência anterior de ser perfeito. Por conseguinte, há uma tendência de generalização para vários âmbitos da vida e nas várias formas de se avaliar tendo como parâmetro tais ideais. Autorrecriações, sentimento de vergonha ao expor suas falhas, censuras e super generalização da percepção sobre as falhas em vários contextos são comportamentos frequentes nestes indivíduos.

Por sua vez, a relação do POO com a busca da perfeição se mostra diferente. Hewitt et al. (2017b) destacam que o perfeccionista com altos escores nesta dimensão esperam que os outros façam algo buscando alcançar um ideal de perfeição que ele espera. Para esses indivíduos, há a distorção do pensamento dicotômico em que as pessoas ao redor ou seguem o que eles esperam ou são antagonistas e, neste caso, podem sofrer com pressão direcionada pelos indivíduos com maiores intensidade de POO.

Quanto ao PSP, os indivíduos perfeccionistas podem perceber membros da família, amigos, colegas ou pessoas não conhecidas como fonte de expectativas de perfeição (Hewitt et al., 2017b). Há uma pressão generalizada para ser perfeito na visão do indivíduo com níveis mais elevados em PSP. O principal componente motivacional para alcançar a perfeição é a crença de ser aceito, obter amor, ajuda e ter um senso de pertencimento ou evitar a rejeição e o abandono, real ou imaginado pelo sujeito (Hewitt et al., 2017b). Assim como no PAO, há uma

dificuldade em perceber os sucessos alcançados porque a autoavaliação após a conquista está associada a uma espera de maior cobrança para alcançar um patamar mais elevado de desempenho, como ressaltam os autores. Hewitt e Flett (1991) destacaram que o desamparo e a desesperança são inerentes ao PSP, ou seja, essa autoavaliação acaba gerando uma cognição de que ainda não alcançou a perfeição e a busca continua.

Após abordar o M CCP, percebe-se que os níveis de análise do modelo e suas relações externas podem ser múltiplas e este estudo não tem a pretensão de abordá-lo na íntegra. É importante salientar que a autoapresentação perfeccionista e a expressão intrapessoal do perfeccionismo não serão abordadas diretamente no trabalho, embora possam ser referenciadas como formas de compreender os resultados encontrados. Pretende-se focar explicitamente apenas no nível de traços do perfeccionismo, mais especificamente trabalhando a relação das dimensões PAO e PSP com outros construtos em saúde mental, como o sofrimento mental e as falhas cognitivas.

Assim, pensando nos traços perfeccionistas, também há um modelo mais parcimonioso conhecido como modelo bidimensional que engloba tanto a escala EMPHF quanto outras escalas que mensuram o perfeccionismo. A partir desse modelo, percebe-se duas dimensões principais. A primeira, conhecida como Esforços Perfeccionistas, representada pelo PAO no modelo multidimensional de Hewitt e Flett (1991). A segunda dimensão, denominada Preocupações Perfeccionistas, corresponde à subescala de PSP, no mesmo modelo. Tal estrutura fatorial foi replicada em outros estudos com diferentes amostras e relacionando com outros instrumentos que também mensuram o construto (Bieling et al., 2004; Hill et al., 2004; Stairs et al., 2012). As preocupações perfeccionistas estariam relacionadas à expressão de afeto negativo, medo de falhar e relações com vários transtornos mentais. Já os Esforços Perfeccionistas expressam-se a partir de padrões comportamentais que demandam muita energia, mas os dados e estudos relacionando-o com sintomas psicopatológicos ainda são

inconclusivos. Consequentemente, quando tratarmos de citações de outros estudos abordando os esforços perfeccionistas, considera-se a associação com o PAO, enquanto as citações das preocupações perfeccionistas estarão associadas com o PSP.

Todos os conceitos apresentados avançaram a partir das pesquisas desenvolvidas ao longo das últimas três décadas, o que traz alguns insights consolidados acerca do perfeccionismo e sua relação com a personalidade e a saúde mental. Flett e Hewitt (2020) destacam que o avanço se deu principalmente após a proposta multidimensional do perfeccionismo que posteriormente possibilitou investigar a relação entre os traços e fatores associados. Todo o percurso mostra claramente que o perfeccionismo pode ser visto como um fator complicador para estratégias de *coping* ao estresse e, consequentemente, o desencadeamento de adoecimento mental.

A fim de delimitar o perfeccionismo enquanto campo em desenvolvimento, os estudos que reúnem as conquistas dos últimos trinta anos (Flett & Hewitt, 2020; Smith, Sherry, Ge, et al., 2021) mostram que o construto está intrinsecamente relacionado à história dos indivíduos e as experiências de insegurança que acarretam a evitação de mostrar suas falhas, dificultando as relações interpessoais. Bem como, é um problema ao longo da vida das pessoas por enviesar os pensamentos e as crenças dos indivíduos em várias áreas da vida dos indivíduos o que pode impactar de forma generalizada a satisfação em viver (Flett & Hewitt, 2020; Smith, Sherry, Ge, et al., 2021). Smith, Sherry, Ge et al. (2021) destacam ainda que as dúvidas sobre os próprios comportamentos geram uma identidade com incertezas frequentes, bem como dificuldade em identificar o que é realmente verídico nos julgamentos alheios percebidos no PSP, acarretando distorções acerca da realidade que contribuem para sintomas psicopatológicos.

Dentre os avanços necessários nas próximas décadas, Smith et al. (2021) destacam a investigação das diferenças entre os gêneros nos traços perfeccionistas. Os autores alegam em revisão sistemática que há possíveis diferenças existentes entre homens e mulheres na expressão

do perfeccionismo. Contudo, Smith et al. (2019) mostraram não haver diferença entre os níveis médios das dimensões do perfeccionismo entre homens e mulheres algo também encontrado em estudos anteriores utilizando amostras universitárias e usuários de internet (Stoeber & Stoeber, 2009). Mais recentemente, Juwono et al. (2022) também mostraram que não houve diferenças significativas entre homens e mulheres para PAO e PSP em uma amostra de 4.340 adultos com média de idade de  $37,6 \pm 10,1$  anos.

Stoeber (2018b) sugere também que o perfeccionismo necessita ser investigado a partir do desenvolvimento ao longo da vida a fim de verificar como os traços se comportam ao longitudinalmente. Smith et al. (2019) indicaram que os níveis de PAO reduzem à medida que as pessoas envelhecem. Algo semelhante foi encontrado no estudo realizado por Landa e Bybee (2007) que identificaram redução das preocupações perfeccionistas na comparação entre graduandas iniciais e mulheres egressas da graduação, sendo estas com menor intensidade dos traços. Contudo, Stoeber (2018b) reforça que ainda são escassos os estudos abordando esse aspecto sobre o efeito da passagem do tempo no perfeccionismo. Dessa forma, embora o modelo tenha se expandido e desenvolvido abordando aspectos diversos sobre o perfeccionismo, ainda são necessárias pesquisas que investiguem as diferenças entre gênero e idades, algo investigado neste estudo.

## **2.2. Perfeccionismo: distorções cognitivas, saúde mental**

A relação entre perfeccionismo e saúde mental está presente desde o começo da investigação teórica, prática e clínica do construto. A apresentação do MCCP indica possibilidades de aspectos desadaptativos à medida que traz elementos que indicam preocupação constante com erros e dificuldade em demonstrar falhas e erros, além da vergonha sentida frequentemente (Hewitt et al., 2017b). Shafran e Mansell (2001) realizaram uma revisão a fim de compreender o impacto do perfeccionismo nos transtornos mentais. Os

resultados indicaram que há associação com os transtornos mentais, assim como interferência no desfecho e na eficácia de tratamentos psicológicos para transtornos mentais. Tal investigação culminou na elaboração de protocolos clínicos para intervenção em aspectos do perfeccionismo (ver mais em Egan & Shafran, 2018; Shafran et al., 2002; Shafran & Mansell, 2001). Contudo, foi nas últimas duas décadas que se desenvolveram estudos com amostras maiores para investigação em populações clínicas e não-clínicas.

Pensando nos aspectos que possam fundamentar a compreensão da relação entre saúde mental e perfeccionismo, Egan e Shafran (2018) destacam que, no perfeccionismo clínico, há uma dependência excessiva de autoavaliação pautada na busca de padrões exigentes mesmo que existam consequências negativas decorrentes desta busca. Embora as autoras partam de uma visão unidimensional do perfeccionismo, o modelo clínico abordado compreende aspectos encontrados no MCCP descrito anteriormente.

O primeiro fator a considerar é a relação entre os traços perfeccionistas e as áreas da vida em que as crenças de desempenho mais elevado são ativadas (ex.: trabalho, relações interpessoais, estudos, entre outros). O medo de falhar e a busca incessante de sucesso se mostram como características centrais, além da baixa tolerância a erros. Como consequência das autoavaliações rigorosas com parâmetros ideais, os perfeccionistas tendem a estabelecer padrões rígidos sobre o seu desempenho.

Egan e Shafran (2018) destacam, ainda, que os vieses cognitivos e as comparações frequentes são elementos do processamento de informações que resultam em reavaliações do próprio desempenho menosprezando suas conquistas e supervalorizando suas falhas. Elenca as distorções cognitivas como fatores principais para as interpretações irrealistas sobre o desempenho. Algumas dessas distorções cognitivas podem ser vistas como mais específicas, como os pensamentos dicotômicos em que os objetivos alcançados podem ser vistos frequentemente como pouco valorosos e das outras pessoas como muito valoroso. Por sua vez,

há distorções cognitivas mais genéricas, sendo algumas delas a crença de dever (“eu deveria...”); a atenção seletiva para aspectos negativos, focando em erros e excluindo os aspectos de sucesso alcançado; e as super generalizações dos erros e falhas para vários âmbitos da vida, vendo-se frequentemente como alguém falho.

Ampliando a investigação sobre possíveis associações com desfechos negativos e perfeccionismo para amostras maiores, Hewitt e Flett (1991) verificaram as associações entre perfeccionismo e sintomas psicopatológicos em amostras variadas. Neste estudo, encontrou-se relação entre PAO e autocriticismo, altos padrões pessoais de desempenho/metras, sintomas somáticos, obsessivo-compulsivos, depressão, ansiedade, hostilidade e fobias. O PSP estava associado positivamente à presença de estados emocionais negativos, como raiva, ansiedade e depressão, crença de incapacidade e medo de situações avaliativas com evitação de possíveis situações de desaprovação. O autocriticismo, a supergeneralização, culpar-se e culpar as outras pessoas, o medo de avaliações negativas, a necessidade de aprovação, todos são aspectos associados com esta última dimensão.

Limburg et al. (2017) realizaram uma revisão sistemática sobre a relação entre perfeccionismo e psicopatologias. Os autores analisaram 284 estudos, totalizando uma amostra total de 57200 participantes. Esta amostra continha todas as faixas etárias, apesar de haver prevalência de jovens. Avaliou-se a relação entre perfeccionismo e os sintomas depressivos, ansiosos e de transtornos alimentares. Bem como, desfechos dessa relação, por exemplo, automutilação, comportamento e ideação suicida, estresse psicológico geral. Por fim, discutiram se as escalas que avaliam o construto, como a EMPHF, teriam poder de predição em relação aos desfechos. Encontrou relação significativa positiva entre cada uma das duas dimensões do perfeccionismo (preocupações perfeccionistas e esforços perfeccionistas) e os transtornos mentais, como depressão, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos alimentares (anorexia e bulimia).

A nível de sintomas, encontrou-se correlações significativas e positivas entre perfeccionismo e sintomas depressivos, ansiosos, fobias, preocupações, crenças obsessivas, entre outros (Limburg et al., 2017). Além de relação com maiores taxa de ideação suicida e estresse (*distress*). Essa correlação ocorreu tanto em relação ao domínio de preocupações perfeccionistas quanto ao de esforço perfeccionista. Contudo, ao analisar o efeito do perfeccionismo sobre os desfechos investigados, encontrou-se relação significativa principalmente entre as preocupações perfeccionistas e os demais aspectos citados acima. Mesmo a nível de correlação, a associação entre as preocupações perfeccionistas e os sintomas, transtornos e desfechos possuem maiores magnitudes do que a associação com os esforços perfeccionistas.

Outra investigação realizada por Limburg et al. (2017) foi quanto à associação entre as escalas de mensuração com os transtornos de depressão, ansiedade, obsessivo-compulsivo e anorexia nervosa. O domínio de PSP da EMPHF que caracterizam as preocupações perfeccionistas (Bieling et al., 2004; Frost et al., 1993; Hill et al., 2004; Stairs et al., 2012) está mais associado de forma significativa e positiva com os transtornos mentais do que os esforços perfeccionistas (PAO da EMPHF).

A revisão de Limburg et al. (2017) evidencia a atuação transdiagnóstica do perfeccionismo nos transtornos mentais, corroborando a visão de outros autores com foco no perfeccionismo clínico (Egan et al., 2011). Contudo, a amostra encontrada pela revisão sistemática teve média de idade de  $25,06 \pm 9,13$  anos, indicando uma presença mínima de participantes em faixas etárias acima de 40 anos. Percebe-se que há pouco estudos na literatura que abordem faixas etárias acima de 40 anos.

De forma similar a Limburg et al. (2017), porém com amostras de 6 a 24 anos, Lunn et al. (2023) realizaram uma metanálise com objetivos semelhantes. Os resultados indicaram que existiam correlações positivas moderadas e significativas entre PSP e sintomas de ansiedade e

depressão. Contudo, diferentemente de Limburg et al. (2017), Lunn et al. (2023) encontraram que as correlações entre PAO e sintomas psicopatológicos são inconclusivas para a faixa etária. Isso indica que as dimensões PSP e PAO podem se associar diferentemente com sintomas psicopatológicos.

A maior parte dos estudos utilizados nas revisões sistemáticas dizem respeito a delineamentos transversais. Isso dificulta a compreensão acerca da expressão perfeccionismo ao longo do tempo ao isolar variáveis que possam interferir na compreensão das relações. Pensando nisso, Smith et al. (2018) avaliaram onze estudos longitudinais a fim de investigar a capacidade preditiva dos domínios do perfeccionismo quanto aos sintomas de ansiedade em amostras diversificadas (crianças, adolescentes, graduandos, adultos e pacientes psiquiátricos; 3144 pessoas) com média de idade de  $24 \pm 12,4$  anos. Os resultados mostram capacidade preditiva significativa e pequena em magnitude para as preocupações perfeccionistas e, menores ainda, para os esforços perfeccionistas. Tal predição se mantinha ao controlar os sintomas de ansiedade da primeira onda. Ou seja, o perfeccionismo, principalmente, as preocupações perfeccionistas, estava atrelado e pode predizer sintomas de ansiedade em avaliações futuras (*follow-ups*), embora essa relação não tenha sido encontrada com os domínios da EMPHF (PAO e PSP), mas com outras escalas que avaliam o construto.

A investigação do efeito longitudinal do perfeccionismo em sintomas depressivos em diferentes amostras foi realizada por Smith et al. (2021). Nela, os autores analisaram 67 estudos longitudinais, totalizando uma amostra de 20.583 sujeitos ( $25,8 \pm 11,6$  anos) distribuída entre graduandos, membros da comunidade, adultos em tratamento e pacientes com transtornos mentais. Os resultados mostraram que as preocupações perfeccionistas e os sintomas depressivos possuem uma relação recíproca em que aquelas predizem o aumento destes e vice-versa. Por sua vez, os esforços perfeccionistas conferem vulnerabilidade para os sintomas depressivos, mas a recíproca não ocorre.

Quanto a estudos mais recentes com amostras maiores, temos o realizado por Juwono et al. (2022) que investigou a relação entre os domínios PAO e PSP, cada um separadamente, com variáveis em saúde mental, como autoestima e estresse psicológico em uma amostra de 4340 húngaros adultos com média de idade de  $37,8 \pm 9,8$  anos para homens e  $37,6 \pm 10,1$  anos para mulheres. As correlações indicaram ser positivas significativas e moderadas entre PSP e estresse psicológico, e negativas moderadas entre PSP e autoestima. Por sua vez, as correlações não indicaram significância entre PAO e estresse psicológico.

A partir da análise da literatura atual, percebe-se que o perfeccionismo e suas duas principais dimensões demonstram ser fatores de predição para o adoecimento mental em diversas amostras, principalmente de crianças e adolescentes, jovens e adultos, universitários, não-clínicas. Dentre os sintomas mais associados, estão aqueles referentes a transtornos de ansiedade, depressão e alimentar. A corroboração entre os estudos indica robustez na visão do perfeccionismo enquanto fator de risco, apesar de não haver uma extensa área de investigação a nível nacional.

