

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade De Filosofia E Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento

Ana Luíza de Carvalho Araújo

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL *DA CHILD-ADOLESCENT PERFECTIONISM*
*SCALE (CAPS) PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO***

Belo Horizonte

2020

Ana Luíza de Carvalho Araújo

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA *CHILD-ADOLESCENT PERFECTIONISM SCALE* (CAPS) PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO.

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

Orientadora: Profa. Dra. Marcela Mansur-Alves

Belo Horizonte

2020

153.4 Araújo, Ana Luiza de Carvalho.
A663a Adaptação transcultural da Child-Adolescent
2020 Perfectionism Scale (CAPS) para o português brasileiro
[manuscrito] / Ana Luiza de Carvalho Araújo. - 2020.
111 f.
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. Adolescência - Teses. 4. Saúde mental - Teses. I. Alves, Marcela Mansur . II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E
COMPORTEAMENTO



FOLHA DE APROVAÇÃO

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA CHILD-ADOLESCENT PERFECTIONISM SCALE (CAPS) PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO

ANA LUÍZA DE CARVALHO ARAÚJO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTEAMENTO, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTEAMENTO, área de concentração PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTEAMENTO, linha de pesquisa Mensuração e Intervenção em Psicologia.

Aprovada em 31 de março de 2020, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Marcela Mansur Alves - Orientador
UFMG

Prof(a). Elizabeth do Nascimento
UFMG

Prof(a). Monalisa Muniz Nascimento
Universidade Federal de São Carlos

Belo Horizonte, 31 de março de 2020.

“A perfeição se assemelha a um paradoxo o qual a pessoa pode aprimorar-se sempre, sem nunca ser perfeito ou chegar à perfeição, portanto, não exija a perfeição dos outros, ***nem mesmo de você.*** Dessa maneira, respeitar-se é, acima de tudo, reconhecer os seus limites e melhorar-se tanto quanto possível realizando atos bem planejados, responsáveis e exequíveis.” (Célia Ferreira de Carvalho).

Agradecimentos

Agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste trabalho.

À Universidade Federal de Minas Gerais e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento, por me possibilitar um espaço de aprendizado e qualificação acadêmica. Aos professores do programa os quais admiro e, desde minha graduação, aprendi, retirei dúvidas, e solicitei quando necessário para o desenvolvimento de trabalhos e de minha formação. Em especial agradeço a professora/orientadora Marcela Mansur-Alves, que de uma forma tão positiva me orientou, acreditou na minha capacidade, me ajudou a desenvolver o gosto pela pesquisa de psicologia baseada em evidências, foi um modelo e exemplo de docência e de pesquisadora interessada no conhecimento profundo da psicologia, personalidade e neuropsicologia. Ademais, foi ao seu lado, que desenvolvi confiança, prazer e gosto de exercer a docência de psicologia.

Agradeço à equipe de alunos do curso de Psicologia da UFMG, por terem colaborado com a minha coleta de dados e tabulação dos dados, com tanta dedicação e empenho: Ana Clara Gomes Braga, Ana Luíza Fernandes Furtado, Dayvisson Marcos Ribeiro Lage, Izabella Fernanda Botelho Sousa, Jéssica Houri Cossenzo, Lucas Martins de Lima, Milena Vieira Rodrigues Domingues, Verônica Helena do Prado Vital e agradeço em especial o Willian de Sousa Rodrigues que desde o início da pesquisa foi fonte de apoio, sabedoria, amizade, conhecimento científico e também um parceiro para a boa consecução dos trabalhos e resultados.

Agradeço os membros do Laboratório de Avaliação e Intervenção na Saúde pelas boas discussões, aprendizados e principalmente por todo apoio e colaboração. Em especial aos companheiros do mestrado pelos bons momentos e experiências compartilhadas: Talita, Drielle, Juliana, Marina. Em especial, agradeço ao Pedro Saulo que com seu conhecimento e estudo de estatística contribuiu com a presente pesquisa na análise de dados e ofereceu todo o apoio para apresentar boas referências para interpretar as análises de dados.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por ter apoiado financeiramente a pesquisa por meio do fomento advindo do processo: 426702/2018-2, Chamada MCTIC/CNPq N° 28/2018.

Agradeço a minha mãe Raquel Ferreira de Carvalho, fonte inesgotável de doação, e ao meu pai Antônio Gerson Chaves Araújo, por incentivarem a buscar a concretização dos meus projetos. Minha mãe sempre dizia que eu iria me tornar uma pesquisadora da UFMG, muito antes de eu pensar em ingressar no mestrado e sempre me mostrou o tanto que valia a pena investir em conhecimento, nos estudos e na docência.

Expresso também um agradecimento muito especial ao meu amor Marcos Heleno Matias Almeida, que também foi fonte de inspiração, amor e afeto e incentivo para os meus estudos. Pelo seu amor, sou grata e muito feliz.

Agradeço aos meus irmãos Lucas de Carvalho e Lorena de Carvalho Araújo, que mesmo residindo no exterior, estiveram presentes em minha vida, com conselhos, amizade, presença e carinho, por acreditarem sempre no meu potencial e servirem como fonte de exemplo, ambos já mestres em suas respectivas áreas de conhecimento.

Agradeço aos meus estimados tios, Sandra Maria Ferreira de Carvalho, Adriano Ferreira de Carvalho, Valéria Ferreira de Carvalho, Eunira Ferreira de Carvalho e Leandro Ferreira de Carvalho que contribuíram com a confiança de que um bom trabalho estava sendo realizado e além disso, contribuíram diretamente para a realização desse mestrado com apoio financeiro, de maneira que sem seus esforços não seria possível a realização deste trabalho. E também aos meus queridos tios Bráulio Ferreira de Carvalho, Evandro Ferreira de Carvalho e Elvira Pinto Felisberto pelo incentivo a este empreendimento. Tenho com essa família, apoio, amizade e orgulho, sempre há muito o que agradecer. Obrigada também aos meus primos queridos, pela amizade e alegria que proporcionam ao meu dia-a-dia.

Agradeço, ainda, os meus queridos amigos que estiveram ao meu lado durante esta jornada. Em especial, agradeço à Simone Xavier, minha grande amiga que se tornou uma irmã de coração. Agradeço ao André Monteiro pelo seu exemplo de motivação pessoal e Jéssica Laudares que esteve presente em vários momentos significativos da minha vida. Agradeço também ao Réggios Reis pelas alegrias proporcionadas e companhia bem-vinda na escrita deste trabalho. Muito obrigada a todos pela cumplicidade, companheirismo, bons momentos e por deixar minharotina muito mais leve.

Enfim, agradeço a todos que contribuíram e torceram por mim.

RESUMO

ARAÚJO, A. L. C. (2020). Adaptação transcultural da *Child-Adolescent Perfectionism* (CAPS) para o português brasileiro. Dissertação de Mestrado; Pós-Graduação Stricto em Psicologia Cognição e Comportamento; Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais.

O perfeccionismo é uma característica multidimensional da personalidade marcada pela busca constante de altos padrões de desempenho associados a uma cobrança excessiva quanto aos próprios desempenhos e medo do fracasso. No Brasil, não existe instrumento que avalie o perfeccionismo em adolescentes. Sabendo da associação desse constructo com desfechos negativos de saúde mental, nesse público-alvo. O presente estudo pretende adaptar transculturalmente a *Child-Adolescent Perfectionism Scale* (CAPS) e procura investigar evidências de validade de sua estrutura interna e de critério (com medidas de ajustamento psicológico) e confiabilidade. Foi realizada a tradução do instrumento por três tradutores bilíngues. Uma síntese das três traduções gerou a primeira versão do instrumento. Essa versão foi avaliada pelo público-alvo (adolescentes) em um grupo focal para avaliar a inteligibilidade do instrumento. Essa segunda versão, após o grupo focal, foi enviada a juízes especialistas. O instrumento foi retrotraduzido para o inglês e o autor sugeriu algumas modificações em pelo menos 50% dos itens, que visou retratar melhor o conteúdo do item original. Esses ajustes foram realizados a fim de sintetizar a versão final do instrumento. A coleta de dados foi realizada em escolas públicas e privadas de Belo Horizonte. Participaram 414 adolescentes, 67,4% (n=279) do sexo feminino, com média de idade de 15,46 (dp = 1,08) cursando o 9º ano do ensino fundamental, 1º ano, 2º ano e 3º ano do ensino médio. Como instrumentos foram utilizados a *Child-Adolescent Perfectionism Scale* (CAPS), versão brasileira que é composta de duas dimensões: perfeccionismo auto-orientado e perfeccionismo socialmente prescrito; a escala de ajustamento psicológico e o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) que trata de sintomas psiquiátricos comuns (não-psicóticos). Os principais resultados encontrados apontam que a CAPS apresenta boa validade de conteúdo estimada pelo índice de concordância intra-juízes Kappa de Fleiss sendo $k = 0,67$ (satisfatório) e um adequado coeficiente de validade de conteúdo (CVC = 0,94). A estrutura interna da CAPS foi verificada pela técnica de *Exploratory Structural Equation Modelling* (ESEM) e demonstrou que a dimensionalidade da CAPS se ajusta ao modelo de 2 fatores, com bom ajuste dos dados [$\chi^2 = 583,40$; gl = 188; valor de p (χ^2) < 0,001; CFI = 0,931; TLI = 0,915 RMSEA = 0,071 [IC 0,065- 0,078], (CFI > 0,90; TLI > 0,90 e RMSEA < 0,08)]. A confiabilidade da CAPS

estimada pelo Ômega de McDonald e o resultado foi de 0,81 para perfeccionismo auto-orientado e 0,76 para perfeccionismo socialmente prescrito. Além disso, a partir da comparação entre grupos independentes (teste T student) foi apontado que meninas tem mais perfeccionismo do que meninos (auto-orientado e socialmente prescrito) e o perfeccionismo (auto-orientado e socialmente prescrito) distingue grupos com altos sintomas psiquiátricos comuns e baixos sintomas psiquiátricos comuns. Análises de correlação parcial, controlando os efeitos mútuos de uma dimensão de perfeccionismo sobre a outra, apontaram para associações significativas entre perfeccionismo socialmente prescrito e ansiedade ($r = 0,44$ $p < 0,01$), controle de ansiedade ($r = -0,30$ $p < 0,01$), humor deprimido ($r = 0,51$ $p < 0,01$), bem-estar subjetivo ($r = -0,43$ $p < 0,01$), ruminação de pensamento ($r = 0,46$ $p < 0,01$) e sintomas psiquiátricos comuns ($r = 0,45$ $p < 0,01$). Não houve correlação com condutas compulsivas ($r = 0,04$ [*ns*]). O perfeccionismo socialmente prescrito configura-se como uma dimensão mais associada a sofrimento mental e preocupações. O perfeccionismo auto-orientado apresentou correlações significativas apenas com condutas compulsivas ($r = 0,56$ $p < 0,001$), demonstrando ser uma dimensão menos associada a desfechos desadaptativos. Enfim, a CAPS-BR apresenta boas propriedades psicométricas de validade e confiabilidade.

Palavras-chave: perfeccionismo, CAPS, adolescência, adaptação de instrumentos.

Email: anamonaliza@gmail.com

ABSTRACT

Perfectionism is a multidimensional personality trait marked by the constant pursuit of high-performance standards associated with excessive demands on one's performance and fear of failure. In Brazil, there is no instrument to assess perfectionism in adolescents. Knowing the association of this construct with negative mental health outcomes in this target audience, this study intends to cross-culturally adapt the Child-Adolescent Perfectionism Scale (CAPS) and seeks to investigate evidence of the validity of its internal structure and criteria (with adjustment measures psychological) and reliability. The instrument was translated by three bilingual translators. A synthesis of the three translations generated the first version of the instrument. This version was evaluated by the target audience (adolescents) in a focus group to assess the instrument's intelligibility. This second version, after the focus group, was sent to expert judges. The instrument was backtranslated to English and the author suggested some modifications in at least 50% of the items, which aimed to better portray the content of the original item. These adjustments were made to synthesize the final version of the instrument. Data collection was carried out in public and private schools in Belo Horizonte. 414 adolescents participated, 67.4% (n = 279) female, with a mean age of 15.46 (SD = 1.08) attending the 9th year of elementary school, 1st year, 2nd year, and 3rd year of high school. The instruments used were the Child-Adolescent Perfectionism Scale (CAPS), a Brazilian version that is composed of two dimensions: self-oriented perfectionism and socially prescribed perfectionism; the Psychological Adjustment Scale and the Self Report Questionnaire (SRQ-20) which addresses common psychiatric symptoms (non-psychotic). The main results found show that the CAPS has good content validity estimated by the Fleiss Kappa intra-judge agreement index, with $k = 0.67$ (satisfactory) and an adequate content validity coefficient (CVC = 0.94). The internal structure of the CAPS was verified by the Exploratory Structural Equation Modelling (ESEM) technique and demonstrated that the dimensionality of the CAPS fits the 2-factor model, with good data fit [$\chi^2 = 583.40$; $df = 188$; p -value (χ^2) < 0.001; CFI = 0.931; TLI = 0.915 RMSEA = 0.071 [CI 0.065-0.078], (CFI > 0.90; TLI > 0.90 and RMSEA < 0.08)]. The reliability of the CAPS was estimated by McDonald's Omega and the result was 0.81 for self-oriented perfectionism and 0.76 for socially prescribed perfectionism. Furthermore, from the comparison between independent groups (Student's T-test), it was pointed out that girls have more perfectionism than boys (self-oriented and socially prescribed) and perfectionism (self-oriented and socially prescribed) distinguishes groups with high psychiatric symptoms common and low com...

psychiatric symptoms. Partial correlation analyses, controlling for the mutual effects of one perfectionism dimension over the other, pointed to significant associations between socially prescribed perfectionism and anxiety ($r = 0.44$ $p < 0.01$), anxiety control ($r = -0.30$ $p < 0.01$), depressed mood ($r = 0.51$ $p < 0.01$), subjective well-being ($r = -0.43$ $p < 0.01$), thinking rumination ($r = 0.46$ $p < 0.01$) and common psychiatric symptoms ($r = 0.45$ $p < 0.01$). There was no correlation with compulsive behavior ($r = 0.04$ [ns.]). Socially prescribed perfectionism configures itself as a dimension more associated with mental suffering and worries. Self-oriented perfectionism showed significant correlations only with compulsive behaviors ($r = 0.56$ $p < 0.001$). Finally, the CAPS-BR has good psychometric properties of validity and reliability.

Keywords: perfectionism, CAPS, adolescence, instrument adaptation.

Lista de Tabelas

Tabela 1- <i>Principais instrumentos da literatura para a mensuração do perfeccionismo.</i>	23
Tabela 2 – Caracterização geral da amostra	52
Tabela 3- Inteligibilidade dos itens da caps utilizando a metodologia de grupo focal.....	60
Tabela 4 - Índices de ajuste dos modelos estimados para a CAPS-BR.....	63
Tabela 5 - Cargas fatoriais e confiabilidade da CAPS (modelo 1).....	64
Tabela 6 - Cargas fatoriais e confiabilidade da CAPS (modelo 4 - três fatores para a CAPS)	65
Tabela 7 - Estatística descritiva das dimensões de perfeccionismo por sexo, grupo etário e níveis de sintomas psiquiátricos comuns (SPC)	66
Tabela 8 - Teste t de student para a diferença entre sexo, grupo etários e baixos e altos níveis de sintomas psiquiátricos comuns (SPC).....	67
Tabela 9 - Estatísticas descritivas para do escore das escalas utilizadas na pesquisa	69
Tabela 10 - Correlações de Pearson (r) entre perfeccionismo, ajustamento psicológico e sintomas psiquiátricos comuns. (n=250)	70
Tabela 11 - Comparação entre as correlações de Pearson para as dimensões de perfeccionismo: correlações simples e parciais.....	71
Tabela 12 –Correlações parciais de Pearson entre perfeccionismo, ajustamento psicológico e sintomas psiquiátricos comuns – controlando a covariação de PSP em PAO (n=250).....	72
Tabela 13 - Correlações parciais de Pearson entre perfeccionismo, ajustamento psicológico e sintomas psiquiátricos comuns – controlando a covariação de PAO em PSP (n=250).....	73

Lista de Abreviaturas e Siglas

APS_R – *Almost Perfect Scale_ Revised*

CAPS – *Child-Adolescent Perfectionism Scale*

C-CAPS – *Chinese Child-Adolescent Perfectionism Scale*

CFI - *Comparative Fit Index*

d – Tamanho de efeito d de Cohen

DP – Desvio Padrão

ENEM - Exame Nacional do Ensino Médio

EP – Erro padrão

ESEM -*Exploratory Structural Equation Modelling*

FMPS – *Frost Multidimensional Perfectionism Scale*

gl – Graus de Liberdade

GR - Generalização da Confiabilidade.

HFMPs – *Hewitt e Flett Multidimensional Perfectionism Scale*

IC – Intervalo de Confiança

KMO- Teste Kaiser-Meyer-Olkin

LAVIS - Laboratório de Avaliação e Intervenção na Saúde

LI – Limite Inferior

LS – Limite Superior.

N – Tamanho da amostra

NPAO – Perfeccionismo Auto-orientado Negativo

NPSP - Perfeccionismo Socialmente Prescrito Negativo

p – Valor de probabilidade

PAO –Perfeccionismo auto-orientado

POO – Perfeccionismo orientado ao outro

PPAO – Perfeccionismo Auto-Orientado Positivo

PPSP – Perfeccionismo Socialmente Prescrito Positivo

PSP – Perfeccionismo Socialmente Prescrito

RMSEA- *Root Mean Square Error of Approximation*

SPC - sintomas psiquiátricos comuns

SRQ-20 -*Self Report Questionnaire*

T -*Teste t de Student*

TLI -*Tucker-Lewis Index*

TOC - Transtorno Obsessivo Compulsivo

WLSMV-*weighted least squares with mean and variance*

X²-*Qui-Quadrado*

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1. Perfeccionismo: modelos e mensuração na adolescência	18
2.2. A Child-Adolescent Perfectionism Scale.....	25
2.3. Perfeccionismo e adoecimento mental na adolescência: depressão, ansiedade, ruminação de pensamento, condutas compulsivas e sintomas psiquiátricos comuns.	36
3 OBJETIVOS	47
3.1 Objetivo Geral:.....	47
3.2 Objetivos Específicos:.....	47
4 HIPÓTESES	47
5 MÉTODO	48
5.1. Contextualização	48
5.2. Estudo de adaptação transcultural	48
5.2.1 Tradução direta da CAPS	48
5.2.2 Análise Semântica (estudo de Inteligibilidade).....	49
5.2.3 Análise de Juízes	50
5.2.4 Tradução Reversa.....	50
5.3 Análise da estrutura interna, validade de critério e confiabilidade.	51
5.3.1 Participantes	51
5.3.2. Instrumentos.....	52
5.3.3 Procedimentos de Coleta.....	56
5.3.4 Procedimentos de Análise de Dados	57
6 RESULTADOS	59
6.1 Estudo I – Tradução e Validade de conteúdo.....	59
6.1.1 Tradução direta da CAPS.....	59

6.1.2 Análise Semântica.....	59
6.1.3 Análise dos Juízes	61
6.1.4 Tradução reversa.	62
6.2 Estudo II – Confiabilidade e validade da estrutura interna do instrumento e com relação a outras variáveis.	63
6.2.1 Validade de estrutura interna e confiabilidade da Child-Adolescent Perfectionism Scale.....	63
6.2.2 Análise de diferença entre grupos: sexo, grupos etários e grupos com baixos e altos sintomas psiquiátricos comuns (SQR-20).....	65
6.2.3 Evidências de validade baseadas em variáveis externas da CAPS com medidas de ajustamento psicológico	68
7 DISCUSSÃO	74
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
9 REFERÊNCIAS	91
APÊNDICE 1	102
APÊNDICE 2	103
APÊNDICE 3	106
APÊNDICE 4-	108
APÊNDICE 5:.....	110
APÊNDICE 6 –.....	110

1 APRESENTAÇÃO

O perfeccionismo pode ser definido como o estabelecimento de altos padrões de desempenho, acompanhados por uma tendência de autoavaliação crítica. (Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990; Hewitt & Flett, 1991; Stoeber & Otto, 2006). Apesar do conceito de altos padrões de desempenho ser central no perfeccionismo desde a década de 1980 (Bums, 1980; Hamachek, 1978; Hollander, 1965; Pacht, 1984) e, muitas vezes, associado a aspectos negativos, é importante ressaltar que nem toda busca por excelência e altos padrões de desempenho podem ser consideradas patológicas. Com o avanço das pesquisas, evidências foram sendo acumuladas sobre a existência de aspectos do perfeccionismo mais ligados a desfechos positivos (Frost et al., 1990; Stoeber & Otto, 2006), como a relação positiva entre esforços perfeccionistas e satisfação com a vida (Gilman & Ashby, 2003). Desta forma, o perfeccionismo é um constructo complexo, multidimensional, que desafia os pesquisadores por não haver uma manifestação padronizada e definitiva, ou seja, somente positiva ou somente negativa. Atualmente não é possível falar de uma faceta unicamente positiva e outra negativa, mas sim é interessante observar como o perfeccionismo é modulado em cada indivíduo, com as nuances positivas e negativas. Portanto, observam-se tendências das facetas que se associam mais com desfechos positivos de saúde mental e outras mais a problemas de saúde mental. Características positivas do perfeccionismo normalmente são reportadas como maiores níveis de autoestima e afeto positivo (Stoeber & Otto, 2006). O sofrimento derivado do perfeccionismo parece estar associado às autocobranças excessivas para ser perfeito; querer fazer tudo certo; achar que os outros exigem a perfeição do eu; dificuldade de lidar com a existência de erros e falhas, acompanhado de dúvida sobre as próprias ações, preocupação com erros e excessivo autocrítico (Frost, Heimberg, Holt, Mattia & Neubauer, 1993; Stoeber & Otto, 2006), dentre outros.

As pesquisas sobre o perfeccionismo na infância e adolescência têm aumentado muito nos últimos anos (Affrunti et al., 2014). Isso possibilitou, inclusive, a realização de metanálise compilando o estado da arte no que se refere às evidências de confiabilidade de instrumentos utilizados na sua mensuração nesse período da vida (Vicent et al., 2019). Para avançar no entendimento teórico e aplicado sobre o construto psicológico perfeccionismo na população brasileira, de acordo com as tendências de ampliação das pesquisas internacionais, faz-se necessário validar instrumentos que possibilitem a realização de pesquisas sobre o perfeccionismo na adolescência. A *Child-Adolescent Perfectionism Scale* é o instrumento de

mensuração de perfeccionismo na adolescência mais utilizado para essa faixa etária (Bento et al., 2014) e já conta com mais de 56 pesquisas que apresentam índices de confiabilidade do instrumento (Vicent et al., 2019). Para ampliar a possibilidade de pesquisas sobre perfeccionismo na adolescência no Brasil, o objetivo do presente trabalho foi adaptar transculturalmente a *Child-Adolescent Perfectionism Scale* (CAPS) para o contexto brasileiro.

A CAPS é formada por duas dimensões, derivadas da teoria de Hewitt e Flett (1991) que são as seguintes: o perfeccionismo auto-orientado e o perfeccionismo socialmente prescrito. O perfeccionismo auto-orientado que indica a presença de esforços para atingir a perfeição segundo parâmetros pessoais. O perfeccionismo socialmente prescrito que diz sobre a preocupação do indivíduo de atingir a perfeição, pois ele se sente cobrado pelos outros para tal feito, ou seja, sente que os outros exigem a perfeição do eu, sejam eles pessoas propriamente ditas, reais que de fato cobram, ou não. Esse conceito do outro pode-se generalizar para um outro abstrato e até muitas vezes irreal. Na adolescência, algumas pesquisas apontam para a relação do perfeccionismo com ansiedade (Affrunti & Woodruff-Borden, 2018), depressão (Huggins et al. 2008), condutas compulsivas (Libby et al., 2004), ruminação de pensamento (Flett et al., 2011) e, na grande parte das vezes, os aspectos do perfeccionismo associados a esses desfechos negativos de saúde mental são operacionalizados pela dimensão de perfeccionismo socialmente prescrito (Huggins et al., 2008; Donaldson et al., 2000.) Para tanto, é necessário conhecer melhor a realidade dos adolescentes brasileiros e avaliar se o perfeccionismo pode impactar na saúde mental dos adolescentes e de que forma isso ocorre. Desta forma, pretende-se desenvolver mais pesquisas que ampliem evidências sobre o papel do perfeccionismo auto-orientado e do perfeccionismo socialmente prescrito para os desfechos de saúde mental.

No contexto nacional observa-se a falta de instrumentos que avaliem o perfeccionismo na adolescência. A oportunidade facultada pela adaptação da CAPS, para o contexto brasileiro, possibilitará ampliar o debate científico que contará com as especificidades da compreensão do tema para o público de adolescentes e a análise da correlação do perfeccionismo com indicadores de ajustamento psicológico do adolescente e de saúde mental, além de possibilitar a ampliação de pesquisas sobre o perfeccionismo no Brasil.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Perfeccionismo: modelos e mensuração na adolescência

As pesquisas sobre o constructo de perfeccionismo iniciaram-se na década de 1960, com foco em populações clínicas e adultas. As primeiras definições de perfeccionismo o consideravam como sendo um construto unidimensional, marcado principalmente pelos altos padrões de desempenhos acompanhados de autoavaliação exageradamente crítica, como é possível caracterizar pelos artigos de Hollender (1965); Burns (1980); Pach (1984). Na década de 1980, havia poucos estudos sobre esse fenômeno (Frost et al., 1990) e, inclusive, poucos consensos acerca da definição de perfeccionismo. Contudo, o conceito de altos padrões de desempenho começava a se tornar central na definição do constructo.

Para Hollender (1965), o indivíduo perfeccionista se esforça de maneira exagerada, para além do que é requerido na tarefa ou situação. Mesmo com todo o esforço, o perfeccionismo é considerado um constructo relacionado a desfechos negativos de saúde como a depressão, porque o indivíduo não sente a satisfação em seus objetivos alcançados e é muito crítico em seu autojulgamento. Além disso, ele enfatiza que o perfeccionismo pode levar a consequências extremamente adversas como, por exemplo, o suicídio. Burns (1980) desenvolveu a *Burns Perfectionism Scale*, uma importante contribuição para a área de avaliação psicométrica do perfeccionismo. Ele ressaltou o sofrimento envolvido na busca de padrões além do alcance da razão e inseriu o parâmetro de que o perfeccionista mede seu próprio valor inteiramente em termos de produtividade e realização (Erns & Cox, 2002). A escala de Burns foi utilizada em pesquisas para estabelecerem a validade convergente das novas escalas que passariam a surgir na década de 1990 (Frost et al., 1990) e foi um dos principais instrumentos para avaliar o perfeccionismo na década de 1980. Pacht (1984) já associava o perfeccionismo com diversos problemas psicopatológicos e para ele, o perfeccionista avalia os próprios desempenhos em uma dicotomia entre totalmente bom ou totalmente ruim, sem considerar as nuances entre estes dois polos. No ponto de vista do autor, não existiria um perfeccionismo saudável, o que o leva a questionar a diferenciação de perfeccionismo normal e neurótico de Hamacheck e Don (1979). Ele considera que os perfeccionistas que têm buscas por desempenhos irracionalmente altos estão mais susceptíveis a sofrimento e a problemas de saúde mental. Para estes três autores, o estabelecimento de metas irrealisticamente elevadas leva a uma fonte de sofrimento psicológico, que está associado ao perfeccionismo, cujo ajuste das metas e dos ideais é de difícil flexibilização e

negociação pelo indivíduo. Além disso, estes três autores foram pioneiros na pesquisa do perfeccionismo e o consideravam um constructo unidimensional que explicava desfechos patológicos de saúde mental.

As definições do perfeccionismo como um constructo multidimensional iniciaram-se na década de 1990, com teóricos que reforçaram a definição de perfeccionismo como altos padrões de desempenho, fazendo uma releitura de todas as definições dos autores anteriores, inclusive da perspectiva multidimensional de perfeccionismo normal e neurótico descritas por Hamacheck e Don (1979). Foi introduzido o conceito da autoavaliação crítica para o desempenho pessoal como sendo importante para se compreender o perfeccionismo e desde então esse conceito é retratado em grande parte das definições de perfeccionismo até os dias atuais. (Frost et al., 1990; Flett & Hewitt., 1991; Ferrari, Yap, Scoot, Einstein & Chiarrochi, 2018). Os autores a partir desse período desenvolveram uma nova abordagem para procurar compreender os componentes, dimensões ou facetas mais específicas que compunham o constructo do perfeccionismo. (Frost et al.1990; Flett & Hewitt., 1991; Slaney et al. 2001).

Os primeiros pesquisadores a escreverem sobre diferentes aspectos do perfeccionismo foram Hamackeck e Don (1979). Eles conceitualizaram o perfeccionismo como normal e neurótico. No perfeccionismo normal, o indivíduo coloca metas realistas para si e obtém prazer de se seus atos, de modo que conseguem ter satisfação e senso de realização quando alcançam os padrões estabelecidos. Além disso, um perfeccionista normal, mesmo diante de falhas ou erros, pode considerar o seu desempenho ainda como bem-sucedido e, se for necessário, eles podem ser menos rigorosos com alguns padrões em determinadas situações, aprendendo a flexibilizá-los quando necessário. No perfeccionismo neurótico os perfeccionistas estabelecem padrões irrealisticamente altos para si e exigem de si mesmos altos padrões de desempenho e sentem seus esforços como insatisfatórios, e sem conseguir flexibilizar os seus padrões, o que demonstra que desde o início das pesquisas sobre perfeccionismo foram observados aspectos adaptativos e outros desadaptativos. Essa abordagem não foi precisamente um estudo sobre os componentes do perfeccionismo ou suas dimensões. Mas uma importante contribuição deste modelo de perfeccionismo (normal/neurótico) foi iniciar e antecipar a tendência de várias pesquisas posteriores que consideraram aspectos positivos e negativos do perfeccionismo (Stoeber et al., 2006).

Frost et al. (1990) propuseram um modelo multidimensional do perfeccionismo e desenvolveram a *Frost Multidimensional Perfectionism Scale* (FMPS). Inicialmente haviam

proposto cinco dimensões, no entanto, posteriormente na análise fatorial, seis dimensões foram encontradas de modo que a dimensão expectativa parental se subdividiu em duas: o instrumento final ficou com 35 itens, distribuído nas dimensões: Padrões pessoais (PP), definida como o estabelecimento de padrões muito altos de desempenho e excessiva importância dada a esses altos padrões de avaliação; preocupação com erros (PE), conceituado como reações negativas a erros, uma tendência de interpretar erros como equivalentes a falhas e a crença de que perder-se-á o respeito dos outros após o fracasso (Frost et al., 1990), ainda essa subescala mostrou a relação mais forte com a validade concorrente de outras medidas de perfeccionismo; a expectativa parental (EP) compreendida como a tendência de acreditar que os pais definiram objetivos muito altos para o indivíduo; crítica parental (CP) sendo a tendência do indivíduo de acreditar que os pais foram extremamente críticos em relação a ele; dúvida sobre ações (DA) é entendida como a tendência de sentir que projetos não estão completos o suficiente e associado a sensação de incerteza perante as ações; e organização (O), ênfase e preferência pela precisão e ordem.

Em 1991, Hewitt e Flett também propuseram uma abordagem multidimensional, baseada na perspectiva relacional do perfeccionismo, que considera aspectos pessoais e interpessoais. Eles desenvolveram a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (HFMP) que descrevia três dimensões do perfeccionismo: o perfeccionismo auto-orientado (PAO) definido como o estabelecimento de padrões excessivamente altos de desempenho guiado por um componente motivacional perfeccionista voltado para si mesmo; perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) que é a percepção de que os outros possuem padrões excessivamente altos para o eu; e perfeccionismo orientado para os outros (POO), como sendo a manutenção de padrões irrealistas de desempenhos ou comportamento voltados para os outros significativos. O PAO, além de levar a altos padrões de desempenho, está também associado a uma forma rigorosa de avaliar o próprio comportamento. O PSP é um tipo de crença de que os padrões e as altas exigências são estabelecidos por fora, acompanhado de um sentimento de inadequação por não corresponder essas expectativas, emoções negativas, medo de avaliação dos outros, necessidade de aprovação, preocupações com a desaprovação dos outros e locus de controle externo. O POO envolve crenças e expectativas sobre a capacidade dos outros, com uma avaliação muito rigorosa dos outros e está associada à falta de confiança, autoritarismo, tendências dominantes, sentimentos de hostilidades interpessoais e culpa dirigida aos outros. (Flett et al., 1991). Esse modelo é amplamente utilizado em estudos que examinam grupos clínicos e uma ampla variedade de sintomas psicopatológicos,

incluindo depressão, ideação suicida, vários índices de ajustamento social como ansiedade, distúrbios alimentares, fenômenos obsessivos e vários traços de personalidade (Enns & Cox, 2002). Esse modelo teórico de Flett e Hewitt (1991) é a base da *Child-Adolescent Perfectionism Scale*, uma escala de avaliação do perfeccionismo na infância e na adolescência utilizada em mais de 56 pesquisas em vários países.

