



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL**

**DANIELA FILIPA DA SILVA OLIVEIRA**

**O PAPEL MEDIADOR DO PENSAMENTO REPETITIVO NEGATIVO**

**NA RELAÇÃO ENTRE PERFECCIONISMO PATERNO**

**E A SINTOMATOLOGIA OBSESSIVO-COMPULSIVA**

**PROJETO DE INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA**

**ÁREA DE PSICOLOGIA MÉDICA**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:**

**Professor Doutor António Macedo**

**Doutora Ana Telma Pereira**

Janeiro de 2018

**“O papel mediador do Pensamento Repetitivo Negativo na  
relação entre Perfeccionismo Paterno  
e Sintomatologia Obsessivo-Compulsiva”**

**Daniela Filipa da Silva Oliveira**

**Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra**

**Endereço eletrónico: [danielafilepaoliveira@iol.pt](mailto:danielafilepaoliveira@iol.pt)**

***“Have no fear of perfection - you’ll never reach it.”***

Salvador Dalí

Partes deste trabalho foram apresentados na Universidade do Oeste, em Timisoara, Roménia, de 19 a 23 de Julho de 2016, na *18th European Conference on Personality*.

**Referências:**

Ribau M, Pereira AT, Machado ME, Amaral A, Soares MJ, Elisabete Bento, Alarcão J, Figueiredo I, **Oliveira D**, Macedo A (2016). The Portuguese short version of the Questionnaire of Parental Dimensions - “My father and me”.

Machado ME, Pereira AT, Ribau M, Amaral A, Soares MJ, Marques C, Alarcão J, Figueiredo I, **Oliveira D**, Macedo A (2016). The Portuguese short version of the Questionnaire of Parental Dimensions - “My mother and me”.

Ribau M, Pereira AT, Machado ME, Amaral A, Soares MJ, Elisabete Bento, Alarcão J, Figueiredo I, **Oliveira D**, Macedo A (2016). Relationship between psychological distress and perfectionism in parents and their children.

Machado ME, Ribau M, Pereira AT, Amaral A, Soares MJ, Marques C, Alarcão J, Figueiredo I, **Oliveira D**, Macedo A (2016). Relationship between obsessive-compulsive symptoms and perfectionism in parents and their children.

# ÍNDICE

ABREVIATURAS .....	5
RESUMO .....	6
ABSTRAT.....	8
INTRODUÇÃO .....	10
MATERIAIS E MÉTODOS .....	13
PROCEDIMENTO.....	13
PARTICIPANTES .....	13
INSTRUMENTOS .....	14
ANÁLISE DESCRITIVA E CONSISTÊNCIA INTERNA .....	16
ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	17
RESULTADOS.....	18
CORRELAÇÕES .....	18
MODELO DE MEDIAÇÃO 1 .....	20
MODELO DE MEDIAÇÃO 2 .....	21
MODELO DE MEDIAÇÃO 3 .....	22
DISCUSSÃO.....	24
AGRADECIMENTOS .....	29
REFERÊNCIAS .....	30
ANEXOS.....	34

## **ABREVIATURAS**

**DR** – Dúvida e ruminação

**EsfPerf** – Esforços perfeccionistas

**FP** – Perceção por parte dos filhos

**ICI** – Interferência cognitiva e improdutividade

**L** – Limpeza

**M** – Escalas relacionadas com “a mãe”

**MOCI** – *Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory*

**P** – Escalas relacionados com “o pai”

**POC** – Perturbação obsessivo-compulsiva

**PreocAv** – Preocupação com a avaliação

**PRN** – Pensamento repetitivo negativo

**QPP** – Questionário de pensamento perseverativo

**V** – Verificação

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O Perfeccionismo e o Pensamento Repetitivo Negativo estão, comprovadamente, relacionados com a psicopatologia, nomeadamente com a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC). A investigação sobre os sintomas OC tem especial relevância devido ao aumento da sua prevalência e influência negativa na qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi testar se o Pensamento Repetitivo Negativo (PRN) dos filhos é mediador da relação entre o perfeccionismo dos pais e a sintomatologia Obsessivo-Compulsiva, também nos filhos.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Os participantes deste estudo foram 219 estudantes universitários (77.2% sexo feminino; idade média=20.64±1.99; 18 aos 32 anos) e os seus pais, que aceitaram, voluntária e anonimamente, responder a inquéritos. Foram utilizados questionários de auto-resposta, previamente validados, que incluem as dimensões compósitas de perfeccionismo Preocupações com a Avaliação e Esforços perfeccionistas (formados a partir de duas Escalas Multidimensionais de Perfeccionismo - Frost et al e Hewitt & Flett), o Questionário de Pensamento Perseverativo e o *Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory*.