### **2.3. Perfeccionismo: o papel do estresse na mediação e a relação com o contexto social**

Além dos fatores individuais, como as distorções cognitivas mantendo e retroalimentando o modelo cognitivo (Egan & Shafran, 2018) do perfeccionismo para os desfechos desadaptativos, há elementos que medeiam a relação do perfeccionismo com as variáveis em saúde mental que precisam ser discutidos. Dentre aqueles que apresentam algumas evidências, há o papel do estresse enquanto mediador da relação entre perfeccionismo e indicadores de adoecimento mental (Hewitt et al., 2017c; Hewitt & Flett, 2002). Hewitt e Flett (2002) destacam que os perfeccionistas são mais propensos a experimentar vários tipos de estresse, incluindo aborrecimentos diários e pressão constante para alcançar altos padrões,

quando comparados a pessoas não-perfeccionistas. Esta relação acarreta constantes experiências de eventos internos negativos.

Antes de compreender o processo de mediação do estresse, mostra-se importante conhecer o que é o modelo de diátese-estresse enquanto paradigma subjacente. Pensamentos e crenças disfuncionais diante de eventos estressores aumentariam a chances de se desenvolver uma psicopatologia (Beck, 1967). Bem como, perceber tais eventos como estáveis, com possibilidades significativas de um futuro mais pessimista e percepção de haver algo errado consigo mesmo (Abramson et al., 1978), seriam aspectos que convergiriam para estados patológicos. Isto é, indivíduos que possuem maior vulnerabilidade cognitiva (diátese) desenvolveriam quadros de transtornos ou sintomas mentais ao passarem por eventos estressores, principalmente sintomas internalizantes, como a tristeza, retraimento, medo e queixas somáticas (Barreto & Teodoro, 2018). Assim, o perfeccionismo poderia ser um dos fatores de diátese que, diante de situações estressores, poderiam desencadear comportamentos psicopatológicos, conforme explicado a seguir.

Na mediação através do modelo conhecido como diátese-estresse do perfeccionismo, Hewitt e Flett (2002) propõem quatro possibilidades de relação. Os comportamentos perfeccionistas aumentariam o estresse e o afeto negativo à medida que a percepção dos eventos estressores fosse constantemente percebida, principalmente pela discrepância entre o self real e o self ideal. Com isso, o perfeccionismo ocasionaria um aumento do estresse que consequentemente levaria ao adoecimento mental. Outro mecanismo da geração de estresse está associado à sensibilidade a feedbacks externos que pode ter como consequência autocríticas por interpretar sinais externos como negativos.

Outra possibilidade de mediação do estresse apresentado por Hewitt e Flett (2002) é a antecipação do estresse. Esta corresponde a cognições que ativam o estresse ao considerar possíveis acontecimentos futuros como aqueles presentes, antecipando a experiência estressora.

Essa antecipação se liga principalmente ao medo de falhar diante das pessoas e ao PSP, à medida que o perfeccionista fica frequentemente vigilante, aguardando a possibilidade de crítica que, na verdade, pode não ocorrer. Esse esquema negativo sobre o futuro é o precursor da relação de antecipação do estresse e possíveis sintomas psicopatológicos ansiosos e depressivos.

A perpetuação ou manutenção do estresse, enquanto mediador da relação do perfeccionismo com indicadores de saúde mental, é outra forma levantada por Hewitt e Flett (2002). A perseveração das falhas, a culpa de si mesmo e as experiências perfeccionistas negativas internas, como a expressão intrapessoal do perfeccionismo (Hewitt et al., 2017b) descritas anteriormente, e a ruminação frequente são elementos que contribuem para a manutenção do estresse ao longo do tempo. Por fim, Hewitt e Flett (2002) apresentam o aumento do estresse como fator mediador a partir da ampliação deste devido à expressão das dimensões do perfeccionismo (PAO e PSP). Isto é, as distorções cognitivas acerca das vivências que ativam crenças disfuncionais sobre si enquanto ser imperfeito ampliam a experiência de estresse.

De forma complementar, Molnar et al. (2017) revisaram narrativamente investigações acerca do estresse enquanto mediador entre o perfeccionismo e saúde mental e física. O modelo de diátese-estresse do perfeccionismo tem sido associado a maior autocrítica, interações sociais negativas e conflitos interpessoais. Essas relações ocorrem em decorrência da dificuldade em lidar com as falhas e erros, bem como da crença de incapacidade em lidar com as dificuldades diárias. A consequente frustração e o esforço tendem a levar à exaustão física e emocional juntamente aos sentimentos de vergonha e inadequação. Dessa forma, os sintomas psicopatológicos se apresentam como consequência do estresse e a cadeia de eventos. Os efeitos físicos foram vistos principalmente na maior frequência da apresentação de sintomas somáticos em indivíduos perfeccionistas e no menor engajamento em comportamentos pró-saúde, como

prática de atividade física, alimentação balanceada, redução do uso de tabaco e outras substâncias, dentre outros.

Pensar no MCCP e as suas associações entre traços, autoapresentação perfeccionista e a expressão intrapessoal do perfeccionismo a partir das cognições para o nível individual é um fator primordial a nível clínico e de intervenção do perfeccionismo. Contudo, a dimensão PSP como fator intrapessoal e interpessoal do construto mostra-se como uma dimensão preocupante também para a saúde pública (Flett et al., 2022).

A pressão social pela perfeição percebida pelos perfeccionistas, que pode ou não ser verídica, acarreta comportamentos desadaptativos e desencadeiam transtornos mentais e possíveis sintomas graves de acordo com Flett et al. (2022). A percepção dos perfeccionistas sobre o dever em atender padrões prescritos e as avaliações cognitivas sobre os próprios comportamentos são elementos que influenciam neste impacto do perfeccionismo no âmbito social. O primeiro elemento faz com que o indivíduo perfeccionista acredite ser necessário viver de acordo com padrões prescritos por outras pessoas e não os alcançar acarreta sofrimento intenso. Bem como, o segundo elemento indica que o PSP potencializa as avaliações negativas sobre os próprios comportamentos e habilidades de forma super generalizada. Mesmo que percebam as falhas, mantêm-se comportamentos que intensificam essas crenças de ser falho, embora sejam contraproducentes.

As propostas acerca da relação entre perfeccionismo e desfechos desadaptativos estão mais presentes na literatura e são mais replicados. Percebe-se que o percurso do desenvolvimento do perfeccionismo tem como desfecho a emergência de sintomas de transtornos mentais e dificuldades psicológicas. Parte dessas dificuldades são objetivas e outra parte se deve a interpretações distorcidas que o indivíduo realiza sobre a sua realidade. Tais distorções poderiam ocorrer no cotidiano ao avaliar atividades comuns, como prestar atenção ao que está fazendo, lembrar-se de compromissos, achar objetos que procura, entre outras ações

comuns? Isto é, perfeccionistas se avaliariam mais negativamente na realização de atividades rotineiras? Esta é uma das perguntas que se pretende trabalhar neste estudo ao considerar que as dificuldades diárias possam ser percebidas e, não necessariamente, realmente presentes na vida cotidiana.

#### **2.4. A percepção de falhas cognitivas como uma possível distorção cognitiva e sua relação com o perfeccionismo**

A avaliação de pequenos erros diários pode ser realizada a partir do questionário de falhas cognitivas (QFC), desenvolvido por Broadbent et al. (1982), que se configura como um instrumento de autorrelato em que se avalia a frequência com que alguns erros e dificuldades cotidianas acontecem na vida do respondente. Desde o modelo inicial de Broadbent et al. (1982), as falhas cognitivas estavam correlacionadas positivamente com a presença de sintomas ansiosos, depressivos e somáticos, além de ser considerado um sinal de estresse. Ao contrário do imaginado, não havia correlações positivas com déficits em funções cognitivas ou neuropsicológicas propriamente ditas, como memória e atenção. Broadbent et al. (1982), enquanto pioneiro na proposta de questionário que investigasse as falhas cognitivas, adotou inicialmente o modelo unidimensional. Embora haja propostas de divisão entre diferentes dimensões posteriores, sendo a memória e os lapsos em ação como principais citadas na literatura (Carrigan & Barkus, 2016), Goodman et al. (2022) indicam que a proposta unidimensional se mostra mais coerente com o construto e seus aspectos de validade interna e externa.

Assim, as falhas cognitivas (FC), enquanto percepções do indivíduo, consistem em pequenos erros diários em eventos que dependem da intencionalidade, sendo que tais erros podem ser falhas de memória, percepções e funções motoras (Broadbent et al., 1982). Carrigan e Barkus (2016) realizaram revisão sistemática a fim de verificar o estado da arte acerca das

falhas cognitivas e propuseram uma definição de consenso em que as falhas cognitivas refletem erros no pensamento e na ação planejados, sendo a propensão ao erro devido a fatores externos e internos. Bem como, caracterizam as falhas cognitivas como dificuldades diárias.

Dentre os fatores associados ao risco de FC, há aspectos biológicos, sociais, psicológicos, entre outros. Payne e Schnapp (2014) investigaram a relação entre o QFC e o afeto negativo, como as emoções correspondentes a sintomas depressão e ansiedade, em uma amostra de 129 participantes, sendo 45 homens e 84 mulheres com média de idade de 22,78 anos. Os resultados indicaram ausência de diferença significativa das FC entre homens e mulheres, bem como correlação positiva moderada e significativa entre QFC e afeto negativo ( $r = 0,49$ ;  $p < 0,01$ ). Na revisão sistemática, Carrigan e Barkus (2016) apresentaram associações positivas entre falhas cognitivas e maiores níveis de neuroticismo, ansiedade, estresse, sintomas dissociativos e do afeto negativo, algo similar ao estudo de Payne e Schnapp (2014). Em relação à presença de falhas ao longo do desenvolvimento, as FC mostram-se associadas negativamente com o aumento da idade, isto é, idosos tendem a apresentar escores menores no QFC em comparação com jovens, evidenciando o que tanto Carrigan e Barkus (2016) quanto Broadbent et al. (1982) mostraram ao discutir que as falhas cognitivas não estão relacionadas ao desempenho em tarefas objetivas padronizadas, mas a outros fatores não cognitivos.

Dessa forma, as falhas cognitivas podem ser uma forma de verificar ecologicamente a percepção de dificuldades cotidianas na realização de ações intencionais. A relação das FC com traços de personalidade mostra associação com o neuroticismo ( $r = 0,65$ ;  $p < 0,005$ ) e conscienciosidade ( $r = -0,31$ ;  $p < 0,05$ ) de forma significativa, algo que não ocorre com variáveis cognitivas (por exemplo, velocidade de processamento, memória e controle inibitório) (Könen & Karbach, 2020). No contexto brasileiro, as evidências iniciais demonstram que os sintomas internalizantes (ex.: disforia, apatia, anedonia, ansiedade e sintomas somáticos) ( $r = 0,59$ ;  $p < 0,001$ ) e os sintomas externalizantes (ex.: agressividade, impulsividade e hiperatividade) ( $r =$

0,51 a 0,76;  $p < 0,001$ ) correlacionam-se positivamente com a frequência da ocorrência de falhas cognitivas (Ferreira et al., 2018). Aqueles grupos que possuíam tanto sintomas internalizantes quanto externalizantes possuíam maior correlação com as falhas cognitivas (Ferreira et al., 2018). Conseqüentemente, parece haver uma relação entre a ocorrência de falhas cognitivas e sintomas psicopatológicos, principalmente aqueles relacionados à ansiedade e à depressão.

Markett et al. (2020) avaliaram a extensão da relação entre FC e variáveis da personalidade, como o temperamento, em uma amostra de 1387 pessoas, divididas em dois grupos, sendo a amostra 1 com 731 pessoas, 214 homens, média de idade de  $24,38 \pm 8,0$  anos; e a amostra 2 com 656 pessoas, 205 homens, média de idade de  $23,49 \pm 5,42$  anos. Os resultados mostraram que as FC se diferenciam significativamente entre homens e mulheres, sendo estas últimas com escores mais elevados. Além disso, os autores mostraram que os temperamentos relacionados à emocionalidade negativa se correlacionaram significativa, positiva e moderadamente com as FC, corroborando achados citados anteriormente.

A investigação da relação das FC e sua relação com fatores externos foi investigada por Goodman et al. (2022). Os autores utilizaram uma amostra de 839 pessoas, 62% mulheres, com média de idade de  $44,12 \pm 19,54$  anos e amplitude de 16 a 85 anos. Primeiramente, corroborou-se as asserções que FC não se associam com medidas objetivas de funções cognitivas de forma significativa. Também se mostrou que os escores do QFC estavam associados de forma significativa positiva e moderada com sintomas depressivos e ansiosos. Essas evidências corroboram o modelo inicial das FC que as conceituam de forma associada a fatores não cognitivos do indivíduo, principalmente a fatores estressores.

Partindo dos pressupostos teóricos, percebe-se que o perfeccionismo tende a se correlacionar positivamente com os sintomas psicopatológicos e o sofrimento psicológico. Por sua vez, as falhas cognitivas também mantêm uma associação com tais construtos. Embora não

tenha sido encontrados estudos que associem perfeccionismo e falhas cognitivas, à medida que ambos mantêm associações e desfechos que se sobrepõem, como, por exemplo, correlações positivas com maiores níveis de neuroticismo, ansiedade e depressão (Carrigan & Barkus, 2016; Smith et al., 2018; Smith, Sherry, Ray, et al., 2021; Walton et al., 2018), poderia haver alguma relação entre essas variáveis?

Por outra via, o perfeccionismo, principalmente o PSP, possui o adoecimento mental como desfecho e o estresse enquanto mediador desta relação de acordo com o modelo de diátese. Da mesma forma, o estresse parece ser um fator intrínseco ao modelo de FC nos estudos que investigam o mecanismo de funcionamento do construto enquanto desfecho de sintomas psicopatológicos (Carrigan & Barkus, 2016; Goodman et al., 2022). Ainda, as falhas cognitivas não correspondem a déficits cognitivos, mas percepções de dificuldades em atividades diárias influenciadas por fatores internos e externos (Carrigan & Barkus, 2016; Könen & Karbach, 2020). Os modelos de perfeccionismo (Egan & Shafran, 2018; Hewitt et al., 2017b) apontam que as distorções cognitivas presentes nas autoavaliações e percepções de perfeccionistas levam frequentemente a uma visão negativa sobre si enquanto ser falho. Considerando estes aspectos, as falhas cognitivas enquanto percepções de dificuldades em atividades diárias poderiam ter como preditoras as dimensões do perfeccionismo, PAO e PSP?

Assim, a partir das relações trabalhadas nas primeiras seções deste estudo, levanta-se a hipótese de haver associação positiva entre os níveis de perfeccionismo (PAO e/ou PSP), as falhas cognitivas e o estresse representado pelo sofrimento mental. Bem como, considerando o modelo de diátese-estresse do perfeccionismo (Hewitt & Flett, 2002), o sofrimento mental, enquanto indicador do estresse, mediará a relação das dimensões do perfeccionismo com as falhas cognitivas. Ou seja, a presença do perfeccionismo acarretaria dificuldades diárias percebidas pelo indivíduo, que seriam mediadas pelo estresse. Esse aspecto ecológico da associação do perfeccionismo não foi testado e pretende-se verificá-lo de forma exploratória.

Visto que as falhas cognitivas se mostram como erros diários causados por fatores internos, tais como disposições da personalidade e sintomas psicopatológicos.

A nível de percepção subjetiva, ainda poderia haver maior frequência do relato de falhas cognitivas em indivíduos perfeccionistas com maiores magnitudes de PAO e PSP. A autocrítica e a autoavaliação negativa influenciariam nas suas avaliações que estariam enviesadas pelas distorções cognitivas demonstradas na literatura do perfeccionismo. Consequentemente, a relação entre perfeccionismo e dificuldades nas atividades diárias pretende ser outro eixo de investigação neste estudo ao comparar a intensidade das falhas cognitivas de acordo com a magnitude de PSP e PAO, separando os grupos a serem comparados de acordo com as últimas dimensões citadas. De forma complementar, o estudo em andamento pretende avaliar a distribuição das dimensões do perfeccionismo (PAO e PSP) entre faixas etárias diferentes e entre os gêneros, considerando o anseio da literatura em investigar possíveis diferenças da expressão dos traços de acordo com tais aspectos (Flett & Hewitt, 2020; Smith, Sherry, Ge, et al., 2021; Stoeber, 2018b).