Em 1996, Slaney et al. desenvolveram outra escala de perfeccionismo: a *Almost Perfect Scale*, que possibilitou distinguir aspectos adaptativos e desadaptativos do perfeccionismo. Após revisão do modelo foi desenvolvida a versão revisada, a APS-R, cujas propriedades psicométricas foram investigadas em uma amostra de 809 estudantes universitários, que levou a uma adequação do modelo da escala, que passou a apresentar três dimensões do perfeccionismo. (Slaney et al., 2001). Essas dimensões são: altos padrões (altos padrões de desempenho), ordem (comportamento voltado para precisão e organização) e discrepância (diferença entre o eu real e a expectativa do eu idealizado). Essa escala distingue os aspectos adaptativos e desadaptativos do perfeccionismo, sendo que as dimensões de Padrões e Ordem são mais adaptativas, enquanto a Discrepância é a dimensão mais desadaptativa.

Estudos utilizando as três escalas apresentadas, a FMPS, a HFMP e a APS-R, como o de Frost et al. (1993), geraram uma abordagem de compreender dimensões mais gerais do perfeccionismo (dimensões de primeira ordem), a partir das diversas dimensões específicas das escalas. Os aspectos positivos e negativos do perfeccionismo foram fontes de pesquisas de diversos autores, de maneira que a visão clínica e unidimensional não era mais a principal definidora do perfeccionismo, mas, ao invés disso, foram observadas facetas de um perfeccionismo mais positivo e um perfeccionismo mais negativo. Frost et al. (1993) foram os primeiros pesquisadores a descobrirem que as diferentes dimensões do perfeccionismo, através de uma análise fatorial, poderiam ser reduzidas a duas dimensões de primeira ordem: esforços perfeccionistas e preocupações avaliativas desadaptativas. Segundo revisão da literatura, realizada por Stoeber e Otto (2006) diversas nomenclaturas foram utilizadas para distinguir essas duas facetas do perfeccionismo. Esses dois aspectos foram denominados de perfeccionismo adaptativo e perfeccionismo desadaptativo (Rice et al., 1998; Ashby et al., 1999; LoCicero et al., 2000; Enns et al., 2001; Periasamy & Ashby, 2002; Cox et al., 2002; Rice & Slaney, 2002; Rice & Dellwo, 2002; Bieling et al., 2003; Gilman & Ashby, 2003; Chang et al., 2004; Grzegorek et al., 2004; Martin & Ashby, 2004; Rice et al., 2005; Ashby et al., 2005; Gilman et al., 2005; Mobley et al., 2005.); perfeccionismo saudável e

perfeccionismo disfuncional por Parker e Stumpf (1995); perfeccionismo ativo e passivo (Adkins & Parker, 1996); perfeccionismo positivo e negativo (Terry-Short et al., 1995); perfeccionismo funcional e disfuncional (Rhéaume et al., 2000); perfeccionismo saudável e insalubre (Stumpf & Parker, 2000); padrões pessoais e preocupações avaliativas do perfeccionismo (Blankstein & Dunkley, 2002); e perfeccionismo consciencioso e autoavaliativo (Hill et al., 2004). Stoeber e Otto apresentam cada dimensão avaliada por estas pesquisas e suas respectivas escalas a fim de reforçarem que não há apenas a faceta de um perfeccionismo negativo, mas também positivo. Apesar de algumas pesquisas apresentarem evidências mistas de que a dimensão denominada esforços perfeccionistas podem estar associados com aspectos de desajustamento psicológico, há uma gama de pesquisas que evidenciam a relação dos esforços perfeccionistas com desfechos positivos de saúde. Deste modo, a hipótese do perfeccionismo saudável versus não saudável de Hamacek e Don (1979), ganhou evidências empíricas e a proposta de Stoeber e Otto (2006) de duas dimensões gerais, de primeira ordem, denominadas de esforços perfeccionistas e preocupações perfeccionistas, derivadas de análise fatorial exploratória, a partir das três escalas de perfeccionismo, demonstraram uma forma adequada de representar o constructo do perfeccionismo. Essas duas dimensões gerais de primeira ordem constituem uma tendência geral das abordagens das pesquisas atuais, a fim de tratarem dos mesmos conceitos de perfeccionismo, ao invés de tratar das dimensões das escalas em separado.

Interessante observar que o desenvolvimento das pesquisas de perfeccionismo se deu com a elaboração das escalas de mensuração, pois permitiu aprofundar a questão dos componentes do perfeccionismo, como se associavam à saúde ou problemas de saúde. Retomar a história das escalas é retomar o histórico do perfeccionismo e para tanto elas são apresentadas na Tabela 1, com as respectivas dimensões do perfeccionismo.

Tabela 1- Principais instrumentos da literatura para a mensuração do perfeccionismo.

Nome da Escala	Dimensões avaliadas	Número	Referência
Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (FMPS)	Padrões pessoais; Preocupação como erros; Dúvida sobre as ações; Ordem; Expectativa parental; Crítica parental.	6	Frost et al. (1990)
Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett (HFMP)	Perfeccionismo auto-orientado; Perfeccionismo socialmente prescrito; Perfeccionismo orientado para os outros	3	Hewitt & Flett (1991)
<i>Almost Perfect Scale Revised</i> (APSR)	Altos padrões, Discrepância, Ordem	3	Slaney et al., 2001.
<i>Child-Adolescent Perfectionism Scale</i> (CAPS)	Perfeccionismo auto-orientado e perfeccionismo orientado para o outro	2	Flett et al. 2001

Ainda, abordando o modelo de primeira ordem do perfeccionismo, iremos descrever como se compõe as duas dimensões gerais: esforços perfeccionistas e preocupações perfeccionistas. Os esforços perfeccionistas são compostos por: padrões pessoais (FMPS), Perfeccionismo auto-orientado (HFMP), e altos padrões (APS-R); enquanto as dimensões

que compõe as preocupações perfeccionistas são: preocupações com erros (FMPS), dúvida sobre ações (FMPS), perfeccionismo socialmente prescrito (HFMPS) e discrepância (APSR). As dimensões ordem (APS-R) e organização (FMPS) são consideradas correlatas ao perfeccionismo, mas não fundamentais ao constructo. As dimensões de crítica parental (FMPS) e expectativa parental (FMPS) são consideradas antecedentes desenvolvimentais do perfeccionismo (Smith et al. 2019). Os modelos de perfeccionismo e as escalas apresentadas a FMPS, a HFMPS e a APS-R foram instrumentos utilizados em diversas pesquisas sobre perfeccionismo na infância e adolescência, embora não tenham sido projetadas especialmente para o público de crianças e adolescentes (Kader & Eissa, 2016). Isso que o instrumento projetado para adultos pode trazer um vocabulário não adequado para a população juvenil, é claro. E compromete a inteligibilidade, além de deixar de tratar questões pertinentes a faixa etária e suas especificidades, como a vida escolar.

Após a década de 1990, o acúmulo de evidências quanto ao perfeccionismo e as relações de saúde, suscita nos pesquisadores que participavam da equipe do Hewitt e Flett um interesse na pesquisa com o público da infância e da adolescência. Assim eles procuraram desenvolver um novo instrumento, voltado para este público: a *Child-Adolescent Perfectionism Scale* (CAPS). Essa escala foi projetada especialmente para o público de crianças e adolescentes e, desde o seu desenvolvimento, embasou mais de 50 trabalhos publicados (Flett & Hewitt, 2016) sendo, atualmente, o instrumento mais utilizado para avaliar o perfeccionismo em crianças e adolescentes (Bento et al., 2014). Apesar do modelo de Hewitt e do Flett (1991), não apresentar as três dimensões operacionalizadas dentro das duas dimensões de primeira ordem: esforços e preocupações perfeccionistas, é importante ressaltar que o perfeccionismo orientado para o outro (POO) é uma importante medida que representa o aspecto interpessoal do perfeccionismo não foi incorporado no modelo dos de dois fatores. Desta forma, que as pesquisas atuais que utilizarem o modelo do Hewitt e Flett (1991) podem analisar os esforços e preocupações perfeccionistas acrescentado uma análise suplementar da dimensão do POO, em separado. Isso é importante porque a dimensão POO se correlaciona com algumas medidas que as outras dimensões não se correlacionam, como no caso da personalidade, a associação baixa no fator/traço amabilidade. Além disso, o perfeccionismo voltado para os outros é importante para a compreensão, em partes, do isolamento social.

Uma mudança importante que foi incorporada na CAPS foi a reflexão de que a dimensão perfeccionismo orientado para os outros não deve ser avaliada nessa faixa etária

porque não é possível precisar exatamente quando as crianças e adolescentes começariam a exigir a perfeição dos outros, uma vez que na maioria das vezes eles não possuem autonomia para tal exigência e desta forma a dimensão POO é retirada e apenas se mantêm as duas dimensões que são bastante representativas das duas dimensões de primeira ordem, sendo que o perfeccionismo socialmente prescrito é chave para compreender as preocupações perfeccionistas e o perfeccionismo auto-orientado é chave para compreender os esforços perfeccionistas.

Em resumo, as análises fatoriais dos principais modelos quantitativos, apontam para uma solução fatorial de duas dimensões de primeira ordem que explica as dimensões de segunda ordem presente nas escalas. Desta maneira, essas duas dimensões: as preocupações e os esforços perfeccionistas, são uma maneira de propor um paradigma teórico unificador. Este paradigma favorece que as diversas pesquisas utilizem a mesma abordagem teórica para explicar seus resultados e ele dá conta de todas as especificidades dos vários modelos de perfeccionismo. Isso permite que os pesquisadores se comuniquem de uma maneira conceitual mais homogênea, ou seja, facilitando a comunicação entre dados de pesquisas.

2.2. A *Child-Adolescent Perfectionism Scale*

A Escala de Perfeccionismo para Crianças e Adolescentes (*Child-Adolescent Perfectionism Scale*, CAPS) foi desenvolvida no Canadá, e é baseada no modelo de Flett e Hewitt (1991), inicialmente concebido para adultos e, posteriormente, adaptada para crianças e adolescentes, sendo a dimensão perfeccionismo orientada para os outros (POO) retirada da escala. Desta forma, a CAPS operacionaliza duas dimensões: o perfeccionismo auto-orientado e o perfeccionismo socialmente prescrito, que conforme descrito, acima se referem à tendência por esperar perfeição de si mesmo e a motivação para alcançar padrões perfeitos (auto-orientado) e a percepção de que outras pessoas exigem perfeição do eu, sendo uma forma de imposição percebida das expectativas perfeccionistas dos outros sobre o eu. Em crianças e adolescentes, o perfeccionismo socialmente prescrito envolve um estado de desamparo devido a uma sensação de controle externo e a dificuldade associada ao cumprimento desses padrões (Flett et al., 2001).

A primeira versão da CAPS foi desenvolvida com 60 itens por Flett et al., (2001), sendo que esses itens foram baseados nas dimensões perfeccionismo auto orientado e perfeccionismo socialmente prescrito advindos da *Hewitt & Flett Multidimensional Perfectionism Scale* (HFMPs), incluindo três itens em ordem inversa. A fim de reduzir os

itens da escala, cinco estudantes de pós-graduação classificaram os itens em ordem de relevância, clareza de redação, susceptibilidade ao viés de desejabilidade social, em uma escala de sete pontos. Após essa classificação, a escala foi reduzida para 31 itens. Uma análise de componentes principais foi realizada e encontrou cinco fatores. A análise do gráfico de sedimentação apontou para a retenção de dois fatores. Os dados foram reanalisados sendo especificada a solução de dois fatores com rotação varimax. Os resultados forneceram evidências gerais da validade fatorial para dois fatores. Essa análise fatorial foi feita na versão de 31 itens, e a solução encontrada indicou a retenção de 24 itens. Os autores retiraram, ainda, 2 itens que carregavam em ambos os fatores, diminuíram a escala para 22 itens, expressos em duas dimensões: o perfeccionismo socialmente prescrito e o perfeccionismo auto orientado. O primeiro fator representou perfeccionismo socialmente prescrito e explicou 28,7% da variância, com 10 itens. O segundo fator, o perfeccionismo auto orientado, foi responsável por 12,2% da variância, contendo 12 itens. O coeficiente alfa de Cronbach para o perfeccionismo auto orientado foi de 0,85. As correlações item-total variaram de 0,36 a 0,76. O coeficiente alfa de Cronbach para o perfeccionismo socialmente prescrito foi de 0,81. As correlações item-total variaram de 0,28 a 0,59.

Flett et al. (2016) desenvolveram uma segunda pesquisa compilando e combinando dados de vários estudos conduzidos com crianças e adolescentes, também em Toronto, no Canadá. Essa amostra contemplou 796 participantes do ensino fundamental e do ensino médio (360 meninos e 434 meninas, 2 pessoas não relataram o sexo), com a média de idade de 13,45 anos ($DP=4,05$). Nesse estudo, a análise visual pelo *scree plot* sugeriu solução de três fatores. O primeiro fator continha 10 itens que se referiam ao perfeccionismo socialmente prescrito, que explicava 29,32% da variância. O segundo fator foi denominado como perfeccionismo auto-orientado e consistia em 10 itens (eram esperados 12 itens, mas dois dos itens de ordem inversa que deveriam ter carregado nesse fator não carregaram). Esse fator explicou 9,88% da variância. O terceiro fator se constituiu justamente das frases em sentido inverso “eu não preciso ser o melhor em tudo que faço”. Todas essas frases em sentido invertido, carregaram nesse terceiro fator, que explicou 6,27% da variância. As análises de consistência interna produziram um alfa Cronbach de 0,81 para perfeccionismo auto-orientado e 0,84 para perfeccionismo socialmente prescrito. A correlação entre os dois fatores foi de 0,53. Apesar da análise acima apontar para três dimensões, os autores optaram por manter esta versão de 22 itens e tratar o inventário como tendo 2 dimensões por algumas razões, sendo a principal delas o fato de que diversos estudos de validação da CAPS encontraram, também, uma solução de

dois fatores, conforme proposta original (Bas & Siyez, 2010; Bento et al., 2014; Sironic & Reeve, 2015). Os autores não optaram por retirar os itens em ordem inversa, por elas serem capazes de detectar vieses de resposta ou resposta descuidada e pela análise de dados suportar a solução de dois fatores. Além disso, as palavras em ordem inversa formaram um fator a parte que não agrega informações teóricas ao modelo ou à teoria do perfeccionismo, mas sim à questão sintática da língua e da presença do valor negativo da partícula “não”, o que justifica não criar mais uma dimensão com apenas um item.

A CAPS já foi adaptada e validada para uso em diversas culturas, tais como o Canadá (Flett et al., 2001; Flett et al., 2016; Nobel & Manassis, 2012), Escócia (O'Connor et al., 2009), português de Portugal (Bento et al., 2014), Espanha (Castro et al., 2004) e mais recentemente por Vicent(2017), França (Douilliez & Hénot, 2013), Estados Unidos (MacCreary et al., 2004), China (Yang et al., 2015), Turquia (Baş & Siyez , 2010), Egito (Kader & Eissa, 2016) e Chile (Ossa-Cornejo et al., 2019). Nesse sentido, a CAPS é a medida multidimensional mais utilizada para populações de crianças e adolescentes (Bento et al., 2014).

A validação da CAPS para diversas culturas e em diversas populações iniciou um debate sobre a estrutura interna da escala e sua dimensionalidade. Esse debate é representado por consensos e dissensos acerca das soluções fatoriais e diferenças na quantidade dos itens, dependendo da cultura. De maneira geral, as principais soluções fatoriais encontradas foram de dois fatores e três fatores, com exceção de um único estudo que encontrou uma solução de quatro fatores.

A CAPS é originalmente composta de dois fatores, que segundo Flett e Hewitt (2016), tem como característica manter a unidade da dimensão perfeccionismo auto orientado (PAO). Outras pesquisas como a de Vicent et al. (2019) demonstram que evidências de duas dimensões para perfeccionismo auto orientado (esforço e crítica) tem correlações diferenciadas com indicadores de saúde mental, sendo a dimensão esforço menos correlacionada a problemas de saúde mental. Podemos inferir que diferenças de questões culturais, tipo da amostra podem estar trazendo diferentes perspectivas sobre a escala, que desde as primeiras pesquisas apresentou esse debate quanta a melhor representação dimensional do constructo.

A primeira pesquisa que validou a CAPS para outro país foi a de Castro et al. (2004), na Espanha, em uma amostra de 113 adolescentes do sexo feminino advindas de turmas de

escolas secundárias em Barcelona. Ele utiliza a CAPS com os 22 itens originais e considerou duas dimensões: o perfeccionismo auto-orientado e o perfeccionismo socialmente prescrito. A estrutura fatorial da versão espanhola não foi examinada. A confiabilidade interna encontrada nesse estudo para a escala total obteve alpha de Cronbach de 0,89 e para as específicas: perfeccionismo auto-orientado, ($\alpha = 0,88$) e perfeccionismo socialmente prescrito, $\alpha = 0,87$. Os autores também encontraram a correlação teste-reteste de 0,83 para a escala total ($p < 0,001$) após uma semana. Como parte dessa mesma pesquisa, Castro et al. (2004) compararam um grupo clínico de adolescentes com anorexia com um grupo controle não-clínico. Pacientes com anorexia nervosa tiveram pontuações médias mais altas no perfeccionismo auto-orientado do que os adolescentes do grupo não clínico. Em contraste, não houve diferença significativa nas médias obtidas pelos dois grupos na escala de perfeccionismo socialmente prescrito. Esse fato interessante foi corroborado por pesquisas futuras compiladas por Limburg et al. (2016) em uma metanálise. Segundo esse estudo há evidência de relação entre esforços perfeccionistas e anorexia. Tudo indica que os esforços perfeccionistas para emagrecer e manter um corpo magro é algo mais atribuído ao esmero individual do que à visão de que os outros esperariam a perfeição do eu para a magreza. Apesar das duas dimensões também estarem envolvidas, na questão da anorexia, a cobrança do eu para buscar a magreza parece mais importante do que o pensamento de que os outros esperam isso da pessoa.

A validação da CAPS para a Turquia foi realizada por Baş e Siyez (2010). A amostra constituía-se de 459 alunos do ensino fundamental e médio de escolas públicas. A partir de uma retenção de fatores através da análise por componentes principais, essas autoras encontraram uma solução de dois fatores. Também foi realizado um *Scree Plot* para determinar o número de fatores a extrair que indicou uma solução de dois fatores. A T-CAPS (CAPS da Turquia), desta forma, foi composta por dois fatores e 18 itens. A consistência interna da escala para adolescentes foi de 0,86 para perfeccionismo socialmente prescrito e de 0,72 para perfeccionismo auto-orientado. Eles também encontraram a confiabilidade de teste-reteste de 0,63 ($p < 0,001$) para perfeccionismo auto-orientado e 0,72 ($p < 0,001$) para perfeccionismo socialmente prescrito após duas semanas de intervalo entre as aplicações. Na amostra turca, o perfeccionismo socialmente prescrito, mas não perfeccionismo auto-orientado foi correlacionado com escores de depressão, o que evidencia mais uma vez o aspecto desadaptativo da dimensão do perfeccionismo socialmente prescrito.

A versão validada da CAPS para a França recebeu o nome de *Échelle de Perfectionnisme pour Enfant et Adolescent* (EPEA). Foi realizada por Douilliez e Hénot. (2013) com uma amostra de 145 participantes (72 meninas, M= 12,72 anos, DP. = 1,26 e 73 meninos, M= 12,77 anos, DP= 1,44). Eles testaram o modelo de dois fatores e o modelo de três fatores utilizando o método *unweighted least squares* – ULS (mínimos quadrados não ponderados), pois não tinham distribuição normal na amostra. Tanto a solução de dois fatores, dos autores originais, quanto a solução de três fatores apresentaram um adequado ajuste ao modelo. Os autores optaram pela solução de dois fatores, sendo eles: perfeccionismo auto-orientado e perfeccionismo socialmente prescrito, por estar de acordo com a proposta de Flett et al. (2016). Além disso, as autoras optaram por retirar os itens com carga fatorial abaixo de 0,40, o que eliminou 3 itens invertidos, ficando a EPEA com um total de 19 itens. O coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,85 para a escala como um todo; 0,77 para perfeccionismo auto-orientado e 0,85 para perfeccionismo socialmente prescrito.)

A validação da CAPS para a amostra portuguesa foi realizada por Bento et al. (2014). Com uma amostra de 971 adolescentes, 572 meninas (59%) e 399 meninos (41%), de quatro escolas secundárias situadas na área urbana de Coimbra, em Portugal. A média de idade foi de 15,80 anos (DP = 1,51). Os autores encontraram dois fatores, a partir da análise de componentes principais. Esses fatores explicaram 41,44% da variância total. O número de fatores e sua composição eram idênticos aos obtidos para a versão original. Os autores também testaram a solução de três fatores, de modo a analisá-la, porém mencionaram que o resultado não foi interpretável. A consistência interna da CAPS pelo alfa de Cronbach da escala total foi de =0,81 e para as dimensões PSP de 0,85 e para a dimensão PAO de 0,83. A confiabilidade teste-reteste foi de 0,69 para perfeccionismo auto-orientado ($p < 0,001$) e 0,59 para perfeccionismo socialmente prescrito ($p < 0,001$), cinco semanas após a primeira aplicação.

Sironic e Reeve (2015) em uma amostra de 938 adolescentes australianos testaram uma estrutura fatorial em comum às escalas CAPS, APS-R e FMPS, ou seja, utilizando as três escalas combinadas eles encontraram quatro fatores, sendo: altos padrões pessoais, preocupações, dúvidas e discrepância. Foi utilizado o método *weighted least squares* - WLS (mínimos quadrados ponderados) para a retenção de fatores e no caso da CAPS foram encontrados dois fatores: perfeccionismo auto-orientado com alfa de Cronbach de 0,87 e perfeccionismo socialmente prescrito com alfa de Cronbach de 0,86. Nessa pesquisa, os autores, também, relacionaram as medidas de perfeccionismo com o *Depression Anxiety and*

Stress Scale (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995) que contém 32 itens e avalia depressão, ansiedade e estresse. A dimensão da CAPS de perfeccionismo socialmente prescrito se correlacionou à depressão, ansiedade e estresse do que o perfeccionismo auto-orientado, mas é importante dizer que todas as medidas da CAPS tiveram relação com os três sintomas.

Kader e Eissa (2016) realizaram a validação da versão árabe da CAPS, com uma amostra de adolescentes do Egito. Eles traduziram a escala e mantiveram, os 22 itens da escala original. A amostra era composta de 900 estudantes adolescentes (400 meninas e 500 meninos). Eles encontraram uma solução de dois fatores, a partir da análise fatorial com rotação varimax. O critério utilizado foi: manter itens que carregassem em valores iguais ou acima de 0,40. Dos 22 itens, todos carregaram em um ou outro fator da CAPS. Os dois fatores explicaram 57,66% da variância total. O primeiro fator foi rotulado de perfeccionismo auto-orientado e representava 37,20% da variância. O segundo fator foi rotulado de perfeccionismo socialmente prescrito, indicava 20,46% da variância. A estabilidade temporal da escala foi de 0,82 para o perfeccionismo auto-orientado ($p < 0,001$) e 0,85 para o perfeccionismo socialmente prescrito ($p < 0,001$).

Com esses resultados descritos, observa-se que são várias as pesquisas que encontraram duas dimensões na CAPS, que, por sua vez, corroboram com os autores da escala e trazem evidência a favor de dois fatores. Entretanto, outros pesquisadores encontraram a solução de três fatores em seus estudos, são eles MacCreary et al. (2004), O'Connor et al. (2009), Nobel, Manassis e Willansky-Traynor (2012), Vicent (2017) e Ossa-Cornejo et al. (2019)

MacCreary et al. (2004) realizaram uma pesquisa com crianças afro-americanas e, através de uma análise fatorial confirmatória, analisaram os dados de uma amostra de 481 crianças com média de 11,8 anos (DP = 0,35). O resultado indicou um RMSEA = 0,064 (90% de intervalo de confiança = 0,054-0,075). $\chi^2 / df = 189,87 / 64 = 2,97$. Esses valores de RMSEA são considerados aceitáveis, mas não bons. Posteriormente os autores analisaram a solução de três fatores e encontraram $\chi^2 / df = 102,77 / 52 = 1,98$ e RMSEA = 0,045 (90% intervalo de confiança = 0,032–0,058). Assim, o critério de bom ajuste foi atendido. Para a análise confirmatória os autores optaram pelo estimador *Maximum Likelihood* (probabilidade máxima) e por um modelo de três fatores para a CAPS (perfeccionismo crítico auto-orientado, esforço perfeccionista auto-orientado e perfeccionismo socialmente prescrito.). Após ajustes, a versão final do instrumento ficou com 14 itens e três fatores. Nesse estudo, o

perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) emergiu como um fator único, embora os itens originais do perfeccionismo auto-orientado (PAO) tenham sido modelados como dois fatores; o primeiro PAO-Esforço (definido como esforço perfeccionista auto-orientado) e PAO Crítico (definido como perfeccionismo crítico auto-orientado). Esses fatores foram correlacionados com depressão e ansiedade. O perfeccionismo socialmente prescrito e o perfeccionismo auto-orientado crítico foram correlacionados com depressão e ansiedade, enquanto o esforço perfeccionista auto-orientado não foi correlacionado com nenhuma dessas sintomatologias. O que evidencia uma dimensão mais adaptativa do perfeccionismo auto-orientado, o esforço perfeccionista.

Resultados similares aos de MacCreary et al. (2004) foram corroborados por O'Connor et al. (2009) em uma pesquisa desenvolvida com duas amostras de adolescentes cujo objetivo foi investigar a estrutura fatorial da CAPS. Uma questão interessante foi que os autores perceberam que a faixa de idade entre 15-16 seria uma boa escolha para testar a estrutura do CAPS, dada a autoconsciência que é maior nessa faixa etária da adolescência. Essa escolha foi feita em detrimento de trabalhar com uma amostra de crianças. A amostra 1 foi composta de 624 adolescentes, de escolas escocesas, com média de idade foi de 15,6 anos (DP = 0,9). Na amostra 2, no tempo 1 foram recrutados 737 adolescentes (DP = 0,7), com média de idade de 15,2 anos e no tempo 2 (seis meses depois) foram recrutados 514 adolescentes para o teste-reteste. O'Connor et al. (2009) testaram a primeira solução fatorial de Flett et al. (2001) (10 itens PSP; 12 itens PAO), com o pacote de software EQS 6.1 (Bentler, 2004), estimado com matrizes de covariância e de máxima verossimilhança. O critério para um ajuste do modelo evidenciou que os dados não tiveram um bom ajuste: NNFI = 0,81; CFI = 0,83; RMSEA = 0,083 [IC = 0,078–0,088].

Para ajustar ao modelo, os autores acima, removeram os três itens com palavras negativas da solução de dois fatores. Após a remoção dos três itens com palavras negativas, o modelo de dois fatores foi refeito. O modelo continuou a ser inadequado (NNFI 0,84; CFI 0,86; RMSEA 0,087 [IC = 0,082–0,093]). Os autores concluíram que a solução de dois fatores era uma má representação dos dados, então, testaram a solução de três fatores com os 14 itens de MacCreary et al. (2004) e o índice de ajuste para este modelo foi marginal (NNFI 0,91; CFI 0,92; RMSEA 0,072 [IC 0,064–0,080]). Os autores testaram novamente os 22 itens, porém com a solução de três fatores, indicando o PSP, PAO-crítico e PAO-esforço. Para maximizar a validade discriminante dos três fatores dentro do modelo, removeram os itens de carregamento duplo e reestimaram o modelo. Este último modelo discriminante de três fatores

rendeu índice de ajuste melhorado (NNFI = 0,93; CFI = 0,94; RMSEA = 0,057 [IC = 0,051–0,063]). Assim, os autores chegam a uma versão da CAPS de 14 itens, com 11 itens semelhantes a McCreary et al (2004). Esse modelo foi novamente testado com a amostra 2 e os resultados também representaram um bom ajuste do modelo.

Vale ressaltar que O'Connor et al. (2009) desenvolveu sua pesquisa justamente para investigar com maior aprofundamento sobre a dimensionalidade da CAPS, uma vez que tinha a intenção de resolver a questão dessas soluções fatoriais conflitantes (isto é, dois fatores contra três fatores), apesar de ser com uma faixa etária bem reduzida. Para isso utilizou duas amostras de adolescentes, como exposto anteriormente, sendo que na primeira amostra ele testou os ajustes dos dados com a melhor solução fatorial e na segunda amostra ele comparou e confirmou que tal modelo de ajuste pudesse ter um bom nível, em nova base de dados. A pesquisa de O'Connor et al. (2009) é robusta em termos de resultados favoráveis à solução fatorial de três dimensões.

Outra pesquisa que encontrou três fatores para a CAPS foi elaborada por Nobel, Manassis e Willansky-Traynor (2012). Os autores utilizaram a versão completa da CAPS (22 itens), porém adotaram o método de extração de fatores a partir da análise de componentes principais encontraram uma solução de quatro fatores. Como um desses fatores reuniu apenas os itens invertidos da escala, os autores optaram por retirar estes itens o que levou a uma solução de três fatores da CAPS. Este modelo de três fatores explicou 47,6% da variância dos dados. A amostra dos autores incluiu 78 estudantes (42 meninos e 36 meninas) com idades entre 8 (n = 31), 9 (n = 21), 10 (n = 15) e 11 anos (n = 11). O primeiro fator encontrado pelos autores correspondeu ao perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) e o segundo fator correspondeu ao perfeccionismo auto-orientado (PAO). O terceiro fator, composto por quatro itens, por não se correlacionar com outras medidas de ajustamento psicológico como ansiedade e depressão, para os autores, provavelmente não se conecta ao mesmo constructo. As escalas utilizadas para o presente estudo tiveram oito itens do PPS com a seguinte confiabilidade $\alpha = 0,86$ e sete itens do PAO com a seguinte confiabilidade $\alpha = 0,83$.

Vicent (2017) desenvolveu tese de doutorado sobre a validação da CAPS para a Espanha. Sua amostra foi composta de 1809 estudantes dos anos 3º ao 6º dos cursos de educação primária, tendo a amplitude etária de 8 a 11 anos ($M = 9,53$ e $dp = 1,11$). A amostra era composta de 87,6% de espanhóis, 3,5% de sul-americanos, 2,1% de árabes e 0,35% de asiáticos. Sendo, 50,5% de homens e 49,5% de mulheres. Foram realizadas análises fatoriais

confirmatórias para avaliar os vários modelos de validações anteriores. (Douilliez & Hénot, 2013; Flett et al., 2000; McCreary et al, 2004; Nobel et al, 2012; O'Connor et al, 2009; Uz-Bas & Siyez, 2010), bem como um modelo de elaboração própria dos autores. Segundo os autores, não se comprovou validade do modelo de Bento et al. (2014) que replicou a estrutura original da escala de 22 itens. Para examinar os parâmetros dos distintos modelos foi utilizada uma matriz de correlação policóricas usando o método de estimação dos mínimos quadrados ponderados (WLS). A estrutura da CAPS espanhola é composta de 3 fatores: PAO crítico (itens 11, 14,20 e 22), PAO esforço (Itens 1, 2, 4 e 6), e PSP (Itens 5, 8, 10, 13 e 17). As cargas fatoriais variaram de 0,40 a 0,77. A partir da análise de todos os modelos pesquisados anteriormente e tendo descartado o modelo de dois fatores (Flett et al. 2016; Bento et al.,2014) e o modelo de quatro fatores Yang et al.(2015), a autora da versão da CAPS espanhola testou vários formatos da CAPS, considerando três fatores e elaborou uma versão própria dos autores (com índices de ajuste ao modelo melhorados.). Este modelo rendeu os seguintes índices: RMSEA 0,03 IC [0,02 – 0,04], SRMR = 0,04; CFI = 0,98 e TLI = 0,96. A confiabilidade da CAPS espanhola foi mensurada pelo Alpha de Cronbach que foi de 0,80 para a escala total, 0,75 para PSP, 0,72 para PAO esforço e 0,70 para PAO crítico. A estabilidade temporal foi avaliada pelo teste e reteste em um intervalo de duas semanas e se obteve os valores de 0,73, 0,74, 0,62 e 0,73 para a escala total e para as dimensões PSP, PAO esforço, PAO crítico respectivamente, todos com $p < 0,01$.