**RESULTADOS:** O modelo de mediação 1 [PreocAv\_FP (Variável independente/preditora) – QPP\_T (Variável mediadora) – MOCI\_DR (Variável dependente/*outcome*)] apresentou efeito total (*Coefficiente* = 0.03, *SE* = 0.01, IC95% = 0.01-0.06) e efeito indireto (*Coefficiente* = 0.03, *SE* = 0.01, IC95% = 0.01-0.04) significativos e explicou 19% da variância explicada da dimensão *Dúvidas e ruminação*. O modelo de mediação 2 [EsfPerf\_FP (Variável independente/preditora) – QPP\_T (Variável mediadora) – MOCI\_V (Variável dependente/*outcome*)] apresentou apenas efeito indireto (*Coefficiente* = 0.01, *SE* = 0.00, IC95% = 0.00-0.02) estatisticamente diferentes de zero. O modelo de mediação 3 [EsfPerf\_M (Variável

independente/preditora) – QPP\_T (Variável mediadora) – MOCI\_L (Variável dependente/outcome)] apresentou efeito total (*Coeficiente* = 0.03, *SE* = 0.01, *IC95%* = 0.00-0.61) e efeito direto (*Coeficiente* = 0.03, *SE* = 0.01, *IC95%* = 0.00-0.06) significativos e explicou 3% da variância explicada da dimensão *Limpezas*.

**DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:** O PRN revelou ser mediador da relação entre os sintomas OC dos filhos (de Dúvida e ruminação) e a percepção dos filhos em relação a Preocupações com a Avaliação dos pais e da relação entre a sintomatologia OC dos filhos (de Limpeza) e os Esforços perfeccionistas maternos. A percepção dos filhos em relação ao perfeccionismo dos pais explica percentagens muito mais elevadas de sintomatologia OC (19% vs 3%) do que os níveis de perfeccionismo das próprias mães (auto-avaliado). Como se esperava, os modelos de mediação mostraram um efeito positivo entre PRN e sintomas, mostrando que quanto mais elevados os níveis de PRN, maior o grau de sintomatologia OC. Será relevante que estudos futuros possam aumentar o tamanho da amostra, de forma a que a distribuição das variáveis seja mais próxima da normal e possam ser testados outros tipos de mediações.

**PALAVRAS-CHAVE:** Perfeccionismo, Pensamento Repetitivo Negativo, Processo Transgeracional, Sintomas Obsessivo-Compulsivos.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Perfectionism and Repetitive Negative Thinking (RNT) have been associated with psychopathology, in particular with Obsessive-Compulsive (OC) symptoms. Recent studies showed that the prevalence of OC symptoms are increasing, being this type of symptoms associated with poorer quality of life. The aim of the present study is to corroborate if offspring RNT is a mediator of the relationship between parent's Perfectionism and their offspring Obsessive Compulsive symptoms.

**MATERIALS AND METHODS:** The participants of this study were 219 university students (77.2% females; average age=20.64+1.99; 18-32 years old) and their parents, who accepted, voluntarily and anonymously, to answer the survey. All of the self-reported questionnaires were validated: Frost and Hewitt & Flett Multidimensional Perfectionism Scales (to evaluate two composite dimensions - Perfectionistic Concerns and Perfectionistic Strivings), the Perseverative Thinking Questionnaire and Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory.