Portanto, o perfeccionismo se mostra como um construto importante na compreensão de fatores transdiagnósticos à medida que compartilha interfaces com diversos transtornos mentais conforme apresentado. Quanto aos aspectos práticos, ecológicos e funcionais do indivíduo, não há estudos que investiguem possíveis dificuldades percebidas nas atividades de vida diária em nenhuma faixa etária. Este estudo pretende verificar a expressão do perfeccionismo em amostras de adultos (emergentes, plenos e de meia idade) e estabelecer a possível relação com indicadores de saúde mental (sintomas de ansiedade e depressão, estresse). Outro eixo de investigação exploratória diz respeito à verificação da percepção da frequência de falhas cognitivas cotidianas em grupos perfeccionistas e não perfeccionistas. Visto que estabelecer a relação em faixas-etárias maiores pode contribuir para o início da compreensão dos possíveis efeitos do construto na saúde mental para além da população jovem. Constituirá,

consequente, um avanço na compreensão dos aspectos clínicos e ecológicos do perfeccionismo e na busca de propostas de intervenções mais eficazes para aqueles que sofrem com a busca de padrões inalcançáveis e/ou tem dificuldade em lidar com as suas falhas sendo expressas.

### **3. OBJETIVOS E HIPÓTESES**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Investigar a relação entre o perfeccionismo e a percepção de falhas cognitivas em adultos, considerando indicadores de sofrimento mental como mediadores.

#### **3.2. Objetivos específicos**

1. Investigar a relação entre perfeccionismo, falhas cognitivas e sofrimento mental, verificando se as duas dimensões do perfeccionismo se correlacionam diferentemente com os indicadores de sofrimento mental e de falhas cognitivas;
2. Verificar se há diferença nos níveis de perfeccionismo (PAO e PSP) e os indicadores de sofrimento mental e falhas cognitivas, considerando o sexo dos(as) participantes;
3. Verificar se há diferença no perfeccionismo (PAO e PSP) entre os distintos grupos etários na adultez;
4. Verificar se há diferença na ocorrência de percepção de falhas cognitivas entre grupos com maiores e menores níveis de perfeccionismo;
5. Testar um modelo de mediação em que as dimensões do perfeccionismo sejam preditoras, a percepção de falhas cognitivas seja o desfecho e o indicador de sofrimento mental seja o mediador.

#### **3.3. Hipóteses**

A seguir serão apresentadas as hipóteses referentes aos objetivos específicos:

##### **3.3.1. Hipóteses relacionadas ao objetivo específico 1**

Espera-se encontrar correlações significativas e positivas entre as dimensões do perfeccionismo (PAO e PSP) e o sofrimento mental (medido pela DASS-21), conforme

presente na literatura descrita (Limburg et al., 2017; Smith et al., 2018; Smith, Sherry, Ray, et al., 2021). Contudo, as correlações entre PSP e o sofrimento mental seriam mais elevadas do que aquelas entre PAO e sofrimento mental. Bem como, associação positiva entre PAO, PSP e as falhas cognitivas, visto que essas estão associadas a sintomas mentais comuns em indivíduos perfeccionistas (depressão e ansiedade) e aqueles que relatam mais falhas cognitivas (Broadbent et al., 1982; Carrigan & Barkus, 2016; de Paula et al., 2017).

### **3.3.2. Hipóteses relacionadas ao objetivo específico 2**

Espera-se encontrar magnitudes semelhantes de perfeccionismo, tanto PAO quanto PSP, em mulheres quando comparados aos homens, visto que a literatura aponta uma tendência de similaridade entre os grupos (Juwono et al., 2022; Smith et al., 2019; Stoeber & Stoeber, 2009).

### **3.3.3. Hipóteses relacionadas ao objetivo específico 4**

Espera-se encontrar diferenças significativas nas duas dimensões do perfeccionismo PAO e PSP entre a amostra de adultos emergentes, plenos e de meia idade (Landa & Bybee, 2007; Smith et al., 2019). Isto é, seguindo a tendência de estudos anteriores, espera-se encontrar uma redução da expressão do perfeccionismo ao longo do desenvolvimento, sendo os adultos de meia-idade com os menores índices. Ressalta-se que a divisão em faixas etárias foi realizada para possibilitar esta investigação.

### **3.3.4. Hipóteses relacionadas ao objetivo específico 5**

De forma exploratória e considerando os fatores associados ao risco de ocorrência de falhas cognitivas expostos por Carrigan e Barkus (2016), o grupo com maior intensidade na dimensão PSP do perfeccionismo apresentará níveis mais altos de falhas em relação ao grupo de indivíduos com níveis mais baixos de PSP. Visto que a maior intensidade do perfeccionismo,

principalmente o PSP, poderia acarretar distorções cognitivas (Hewitt & Flett, 2002) em maior intensidade, considerando a sua associação com o estresse. Desta forma, como PAO está menos associado ao estresse e sofrimento psicológico do que o PSP, espera-se encontrar diferenças menores do que aquelas envolvendo o PSP da ocorrência de falhas cognitivas entre os grupos de acordo com o nível do traço.

### **3.3.5. Hipóteses relacionadas ao objetivo específico 6**

De forma exploratória, levanta-se a hipótese de que as dimensões do perfeccionismo, principalmente o PSP, poderia ter como desfecho as falhas cognitivas de forma direta ou indireta, neste caso, mediado pelo sofrimento mental ou estresse psicológico. A hipótese foi construída baseando-se no modelo de diátese estresse, apresentado anteriormente no referencial teórico da dissertação.

## 4. MÉTODO

### 4.1. Procedimentos Éticos

A pesquisa foi planejada e conduzida de acordo com os princípios estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas éticas para a pesquisa com seres humanos no Brasil, e pela Resolução 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais com a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP-UFMG), sob número CAAE 63461916.4.0000.5149 com parecer número 5.396.173 (APÊNDICE A – Aprovação do comitê de ética.**Erro! Fonte de referência não encontrada.**). A participação foi voluntária e teve como pré-requisito a confirmação de que o participante concorda com o conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (veja na íntegra no APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que oferecia informações sobre a coleta de dados.

### 4.2. Delineamento e participantes

O estudo teve delineamento observacional e transversal, com amostragem não-probabilística por conveniência. Quatrocentos e sessenta e oito pessoas responderam ao protocolo de pesquisa. No entanto, foram excluídos os adolescentes com menos de 18 anos (n=3) e pessoas com 60 anos ou mais (n=31). A amostra final do estudo foi composta por 434 indivíduos com média de idade de 32,9 anos (desvio padrão = 10,10 anos), amplitude etária de 18 a 59 anos de idade, sendo 82,3% mulheres. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário online e os respondentes são oriundos de 20 Estados brasileiros, incluindo o Distrito Federal, embora a amostra seja majoritariamente do Estado de Minas Gerais (65% da amostra final). A amostra foi dividida em três faixas-etárias de acordo com o proposto pela

APA Thesaurus (APA, 2015, 2020) para as análises relacionadas à verificação da diferença da intensidade do perfeccionismo entre as idades: adultos emergentes com idade entre 18 e 25 anos, adultos plenos, entre 26 e 39 anos e, por fim, os adultos de meia-idade, entre 40 e 59. A amostra é composta majoritariamente por pessoas com ensino médio completo ou níveis de alcance acadêmico mais elevados (99% da amostra com ensino médio, ensino superior completo ou pós-graduados – mestres, doutores e pós-doutores).

### **4.3. Instrumentos**

#### **4.3.1. Questionário de dados sociodemográficos**

Elaborado para avaliar características da composição da amostra. Os participantes responderam acerca das seguintes características: idade, Estado Brasileiro em que reside, sexo, identidade de gênero, estado civil, diagnóstico e tratamento psiquiátricos, cor/raça, escolaridade e renda mensal familiar. O questionário na íntegra pode ser consultado no APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico.

#### **4.3.2. Escala Multidimensional do Perfeccionismo de Hewitt e Flett (EMPHF) – versão adaptada ao português brasileiro**

A Escala Multidimensional do Perfeccionismo de Hewitt e Flett (EMPHF) foi proposta por Hewitt e Flett (1991) para avaliação do modelo do perfeccionismo com três dimensões a partir de 45 itens com respostas do tipo *Likert* com 7 pontos, variando de “discordo fortemente” a “concordo fortemente”. A escala de Perfeccionismo Auto-Orientado (PAO – 15 itens) avalia comportamentos relacionados ao estabelecimento de padrões exigentes para si mesmo e, dessa forma, avaliar-se rigorosamente. Por sua vez, a escala de Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP – 15 itens) mensura a necessidade percebida de atingir padrões e expectativas prescritas e esperados por outras pessoas, principalmente aquelas significativas para o indivíduo. Este domínio envolve a crença, por parte do indivíduo, de que as pessoas têm padrões irreais para

ele, avaliando-o rigorosamente e exercendo pressão para que seja perfeito. Por fim, a escala de Perfeccionismo Orientado ao Outro (POO – 15 itens) envolve crenças e expectativas sobre as capacidades dos outros, ou seja, padrões exigentes direcionados aos outros.

Apenas as dimensões PAO e PSP tem sido associadas de forma significativa com a ocorrência de transtornos mentais (Limburg et al., 2017), bem como apresentam estrutura fatorial bem definida inclusive envolvendo o modelo bifatorial do perfeccionismo de preocupações e esforços perfeccionistas (Bieling et al., 2004; Frost et al., 1993; Hill et al., 2004; Stairs et al., 2012). A versão original possui consistência interna com Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ) de  $\alpha = 0,86$  para PAO e  $\alpha = 0,87$  para PSP. A versão brasileira foi traduzida e adaptada para a população brasileira por Mansur-Alves et al. (2023) e manteve os domínios originais. As medidas de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach) encontradas foram de  $\alpha = 0,93$  para PAO e  $\alpha = 0,89$  para PSP. Para o presente estudo, a consistência interna das escalas foi de  $\alpha = 0,91$  (PAO) e  $\alpha = 0,86$  (PSP), além de  $\omega = 0,91$  (PAO) e  $\omega = 0,87$  (PSP). A EMPHF está disponível na íntegra no ANEXO A – Escala multidimensional do perfeccionismo de Hewitt e Flett (EMPHF).

### **4.3.3. Questionário de Falhas Cognitivas (QFC)**

O Questionário de Falhas Cognitivas (QFC), em sua versão original proposta por Broadbent et al. (1982), é composto por 25 itens que avaliam a percepção de falhas cognitivas (FC) – pequenos erros de memória, atenção, linguagem, motricidade ou impulsividade que cometemos no dia a dia. As respostas correspondem à frequência da ocorrência das falhas presentes em cada item e são dadas por meio de uma escala Tipo *Likert* de 5 pontos, variando de 0 (Nunca) a 4 (Quase sempre). Escores mais elevados indicam maior percepção de falhas cognitivas (Carrigan & Barkus, 2016). A escala possui adaptação para a população brasileira (de Paula et al., 2017), além de estudos que avaliam sua relação com sintomas internalizantes

e externalizantes (Ferreira et al., 2018), estresse e dados exploratórios referentes a aspectos da personalidade (Carrigan & Barkus, 2016). Na versão adaptada, a consistência interna foi calculada a partir do  $\omega$  de McDonald e alcançou o índice de  $\Omega = 0,91$ . No presente estudo, a consistência interna foi de  $\alpha = 0,93$  e  $\omega = 0,93$ . O QFC está disponível na íntegra no ANEXO B – Questionário de falhas cognitivas (QFC).

#### **4.3.4. Escala de Depressão, Estresse e Ansiedade (DASS-21)**

A Escala de Depressão, Estresse e Ansiedade (*Depression, Anxiety and Stress Scale – DASS-21*) originalmente proposta por Lovibond e Lovibond (2004) corresponde a uma escala de autorrelato composta por 21 itens que avaliam sintomas de depressão (07 itens), ansiedade (07 itens) e estresse (07 itens). As respostas dizem respeito a intensidade do estado emocional presente no item durante a última semana e são dadas em uma escala tipo *Likert* de 4 pontos, variando de 0 (não se aplicou de maneira alguma) a 3 (aplicou-se muito ou na maioria do tempo).

A DASS-21 parte do modelo tripartite de psicopatologia em que depressão, ansiedade e estresse compõem um fator geral de *general distress* (sofrimento mental ou estresse psicológico) (Clark & Watson, 1991). Dessa forma, o escore final corresponde ao somatório dos itens de cada escala multiplicado por dois, sendo descrito na literatura como uma medida de sofrimento mental, sendo essa a forma mais parcimoniosa estruturalmente quanto a aspectos fatoriais para a população brasileira (Zanon et al., 2021). Escores mais elevados indicam maior sofrimento mental. O instrumento foi adaptado e validado para a população brasileira por Vignola e Tucci (2014) em que a consistência interna foi analisada a partir do  $\alpha$  de Cronbach e mostraram  $\alpha = 0,92$  para a escala de depressão,  $\alpha = 0,90$  para a escala de estresse e  $\alpha = 0,86$  para a escala de ansiedade, indicado bons índices. No presente estudo, os coeficientes de

consistência interna para o escore total foi de  $\alpha = 0,95$  e  $\omega = 0,95$ . A DASS-21 está disponível na íntegra no ANEXO C – Escala de depressão, estresse e ansiedade (DASS-21).

#### **4.4. Procedimentos de Coleta de Dados**

A coleta aconteceu na modalidade online, entre os meses de junho e dezembro de 2022 por meio da plataforma Google Forms®. Os participantes foram convidados por meio de redes sociais, disparos de e-mails institucionais, em universidades e os respondentes podiam convidar outras pessoas da sua rede de contatos para também responder aos questionários. Após consentir a participação através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os participantes tiveram acesso aos questionários respondendo na seguinte ordem: questionário sociodemográfico, EMPHF, QFC e DASS-21. O tempo de resposta foi aproximadamente 15 minutos. Em caso de cansaço, os participantes podiam interromper as respostas espontaneamente.

Não houve respostas ausentes, considerando que o participante só poderia avançar no protocolo se respondesse a todos os itens. Todos os participantes receberam um relatório individual de acordo com as suas respostas no QFC, classificando a intensidade da ocorrência da percepção de falhas cognitivas em níveis inferiores (percentil entre 5 e 25), médio (entre 26 e 74) e superior (entre 75 e 95) conforme sugerido por de Paula et al. (2017). Além disso, foi recomendada uma busca por avaliação clínica, visto que há a possibilidade de haver algum transtorno mental, como depressão e ansiedade, naqueles indivíduos com níveis mais elevados (classificação superior).

#### **4.5. Procedimentos de Análise de Dados**

Todo o processo de análise foi realizado no software JASP versão 17.1 (JASP Team, 2023). Foram realizadas análises descritivas da amostra para identificação das médias e desvios-padrões de idade e dos escores totais dos instrumentos e, em seguida, realizou-se a

verificação normalidade dos dados considerando a amostra completa. Utilizou-se a análise de curtose, de assimetria e o teste Shapiro-Wilk. A homogeneidade dos dados foi avaliada pelo teste de Levene. Devido à presença de dados com distribuição não normal, utilizou-se procedimentos de *bootstrapping* (1000 reamostragens; 95% IC BCa) para obter maior confiabilidade dos resultados, corrigir desvios de normalidade da distribuição da amostra e diferenças entre os tamanhos dos grupos e, também, para apresentar um intervalo de confiança de 95% para as diferenças entre as médias (Dwivedi et al., 2017; Haukoos & Lewis, 2005; Konietzke & Pauly, 2014). Tal método também foi utilizado no cálculo das correlações totais e parciais entre as variáveis com a mesma finalidade.

A correlação entre as variáveis foi verificada a partir do Coeficiente de Correlação de Pearson ( $r$  de Pearson). A análise da intensidade dos coeficientes foi realizada classificando a correlação como apresentando uma relação linear fraca quando  $r$  estiver abaixo de  $\pm 0,30$ ; moderada  $r$  for igual ou maior que  $\pm 0,50$ ; e forte quando for maior ou igual a  $0,70$  (Rumsey, 2023), considerando sempre a significância das correlações e o respectivo valor de  $p$  (significativo, pelo menos, quando  $p < 0,05$ ) (Dancey & Reidy, 2019). As dimensões PSP e PAO da EMPHF comumente apresentam correlações moderadas desde os estudos iniciais, embora pareçam se associar de forma diferente com os indicadores de psicopatologias em que PSP parece ter mais associação positiva (Limburg et al., 2017). Dessa forma, optou-se por calcular o Coeficiente de Correlação Parcial de Pearson entre as dimensões do perfeccionismo e as outras variáveis, controlando ora PSP ora PAO a fim de verificar a associação daquelas diferencialmente com FC e DASS-21.