Ossa-Cornejo et. al (2019) validaram a CAPS para o Chile em uma amostra de 1195 estudantes de 10 a 17 anos, (M = 12.5; DP = 1.38); 46% meninos (550), e 54% meninas (645). Para o estudo realizou uma análise fatorial exploratória com o método de extração de fatores *Maximum Likelihood* e rotação Varimax. No que diz respeito ao número de fatores para reter, o critério da raiz latente, indicou que três fatores deveriam ser retidos. Os três fatores explicam 46,31% da variância dos dados originais e são eles: PAO crítico, PAO esforço e PSP. Os itens invertidos, 3, 9 e 18 tiveram cargas fatoriais baixas (< 0,30) e os autores optaram por retirar esses itens. A confiabilidade do instrumento foi avaliada com o Alpha de Cronbach que foi 0,89 para a totalidade da escala; 0,79 para PAO esforço; 0,72 para PAO crítico e de 0,75 para PSP. Nesse artigo os autores não apresentaram dados relacionados com saúde mental.

Uma única pesquisa encontrou evidências favoráveis a um modelo de quatro fatores. Yang et al. (2015) realizaram a validação da CAPS para a China. Sua amostra foi de 933 estudantes (432 homens e 496 mulheres, 5 não indicaram gênero). A média de idade dos

participantes foi de 13,7 anos (DP=2,7; entre 8-20 anos.). A C-CAPS (CAPS chinesa) foi formada em uma primeira versão com 27 itens após a elaboração e complementação de itens feitos por estudantes de graduação, de pós-graduação e pelo primeiro autor. Após a correlação item-total os valores abaixo de 0,30 foram excluídos e 4 itens dos 5 elaborados foram retirados. Isso gerou a segunda versão da CAPS de 23 itens. A análise fatorial da versão da CAPS de 23 itens foi feita com a extração de fatores realizada pela análise de componentes principais, com rotação oblíqua. Uma solução de quatro fatores explicou 50,53% da variância total. O primeiro fator foi chamado de Perfeccionismo auto-orientado positivo – (PPAO), o Fator 2 foi chamado de perfeccionismo socialmente prescrito negativo – (NPSP), o Fator 3 foi chamado de perfeccionismo auto-orientado negativo (NPAO) e o Fator 4 foi chamado de perfeccionismo socialmente prescrito positivo (PPSP). Porém itens que carregaram no fator com valor menor que 0,5 foram excluídos. Desta forma, 5 itens foram retirados e posteriormente fizeram uma nova análise fatorial exploratória com os 16 itens remanescentes. Os resultados suportaram a solução de quatro fatores, que responderam por 60,21% da variância total. As cargas de itens variaram de 0,54 a 0,84. Os autores procuraram analisar a solução de dois fatores da CAPS original, com os 22 itens da CAPS (n=933). O resultado do ajuste do modelo representou um modelo inadequado. Os resultados mostraram ajustes adequados dos dados para a C-CAPS. Yang et al. (2015), ao encontrarem quatro fatores, e esses dados colocam em discussão mais uma vez o modelo de perfeccionismo subjacente à CAPS. Ao inserirem a dimensão perfeccionismo socialmente prescrito positivo eles vão em sentido contrário à literatura da área, que traz várias associações do PSP com medidas de psicopatologias, sendo uma dimensão associada a aspectos desadaptativos. Vicent (2017) menciona que não se comprovou validade do modelo de Yang et al. (2015), que além deterem incluído itens que não estavam presentes na estrutura original, a nova análise fatorial confirmatória (CFA) replicada pelos pesquisadores espanhóis demonstrou que não houve um bom ajuste dos dados ao modelo proposto.

Um importante estudo sobre a confiabilidade da CAPS foi realizado por Vicent et al. (2019). Eles fizeram uma revisão sistemática da literatura das pesquisas empíricas com a CAPS, a partir das bases PsycInfo, *Web of Science*, Scopus e ProQuest. Eles realizaram a Generalização da Confiabilidade (GR) que é justamente uma abordagem meta-analítica que visa estimar a confiabilidade média das pontuações de um determinado teste. Para mensurar a variabilidade dos coeficientes de confiabilidade de diversos estudos selecionados foram utilizados os índices do alpha de Cronbach para indicarem qual a confiabilidade média da

CAPS. Apesar de existirem 7 versões de adaptação transcultural e validação da CAPS até o momento da metanálise (Bento et al., 2014; Douilliez & Hénot, 2013; McCreary et al., 2004; Nobel et al., 2011; O'Connor et al., 2009; Uz-Baş & Siyez, 2010; Yang et al., 2015), apenas as versões da CAPS de Bento et al. (2014) O'Connor et al. (2009), além da versão original (Flett et al., 2016) tinham quantidades de artigos publicados o suficiente para a realização do método de GR. Deste modo, não foram todas as versões da CAPS utilizadas. Do total de artigos encontrados, 59 relatavam a confiabilidade de maneira explícita, porém três artigos foram excluídos por diferentes motivos, dois deles eram de versões da CAPS com estudos insuficientes para serem comparados, pois apenas uma pesquisa foi realizada com as versões francesas e chinesas da CAPS o que não possibilitou comparação, como no caso do estudo de Douilliez & Hénot, (2013) e de Yang et al., (2015). Deste modo, a GC foi realizada com 56 estudos restantes que relataram a confiabilidade, e que apresentavam ao todo 64 amostras independentes. O principal resultado foi que a confiabilidade média foi de 0,87 para a pontuação total da escala original da CAPS e 0,84 e 0,83, respectivamente, para as subescalas perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) e perfeccionismo auto-orientado (PAO). A versão de O'Connor (2009) apresentou: 0,82 para perfeccionismo socialmente prescrito, 0,74 para perfeccionismo crítico auto-orientado e 0,73 para perfeccionismo de esforço auto-orientado. Não houve como analisar a confiabilidade média total com as escalas de O'Connor, pois apenas um estudo apresentou esse índice. Deste modo, a versão original da CAPS apresentou melhores índices quando comparada à versão de O'Connor e pode ser empregada com objetivos de pesquisas gerais, enquanto a versão de O'Connor, só poderia ser utilizada para pesquisas exploratórias já que os índices estão abaixo de 0,80 (Nunnally & Bernstein, 1994).

Considerando que a confiabilidade da CAPS em todos os estudos é considerada adequada, a principal discussão que há na literatura é a respeito à dimensionalidade da CAPS. A pesquisa de adaptação que inclui este estudo, pretende verificar a estrutura interna da CAPS brasileira e será conduzida a fim de gerar contribuições com mais informações referentes à literatura tanto no que diz respeito a informações estruturais da escala quanto a evidências de validade e precisão da mesma. Além disso, a observação de especificidades da amostra de adolescentes brasileiros permitirá ver se todos os itens carregarão, representando os fatores, de acordo com a literatura, que apesar de divergente, nos traz alguns padrões mais gerais para a estrutura fatorial da CAPS (dois ou três fatores). Podemos pensar nas especificidades dos adolescentes brasileiros quanto ao funcionamento das duas dimensões da CAPS (se essa for

uma adequada representação dos dados), sendo estas: perfeccionismo auto-orientado e perfeccionismo socialmente prescrito.

A hipótese da pesquisa é que a CAPS-Brasil terá adequados indicadores de propriedades psicométricas, visto que é um instrumento que já foi adaptado para muitos países tendo obtido bons indicadores psicométricos de validade e de confiabilidade. Para Vicent (2017), que desenvolveu tese de doutorado mensurando todos os modelos antes desenvolvidos, o modelo de três fatores representou melhor ajuste dos dados na sua amostra. No entanto, em uma metanálise posterior, deste mesmo autor, Vicent et al. (2019), os modelos de dois fatores apresentam melhores indicadores de confiabilidade do que o modelo de três fatores de O'Connor et al. (2010). Segundo essa hipótese, pretende-se atingir adequadas propriedades psicométricas e contribuir para o debate da literatura com mais esta pesquisa.

Além disso, a adaptação para o português brasileiro já conta com um facilitador que é a adaptação para o português de Portugal, que de certa maneira serviu de orientação para as traduções das sentenças. Tendo em vista uma adaptação cuidadosa dos aspectos de conteúdo da escala pretende-se que seus aspectos de validade de conteúdo e de critério sejam adequados. Por validade de critério pretende-se correlacionar o perfeccionismo com ajustamento psicológico na adolescência sendo estes indicadores de depressão, ansiedade, ruminação de pensamento e condutas compulsivas. A prevalência desse perfeccionismo desadaptativo é de 30% em adolescentes australianos (Sironic & Reeve, 2015) e podemos presumir teoricamente que o perfeccionismo socialmente prescrito terá associações mais fortes e direção positiva com problemas de saúde mental, quando comparados com o perfeccionismo auto-orientado, já que esse último em muitos estudos é considerado um constructo positivo associado com satisfação pessoal e senso de autoeficácia. Desta maneira, o perfeccionismo na adolescência é um tema pertinente, uma vez que envolve aspectos da saúde física e mental dos adolescentes e tem um papel importante no ajustamento psicológico do adolescente.

2.3. Perfeccionismo e adoecimento mental na adolescência: depressão, ansiedade, ruminação de pensamento, condutas compulsivas e sintomas psiquiátricos comuns.

Nas últimas duas décadas, as pesquisas sobre perfeccionismo se desenvolveram de forma crescente e isso se deve às extensas evidências de associação entre os componentes do perfeccionismo com o sofrimento psíquico e diversas psicopatologias, tais como depressão, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos alimentares, ideação suicida e

estresse psicológico. (Limburg et al., 2016). O interesse em compreender o perfeccionismo é de relevância no que se refere à sua capacidade preditiva para desfechos de saúde mental e, também, para o desenvolvimento de estratégias preventivas e interventivas que tenham como foco o perfeccionismo (Bieling et al., 2004). Segundo Flett et al. (2011), padrões excessivamente altos são estabelecidos e o não cumprimento desses padrões resulta em sofrimento psicológico, ansiedade e depressão e estados mentais associados ao sofrimento psicológico.

Com o objetivo de compreender a relação do perfeccionismo com indicadores de saúde mental, pode-se citar a importante questão de levantamento de indicadores de validade da CAPS relacionada a outras variáveis (validade de critério), uma vez que há vasta literatura que apontam relações entre estas variáveis (principalmente ansiedade, depressão e transtorno obsessivo compulsivo). Pode-se citar a seguir questões que orientaram a escolha das variáveis externas, especificamente: ansiedade, depressão, condutas compulsivas, ruminação de pensamento e sintomas psiquiátricos comuns. As pesquisas iniciais de perfeccionismo, entre 1960 e 1980, como citadas na introdução, alertaram para características do perfeccionismo negativas à saúde mental (Hollender, 1965; Burns 1980; Pacht, 1984). Na década de 1990, essa relação foi extensamente pesquisada, principalmente relacionada com ansiedade, estresse, depressão e sintomas psiquiátricos. (Frost et al., 1990; Hewitt, & Flett, 1991; Flett et al., 2002; Rice et al., 2007; yoon et al. 2008; Afshar et al., 2011; Wheeler et al., 2011; Schiena et al., 2012; Sironic & Reeve, 2015; Flett et al., 2016) e dessa forma, já oferece indicativo de que as preocupações perfeccionistas são um risco para saúde mental dos adolescentes. Desta forma, foram eleitas as variáveis de ansiedade, depressão e sintomas psiquiátricos comuns. No caso do transtorno obsessivo compulsivo (TOC) ele apresenta associação com o perfeccionismo, principalmente associado com a característica específica do TOC do tipo “simetria e organização”, no qual os objetos devem estar devidamente ordenados, categorizados segundo a subjetividade do indivíduo. Essa relação pode ser observada com a dimensão de Organização da FMPS (Frost et al., 1990) e Ordem da APSR (Slaney et al., 2001). Desta forma, resumiu-se os itens da dimensão “condutas compulsivas” - Bateria de Ajustamento Psicológico - (Reppold, 2005), preservando adequadas características de confiabilidade. Essa dimensão “condutas compulsivas” retrata justamente as características de simetria, precisão com objetos, tendência a organização, a colocar tudo em seus devidos lugares e senso de ordem presente no transtorno obsessivo compulsivo. Desta forma, uma vez observada a correlação dessas características do TOC com outras escalas de perfeccionismo,

objetivou analisar sua associação com a CAPS. Por último, a ruminação de pensamentos, constructo já pesquisados em adolescentes (McLaughlin et al., 2014) tem sido uma nova perspectiva que auxilia a compreensão da relação do perfeccionismo com sintomas depressivos (Flett, Coulter, Hewitt e Nepon, 2011) e deste modo, optou-se em incluir essa variável afim verificar sua associação com o perfeccionismo na atual pesquisa, e para possibilitar futuras pesquisas (longitudinais) a testar modelos de mediação do perfeccionismo e depressão. Podemos indicar que alguns sintomas psiquiátricos, sem caracterizações ou presença de psicose, estão bem representados com a atual pesquisa.

Algumas pesquisas longitudinais nos permitem compreender melhor como o perfeccionismo prevê depressão. Smith et al. (2016) fizeram uma revisão meta-analítica examinando 10 estudos longitudinais que estabeleciam a relação entre perfeccionismo e depressão. Os autores controlaram o neuroticismo na linha de base, a fim de conduzirem um exame rigoroso entre perfeccionismo e sintomas depressivos. Com uma amostra de adultos, ampla, caracterizada por estudantes de graduação, membros da comunidade, pacientes psiquiátricos e de ambulatórios, todas as dimensões avaliadas do perfeccionismo previram mudanças nos sintomas depressivos, para além do neuroticismo. Segundo os autores, essas descobertas conferem credibilidade e coerência às pesquisas e teorias, sugerindo que as dimensões do perfeccionismo fazem parte da personalidade pré-morbida de pessoas vulneráveis a sintomas depressivos. Dado esse consenso na literatura para adultos, observaremos a relação do perfeccionismo com depressão para o público de adolescentes, como na pesquisa longitudinal de Soenens et al. (2008) em que o controle parental previu maiores índices de perfeccionismo desadaptativo após um ano e que previram maiores índices de depressão após mais um ano. Também o estudo de Flett et al. (2011) demonstra importantes evidências sobre depressão (SOP em 0,24 e SPP em 0,30, $p < 0,01$) e ruminação (SOP 0,31, $p < 0,01$ e SPP 0,19; $p =$ não significativo) de pensamentos com uma amostra de adolescentes.

Em uma amostra de adolescentes, Flett et al. (2011) estudaram o papel da ruminação de pensamento na relação entre o perfeccionismo e a depressão, e trouxeram informações pouco abordadas anteriormente sobre o funcionamento da ruminação de pensamento para a manutenção de sintomas depressivos. As ruminatórias de pensamento são definidas como uma sequência de pensamentos repetitivos, de caráter negativo, que se perpetua por longo tempo (Reppold, 2005) e são caracterizadas por estarem associadas a eventos passados. Essa pesquisa foi feita com uma amostra de 81 adolescentes (44 meninas e 37 meninos) com a

média de idade de 12,8 anos (DP = 0,67). Os resultados indicaram que o perfeccionismo foi associado com depressão do seguinte modo: $r=0,24$ ($p < 0,05$) para perfeccionismo auto-orientado (PAO) e $r=0,30$ ($p < 0,01$) para perfeccionismo socialmente prescrito (PSP); ele também foi associado com preocupações para PAO ($r=0,33$; $p < 0,01$) e para PSP $r=0,30$ ($p < 0,01$). A ruminação do pensamento foi correlacionada com PAO ($r= 0,31$, $p < 0,01$), e, de maneira inesperada, não foi associada com PSP. A hipótese dos autores que foi corroborada com a pesquisa é de que a ruminação de pensamentos é um mediador dos sintomas depressivos, ou seja, que pessoas que se esforçam para ser perfeitas, se sentem muito incomodadas quando não conseguem controlar os seus estados emocionais internos, e dessa forma, quando apresentam sintomas de depressão ficam muito tempo ruminando sobre seus sentimentos de depressão e no quanto seu estado emocional não corresponde ao um bem-estar esperado. Isso ocorre, teoricamente, por situações em que os adolescentes não alcançaram as metas que pretendiam, ou por motivos de sentirem-se impotentes para corresponder a padrões estipulados pelos outros. Segundo Flett et al. (2011), a associação entre perfeccionismo e ruminação sugeriu que estudantes perfeccionistas que se esforçam por serem perfeitos e que estão cognitivamente preocupados com a necessidade de serem perfeitos ruminam extensivamente sobre seus sentimentos de depressão e talvez ficam meditando sobre erros e eventos passados que podem ter contribuído para seu sofrimento inicial.

Donaldson et al. (2000) tiveram o objetivo de examinar as relações entre perfeccionismo, cognições depressivas e desesperança em adolescentes que apresentaram tentativa de suicídio (unidade médica e psiquiátrica local.). Com uma amostra de 68 adolescentes (17 meninos e 51 meninas) com idade entre 11 e 17 anos com média de idade igual a 15,0 (DP=1,43) ele estudou as três variáveis da pesquisa. A desesperança teve correlação moderada com a dimensão PSP de perfeccionismo ($r= 0,45$; $p < 0,01$); o autocriticismo, uma dimensão da escala de experiências depressivas teve correlação com PSP em ($r= 0,57$; $p < 0,002$) e com desesperança em ($r=0,74$; $p < 0,002$). O PAO apresentou correlação com eficácia (dimensão das experiências depressivas) de ($r = 0,50$; $p < 0,002$). Desta forma, o PSP e não o PAO, tiveram relações com as experiências depressivas e com a desesperança.

Importantes estudos transversais e longitudinais procuraram estabelecer a relação entre ansiedade e perfeccionismo serão apresentados. Hewitt et al. (2002) realizaram uma pesquisa sobre perfeccionismo, depressão, ansiedade e raiva em uma amostra de 114 estudantes de 10 a 15 anos (média 12,3; DP =1,77). Eles encontraram uma correlação significativa entre

perfeccionismo e sintomas depressivos, sendo PAO ($r=0,20$; $p < 0,05$) e PSP ($r=0,2$; $p < 0,05$) e com ansiedade PAO ($r=0,30$; $p < 0,01$) e PSP ($r=0,24$; $p < 0,05$). Além disso, o perfeccionismo auto-orientado e socialmente prescrito foram preditores para depressão. Este estudo examinou se o perfeccionismo PAO e o PSP estavam associados a domínios de desajustamento psicológico, incluindo depressão e ansiedade; o estudo também encontrou correlações com raiva, e estresse em crianças. O perfeccionismo auto-orientado (PAO) e socialmente prescrito (PSP) foram associados a várias formas de desajustamento. Os autores sugerem que o perfeccionismo auto-orientado pode estar relacionado à depressão devido à autoavaliação punitiva do perfeccionista, à auto culpa, e generalização excessiva de falhas percebidas, o que pode influenciar experiências estressantes. Além disso, os autores acreditam que a associação entre perfeccionismo socialmente prescrito e depressão seja devido à forte necessidade de aprovação do indivíduo, ao medo de avaliação negativa e incapacidade percebida de atender às expectativas de outras pessoas (Hewitt & Flett, 1991).

Huggins et al., (2008) pesquisaram em uma amostra de 786 alunos pré-adolescentes entre 10 e 11 anos, se o perfeccionismo era um preditor para a depressão. A amostra era composta por 390 meninos e 396 meninas e as crianças foram classificadas em grupo clínico e não clínico para depressão, segundo os critérios do DSM-IV. As crianças do grupo clínico apresentaram pontuações mais altas nos índices de perfeccionismo (PAO e PSP), sendo que as diferenças entre grupo clínico e não-clínico foram significativas ($p < 0,001$). No entanto, como preditor da depressão, apenas o perfeccionismo socialmente prescrito foi significativo ($p < 0,005$), o perfeccionismo auto-orientado não ($p < 0,222$). As preocupações perfeccionistas (dimensão PSP) corroboram com teorias mais cognitivas da depressão e demonstram que a depressão está assentada em pensamentos disfuncionais. Neste, tendo como preditor o perfeccionismo socialmente prescrito, estes pensamentos são caracterizados pela distância entre o eu real e o que a pessoa supõe que é exigido dela pelos outros, com tendências de baixa autoestima e tendências de sentir-se inadequado por não atingir altos padrões estipulados por outros significativos. As evidências de Huggins et al. (2008) demonstraram que somente a dimensão de PSP era preditor de depressão que vai de acordo com a pesquisa de Donaldson et al. (2000) cuja desesperança e experiências depressivas em previstas apenas pela dimensão PSP. Ao contrário destes estudos, Hewitt et al (2002) previram que ambas as dimensões a PSP e a PAO eram preditores de depressão. Mais pesquisas longitudinais com adolescentes serão necessárias para avaliar a relação do perfeccionismo e da CAPS com depressão.

Tema fundamental a ser pesquisado, também é a ansiedade. Segundo Reppold (2005), a ansiedade é definida como um sentimento difuso e desagradável de apreensão, caracterizado pela antecipação de algo desconhecido ou perigoso seguido por um conjunto de reações automáticas que podem assumir aspectos específicos em cada indivíduo (Muris et al., (2003). Há uma vasta literatura científica associando ansiedade e perfeccionismo em crianças. Uma revisão de literatura foi realizada por Affrunti e Woodruff-Borden (2018) sobre esse tema, porém não tão vasta assim é a literatura científica com adolescentes. O perfeccionismo tem sido implicado como um fator que contribui para o desenvolvimento e manutenção de transtornos de ansiedade (Affrunti & Woodruff-Borden, 2014; Egan et al., 2011; Wheeler et al., 2011). De acordo com Stoeber et al. (2018), estudos relacionando perfeccionismo e sintomas de ansiedade total sugerem que crianças e adolescentes que são perfeccionistas podem ser mais temerosos e vigilantes por ameaças em seus ambientes, independentemente da situação.

Damian et al. (2016) mencionam que dois estudos longitudinais examinaram o perfeccionismo e a ansiedade em adolescentes usando dois pontos de medição, porém eles têm limitações metodológicas e, portanto, não produziram dados sólidos. No estudo de Einstein et al., (2000), relações transversais positivas foram encontradas entre preocupações perfeccionistas e ansiedade, mas longitudinalmente não foi significativo, pois as preocupações perfeccionistas falharam em prever aumentos de ansiedade ao longo do tempo. O'Connor et al. (2010) demonstraram que o perfeccionismo prediz o aumento dos sintomas de ansiedade total longitudinalmente, o PAO-Crítico foi preditor da ansiedade no tempo 2 ou seja, maiores níveis de perfeccionismo autocrítico previram maiores níveis de ansiedade no tempo 2. O perfeccionismo socialmente prescrito não previu ansiedade no tempo 2, o que é algo inesperado, visto que as associações com psicopatologias, dessa dimensão, são apresentadas em vários estudos anteriores. Damian et al. (2016) nos advertem que O'Connor et al. (2010) utilizando a dimensão de PAO-Crítico, acabou capturando aspectos das preocupações perfeccionistas, então devido a esta questão metodológica, os esforços previram aumento de ansiedade, quando na verdade a dimensão diz também sobre preocupações.

Para sanar estas questões metodológicas Damian, Negru-Subtirica, Stoeber e Băban (2016) propuseram um estudo longitudinal de perfeccionismo na adolescência e ansiedade, segundo as dimensões de primeira ordem do perfeccionismo: preocupações perfeccionistas e esforços perfeccionistas. A amostra total foi composta por 489 adolescentes (54% do sexo feminino e 46% do sexo masculino), dos quais 44% eram adolescentes mais jovens (idade de

12 a 15 anos) e 56% eram adolescentes mais velhos (de 16 a 19 anos). Os resultados mostraram um efeito longitudinal unidirecional positivo, desde preocupações perfeccionistas até sintomas de ansiedade. Não houve efeitos de esforços perfeccionistas para sintomas de ansiedade e nenhum efeito de sintomas de ansiedade para esforços perfeccionistas ou preocupações perfeccionistas. Portanto, preocupações perfeccionistas previam aumentos longitudinais nos sintomas de ansiedade, enquanto os esforços perfeccionistas não. As preocupações perfeccionistas prevendo ansiedade geraram um modelo adequado apenas para adolescentes mais velhos (16 a 19 anos). Para adolescentes mais jovens os caminhos das preocupações perfeccionistas aos sintomas de ansiedade não foram significativos, assim como todos os outros caminhos cruzados. O autor atribui isso ao fato de os adolescentes mais velhos relatarem níveis mais elevados de ansiedade do que adolescentes mais jovens. Portanto, é possível que, por esses motivos, preocupações perfeccionistas representam um fator de risco para o desenvolvimento e manutenção de sintomas de ansiedade, principalmente em adolescentes mais velhos.

Ainda em relação à ansiedade, Affrunti e Woodruff-Borden, (2018) realizaram uma revisão de literatura sobre ansiedade e perfeccionismo em crianças. Essa pesquisa traça um sólido caminho que evidencia para a associação entre a ansiedade total e o perfeccionismo na infância e também conta com algumas pesquisas na adolescência. Essas autoras propuseram como conteúdo passível de novas investigações a hipótese da relação entre o perfeccionismo e a ansiedade serem mediadas por quatro constructos: a intolerância a incerteza, a competência percebida, o sentimento de experiências “não justamente corretas” e o controle emocional. Novas pesquisas sobre ansiedade e perfeccionismo podem testar estes mediadores, com a população infanto-juvenil, já que muitas dessas relações foram observadas com a população adulta.

Hewitt et al. (2002) descobriram que tanto o perfeccionismo auto-orientado (PAO) quanto o perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) previram sintomas de ansiedade total em uma amostra de crianças. Outra pesquisa foi de Essau et al. (2008) que examinaram uma amostra composta por 1.022 adolescentes (594 da Alemanha e 428 de Hong Kong), entre 12 a 17 anos (idade média 14,29 anos). Eles realizaram um estudo transversal e avaliaram a ansiedade total e o perfeccionismo. Estes autores verificaram que entre os adolescentes alemães, a associação da ansiedade total com o perfeccionismo foi de $r=0,22$ ($p < 0,001$) para a dimensão PAO e $r=0,23$ ($p < 0,001$) para a dimensão PSP. Já em Hong Kong a associação foi de $r=0,36$ ($p < 0,001$) para PAO e $r=0,30$ ($p < 0,001$) para PSP. Desta forma foi

demonstrada a relação do perfeccionismo com ansiedade em várias culturas, de maneira que estudantes chineses demonstram tamanhos de efeito maiores para as correlações da ansiedade com o perfeccionismo. Sironic e Reeve (2015), como já foi apresentado anteriormente, em uma amostra de adolescentes, também encontrou correlação da dimensão PSP e PAO com ansiedade, depressão e estresse, sendo que PSP apresentavam maiores correlações com todas estas dimensões.

Fica claro com estas pesquisas, principalmente a de Damian et al. (2016), que os sintomas de ansiedade em adolescentes perfeccionistas se manifestam através de um medo inespecífico em buscar atender as expectativas dos outros (modelo parental das expectativas sociais) e segundo O'Connor et al. (2010) para atenderem as suas altas exigências pessoais com o perfeccionismo auto-orientado crítico. Outro tema interessante é a relação da ansiedade com o reforço dos altos desempenhos. Segundo Affrunti e Woodruff-Borden (2018), é necessário questionar: a ansiedade é reforçada por altos padrões de desempenho? Ou seja, quando se atinge um alto padrão, admite-se que a ansiedade foi necessária e valeu a pena? O alcance de resultados, é um reforço positivo pelo qual os meios, mesmo disfuncionais como a ansiedade, são repetidamente utilizados. Um mecanismo que envolve reforço é quando a criança ou adolescente conseguem atingir altos padrões eles finalmente têm uma diminuição da ansiedade, o que pode tornar reforçador o sentimento de alívio, seja por atingir as expectativas dos pais, por altos desempenhos escolares ou por sentirem-se orgulhosas de seus feitos. Além dos resultados positivos serem recompensadores, o alívio da ansiedade também é recompensador, quando a criança ou o adolescente sente-se eficaz em seu propósito, ou elogiado e estimado pelos cuidadores. A criança é super cobrada, cobrança é aversivo e a criança estuda muito e tira boas notas enfim a cobrança diminui. Estudar muito tende a ser um padrão de ações fortalecido. Mas, além disso, pais e professores oferecem notas, presentes, atenção e outros que são reforçadores positivos, o que ajuda ainda mais a estabelecer o padrão de estudos.

O problema dessa estratégia de atingir altos padrões a despeito de todo o sofrimento envolvido é que podem ocorrer algumas situações na vida em que a demanda escolar pode aumentar como no caso do ingresso para uma universidade e outras situações mais exigentes. Tais situações podem não gerar um alívio tão rápido, após a conquista da meta, o que causa problemas e dificuldades em diminuir da ansiedade, porque com a sobrecarga de tarefas e atividades e as demandas múltiplas são gerados estados mais frequentes de afetos negativos, que perduram por mais tempo, gerando assim, problemas associados à saúde mental.

Nehmy e Wade (2015) tiveram o objetivo de reduzir o risco de psicopatologia, diminuindo o perfeccionismo desadaptativo e o autojulgamento através de uma intervenção que visava amenizar o perfeccionismo e como consequência diminuir também os afetos negativos. Eles fizeram um pré-teste, a intervenção e um pós teste, com medidas posteriores a 6 meses e 12 meses, com as seguintes variáveis: afeto negativo, perfeccionismo e autojulgamento. A intervenção foi de oito lições do programa Health Minds que incluíam discussão facilitada, atividades com caneta e papel, atividades em grupo e o uso de material e conteúdo audiovisual. Como resultado, o programa mentes saudáveis gerou benefícios ao grupo experimental que passou pela intervenção e que tiveram pontuações mais baixas em perfeccionismo aos 6 e 12 meses de acompanhamento. No entanto, para autojulgamento aos 6 meses houve uma redução quando comparado aos controles, porém aos 12 meses não. Reduzir os afetos negativos que estão associados ao perfeccionismo, como consequência de níveis de desesperança, sintomas de depressão e de ansiedade, possibilita uma maior qualidade de vida o que demonstra a importância de intervenções que podem ser pensadas para amenizar os efeitos nocivos do perfeccionismo, quando eles existem.

Um último constructo frequentemente associado ao perfeccionismo são as condutas compulsivas que dizem respeito a comportamentos e pensamentos repetitivos realizados para aliviar o mal-estar provocado por uma obsessão ou para evitar que uma situação imaginada venha acontecer. (Reppold, 2005). O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é considerado um transtorno de ansiedade (DSM-5) e crianças e adolescentes que muitas vezes sentem necessidade de promover rituais ou condutas para evitar a ansiedade, adotam estratégias de enfrentamento/comportamentos de repetição e ou esquiva, para lidar com pensamentos invasivos.

O perfeccionismo e o TOC podem se relacionar de algumas, maneiras, dentre as quais a relação mais pesquisa é associada com as características de simetria e ordem do TOC com os constructos de Organização (FMPS) e Ordem (APSR). Outra questão ainda a ser hipnotizada é a sensação de “*Not Just Right*”, que acompanha o TOC e o perfeccionismo, gerando incômodo quando questões subjetivamente consideradas “erradas” para o indivíduo, se acentuam e geram ansiedade, evitações do cenário, pessoa, objeto e/ou situação incômoda e também compulsões para “corrigir” o que é subjetivamente “errado” o ou pelo menos “incerto” (Affrunti e Woodruff-Borden, 2018). Além disso, atualmente também são levantadas hipóteses sobre o constructo de intolerância a incerteza estar associado ao perfeccionismo e ao TOC, mas algumas pesquisas específicas serão necessárias para avaliar

possíveis relações entre esses constructos. No caso da presente pesquisa, o instrumento de condutas compulsivas (Reppold, 2015) permite verificar a relação do perfeccionismo com as características de organização, precisão e simetria de objetos, do TOC. Para compreender melhor o TOC, algumas pesquisas sobre esse constructo serão analisadas na população de crianças e adolescentes.