**RESULTS:** The mediation model 1 [PreocAV\_FP (independent variable) – QPP\_T (mediator variable) – MOCI\_DR (dependent variable/outcome)] revealed significant total (coefficient= 0.03, SE= 0.01, IC95%=0.01-0.06) and indirect effects (Coefficient= 0.03, SE = 0.01, IC95% = 0.01-0.04) and explained 19% of the variance of the dimension “Doubts and Rumination”. The mediation model 2 [EsfPerd\_FP (independent variable) – QPP\_T (mediator variable) – MOCI\_V (dependent variable/outcome)] revealed significant indirect effects (Coefficient = 0.01, SE = 0.00, IC95% = 0.00-0.02). The mediation model 3 [EstPerf\_M (independent variable) – QPP\_T (mediator variable) – MOCI\_L (dependent variable/outcome)] presented significant total (Coefficient= 0.03, SE = 0.01, IC95% = 0.00-0.61) and direct effects

(*Coefficient* = 0.03, *SE* = 0.01, *IC95%* = 0.00-0.06) and explained 3% of the variance of the dimension “Cleaning”.

**DISCUSSION:** RNT revealed to be a mediator of the relationship between offspring OC symptoms (Doubts and Rumination) and the offspring perception of their parents’ perfectionism (Perfectionistic concerns) and of the relationship between the offspring OC symptoms (and Cleansing) and the maternal Perfectionistic efforts. Offspring perception of their parents’ perfectionism explained much higher percentages of OC symptoms (19% vs 3%) than the perfectionism levels of their mothers (self-reported). As expected, the mediation models showed positive effect between RNT and symptoms, showing that the higher the RNT levels are, the greater the symptom levels. In future studies sample size must be increased in order to test other types of mediation models.

**KEY WORDS:** Perfectionism, Repetitive Negative Thinking, Obsessive Compulsive Symptoms, Transgenerational Process.

## INTRODUÇÃO

O perfeccionismo pode ser definido como o estabelecimento de padrões de desempenho excessivamente elevados, acompanhados por uma avaliação demasiado crítica<sup>1</sup>. Segundo a hipótese multidimensional de Frost, o perfeccionismo desenvolve-se pela interação entre fatores intra-individuais (como o género<sup>2</sup>) e inter-individuais<sup>1,2,3</sup>, tal como as elevadas expectativas parentais<sup>1</sup>, o criticismo parental<sup>1,2,4</sup> ou a perceção que os filhos têm sobre o criticismo parental<sup>2,5</sup>, a punição<sup>4,6</sup>, a reação neutra na presença de um sucesso<sup>6</sup>, o medo de falhas parentais<sup>6</sup> e a transmissão de expectativas de sucesso – numa fase demasiado precoce do desenvolvimento dos filhos<sup>2</sup> – e, ainda, a pressão ambiental.

Importa distinguir entre perfeccionismo positivo e perfeccionismo negativo<sup>1</sup>. O perfeccionista positivo procura o sucesso, mas aceita as falhas e imperfeições<sup>7</sup>. O perfeccionista negativo evita o erro a todo o custo, devido à excessiva preocupação com a rejeição do outro<sup>7</sup>. É comum a baixa auto-estima e a existência de dúvidas acerca da qualidade do seu desempenho, o que conduz a uma constante ruminação, preocupação e disfuncionalidade ocupacional e social<sup>7</sup>.

A psicopatologia está muito mais forte e consistentemente associada ao perfeccionismo negativo<sup>5</sup>. Este constitui-se como correlato e fator de risco para a POC<sup>1,7-12</sup>, depressão<sup>1,5,10,13,14</sup>, ansiedade<sup>1,5,10,13</sup>, perturbações do comportamento alimentar<sup>1,10,12,15-19</sup> e perturbações do sono<sup>20,21</sup>. Egan, Wade e Shafran consideraram-no, por isso, um processo transdiagnóstico<sup>22</sup>.

De igual forma, o pensamento repetitivo negativo (PRN) constitui um processo transdiagnóstico<sup>23</sup>, envolvido no desenvolvimento de diversas condições psicopatológicas<sup>10,11,13,22</sup> e define-se como um pensamento sobre si ou sobre o mundo, caracterizado por ser repetitivo, intrusivo e do qual o indivíduo refere dificuldade em desligar-se<sup>7,22</sup>.

O estudo da relação entre o perfeccionismo e os sintomas OC começou com Pierre Janet, em 1903 e tem sido consubstanciada ao longo das últimas décadas<sup>7</sup>. McFall e Wollersheim (1979) e Guidano e Liotti (1983) referem que os sintomas obsessivo-compulsivos resultam de uma estrutura cognitiva subjacente, organizada em torno de certas crenças nucleares que se baseiam em três aspectos: o perfeccionismo, a necessidade de certeza e a crença de que para tudo existe uma solução perfeita<sup>7</sup>. À luz de uma perspectiva transdiagnóstica, os fatores de risco mais estudados até hoje para a POC incluem experiências ambientais, como a psicopatologia parental, os traços de personalidade, como o perfeccionismo<sup>9</sup> e processos cognitivos como o pensamento repetitivo negativo, nomeadamente de conteúdo perfeccionista<sup>7</sup>.