Foi realizado um teste  $t$  de Student para amostras independentes com o objetivo de investigar diferenças em PAO, PSP, FC e DASS-21 entre homens e mulheres. Realizou-se uma análise de variância de uma via (ANOVA - *One Way*) com o objetivo de avaliar se havia diferenças nos níveis de PAO e de PSP entre pessoas grupos etários diferentes (adultos

emergentes, plenos e de meia idade). O tamanho do efeito entre os grupos foi avaliado a partir do  $d$  de Cohen, sendo considerado pequeno para  $d$  menor ou igual a 0,20; médio para  $d$  igual ou maior que 0,50 e menor que 0,80; e grande para  $d$  maior ou igual a 0,80 (Cohen, 1988). Também se avaliou o tamanho de efeito a partir de  $\eta^2$ , sendo considerado efeitos pequenos ( $\eta^2 < 0,01$ ), médios ( $0,02 < \eta^2 < 0,06$ ) e grandes ( $\eta^2 > 0,14$ ) (Cohen, 1988). Os casos de heterogeneidade de variância foram analisados com a correção de Welch e avaliação de post-hoc por meio da técnica de Games-Howell (Field, 2020).

Após essas análises, foi realizada uma análise de covariância (ANCOVA) com o objetivo de investigar se existiam diferenças estatisticamente significativas nos níveis de FC entre pessoas com magnitude baixa, média e alta de PAO e, em outra ANCOVA, considerando as mesmas magnitudes para PSP, após controlar pelo sexo e a idade dos participantes. Para verificar de que forma e quais os grupos de magnitude de PAO e PSP se diferenciavam em relação as FC, empregou-se as análises a posteriori (post-hoc de Tukey).

A análise de mediação foi realizada considerando PAO e PSP como variáveis predictoras (independentes), a DASS-21 como variável mediadora e as FC como desfecho, ou variável dependente. Buscou-se investigar os efeitos diretos entre as dimensões do perfeccionismo e a intensidade de falhas cognitivas, bem como os efeitos indiretos mediados pelo sofrimento mental (DASS-21). Para isso, foi realizada a análise de caminhos (*path analysis*) com procedimentos de *bootstrapping* (1000 reamostragens; 95% IC BCa) a fim de computar intervalos de confiança do efeito mediado para fins de verificar se houve efeito de mediação (Field, 2020).

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Análises descritivas e associação entre as variáveis PAO, PSP, FC e DASS-21

As análises descritivas da amostra estão detalhadas na **Erro! Fonte de referência não encontrada.** A distribuição da amostra total para as variáveis PAO, PSP, FC e DASS-21 foi analisada considerando a assimetria, curtose e o teste de Shapiro-Wilk. As escalas não apresentam uma distribuição normal de acordo com os valores de assimetria, curtose e o teste de Shapiro-Wilk, além do p-valor deste teste. Conseqüentemente, análises de correlação, de variância e de mediação foram realizadas utilizando *bootstrapping* (1000 reamostragens; 95% IC BCa) a fim de corrigir os desvios de normalidade da distribuição da amostra e diferenças entre os tamanhos dos grupos conforme detalhado no processo de análise de dados. Dessa forma, análises paramétricas foram empregadas.

Tabela 1

*Análises descritivas de perfeccionismo, falhas cognitivas e sofrimento mental para a amostra total (n=434).*

	n	média	dp	A	C	SW
PAO	434	73,39	18,62	-3,40	-2,00	0,98 <sup>c</sup>
PSP	434	59,57	16,59	0,54	2,20	0,99 <sup>a</sup>
FC	434	48,28	19,5	2,20	2,53	0,99 <sup>c</sup>
DASS-21	434	47,44	31,92	1,76	-4,15	0,95 <sup>c</sup>

*Nota.* n = tamanho da amostra. dp = desvio-padrão. A = assimetria. C = curtose. SW = teste de Shapiro-Wilk. PAO = perfeccionismo auto-orientado. PSP = perfeccionismo socialmente prescrito. FC = falhas cognitivas. DASS-21 = sofrimento mental.

As variáveis foram analisadas a partir do escore bruto dos instrumentos.

Interpretação do valor de *p* para o teste Shapiro-Wilk: <sup>a</sup> = *p* < 0,05, <sup>b</sup> = *p* < 0,01, <sup>c</sup> = *p* < 0,001

Os valores de assimetria (a) e curtose (c) estão divididos pelo erro padrão.

A amostra foi dividida em grupos etários para verificar se há diferença das dimensões do perfeccionismo entre adultos emergentes (18 a 25 anos), adultos plenos (26 a 39 anos) e adultos de meia-idade (40 a 59 anos), conforme Tabela 4. A partir dos percentis nas escalas de PAO e PSP, classificou-se a amostra em grupos de baixa magnitude de perfeccionismo (até percentil 24), perfeccionismo médio (percentil entre 25 e 74) e perfeccionismo alto (percentil 75 ou mais), conforme detalhado na Tabela 5. Esses grupos foram utilizados nas análises de

variância (ANCOVA). Essa divisão foi realizada tanto para PAO quanto PSP. Similarmente à amostra total, as escalas não apresentaram distribuição normal, conforme verificado pelo teste de Shapiro-Wilk e seu respectivo valor  $p$ . Consequente, aplicou-se técnicas de *bootstrapping*.

Após a verificação da distribuição da amostra e dos subgrupos, foi realizada a análise de correlação de Pearson (1000 reamostragens; 95% IC BCa) entre os escores totais das dimensões do perfeccionismo, falhas cognitivas e sofrimento mental a fim de verificar a associação entre as variáveis, como pode ser visto detalhadamente na Tabela 2. No geral, todas as variáveis se correlacionam entre si positiva e significativamente ( $p < 0,001$ ). Existe uma associação positiva moderada entre as dimensões PAO e PSP do perfeccionismo ( $r = 0,517$ ;  $p < 0,001$ ); PSP e FC ( $r = 0,409$ ;  $p < 0,001$ ); PSP e DASS-21 ( $r = 0,503$ ;  $p < 0,001$ ); FC e DASS-21 ( $r = 0,626$ ;  $p < 0,001$ ). PAO apresentou correlações positivas significativas, mas fracas com FC e DASS-21. Devido à presença de correlação moderada entre as dimensões PSP e PAO, bem como a associação presente na literatura, analisamos a correlação parcial controlando os efeitos de PSP e, depois, PAO, com as demais variáveis do estudo. Em relação à análise controlando PSP, apenas a associação entre FC e DASS-21 mostrou-se positiva e significativa ( $r = 0,532$ ;  $p < 0,001$ ), as demais associações perderam significância estatística. Por sua vez, a análise de correlação parcial controlando PAO indicou correlação moderada entre PSP e DASS-21 ( $r = 0,420$ ;  $p < 0,001$ ); e entre FC e DASS-21 ( $r = 0,598$ ;  $p < 0,001$ ). A associação entre PSP e FC foi significativa de fraca a moderada ( $r = 0,345$ ;  $p < 0,001$ ). Essas últimas correlações podem ser vistas detalhadamente na Tabela 2.

Tabela 2

*Coefficientes de correlações total e parcial de Pearson (controlando PAO) entre os escores de PAO, PSP, FC e DASS-21.*

Variável	1	2	3	4
1. PAO	-	-	-	-
2. PSP	0,517***	-	0,345***	0,420***
3. FC	0,237***	0,409***	-	0,598***
4. DASS-21	0,310***	0,503***	0,626***	-

*Nota:* \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ . PAO = perfeccionismo auto-orientado. PSP = perfeccionismo socialmente prescrito. FC = falhas cognitivas. DASS-21: sofrimento mental. Coeficientes de correlação total e parcial de Pearson calculados com intervalo de confiança baseado em 1000 reamostragens. Os valores presentes na acima da diagonal superior (marcada em cinza) representam os coeficientes de correlação parcial de Pearson controlando PAO.

## 5.2. Diferenças da intensidade das variáveis psicológicas considerando sexo e grupos etários

Foi realizado um teste  $t$  de Student para amostras independentes com o objetivo de investigar em que medida os níveis de perfeccionismo (PAO e PSP), falhas cognitivas e sofrimento mental eram diferentes entre pessoas do sexo masculino e feminino. O pressuposto de homogeneidade de variância foi avaliado por meio do teste de Levene. O teste de distribuição de normalidade demonstrou que apenas o grupo masculino de PAO (Shapiro-Wilk = 0,98,  $p = 0,284$ ) e de PSP (Shapiro-Wilk = 0,98,  $p = 0,454$ ) apresentam distribuição normal. Os grupos femininos dessas variáveis e ambos os grupos de FC e DASS-21 apresentaram uma distribuição diferente da normal segundo o teste. A correção dos desvios de normalidade da distribuição foi realizada pelo procedimento de *bootstrapping* (1000 reamostragens; 95% IC BCa). Os achados dessa comparação estão apresentados na Tabela 3. O teste de Levene indicou que os grupos por sexo nas escalas de FC e DASS-21 apresentavam heterogeneidade da variância (Levene (1, 432) = 6,98,  $p = 0,009$ ; e Levene (1, 432) = 7,11  $p = 0,008$ ; respectivamente) e, portanto, os seus índices do teste  $t$  foram corrigidos pelo método de Welch.

Os resultados demonstraram que não houve diferença significativa entre os sexos para o perfeccionismo auto-orientado. Para o perfeccionismo socialmente prescrito, as pessoas do sexo feminino tiveram escore estatisticamente maior ( $M = 60,60$ ;  $DP = 16,60$ ) do que pessoas do sexo masculino ( $M = 54,75$ ;  $DP = 15,80$ ), sendo o tamanho de efeito da diferença médio ( $d$  de Cohen =  $-0,36$ ). A análise da diferença entre os sexos para as FC mostrou que o grupo do sexo feminino ( $M = 50,19$ ;  $DP = 19,64$ ) apresenta nível mais elevado do que o sexo masculino ( $M = 39,40$ ;  $DP = 16,20$ ) com tamanho de efeito médio ( $d$  de Cohen =  $-0,57$ ). Por fim, a diferença entre o sexo feminino ( $M = 50,44$ ;  $DP = 32,22$ ) e o sexo masculino ( $M = 33,53$ ;  $DP = 26,52$ ) no nível de sofrimento mental (DASS-21) também se mostrou ser significativo estatisticamente com tamanho de efeito médio ( $d$  de Cohen =  $-0,54$ ), com as mulheres apresentando níveis mais elevados de sofrimento mental do que os homens.

Tabela 3

*Resultado do teste de diferença nos níveis de PAO, PSP, FC e DASS-21 entre pessoas do sexo masculino e feminino.*

Variável	Sexo	Escore		Estatística do teste $t^*$					
		m	dp	$t$	gl	$p$	d	IC 95% de $d$ de Cohen	
								Inferior	Superior
PAO	masc	72,36	17,70	-0,53	432	0,600	-0,07	-0,31	0,18
	fem	73,61	18,83						
PSP	masc	54,75	15,80	-2,83	432	0,005	-0,36	-0,60	-0,11
	fem	60,60	16,60						
FC	masc	39,40	16,20	-5,09	432	<0,001 <sup>a</sup>	-0,57	-0,81	-0,32
	fem	50,19	19,64						
DASS-21	masc	33,53	26,52	-4,87	432	<0,001 <sup>a</sup>	-0,54	-0,79	-0,30
	fem	50,44	32,22						

*Nota:* Teste  $t$  de Student. PAO = perfeccionismo auto-orientado. PSP = perfeccionismo socialmente prescrito. FC = falhas cognitivas. DASS-21 = sofrimento mental. masc = sexo masculino. fem = sexo feminino. m = média. dp = desvio padrão.  $t$  = resultado do teste  $t$  de Student. gl = graus de liberdade.  $p$  = significância da diferença encontrada pelo teste  $t$ .  $d$  = tamanho de efeito calculado pelo  $D$  de Cohen. IC = Intervalo de Confiança. BCa = *Bias Corrected accelerated*.

*Bootstrapping* baseado em 1000 reamostragens.

<sup>a</sup> Teste de Levene é significativo ( $p > 0,05$ ), sugerindo a violação do pressuposto de homogeneidade da variância. Os valores de  $t$  de FC e DASS-21 foi calculado com a correção de Welch.

\* Estatísticas do teste  $t$  foram calculadas a partir de Estimativas de *Bootstrapping* baseado em 1000 reamostragens.

Para verificar a diferença nos níveis das dimensões de perfeccionismo entre os diferentes grupos etários (adultos emergentes, adultos plenos e adultos de meia-idade), foi realizada uma análise de variância de uma via (ANOVA-*One Way*). O teste de distribuição de normalidade demonstrou que os grupos etários apresentaram distribuição normal apenas em PSP (Shapiro-Wilk = 0,97,  $p = 0,308$  para adultos emergentes; Shapiro-Wilk = 0,99,  $p = 0,602$  para adultos plenos; e Shapiro-Wilk = 0,99,  $p = 0,705$  para adultos de meia-idade). Dessa forma, realizou-se procedimentos de *bootstrapping* (1000 reamostragens; 95% IC BCa) para a correção dos desvios da normalidade da distribuição da amostra. O Teste de Levene demonstrou que os grupos não apresentam homogeneidade de variância para a escala PSP (Levene (2, 431) = 3,68,  $p = 0,026$ ) e, portanto, os seus índices do teste  $F$  foram corrigidos pelo método de Welch e avaliação de post-hoc por meio da técnica de Games-Howell. Os resultados estão descritos detalhadamente na Tabela 4.

Tabela 4

*Estatística descritiva dos escores de PSP e PAO dos grupos etários, ANOVA para a comparação da diferença nos escores totais das dimensões do perfeccionismo e análise do teste post-hoc com bootstrapping (95% IC Bca) para as dimensões*

Grupo etários	Estatísticas descritivas			IC (95% IC Bca)*		F	p
	n	m	dp	LI	LS		
Perfeccionismo auto-orientado (PAO)							
AE	113	75,76	17,55	72,21	79,19		
AP	213	74,46	18,40	71,86	76,89		
AMI	108	68,80	19,50	64,68	72,48		
Comparação entre grupos	AE = AP > AMI <sup>b</sup>					4,63	0,010
Perfeccionismo socialmente prescrito (PSP)							
AE	113	61,55	13,87	58,74	63,86		
AP	213	60,86	16,89	58,58	63,09		
AMI	108	54,93	17,83	51,43	58,15		
Comparação entre grupos	AE = AP > AMI <sup>c</sup>					5,33 <sup>a</sup>	0,005

*Nota:* n = tamanho amostral. m = média. dp = desvio padrão. IC = Intervalo de Confiança. Bca = *Bias Corrected accelerated*. LI = Limite Inferior dos escores nas escalas PAO e PSP. LS = Limite Superior nas escalas PAO e PSP. p = significância estatística do teste F, inclusive com a correção de Welch.

*Bootstrapping* baseado em 1000 reamostragens.

AE = Adultos emergentes (18 a 25 anos). AP = Adultos plenos (26 a 39 anos). AMI = Adultos de meia-idade (40 a 59 anos).

\* Intervalo de Confiança calculado a partir de Estimativas de *Bootstrapping* baseado em 1000 reamostragens.

<sup>a</sup> A escala PSP demonstrou heterogeneidade da variância e a estatística F foi realizada com a correção de Welch.

<sup>b</sup> A avaliação post-hoc foi realizada por meio da técnica de Tukey.

<sup>c</sup> A avaliação post-hoc foi realizada por meio da técnica de Games-Howell.

Os resultados da ANOVA demonstraram que há diferenças entre os grupos para os níveis de PAO ( $F(2, 431) = 4,632, p = 0,010$ ). O teste post-hoc de Tukey demonstrou que foram encontradas diferenças significativas entre adultos emergentes e de meia-idade com tamanho de efeito médio ( $d$  de Cohen = 0,38,  $p = 0,02$ ). Também há diferença entre plenos e de meia-idade com um tamanho de efeito médio ( $d$  de Cohen = 0,31,  $p = 0,03$ ). Por sua vez, os adultos emergentes não apresentaram diferença estatisticamente significativa dos adultos plenos quanto aos escores de PAO [ $\Delta M = 1,40$ , IC 95% Bca (-2,899 e 5,467)]. De forma geral, percebe-se que a diferença entre os grupos possui um tamanho de efeito médio ( $\eta^2 = 0,02$ ;  $p = 0,010$ ). Assim, os adultos emergentes e plenos não apresentam diferença significativa na expressão de

PAO, mas os adultos de meia-idade se diferenciam dos dois últimos, sendo que este grupo apresenta escores menores e estatisticamente significativos de PAO que aqueles.