Ye et al. (2008), com uma amostra reduzida ($n=31$) de crianças e adolescentes de 7 a 18 anos, avaliaram as correlações dos sintomas obsessivos compulsivos com o perfeccionismo. As crianças eram diagnosticadas com TOC por um psiquiatra com mais de 10 anos de formação. A escala de perfeccionismo utilizada foi a escala de perfeccionismo adaptativo e desadaptativo que é composta pelas dimensões: compulsividade (refere-se a preferências por ordem e organização e uma orientação deliberada e cuidadosa em tarefas); sensibilidade a erros (ressentimento de emoções negativas associadas a cometer erros); autoestima contingente (sentimentos e auto avaliação com base no desempenho da tarefa) e necessidade de admiração (necessidade de aprovação e possivelmente aspirações narcísicas). Se correlacionaram com sintomas obsessivos, a dimensão de perfeccionismo sensibilidade a erros ($r=0,44$ $p<.05$), porém não se correlacionou a compulsividade ($r=0,13$), nem autoestima contingente ($r=-0,12$) e necessidade de admiração ($r=0,19$). Podemos ver dessa forma que a sensibilidade a erros que é a preocupação em cometer erros podendo elevar os níveis de preocupações que poderiam estar associadas a sintomas de TOC e ao perfeccionismo. Soreni et al. (2014) também estudou sintomas de TOC em 94 estudantes, crianças e adolescentes de 9 a 17 anos e avaliou através da CAPS as dimensões PSP e PAO crítico. Nessa pesquisa, PAO crítico previu aumento nos sintomas de TOC, mas não o PSP. Libby et al. (2004) utilizaram a FMPS, e observaram em uma amostra de crianças e adolescentes de 12 a 18 anos que as seguintes dimensões estavam associadas com o TOC: padrões pessoais, dúvida sobre ações e organização. O TOC está associado ao perfeccionismo no que diz respeito à necessidade de atingir certas situações de perfeição (como na teoria de Affrunti et al., 2018), e para ter a sensação de que as coisas estão “*just right*”, evitando a sensação de “experiências não justamente corretas” ou experiência falhas e erradas, muitas pessoas podem acabar tendo condutas compulsivas e desenvolvendo sintomas de TOC, sendo uma preocupação exagerada com os objetos estarem nos seus devidos lugares e rituais para situações e eventos. Além disso, o TOC pode se manifestar também pela evitação dos erros, pois caso eles ocorressem, elevariam o nível de preocupações. Os altos padrões de desempenho e a organização também

estão associadas ao TOC para gerar um alívio da ansiedade colocando as coisas, pensamento ou objeto em seus devidos lugares.

A literatura internacional apresenta importantes pesquisas da relação do perfeccionismo e saúde mental na adolescência e apesar desta relação já possuir evidências de metanálise e diversos estudos longitudinais para o público de adultos, as pesquisas com o público de adolescentes estão se desenvolvendo de forma crescente. O papel do perfeccionismo socialmente prescrito e do perfeccionismo auto-orientado nas questões de saúde mental estão em debate, mas grande parte das evidências demonstram que o perfeccionismo socialmente prescrito está associado a piores desfechos de saúde mental (Huggins et al., 2008; Donaldson et al., 2000). No entanto o perfeccionismo auto-orientado também aparece associado a tais desfechos (Hewitt et al. 2002, Sironic e Reeve, 2015, Flett et al. 2011), mas sempre com tamanhos de efeitos menores que o PSP, com exceção da pesquisa que utilizou a dimensão do perfeccionismo auto-orientado crítico que previu maiores níveis de ansiedade longitudinalmente (O'Connor et al., 2009).

A fim de desenvolver mais pesquisas que ampliem evidências sobre o papel do perfeccionismo auto-orientado e do perfeccionismo socialmente prescrito para os desfechos de saúde mental, o objetivo do presente trabalho é adaptar e levantar evidências de validade da *Escala de Perfeccionismo para Crianças e Adolescentes (Child-Adolescent Perfectionism Scale, CAPS)* para o português brasileiro. Uma característica desse instrumento é que ele permite a operacionalização das dimensões de primeira ordem do perfeccionismo sendo o perfeccionismo auto-orientado uma chave para entender os esforços perfeccionistas e o perfeccionismo socialmente prescrito uma chave para compreender as preocupações perfeccionistas. Isso permite a comparação com outros instrumentos que estudam estas duas dimensões mais amplas. Além disso, a CAPS, como já foi abordado anteriormente, é um importante instrumento que visa expandir as pesquisas com o público de crianças e adolescentes e isso pode ser evidenciado pelas mais de 50 pesquisas realizadas internacionalmente, incluindo uma metanálise de sua confiabilidade (Vicent et al. 2019) cuja comparação da média geral de confiabilidade com o indicador da validação brasileira da CAPS será importante para conferir qualidade à adaptação realizada por esta pesquisa. Desta forma, pretende-se colaborar com as pesquisas nessa área, primeiramente adaptando o instrumento e em segundo lugar, gerando resultados da associação das duas dimensões de perfeccionismo com indicadores de ajustamento psicológico do adolescente, sendo eles:

depressão, ansiedade, ruminação de pensamentos e condutas compulsivas, ou seja, levantando indicadores de validade de critério do instrumento.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Adaptar para o português brasileiro a Escala de Perfeccionismo para Crianças e Adolescentes (*Child-Adolescent Perfectionism Scale, CAPS*).

3.2 Objetivos Específicos:

1. Realizar a tradução e tradução reversa da CAPS do inglês para o português brasileiro e vice-versa;
2. Realizar análise semântica do instrumento com público-alvo através de grupo focal;
3. Realizar análise de especialistas e levantar os índices de concordância entre juízes para os quesitos de equivalência cultural, semântica, idiomática e conceitual;
4. Investigar a estrutura interna do instrumento por meio de análises fatoriais e levantar indicadores de confiabilidade por meio da análise da consistência interna
5. Caracterizar o perfeccionismo em adolescentes, buscando levantar diferenças associadas ao gênero e à idade
6. Verificar as associações existentes entre os diferentes componentes do perfeccionismo, operacionalizados na CAPS, com indicadores de ajustamento psicológico, mais especificamente (depressão, ansiedade, ruminação de pensamento, condutas compulsivas e sintomas psiquiátricos comuns) a fim de levantar evidências de validade da CAPS associadas a critérios externos.

4. HIPÓTESES

1. A *Child-Adolescent Perfectionism Scale* terá adequadas propriedades psicométricas de validade e confiabilidade para avaliar no público-alvo de adolescentes brasileiros.

2. A dimensão perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) se correlacionará, de forma positiva e significativa, com indicadores de adoecimento mental (depressão, ansiedade, ruminação de pensamentos e condutas compulsivas) e com sintomas psiquiátricos comuns SQR-20, por se tratar do componente de preocupações perfeccionistas, mais associado na literatura a desfechos negativos.
3. A dimensão perfeccionismo auto-orientado (PAO) não se correlacionará com indicadores de saúde mental (depressão, ansiedade, ruminação de pensamentos e condutas compulsivas) e sintomas psiquiátricos comuns, por se tratar do componente de esforços perfeccionistas, mais associado a desfechos positivos.

5. MÉTODO

5.1. Contextualização

Essa pesquisa faz parte de um projeto maior, intitulado “Perfeccionismo: avaliação e evidências de sua relação com a personalidade e saúde mental em diferentes amostras da população”, coordenado pela profa. Dra. Marcela Mansur-Alves, do Laboratório de Avaliação e Intervenção na Saúde (LAVIS). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o número CAAE 63461916.4.0000.5149 (Anexo 1). Essa pesquisa contou com delineamento transversal, correlacional e descritivo. Este estudo possui quatro etapas, a saber: Etapa 1. Tradução do instrumento; Etapa 2. Estudo da Inteligibilidade; Etapa 3. Análise de juízes; Etapa 4. Análise de estrutura interna, validade de critério e confiabilidade da escala.

5.2. Estudo de adaptação transcultural

5.2.1 Tradução direta da CAPS

Em primeiro lugar, enviou-se um e-mail solicitando autorização dos autores para tradução ao português brasileiro da CAPS, que foi respondido de forma positiva, com a autorização dos autores para o seguimento dos estudos no Brasil (Apêndice 1). A seguir, três tradutores bilíngues realizaram a tradução dos itens do inglês para o português. Após as três traduções, foi realizada a síntese da versão preliminar do instrumento pela equipe de pesquisa (comitê), tendo a tarefa de comparar as três traduções entre si e com o instrumento original

procurando analisar quais vocábulos se adequariam mais a nossa cultura. Com esta síntese, foi desenvolvida a primeira versão do instrumento.

5.2.2 Análise Semântica (estudo de Inteligibilidade).

A análise semântica tem como objetivo verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população à qual o instrumento se destina. É importante desta forma verificar se o instrumento é compreensível para o extrato mais baixo e mais alto da população, ou seja, o seguimento da população que apresenta o menor e o maior nível de habilidades. O objetivo da análise semântica é que a compreensão não seja um fator dificultador das respostas às escalas. (Damásio & Borsa, 2018)

Foi realizado um grupo focal, com o objetivo de avaliar a inteligibilidade das sentenças da escala da CAPS-BR para o público-alvo. Com a primeira versão da tradução do instrumento, a equipe realizou dois grupos focais em uma escola particular da região metropolitana de Belo Horizonte. O grupo focal aconteceu em junho de 2018, sendo composto por dois grupos representativos de adolescentes, sendo o primeiro grupo composto por 16 alunos do ensino fundamental do 6º ano ao 9º e o segundo por dez alunos do ensino médio do 1º ano, 2º ano e 3º ano. O grupo focal foi ministrado pela pesquisadora e por estudantes de iniciação científica do LAVIS/UFMG. A faixa etária de 12 a 17 anos foi contemplada na pesquisa. Os dois grupos focais tiveram a duração total de 1 hora, cada um.

Para a realização do grupo focal, foi selecionada uma escola que abriu a possibilidade de um espaço para discussão com o corpo discente (os alunos alfabetizados) sobre a escala CAPS. Para tanto em um determinado dia, durante o horário de aula, os alunos foram reunidos em uma sala para formar o grupo de discussão. Os pesquisadores entregaram para cada aluno uma folha com cada uma da sentença do instrumento CAPS Brasil, seguida de uma escala do tipo Likert de 5 pontos que representavam o nível de compreensão do item. Aos alunos foi pedido que respondessem o nível da compreensão que tinham acerca dos itens. É importante considerar que alguns itens apresentavam mais de uma versão para o adolescente escolher qual a melhor, em sua opinião. O procedimento do grupo focal contou como instrumento para a aplicação do grupo focal lápis e protocolo de respostas com uma escala que continha os 22 itens da CAPS com uma mensuração do tipo *likert* de 5 pontos (1 – não compreendo nada; 5- compreendo totalmente) para avaliar a inteligibilidade da escala pelos estudantes. Ao final, após todos terem respondido ao instrumento, abriu-se um espaço para debate e discussão.

5.2.3 Análise de Juízes

As análises dos juízes especialistas, foram realizadas após as considerações dos grupos focais sobre a inteligibilidade do instrumento e após dos ajustes na escala terem sido realizados. Seis juízes especialistas em psicometria foram convidados para julgar a equivalência do item traduzido com a versão original do inglês. Todos os especialistas foram psicólogos com mais de 10 anos de experiência na área de avaliação psicológica. Os juízes receberam um e-mail com um formulário para avaliar os itens da CAPS segundo os critérios a seguir: equivalência semântica: diz respeito ao significado das palavras, sentenças e gramática; equivalência idiomática: refere-se a expressões do idioma original que quando traduzidas devem encontrar equivalência em expressões que conservem o sentido, tais como ditados populares e coloquialismo; equivalência experiencial ou cultural: refere-se à coerência entre os termos e expressões utilizadas e sua representação cultural comportamental.; equivalência conceitual: refere-se à conservação das representações dos conceitos originais utilizados na versão original da escala. No caso da Escala de Perfeccionismo para Crianças e Adolescentes os itens devem representar duas dimensões, a saber: perfeccionismo auto-orientado (quando as metas elevadas e a exigência por altos padrões de desempenhos são voltadas para si mesmo) e o perfeccionismo socialmente prescrito (quando a pessoa sente que a perfeição é exigida dela pela sociedade e pelos outros em geral).

Os especialistas avaliaram cada item em relação aos critérios apresentados acima, pontuando em uma escala *likert* de 3 pontos, na qual, 1 significa a não equivalência, 2 significa que o juiz tem dúvidas se equivale ou não e 3 significa que o termo equivale. Após a avaliação dos especialistas e com os dados tabulados foram calculados: o Kappa de Fleiss e o Coeficiente de Validade de Conteúdo.

5.2.4 Tradução Reversa

Dois tradutoras bilíngues realizaram a retrotradução para o inglês. Tais tradutoras não participaram da primeira etapa de tradução do instrumento sendo, portanto, imparciais para o processo. Após essa etapa, as duas versões dos itens foram enviadas para o autor Gordon Flett. O autor avaliou qual a melhor versão dos itens e sugeriu mudanças a alguns deles para adequar ao conteúdo para qual o item foi criado.

5.3 Análise da estrutura interna, validade de critério e confiabilidade.

5.3.1 Participantes

Foram convidadas a participar nove escolas, utilizando um critério de conveniência por proximidade e receptividade da direção da escola à pesquisa. A amostra inicial do estudo contou com a participação de 432 adolescentes de escolas públicas e privadas dos municípios de Belo Horizonte, Sete Lagoas e Carmo do Cajuru, todos situados em Minas Gerais. Esses adolescentes foram aqueles cujos pais/responsáveis assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, autorizando a sua participação no estudo. Desse número original, 18 protocolos foram excluídos, devido ao preenchimento incompleto das informações de caracterização sociodemográfica ou algum dos instrumentos utilizados na pesquisa. Esse critério, para exclusão de protocolos com preenchimento incompleto, foi o de exclusão dos questionários que tivessem com mais de 5% de respostas em branco (Tabachnick & Fidell, 2007). Após a limpeza do banco de dados, a amostra final do estudo foram 414 participantes, 67,4% (n=279) do sexo feminino e 32,6% (n=135) do sexo masculino. Os adolescentes eram estudantes advindos do 9º ano do ensino fundamental, 1º ano, 2º ano e 3º ano do ensino médio. A média de idade é de 15,46 (dp=1,08) e a idade mínima foi de 13 anos e a máxima de 18 anos.

Dos indivíduos pesquisados, 96,6% são provenientes de escolas públicas estaduais e 3,4% são de escolas privadas. A caracterização sociodemográfica da amostra encontra-se na Tabela 2. Apenas 397 pais completaram as informações acerca do nível socioeconômico. A maioria dos indivíduos compõe os estratos B2, C1 e C2. Além disso, a porcentagem de meninas (67,31%) é maior que a porcentagem de meninos (32,69%) e a maior frequência de idade está presente na faixa etária de 15 e 16 anos, bem como a maior frequência na série é apontada pelo 1º e 2º ano. A possibilidade de dividir os adolescentes entre mais novos e mais velhos poderá suscitar a análise, a partir de subamostras, para avaliar se o desenvolvimento do perfeccionismo se modifica ao longo do amadurecimento e envelhecimento dos adolescentes. Além disso, é possível verificar se teria um aumento dos aspectos de sofrimento perfeccionista entre os mais velhos, uma vez que o vestibular está próximo e as preocupações acerca do mundo do trabalho são mais proeminentes.

Tabela 2 – Caracterização geral da amostra

	n	%
Sexo		
Menino	135	32,69
Menina	278	67,31
Classe socioeconômica		
A1	19	4,79
B1	38	9,57
B2	136	34,26
C1	93	23,43
C2	76	19,14
D	29	7,30
E	6	1,51
Idade		
13	7	1,69
14	73	17,63
15	142	34,30
16	116	28,02
17	66	15,94
18	10	2,42
Ano Escolar		
9º ano do ensino fundamental	70	16,95
1º ano do ensino médio	155	37,53
2º ano do ensino médio	114	27,60
3º ano do ensino médio	74	17,92
Faixa etária		
Mais novos (13-15 anos)	222	53,62
Mais velhos (16-18 anos)	192	46,38

Nota: n = número de indivíduos; % = Porcentagem

5.3.2. Instrumentos

1 - Escala de Perfeccionismo para Crianças e Adolescentes (*Child-Adolescent Perfectionism Scale – CAPS.*)

Instrumento desenvolvido por Flett et al., 2001 e publicada no artigo de Flett et al., 2016). Esse instrumento é composto por 22 itens e dois fatores. O primeiro fator perfeccionismo socialmente prescrito é composto por 10 itens e o segundo fator o perfeccionismo auto-orientado é composto por 12 itens. As análises de consistência interna, do estudo original de Flett et al (2016) produziram um alfa Cronbach de 0,84 para perfeccionismo socialmente prescrito e de 0,81 para perfeccionismo auto-orientado. A

correlação entre os dois fatores foi de 0,53. O instrumento é composto por escala Likert de 5 pontos sendo 1 – “ Falso, não se parece nada comigo”, 2 – “Mais falso que verdadeiro”, 3 – “ Não é falso nem verdadeiro”, 4 – “ Mais verdadeiro que falso” e 5 – “ Totalmente verdadeiro – se parece muito comigo. ” A escala utilizada foi originada da pesquisa de validação mais recente dos autores (Flett et al., 2016) e disponível para acesso no site dos autores <https://hewittlab.psych.ubc.ca/measures-3/child-adolescent-perfectionism-scale>.

2- Questionário Demográfico e de Saúde

Este instrumento foi desenvolvido para a presente pesquisa para levantar indicadores sociais e de saúde (Apêndice 2). Para avaliar o nível socioeconômico foi utilizado o Critério de Classificação Sócio Econômica Brasil (CCEB, 2019), que permite avaliar as classes sociais que estão presentes na amostra. Este critério classifica os indivíduos compilando escores de renda e nível socioeconômico, de acordo com os níveis A B1, B2, C1, C2 D-E que varia entre R\$ 25.554,33 (A) até R\$719,81. (D-E).

3 - Escala de Ajustamento Psicológico.

Este instrumento desenvolvido por Reppold (2005). O instrumento não é de uso livre, mas foi autorizado pela autora para fins de pesquisas. É composto por uma escala Likert de 5 pontos sendo 1- “Discordo completamente” / “nada a ver comigo” 2- “Discordo um pouco” / “tem pouco a ver comigo” 3- “Não concordo, nem discordo” / “Mais ou menos” 4- “Concordo um pouco” / “tem a ver comigo” 5- “Concordo completamente” / “tem tudo a ver comigo”. Na presente pesquisa foram utilizadas as dimensões: sintomas de ansiedade, controle da ansiedade (escala de ansiedade), humor deprimido, bem-estar subjetivo (escala de humor), conduta compulsiva e ruminação de pensamentos (escala de pensamento), que serão descritas a seguir. A versão reduzida abarcou itens da escala de ansiedade, humor (depressão), pensamento (ruminação de pensamentos e condutas compulsivas). O instrumento completo (Reppold, 2005) é composto por cinco escalas (ansiedade, humor, conduta social, atenção/atividade motora e pensamento), destinadas à avaliação do ajustamento psicológico de adolescentes entre 11 e 17 anos.

a- Escala de Ansiedade: é composta por 64 itens e duas dimensões: fator 1 denominado como sintomas ansiosos e o fator 2 é denominado como capacidade de controle da ansiedade. Os sintomas ansiosos dizem respeito a preocupações antecipatórias, avaliações superestimadas de riscos e sensação de desrealização (todos indicadores de alteração de

pensamento). A capacidade de controle da ansiedade diz respeito a mecanismos de metacognição para controlar a ansiedade. (Reppold, 2005). Dos 64 itens de ansiedade foram selecionados 18 itens a fim de obter uma versão reduzida, de maneira que 13 itens se referem à dimensão 1 (sintomas ansiosos) e 5 itens referem-se a dimensão 2 (controle da ansiedade). A versão reduzida apresentou boa consistência interna para o fator 1 e uma consistência abaixo do recomendado ($< 0,7$) para o fator 2, com Ômega de McDonald de 0,87 para o fator 1 e de 0,61 para o fator 2.

b -Escala de Humor: é composta por 79 itens e três dimensões: o fator 1 é denominado de humor deprimido. Essa dimensão humor deprimido avalia os sintomas afetivos que são marcadores de tristeza, desânimo, apatia, labilidade emocional, irritabilidade, autopiedade/autodepreciação, culpabilização, tédio, isolamento social percebido e anedonia. O fator 2 é denominado de bem-estar subjetivo; essa dimensão avalia aspectos relacionados à autoestima, orgulho pessoal satisfação com a vida atual e com o grupo, otimismo e alegria/felicidade. O fator 3 é denominado de mania e risco de suicídio. Essa última dimensão avalia envolvimento insensato em atividades perigosas, falta de interesse consigo, excesso de confiança/ideação de grandeza, euforia, distratibilidade, alterações do sono, comportamentos dispendiosos, impulsividade, percepção de risco, pensamentos niilistas, autolesivos, suicidas ou acusatórios e tentativa de suicídio. Na presente pesquisa este terceiro fator não foi utilizado, já que não havia muitas evidências na literatura da associação de mania com perfeccionismo. A versão reduzida dessa escala foi composta do fator “ humor deprimido”, composta por 10 itens e “bem-estar subjetivo, composta por 5 itens. Ambos os fatores apresentam boa consistência interna, com valor do Ômega de McDonald de 0,91 para o fator 1 e de 0,84 para o fator 2.

c- Escala de Pensamento: É composta por 67 itens e duas dimensões: o Fator 1 é chamado de conduta compulsiva e o fator 2 de ruminação de pensamento. Para explicar melhor os constructos, a conduta compulsiva tem a expressão de comportamentos de forma pública e refere-se a: dificuldade de adaptação perante desordens, dedicação exagerada às tarefas, busca de garantias e outras ações ritualísticas; ruminação de pensamentos se expressa de maneira intrapsíquica e se refere a dúvida patológica; sentimentos catastróficos; sensação de inquietação; senso de responsabilidade ou controle exagerado. (Reppold, 2005). A versão reduzida da escala de pensamentos foi composta por 8 itens de conduta compulsiva e de 9 itens de ruminação de pensamento. Na versão reduzida, o ômega de McDonald para o fator 1 foi de 0,81 e 0,77 para o fator 2.

Uma versão reduzida do instrumento foi desenvolvida pela presente pesquisa no Laboratório de Avaliação e Intervenção na Saúde (LAVIS/UFMG). Considerando que a aplicação das subescalas com a sua totalidade de itens tornaria o protocolo extenso e poderia aumentar a probabilidade de desmotivação e respostas tendenciosas, optou-se por selecionar de cada uma das subescalas que serão utilizadas no presente estudo uma porcentagem de 25% dos itens totais, com as cargas fatoriais mais elevadas (quantitativo) e que tivessem representatividade das diversas facetas de cada uma das dimensões incluídas (qualitativo), reduzindo assim o tempo total de aplicação.

4 - *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20).

Esse instrumento avalia sintomas mentais comuns que são definidos como sintomas depressivos não-psicóticos, ansiedade e queixas somáticas que afetam o desempenho de atividades diárias. Esse questionário foi produzido pela organização mundial da saúde e foi validado por Mari et al. (1987), é composto de 20 perguntas cujas respostas são dicotômicas sim/não (quatro sobre sintomas físicos e 16 sobre distúrbios psicológicos e emocionais), considerando os últimos 30 dias. A confiabilidade do questionário, medido pelo para a presente amostra foi de 0,89.

Com o objetivo de estimar as qualidades psicométricas dos instrumentos citados acima (escala de ajustamento psicológico e SRQ-20) foi realizada análises fatoriais confirmatórias com o resultado para ajustamento psicológico, modelo de 6 fatores e $n=358$ (sendo os fatores Indicador de ansiedade $\omega=0.87$; Controle Ansiedade $\omega=0.61$; Humor deprimido $\omega=0.9$; Bem-estar subjetivo $\omega=0.84$, Fenômenos cognitivos $\omega=0.77$; Ações compulsivas $\omega=0.81$) e SRQ-20 $\omega=0.89$. O modelo indicou ajustes: [KMO = 0,92; Valor de significância Barlett $p < 0,001$, $\chi^2 = 2745,16$; graus de liberdade = 1160; valor de p (χ^2) $< 0,001$; CFI = 0,91; TLI = 0,91; RMSEA = 0,06 (IC = 0,059 – 0,06)]. A análise fatorial confirmatória para o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) gerou o resultado ($n = 311$):[KMO = 0,90; valor de significância Barlett $p < 0,001$, $\chi^2 = 378,25$; graus de liberdade = 190; valor de p (χ^2) $< 0,001$; CFI = 0,95; TLI = 0,94, RMSEA 0,063 (IC = 0,054 – 0,071)]. Os resultados apontaram que os valores de KMO para os dois instrumentos ficaram acima de 0,70 e todos os índices de esfericidade apresentaram significância estatística. O ajuste do modelo aos dados foi satisfatório com CFI e LTI acima de 0,90 e RMSEA abaixo de 0,08.

5.3.3 Procedimentos de Coleta

A seleção de escolas para a coleta de dados foi realizada por conveniência, a partir dos critérios de proximidade à região da Universidade Federal de Minas Gerais e próximas à região central de Belo Horizonte. Além da região de Belo Horizonte, foi feito o convite para uma escola na cidade Carmo do Cajuru/MG e outra escola em Sete Lagoas, cidades vizinhas à Belo Horizonte, cujo pesquisadores tinham acesso facilitado. O convite foi feito às escolas através de uma ligação telefônica para a diretoria da escola que marcou uma reunião para apresentação o projeto da pesquisa para os diretores. A autorização da pesquisa no Comitê de Ética (COEP – UFMG) era apresentado aos diretores, bem como os procedimentos da autorização da participação do estudante “menor de idade” com o termo de consentimento livre e esclarecido, assinado pelos pais e o termo de assentimento assinado pelos próprios adolescentes. Os diretores que estavam, conscientes dos procedimentos de pesquisa e interessados davam a autorização para a coleta acontecer na escola. Para documentarmos a autorização dos diretores, eles preenchem o termo de anuência para a promover a pesquisa nos âmbitos das suas instituições. Após a assinatura pelos pais da autorização da autorização para os filhos participarem da pesquisa, era entregue ao adolescente o termo de assentimento, qual havia a opção de ele participar ou não da pesquisa, sendo conferido o carácter de livre participação e evitando qualquer tipo de obrigatoriedade.

A equipe de pesquisa desenvolveu um manual para a coleta de dados para garantir que todas as aplicações seguissem os mesmos procedimentos indicados e tivessem uma homogeneidade de instruções. Foram desenvolvidos treinamentos especializados oferecidos aos estudantes de iniciação científica, que participaram da coleta, capacitações como: apresentar a pesquisa para os diretores, abordar os adolescentes, indicar a livre opção aos adolescentes para a participação na pesquisa, aplicar a pesquisa nos adolescentes, instruir quanto aos acontecimentos de erros no preenchimento do protocolo de pesquisa, instruções quanto as possíveis dúvidas que poderiam surgir e como sanar as dúvidas dos adolescentes. Além disso, foi desenvolvido um protocolo para atendimento de situações de crise, quando o adolescente apresentava alguma sintomatologia de ansiedade, depressão e outras psicopatologias e procurava a equipe de psicologia para pedir ajuda quanto a algum quadro psicológico específico (Apêndice 3).

A coleta de dados ocorreu no período entre fevereiro de 2019 a outubro de 2019. A pesquisa ocorria na escola em horário de aula nos momentos em que os alunos não tivessem atividades avaliativas, provas ou quaisquer atividades que valessem nota, conforme acordado

previamente com os coordenadores pedagógicos dos momentos em que os alunos não tivessem atividades avaliativas, provas ou quaisquer atividades que valessem nota. As aplicações, todas coletivas, ocorreram em salas de aula e tiveram duração de 30 a 50 minutos. Pelo menos dois pesquisadores treinados para o momento de coleta se disponibilizavam para monitorar o comportamento dos adolescentes, em cada uma das aplicações. Os instrumentos foram apresentados aos adolescentes e, antes da administração dele, as instruções de cada instrumento foram lidas em voz alta, bem como o termo de assentimento. Os pesquisadores se mantiveram no local por toda a administração das escalas para responder quaisquer perguntas que os alunos tivessem. Após esse tempo os adolescentes retornavam às suas atividades em sala de aula.

Os contatos dos pais dos adolescentes eram registrados para a entrega futura da carta devolutiva, que era feita aos adolescentes e aos pais, que informou sobre o nível de perfeccionismo do adolescente. (APÊNDICE 6). O ponto de corte para considerar o nível de perfeccionismo são: valores abaixo do percentil 25% (baixo), entre o percentil 25% e 75% (médio) e acima do percentil 75% (alto). Ao final, era ressaltado que a carta devolutiva não tinha o valor de um laudo psicológico, mas sim de uma devolução do resultado da pesquisa.

5.3.4 Procedimentos de Análise de Dados

Inicialmente, na etapa da análise semântica, as respostas dos adolescentes foram registradas em uma escala *likert* de 5 pontos: “Não compreendo nada” a “compreendo totalmente”. Após isso, as respostas foram tabuladas em uma planilha e a partir desses dados foi realizado o cálculo de frequência das respostas. Na segunda etapa, de análise dos juízes especialistas, as respostas foram desenvolvidas em uma escala *likert* de 3 pontos e a partir desta base de dados foi calculado o Kappa de Fleiss e o índice de validade de conteúdo. O índice Kappa (k) é um índice de acordo intra-juízes que foi desenvolvido para dados nominais. Ele avalia a porcentagem de casos de concordância entre dois juízes para classificar os itens de certas categorias. Ele corrige o viés que pode estar presente no julgamento de um juiz somente e gera fiabilidade para a medida. (Fonseca et al.,2007). Em 1971, Fleiss Kappa, apresenta a fórmula para cálculo de concordância entre muitos examinadores, de acordo com a fórmula: $Kappa (k) = \frac{P_o}{1} - \frac{P_e}{p_e}$, e os dados da pesquisa atingiram os pressupostos básicos para o seu cálculo: as unidades em análise eram independentes; as categorias da escala nominal eram independentes e mutuamente exclusivas e exaustivas; e os juízes atuaram independentemente. Os valores de referência para interpretação do Kappa são: entre 0 e 0,2 é

fraca; entre 0,21 e 0,4 é moderada; entre 0,61 e 0,8 é forte ou substancial; entre 0,81 e 1 é quase perfeita (Landis & Koch, 1977)

O Coeficiente de Validade de Conteúdo foi calculado (CVC) para cada item e total de itens. O cálculo que utilizamos para o CVC foi demonstrado por Hernández-Nieto (2002), segundo a fórmula: $cvc = cvcp - e$; $cvcp = \frac{M_r}{v}$; $e = \left(\frac{1}{j}\right)^j$. Segundo Coluci, Alexandre e Milani (2015), no caso de seis ou mais juizes, recomenda-se uma taxa não inferior a 0,78.

Em sequência, investigou-se a estrutura fatorial da CAPS foi realizada através do *Exploratory Structural Equation Modelling* (ESEM – Asparouhov & Muthén, 2009). Este tipo de modelagem estatística é recomendado para escalas de personalidade (Booth & Hughes 2014) e a configuração dos parâmetros de análise foi realizada de acordo com as recomendações da literatura (Marsh et al., 2014). As análises de ESEM foram feitas no programa MPlus versão 7. Foi utilizado o estimador padrão para itens ordinais, *weighted least squares with mean and variance* (WLSMV), parametrização theta e rotação target. A avaliação do ajuste do modelo levou em consideração os valores de *Comparative Fit Index* (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI) e *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA). Valores de CFI e TLI acima de 0,90 e de RMSEA menores que 0,08 foram considerados aceitáveis (Kline, 2015). A análise da confiabilidade dos fatores foi realizada por meio do Ômega de McDonald (ω) pelo programa MPlus versão 7e pelo Alfa de Cronbach (α) através do programa R (R core team, 2019).