Estudos recentes mostraram que, para além do perfeccionismo e PRN serem ambos preditores significativos de sintomas OC, o segundo é um processo mediador da relação entre aquele traço e os sintomas OC, sendo ambos mediadores da relação entre sintomas OC e afeto negativo<sup>11</sup>. Apesar de já ter sido evidenciada uma correlação moderada entre perfeccionismo parental e sintomatologia OC nos filhos<sup>24</sup>, o papel mediador do PRN ainda não foi estudado numa perspectiva transgeracional<sup>25,26,27</sup>.

Através da observação de doente com POC, Lo (1967) desenvolveu um modelo para explicar a relação entre as características perfeccionistas dos pais e a emergência dos sintomas OC nos filhos. Propôs que o perfeccionismo dos pais, conjugado com a necessidade de aceitação parental, leva a criança a procurar padrões mais elevados, que se internalizam e passam a ser um objetivo, mais tarde, quando adulto. Também o medo de falhar, referido acima como exemplo de faceta inter-individual do perfeccionismo, pode manifestar-se em comportamentos paternos como castigos frequentes, que incluem separação física, recusa em falar ou em olhar para os filhos, gestos e expressões faciais reprovadoras e ainda modificação do tom de voz, o que leva os filhos a tentarem evitar os erros sendo perfeccionistas, perpetuando assim esta escalada, que pode levar à psicopatologia<sup>6</sup>.

O objetivo deste trabalho é analisar se o pensamento repetitivo negativo dos filhos é mediador da relação entre o perfeccionismo dos pais (avaliado separadamente pelos filhos e por eles próprios) e os sintomas obsessivo-compulsivos dos filhos nas dimensões Dúvidas e ruminação, Verificação e Limpeza.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Este estudo foi realizado no âmbito do projeto de investigação intitulado PERFECCIONISMO E REGULAÇÃO EMOCIONAL – UMA PERSPETIVA TRANSGERACIONAL (Ref. 098-CE-2014), aprovado pela Comissão de Ética e Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

### **PROCEDIMENTO**

Foi garantida a confidencialidade dos dados e todos os alunos e respetivos pais deram o seu consentimento informado e aceitaram participar voluntariamente. Os inquéritos foram preenchidos e recolhidos fora de períodos de avaliações.

### **PARTICIPANTES**

A amostra do estudo é constituída por 219 alunos, maioritariamente do sexo feminino (n=169; 77.2%), contabilizando-se 49 do sexo masculino (22.4%). Um aluno, correspondente a uma percentagem de 0.5%, não respondeu à questão.

As idades dos participantes variam entre 18 e 32 anos, registando-se uma média de idades de 20.55 anos (DP=1.99). Analisando a idade por classes, encontramos 52 alunos com idades iguais ou inferiores a 19 anos (23.7%), 142 alunos com idades entre os 20 e os 22 anos (64.8%) e 19 alunos têm idades superiores ou iguais a 23 anos (8.7%).

A maior parte dos participantes estuda Medicina (n=112, 51.1%) e Medicina Dentária (n=77, 35.2%). Os restantes alunos distribuem-se por cursos como Audiologia (n=8; 3.7%), Farmácia (n=6; 2.7%), Fisiologia Clínica (n=4; 1.8%), Imagem Médica e Radioterapia (n=4; 1.8%), Arquitetura (n=1; 0.5%) e Engenharia Mecânica (n=1; 0.5%). Seis alunos (2.7%) não

responderam à questão sobre que curso frequentam. Todos os alunos que preencheram o inquérito frequentam do 1º ao 4º ano do curso, sendo que a maioria, 59.8%, frequenta o 3º ano; 49 alunos frequentam o 1º ano (22.4%), 8 alunos frequentam o 2º ano (3.7%) e 19 alunos frequentam o 4º ano (8.7%).