A ANOVA dos níveis de PSP indicou diferenças significativas entre os grupos [Welch's  $F(2, 239,28) = 5,334, p = 0,005$ ]. O teste post-hoc de Games-Howell demonstrou que foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de adultos emergentes e de meia idade com tamanho de efeito médio ( $d$  de Cohen = 0,40,  $p = 0,01$ ). Algo similar aconteceu entre plenos e de meia idade que também apresentaram diferença com tamanho de efeito médio ( $d$  de Cohen = 0,36,  $p = 0,01$ ). Não houve diferença estatisticamente significativa entre adultos emergentes e plenos [ $\Delta M = 0,69$ , IC 95% BCa (-3,426 e 4,796)]. De forma geral, percebe-se que a diferença entre os grupos possui um tamanho de efeito médio ( $\eta^2 = 0,03$ ;  $p = 0,003$ ). Assim, os adultos emergentes e plenos não apresentam diferença significativa na expressão de PSP, mas os adultos de meia-idade se diferenciam dos dois últimos, sendo que este apresenta escores menores e estatisticamente significativos de PSP que aqueles. Os resultados dos testes post-hoc foram apresentados na Tabela 4. Considerando as diferenças presentes entre os grupos etários e os sexos dos participantes nas variáveis do estudo, realizou-se a análise de covariância nas análises seguintes controlando sexo e idade.

### **5.3. Diferenças da intensidade de falhas cognitivas entre os grupos com magnitudes baixa, média e alta de perfeccionismo (PAO e PSP)**

A análise de covariância (ANCOVA) investigando se há diferenças estatisticamente nos níveis de falhas cognitivas entre pessoas com níveis diferentes de PAO e PSP (baixo, médio e alto), em cada dimensão, após controlar pelo sexo e grupo etário dos participantes. O teste de Levene demonstrou que os grupos apresentaram homogeneidade da variância tanto para PAO [Levene (2, 431) = 1,62,  $p = 0,199$ ] quanto para PSP [Levene (2, 431) = 1,94,  $p = 0,145$ ]. Logo, não foram necessárias correções na ANCOVA e nos testes post-hoc.

Tabela 5

*Estatística descritiva das falhas cognitivas dos grupos classificados de acordo com os percentis de PAO e PSP, ANCOVA controlando sexo e idade da amostra entre os grupos percentílicos e análise do teste post-hoc de Tukey com bootstrapping (95% IC Bca)*

Classificação do nível de perfeccionismo	Estatísticas descritivas			IC (95% IC Bca)*		F	p
	n	m	dp	LI	LS		
Perfeccionismo auto-orientado (PAO)							
Baixa (B)	102	43,15	18,72	36,68	44,07		
Média (M)	218	47,30	18,48	41,26	46,72		
Alta (A)	114	54,74	20,51	47,38	54,70		
Comparação entre grupos	Baixa = Média < Alta					9,05	<0,001
Perfeccionismo socialmente prescrito (PSP)							
Baixa (B)	109	37,61	17,43	32,71	39,42		
Média (M)	209	48,53	17,40	42,62	47,92		
Alta (A)	116	57,85	19,97	50,72	58,15		
Comparação entre grupos	Baixa < Média < Alta					30,18	<0,001

*Nota:* n = tamanho amostral. M = média. DP = desvio padrão. IC = Intervalo de Confiança. Bca = *Bias Corrected accelerated*. LI = Limite Inferior. LS = Limite Superior.

\* Intervalo de Confiança calculado a partir de Estimativas de *Bootstrapping* baseado em 1000 reamostragens.

Os resultados da ANCOVA e do Teste post-hoc de Tukey foram apresentados detalhadamente na Tabela 5 os quais demonstram que há diferenças estatisticamente significativas dos níveis de falhas cognitivas de acordo com o grupo de intensidade de PAO ( $F(2, 429) = 9,046; p < 0,001$ ). O teste post-hoc de Tukey demonstrou que as diferenças estatisticamente significativas de falhas cognitivas ocorrem entre pessoas com nível baixo e com nível alto de PAO, apresentando um tamanho de efeito médio ( $d$  de Cohen =  $-0,57; p < 0,001$ ). Além de ocorrer entre pessoas com nível médio e alto com tamanho de efeito médio ( $d$  de Cohen =  $-0,36; p = 0,01$ ). Entre pessoas com nível baixo e médio de PAO, não se percebeu diferença significativa para as falhas cognitivas [ $\Delta M = -3,70; IC\ 95\% Bca (-8,17\ e\ 0,37)$ ]. De forma geral, percebe-se que a diferença entre os grupos possui um tamanho de efeito médio ( $\eta^2 = 0,04; p < 0,001$ ). Ressalta-se, dessa forma, que grupo com intensidade alta de PAO

demonstrou os mais níveis de percepção de falhas cognitivas em comparação com os outros dois grupos.

Entre os grupos de PSP, houve diferença significativa estatisticamente de FC ( $F(2, 429) = 30,176; p < 0,001$ ). O teste post-hoc de Tukey indica que as diferenças de falhas cognitivas ocorrem entre os grupos de forma significativa estatisticamente entre magnitude baixa e média de PSP que apresentou tamanho de efeito médio ( $d$  de Cohen =  $-0,53; p < 0,001$ ). A diferença das falhas cognitivas também foi significativa entre o grupo de pessoas com intensidade média e alta de PSP a qual mostrou tamanho de efeito médio ( $d$  de Cohen =  $-0,52; p < 0,001$ ). A maior diferença de FC ocorreu entre aquelas pessoas com nível baixo e com nível alto de PSP [ $\Delta M = -18,65; IC\ 95\% \text{ Bca } (-23,28 \text{ e } -12,91)$ ], sendo o tamanho de efeito considerado grande ( $d$  de Cohen =  $-1,05; p < 0,001$ ) e as pessoas com magnitude mais alta de PSP apresentaram os maiores escores em FC. Ainda, o grupo de intensidade média de PSP demonstrou maiores escores em FC que o grupo de intensidade baixa de PSP. De forma geral, percebe-se que a diferença entre os grupos possui um tamanho de efeito de médio a grande ( $\eta^2 = 0,12; p < 0,001$ ).

#### 5.4. Análise de mediação entre perfeccionismo e falhas cognitivas, com sofrimento mental como mediador

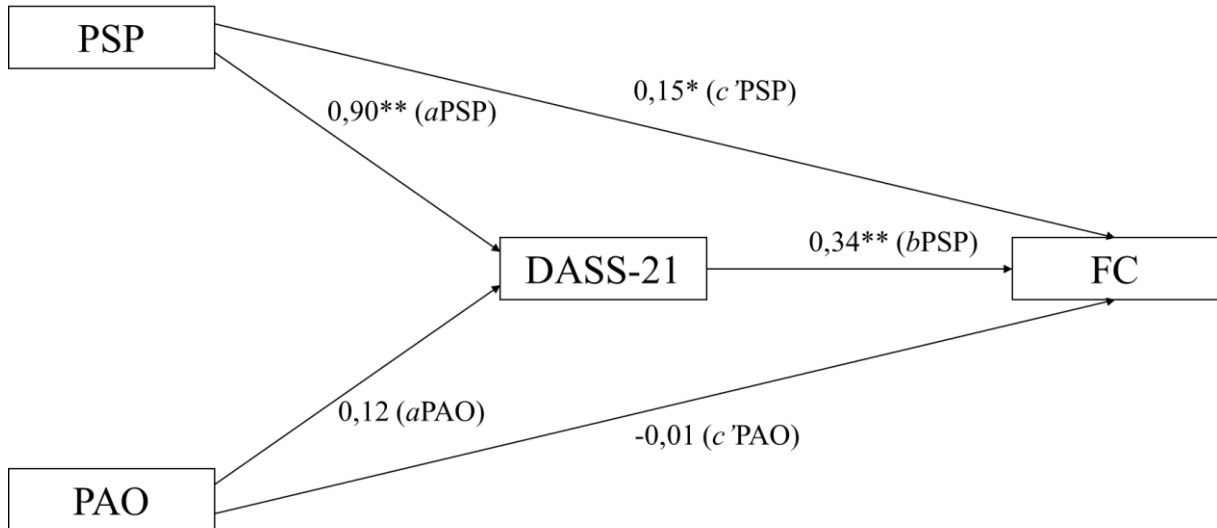


Figura 1. Modelo de perfeccionismo socialmente prescrito e perfeccionismo auto-orientado como preditoras de falhas cognitivas, mediado pelo nível de sofrimento mental. O intervalo de confiança Bias-Corrected and Accelerated (BCa) foi estimado pela técnica de Bootstrapping (1000 reamostragens). Os parâmetros apresentados não estão padronizados. Legenda: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,001$ ; PSP = perfeccionismo socialmente prescrito; PAO = perfeccionismo auto-orientado; DASS-21 = sofrimento mental; FC = falhas cognitivas;  $a$  = efeito da dimensão do perfeccionismo (PAO ou PSP) sobre o sofrimento mental (DASS-21);  $b$  = efeito do sofrimento mental (DASS-21) sobre FC;  $c'$  = efeito da dimensão do perfeccionismo (PAO ou PSP) em FC controlado pela DASS-21.

Buscou-se investigar em que medida o sofrimento mental (DASS-21) mediava a relação entre as dimensões do perfeccionismo, PSP e PAO, e as falhas cognitivas. A Figura 1 apresenta o modelo testado e os resultados obtidos. Os coeficientes de regressão do modelo são apresentados na Tabela 6. É possível perceber que não houve um efeito significativo de PAO para explicar os níveis de FC. Por outro lado, PSP mostrou efeito significativo positivo para explicar os níveis de FC. Por fim, foi possível perceber que houve mediação parcial dos efeitos de PSP passando pelo sofrimento psicológico (DASS-21) para a explicação das FC. Ainda, o modelo testado explica 40,3% da variância nas falhas cognitivas ( $R^2 = 0,403$ ) e 25,6% da variância no sofrimento psicológico ( $R^2 = 0,256$ ).

Tabela 6

*Coefficientes de regressão do modelo de análise de mediação com PSP e PAO como preditores, DASS-21 como mediador e FC como desfecho.*

Variável	b	IC 95% <sup>a</sup>		EP	z	p
		LI	LS			
Efeitos diretos						
PSP → FC	0,15	0,05	0,27	0,06	2,70	0,007**
PAO → FC	0,01	-0,09	0,09	0,05	-0,10	0,919
Efeitos indiretos: DASS-21 como mediador						
PSP → DASS-21 → FC	0,31	0,23	0,39	0,04	7,77	<0,001***
PAO → DASS-21 → FC	0,04	-0,02	0,11	0,03	1,42	0,155
Efeitos totais						
PSP → FC	0,46	0,35	0,58	0,06	7,65	<0,001***
PAO → FC	0,04	-0,07	0,14	0,05	0,67	0,501
Coeficientes da análise de mediação						
DASS-21 → FC	0,34	0,29	0,40	0,03	13,08	<0,001***
PSP → FC	0,15	0,05	0,27	0,06	2,70	0,007**
PAO → FC	-0,01	-0,09	0,09	0,05	-0,10	0,919
PSP → DASS-21	0,90	0,71	1,06	0,09	9,65	<0,001***
PAO → DASS-21	0,20	-0,05	0,31	0,08	1,43	0,153
Falhas Cognitivas ( $R^2 = 0,403$ )						
Escore total DASS-21 ( $R^2 = 0,256$ )						
<p><i>Nota:</i> * <math>p &lt; 0,05</math>; ** <math>p &lt; 0,01</math>; *** <math>p &lt; 0,001</math>. IC = Intervalo de Confiança. PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito. PAO = Perfeccionismo Auto-Orientado. FC = Falhas Cognitivas. DASS-21 = sofrimento psicológico, escore total da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse. <i>b</i> = coeficientes de mediação estimados. LI = Limite Inferior. LS = Limite Superior. EP = Erro Padrão.</p> <p><sup>a</sup> Intervalo de confiança calculado a partir a partir de Estimativas de <i>Bootstrapping</i> baseado em 1000 reamostragens.</p>						

## 6. DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi investigar a relação entre perfeccionismo e a percepção de falhas cognitivas em adultos, considerando indicadores de sofrimento mental enquanto mediadores, além de verificar se a intensidade dos traços perfeccionistas se diferencia entre variáveis sociodemográficas (idade e gênero). Ademais, objetivou-se verificar se percepção de falhas cognitivas varia entre grupos com maior magnitude de perfeccionismo socialmente prescrito e/ou perfeccionismo auto-orientado. Para tanto, foram analisados 434 adultos com idade entre 18 e 59 anos que responderam os questionários propostos na modalidade online.

Primeiramente, investigou-se a forma que PAO, PSP, FC e DASS-21 se correlacionavam. As correlações positivas e moderadas entre PSP e DASS-21 e fraca entre PAO e DASS-21 indica que a associação entre PSP com o sofrimento psicológico se mostra mais intenso que PAO. Torna-se mais clara a relação próxima entre as preocupações perfeccionistas e o sofrimento mental quando se controla o efeito da dimensão PAO do perfeccionismo. Visto que a magnitude da associação do perfeccionismo socialmente prescrito com o sofrimento mental se mantém mesmo quando o seu efeito é isolado. Juwono et al. (2022) colaboram para as evidências de que PSP tem sido visto como uma variável com mais interface com sintomas psicopatológicos, principalmente aqueles relacionados ao afeto negativo, como os sintomas depressivos. À medida que PAO não se mostrou correlacionado de forma significativa com tais variáveis. Desde a construção do modelo cognitivo, Hewitt e Flett (1991) trouxeram associações entre as dimensões do perfeccionismo (PAO e PSP), de forma individualizada, com sintomas psicopatológicos, como os depressivos, ansiosos e obsessivo-compulsivos. Assim como o presente estudo e com evidências mais robustas a partir de metanálise, Limburg et al. (2017) mostraram que o PSP se correlaciona mais fortemente aos sintomas psicopatológicos e ao sofrimento mental do que o PAO. O PSP também estava mais

associado com desfechos mais negativos que aqueles encontrados com PAO enquanto preditores. Verifica-se ainda que este padrão de associação de PAO e PSP com sintomas psicopatológicos parece estar presente desde os seis anos de idade (Lunn et al., 2023). A associação de PSP com desfechos negativos parece ocorrer durante quase todas as fases do desenvolvimento humano, pelo menos até o final da meia-idade. Para além da visão transversal, os sintomas depressivos parecem ter uma relação bidirecional e recíproca com o PSP, enquanto o PAO se mostra como um fator de vulnerabilidade para sintomas depressivos sem a recíproca ser verdadeira nos estudos longitudinais (Smith, Sherry, Ray, et al., 2021).

No que se refere à relação entre as falhas cognitivas e as dimensões do perfeccionismo, percebe-se que apenas PSP se mantém associado de forma positiva, significativa e com magnitude moderada com as dificuldades diárias percebidas após o efeito de PAO ser controlado. As FC foram associadas a outras variáveis da personalidade em estudos que abordavam traços do modelo dos cinco grandes fatores, como o neuroticismo, que também apresenta preocupações constantes enquanto expressão comportamental (Carrigan & Barkus, 2016; Markett et al., 2020; Wilhelm et al., 2010). Nestas investigações, as FC estavam correlacionadas significativa, positiva e moderadamente com preocupações frequentes, indicando que a presença de preocupações podem ser um fator associado a uma maior percepção de falhas cognitivas. Embora o nome do construto leve a possível inferência de que haja déficits cognitivos propriamente ditos, a correlação moderada e significativa entre FC e sofrimento mental (DASS-21), em todos os cenários investigados, parece estar de acordo com a relação das FC com o afeto negativo e sintomas depressivos e ansiosos (Carrigan & Barkus, 2016; Payne & Schnapp, 2014). Algo que ocorre na população brasileira parece replicar o que vem sendo apresentado pela literatura internacional, ou seja, as falhas cognitivas se mostram associadas a sintomas internalizantes (de Paula et al., 2017; Ferreira et al., 2018), o que também foi encontrado no presente estudo.