Além disso, para possibilitar levantar evidências de validade de critério e averiguar as propriedades dos instrumentos utilizados na pesquisa, foram realizadas análises fatoriais confirmatórias para gerar os escores fatoriais para as escalas de Ajustamento psicológico (Reppold, 2005) e SRQ-20 (Mari et al., 1987). Após o cálculo dos escores fatoriais, foram conduzidas três análises de correlação. A primeira matriz de correlação conteve todas as variáveis supracitadas. A segunda matriz foi calculada controlando para a influência da variância de perfeccionismo auto orientado nos demais valores de correlação. A última matriz controlou para os efeitos de perfeccionismo socialmente prescrito. Esse procedimento foi realizado de acordo com as sugestões de Stoeber et al. (2017). Então, foi analisado o padrão de correlação encontrado entre perfeccionismo auto orientado, perfeccionismo socialmente prescrito, idade, as seis dimensões da escala de Ajustamento Psicológico e o escore na escala SRQ-20. Em sequência, as análises de comparação de grupo, análises fatoriais confirmatórias e de correlação foram realizadas usando o programa R (R core team, 2019) versão 3.6.0

utilizando os pacotes: psych (versão 1.8.12; Revelle, 2018), effsize (versão 0.7.4; Torchiano, 2016) e Lavaan (versão 0.6-3; Rosseel, 2012). Por fim, foram investigadas possíveis diferenças no grau de perfeccionismo entre: homens e mulheres; e adolescentes mais novos e mais velhos e foram realizados testes t e o índice *d* de Cohen. Para interpretar o tamanho da magnitude da diferença, foram considerados os valores propostos por Cohen (1988), sendo |0,2| uma diferença pequena, |0,5| média e |0,8| grande.

6. RESULTADOS

6.1 Estudo I – Tradução e Validade de conteúdo

6.1.1 Tradução direta da CAPS

Após as três versões de tradução (três bilíngues), foi realizada a síntese da versão preliminar do instrumento pela equipe de pesquisa e foi feita uma análise das dificuldades da tradução para o português. A metade dos itens não gerou incompatibilidades na tradução, uma vez que a tradução direta gerava um item adequado, sem necessidades de adequações semânticas e culturais, isso aconteceu com 11 itens, ou seja 50% dos itens. Mais especificamente, 5 itens tiveram diferenças pequenas que não alteravam tanto o sentido principal, como, por exemplo: “*People around me expect me to be great at everything*” que foi traduzido para o português como “As pessoas à minha volta esperam que eu seja o(a) melhor em tudo.”. Especificamente 6 itens exigiram um pouco mais de cuidado como a tradução para procurar uma tradução adequada a nossa cultura como por exemplo no item: “*I always try for the top score on a test*” que foi traduzido para “Sempre tento conseguir a nota máxima em uma prova”. Esse item enfrenta dificuldade na adaptação cultural, pois no inglês “top score” indica uma certa competição e comparação com outras pessoas acerca da nota, enquanto uma nota máxima não possui esse significado. Em todas as frases a intenção foi preservar o sentido do item original. Desta forma, foi sintetizada a versão preliminar do instrumento.

6.1.2 Análise Semântica

A análise semântica foi realizada com dois grupos de adolescentes: 16 alunos do ensino fundamental do 6º ano ao 9º e o segundo grupo composto por dez alunos do ensino médio do 1º ano, 2º ano e 3º ano. A porcentagem de inteligibilidade de cada um dos 22 itens da CAPS é apresentada na Tabela 3.

Tabela 3- Inteligibilidade dos itens da caps utilizando a metodologia de grupo focal

Itens	Grupo focal 1	Grupo focal 2
	Compreenderam totalmente	Compreenderam totalmente
1	100%	100%
2	100%	100%
3	87,5%	90%
4	100%	90%
5	81,25%	100%
6	87,5%	100%
7	93,75%	90%
8	100%	100%
9	93,75%	90%
10	68,75 %	90%
11	93,75%	100%
12	81,25%	90%
13	100%	100%
14	100%	90%
15	100%	90%
16	81,25%	100%
17	100%	100%
18	100%	100%
19	100%	80%
20	93,75%	90%
21	93,75%	100%
22	81,25%	100%

Com os resultados do grupo focal, pode-se observar que os adolescentes compreenderam a escala com clareza, com mais de 80% dos estudantes compreendendo totalmente os itens e isso demonstra que não tiveram maiores dúvidas quanto ao significado das palavras, com exceção do item 10 (Grupo focal 1) que houve 2 alunos que não responderam este item, gerando dois *missing*, diminuindo a porcentagem da compreensão,

segundo a porcentagem absoluta. As sugestões dos adolescentes foram registradas e agregadas na escala, quando pertinentes. Interessante perceber a facilidade com que os adolescentes do ensino médio tiveram em relação à compreensão das sentenças da CAPS. O grupo de adolescentes do ensino fundamental tiveram uma variação maior nos resultados de compreensão, devido à idade e ao ano escolar, mesmo assim, com bom nível de compreensão. Desta forma, à escala foram adicionadas as sugestões dos adolescentes o que resultou em duas versões diferentes para o mesmo item, a fim de encaminhar para o julgamento dos juízes especialistas (mais de uma versão do item) com o objetivo de contemplar a visão do grupo focal.

Além disso, é importante observar que características e evidências de validade de conteúdo são encontradas para o nível de compreensibilidade do instrumento, uma vez que os itens representam sentenças inteligíveis para os adolescentes, pois retratam experiência reconhecível de perfeccionismo, o que demonstra que o conteúdo está adequado à população alvo e isso indica que é válido, nesse ponto, segundo a compreensão dos adolescentes, para este fenômeno.

6.1.3 Análise dos Juízes

O resultado do CVC total dos itens da CAPS foi de 0,94(Hernández-Nieto, 2002). Isso indica um satisfatório coeficiente de validade de conteúdo. Os valores do CVC para cada item são apresentados no Apêndice 4. A partir da análise comparada quando o item apresentava duas versões de tradução, verificou-se qual versão do item tinha um CVC mais alto e qual apresentava problemas referentes à concordância entre os especialistas. As versões dos itens com CVC abaixo de 0,7 foram excluídos. Considerou-se também a indicação feita pelos especialistas da melhor versão dos itens.

O índice Kappa de Fleiss (k) é um índice de acordo intra-juízes que foi desenvolvido para medir dados categóricos. Ele avalia a porcentagem de casos de concordância entre dois juízes para classificar os itens de certas categorias. Ele corrige o viés que pode estar presente no julgamento de um juiz somente e gera fiabilidade para a medida. (Fonseca et al., 2007). O índice Kappa múltiplo ou Kappa de Fleiss é calculado quando há mais de dois juízes e como os dados apresentados foram derivados da concordância entre seis especialistas, nossos dados atingiam os pressupostos básicos para o seu cálculo: as unidades em análise eram independentes; as categorias da escala nominal ou ordinal eram independentes e mutuamente exclusivas e exaustivas; e os juízes atuaram independentemente. Fleiss (1981) sugere os

índices para a classificação do k: <0,40 pobre; 0,40-0,75 satisfatório a bom; >0,75 excelente. O índice Kappa Fleiss foi calculado para a concordância dos juízes no que se refere à dimensionalidade do instrumento, sendo o resultado: $k = 0,67$. Desta forma podemos inferir que o índice Kappa de Fleiss para os itens da CAPS foi satisfatório.

O indicador de concordância entre juízes especialistas (Kappa de Fleiss) é uma forma de mensurar, quantitativamente a apreciação e julgamento de 6 pessoas que conhecem a área da pesquisa e esse conhecimento específico, na área, indica se o item é coerente com a literatura científica. Na etapa de validação de conteúdo a evidência de um Kappa de Fleiss de 0,67 é um resultado satisfatório de concordância, o que significa que, de modo geral os itens correspondem bem e de forma coerente com os conceitos da área e deste modo levanta-se com tal pesquisa mais uma importante evidência de validade de conteúdo da escala. Do mesmo modo, é positivo o coeficiente de validade de conteúdo cujo valor é de 0,94 corroborando com evidências para a validade de conteúdo.

6.1.4 Tradução reversa.

A versão do instrumento, após a análise dos especialistas, foi retrotraduzida para o inglês por dois tradutores bilíngues, que não participaram da primeira tradução e não tinham conhecimento acerca da pesquisa a fim de verificar a adequação com a versão original. Como resultado da tradução reversa houve a semelhança da retrotradução como sendo idêntica ao original para os itens: 1,2,3, 5, 8, 9, 11, 16, 17, 22, ou seja, 45% dos itens mantiveram a tradução original.

Os itens 4, 10, 13, 14, 15, 18, 20 e 22, ou seja, 36% dos itens tiveram traduções muito semelhantes, porém não idênticas e os itens 6,7,12, 19 e 21, ou seja 22% dos itens, tiveram traduções um pouco diferentes do original, após a adaptação transcultural. Em seguida, o instrumento em inglês foi enviado para os autores da escala original que assentiram a favor da continuidade do trabalho. Os autores analisaram a versão após a análise dos juízes e inseriram algumas ponderações relacionadas a alguns itens.

Os demais itens tiveram a tradução e a retrotradução muito semelhantes e, portanto, não tiveram comentários do autor. A participação ativa do autor Gordon Flett nos propiciou rever questões importantes sobre o sentido original dos itens e modifica-los antes de aplicar a versão final da CAPS na população alvo.

Com a versão final da CAPS estruturada para aplicar na população alvo pretendeu-se atingir evidência de validade da estrutura interna do instrumento e a evidência de validade com relação a outras variáveis (validade de critério) que será levantada com as correlações da CAPS com as escalas de ajustamento psicológico nos adolescentes e indicadores de saúde mental. A versão final dos itens da CAPS, após grupo focal e análise dos juízes e as considerações dos autores, constado Apêndice 5.

6.2 Estudo II – Confiabilidade e validade da estrutura interna do instrumento e com relação a outras variáveis.

6.2.1. Validade de estrutura interna e confiabilidade da *Child-Adolescent Perfectionism Scale (BR)*.

A dimensionalidade da CAPS foi testada em quatro modelos, por meio de ESEM. O primeiro modelo testou a proposição original para a CAPS-BR, com duas dimensões, PAO e PSP tentando replicar os estudos originais com a escala. O segundo modelo foi realizado correlacionando os erros de itens invertidos (Brown, 2015), devido à baixa carga fatorial encontrada para o item 3. No terceiro modelo testado, foi retirado o item 3, uma vez que sua carga fatorial foi abaixo de 0,30. Por fim, o quarto modelo testou a proposição de divisão da dimensão de perfeccionismo auto-orientado em dois fatores: perfeccionismo auto-orientado crítico e esforço. Os índices de ajuste estão apresentados na Tabela 4. No geral, todos os modelos apresentam ajuste aceitável ($CFI > 0,90$ e $RMSEA < 0,08$).

Tabela 4 - Índices de ajuste dos modelos estimados para a CAPS-BR

Modelo	χ^2	gl	p	CFI	TLI	RMSEA	LI RMSEA	LS RMSEA
(1) 2 fatores	583,40	188	<0,001	0,931	0,915	0,071	0,065	0,078
(2) 2 fatores erros correlacionados	529,32	185	<0,001	0,940	0,925	0,067	0,060	0,074
(3) 2 fatores (sem Item 3)	553,95	190	<0,001	0,937	0,923	0,068	0,061	0,075
(4) 3 fatores	436,17	168	<0,001	0,953	0,936	0,062	0,055	0,069

Nota: gl = grau de liberdade; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker Lewis Index; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; LI = limite inferior; LS = limite superior *Correlacionando erros dos itens invertidos (item 3, 9 e 18.)

Analisando os resultados do modelo 1, foi possível observar que o item 3 obteve cargas fatoriais baixas em ambos os fatores da CAPS (PAO = 0,01 e PSP = 0,14). Desta forma, considerando a possibilidade de piores propriedades do item devido ao seu formato (associação negativa com o fator), foi realizado o segundo modelo. O modelo 2, seguindo recomendações da literatura (Brown, 2015), possuía erros correlacionados para todos os itens

invertidos. Os resultados, entretanto, não indicaram melhoras significativas na carga fatorial do item 3 (PAO = -0,04 e PSP = 0,18). Desta forma, no modelo 3, o item 3 foi retirado. Analisando os índices de ajuste globais, não houve melhora significativa entre os modelos de 2 fatores após a inserção de erros correlacionados e a retirada do item 3. Assim, decidiu-se optar pelo modelo 2, que replica as análises originais com a CAPS, uma vez que é os índices de ajuste foram aceitáveis e os resultados corroboram achados anteriores usando a escala. Ademais, esta escolha não altera a configuração original da escala. A Tabela 5 apresenta as cargas fatoriais e índices de consistência interna calculados a partir do modelo 1. No geral, os índices de confiabilidade são aceitáveis (alfa e ômega acima de 0,70) para todas as dimensões. Os resultados dos índices de consistência interna são similares aos valores encontrados em uma meta análise sobre a confiabilidade do instrumento (Vicent et al., 2019).

Tabela 5 - Cargas fatoriais e confiabilidade da CAPS (modelo 1)

Item	PAO	PSP
1	0,66	0,03
2	0,68	-0,04
3	0,01	0,14
4	0,63	-0,11
5	-0,02	0,71
6	0,45	-0,01
7	0,62	-0,03
8	0,09	0,71
9	0,56	-0,28
10	-0,28	0,83
11	0,49	0,17
12	-0,03	0,68
13	0,08	0,81
14	0,62	0,08
15	0,21	0,65
16	0,70	0,11
17	0,14	0,41
18	0,61	-0,08
19	0,09	0,60
20	0,49	0,17
21	-0,03	0,67
22	0,63	0,14
Ômega de McDonald	0,81	0,76
Alfa de Cronbach	0,83	0,84
Escala Total:	0,87	

Nota: PAO = perfeccionismo auto-orientado; PSP = perfeccionismo socialmente prescrito; em negrito as cargas fatoriais acima de 0,40

No que se refere ao modelo 4, em que PAO foi dividido em duas dimensões (crítico e esforço), também foi possível observar um bom ajuste aos dados. Os resultados deste modelo estão apresentados na Tabela 6. Os índices de consistência interna foram aceitáveis de acordo com o alfa de Cronbach, entretanto os resultados do ômega de McDonald foram baixos para as dimensões PAO crítico e PAO esforço. No geral, o padrão de cargas fatoriais parece ser mais difuso, com cargas cruzadas significativas entre itens de PAO crítico e PAO esforço. Assim, a baixa separabilidade entre PAO crítico e PAO esforço sugere que essa divisão pode não se sustentar, gerando ambiguidades para a interpretação dos fatores. Sendo assim, o modelo 1 (com dois fatores e replicando a estrutura original da CAPS) parece ser mais simples e permite maior interpretabilidade, portanto, as análises subsequentes foram realizadas usando os resultados obtidos por meio deste modelo.

Tabela 6 - Cargas fatoriais e confiabilidade da CAPS (modelo 4 - três fatores para a CAPS)

Item	PAO crítico	PAO esforço	PSP
1	0,28	0,46	0,09
2	0,29	0,47	0,02
3	-0,28	0,25	0,18
4	0,63	0,11	-0,1
5	-0,06	-0,02	0,73
6	0,42	0,11	0,00
7	0,76	0,01	-0,04
8	-0,07	0,12	0,75
9	0,06	0,58	-0,21
10	-0,02	-0,33	0,8
11	0,48	0,08	0,19
12	0,05	-0,12	0,68
13	0,11	-0,06	0,82
14	0,51	0,21	0,12
15	-0,02	0,21	0,7
16	0,35	0,44	0,18
17	0,17	-0,03	0,42
18	-0,09	0,76	0,01
19	0,05	-0,12	0,68
20	0,25	0,29	0,21
21	0,06	-0,12	0,67
22	0,14	0,54	0,22
Ômega de Mcdonalds	0,47	0,49	0,74
Alfa de Cronbach	0,74	0,73	0,84

Nota: PAO = perfeccionismo auto-orientado; PSP = perfeccionismo socialmente prescrito; em negrito as cargas fatoriais acima de 0,40

6.2.2. Análise de diferença entre grupos: sexo, grupos etários e grupos com baixos e altos sintomas psiquiátricos comuns (SQR-20).

Identificar e caracterizar a amostra é de relevância para perceber como o perfeccionismo se manifesta nos grupos e para tanto opta-se por salientar as características de grupos etários, grupos com altos e baixos sintomas psiquiátricos comuns (ansiedade, depressão e sintomas não psicóticos) e principalmente identificar o perfeccionismo em relação ao sexo biológico dos adolescentes da amostra. As comparações das diferenças entre as médias intergrupais serão analisadas pelo teste T Student para as variáveis sexo, grupos etários e grupos com baixos e altos sintomas psiquiátricos comuns. A Tabela 7 apresenta as estatísticas descritivas do perfeccionismo considerando as variáveis sexo, grupo etário e níveis de sintomas psiquiátricos comuns.

Tabela 7 - Estatística descritiva das dimensões de perfeccionismo por sexo, grupo etário e níveis de sintomas psiquiátricos comuns (SPC)

Sexo					
Dimensão	Característica	n	Média	DP	EP
PAO	menino	135	-0,15	0,85	0,07
PAO	menina	279	0,08	0,95	0,06
PSP	menino	135	-0,18	0,84	0,07
PSP	menina	279	0,09	0,93	0,05
Faixa Etária.					
PAO	mais novos	222	-0,06	0,94	0,06
PAO	mais velhos	192	0,08	0,90	0,06
PSP	mais novos	222	-0,05	0,92	0,06
PSP	mais velhos	192	0,06	0,90	0,06
Grupo					
PAO	alto SPC	183	0,16	1,02	0,07
PAO	baixo SPC	117	-0,18	0,73	0,07
PSP	alto SPC	183	0,22	0,88	0,06
PSP	baixo SPC	117	-0,43	0,81	0,07

Nota: n = tamanho da amostra; DP = desvio padrão; EP = erro padrão da média; PAO = perfeccionismo auto

orientado; **PSP** = perfeccionismo socialmente prescrito; **SPC**=sintomas psiquiátricos comuns.

A relevância, desses dados, é evidenciada para analisarmos se os efeitos da manifestação do perfeccionismo variam em função do sexo, mais especificamente, se haveria uma variação dos esforços perfeccionistas (PAO) e das preocupações perfeccionistas (PSP) em relação ao sexo. Para a análise do efeito da idade sobre os escores, os grupos etários foram divididos com a classificação entre adolescentes mais novos (13, 14, 15 anos de idade) e adolescentes mais velhos (16, 17 e 18 anos). Por último, para a avaliação dos adolescentes com baixos e altos sintomas psiquiátricos comuns foi utilizado como ponto de corte o valor de 6 sintomas para o sexo masculino e 7 sintomas para o sexo feminino, como indicado por Pinheiro et al. (2007).

Os resultados apresentados pelo teste T apontam as diferenças entre grupos para amostras independentes, como no caso o sexo dos indivíduos, dos grupos etários e dos níveis de sintomas psiquiátricos comuns (ver Tabela 8). Esse teste é calculado a partir da diferença entre a média dos dois grupos. Cohen sugeriu alguns pontos de corte para interpretação de tamanho de efeitos. Valores superiores ou iguais a 0,8 representam tamanho de efeito grande; entre 0,8 a 0,2 são considerados médios e inferiores a 0,2 pequenos (Cohen, 1988).

Tabela 8 - Teste t de student para a diferença entre sexo, grupo etários e baixos e altos níveis de sintomas psiquiátricos comuns (SPC).

		t	Gl	p	d	LI d	LLS d
Sexo	PAO	-2,45	412	0,0147*	-0,26	-0,46	-0,05
	PSP	-2,89	412	0,0040**	-0,30	-0,51	-0,10
Grupo	PAO	-1,57	412	0,116	-0,15	-0,35	0,04
	PSP	-1,27	412	0,202	-0,12	-0,32	0,07
Baixos e Altos SPC	PAO	3,29	293,8	< 0,01*	0,36	0,13	0,04
	PSP	6,49	298	< 0,001***	0,77	0,53	0,07

Nota. **t** = teste T ; **gl** = graus de liberdade; **p** = p valor; **d** = tamanho de efeito de Cohen; **LI** = limite inferior; **LS** = limite superior; **PAO** = perfeccionismo auto-orientado; **PSP** = perfeccionismo socialmente prescrito.

Houve uma diferença significativa nas pontuações de PAO para as condições sexo feminino (M = 0,08, DP = 0,95) e sexo masculino (M = -0,15, DP = 0,85); [t (412)= -2,45, p =

0,0147]. Houve também uma diferença significativa nas pontuações de PSP para as condições sexo feminino (M = 0,08, DP = 0,95) e sexo masculino (M = -0,15, DP = 0,85); [t (412) = -2,89, p = 0,0040]. As mulheres (meninas) apresentam mais perfeccionismo que os homens (meninos), para PAO, com tamanho de efeito moderado de -0,26 e nível de significância de p < 0,05. Para a dimensão PSP as mulheres também apresentam mais perfeccionismo que os homens, tamanho de efeito moderado de -0,30, com nível de significância de p < 0,005. O tamanho de efeito é considerado médio, para ambas as dimensões.

Em relação aos grupos etários, não houve diferença significativa nas pontuações de PAO entre os adolescentes mais jovens (M = -0,06, DP = 0,94) e os mais velhos (M = 0,08, DP = 0,90); [t (412) = -1,57, p = 0,116]. Também não houve diferença significativa nas pontuações de PSP para as condições adolescentes mais jovens (M = -0,05, DP = 0,92) e adolescentes mais velhos (M = 0,06, DP = 0,90); [t (412) = -1,27, p = 0,202].

Em relação aos sintomas psiquiátricos, não psicóticos, houve uma diferença significativa nas pontuações de PAO para as condições de altos sintomas psiquiátricos comuns (M = 0,16, DP = 1,02) e baixos sintomas psiquiátricos comuns (M = -0,18, DP = 0,73); [t(293,8) = 3,29, p < 0,01]. Houve também uma diferença significativa nas pontuações de PSP para altos sintomas psiquiátricos comuns (M = 0,22, DP = 0,88) e baixos sintomas psiquiátricos comuns (M = -0,43, DP = 0,81); [t (298) = 6,49, p < 0,001]. O tamanho de efeito dessa diferença é grande para PSP (d = 0,77) e médio para PAO (d = 0,36), o que significa que indivíduos que se preocupam muito em atender as expectativas de perfeição que os outros lhe atribuem, tem maiores níveis de sintomas psiquiátricos comuns. Para PAO, o efeito dessa relação é menos intenso e mesmo assim significativo, uma vez que indivíduos que tem uma motivação por buscar a perfeição e autoavaliação crítica parecem apresentar em níveis mais moderados sintomas psiquiátricos comuns.

6.2.3. Evidências de validade baseadas em variáveis externas da CAPS com medidas de ajustamento psicológico

A Tabela 9 apresenta as estatísticas descritivas, confiabilidade das escalas, assimetria, curtose, z assimetria e z curtose, para cada variável desse estudo.

Tabela 9 - Estatísticas descritivas para do escore das escalas utilizadas na pesquisa

Variável	n	Média	DP	ω	Assimetria	Curtose	z assimetria	z curtose
Perfeccionismo auto orientado	414	0,01	0,92	0,81	0,23	0,26	1,91	1,11
Perfeccionismo socialmente prescrito	414	0	0,91	0,76	0,06	-0,33	0,49	-1,38
EAP								
Indicador de ansiedade	358	0,02	0,81	0,87	0,07	-0,41	0,52	-1,59
Controle da ansiedade	358	-0,02	0,46	0,61	0,04	-0,12	0,33	-0,46
Humor deprimido	358	0,02	1,36	0,91	0,08	-0,46	0,65	-1,8
Bem-estar subjetivo	358	0,11	1,94	0,84	-0,17	-0,16	-1,35	-0,6
Fenômenos cognitivos	358	0,01	1,11	0,77	0,08	-0,5	0,64	-1,96
Ações compulsivas	358	0,03	0,81	0,81	0,14	0,15	1,07	0,6
SRQ-20	311	-0,03	0,93	0,89	0,2	-0,69	1,42	-2,49

Nota. EAP = Escala de Ajustamento Psicológico; SRQ-20 = Self-Reporting Questionnaire; ω = ÔmegaMcDonald.

A fim de avaliar a distribuição dos dados, foram feitas as análises descritivas de assimetria e curtose bem como o histograma o que permitiu fazer inspeção visual e cálculos de normalidade. Usando o critério de normalidade para assimetria e curtose de Tabachnick e Fidell (2003, 2007) que indicam os valores, entre -3,29 e +3,29, tanto para z assimetria quanto para o z curtose, podemos admitir que os dados do perfeccionismo PAO e PSP, bem como os da escala de ajustamento psicológico e do SQR-20 atendem os pressupostos de normalidade e desta forma, seguem uma distribuição paramétrica. A correlação entre as dimensões de perfeccionismo auto-orientado (PAO) e perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) foram de 0,47. Desta forma, segundo esses preceitos que antecipam a análise para a escolha das estatísticas adequadas foi então selecionado o coeficiente de correlação linear de Pearson, para gerar as associações entre as variáveis.

A associação entre os escores de perfeccionismo, ajustamento psicológico e sintomas psiquiátricos comuns (SQR-20) foi realizada através da correlação de Pearson e encontra-se apresentada na Tabela 10.

Tabela 10 - Correlações de Pearson (r) entre perfeccionismo, ajustamento psicológico e sintomas psiquiátricos comuns. (n=250)

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(1) Idade	—	0,07	0,04	0,15*	-0,07	0,10	0,05	0,15*	0,2**	0,17**
(2) PAO		—	0,45***	0,34***	-0,23***	0,27***	0	0,39***	0,61***	0,19**
(3) PSP			—	0,52***	-0,36***	0,56***	-0,38***	0,56***	0,30***	0,48***
(4) Indicador de ansiedade				—	-0,82***	0,93***	-0,62***	0,93***	0,49***	0,82***
(5) Controle Ansiedade					—	-0,79***	0,65***	-0,66***	-0,31***	-0,7***
(6) Humor deprimido						—	-0,79***	0,92***	0,37***	0,88***
(7) Bem-estar subjetivo							—	-0,57***	0,08	-0,68***
(8) Ruminação de Pensamento								—	0,62***	0,79***
(9) Ações compulsivas									—	0,31***
(10) SRQ-20										—

Nota. **PAO** = perfeccionismo auto-orientado; **PSP** = perfeccionismo socialmente prescrito; **SRQ-20** = Self-Reporting Questionnaire. *p<,05 **p<,01 ***p<,001

No que se refere às escalas de perfeccionismo, os resultados indicam que o fator perfeccionismo auto-orientado (PAO) se correlacionou de forma positiva e estatisticamente significativa com perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) ($r = 0,45$ $p < 0,001$), indicador de ansiedade ($r = 0,34$ $p < 0,001$), controle de ansiedade ($r = -0,23$ $p < 0,001$), humor deprimido ($r = 0,27$ $p < 0,001$), ruminação de pensamento ($r = 0,39$ $p < 0,001$), Condutas compulsivas ($r = 0,61$ $p < 0,001$) e sintomas psiquiátricos comuns ($r = 0,19$ $p < 0,01$), mas não foi significativa a relação com bem-estar subjetivo ($r = 0$ [ns]). As correlações entre perfeccionismo socialmente prescrito e as demais dimensões foram: ansiedade ($r = 0,52$ $p < 0,001$), controle de ansiedade ($r = -0,36$ $p < 0,001$), humor deprimido ($r = 0,56$ $p < 0,001$), bem-estar subjetivo ($r = -0,38$ $p < 0,001$), ruminação de pensamento ($r = 0,56$ $p < 0,001$), Condutas compulsivas ($r = 0,3$ $p < 0,001$) e sintomas psiquiátricos comuns ($r = 0,48$ $p < 0,001$).

Na Tabela 11, apresenta-se uma comparação das correlações antes do controle da covariação e depois do controle da covariação das dimensões de perfeccionismo (PAO e PSP) com um enfoque apenas para essas variáveis e suas associações com os indicadores de saúde mental.

Tabela 11 - Comparação entre as correlações de Pearson para as dimensões de perfeccionismo: correlações simples e parciais.

	Indicador de ansiedade	Controle de ansiedade	Humor deprimido	Bem-estar subjetivo	Ruminação de Pensamento	Ações compulsivas	SRQ-20
PAO	0,34***	-0,23***	0,27***	0	0,39***	0,61***	0,19**
PAO - Parcial com controle da covariação de PSP em PAO (n=250)	0,14	-0,08	0,02	0,20*	0,19	0,56***	-0,03
PSP	0,52***	-0,36***	0,56***	-0,38***	0,56***	0,30***	0,48***
PSP - Parcial com controle da covariação de PAO em PSP (n=250)	0,44***	-0,30***	0,51***	-0,43***	0,46***	0,04	0,45***

Nota. **PSP** = perfeccionismo socialmente prescrito; **SRQ-20** = *Self-Reporting Questionnaire*. *p < ,05; **p<,01; ***p<,001

Na Tabela 12, apresenta-se a correlação parcial, de modo extensivo incluindo todas as variáveis.

Tabela 12 –Correlações parciais de Pearson entre perfeccionismo, ajustamento psicológico e sintomas psiquiátricos comuns – controlando a covariação de PSP em PAO (n=250)

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8	9
(1)Idade	—	0,06	0,16	-0,06	0,10	0,07	0,16	0,20	0,17
(2)PAO		—	0,14	-0,08	0,02	0,20*	0,19	0,56***	-0,03
(3)Indicador de ansiedade			—	-0,8***	0,91***	-0,53***	0,90***	0,41***	0,75***
(4)Controle Ansiedade				—	-0,76***	0,60***	-0,59***	-0,22*	-0,64***
(5)Humor deprimido					—	-0,75***	0,88***	0,25**	0,83***
(6)Bem-estar subjetivo						—	-0,46***	0,22*	-0,61***
(7)Ruminação de Pensamento							—	0,57***	0,72***
(8)Ações compulsivas								—	0,19
(9)SRQ									—

Nota. PAO = perfeccionismo auto-orientado; SRQ-20 = Self-Reporting Questionnaire. *p< ,05; **p<,01 ***p<,001

Desta forma, o controle estatístico da dimensão do perfeccionismo socialmente prescrito permite que a associação com a variância única do perfeccionismo auto-orientado seja analisada (Stoeber et al. 2017). A seguir a Tabela 12 apresenta as correlações parciais, controlando o efeito do perfeccionismo socialmente prescrito no perfeccionismo auto-orientado.

Controlando os efeitos do perfeccionismo socialmente prescrito, pode-se perceber que a magnitude e a significância da maioria das associações de PAO com os indicadores de ajustamento psicológico e os sintomas mentais comuns se modificam. Desta forma, analisaremos as correlações parciais [rp] significativas ou não significativas [ns] de PSP com as demais variáveis. Controlando o efeito de PSP, não são observadas correlações significativas entre ajustamento psicológicos e PAO, com exceção da dimensão condutas compulsivas. Isso pode ser observado para as seguintes variáveis: indicador de ansiedade (r = 0,34 para rp = 0,14 [ns]), controle de ansiedade (r = -0,23 para rp = -0,08 [ns]), humor deprimido (r = 0,27 para rp = 0,02 [ns]), bem-estar subjetivo (r = 0 para rp = 0,2 p< 0,05), ruminação de pensamentos(r = 0,39 para rp = 0,19 [ns]), e sintomas psiquiátricos comuns(r = 0,19 para rp = -0,03 [ns]). Condutas compulsivas foi a única variável que apresentou

correlação moderada e significativa com a dimensão do perfeccionismo auto-orientado ($r = 0,61$ para $r_p = 0,56$ $p < 0,001$).

A Tabela 13 apresenta as correlações parciais, controlando a covariação do perfeccionismo auto-orientado com o perfeccionismo socialmente prescrito. Isso possibilita analisar as correlações com ajustamento psicológico, de maneira mais pura.