Não obstante, o presente estudo também investigou as variáveis sociodemográficas, tais como gênero e idade, e sua relação com o nível de perfeccionismo, conforme tem-se sido demandado na atualidade (Smith, Sherry, Ge, et al., 2021; Stoeber, 2018b). Os resultados encontrados quanto à diferença da expressão das dimensões do perfeccionismo de acordo com o gênero, no presente estudo, são o PAO não apresentando diferenças significativas entre homens e mulheres, enquanto PSP apresenta uma diferença com tamanho de efeito médio em que as mulheres possuem maiores escores. Adicionalmente, tanto as FC quanto o sofrimento mental (DASS-21) seguem o padrão de diferença de PSP e mostram-se maiores em mulheres com uma diferença significativa com tamanho médio. É possível observar que as mulheres estão mais representadas e são a maioria dos participantes das pesquisas em perfeccionismo (Smith, Sherry, Ge, et al., 2021). Essa característica dos estudos realizados na área faz com que seja difícil saber se essa diferença entre mulheres e homens nos níveis de perfeccionismo é algo intrínseco à expressão do traço ou se esta possível diferença estaria associada a um viés amostral. Os estudos que buscam compreender a possível diferença entre homens e mulheres na expressão das dimensões do perfeccionismo (PAO e PSP) indicam não haver diferenças entre os gêneros ou consideram os achados inconclusivos (Juwono et al., 2022; Smith et al., 2019; Stoeber & Stoeber, 2009). Consequentemente, o presente estudo tem sua hipótese parcialmente corroborada na literatura à medida que PAO segue a tendência de não se diferenciar entre homens e mulheres. Ao passo que para o PSP, encontrou-se diferença significativa entre os gêneros, algo diferente da literatura internacional. Para explicar essa diferença, iniciaremos pela compreensão da diferença entre a visão de si que os homens e as mulheres têm ao se compararem com o que é esperado socialmente enquanto características pessoais, habilidades e valores. Kosakowska-Berezecka et al. (2022) realizaram uma investigação transcultural, incluindo a população brasileira, sobre a diferença da visão de si mesmo entre os gêneros. Uma das conclusões é que, para os homens, a visão de si mesmo é

mais próxima do estereótipo esperado socialmente de cada gênero e em cada cultura. Assim, mesmo variando a cultura, as mulheres se veem menos próximas do que é esperado socialmente para elas do que os homens. Essa maior diferença entre o que é esperado dos indivíduos e o que as mulheres percebem de si mesmas poderia nos levar a especular que as preocupações perfeccionistas tenderiam a ser maiores para as mulheres, mesmo no Brasil, em que há menos igualdade entre os sexos. Outra forma de compreender os escores maiores de PSP em mulheres, encontrados no presente estudo, pode se dever às evidências de que tradicionalmente são as mulheres as mais impactadas com sintomas depressivos e ansiosos em estudos científicos sobre saúde mental. Considerando a relação bidirecional do PSP e sintomas depressivos (Smith, Sherry, Ray, et al., 2021), esta parece ser uma justificativa possível e plausível.

Quanto às diferenças do perfeccionismo entre as faixas etárias, o presente estudo indicou que os adultos de meia-idade apresentam menores níveis de perfeccionismo do que adultos emergentes e adultos plenos. Embora os dois últimos grupos não se diferenciem de forma estatisticamente significativa, também há uma redução dos escores dos adultos plenos em comparação aos adultos emergentes quando são comparados. Dessa forma, ao analisar transversalmente os dados da amostra, os escores de PAO e PSP reduzem com o aumento da idade. Algo similar aconteceu na comparação entre duas amostras transversais de graduandas e egressas em que estas apresentavam menores escores de PSP (Landa & Bybee, 2007) e na revisão que investigou amostra total com delineamento majoritariamente transversal (Smith et al., 2019) a qual encontrou que PAO também reduz ao longo da passagem dos anos na comparação entre amostras independentes. A elaboração de estratégias de *coping* e redução de fatores estressores no decorrer do desenvolvimento humano pode ser um dos aspectos que explicam a redução da expressão de traços mais estáveis, como o perfeccionismo, com o avanço da idade. Bem como, dimensões da personalidade com correlações significativas com as dimensões do perfeccionismo, como neuroticismo, também tendem a reduzir ao longo do tempo

(Smith et al., 2019), podendo ocasionar um efeito mais amplo em outros aspectos. É importante ressaltar que a forma que essa redução ocorre pode ser diferente de acordo com a amostra e, quiçá, de acordo com a cultura, como encontramos que entre adultos emergentes e plenos a diferença dos traços do perfeccionismo não é encontrada. Ressalta-se que a redução na vida adulta de meia idade parece ter um tamanho de efeito médio. A melhor compreensão da forma que essa redução das dimensões do perfeccionismo ocorre só pode ser realizada por meio de estudos longitudinais.

Outro objetivo foi investigar a diferença da ocorrência das falhas cognitivas entre os grupos estratificados de acordo com nos níveis de PAO e de PSP (baixa, média e alta), controlando sexo e idade, a fim de verificar se a hipótese seria corroborada ou não – isto é, presença de mais falhas cognitivas nos grupos com maiores magnitudes nas duas dimensões do perfeccionismo, sendo a diferença maior naqueles indivíduos com maiores níveis de PSP do que em PAO. Os resultados corroboraram a nossa hipótese inicial, indicando que houve diferença entre os grupos de baixo PAO e alto PAO e entre os grupos de médio PAO e alto PAO, ambas diferenças de tamanho médio. Mas, não houve diferença na ocorrência da percepção de falhas cognitivas entre indivíduos com baixo PAO e médio PAO. Por sua vez, a diferença da percepção de dificuldades diárias entre baixo PSP e alto PSP apresentou um tamanho de efeito grande, enquanto as diferenças entre baixo PSP e médio PSP e entre médio PSP e alto PSP foram de tamanho médio. Ou seja, os grupos com maiores percentis de PSP demonstram os maiores escores em FC. Embora não existam outros estudos que tenham objetivado investigar a relação entre as dimensões do perfeccionismo e as falhas cognitivas, há estudos empíricos e revisões que indicam que as dúvidas sobre os próprios comportamentos geram uma identidade com incertezas frequentes e dificuldade em identificar o que é realmente verídico nos julgamentos percebidos no PSP, acarretando distorções acerca da realidade (Smith, Sherry, Ge, et al., 2021). Bem como, Egan e Shafran (2018) trazem que as distorções cognitivas

ocorrem em múltiplos âmbitos da vida individual. Dessa forma, verificando que os indivíduos com maior magnitude do PSP na amostra possuem uma expressão maior da percepção das dificuldades em atividades diárias, pode-se cogitar que a avaliação de comportamentos cotidianos possa ter um viés negativo e os erros sejam percebidos como frequentes, mesmo que não sejam verídicos. Parte dos comportamentos presentes no QFC (de Paula et al., 2017) são publicamente visíveis, como esbarrar em outras pessoas, esquecer de apagar a luz ou se trancou a porta, esquecer compromissos, entre outros. Esse aspecto pode favorecer a potencialização da percepção de dificuldades diárias percebidas ao possivelmente ativar crenças de que os outros podem lhe julgar ou esperar que tais comportamentos não ocorram. Assim como apontaram Smith et al. (2021), as dúvidas generalizadas presentes nas preocupações perfeccionistas podem intensificar esse viés atencional negativo para comportamentos que outras pessoas também cometem, mas talvez não atribuam tanto um viés de falha. Ainda, pensando em aspectos de associação entre as variáveis, a relação entre as FC e aspectos psicológicos indicam que há maior presença das percepções de dificuldades em atividades diárias naqueles indivíduos com afeto e humor mais negativos (Carrigan & Barkus, 2016; Goodman et al., 2022). Algo similar do que acontece nas ligações de PAO e de PSP com aspectos psicológicos desadaptativos.

O último objetivo deste estudo foi testar um modelo de mediação em que as dimensões do perfeccionismo sejam preditoras, a percepção de falhas cognitivas o desfecho e o indicador de sofrimento mental o mediador desta relação. Os resultados demonstraram que PAO não apresentou um efeito direto ou mesmo indireto sobre as falhas cognitivas. Por sua vez, no modelo em que PSP é o preditor, demonstrou-se que há um efeito direto sobre as FC e, também, mediado pelo sofrimento mental. Assim, PSP explicou significativamente as FC, principalmente com a mediação do sofrimento mental. Para tratar esses resultados, retoma-se a discussão acerca do modelo de diátese- estresse do perfeccionismo elaborado por Hewitt e Flett (2002). A tentativa em investigar as FC, consideradas como indicadores da percepção de

dificuldades em atividades diárias, enquanto desfecho de um modelo que tem as dimensões do perfeccionismo como preditores e o sofrimento mental (estresse psicológico) pode ser vista como uma dessas possibilidades. Ao verificar que as FC não parecem se associar a déficits clínicos em funções neuropsicológicas objetivas (Goodman et al., 2022), é relevante verificar os aspectos da personalidade que podem ter a percepção de dificuldades em atividades diárias como desfecho. No modelo testado no presente estudo, é possível perceber que as dimensões do perfeccionismo demonstram influenciar de forma diferencial a ocorrência das FC. Enquanto PAO não demonstra evidências de ter como desfecho tais percepções, o PSP indica ser um possível preditor dessas percepções. A presença do estresse psicológico ou sofrimento mental pode mediar esta relação de forma significativa, indicando que o traço em si pode ter uma influência limitada, mas, na presença do sofrimento, as percepções tendem a ser mais intensas e possivelmente com mais prejuízos diários. Como abordado anteriormente, o fator estresse pode exercer o papel de diátese e desencadear, além dos sintomas psicopatológicos, uma percepção frequente de que até atividades cotidianas estão impregnadas pelos erros e falhas no caso dos perfeccionistas. Tais percepções podem se super generalizar, tornando-se amplas e gerando crenças distorcidas acerca da visão de si e do autoconceito, conforme descrito no modelo de perfeccionismo clínico (Egan & Shafran, 2018). Tais distorções e o viés atencional negativo poderiam influenciar a autoavaliação acerca das FC que seriam vistas de formas mais intensas ou com consequências mais negativas do que realmente ocorrem devido à preocupação frequente sobre as pressões externas presentes no PSP. Ainda, Egan e Shafran (2018) destacam que o autovalor do perfeccionista tende a ter elementos interpessoais, vendo-se intrinsecamente como uma pessoa falha, algo que pode influenciar quando são questionados acerca dos seus comportamentos diários que acabam sendo vistos também como falhos ou com dificuldades. Flett et al. (2022) apontam para o efeito destrutivo que o PSP apresenta no âmbito individual e social. Compreender que esses erros e medo de falhar podem estar presentes em atividades

cotidianas mais banais leva à necessidade de continuar a investigação se esse efeito destrutivo não seria ainda maior. Visto que, para além de domínios específicos, o perfeccionismo socialmente prescrito pode impactar domínios gerais da vida do indivíduo, podendo impulsionar ainda mais as crenças de ser falho e aumentar a discrepância entre o ideal buscado e o real vivido.

O estudo apresenta limitações na generalização dos resultados. Primeiramente, há um desbalanço entre homens e mulheres na amostra o que pode dificultar a compreensão das diferenças da expressão do perfeccionismo de acordo com o sexo. Os métodos estatísticos de reamostragens facilitam a inferência da possível presença ou ausência de diferenças, mas se baseiam na própria amostra o que ainda faz permanecer a inconclusão acerca deste achado. Um segundo aspecto intrínseco ao estudo que dificulta a generalização dos dados é a sua característica transversal. Estudos transversais não permitem compreender os mecanismos que estão por trás da diferença das dimensões do perfeccionismo entre as faixas etárias encontrada na nossa amostra. Bem como, compreender se o modelo de mediação testado apresenta realmente PSP como preditor no longo prazo. Estudos longitudinais relacionando as variáveis PSP e falhas cognitivas poderiam permitir compreender melhor quais são os preditores reais e a forma que essa mediação ocorre, ou seja, os mecanismos envolvidos na percepção das dificuldades diárias. O terceiro aspecto visto como limitação é o nível de escolaridade da amostra que é composta majoritariamente por pessoas com ensino médio ou níveis mais elevados. Isto pode interferir nas inferências feitas à medida que não se compreende se essas manifestações do perfeccionismo e das FC ocorrem em pessoas que possivelmente desempenham atividades cotidianas e laborais diferentes daquelas que apresentam escolaridade mais alta. Assim como, se as diferenças na escolaridade poderiam interferir no nível de dificuldade percebido em atividades diárias ou mesmo na avaliação do próprio desempenho.

Como agenda de pesquisas futuras, podemos refletir sobre alguns delineamentos que proporcionem um avanço na compreensão da relação entre o perfeccionismo e as falhas cognitivas. A primeira proposta seria incluir escalas que investiguem pensamentos perfeccionistas, como os componentes intrapessoais do M CCP descrito no referencial teórico. A partir dessa inclusão, seria possível analisar se tais componentes estariam mais próximos das falhas cognitivas ou dos traços perfeccionistas. Considerando que o traço perfeccionista é algo mais estável e os componentes intrapessoais, como as cognições perfeccionistas, transitórios, tal investigação proporcionaria investigar se as falhas cognitivas se mostram como um aspecto mais transitório ou perene na relação. Assim como, construir intervenções que foquem nessas falhas, caso sejam transitórias, a fim de buscar um efeito *bottom-up* sobre traços perfeccionistas. Seguindo a lógica de que a intervenção começa por aquilo que é mais facilmente modificável e acessível ao sujeito, no caso de perfeccionistas, os aspectos cognitivos e relacionais seriam mais facilmente modificáveis do que os estruturais, como os traços. Uma segunda possibilidade seria comparar essa percepção das falhas cognitivas em indivíduos perfeccionistas de amostra clínica e amostra não clínica com a finalidade de conhecer os impactos das FC em pacientes perfeccionistas. Outro recorte possível seria adicionar uma medida dos traços de personalidade, como aqueles do modelo dos cinco grandes fatores, para diferenciar qual o efeito dos traços do perfeccionismo e quais são influenciados por outros traços da personalidade, à medida que tanto PAO e PSP quanto as FC foram associados aos traços do modelo de personalidade citado em outros estudos.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, foram exploradas as relações do perfeccionismo com as falhas cognitivas e outras variáveis da saúde mental. Os resultados são relevantes à medida que há uma necessidade no campo de estudos sobre o perfeccionismo conhecer o comportamento do perfeccionismo em faixas etárias distintas e comparado entre os sexos. Bem como, compreender quais tipos de distorções cognitivas atingem o perfeccionista, principalmente no âmbito mais ecológico. Testar modelos que envolvam variáveis ecológicas, como as falhas cognitivas, propiciam um conhecimento mais aprofundado da forma que o perfeccionista vive sem necessariamente ter que acessá-lo apenas na modalidade individual, como na psicoterapia. Neste campo, os clínicos podem começar a trabalhar dificuldades que parecem pequenas em um primeiro momento, mas podem trazer um sofrimento significativo para quem as vivencia. Validar as percepções que o paciente perfeccionista traz e ajudá-lo a diferenciar dificuldades reais daquelas distorcidas parece ser uma das formas que esse trabalho pode contribuir. Pois, ver-se como alguém falho em comportamentos cotidianos mais simples pode acarretar uma visão generalizada de desvalor e desencadear desfechos inesperados e indesejados por quem acompanha tais indivíduos.

Ainda, compreender melhor o impacto do PSP na vida cotidiana segue sendo um elemento primordial, considerando seu efeito deletério na saúde mental individual e coletiva a partir da preocupação constante com padrões inalcançáveis impostos pelos outros ao seu redor. Desenvolver a teoria do perfeccionismo enquanto um grande modelo com dimensões de traço, aspectos interpessoais e intrapessoais requer um embasamento sobre a relação direta desses comportamentos e a vida do perfeccionista. A avaliação sobre o próprio desempenho pode acompanhar o indivíduo no momento que ele inicia o dia após acordar e se manter até o último minuto vivido diariamente. Portanto, este estudo se mostra um avanço para a área à medida que lança luz sobre novas possibilidades de investigação. Além de ser um estudo com novas

hipóteses a nível nacional que ainda carece de estudos com amostrar mais amplas abordando o perfeccionismo.