Tabela 13 - Correlações parciais de Pearson entre perfeccionismo, ajustamento psicológico e sintomas psiquiátricos comuns – controlando a covariação de PAO em PSP (n=250)

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8	9
(1)Idade	—	0,01	0,14	-0,06	0,09	0,05	0,14	0,20*	0,16
(2)PSP		—	0,44***	-0,30***	0,51***	-0,43***	0,46***	0,04	0,45***
(3)Indicador de ansiedade			—	-0,81***	0,93***	-0,66***	0,92***	0,38***	0,81***
(4)Controle Ansiedade				—	-0,77***	0,67***	-0,63***	-0,21*	-0,69***
(5)Humor deprimido					—	-0,82***	0,92***	0,26***	0,87***
(6)Bem-estar subjetivo						—	-0,61***	0,11	-0,69***
(7)Ruminação de Pensamento							—	0,52***	0,80***
(8)Ações compulsivas								—	0,25**
(9)SRQ									—

Nota. **PSP** = perfeccionismo socialmente prescrito; **SRQ-20** = *Self-Reporting Questionnaire*. * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Controlando os efeitos do perfeccionismo auto-orientado no perfeccionismo socialmente prescrito, pode-se perceber que a magnitude e a significância da maioria das associações de PSP com os indicadores de ajustamento psicológico e os sintomas mentais comuns se modificam e para a maioria das variáveis de ajustamento psicológico e sintomas psiquiátricos comuns, no entanto, as correlações se mantêm e continuam sendo significativas. O perfeccionismo socialmente prescrito se correlacionou de forma positiva e estatisticamente significativa com ansiedade ($r = 0,52$ para $r_p = 0,44$ $p < 0,01$), controle de ansiedade ($r = -0,36$ para $r_p = -0,3$ $p < 0,01$), humor deprimido ($r = 0,56$ para $r_p = 0,51$ $p < 0,01$), bem-estar subjetivo ($r = -0,38$ para $r_p = -0,43$ $p < 0,01$), ruminação de pensamento ($r = 0,56$ para $r_p = 0,46$

$p < 0,01$) e sintomas psiquiátricos comuns ($r = 0,48$ para $r_p = 0,45$ $p < 0,01$). Não houve correlação com condutas compulsivas ($r = 0,3$ para $r_p = 0,04$ [ns].) Podemos observar que a associação entre a dimensão PSP para controle da ansiedade deixa de existir, quando é feita a correlação parcial. Para as outras variáveis apesar da intensidade das correlações terem ligeiramente diminuído, elas se mantêm.

7. DISCUSSÃO

A *Child-Adolescent Perfectionism Scale* é um instrumento muito utilizado para avaliar o perfeccionismo na infância e adolescência em todo o mundo, de acordo com as diversas adaptações transculturais realizadas nos seguintes países: Canadá (Flett et al., 2001; Flett et al., 2016; Nobel & Manassis, 2012); Escócia (O'Connor et al., 2009) Portugal (Bento et al., 2014); Espanha (Castro et al., 2004) e (Vicent, 2017) ; França (Douilliez & Hénot, 2013); Estados Unidos (MacCreary et al., 2004); China (Yang et al., 2015); Turquia (Baş & Siyez, 2010); Egito (Kader & Eissa, 2016) e Chile (Ossa-Cornejo et al. 2019). Desta forma, ela embasou mais de 50 publicações e as relações do perfeccionismo na infância e na adolescência estão sendo estabelecidas com diversos indicadores de saúde mental. O objetivo deste trabalho foi o de investigar evidências de validade e de fidedignidade da *Child-Adolescent Perfectionism Scale* para o português brasileiro e levantar as propriedades psicométricas do instrumento, uma vez que esse é um assunto muito debatido na literatura, visto às divergências na concepção da dimensionalidade do instrumento e da própria composição dos itens no mesmo. Para tanto, pretendeu-se analisar o modelo de Hewitt e de Flett de dois fatores de acordo com os dados provenientes de adolescentes brasileiros e averiguar se os dados são compatíveis com este modelo, que tem grande respaldo teórico. Para tanto mensurou-se indicadores de validade de conteúdo e de constructo e a confiabilidade do instrumento através do Alfa de Cronbach (tendo em vista a comparação com outras versões da CAPS) e Ômega de McDonald. Além do objetivo de adaptar transculturalmente a CAPS este trabalho visou também estabelecer, em um delineamento transversal, a relação entre perfeccionismo e ajustamento psicológico nos adolescentes, de maneira mais específica, a relação entre perfeccionismo e psicopatologia na adolescência. Importante também é mencionar que este trabalho possibilitará pesquisas futuras provenientes do manejo deste instrumento, inclusive com delineamentos longitudinais.

O presente trabalho procurou considerar as orientações do *International Test Commission* (2017) (ITC) para desenvolver as etapas de adaptação e validação do instrumento.

Alguns dos principais indicadores de validade de um instrumento são: a validade de conteúdo para a população alvo, a validade de constructo por meio da estrutura interna do instrumento e a validade de critério, avaliada pela relação da dimensão do perfeccionismo com outros constructos que são apontados na literatura como relacionados ao perfeccionismo. Algumas análises foram realizadas para estabelecer a validade de conteúdo, como a verificação da inteligibilidade do instrumento junto à população alvo e a análise de juízes especialistas, ambas etapas, que permitiram ajustar o instrumento à um melhor conteúdo, de forma clara e capaz de ser compreendido pelos estratos mais altos e mais baixos da população. Os resultados da análise de conteúdo apresentaram que mais de 80% dos adolescentes compreendem totalmente a CAPS e os outros 20% têm facilidade em compreender a CAPS. Além disso, o índice de concordância entre os juízes em relação à adequação semântica, idiomática, cultural e conceitual da CAPS obteve um Kappa $k=0,67$ o que equivale a um satisfatório nível de concordância. O conteúdo da CAPS foi ajustado, em última instância, de acordo com o comentário dos autores, após a retrotradução, o que trouxe maior proximidade com o objetivo no qual cada item foi elaborado originalmente e com o que ele deveria para avaliar, de maneira bem específica, de acordo com elaboração dos autores. A CAPS-BR apresenta adequada validade de conteúdo.

A estrutura interna do instrumento foi testada a fim de verificar se as variáveis latentes (perfeccionismo auto-orientado e perfeccionismo socialmente prescrito) predizem as observações do comportamento perfeccionismo medidos pela CAPS. Uma estrutura de dois fatores explicou bem os dados observáveis, de acordo com a análises de equações estruturais (ESEM). Desta forma, com o presente trabalho é possível acrescentar ao debate da literatura, sobre o modelo de dois fatores versus o modelo de três fatores, que a CAPS brasileira acrescenta evidências à adequação do modelo de dois fatores para explicar as variáveis latentes da CAPS, sendo o fator 1 o perfeccionismo socialmente prescrito e o fator 2 o perfeccionismo auto-orientado. Os modelos da literatura que trouxeram evidências ao modelo de dois fatores foram: Bas e Siyez (2010); Douilliez e Hénot (2013); Bento et al. (2014) e Sironic e Reeve (2015), Kader and Eissa (2016), não obstante, a versão da CAPS para o português brasileiro corrobora com esses modelos. Outra importante questão é que, segundo a metanálise de Vicent et al. (2019), o modelo de dois fatores apresenta melhores índices de confiabilidade do que o modelo de três fatores. Desta forma, a atual pesquisa indica que este modelo de dois fatores representa bem os dados e apresenta índices satisfatórios de confiabilidade. A confiabilidade das dimensões da CAPS foi mensurada pelo Ômega de

McDonalds, que é um índice mais rigoroso, uma vez que leva em consideração as cargas fatoriais dos itens. A confiabilidade da CAPS gerou os valores de 0,81 para perfeccionismo auto-orientado e 0,76 para perfeccionismo socialmente prescrito. Com o intuito de comparar estes resultados com a pesquisa de metanálise de Vicent et al. (2019) foi calculado o alfa de Cronbach, cujo resultado foi de 0,87 para a escala total, 0,83 para perfeccionismo auto-orientado e 0,84 para perfeccionismo socialmente prescrito. Os valores médios encontrados por Vicent et al. (2019) foram de 0,87 para a escala total, 0,83 para perfeccionismo auto-orientado e 0,84 para perfeccionismo socialmente prescrito. Desta forma, pode-se considerar que os índices de confiabilidade estimados pelo alfa de Cronbach do presente estudo coincidiram exatamente com a média encontrada para a CAPS na metanálise. Tais indicadores indica um satisfatório índice de confiabilidade do instrumento. As propriedades psicométricas da CAPS versão brasileira indicam adequada validade e precisão para o uso em pesquisas e isso confirma primeira hipótese levantada, de que a *Child-Adolescent Perfectionism Scale* possui adequadas propriedades psicométricas para avaliar o perfeccionismo no público-alvo de adolescentes brasileiros.

Os itens carregaram adequadamente de maneira a corresponder aos fatores da escala original, com as cargas acima de 0,40, com exceção do item 3 que teve carga para perfeccionismo auto-orientado de 0,01 e para perfeccionismo socialmente prescrito de 0,14. Deste modo, analisou-se a possibilidade de retirar o item 3 da escala, uma vez que ele não carregou em nenhum dos dois fatores. Após analisar a adequação do modelo aos dados, sem o item 3, observou-se que não houve melhora no modelo, o que sugere que a retirada do item não seria imprescindível para melhorar a estrutura interna da escala. Desta forma, com uma opção para respeitar o formato original da escala, de acordo com o que foi desenvolvido pelos autores originais, optou-se por manter o item três, uma vez que sua permanência também não resultaria em um pior ajuste dos modelos.

Foi testado, ainda, um modelo de três fatores, dividindo perfeccionismo auto-orientado em duas dimensões: PAO crítico e PAO esforço. Essa divisão foi feita de acordo com as recomendações de O'Connor et al (2009). Mesmo com ajuste aceitável, é importante ressaltar que o modelo de três fatores gerou ambiguidades em relação a interpretação dos fatores. O modelo apresentou vários itens com cargas cruzadas, indicando que a divisão do fator pode não ter apoio empírico. O item 6 “Sempre tento conseguir a melhor nota em uma prova”, por exemplo, deveria carregar em PAO esforço, uma vez que indica a tentativa de um ótimo desempenho em provas escolares, mas carregou mais fortemente em PAO crítico. O item 10,

“As pessoas pensam que fracassei se não consigo fazer o meu melhor.” apresenta carga fatorial de 0,80 em PSP (representado a ideia de sofrer pressões para ser perfeito, pelos outros em geral), apresenta, no modelo de três fatores, carga cruzada com a dimensão PAO esforço em -0,33. Isso pode sugerir que a pessoa que se autodenomina como falha ou que tem medo de não fazer o melhor, pode apresentar dificuldades em orientar seus esforços para obter melhores resultados, ou resultados mais perfeitos. Outro item com cargas cruzadas foi o item 16 “Quando faço algo tem que ficar perfeito”, carregando em 0,35 em PAO crítico e 0,44 em PAO esforço. Esse carregamento duplo possibilita o questionamento sobre a real divisão da dimensão de perfeccionismo auto-orientado. Deste modo, pode-se concluir que o modelo de três fatores é gerador das ambiguidades apresentadas acima. Portanto, para permitir maior comparabilidade com outros estudos e escores mais interpretáveis, decidiu-se utilizar o modelo original da CAPS, com apenas duas dimensões.

Para além disso, o objetivo do trabalho foi observar os níveis de perfeccionismo e verificar as diferenças entre sexo, grupos etários e sintomas psiquiátricos comuns. Para isso, análises de comparações de grupo, utilizando-se o teste t-student para amostras independentes, permitiram observar os comportamentos dos grupos de meninas e meninos, de adolescentes mais jovens e adolescentes mais velhos e pessoas com altos sintomas psiquiátricos e baixos sintomas psiquiátricos. As meninas apresentam mais perfeccionismo socialmente prescrito do que os meninos em um nível de significância menor que 0,005 em relação ao perfeccionismo auto-orientado as meninas também apresentam mais perfeccionismo, porém com um nível de significância menor de $p < 0,05$. Isso demonstra principalmente o carácter de maiores níveis de preocupações perfeccionistas (PSP) entre as meninas que podem ser mais afetadas com sentimentos de preocupações em relação à avaliação dos outros e às elevadas exigências dos demais em relação ao seu próprio comportamento e excessiva preocupações perfeccionistas.

O perfeccionismo auto-orientado em meninas, mais elevado que em meninos, demonstra que meninas tendem a serem mais auto exigentes quanto aos próprios padrões de desempenho e que provavelmente podem se esforçar mais para atingir estes padrões estipulados por elas mesmas, mais do que os meninos. Affrunti et al (2016) pesquisou as diferenças de gênero em uma amostra de crianças americanas de 7 a 13 anos ($M = 9,6$, $DP = 1,7$) usando testes t de amostra independente, de acordo com os resultados do teste não houve diferenças significativas entre as variáveis de perfeccionismos. Na tese de Vicent (2017) em uma idade da infância (8 a 11 anos) os meninos apresentaram mais perfeccionismo (PSP,

PAO crítico e PAO esforço) que as meninas. Na tese de Freitas (2011) sobre perfeccionismo com estudantes de ensino superior a diferença entre sexo e perfeccionismo demonstrou que o gênero feminino, em adultos, apresentou resultados mais elevados na dimensão de perfeccionismo auto-orientado (PAO) e na dimensão de perfeccionismo orientado para os outros (POO) e o gênero masculino apresentou resultados mais elevados no perfeccionismo socialmente prescrito (PSP). Estes resultados de Freitas (2011) não foram corroborados na presente pesquisa, nem os resultados de Vicent (2017), pois, com o público-alvo de adolescentes brasileiros, as meninas, apresentaram perfeccionismo (PAO e PSP) mais elevado do que os meninos. Sobre o perfeccionismo das meninas, nessa amostra brasileira ser mais alto que o perfeccionismo dos meninos, uma consideração deve ser levantada. No Brasil, a educação familiar e a pressão parental em cima das meninas são maiores do que dos meninos, uma vez que a cultura valoriza mais os homens e os privilegia. Esse privilégio aos meninos, muitas vezes, está associado a menos exigências familiares e menos demanda de trabalho doméstico, bem como, algumas vezes menores demandas e expectativas sociais. Em contrapartida e é exigido das meninas certa subserviência no âmbito familiar e maiores demandas de corresponder às expectativas sociais de boa garota, características do machismo em muitas comunidades brasileiras (Sousa & Astigarraga, 2015). Além disso, a pressão familiar, em cima das meninas, parece estar associada às expectativas mais elevadas tanto em relação a corresponder a um ideal de comportamento social quanto ao melhor desempenho na escola.

Em relação à diferença de perfeccionismo entre adolescentes mais jovens (13, 14, 15) e adolescentes mais velhos (16, 17, 18) não houve diferença entre os grupos para perfeccionismo auto-orientado e perfeccionismo socialmente prescrito. Para Rice, Leever, Noggle & Lapsley (2007) diferentes estruturas fatoriais da CAPS existem entre os grupos de crianças de 9 a 11 anos e adolescentes de 12 a 16 anos. Uma pesquisa de Vicent (2017) baseada no modelo de três fatores da CAPS, analisou a relação da idade das crianças e pré-adolescentes com o perfeccionismo e por hipótese a autora não esperaria que houvesse diferenças significativas entre as médias do perfeccionismo por estratos de idade. Porém, isso não se confirmou, pois, em sua pesquisa o grupo de 9 anos obteve pontuações mais baixas em perfeccionismo socialmente prescrito do que o grupo de 8 anos. Na dimensão PAO Crítico foram observadas diferenças entre as médias das idades de 11 anos quando comparadas com as idades de 8 e 9 anos e também do grupo de 10 anos quando comparado ao grupo de 9 anos e isso representou uma heterogeneidade do perfeccionismo por idade, que caracterizou a

amostra da autora. Bento et al. (2017) em sua pesquisa com adolescentes portugueses formou três grupos etários para analisar se houve uma invariância relacionada com a idade. Três grupos etários foram formados: 11-13 anos, 14-16 anos e 17-18 anos. Como resultado dos escores médios, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes faixas etárias, tanto para a dimensão PAO, quanto para a dimensão PSP. Este resultado de Bento et al. (2017) corrobora com os resultados encontrados nesta pesquisa, que apresentou uma invariância relacionada com a idade, em um público de adolescentes o que demonstra ser uma amostra mais homogênea. Além disso, Damian et al (2016) avaliou os impactos da diferença etária do perfeccionismo e sua relação com ansiedade, porém dividindo os grupos entre 12 a 15 anos (grupo 1) e 16 a 19 anos (Grupo 2) e longitudinalmente previu que as preocupações perfeccionistas previram ansiedade para o grupo 2. Podemos obter mais informações sobre a caracterização da amostra e suas diferenças analisando a invariância quanto a idade. Para a amostra brasileira, o perfeccionismo se manifesta de maneira homogênea, então pode-se hipotetizar que se o perfeccionismo se manifesta na adolescência independentemente da idade, resultado este corroborado pela pesquisa de Bento et al. (2010) com adolescentes portugueses e nessa avaliação transversal parece não haver diferenças nos níveis de perfeccionismo entre adolescentes mais novos ou mais velhos.

Outro objetivo desse trabalho foi estabelecer a relação dos escores do perfeccionismo socialmente prescrito e perfeccionismo auto-orientado com outros escores de ajustamento psicológico, para levantar evidências de validade de critério da escala. Para isso, foi realizada através de técnicas independentes do próprio teste, ou seja, outras medidas psicológicas de saúde mental as quais espera-se que o perfeccionismo esteja associado. No caso, a validade preditiva diz respeito a como o perfeccionismo é capaz de estabelecer a probabilidade de ocorrência das variáveis de ajustamento psicológico. Para tanto, as variáveis de ajustamento psicológicos utilizadas para estabelecer a validade de critério foram: depressão, ansiedade, ruminação de pensamentos e condutas compulsivas, além dos sintomas psiquiátricos comuns.

Para introduzir esta discussão, inicialmente abordaremos juntos os constructos: ansiedade, depressão e sintomas psiquiátricos comuns. O objetivo de discutir estes três constructos juntos se deve porque os sintomas psiquiátricos comuns dizem respeito à sintomas não psicóticos que estão presentes na ansiedade e na depressão como irritabilidade, tristeza, apreensão, ideação suicida e sintomas fisiológicos de ansiedade e de depressão. Para tanto, serão apresentados os resultados de correlações destes constructos e em sequência o significado destas correlações no ponto de vista de impacto na saúde mental do adolescente.

A correlação entre as escalas (CAPS, Ajustamento Psicológico e SQR-20) trouxe evidências interessantes para o debate da literatura. A relação do perfeccionismo com a depressão foi demonstrada pelas seguintes correlações: o perfeccionismo auto-orientado se associou em $r=0,27$ ($p<0,001$) e o perfeccionismo socialmente prescrito se associou em $r = 0,56$ ($<0,01$), neste caso, sem o controle da covariação de uma dimensão sobre outra. Após controlar o efeito de perfeccionismo auto-orientado sobre perfeccionismo socialmente prescrito foi realizada uma correlação parcial e após esse controle estatístico a correlação de perfeccionismo auto-orientado com depressão foi de $r=0,51$ ($p<0,001$), tamanho de efeito moderado. Quando se controlou a dimensão do perfeccionismo socialmente prescrito sobre a dimensão de perfeccionismo auto-orientado, através de uma correlação parcial, a associação entre depressão e perfeccionismo auto-orientado não é significativa e tem valor de $r=0,02$.

Este resultado nos sugere que perfeccionistas que se preocupam em atender as expectativas dos outros podem se autoavaliar de maneira muito rígida e negativa. Estes parâmetros elevados pelos quais os adolescentes perfeccionistas sentem-se exigidos, em muitos momentos, são impostos por outras pessoas ou até mesmo são incorporadas pelas suas próprias exigências internas e que refletem às preocupações com as exigências externas no passado. Provavelmente essa elevada autocobrança pode levar a sentimento de frustração, angústias e tristeza em relação ao desempenho atual. Interessante observar, o perfeccionismo auto-orientado em adolescentes desta amostra não se correlaciona com depressão, após controlar o efeito de uma dimensão sobre a outra. Isso parece sugerir que esforçar-se por melhorar o próprio desempenho e a autocobrança pela perfeição e atingir metas, quando deliberadas pelo próprio indivíduo, não impactam em pioras de sintomas depressivos. Deste modo: perfeccionistas que são realizadores, efetivam esforços em relação às suas metas, são tenazes e tem altos padrões de desempenho parecem não estar tão vulneráveis à depressão. Principalmente quando eles não têm características das preocupações perfeccionistas.

Em relação ao indicador de ansiedade, o perfeccionismo auto-orientado se associou em $r= 0,34$ ($p<0,001$) e o perfeccionismo socialmente prescrito se associou em $r= 0,52$ ($p<0,001$) e o controle da ansiedade se associou ao perfeccionismo auto-orientado em $r= -0,23$ ($p<0,001$) e ao perfeccionismo socialmente prescrito em $r= -0,36$ ($p<0,001$). Após o controle da covariação de perfeccionismo auto-orientado sobre perfeccionismo socialmente prescrito novas correlações aparecem o indicador de ansiedade passa de $r=0,52$ para $r=0,44$ ($p<0,001$), mantendo ainda a relação moderada com a ansiedade. Após controle inverso, para a variável de indicador de ansiedade, o perfeccionismo auto-orientado passa de $r = 0,34$ ($p<0,001$) para r

= 0,14 [ns]. Para a variável controle da ansiedade, a relação do perfeccionismo socialmente prescrito passa de $r = -0,36(p < 0,001)$ para $r = -0,30(p < 0,001)$ e a relação de perfeccionismo auto-orientado com a variável controle de ansiedade passa de $r = -0,23(p < 0,001)$ para $r = 0,08$ [ns]. Tais resultados revelam aspectos importantes a se considerar sobre a faceta positiva de perfeccionismo auto-orientado. A falta de correlação significada dessa dimensão com ansiedade corrobora para evidências de que a dimensão de perfeccionismo auto-orientado é mais positiva e está menos associada à desfechos negativos da saúde mental (Stoeber & Otto, 2006). Outro aspecto a ser considerado é que com uma amostra majoritariamente de escolas públicas, a pressão do sistema de ensino sobre os adolescentes pode não ser tão intenso quanto de sistema de ensino de escolas particulares. Desta forma, essa pesquisa suscita a dúvida de que adolescentes de escolas públicas parecem não ser muito auto exigente consigo mesmos diante da obrigação em ter bons desempenhos. De maneira geral, adolescentes brasileiros de escolas públicas, parecem não terem tanto perfeccionismo auto-orientado. Porém esta dúvida suscitada não pode ser atendida por este trabalho pela falta de uma amostra com escolas particulares como grupo de comparação. A correlação moderada de perfeccionismo socialmente prescrito com depressão, demonstra que este constructo está associado ao adoecimento mental, demonstrando o caráter disfuncional dele.

Os sintomas psiquiátricos comuns (SPC), apresentaram correlações com perfeccionismo auto-orientado de $r = 0,19$ $p < 0,01$ e com perfeccionismo socialmente prescrito de $r = 0,48$ ($p < 0,001$). Os SPC estão associados de maneira mais intensa com essa variável do que com aquela variável. Após controlar o efeito de PAO sobre PSP encontramos uma correlação pura de $r = 0,45$ $p < 0,01$ e quando controlamos o efeito de PSP sobre PAO encontramos uma correlação de $r = -0,03$ [ns]. Isso demonstra mais uma vez o aspecto mais positivo de PAO, que não se associou aos sintomas psiquiátricos comuns e a associação da dimensão PSP com desfechos mais negativos da saúde mental.

Além disso, o SPC foi subdividido um grupo de pessoas com altos níveis e baixos níveis desses sintomas. O resultado demonstrou que o perfeccionismo socialmente prescrito, em adolescentes, distinguiu o grupo com altos níveis de SPC dos grupos com baixos níveis de SPC. Isso indicou que adolescentes que pontuam alto em perfeccionismo socialmente prescrito tendem a ter altos níveis de SPC. A diferença dos grupos foi apresentada em um nível de significância de $p < 0,001$ para perfeccionismo socialmente prescrito e elevado tamanho de efeito $d = 0,77$. Isto indica mais uma vez o caráter negativo da dimensão do perfeccionismo socialmente prescrito, uma vez que os SPC indicam níveis de ansiedade e de

depressão e sintomas fisiológicos associados a estes estados, como fadiga, dificuldade de dormir, indecisão e ideação suicida. Em um nível de significância menor $p < 0,01$ e o perfeccionismo auto-orientado também distinguiu os níveis de altos e baixos SPC, porém com tamanho de efeito menor de $d = 0,36$. Esse resultado demonstra que ambas as dimensões são capazes de diferenciar adolescentes com altos e baixos SPC, porém de maneira mais intensa o faz o perfeccionismo socialmente prescrito e isso aponta mais uma vez para uma caracterização de risco para a saúde mental do adolescente.

Huggins et al. (2008) estudou os níveis de perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) e auto-orientado (PAO) em crianças não-clínicas versus crianças com diagnóstico com transtorno depressivo. De oitocentas e seis crianças (390 meninos e 396 meninas) pelo menos cinquenta crianças preencheram os critérios para o diagnóstico de transtorno depressivo, a partir do preenchimento do Inventário de Depressão Infantil (CDI). Análise de regressão foi utilizada para prever o status diagnóstico do PSP, PAO, sexo e grupo de intervenção e o PSP foi o único preditor significativo do status diagnóstico de depressão. Apesar da nossa amostra não ser composta por diagnóstico clínico, os resultados de Huggins et al. (2008) corrobora com os nossos resultados, tanto para depressão, uma vez que de maneira mais específica o PSP foi a única dimensão que se associou a ela, quanto para SPC que poderia ser uma forma de distinguir os grupos clínicos e não clínicos, em forma de sintomatologia (com altos sintomas psiquiátricos comuns e baixos sintomas psiquiátricos comuns) e a dimensão de perfeccionismo socialmente prescrito de maneira mais intensa e significativa distinguiu os dois grupos. Em suma: o PSP distingue grupo clínico e não-clínico de sintomas psiquiátricos comuns (não psicóticos). O perfeccionismo desadaptativo pode ser associado à vergonha, culpa, sensação crônica de fracasso e baixa autoestima crônica e, por isso, prediz depressão. De maneira geral, os sintomas psiquiátricos não-psicóticos, avaliados pela SRQ-20, não trata de uma psicopatologia específica, e sim de vários sintomas menos específicos com o objetivo de triagem que geram um alerta para aprofundar as pesquisas de alguma psicopatologia. De maneira a descrever o que são estes sintomas, os medos e preocupações inespecíficas, a indecisão, sintomas fisiológicos de ansiedade e depressão, a tristeza e a ideação suicida parecem caracterizar de certa forma, os adolescentes com altos níveis de perfeccionismo socialmente prescrito. Mesmo sendo um instrumento de triagem, o perfeccionismo socialmente prescrito está associado a mais sintomas de transtornos mentais e que, desta forma, gera um alerta para descobrir psicopatologias mais específicas que podem dificultar o ajustamento psicológico do adolescente.

Ainda em relação à depressão, a pesquisa de MacCreary et al. (2004) em uma amostra de 481, crianças afro-americanos urbanos na sexta série, com idade média de 11,8 anos apresentam as seguintes associações. As dimensões de PSP e PAO crítico e PAO esforço foram correlacionadas com sintomas depressivos. Além disso, PSP foi encontrado como um preditor robusto de sintomas internalizantes após 1 ano de follow-up e, especialmente relacionados à depressão em meninos, mas não foi encontrado essa mesma relação em meninas. No entanto não houve um controle da covariação de uma variável sobre as outras na pesquisa de MacCreary et al. (2004). No trabalho de Flett et al. (2011) são encontrados níveis de depressão mais relacionados ao perfeccionismo socialmente prescrito $r=0,30$ e para perfeccionismo auto-orientado $r=0,24$. Também valores mais elevados de perfeccionismo socialmente prescrito do que de perfeccionismo auto-orientado são encontrados nos trabalhos de Hewitt et al. (2002) onde a relação da depressão e PSP é de $r= 0,24$ e de PAO é de $r= 0,20$. Em relação aos trabalhos de Flett et al. (2011) e de Hewitt et al. (2002) podemos observar que para estes autores ambas as dimensões se correlacionaram com a depressão, dado este que não corrobora com as pesquisas da nossa amostra, onde apenas a dimensão de perfeccionismo socialmente prescrito se correlacionou. Uma questão curiosa se apresenta, enquanto as correlações dos autores estão com tamanho de efeito de entre 0,20 e 0,30, na nossa amostra o tamanho de efeito moderado de $r = 0,51$ é mais intenso do que aqueles reportados na literatura.

Além disso, na presente pesquisa, o constructo bem-estar subjetivo não se associou com PAO e se associou com PSP em $-0,38$. O que indica que o perfeccionismo socialmente prescrito é inversamente associado com o bem-estar íntimo, à tranquilidade pessoal. O bem-estar íntimo é uma condição de contentamento e alegria que muitas vezes o perfeccionista socialmente prescrito com elevadas preocupações em ser perfeito sente dificuldades de sentir, ou seja, uma dificuldade de sentir a predominância de emoções positivas e tranquilidade. De maneira geral, podemos falar que o autocriticismo associado com o perfeccionismo, bem como querer ser perfeito para atender à parâmetros externos pode levar o adolescente a se julgar muito mal quando os altos padrões não são alcançados propiciando uma tendência autodepreciação, retratando a si mesmo com qualidades pejorativas e negativas, o que favorece o quadro depressivo (Levine et al., 2019).

Em relação à ansiedade, os resultados demonstram que de maneira mais intensa os perfeccionistas tendem a sentirem-se com uma apreensão e/ou temores inespecíficos de que algo ruim poderá acontecer (Reppold, 2005), medos de resultados ruins, de um desempenho

aquém do esperado, medos de serem avaliados de forma negativa pelas outras pessoas. Esses sintomas de ansiedade podem ser acrescidos ou não de sintomas fisiológicos como tremores nas mãos, sudorese e taquicardia. Os perfeccionistas tendem a sentirem-se angustiados e ansiosos por alcançarem bons desempenhos, metas e mais intensamente por buscarem atender parâmetros externos para o comportamento.

Retomando novamente na literatura o estudo (Hewitt et al.,2002) em que a ansiedade se associou ao perfeccionismo auto-orientado ($r=0,30$) com valores um pouco mais elevados que o perfeccionismo socialmente prescrito ($r=0,24$), podemos realizar comparações com o presente estudo. No estudo acima, a intensidade dos sintomas de ansiedade do perfeccionismo auto-orientado foi maior que do perfeccionismo socialmente prescrito, ao contrário do nosso estudo. Essau e colegas (2008) encontraram valores mais altos de perfeccionismo socialmente prescrito quando comparados ao perfeccionismo auto-orientado. Entre os adolescentes alemães, a associação da ansiedade com o perfeccionismo foi de $r=0,22$ ($p < .001$) para a dimensão perfeccionismo auto-orientado e $r=0,23$ ($p < .001$) para a dimensão de perfeccionismo socialmente prescrito, apesar de ser tênue essa diferença. Já em Hong Kong a associação foi maior para perfeccionismo auto-orientado do que para perfeccionismo socialmente prescrito. Os resultados dessa amostra foram $r=0,36$ ($p < .001$) para perfeccionismo auto-orientado e $r=0,30$ ($p < .001$) para perfeccionismo socialmente prescrito. Isso evidencia uma predominância da autocobrança para atingir metas por parte dos adolescentes de Hong Kong, parecendo indicar uma especificidade da cultura desse país. Mais uma vez na presente pesquisa observamos relações moderadas entre PSP e ansiedade, porém com tamanhos de efeito maiores do que os encontrados na literatura, sendo novamente o perfeccionismo socialmente prescrito maior que a o perfeccionismo auto-orientado, tanto para indicadores de ansiedade, quanto para controle de ansiedade. A correlação pequena e não significativa de ansiedade com perfeccionismo auto-orientado, parece indicar adolescentes brasileiros de escolas públicas não são tão auto exigentes para atingir resultados a ponto de desenvolverem um quadro de ansiedade associado ao perfeccionismo auto-orientado, parecendo ter menos autocobranças do que, por exemplo, adolescentes de Hong Kong. No caso da associação moderada da ansiedade com perfeccionismo socialmente prescrito isso demonstra que adolescentes que se sentem exigidos pelos outros e por padrões sociais idealizados tendem a ter mais ansiedade, medo e apreensão por não corresponder ao ideal que fora estipulado pelos outros.

Em relação à ansiedade, depressão, e sintomas psiquiátricos comuns, é claro que os efeitos danosos da dimensão do perfeccionismo socialmente prescrito geram problemas para a saúde mental do adolescente e podem repercutir em um pior ajustamento psicológico desse adolescente em diversos âmbitos da vida social e familiar. O perfeccionismo auto-orientado, apesar de ser apontado como um risco para a saúde mental dos adolescentes em outras pesquisas da literatura (Hewitt et al. 2002; Flett et al. 2011) na presente amostra parece não ser tão significativo para um pior ajustamento psicológico.

Em relação à ruminação de pensamentos o presente estudo apontou a associação de perfeccionismo auto-orientado ($r=0,39$) e de perfeccionismo socialmente prescrito ($r=0,56$), ambos significativos. Em pesquisas anteriores como a de Flett et al. (2011) encontramos a relação da ruminação de pensamento com perfeccionismo auto-orientado ($r=0,31$) e com perfeccionismo socialmente prescrito não houve associação. Esse resultado foi inesperado para amostra desse estudo, porque era esperado que a ruminação de pensamento estivesse mais associada com perfeccionismo socialmente prescrito. Os estudos realizados por Flett et al. (2011) demonstraram que a ruminação de pensamento está mais associada à uma autoexigência e auto responsabilização por controlar as situações e ruminar quando as coisas não dão certo e não está tão associada ao pensamento de que os outros esperam a perfeição do eu. Na presente amostra, a dimensão de perfeccionismo socialmente prescrito (preocupações perfeccionistas) se associou de maneira mais forte com ruminação de pensamento do que com perfeccionismo auto-orientado. Após controlar o efeito de perfeccionismo auto-orientado sobre perfeccionismo socialmente prescrito, a associação do socialmente prescrito com ruminação de pensamentos foi de ($r=0,56p<0,001$), para ($r=0,46 p<0,001$), ela diminuiu um pouco mas continua a ser moderada. Já a dimensão do perfeccionismo auto-orientado com ruminação de pensamentos, após controlar o perfeccionismo socialmente prescrito, em uma correlação parcial não apresentou correlações $r= 0,19$ [ns]. Pode-se pensar que a pressão que o indivíduo sente para ser perfeito, advinda de parâmetros sociais ou de outras pessoas, faz que ele rumine por sentir não ter atingido a perfeição. Pode-se pensar, também, que esse tipo de ruminação pode estar associado ao descontentamento com o que o outro pensa dele, preocupações em ser avaliado pelos outros e à autodepreciação quando ele não consegue suprir as expectativas das outras pessoas. Ademais, há uma falta de relação significativa da dimensão de perfeccionismo auto-orientado com ruminação de pensamentos e isso demonstra que essa dimensão está menos associada à desfechos negativos e/ou psicopatológicos.

O perfeccionismo tem sido associado com a transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) em adultos e foram encontrados resultados semelhantes em amostras de adolescentes, apesar da literatura apresentar uma escassez de pesquisas deste transtorno com perfeccionismo nessa faixa etária. Libby et al. (2004) pesquisaram pré-adolescentes de 11 a 18 anos com TOC e observaram que esses adolescentes obtiveram escores mais alto em preocupação com erros da escala FMPS. Ye et al. (2008) pesquisam um público-alvo de crianças e adolescentes de 7 a 18 anos e descobriram que a sensibilidade a erros está significativamente correlacionada com sintomas TOC. Apenas uma pesquisa associou o TOC com a escala apresentada neste trabalho (HFMPs) foi de Soreni et al. (2014) e ela encontrou que o perfeccionismo auto-orientado crítico previu aumentos no sintoma de TOC e o perfeccionismo socialmente prescrito, não. Sobre a dimensão de condutas compulsivas (Reppold, 2005), que operacionaliza os sintomas de TOC, encontrou-se a associação de perfeccionismo auto-orientado de $r=0,61$ e de perfeccionismo socialmente prescrito de $r=0,3$, a um nível de significância de $p < 0,001$. Interessante observar que, para a dimensão ações compulsivas, perfeccionismo auto-orientado é mais associada, tendo uma correlação muito baixa para perfeccionismo socialmente prescrito. Esse resultado é corroborado com a pesquisa de Soreni et al. (2014) de maneira que apenas a dimensão de PAO Crítico estava associado com aumentos dos sintomas de TOC. Esse resultado mostra ser mais forte a relação da dimensão de perfeccionismo auto-orientado com TOC.

Após controlar os efeitos de perfeccionismo auto-orientado sobre perfeccionismo socialmente prescrito, em uma correlação parcial, o resultado foi de $r= 0,04$ [ns], de modo que a relação deixa de ser significativa para perfeccionismo socialmente prescrito. Após controlar o efeito de perfeccionismo socialmente prescrito sobre a dimensão de perfeccionismo auto-orientado ela é de $r=0,56$ para $p < 0,001$. A relação se mostra moderada e se mantém após o controle de perfeccionismo socialmente prescrito. Isso demonstra que o TOC está associado ao perfeccionismo auto-orientado no que diz respeito à necessidade de atingir certas situações de perfeição e na evitação de erros pelos quais o indivíduo se responsabiliza. Possivelmente isso também demonstra que a rigurosidade do eu para atingir certos padrões e a auto-exigência, acometem a um tipo de preocupação exagerada com os objetos e situações estarem nos seus devidos lugares e destinações. Isso pode acontecer, possivelmente, para controlar processos cognitivos e pensamentos incômodos (Rhéaume et al., 2000), bem como a situação de “not just right” (Affrunti et al., 2018). De maneira geral, o perfeccionismo auto-orientado parece estar associado a tendências de organização e rigidez dos procedimentos que devem

obedecer a uma ordem do próprio indivíduo. Apesar da dimensão perfeccionismo auto-orientado não se associar com outras medidas de psicopatologia, como depressão, ansiedade e ruminação de pensamento, em relação às ações compulsivas podemos perceber que essa dimensão tem um papel importante, sendo que adolescentes com níveis mais elevados de PAO tendem a ter maior rigurosidade com organização e limpeza e com comportamentos mais estruturados de modo a fazer as coisas de maneira exatamente certas e se sentirem incomodados quando as coisas não estão em situação nos lugares corretos.

De maneira geral, a dimensão do perfeccionismo socialmente prescrito, de acordo com a literatura, se associa de maneira mais forte com indicadores de desajustamento psicológico e apresenta piores desfechos de saúde mental. Essa pesquisa vem a corroborar com os resultados de que adolescentes com mais perfeccionismo socialmente prescrito sentem-se mais deprimidos, ansiosos, (Hewitt et al., 2002; Huggins et al., 2008; Essau et al., 2008; O'Connor et al., 2010; Rice et al., 2011; Flett et al., 2011, Levine et al., 2019) e tem mais sintomas psiquiátricos comuns do que adolescentes que não tem essa dimensão do perfeccionismo. O PSP é uma dimensão que está mais presente em mulheres do que em homens o que demonstra que mulheres estão mais susceptíveis a terem dificuldades de saúde mental associadas com o perfeccionismo desadaptativo do que os homens (Freitas, 2011), dados corroborados, segundo a nossa amostra. Adolescentes que sentem que a perfeição é exigida pelos outros, e que tem que corresponder a altos padrões impostos por fora, pela família, pela escola, pela sociedade em geral, tendem a ter um pior ajustamento psicológico do que pessoas que não sentem essa exigência de perfeição pelos outros. A dimensão perfeccionismo auto-orientado, por sua vez, não correlacionou com indicadores de ajustamento psicológico, com exceção das condutas compulsivas o que corrobora com os resultados de Soreni et al. (2014). Isso apresenta, como já foi mencionado anteriormente uma característica mais positiva da dimensão de perfeccionismo auto-orientado. No entanto, em relação às condutas compulsivas, os adolescentes com maiores níveis de perfeccionismo auto-orientado, apresentam uma rigidez em fazerem as coisas certas e ter tudo no lugar, o que demonstra que o perfeccionismo estabelecido pela própria pessoa, tal qual uma autoexigência de padrões, pode também ser voltado para organização os objetos, bem como para rituais mais estruturados de ações e tendência à ordem. Mas de maneira geral esse perfeccionismo, auto-orientado, não está associado, com depressão, ansiedade, ruminação de pensamentos e sintomas psiquiátricos comuns.

Esses resultados apontam que o perfeccionismo socialmente prescrito pode se apresentar como um fator de risco para a saúde mental dos adolescentes, gerando sofrimento, angústia, autocoerções excessivas, pensamentos negativos (como no caso da ruminação), e ao medo de identificar se os comportamentos passados não foram perfeitos o suficiente, buscando sempre uma representação mais perfeita do eu, segundo parâmetros irrealisticamente elevados. Essas características de preocupações perfeccionistas, por seu carácter de buscar parâmetros externos, podem gerar dificuldades associadas à socialização, sensibilidade às críticas e avaliações dos outros, frustrações e medo de errar (Flett et al., 2014). As frustrações em não corresponder ao ideal parecem levar a estados de maiores afetos negativos e a piores indicadores de saúde (Molnar et al., 2006). Pode-se considerar que principalmente os adolescentes com altos níveis de PSP, quando se trata de padrões elevados, o mínimo erro pode gerar frustrações e emoções negativas, que se parecem se manifestar com um aumento dos sintomas de ansiedade e de depressão. O surgimento de sintomas depressivos e ansiosos estão também associados a um estado mais crônico de sofrimento mental, que junto com as altas exigências, autocrítica e cobranças para ser perfeito implicam em um estado de sofrimento oriundo das preocupações perfeccionistas. De acordo com a hipótese de que o perfeccionismo socialmente prescrito se correlacionaria, de forma positiva e significativa, com indicadores de saúde mental, isso se deu de maneira evidente no caso de depressão, ansiedade, ruminação de pensamentos e com sintomas psiquiátricos comuns (SQR-20), mas não com condutas compulsivas.

O perfeccionismo auto-orientado que indica uma motivação para a autodeterminação dos próprios parâmetros de desempenho, segundo a nossa pesquisa, está mais associado a desfechos positivos de saúde mental, ou seja, o esforço pessoal em obter melhoras do próprio comportamento, em obter um bom desempenho pessoal, em fazer trabalhos e atividades da melhor forma possível, representam um aspecto positivo do perfeccionismo, que pode estar associado à algum nível de sofrimento, como demonstrado em outros trabalhos, mas parece, segundo essa pesquisa que não está associado, nem a depressão, nem a ansiedade, nem a ruminação de pensamento nem aos sintomas psiquiátricos comuns. A exceção que o perfeccionismo auto-orientado se associa é com condutas compulsivas e tendências a querer uma ordem nos objetos e situações. De maneira parcial, a hipótese de que o perfeccionismo auto-orientado não correlacionará com indicadores de saúde mental foi atendida, mas não integralmente.

Esse resultado das correlações do instrumento com os indicadores de saúde mental evidencia uma questão importante sobre a validade de critério do instrumento. De acordo com toda a literatura levantada, nacional e internacional, espera-se que o constructo perfeccionismo (em adolescentes) se associe aos indicadores de saúde mental. Uma vez que os dados empíricos levantados por essa pesquisa corroboram com essa hipótese, identifica-se que o instrumento diz sobre o constructo “perfeccionismo” com uma apreensão do fenômeno que reproduz as características de tal fenômeno de acordo com a literatura da área. Isso é demonstrado pela correlação com as variáveis externas (indicadores de saúde mental) que corresponde a evidência de validade de critério do instrumento. De tudo isso, tem-se a identificação do fenômeno perfeccionismo (em adolescentes brasileiros) com impactos à saúde mental do adolescente, de modo que o tipo do perfeccionismo socialmente prescrito tem sim associação com ansiedade, depressão, ruminação de pensamento e sintomas psiquiátricos comuns e o perfeccionismo auto-orientado traz associações com condutas compulsivas.

Em relação à validade de conteúdo do instrumento, os indicadores Kappa e CVC são formas objetivas de levantar que o conteúdo da escala é adequado para representar o constructo alvo. Mesmo após a tradução e retrotradução o instrumento foi reanalisado pelo autor a fim de comparar o conteúdo das sentenças com as características de cada item originalmente elaborados, a fim de manter o sentido original para cada item. A escala foi mantida com 22 itens apesar do item 3 não obter carga fatorial adequada (em nenhuma das análises de 2 e 3 fatores) e isso foi uma opção interessante, para preservar a escala tal qual a original, uma vez que a retirada do item 3 não implicaria em melhora do ajuste do modelo. Deste modo, a escala com 22 itens apresenta boas evidências de validade de conteúdo e é inteligível para o público-alvo.

Segundo os resultados do presente estudo, o instrumento de avaliação do perfeccionismo para crianças e adolescentes, a *Child-Adolescent Perfectionism Scale (CAPS)*, apresenta indicadores de validade e precisão satisfatórios, e parece ser adequada para a avaliação do perfeccionismo em adolescentes brasileiros. Ademais, o perfeccionismo avaliado pela CAPS parece operacionalizar bem os conceitos de esforços perfeccionistas (perfeccionismo auto-orientado) e preocupações perfeccionistas (perfeccionismo socialmente prescrito), dimensões respectivamente positivas e negativas do perfeccionismo, uma vez que são associados de forma distinta com resultados e desfechos de saúde mental.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existem diversos debates na literatura que no que se refere ao uso da CAPS para avaliação do perfeccionismo na adolescência. A principal contribuição deste trabalho foi levantar as propriedades psicométricas para a CAPS-Brasil e acrescentar na literatura a contribuição acerca da sua estrutura fatorial que corresponde bem às duas dimensões, perfeccionismo auto-orientado e perfeccionismo socialmente prescrito, de maneira que este modelo se adequou bem aos dados analisados. Ademais, as relações entre perfeccionismo e indicadores de ajustamento psicológico são importantes, considerando as várias implicações e aplicações do uso da escala em contextos clínicos.

Esta pesquisa possui algumas limitações que são importantes de serem consideradas. A primeira é que a amostra de adolescentes predominantemente de escolas públicas propiciou condições de uma amostra homogênea, não permitindo verificar o efeito no instrumento dos adolescentes provenientes de escolas particulares, cujas exigências escolares parecem ser mais intensas. No caso, isso também homogeneizou a amostra em termos de nível socioeconômico, que são enquadrados principalmente nos níveis B2 (34,25%) C1 (23,42%) e C2 (19,14%), não atingindo níveis socioeconômicos mais elevados como a A1 e B1. A pressão do perfeccionismo provenientes de ambientes distintos (escolares e socioeconômicos) não pode, desta forma, ser amplamente avaliado. Ademais, o delineamento da presente pesquisa não contemplou participantes de grupos clínicos, o que não permite gerar afirmações sobre a população que possui diagnóstico de ansiedade, depressão e TOC, mas ao invés disso, na pesquisa traçou-se uma abordagem de avaliar a intensidade dos sintomas destas patologias na população de adolescentes.

De maneira geral, o delineamento desta pesquisa sendo transversal, possibilitou levantar associações importantes com indicadores de ajustamento psicológico na adolescência, mas não permitiu inferir relações de causalidade entre estes constructos. No entanto, a adaptação deste instrumento favorecerá pesquisas futuras inclusive com abordagens mais complexas com delineamento longitudinal e isso será muito relevante para entender melhor como o perfeccionismo prediz certos fenômenos da saúde mental e outros temas pertinentes de estudo como autoestima, locus de controle interno e externo, transtornos alimentares, saúde física, qualidade de vida, afeto positivo, dentre outros.

A aplicação do presente estudo será de importância para a pesquisa do perfeccionismo, pois possibilitará utilizar um instrumento válido e preciso para avaliar o perfeccionismo. Embora as normas deste instrumento ainda não tenham sido disponibilizadas neste texto, a continuidade da pesquisa possibilitará, no futuro, uma aplicação clínica para a escala, através da normatização. A importância de avaliar o perfeccionismo na clínica é o que foi identificado nesse estudo sobre os riscos do perfeccionismo socialmente prescrito para a saúde mental do adolescente. Isso nos alerta para as dificuldades e sofrimentos que os adolescentes sentem com este tipo de perfeccionismo, quando sentem que a perfeição é exigida de si, segundo parâmetros externos. O sofrimento psicológico associado ao perfeccionismo socialmente prescrito traz à tona a necessidade de prevenir consequências mais perigosas deste tipo de perfeccionismo como a manutenção dos sintomas psiquiátricos e até mesmo processos de ideação suicida associados. Para tanto é importante identificar o adolescente perfeccionista, orientar segundo uma psicoeducação sobre perfeccionismo para adolescentes e, a partir das pesquisas, desenvolver abordagens e programas de intervenção para tratar as manifestações perfeccionistas disfuncionais.

9 REFERÊNCIAS

- Adkins, K. K., & Parker, W. (1996). Perfectionism and suicidal preoccupation. *Journal of personality*, 64(2), 529–543. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1467-6494.1996.tb00520.x>
- Affrunti, N. W., & Woodruff-Borden, J. (2014). Parental perfectionism and overcontrol: examining mechanisms in the development of child anxiety. *Journal of abnormal child psychology*, 43(3), 517–529. <https://doi.org/doi:10.1007/s10802-014-9914-5>
- Affrunti, N. W., & Woodruff-Borden, J. (2014). Perfectionism in pediatric anxiety and depressive disorders. *Clinical child and family psychology review*, 17(3), 299–317. <https://doi.org/10.1007/s10567-014-0164-4>
- Affrunti, N.W. & Woodruff-Borden, J. (2018) Perfectionism and anxiety in children. In *Stoeber, J. (Org). The Psychology of Perfectionism: Theory, Research, Applications* (p. 113-133). <https://doi.org/10.4324/9781315536255-9>
- Anunciação, L. (2018). An Overview of the History and Methodological Aspects of Psychometrics. *Journal for ReAttach Therapy and Developmental Diversities*, 1(1), 44–58. <https://doi.org/10.26407/2018jrtd.1.6>
- Ashby, J. S., & Bruner, L. P. (2005). Multidimensional Perfectionism and Obsessive-Compulsive Behaviors. *Journal of College Counseling*, 8(1), 31–40. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1882.2005.tb00070.x>
- Ashby, J. S., Kottman, T., & DeGraaf, D. (1999). Leisure satisfaction and attitudes of perfectionists: Implications for therapeutic recreation professionals.

- Therapeutic Recreation Journal*, 33, 142-151. Recuperado de: <https://search.proquest.com/openview/31ecf3f353d871cef02fdf178f87fe62/1?pq-origsite=gscholar&cbl=5997>
- Asparouhov, T., & Muthén, B. (2009). Exploratory Structural Equation Modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 16(3), 397-438. <https://doi.org/10.1080/10705510903008204>
- Bandura, A., & Kupers, C. J. (1964). Transmission of patterns of self-reinforcement through modeling. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 1-9. <http://doi.org/10.1037/h0041187>
- Bas, A. U., & Siyez D. M. (2010) Adaptation of The Child and Adolescent Perfectionism Scale to Turkish: The Validity and Reliability Study. *Elementary Education Online*, 9(3), 898-909. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Digdem_Siyez/publication/268371623
- Bento, C., Pereira, A. T., Maia, B., Marques, M., Soares, M. J., Bos, S., Valente, J., Gomes, A., Azevedo, M & Macedo, A. (2010). Perfectionism and eating behaviour in Portuguese adolescents. *European Eating Disorders Review*, 18(4), 328-337. <https://doi.org/10.1002/erv.981>
- Bento, C., Pereira, A. T., Saraiva, J. M. & Macedo, A. (2014). Children and Adolescent Perfectionism Scale: Validation in a Portuguese Adolescent Sample. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 27(2), 228-232. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427203>
- Bento, C., Pereira, A. T., Roque, C., Saraiva, M. T., & Macedo, A. (2017) Longitudinal effects of an intervention on perfectionism in adolescents. *Psicothema*, 29(3), 317-322 <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.223>
- 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)
- Bieling, P. J., Israeli, A., Smith, J., & Antony, M. M. (2003). Making the grade: the behavioural consequences of perfectionism in the classroom. *Personality and Individual Differences*, 35(1), 163–178. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(02\)00173-3](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(02)00173-3)
- Blankstein, K. R., & Dunkley, D. M. (2002). *Evaluative concerns, self-critical, and personal standards perfectionism: A structural equation modeling strategy*. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. 285-315. Washington, DC, US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10458-012>
- Booth, T., & Hughes, D. J. (2014). Exploratory Structural Equation Modeling of Personality Data. *Assessment*, 21(3), 260 - 271. <https://doi.org/10.1177/1073191114528029>
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research* (2nd ed.). *Methodology in the social sciences*. New York, NY, US: The Guilford Press.
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*. 34-51 <https://motamem.org/wp-content/uploads/2019/03/The-Perfectionist-Script-for-self-defeat.pdf>
- Byrne, B. M. (2011). *Structural Equation Modeling with Mplus Basic Concepts, Applications, and Programming* (1ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203807644>

- Castro, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B., & Toro, J. (2004). Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health, 35*, 392-398. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.11.094>
- Chang, E. C., Watkins, A., & Banks, K. H. (2004). How Adaptive and Maladaptive Perfectionism Relate to Positive and Negative Psychological Functioning: Testing a Stress-Mediation Model in Black and White Female College Students. *Journal of Counseling Psychology, 51*(1), 93-102. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.93>
- Cohen, J. (1988). *Power Analysis & Effect Sizes Show Path Book Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2002). The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples. *Psychological Assessment, 14*(3), 365-373. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.3.365>
- E. Damian, L., Negru-Subtirica, O., Stoeber, J., & Baban, A. (2016). Perfectionistic concerns predict increases in adolescents' anxiety symptoms: A three-wave longitudinal study. *Anxiety, Stress, & Coping, 30*(5), 551-561. <https://doi.org/10.1080/10615806.2016.1271877>
- Donaldson, D., Spirito, A., & Farnett, E. (2000). The Role of Perfectionism and Depressive Cognitions in Understanding the Hopelessness Experienced by Adolescent Suicide Attempters. *Child Psychiatry and Human Development, 31*(2), 99-111. <https://doi.org/10.1023/a:1001978625339>
- Douilliez, C., & Hénot, E. (2013). Mesures du perfectionnisme chez l'adolescent: Validation des versions Francophones de deux questionnaires. *Canadian Journal of Behavioural Science, 45*(1), 64-71. <https://doi.org/10.1037/a0022686>
- 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/doi:10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Einstein, D. A., Lovibond, P. F., & Gaston, J. E. (2000). Relationship between perfectionism and emotional symptoms in an adolescent sample. *Australian Journal of Psychology, 52*, 89-93. <https://doi.org/10.1080/00049530008255373>
- Enns, M. W., Cox, B. J., & Clara, I. (2002). Adaptive and maladaptive perfectionism: Developmental origins and association with depression proneness. *Personality and Individual Differences, 33*(6), 921-935. [http://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00202-1](http://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00202-1)
- Enns, M. W., Cox, B. J., Sareen, J., & Freeman, P. (2001). Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. *Medical Education, 35*(11), 1034-1042. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2001.01044.x>
- Essau, C. A., Leung, P. W. L., Conradt, J., Cheng, H., & Wong, T. (2008). Anxiety symptoms in Chinese and German adolescents: their relationship with early learning experiences, perfectionism, and learning motivation. *Depression and Anxiety, 25*(9), 801-810. <http://doi.org/10.1002/da.20334>
- Fleiss, J. L. (1971) Medindo a concordância de escala nominal entre muitos avaliadores. *Psychological Bulletin, 76*(5), 378-382

- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2016). Still Measuring Perfectionism After All These Years. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 34(7), 615–619. <http://doi.org/10.1177/0734282916651540>
- Flett, G. L., Besser, A., & Hewitt, P. L. (2014). Perfectionism and Interpersonal Orientations in Depression: An Analysis of Validation Seeking and Rejection Sensitivity in a Community Sample of Young Adults. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 77(1), 67–85. <http://doi.org/10.1521/psyc.2014.77.1.67>
- Flett, G. L., Coulter, L.-M., Hewitt, P. L., & Nepon, T. (2011). Perfectionism, Rumination, Worry, and Depressive Symptoms in Early Adolescents. *Canadian Journal of School Psychology*, 26(3), 159–176. <http://doi.org/10.1177/0829573511422039>
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Besser, A., Su, C., Vaillancourt, T., Boucher, D., Munro, Y., Davison, L. A. Gale, O. (2016). The Child–Adolescent Perfectionism Scale. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 34(7), 634–652. <http://doi.org/10.1177/0734282916651381>
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Boucher, D. J., Davidson, L. A., & Munro, Y. (2001). The Child and Adolescent Perfectionism Scale: Development, validation, and association with adjustment. *Unpublished manuscript*, Department of Psychology, University of Columbia, Canada. Recuperado de: <https://hewittlab.sites.olt.ubc.ca/files/2014/11/CAPS.pdf>
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Oliver, J. M., & Macdonald, S. (n.d.). Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis. *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment.*, 89–132. <http://doi.org/10.1037/10458-004>
- Freitas, C. D. E. (2011) Perfeccionismo, auto-conceito e sintomatologia psicopatológica em estudantes do Ensino Superior. *Dissertação, Universidade da Beira Interior, Covilhã*, Recuperado de: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2732/1/Tese_Clemence_Freitas.pdf
- 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. [http://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90181-2](http://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90181-2)
- Frost, R. O., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1991). The development of perfectionism: A study of daughters and their parents. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 469–489. <https://doi.org/10.1007/BF01175730>
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449–468. <http://doi.org/10.1007/BF01172967>
- Gilman, R., & Ashby, J. S. (2003). A First Study of Perfectionism and Multidimensional Life Satisfaction among Adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 23(2), 218–235. <https://doi.org/10.1177/0272431603023002005>
- George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson.
- Gilman, R., Ashby, J. S., Sverko, D., Florell, D., & Varjas, K. (2005). The relationship between perfectionism and multidimensional life satisfaction among Croatian and American youth. *Personality and Individual*

Differences, 39, 155. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.536.4436&rep=rep1&type=pdf>

- Grzegorek, J. L., Slaney, R. B., Franze, S., & Rice, K. G. (2004). Self-criticism, dependency, self-esteem, and grade point average satisfaction among clusters of perfectionists and nonperfectionists. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 192-200. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/buy/2004-12243-006>
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15(1), 27-33. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/1979-08598-001>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate Data Analysis*. Prentice-Hall, Inc, 6.
- Herman, K. C., Wang, K., Trotter, R., Reinke, W. M., & Ialongo, N. (2013). Developmental trajectories of maladaptive perfectionism among African American adolescents. *Child Development*, 84, 1633-1650. <https://doi.org/10.1111/cdev.12078>
- Hernández-Nieto, R. A. (2002). *Contribuciones al análisis estadístico*. Mérida: Universidad de Los Andes.
- 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), 456-470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>
- Hewitt, P. L., Caelian, C. F., Flett, G. L., Sherry, S. B., Collins, L., & Flynn, C. A. (2002). Perfectionism in children: associations with depression, anxiety, and anger. *Personality and Individual Differences*, 32(6), 1049-1061. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(01\)00109-x](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(01)00109-x)
- 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
- Hollender, M. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6(2), 94-103. [http://doi.org/10.1016/S0010-440X\(65\)80016-5](http://doi.org/10.1016/S0010-440X(65)80016-5)
- Huggins, L., Davis, M. C., Rooney, R., & Kane, R. (2008). Socially prescribed and self-oriented perfectionism as predictors of depressive diagnosis in preadolescents. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 18, 182 - 194. <http://doi.org/10.1375/ajgc.18.2.182>
- International Test Commission. (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Testes* (Second edition). <https://www.intestcom.org/>. Translation authorized by Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP).
- Kamins, M. L., & Dweck, C. S. (1999). Person versus process praise and criticism: Implications for contingent self-worth and coping. *Developmental Psychology*, 35, 835-847. <http://doi.org/doi:10.1037/0012-1649.35.3.835>
- Kader, F. A. H. A., & Eissa, M. (2016). Psychometric properties of the Arabic version of The Child and Adolescent Perfectionism Scale in a sample of Egyptian

- adolescents. *International Journal of Psycho-Educational Sciences*, 5(1), 26 - 32. <https://www.journals.lapub.co.uk/index.php/perr/article/view/250>
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). The Guilford Press.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33(1), 159. <http://doi.org/10.2307/2529310>
- Levine, S. L., Green-Demers, I., Werner, K. M., & Milyavskaya, M. (2019). Perfectionism in Adolescents: Self-Critical Perfectionism as a Predictor of Depressive Symptoms Across the School Year. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 38(1), 70–86. <http://doi.org/10.1521/jscp.2019.38.1.70>
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2016). The Relationship Between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301–1326. <http://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- LoCicero, K. A., Ashby, J. S., & Kern, R. M. (2000). Multidimensional perfectionism and lifestyle approaches in middle school students. *Journal of Individual Psychology*, 56, 449-461. Recuperado de: <https://search.proquest.com/openview/fe7a78fa9cb3ad66dec8eddbcae8f1124/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1816606>
- Macedo, A., Soares, M. J., Azevedo, H., Gomes, A., Pereira, A., Maia, B., Pato, M. (2007). Perfectionism and eating attitudes in Portuguese University students. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*. 15. 296-304. <http://doi.org/10.1002/erv.735>.
- Mari, J. J., Iacoponi, E., Williams, P., Simões, O., Silva, J. B. T. (1987). Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. *Rev. de Saúde Públ.*, 21 (6): 501-507. Recuperado em: [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89101987000600006&script=sci abstract](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89101987000600006&script=sci%20abstract)
- Mâroco, J. (2010) *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Report number, Pêro Pinheiro.
- Marsh, H. W., Morin, A. J. S., Parker, P. D., & Kaur, G. (2014). Exploratory Structural Equation Modeling: An Integration of the Best Features of Exploratory and Confirmatory Factor Analysis. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 85–110. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-1537007>
- Martin, J. L., & Ashby, J. S. (2004). Appraising Perfection. *Journal of College Student Psychotherapy*, 18(4), 61–74. https://doi.org/10.1300/j035v18n04_06
- McCreary, B.T., Joiner, T.E., Schmidt, N.B., & Ialongo, N.S. (2004). The structure and correlates of perfectionism in African American children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 313- 324. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3302_13
- McLaughlin, K. A., Aldao, A., Wisco, B. E., & Hilt, L. M. (2014). Rumination as a transdiagnostic factor underlying transitions between internalizing symptoms and aggressive behavior in early adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 13–23. <https://doi.org/10.1037/a0035358>

- Mobley, M., Slaney, R. B., & Rice, K. G. (2005). Cultural validity of the Almost Perfect Scale--Revised for African American college students. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 629–639. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.629>
- Molnar, D. S., Reker, D. L., Culp, N. A., Sadava, S. W., & DeCourville, N. H. (2006). A mediated model of perfectionism, affect, and physical health. *Journal of Research in Personality*, 40(5), 482–500. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.04.002>
- Muris, P., Rapee, R., Meesters, C., Schouten, E., & Geers, M. (2003). Anormalidades de percepção de ameaças em crianças: o papel dos sintomas de transtornos de ansiedade, ansiedade crônica e ansiedade estado. *Journal of Anxiety Disorders*, 17 (3), 271-287. [https://doi.org/10.1016 / s0887-6185 \(02\) 00199-8](https://doi.org/10.1016 / s0887-6185 (02) 00199-8)
- Neff, K. D. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Nobel, R. J., Manassis, K., Wilansky-Traynor, P., 2012. The role of perfectionism in relation to an intervention to reduce anxious and depressive symptoms in children. *J. Ration Emot. Cogn. Behav. Ther.* 30, 77-90. <https://doi.org/10.1007/s10942-011-0133-5>
- Nunnally, J.C., Bernstein I.H., 1994. *Psychometric theory* (3rd ed.). NY:McGraw-Hill.
- O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2010). Predicting depression, anxiety and self-harm in adolescents: The role of perfectionism and acute life stress. *Behaviour Research and Therapy*, 48(1), 52–59. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.09.008>
- O'Connor, R.C., Dixon, D., Rasmussen, S., 2009. The structure and temporal stability of the Child and Adolescent Perfectionism Scale. *Psychol. Assess.* 21(3), 437-443. <https://doi.org/10.1037/a0016264>
- Ossa-Cornejo, C., López-Fuentes, M., Lagos-San Martín, N., Palma-Luengo, M., Pérez-Norambuena, J.S. (2019). Psychometric characteristics of the child-adolescent Perfectionism scale (CAPS) in elementary school students of Chile. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 296 – 304. <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1886>
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, 39(4), 386–390. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.39.4.386>
- Parker, W. D., & Stumpf, H. (1995). An Examination of the Multidimensional Perfectionism Scale with a Sample of Academically Talented Children. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 13(4), 372–383. <https://doi.org/10.1177/073428299501300404>
- Periasamy, S., & Ashby, J. S. (2002). Multidimensional Perfectionism and Locus of Control. *Journal of College Student Psychotherapy*, 17(2), 75–86. https://doi.org/10.1300/j035v17n02_06
- Pinheiro, K. A. T., Horta, B. L., Pinheiro, R. T., Horta, L. L., Terres, N. G., & Silva, R. A. D. (2007). Common mental disorders in adolescents: a population based cross-sectional study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(3), 241-24
- Reppold, C. T. (2005) Construção, Validação E Normatização De Uma Bateria De Cinco Escalas Para Avaliação De Ajustamento Psicológico Em Adolescentes. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado de: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/6038/000524083.pdf?...1>