## REFERÊNCIAS

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology, 87*(1), 49–74.
- APA, A. P. A. (2015). Emerging Adulthood. Em *APA Thesaurus of Psychological Index Terms*.
- APA, A. P. A. (2020). Middle Adulthood. Em *APA Thesaurus of Psychological Index Terms*.
- Barreto, I. S., & Teodoro, M. L. M. (2018). Problemas emocionais e de comportamento, vulnerabilidade cognitiva e estresse: Uma revisão narrativa. *Contextos Clínicos, 11*(1), 37–58. <https://doi.org/10.4013/ctc.2018.111.04>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Bieling, P. J., Israeli, A. L., & Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences, 36*(6), 1373–1385. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00235-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00235-6)
- Broadbent, D. E., Cooper, P. F., FitzGerald, P., & Parkes, K. R. (1982). The Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) and its correlates. *British Journal of Clinical Psychology, 21*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1982.tb01421.x>
- Burns, D. D. (1980, novembro). The Perfectionist's Script for Self-Defeat. *Psychology Today*. <https://anandagarden.com/wp-content/uploads/the-perfectionists-script-for-self-defeat.pdf>
- Carrigan, N., & Barkus, E. (2016). A systematic review of cognitive failures in daily life: Healthy populations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 63*, 29–42. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.01.010>
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(3), 316–336. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed). Academic Press.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2019). *Estatística sem matemática para Psicologia* (7º ed). Penso.
- de Paula, J. J., Costa, D. S., Miranda, D. M. de, & Romano-Silva, M. A. (2017). Brazilian version of the Cognitive Failures Questionnaire (CFQ): Cross-cultural adaptation and evidence of validity and reliability. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 40*(3), 312–315. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2227>
- Dwivedi, A. K., Mallawaarachchi, I., & Alvarado, L. A. (2017). Analysis of small sample size studies using nonparametric bootstrap test with pooled resampling method: Nonparametric

Bootstrap Test for Small Sample Size Studies. *Statistics in Medicine*.

<https://doi.org/10.1002/sim.7263>

Egan, S. J., & Shafran, R. (2018). Cognitive-Behavioral Treatment for Perfectionism. Em *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications*. Routledge.

Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review, 31*(2), 203–212.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>

Ferreira, A. A., Oliveira, W. G. A., & Paula, J. J. de. (2018). Relações entre saúde mental e falhas cognitivas no dia a dia: Papel dos sintomas internalizantes e externalizantes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 67*(2), 74–79. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000188>

Field, A. (2020). *Descobrendo a Estatística Usando o SPSS* (5º ed). Penso.

Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2020). Reflections on Three Decades of Research on Multidimensional Perfectionism: An Introduction to the Special Issue on Further Advances in the Assessment of Perfectionism. *Journal of Psychoeducational Assessment, 38*(1), 12.

<https://doi.org/10.1177/0734282919881928>

Flett, G. L., Hewitt, P. L., Nepon, T., Sherry, S. B., & Smith, M. (2022). The destructiveness and public health significance of socially prescribed perfectionism: A review, analysis, and conceptual extension. *Clinical Psychology Review, 93*, 102130.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102130>

Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences, 14*(1), 119–126. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90181-2](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90181-2)

Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*(5), 449–468.

<https://doi.org/10.1007/BF01172967>

Goodman, Z. T., Timpano, K. R., Llabre, M. M., & Bainter, S. A. (2022). Revisiting the factor structure and construct validity of the Cognitive Failures Questionnaire. *Psychological Assessment, 34*(7), 671–683. <https://doi.org/10.1037/pas0001127>

Haukoos, J. S., & Lewis, R. J. (2005). Advanced Statistics: Bootstrapping Confidence Intervals for Statistics with “Difficult” Distributions. *Academic Emergency Medicine, 12*(4), 360–365. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.11.018>

Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the Self and Social Contexts: Conceptualization, Assessment, and Association With Psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*(3), 15. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>

Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2002). Perfectionism and stress processes in psychopathology. Em G. L. Flett & P. L. Hewitt (Orgs.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. (p. 255–284). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10458-011>

Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2017a). Introduction to Perfectionism. Em *Perfectionism: A Relational Approach to Conceptualization, Assessment, and Treatment* (1<sup>o</sup> ed, Vol. 1). The Guilford Press.

Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2017b). The Comprehensive Model of Perfectionistic Behavior. Em *Perfectionism: A Relational Approach to Conceptualization, Assessment, and Treatment* (1<sup>o</sup> ed, Vol. 1). The Guilford Press.

Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2017c). The Perfectionism Social Disconnection Model: Perfectionism and Maladjustment. Em *Perfectionism: A Relational Approach to Conceptualization, Assessment, and Treatment* (1<sup>o</sup> ed, Vol. 1). The Guilford Press.

Hill, R. W., Huelsman, T. J., Furr, R. M., Kibler, J., Vicente, B. B., & Kennedy, C. (2004). A New Measure of Perfectionism: The Perfectionism Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 82(1), 80–91. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8201\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8201_13)

JASP Team. (2023). *JASP* (Versão Version 0.17.1) [Software]. <https://jasp-stats.org/>

Juwono, I. D., Kun, B., Demetrovics, Z., & Urbán, R. (2022). Healthy and Unhealthy Dimensions of Perfectionism: Perfectionism and Mental Health in Hungarian Adults. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00771-8>

Könen, T., & Karbach, J. (2020). Self-Reported Cognitive Failures in Everyday Life: A Closer Look at Their Relation to Personality and Cognitive Performance. *Assessment*, 27(5), 982–995. <https://doi.org/10.1177/1073191118786800>

Konietschke, F., & Pauly, M. (2014). Bootstrapping and permuting paired t-test type statistics. *Statistics and Computing*, 24(3), 283–296. <https://doi.org/10.1007/s11222-012-9370-4>

Kosakowska-Berezecka, N., Bosson, J. K., Jurek, P., Besta, T., Olech, M., Vandello, J. A., Bender, M., Dandy, J., Hoorens, V., Jasinskaja-Lahti, I., Mankowski, E., Venäläinen, S., Abuhamdeh, S., Agyemang, C. B., Akbaş, G., Albayrak-Aydemir, N., Ammirati, S., Anderson, J., Anjum, G., ... Żadkowska, M. (2022). Gendered Self-Views Across 62 Countries: A Test of Competing Models. *Social Psychological and Personality Science*, 194855062211296. <https://doi.org/10.1177/19485506221129687>

Landa, C. E., & Bybee, J. A. (2007). Adaptive elements of aging: Self-image discrepancy, perfectionism, and eating problems. *Developmental Psychology*, 43(1), 83–93. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.1.83>

- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The Relationship Between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301–1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. C. (2004). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (4<sup>o</sup> ed). Psychology Foundation.
- Lunn, J., Greene, D., Callaghan, T., & Egan, S. J. (2023). Associations between perfectionism and symptoms of anxiety, obsessive-compulsive disorder and depression in young people: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1–28. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2211736>
- Mansur-Alves, M., Muniz, M., Rueda, F. J. M., & Zeferino, G. G. (2023). Psychometric Properties of the Hewitt and Flett Multidimensional Perfectionism Scale in Brazilian Adults. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 39(spe), e39nspe09. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e39nspe09.en>
- Markett, S., Reuter, M., Sindermann, C., & Montag, C. (2020). Cognitive failure susceptibility and personality: Self-directedness predicts everyday cognitive failure. *Personality and Individual Differences*, 159, 109916. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109916>
- Molnar, D. S., Sirois, F. M., Flett, G. L., Janssen, W. F., & Hewitt, P. L. (2017). Perfectionism and Health: The Roles of Health Behaviors and Stress-Related Processes. Em J. Stoeber (Org.), *The Psychology of Perfectionism* (1<sup>o</sup> ed, p. 200–221). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315536255-14>
- Payne, T. W., & Schnapp, M. A. (2014). The Relationship between Negative Affect and Reported Cognitive Failures. *Depression Research and Treatment*, 2014, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2014/396195>
- Rumsey, D. J. (2023, fevereiro 6). *What is r value correlation?* Dummies. <https://www.dummies.com/article/academics-the-arts/math/statistics/how-to-interpret-a-correlation-coefficient-r-169792/>
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773–791. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00059-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00059-6)
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 879–906. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00072-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00072-6)
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Ge, S. Y. J., Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Baggeley, D. L. (2021). Multidimensional perfectionism turns 30: A review of known knowns and known unknowns. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*. <https://doi.org/10.1037/cap0000288>

- Smith, M. M., Sherry, S. B., Ray, C., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2021). Is perfectionism a vulnerability factor for depressive symptoms, a complication of depressive symptoms, or both? A meta-analytic test of 67 longitudinal studies. *Clinical Psychology Review, 84*, 101982. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101982>
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Vidovic, V., Saklofske, D. H., Stoeber, J., & Benoit, A. (2019). Perfectionism and the Five-Factor Model of Personality: A Meta-Analytic Review. *Personality and Social Psychology Review, 23*(4), 367–390. <https://doi.org/10.1177/1088868318814973>
- Smith, M. M., Vidovic, V., Sherry, S. B., Stewart, S. H., & Saklofske, D. H. (2018). Are perfectionism dimensions risk factors for anxiety symptoms? A meta-analysis of 11 longitudinal studies. *Anxiety, Stress, & Coping, 31*(1), 4–20. <https://doi.org/10.1080/10615806.2017.1384466>
- Stairs, A. M., Smith, G. T., Zapsolski, T. C. B., Combs, J. L., & Settles, R. E. (2012). Clarifying the Construct of Perfectionism. *Assessment, 19*(2), 146–166. <https://doi.org/10.1177/1073191111411663>
- Stoeber, J. (2018a). The Psychology of Perfectionism. Em *The Psychology of Perfectionism* (1<sup>o</sup> ed, p. 15). Routledge.
- Stoeber, J. (2018b). The Psychology of Perfectionism: Critical issues, open questions, and future directions. Em *The Psychology of Perfectionism* (1<sup>o</sup> ed, p. 15). Routledge.
- Stoeber, J., & Stoeber, F. S. (2009). Domains of perfectionism: Prevalence and relationships with perfectionism, gender, age, and satisfaction with life. *Personality and Individual Differences, 46*(4), 530–535. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.12.006>
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders, 155*, 104–109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- Walton, G. E., Hibbard, D. R., Coughlin, C., & Coyl-Shepherd, D. D. (2018). Parenting, personality, and culture as predictors of perfectionism. *Current Psychology, 39*(2), 681–693. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9793-y>
- Wilhelm, O., Witthöft, M., & Schipolowski, S. (2010). Self-Reported Cognitive Failures: Competing Measurement Models and Self-Report Correlates. *Journal of Individual Differences, 31*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000001>
- Zanon, C., Brenner, R. E., Baptista, M. N., Vogel, D. L., Rubin, M., Al-Darmaki, F. R., Gonçalves, M., Heath, P. J., Liao, H.-Y., Mackenzie, C. S., Topkaya, N., Wade, N. G., & Zlati, A. (2021). Examining the Dimensionality, Reliability, and Invariance of the Depression, Anxiety, and Stress Scale–21 (DASS-21) Across Eight Countries. *Assessment, 28*(6), 1531–1544. <https://doi.org/10.1177/1073191119887449>

## APÊNDICE A – Aprovação do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** PERFECCIONISMO: AVALIAÇÃO E EVIDÊNCIAS DE SUA RELAÇÃO COM A PERSONALIDADE E SAÚDE MENTAL EM DIFERENTES AMOSTRAS DA

**Pesquisador:** Marcela Mansur Alves

**Área Temática:**

**Versão:** 7

**CAAE:** 63461916.4.0000.5149

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.398.173

#### Apresentação do Projeto:

Recebi para novo parecer um pedido de emenda ao projeto PERFECCIONISMO: AVALIAÇÃO E EVIDÊNCIAS DE SUA RELAÇÃO COM A PERSONALIDADE E SAÚDE MENTAL EM DIFERENTES AMOSTRAS DA POPULAÇÃO, da professora Marcela Mansur Alves.

Segundo o corpo do projeto, o "perfeccionismo define-se como a tendência individual ao estabelecimento de metas e padrões pessoais e de desempenho muito altos e a busca desses padrões a despeito das consequências negativas advindas dessa prática. Em indivíduos perfeccionistas, o valor pessoal e a autoestima aparecem intrinsecamente atrelados ao sucesso no alcance de suas metas".

A emenda objetiva ampliar o escopo do projeto, que já havia sido aprovado pelo CEP UFMG e já foi realizado, expandindo as análises para faixa etária pouco contempladas na literatura sobre personalidade e aspectos correlatos.. Além disso, objetiva a inclusão de um membro na equipe de pesquisa: Luiz Alves Ferreira Junior, mestrando no Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento da Universidade Federal de Minas Gerais.

Também foram feitos pequenos ajustes nos instrumentos inseridos e seus respectivos tempos de aplicação.

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 - 2º. Andar - Sala 2005 - Campus Pampulha  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

## APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico

<b>Questionário demográfico e de saúde</b>	
<b>Questão</b>	<b>Opções de respostas</b>
Questão 1 – Iniciais do seu nome: (Coloque apenas as iniciais do seu nome, por exemplo: José da Silva Junior, seria: JSJ)	Participante deve informar apenas as iniciais do nome.
Questão ** – Primeiro Nome: (Informe o seu nome. Por exemplo: José da Silva Junior, seria: José)	Participante deve informar apenas o primeiro nome.
Questão ** – Número de telefone para contato: (Informe o número de telefone inserindo primeiramente o DDD seguido do número no formato: XX XXXXX-XXXX)	Participante deve informar o DDD seguido do número de telefone.
Questão ** – E-mail:	
Questão 2 – Idade:	Participante deve informar a idade em anos.
Questão 3 – Data de nascimento:	Participante deve informar a data de nascimento no formato DD/MM/AAAA.
Questão 4 – Estado em que reside:	Assinalar apenas uma opção: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acre (AC)</li> <li>2. Alagoas (AL)</li> <li>3. Amapá (AP)</li> <li>4. Amazonas (AM)</li> <li>5. Bahia (BA)</li> <li>6. Ceará (CE)</li> <li>7. Distrito Federal (DF)</li> <li>8. Espírito Santo (ES)</li> <li>9. Goiás (GO)</li> <li>10. Maranhão (MA)</li> <li>11. Mato Grosso (MT)</li> <li>12. Mato Grosso do Sul (MS)</li> <li>13. Minas Gerais (MG)</li> <li>14. Pará (PA)</li> <li>15. Paraíba (PB)</li> <li>16. Paraná (PR)</li> <li>17. Pernambuco (PE)</li> <li>18. Piauí (PI)</li> <li>19. Rio de Janeiro (RJ)</li> <li>20. Rio Grande do Norte (RN)</li> <li>21. Rio Grande do Sul (RS)</li> <li>22. Rondônia (RO)</li> <li>23. Roraima (RR)</li> </ol>

	<p>24. Santa Catarina (SC)</p> <p>25. São Paulo (SP)</p> <p>26. Sergipe (SE)</p> <p>27. Tocantins (TO)</p>
<p>Questão 5 – Considerando as pessoas com quem reside, qual é o tipo de relação?</p>	<p>Assinalar apenas uma opção:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Companheiro (a)</li> <li>2. Familiares</li> <li>3. Amigos (as)</li> <li>4. Outros</li> </ol>
<p>Questão 6 – Nos seus registros civis, com qual sexo foi designado(a) ao nascer:</p>	<p>Assinalar apenas uma opção:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Feminino</li> <li>2. Masculino</li> <li>3. Prefiro não responder</li> </ol>
<p>Questão 7 – Quais das seguintes opções descreve a forma como você se identifica hoje:</p>	<p>Assinalar apenas uma opção:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mulher</li> <li>2. Homem</li> <li>3. Mulher trans, mulher transexual ou mulher transgênero</li> <li>4. Homem trans, homem transexual ou homem transgênero</li> <li>5. Travesti</li> <li>6. Queer, não-binário ou gênero fluído</li> <li>7. Outro, qual?</li> </ol>
<p>Questão 8 – Se tiver colocado, "Outro" sobre a forma que se identifica hoje, por favor, escreva abaixo:</p>	<p>Participante deve descrever a forma como se identifica.</p>
<p>Questão 9 – Estado civil:</p>	<p>Assinalar apenas uma opção:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Solteiro (a)</li> <li>2. Casado (a)</li> <li>3. União estável</li> <li>4. Viúvo (a)</li> <li>5. Divorciado (a) / Separado (a)</li> <li>6. Outro</li> </ol>
<p>Questão 10 – Você possui diagnóstico psiquiátrico?</p>	<p>Assinalar apenas uma opção:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> </ol>
<p>Questão 11 – Você faz tratamento psiquiátrico?</p>	<p>Assinalar apenas uma opção:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> </ol>
<p>Questão 12 – Você faz tratamento psicofarmacológico, ou seja, faz uso de remédios psiquiátricos?</p>	<p>Assinalar apenas uma opção:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> </ol>
<p>Questão 13 – Etnia / Raça:</p>	<p>Assinalar apenas uma opção:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Branco (a)</li> <li>2. Preto (a)</li> <li>3. Amarelo (a)</li> <li>4. Pardo (a)</li> <li>5. Indígena (a)</li> <li>6. Misto / Outro</li> <li>7. Não quero declarar</li> </ol>
Questão 14 – Escolaridade	<p>Assinalar apenas uma opção:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analfabeto / Fundamental I incompleto</li> <li>2. Fundamental I completo / Fundamental II incompleto</li> <li>3. Fundamental completo / Médio Incompleto</li> <li>4. Médio completo/Superior incompleto</li> <li>5. Superior completo</li> <li>6. Pós-Graduação (Especialização)</li> <li>7. Pós-Graduação (Mestrado)</li> <li>8. Pós-Graduação (Doutorado)</li> </ol>
<p>Questão 15 – Renda mensal familiar: (Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal? Considerar o salário mínimo como o seguinte valor: 1 salário mínimo = R\$ 1212,00)</p>	<p>Assinalar apenas uma opção:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nenhuma renda.</li> <li>2. Até 1 salário mínimo (até R\$ 1.212,00)</li> <li>3. De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 1.212,00 até R\$ 3.636,00)</li> <li>4. De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 3.636,00 até R\$ 7.272,00)</li> <li>5. De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 7.272,00 até R\$ 10.908,00)</li> <li>6. De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 10.908 até R\$ 14.544,00)</li> <li>7. De 12 a 15 salários mínimos (de R\$ 14.544 até R\$ 18.180,00)</li> <li>8. Mais de 15 salários mínimos (mais de R\$ 18.180,00)</li> </ol>
Questão 16 – Você recebeu ajuda para preencher o formulário?	<p>Assinalar apenas uma opção:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> </ol> <p>Esse item estará ao fim do formulário para caso o idoso precise de algum auxílio ao preencher o formulário online.</p>
Questão 17 – Se sua resposta foi “Sim” para a questão anterior, por favor, diga quem lhe	Participante descreverá quem o ajudou.

ajudou:	
---------	--

(Por exemplo, indicar se for o(a) filho(a),  
um(a) amigo(a), um(a) conhecido(a) etc.)