- Revelle, W. (2018). *psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research*. Retrieved from <https://cran.r-project.org/package=psych>
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Bouchard, C., Gallant, L., Talbot, F., & Vallières, A. (2000). Functional and dysfunctional perfectionists: are they different on compulsive-like behaviors? *Behaviour Research and Therapy*, 38(2), 119–128. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00203-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00203-4)
- Rice, K. G., & Dellwo, J. P. (2002). Perfectionism and Self-Development: Implications for College Adjustment. *Journal of Counseling & Development*, 80(2), 188–196. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2002.tb00182.x>
- Rice, K. G., & Slaney, R. B. (2002). Clusters of perfectionists: Two studies of emotional adjustment and academic achievement. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 35, 35-48. Recuperado em: <https://search.proquest.com/openview/3f15724ec14dfa9eb6b152983d54411a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=34423>
- Rice, K. G., Ashby, J. S., & Slaney, R. B. (1998). Self-esteem as a mediator between perfectionism and depression: A structural equations analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 304-314. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.45.3.304>
- Rice, K. G., Lopez, F. G., & Vergara, D. (2005). Parental/Social Influences on Perfectionism and Adult Attachment Orientations. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(4), 580–605. <https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.4.580>
- Rice, K. G., Leever, B. A., Noggle, C. A., & Lapsley, D. K. (2007). Perfectionism and depressive symptoms in early adolescence. *Psychology in the Schools*, 44(2), 139–156. <https://doi.org/10.1002/pits.20212>
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1–36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*. [http://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00072-6](http://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00072-6)
- Sironic, A., & Reeve, R. A. (2015). A combined analysis of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS), Child and Adolescent Perfectionism Scale (CAPS), and Almost Perfect Scale—Revised (APS-R): Different perfectionist profiles in adolescent high school students. *Psychological Assessment*, 27(4), 1471–1483. <http://doi.org/10.1037/pas0000137>
- Slaney, R., Rice, K., Mobley, M., Trippi, J., & Ashby, J. S. (2001). The Revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling & Development*, 34(3), 130–145. <https://doi.org/10.1080/07481756.2002.12069030>
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Rnic, K., Saklofske, D. H., Enns, M., & Gralnick, T. (2016). Are Perfectionism Dimensions Vulnerability Factors for Depressive Symptoms After Controlling for Neuroticism? A Meta-analysis of 10 Longitudinal Studies. *European Journal of Personality*, 30(2), 201–212. <https://doi.org/10.1002/per.2053>
- 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*, <https://doi.org/10.1177/1088868318814973>

- Soenens, B., Luyckx, K., Vansteenkiste, M., Luyten, P., Duriez, B., & Goossens, L. (2008). Maladaptive perfectionism as an intervening variable between psychological control and adolescent depressive symptoms: A three-wave longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, *22*(3), 465–474. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.3.465>
- Soreni, N., Streiner, D., McCabe, R., Bullard, C., Swinson, R., Greco, A., Szatmari, P. (2014). Dimensions of perfectionism in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *23*, 136 – 143. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4032082/>
- Sousa, M. I., & Astigarraga, A. (2015). As concepções de gênero - ser mulher - de adolescentes do Bairro do Sumaré – Sobral - CE. *Revista De Estudios E Investigación En Psicología Y Educación*, (08), 077-081. <https://doi.org/10.17979/reipe.2015.0.08.401>
- Stoeber, J. (2018). *The Psychology of Perfectionism: Theory, Research, Applications*. New York: Routledge.
- Stoeber, J., Damian, L. E., & Madigan, D. J. (2017). Perfectionism: A motivational perspective. In *The Psychology of Perfectionism*. Routledge.
- Stoeber, J., Edbrooke-Childs, J. H., & Damian, L. E. (2016). Perfectionism. *Encyclopedia of Adolescence*, 1–7. https://doi.org/10.1007/978-3-319-32132-5_279-2
- Stoeber, J., Otto, K., Bardi, A., Giner-Sorolla, R., Hamilton-West, K., Joor-Mann, J. Weick, M. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, *10*(4), 295–319. http://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004_210.1207/s15327957pspr1004
- Stumpf, H., & Parker, W. D. (2000). A hierarchical structural analysis of perfectionism and its relation to other personality characteristics. *Personality and Individual Differences*, *28*(5), 837–852. [http://doi.org/10.1016/s0191-8869\(99\)00141-5](http://doi.org/10.1016/s0191-8869(99)00141-5)
- Fidell, L. S., & Tabachnick, B. G. (2003). Preparatory data analysis. In J. A. Schinka & W. F. Velicer (Eds.), *Handbook of psychology: Research methods in psychology*, *2*, 115–141. John Wiley & Sons Inc. <https://psycnet.apa.org/record/2003-04679-005>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Team, R. C. (2018). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing. Recuperado de: <https://www.r-project.org/>
- Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, *18*(5), 663–668. [http://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)00192-u](http://doi.org/10.1016/0191-8869(94)00192-u)
- Torchiano, M. (2016). Effsize - a package for efficient effect size computation. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.1480624>

- Vicent, M. (2017). Estudio del perfeccionismo y su relación con variables psicoeducativas en la infancia tardía. Tese de Doutorado em Investigaçao Educativa. Universidade de Alicante.
- Vicent, M., Rubio-Aparicio, M., Sánchez-Meca, J., & Gonzálvez, C. (2019). A reliability generalization meta-analysis of the Child and Adolescent Perfectionism Scale. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.049>
- Walton, G. E., Hibbard, D. R., Coughlin, C., & Coyl-Shepherd, D. D. (2018). Parenting, personality, and culture as predictors of perfectionism. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9793-y>
- Wheeler, H. A., Blankstein, K. R., Antony, M. M., McCabe, R. E., & Bieling, P. J. (2011). Perfectionism in anxiety and depression: Comparisons across disorders, relations with symptom severity, and role of comorbidity. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4, 66–91. <https://doi.org/10.1521/ijct.2011.4.1.66>
- Yang, H., Hong, C., Tao, X., & Zhu, L. (2015). Revising the Child and Adolescent Perfectionism Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 48(3), 192–203. <https://doi.org/10.1177/07481756155787334>
- Ye, H. J., Rice, K. G., & Storch, E. A. (2008). Perfectionism and peer relations among children with obsessive-compulsive disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 39, 415–426. <https://doi.org/10.1007/s10578-008-0098-5>

ANEXO I - Parecer do Comitê de Ética em pesquisa – COEP/UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 63461916.4.0000.5149

Interessado(a): **Profa. Marcela Mansur Alves**
Departamento de Psicologia
FAFICH- UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 21 de março de 2017, o projeto de pesquisa intitulado **“Perfeccionismo: avaliação e evidências de sua relação com a personalidade e saúde mental em diferentes amostras da população”**, bem como:


- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

Profa. Dra. Vivian Resende
Coordenadora do COEP-UFMG

APÊNDICE 1

Autorização do Paul Hewitt para a adaptação transcultural da CAPS para o Brasil.

 **Ana Luíza de Carvalho Araújo** <anamonaliza@gmail.com>
para Hewittlab, gflett, phewitt ▾ 14 de mar. de 2018 19:24 ☆ ↶ ⋮

Dear Professors Flett and Hewitt,

My name is Ana Luíza Araujo and I am a graduate student at the Department of Psychology at the Federal University of Minas Gerais (UFMG) in Brazil. I am writing on behalf of the professor [Marcela Mansur-Alves](#), who is in charge of the Cognition & Behavior Program.


One of our lines of research includes the construction and adaptation of psychological instruments that aim to assess one's personality, cognition and other constructs such as perfectionism. Upon further reading of your articles and studying your tools, we would be very grateful if you could give us the authorization to adapt and validate the Child-Adolescent Perfectionism Scale for the Brazilian context and reality, for usage within our research. In order to do that we would also like to request access to the original items formulated for the scale as well as the full texts and results of the validation process. We believe this could be a very successful partnership and it would greatly contribute to our formation as researchers.

Other guidelines for the usage and license could also be discussed if need be.

For more information regarding our graduate program, please feel free to access our websites:


<http://www.fafich.ufmg.br/pospsicologia/index.php/ing/ing>
<http://www.fafich.ufmg.br/psicogcom/site/>


Link: Marcela Mansur (<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4704445T3>)

 **Hewitt, Paul** <phewitt@psych.ubc.ca>
para eu ▾ 14 de mar. de 2018 19:46 ☆

Hello. The information you require is on my website indicated below. Good luck with the project.

Dr. Paul L. Hewitt, R. Psych.
Professor, Department of Psychology
Associate Member, Faculty of Medicine (Psychotherapy Program)
University of British Columbia
Website: <http://hewittlab.psych.ubc.ca>

 **THE UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA**

 **Ana Luíza de Carvalho Araújo** <anamonaliza@gmail.com>
para Paul ▾ 14 de mar. de 2018 20:15 ☆ ↶


Hello Paul Hewitt,

I have accessed your website, thank you!

I would like your written authorization and Flett to validate the Child-Adolescent scale for the Portuguese of Brazil.


Could you give me the authorization to validate the scale for Brazil?

Best Regards!
Ana Luíza Carvalho

 **Hewitt, Paul** <phewitt@psych.ubc.ca>
para eu ▾ 15 de mar. de 2018 13:38

Yes, you have my permission. Good luck with the project!

Dr. Paul L. Hewitt, R. Psych.
Professor, Department of Psychology
Associate Member, Faculty of Medicine (Psychotherapy Program)
University of British Columbia
Website: <http://hewittlab.psych.ubc.ca>

 **THE UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA**

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO SOCIAL E DEMOGRÁFICO

Favor preencher com as informações do seu (sua) filho(a)

Nome do adolescente: _____

Data de Nascimento do adolescente: ___/___/___

Idade do adolescente: _____

Sexo: Feminino

Masculino Não desejo declarar.

Escola _____
escolar _____

Ano ou série

Parentesco do respondente com o adolescente: () pai () mãe () avô/avó ()
irmã/irmão () outro. Qual? _____

Nome do responsável legal: _____

Telefone do responsável legal: _____

Estado civil do respondente:

- ①Solteiro(a) ②Casado(a) /União Estável ③Viúvo(a) ④ Divorciado(a)
⑤Outro _____

Informações Gerais sobre seu (sua) filho(a)

1. Qual a posição dele em relação aos irmãos?

- ①Filho Único ②Primeiro Filho ③ Segundo Filho ④Terceiro Filho ⑤Quarto Filho
⑥Outro _____

2. Quantos irmãos ele(a) têm? _____

3. Qual o grau de instrução do(a) principal provedor(a) econômico da família dele(a)?
Caso more sozinho (a) ou com terceiros (as), mas dependa financeiramente da família
favor considerar o grau de instrução do provedor da família de quem ele depende
financeiramente.

- ① Analfabeto / Fundamental I incompleto ② Fundamental I completo / Fundamental II
incompleto ③ Fundamental completo/Médio incompleto ④Médio completo/Superior
incompleto ⑤ Superior completo

4. Qual é a renda aproximada de família dele, considerando todos os membros provedores? Caso more sozinho (a) ou com terceiros e dependa financeiramente de sua família, considere a renda dos seus familiares.

- ① Um salário a dois salários mínimos ② Três a quatro salários mínimos ③ Quatro a cinco salários mínimos ④ Mais de cinco salários mínimos

5. A água utilizada no domicílio familiar dele(a) é proveniente de?

- ① Rede geral de distribuição ② Poço ou nascente ③ Outro meio

6. Considerando o trecho da rua do domicílio da sua família, você diria que a rua é:

- ① Asfaltada/pavimentada ② Terra/cascalho

7. Como você avaliaria o desempenho acadêmico seu(sua) filho(a)?

- ① Excelente ② Bom ③ Mediano ④ Regular ⑤ Ruim

8. Quantas horas ele estuda por dia fora a carga horária da escola?

- ① 1 a 2 horas por dia ② 3 a 4 horas por dia ③ 5 a 6 horas por dia ④ mais de 6 horas por dia
⑤ nenhuma das opções acima

9. Qual você considera o valor mais importante da sua família?

- ① Autodeterminação ② Estimulação ③ Hedonismo ④ Realização ⑤ Poder ⑥ Segurança ⑦ Conformidade ⑧ Tradição ⑨ Benevolência ⑩ Universalismo

10. Qual quantidade destes itens você possui em casa (considerar os que estão funcionando)?

Itens	Quantidade				
	e				
Banheiros	0	1	2	3	4 ou +
Empregados domésticos (considerar apenas de carteira assinada)	0	1	2	3	4 ou +
Automóveis (Somente aqueles que são utilizados para lazer e passeio. Não incluir automóveis utilizados exclusivamente para atividades profissionais.)	0	1	2	3	4 ou +

Microcomputador	0	1	2	3	4 ou +
Lava louça	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (Incluir também aqueles que são em conjunto com a geladeira caso houver)	0	1	2	3	4 ou +
Lava roupa	0	1	2	3	4 ou +
DVD (Qualquer aparelho que reproduza mídias no formato DVD, incluindo videogame, computadores, notebooks; etc.)	0	1	2	3	4 ou +
Micro-ondas	0	1	2	3	4 ou +
Motocicleta (Somente aqueles que são utilizados para lazer e passeio. Não incluir aqueles que são utilizados exclusivamente para atividades profissionais).	0	1	2	3	4 ou +
Secadora de roupas (Incluir aqueles que são em conjunto com a lava roupas caso houver)	0	1	2	3	4 ou +

APÊNDICE 3

Protocolo de Atendimentos em situações de crise.

O que fazer quando um adolescente na pesquisa se mostra reativo às questões/itens do protocolo?

Em primeiro lugar, toda situação de crise psicológica gera angústia, insegurança, medo, confusão e incerteza tanto em quem está atendendo quanto na pessoa que está vivenciando a crise. A primeira coisa a se fazer é se disponibilizar a acolher e ouvir com empatia e respeito pelo momento de quem está passando por essa crise. Portanto, o nosso primeiro papel é ESCUTAR AS DEMANDAS.

Uma vez escutadas as demandas, precisamos definir o grau de severidade da crise:

Distúrbio do pensamento, sentimentos ou ações que envolvem que envolvem risco de vida ou risco social grave social grave, necessitam de intervenções mais imediatas e inadiáveis. Ex: violência, ideação suicida, automutilação, juízo crítico muito comprometido;

Distúrbio do pensamento, sentimentos ou ações que implicam que implicam risco menores de vida, necessitam de intervenções a curto-prazo (dias-semanas). Ex: comportamento bizarro, quadros agudos de ansiedade ou depressão

Para o caso de identificação de gravidade alta (ideação suicida, por exemplo), o protocolo recomendado é:

1. verificar ideação (atenção para o caso em que haja falas do tipo: seria melhor acabar com tudo, não estar aqui, não tenho motivos para viver, etc)

2. caso observem estas falas, identificar se houve planejamento (já pensou de maneira objetiva nisso ou é só jeito de falar? Se já pensou, perguntar exatamente como faria, e se há um plano estruturado, hora de intervir)

3. (casos em que há plano) verificar motivação: o que espera conseguir com o suicídio? Caso vc pudesse alcançar isso sem se matar, vc adiaría o suicídio?

4. Motivar e dar esperança: apresentar informações de que em geral as pessoas não querem acabar com a vida, mas com o sofrimento, mostrar que a maioria das pessoas que pensa em suicídio, se encontram outras formas de viver melhor, percebem que o pensamento foi perigoso e o teria impedido de alcançar as coisas que teve depois da crise. Motivar também trazendo coisas que possam motivar o indivíduo a vida: ver o filho mais velho, casar, ter filhos, evitar o sofrimento de pessoas importante (não dizer isso diretamente, mas levantar com a pessoa o que ela acha que seria ruim para ela ou para os outros com o suicídio)

5. perguntar se ela estaria disposta a se dar uma chance de viver melhor, com ajuda profissional e um contrato com ela mesma para não tentar suicídio nas próximas semanas e procurar ajuda.

Se ela concorda: escrever o contrato, inserindo estratégias para lidar com momentos mais difíceis: ligar para o terapeuta, se tiver, ligar um amigo, pessoa de confiança, uma

referência em serviços de saúde no bairro, se tiver; para o CVV (188) ou SAMU (192)

Se ela não concorda, procurar por um familiar (lembrar de pegar o telefone do pai/mãe ou outro responsável legal no momento do acolhimento) e quebrar o sigilo. Caso não tenha acesso a familiar, ligar para o SAMU.

Para o caso de identificação de gravidade leve (sintomas de ansiedade, depressão, choro compulsivo e excessivo):

Acalmar o estudante, ouvindo empaticamente

Dizer da importância de conversar com a família/amigos sobre o que está sentindo no momento porque é sempre bom ter suporte social nesses momentos

Dizer da importância de se procurar ajuda profissional (psicólogo). Nem sempre conseguimos lidar com tudo aquilo que acontece conosco, nem com tudo aquilo que sentimos e pensamos, sozinhos. Em muitos momentos, precisamos de ajuda. E isso é natural. Acontece com todo mundo (nesse caso, ter sempre à mão uma lista de clínicas sociais e tentar identificar aquela (s) mais próximas da residência do estudante. Anotar para ele em um papel e sugerir que converse com a família sobre isso. Se for o caso, informar para que a gente tente colocar o estudante na fila de atendimento de uma clínica escola.

Deixe claro para as pessoas que mesmo que elas não queiram ajuda agora, elas poderão recebê-la posteriormente.

Lembrar que em casos nos quais não há perigo identificado para vida, respeitar a privacidade e manter a história da pessoa em sigilo.

Pegar os telefones de contato do adolescente e do responsável (além do nome, obviamente).

Acompanhar: alguns dias depois, enviar via whatsapp uma mensagem do tipo “Fulana, estamos fazendo pesquisa na sua escola e você nos procurou no dia tal por estar muito ansiosa (colocar o que a adolescente informou no dia). Gostaríamos de saber como você está hoje. Conseguiu conversar com a sua família sobre a situação? Conseguiu entrar em contato com um profissional psicólogo que indicamos? Precisa de nossa ajuda para isso? Estamos à disposição. **Nome da pessoa**, equipe de pesquisa do LAVIS/UFMG”.

Questões da CAPS	Sentença	cvc_p	e	cvc
1. Semântica	Tento ser perfeito(a) em ...	1,00	0,00	1,00
1. Idiomática	Tento ser perfeito(a) em ...	1,00	0,00	1,00
1. Cultural	Tento ser perfeito(a) em ...	1,00	0,00	1,00
1. Conceitual	Tento ser perfeito(a) em ...	0,94	0,00	0,94
2. Semântica	Quero ser o melhor em ...	1,00	0,00	1,00
2. Idiomática	Quero ser o melhor em ...	1,00	0,00	1,00
2. Cultural	Quero ser o melhor em ...	1,00	0,00	1,00
2. Conceitual	Quero ser o melhor em ...	0,94	0,00	0,94
3. Semântica	Os meus pais nem sempre esperam que eu seja perfeito ...	1,00	0,00	1,00
3. Idiomática	Os meus pais nem sempre esperam que eu seja perfeito ...	1,00	0,00	1,00
3. Cultural	Os meus pais nem sempre esperam que eu seja perfeito ...	1,00	0,00	1,00
3. Conceitual	Os meus pais nem sempre esperam que eu seja perfeito ...	0,89	0,00	0,89
4. Semântica	Sinto que devo fazer sempre o meu ...	0,94	0,00	0,94
4. Idiomática	Sinto que devo fazer sempre o meu ...	0,89	0,00	0,89
4. Cultural	Sinto que devo fazer sempre o meu ...	0,94	0,00	0,94
4. Conceitual	Sinto que devo fazer sempre o meu ...	0,89	0,00	0,89
5. Semântica	Existem pessoas na minha vida que esperam que ...	0,94	0,00	0,94
5. Idiomática	Existem pessoas na minha vida que esperam que ...	1,00	0,00	1,00
5. Cultural	Existem pessoas na minha vida que esperam que ...	1,00	0,00	1,00
5. Conceitual	Existem pessoas na minha vida que esperam que ...	1,00	0,00	1,00
6. Semântica	Sempre tento conseguir a melhor nota ...	0,72	0,00	0,72
6. Idiomática	Sempre tento conseguir a melhor nota ...	0,78	0,00	0,78
6. Cultural	Sempre tento conseguir a melhor nota ...	0,94	0,00	0,94
6. Conceitual	Sempre tento conseguir a melhor nota ...	0,94	0,00	0,94
7. Semântica	Fico muito incomodado se não dou ...	0,61	0,00	0,61
7. Idiomática	Fico muito incomodado se não dou ...	0,83	0,00	0,83
7. Cultural	Fico muito incomodado se não dou ...	0,67	0,00	0,67
7. Conceitual	Fico muito incomodado se não dou ...	0,83	0,00	0,83
8. Semântica	Minha família espera que eu ...	1,00	0,00	1,00
8. Idiomática	Minha família espera que eu ...	1,00	0,00	1,00
8. Cultural	Minha família espera que eu ...	1,00	0,00	1,00
8. Conceitual	Minha família espera que eu ...	1,00	0,00	1,00
9. Semântica	Nem sempre tento ser o ...	1,00	0,00	1,00
9. Idiomática	Nem sempre tento ser o ...	1,00	0,00	1,00
9. Cultural	Nem sempre tento ser o ...	1,00	0,00	1,00
9. Conceitual	Nem sempre tento ser o ...	0,93	0,00	0,93
10. Semântica	As pessoas esperam mais de mim do que eu sou capaz ...	0,89	0,00	0,89
10. Idiomática	As pessoas esperam mais de mim do que eu sou capaz ...	0,89	0,00	0,89
10. Cultural	As pessoas esperam mais de mim do que eu sou capaz ...	0,89	0,00	0,89
10. Conceitual	As pessoas esperam mais de mim do que eu sou capaz ...	0,94	0,00	0,94

11. Semântica	Fico com raiva de mim ...	0,94	0,00	0,94
11. Idiomática	Fico com raiva de mim ...	0,94	0,00	0,94
11. Cultural	Fico com raiva de mim ...	1,00	0,00	1,00
11. Conceitual	Fico com raiva de mim ...	1,00	0,00	1,00
12. Semântica	As pessoas pensam que fracassei se não consigo fazer o ...	0,89	0,00	0,89
12. Idiomática	As pessoas pensam que fracassei se não consigo fazer o ...	0,94	0,00	0,94
12. Cultural	As pessoas pensam que fracassei se não consigo fazer o ...	0,94	0,00	0,94
12. Conceitual	As pessoas pensam que fracassei se não consigo fazer o ...	1,00	0,00	1,00
13. Semântica	Os outros esperam que eu seja sempre ...	0,89	0,00	0,89
13. Idiomática	Os outros esperam que eu seja sempre ...	0,94	0,00	0,94
13. Cultural	Os outros esperam que eu seja sempre ...	1,00	0,00	1,00
13. Conceitual	Os outros esperam que eu seja sempre ...	0,94	0,00	0,94
14. Semântica	Fico chateado, mesmo que haja apenas um ...	0,89	0,00	0,89
14. Idiomática	Fico chateado, mesmo que haja apenas um ...	0,89	0,00	0,89
14. Cultural	Fico chateado, mesmo que haja apenas um ...	0,89	0,00	0,89
14. Conceitual	Fico chateado, mesmo que haja apenas um ...	0,89	0,00	0,89
15. Semântica	As pessoas à minha volta esperam que eu seja ...	0,83	0,00	0,83
15. Idiomática	As pessoas à minha volta esperam que eu seja ...	0,93	0,00	0,93
15. Cultural	As pessoas à minha volta esperam que eu seja ...	0,93	0,00	0,93
15. Conceitual	As pessoas à minha volta esperam que eu seja ...	1,00	0,00	1,00
16. Semântica	Quando faço algo tem que ficar ...	0,94	0,00	0,94
16. Idiomática	Quando faço algo tem que ficar ...	0,94	0,00	0,94
16. Cultural	Quando faço algo tem que ficar ...	0,89	0,00	0,89
16. Conceitual	Quando faço algo tem que ficar ...	1,00	0,00	1,00
17. Semântica	Os meus professores esperam que o meu trabalho ...	1,00	0,00	1,00
17. Idiomática	Os meus professores esperam que o meu trabalho ...	1,00	0,00	1,00
17. Cultural	Os meus professores esperam que o meu trabalho ...	0,94	0,00	0,94
17. Conceitual	Os meus professores esperam que o meu trabalho ...	1,00	0,00	1,00
18. Semântica	Não tenho que ser o melhor em tudo ...	1,00	0,00	1,00
18. Idiomática	Não tenho que ser o melhor em tudo ...	1,00	0,00	1,00
18. Cultural	Não tenho que ser o melhor em tudo ...	1,00	0,00	1,00
18. Conceitual	Não tenho que ser o melhor em tudo ...	1,00	0,00	1,00
19. Semântica	Sempre esperam que eu seja melhor ...	0,93	0,00	0,93
19. Idiomática	Sempre esperam que eu seja melhor ...	1,00	0,00	1,00
19. Cultural	Sempre esperam que eu seja melhor ...	1,00	0,00	1,00
19. Conceitual	Sempre esperam que eu seja melhor ...	1,00	0,00	1,00
20. Semântica	Mesmo quando passo, sinto que fracassei se não ...	0,89	0,00	0,89
20. Idiomática	Mesmo quando passo, sinto que fracassei se não ...	0,94	0,00	0,94
20. Cultural	Mesmo quando passo, sinto que fracassei se não ...	0,94	0,00	0,94
20. Conceitual	Mesmo quando passo, sinto que fracassei se não ...	1,00	0,00	1,00
21. Semântica	Sinto que as pessoas exigem ...	0,94	0,00	0,94

21. Idiomática	Sinto que as pessoas exigem ...	1,00	0,00	1,00
21. Cultural	Sinto que as pessoas exigem ...	1,00	0,00	1,00
21. Conceitual	Sinto que as pessoas exigem ...	1,00	0,00	1,00
22. Semântica	Eu não suporto ser menos ...	1,00	0,00	1,00
22. Idiomática	Eu não suporto ser menos ...	0,94	0,00	0,94
22. Cultural	Eu não suporto ser menos ...	0,89	0,00	0,89
22. Conceitual	Eu não suporto ser menos ...	1,00	0,00	1,00

Fórmula: $cvc = cvcp - e$; $cvc_p = \frac{M_r}{v}$; $e = \left(\frac{1}{j}\right)^j$; (Hernández-Nieto, 2002)

APÊNDICE 5: CAPS-BR – Escala de Perfeccionismo para crianças e Adolescentes.

A versão final adaptada para o português brasileiro da *Child and Adolescent Perfectionismo Scale (CAPS)* pode ser solicitada pelo e-mail: marmansura@gmail.com e lavisufmg@gmail.com

APÊNDICE 6 –Carta devolutiva aos adolescentes.

Carta devolutiva referente à participação na pesquisa:

PERFECCIONISMO: AVALIAÇÃO E EVIDÊNCIAS DE SUA RELAÇÃO COM A PERSONALIDADE E SAÚDE MENTAL EM DIFERENTES AMOSTRAS DA POPULAÇÃO



Prezado(a) **[CONFIDENTIAL]** os e responsáveis,

segue, para seu conhecimento, um breve resumo dos questionários respondidos por você no dia 05 de setembro de 2019, contendo os resultados da Escala de Perfeccionismo para Crianças e Adolescentes (em processo de adaptação, por Araújo & Mansur-Alves).

Aproveitamos para agradecer novamente por sua participação na pesquisa e nos colocamos a disposição para novos esclarecimentos. É importante ressaltar que **esta carta não tem como objetivo fazer conclusões clínicas ou diagnósticas**, haja vista que, para tal, seriam necessários outros instrumentos e estratégias de avaliação clínica.

Lembramos que os resultados são válidos somente quando os respondentes respondem às questões com atenção e sinceridade e procuram se descrever conforme as instruções. Caso contrário, os resultados não serão válidos.

Com relação aos seus resultados na **Escala de Perfeccionismo para Crianças e Adolescentes**, você foi comparado(a) com todos os outros adolescentes que responderam à pesquisa, com idade entre 13 e 19 anos. Foram classificados(as) como apresentando alto nível de perfeccionismo, ou perfil perfeccionista, os(as) adolescentes que atingiram níveis superiores a 75% do grupo no teste, ou seja, que - ao serem comparados com os demais adolescentes - se localizam no intervalo dos 25% com maior pontuação. Os(as) adolescentes cujo escore do teste ficou no intervalo dos 25% mais baixos foram classificados(as) como tendo baixo nível de perfeccionismo. Por fim, aqueles(as) que, na comparação com os demais, obtiveram uma pontuação no teste que não ficou nem entre as 25% mais baixas, nem entre as 25% mais altas, foram classificados(as) como tendo nível médio de perfeccionismo.

O perfeccionismo é uma característica pessoal que está associada ao estabelecimento de metas muito altas, o que, por si só, não é bom nem ruim. No entanto, o indivíduo perfeccionista pode ter dificuldade de aceitar quando está errado e sofrer quando comete erros. Pessoas muito perfeccionistas também podem ter dificuldades em terminar e iniciar suas tarefas por acharem que elas nunca estarão boas o suficiente ou então ter problemas com seus familiares e colegas por esperarem que eles façam sempre as coisas como ele próprio faria.

Os padrões perfeccionistas avaliados na Escala de Perfeccionismo para Crianças e Adolescentes são:

(1) perfeccionismo auto orientado: indica uma tendência ao estabelecimento de expectativas, objetivos e padrões de desempenho muito altos para si mesmo e a consideração da importância dessas metas para a autorrealização. Um adolescente com nível alto desta característica, por exemplo, tende a achar que só é um bom aluno se fizer trabalhos impecáveis e tirar as maiores notas da sala e fica com raiva, ou chateado, caso erre alguma coisa.

(2) perfeccionismo socialmente prescrito: se refere à percepção de que os outros exigem perfeição de você e à crença de que só será valorizado(a) e apreciado(a) caso alcance as expectativas e padrões de desempenho que considera que a sociedade exige. Adolescentes com alto nível desta característica acreditam que os pais e professores, por exemplo, esperam que ele seja sempre o melhor na escola, nos esportes e em casa.

Quanto ao perfeccionismo auto orientado, sua pontuação foi de **50 pontos (percentil 86)**, o que, em comparação com os demais respondentes do teste, indica nível alto neste padrão. Tal resultado sugere que você apresenta a tendência a buscar fazer tudo de maneira perfeita e a se incomodar muito quando erra.

Em relação ao perfeccionismo socialmente prescrito, sua pontuação foi de **30 pontos (percentil 66)**, o que aponta um nível médio, indicando que você tem a tendência a acreditar que, às vezes, as pessoas à sua volta esperam que você seja perfeito(a), mas sabe que muitas delas vão te amar independente disso.

Por fim, vale lembrar que esta carta devolutiva **NÃO É E NEM TEM VALOR DE UM LAUDO PSICOLÓGICO**.

Mais uma vez, agradecemos sua participação e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos,

Equipe do Laboratório de Avaliação e Intervenção em Saúde (LAVIS/UFMG)

Profª. Dra. Marccela Mansur Alves
Pesquisadora responsável pelo projeto
Departamento de Psicologia – UFMG
Telefone: (31) 34096263
E-mail: marmansura@gmail.com

Meestranda: Ana Luíza de Carvalho Araújo – anamonaliza@gmail.com – (31) 9-9909-3525
Doutorando: Flávio Henrique dos Reis Soares – flaviohbrasil@gmail.com – (31) 9-7173-6454