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Projeto:** Perfeccionismo: avaliação e evidências de sua relação com a personalidade e saúde mental em diferentes amostras da população

**Pesquisadores(as):** Luiz Alves Ferreira Junior (Mestrando do PPG em Psicologia Cognição e Comportamento, UFMG); Marcela Mansur-Alves (Orientadora do projeto e Prof. Adjunta do Departamento de Psicologia, UFMG).

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Perfeccionismo: avaliação e evidências de sua relação com a personalidade e saúde mental em diferentes amostras da população” no estudo “Associação entre perfeccionismo, falhas cognitivas, indicadores de saúde mental e bem-estar subjetivo em adultos jovens, adultos mais velhos e idosos”. Esta pesquisa está associada ao projeto de mestrado de Luiz Alves Ferreira Junior, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento (UFMG), sob orientação da Profa. Dra. Marcela Mansur Alves. Leia cuidadosamente as informações abaixo, para depois decidir se aceita participar deste estudo:

1. Esse trabalho é um estudo de investigação da relação entre aspectos de saúde mental que tem o objetivo de caracterizar o perfeccionismo em adultos e idosos, além de compreender a relação deste aspecto da personalidade com a ocorrência de pequenos erros diários; sintomas de ansiedade, estresse e depressão; autoeficácia; solidão e necessidade de pertencimento.
2. O Perfeccionismo pode ser entendido como uma tendência a estabelecer metas e padrões de desempenho muito altos e rígidos. Esses padrões são perseguidos mesmo que venham a causar problemas para a própria pessoa ou para os outros a sua volta. São pessoas que podem nunca estar satisfeitas com seu desempenho, sempre buscam mais, tendem a querer os melhores desempenhos em tarefas, no trabalho os melhores resultados e nunca consideram que o que fazem está bom o suficiente.
3. A sua participação implicará no preenchimento de questionários de caracterização socioeconômica, escala de perfeccionismo, escala de falhas cognitivas, escala de sintomas (depressão, ansiedade e estresse), escala de autoeficácia, escala de solidão, escala de necessidade de pertencimento e escala de resiliência. O tempo total do preenchimento dos questionários pode variar de 20 a 30 minutos. As aplicações serão realizadas na modalidade online, através de formulário e videochamada, assim sendo, não haverá qualquer despesa com deslocamento de sua parte. Caso o(a) senhor(a) tenha 60 anos ou mais, será contatado(a) para a realização de uma atividade cognitiva por videochamada que dura de 10 a 20 minutos. A equipe entrará em contato em, no máximo, 02 (dois) meses após o preenchimento deste formulário, sendo necessário informar um número de telefone e um e-mail para viabilizá-lo. Neste momento, agendaremos uma videoconferência no horário que você estiver disponível e for compatível com a disponibilidade da equipe. Essa videochamada não será gravada, mas os resultados quantitativos das atividades cognitivas serão armazenados conforme as

recomendações éticas pertinentes do Conselho Nacional de Saúde (Ofício Circular Nº 21 do CONEP de fevereiro de 2021).

4. Seu nome será mantido em sigilo, assegurando assim a sua privacidade e, se desejar, você será informado sobre os resultados dessa pesquisa. Sua participação é muito importante e voluntária. Dessa forma, não haverá pagamento por participar deste estudo. No entanto, você também não terá nenhum gasto. Em caso de gastos eventuais não previstos, você será ressarcido pelos pesquisadores responsáveis. Você poderá recusar a participar ou mesmo retirar seu consentimento a qualquer momento da condução dessa pesquisa, sem nenhum prejuízo ou penalização. Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos adicionais, poderá entrar em contato em qualquer momento com as pesquisadoras responsáveis pelo projeto: Profa. Dra. Marcela Mansur Alves, no endereço Avenida Antônio Carlos, 6627 – Sala 4006, através do e-mail: [lavisufmg@gmail.com](mailto:lavisufmg@gmail.com) ou com a Luiz Alves Ferreira Junior, através do e-mail: [lalvesfjr.psi@gmail.com](mailto:lalvesfjr.psi@gmail.com) ou do telefone: (31) 99213-1688.
5. Os dados coletados no formulário e os resultados serão utilizados para fins científicos e didáticos e ficará sob responsabilidade das pesquisadoras responsáveis em uma pasta no computador do LAVIS que está localizado na Avenida Antônio Carlos, 6627 – Sala 4006 - Campus Pampulha – Belo Horizonte/MG. As informações pessoais dos participantes que possam identificá-los (primeiro nome, iniciais do nome, telefone e e-mail) serão armazenadas separadamente dos resultados das escalas e da atividade cognitiva (para pessoa com 60 anos ou mais). Para se referir ao participante, será utilizado uma codificação específica a fim de tornar-se não identificável. Os dados serão armazenados pelo período de 5 anos, e após esse período serão descartados.
6. Essa pesquisa apresenta riscos mínimos. A sua participação no estudo pode implicar em possível cansaço, desconforto e/ou constrangimento durante o preenchimento dos questionários. Para contornar possível cansaço, é possível você pausar a resposta ao questionário e retomar após alguns minutos, deixar de responder alguma questão ou deixar de realizar alguma atividade. Durante a videochamada, caso seja convidado(a), é possível interromper a qualquer momento se se sentir desconfortável. Você também pode interromper a sua participação a qualquer momento, sem nenhuma penalidade. Se houver algum prejuízo provocado pela sua participação na presente pesquisa, você receberá assistência da equipe de pesquisa e terá direito a solicitar indenização nos termos da Resolução CNS nº 466/12.
7. Os benefícios dessa pesquisa consistem na compreensão da expressão do perfeccionismo em sua personalidade, possibilidade de ter acesso a um rastreio cognitivo (para adultos a partir de 60 anos) e possíveis encaminhamentos, recepção de um rastreio de sintomas depressivos, ansiosos e de estresse que constituem fatores de riscos para diversos transtornos mentais. À nível social, o estudo colabora para a compreensão do perfeccionismo enquanto fator transdiagnóstico e sua relação com variáveis protetoras e fatores de risco para os transtornos mentais em adultos mais velhos e idosos. Sendo está uma faixa etária com poucos estudos envolvendo o perfeccionismo.
8. Para notificação de qualquer situação, relacionada com a ética, que não puder ser resolvida pelos pesquisadores você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em

Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais através do telefone (31) 3409-4592 ou no e-mail [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br) ou no endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 – Campus Pampulha, Unidade Administrativa II, 2º andar, Sala 2005.

9. O preenchimento deste termo será realizado online e por esse motivo, sua participação estará condicionada ao aceite do convite assinalando abaixo a opção “Diante dos esclarecimentos prestados, concordo em participar, como voluntário(a), do estudo “Perfeccionismo: avaliação e evidências de sua relação com a personalidade e saúde mental em diferentes amostras da população”. Você receberá uma cópia do TCLE juntamente a uma devolutiva com os escores da escala que avalia sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Caso você tenha 60 anos ou mais, também receberá o resultado do rastreio cognitivo. Dessa forma, o TCLE e a devolutiva serão enviados para o e-mail fornecido após a conclusão da participação do participante em todas as etapas que lhe são pertinentes. Recomenda-se o armazenamento do TCLE.

**DESTACA-SE A IMPORTÂNCIA DE GUARDAR EM SEUS ARQUIVOS UMA CÓPIA DO TERMO ACIMA (DE REGISTRO DE CONSENTIMENTO) ou caso seja de seu interesse, você poderá solicitar aos pesquisadores uma via deste documento devidamente assinado.**

Diante dos esclarecimentos prestados, caso concorde, clique em “Concordo em participar”, como voluntário(a), do estudo “Perfeccionismo: avaliação e evidências de sua relação com a personalidade e saúde mental em diferentes amostras da população”.

## ANEXO A – Escala multidimensional do perfeccionismo de Hewitt e Flett (EMPHF)

Questionário 1: Escala Multidimensional do Perfeccionismo de Hewitt e Flett (EMPHF) (Hewitt & Flett, 1991) – Utilizamos apenas as subescalas de perfeccionismo auto-orientado (PAO) e perfeccionismo socialmente prescrito (PSP). Os itens em azul referem-se àqueles da dimensão PAO.

<b>Questionário 1:</b>							
Instruções: Abaixo são apresentadas algumas afirmações acerca de características pessoais e traços. Leia cada item e decida se você concorda ou discorda, e em que extensão. Se você concorda fortemente marque o número 7; se discorda fortemente marque o número 1; se você não concorda nem discorda totalmente, marque um dos números entre 2 e 6 (2 e 3 quando estiver mais próximo de discordar; 5 e 6 quando estiver mais próximo de concordar). Se sua opinião for neutra marque 4.							
Itens	1	2	3	4	5	6	7
1. Quando estou trabalhando em algo não consigo relaxar enquanto não estiver tudo perfeito							
5. Tenho dificuldade em satisfazer às expectativas que os outros têm sobre mim							
6. Um dos meus objetivos é ser perfeito em tudo o que faço							
8. Nunca tenho como objetivo a perfeição em meus trabalhos							
9. Os que me rodeiam, aceitam que eu também possa cometer erros							
11. Quanto mais sucesso tenho, mais esperam de mim							
12. Raramente sinto o desejo de ser perfeito							
13. Tudo o que eu faça que não seja excelente, será julgado de má qualidade, pelas pessoas que me rodeiam							
14. Faço tudo o que posso para ser tão perfeito quanto possível							
15. É muito importante que eu seja perfeito em tudo o que faço							
17. Esforço-me para ser o melhor em tudo							
18. Os que me rodeiam, esperam que eu seja bem-sucedido em tudo							
20. De mim, não exijo menos do que a perfeição							
21. As pessoas vão gostar de mim mesmo que eu não seja excelente em tudo							
23. Fico triste se descobrir um erro no meu trabalho							
25. Ser bem-sucedido significa que devo trabalhar mais para agradar							
28. Quando estabeleço os meus objetivos busco a perfeição							
30. Os outros aceitam-me como sou, mesmo sem ser bem-sucedido							

31. Sinto que as outras pessoas exigem demais de mim							
32. Devo sempre dar o meu rendimento máximo							
33. Mesmo que não demonstrem, as pessoas ficam chateadas quando eu falho							
34. Não preciso ser o melhor em tudo o que faço.							
35. A minha família espera que eu seja perfeito							
36. Não tenho objetivos muito elevados							
37. Meus pais raramente esperavam que eu fosse excelente em tudo							
39. De mim, as pessoas não esperam menos do que a perfeição							
40. Estabeleço padrões muito elevados para mim							
41. As pessoas esperam de mim mais do que eu posso dar							
42. Na escola/trabalho devo ser sempre bem-sucedido							
44. Quem me rodeia acha que sou competente, mesmo que cometa um erro							

## ANEXO B – Questionário de falhas cognitivas (QFC)

Questionário 2: Questionário de Falhas Cognitivas (Broadbent et al., 1982; de Paula et al., 2017)

<b>Questionário 2:</b>										
<p>As perguntas abaixo retratam pequenos erros que todos cometemos de tempos em tempos, mas que acontecem mais frequentemente com algumas pessoas. Gostaríamos de saber com qual frequência esses erros lhe aconteceram nos últimos 6 meses. Por favor, indique o número apropriado:</p>										
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>0 – Nunca</td> </tr> <tr> <td>1 – Raramente</td> </tr> <tr> <td>2 – Ocasionalmente</td> </tr> <tr> <td>3 – Frequentemente</td> </tr> <tr> <td>4 – Quase sempre</td> </tr> </table>						0 – Nunca	1 – Raramente	2 – Ocasionalmente	3 – Frequentemente	4 – Quase sempre
0 – Nunca										
1 – Raramente										
2 – Ocasionalmente										
3 – Frequentemente										
4 – Quase sempre										
Itens	0	1	2	3	4					
1. Você lê alguma coisa, percebe que não estava prestando atenção e precisa lê-la novamente?										
2. Você se esquece por quê foi de um cômodo a outro dentro de casa?										
3. Você deixa de notar placas de sinalização ao dirigir ou andar pelas ruas?										
4. Você confunde esquerda e direita ao indicar o caminho a alguém?										
5. Você esbarra (“tromba”) em outras pessoas?										
6. Você esquece se apagou a luz, a chama do fogão ou se trancou a porta?										
7. Você não se atenta ao nome da pessoa quando ela está sendo apresentada a você?										
8. Você diz alguma coisa e depois percebe que isso pode ter sido interpretado como um insulto?										
9. Você tem dificuldade em escutar as pessoas falando com você quando está fazendo outra coisa?										
10. Você perde a calma e se arrepende?										
11. Você deixa cartas, mensagens ou e-mails importantes sem resposta por dias?										
12. Você esquece aonde virar em um caminho que conhece bem, mas usa pouco?										
13. Você tem dificuldades em achar o que você quer no supermercado, embora o produto esteja por lá?										
14. Você se encontra subitamente pensando se usou uma palavra de forma correta?										
15. Você tem problemas em se decidir?										
16. Você esquece os seus compromissos?										
17. Você esquece onde colocou alguma coisa, como o jornal, o celular ou suas chaves?										

18. Você acidentalmente joga fora algo que queria guardar e fica com aquilo que queria descartar (por exemplo, joga fora uma bala e guarda seu papel no bolso)?					
19. Você “viaja” ou fica “no mundo da lua” quando deveria estar ouvindo alguma coisa?					
20. Você esquece o nome das pessoas?					
21. Você começa a fazer alguma coisa em casa e se distrai fazendo algo diferente (sem querer)?					
22. Você não consegue se lembrar de alguma coisa, mesmo que esteja “na ponta da língua”?					
23. Você se esquece do que saiu para comprar?					
24. Você deixa as coisas caírem (as derruba)?					
25. Você não consegue pensar em nada para dizer?					

### ANEXO C – Escala de depressão, estresse e ansiedade (DASS-21)

Questionário 3: Escala de Depressão, Estresse e Ansiedade (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 2004; Vignola & Tucci, 2014)

#### Questionário 3:

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e marque o número apropriado 0, 1, 2 ou 3 que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

- |  |
|--|
| 0 – Não se aplicou de maneira alguma                                 |
| 1 – Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo                      |
| 2 – Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo |
| 3 – Aplicou-se muito ou na maioria do tempo                          |

Itens	0	1	2	3
1. Achei difícil me acalmar.				
2. Senti minha boca seca.				
3. Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo.				
4. Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico).				
5. Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas.				
6. Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações.				
7. Senti tremores (ex. nas mãos).				
8. Senti que estava sempre nervoso.				
9. Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a).				
10. Senti que não tinha nada a desejar.				
11. Senti-me agitado.				
12. Achei difícil relaxar.				
13. Senti-me depressivo (a) e sem ânimo.				
14. Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo.				
15. Senti que ia entrar em pânico.				
16. Não consegui me entusiasmar com nada.				
17. Senti que não tinha valor como pessoa.				
18. Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais.				
19. Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca).				
20. Senti medo sem motivo.				
21. Senti que a vida não tinha sentido.				