Quanto à nacionalidade, 95% dos participantes são de nacionalidade portuguesa (n=208) e 1% (n=2) têm outras nacionalidades. 9 participantes não responderam a esta questão, o que corresponde a 4.1%.

Quanto às características do agregado familiar, 202 alunos vivem com a família nuclear (pais e irmãos) (92.2%) e 12 vivem com a família nuclear e alargada (pais, irmãos, tios, avós) (5.5%). Apenas 1 aluno vive com a família alargada (só com avós, tios, ...) (0.5%) e 4 alunos (1.8%) têm resposta omissa.

Em relação ao estado civil dos pais, verificou-se que 185 alunos têm pais casados/vivem maritalmente (84.5%), 25 alunos têm pais divorciados/separados (11.4%) e 5 alunos têm a mãe ou o pai viúvos (2.3%). A informação foi omissa em 4 alunos, correspondendo a 1.8%.

Quanto à fratria, 46 são filhos-únicos (21%) e 173 têm pelo menos um irmão (79%). Na amostra, encontram-se 123 alunos com um irmão (56.2%), 37 com dois irmãos (16.9%), 6 com três irmãos (2.7%) e 7 com quatro irmãos (3.2%).

## **INSTRUMENTOS**

Foram utilizados vários questionários de auto-resposta já validados para a população portuguesa, todos eles com qualidade psicométrica comprovada<sup>28-31</sup>.

### **Compósitos: Preocupações com a Avaliação e Esforços Perfeccionistas**

Foram utilizadas as duas dimensões compósitas de Perfeccionismo: Preocupações com a Avaliação (PreocAv) e Esforços Perfeccionistas (EsfPerf), obtidas através das duas Escalas

Multidimensionais de Perfeccionismo: Frost et al<sup>7,31</sup> e Hewitt e Flett<sup>7,29</sup>. A primeira integra as subescalas Preocupação com os Erros, Dúvidas sobre as Ações, Padrões Pessoais, Expetativas Parentais, Críticas Parentais e Organização, enquanto a segunda inclui o Perfeccionismo Auto-Orientado, Perfeccionismo Socialmente Prescrito e Perfeccionismo Orientado para os Outros<sup>7</sup>. A dimensão compósita PreocAv compreende as Dúvidas sobre as Acções, Preocupações com os Erros, Expetativas Parentais e Críticas Parentais da escala de Frost et al e o Perfeccionismo Socialmente Prescrito da escala de Hewitt e Flett, enquanto os EsfPerf incluem dimensões como Padrões Pessoais e Organização de Frost et al e o Perfeccionismo Auto-Orientado de Hewitt e Flett<sup>29</sup>.

As escalas de perfeccionismo foram aplicadas também aos pais e, além disso, os filhos responderam às mesmas como se fossem os seus pais (pai ou mãe, informação nem sempre disponível), de forma a avaliar a perceção que os filhos têm acerca do perfeccionismo dos pais.

### **Questionário de Pensamento Perseverativo (QPP)<sup>30</sup>**

Para medir o pensamento repetitivo negativo (PRN), foi utilizada a versão portuguesa do QPP, a qual inclui dois fatores: (1) Pensamento repetitivo (itens relacionados com as características-chave do PRN) e (2) Interferência cognitiva e improdutividade (avalia a perceção de improdutividade e interferência)<sup>7</sup>. Ao longo do trabalho irá ser considerado o seu valor total (QPP\_T).

### **Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory (MOCI)<sup>31,32</sup>**

O MOCI avalia os sintomas obsessivo-compulsivos. É constituído por 30 itens, que se agrupam em 3 subescalas, referentes aos sintomas de Verificação, Limpeza e Dúvidas e ruminação. O formato de resposta é de Verdadeiro e Falso, sendo que os itens 1-4, 6-8, 10, 12,

14, 18, 20, 26, 28 e 30 são cotados com 1 ponto quando associados a “V”, e os restantes são cotados com 1 ponto quando “F”<sup>32</sup>.

## ANÁLISE DESCRITIVA E CONSISTÊNCIA INTERNA

As escalas apresentaram boa consistência interna, variando a maioria entre .80 a .90, o que significa que todas as escalas utilizadas mediram o que se propuseram a medir.

**Tabela 1 – Medidas descritivas e de consistência interna**

	Média	DP	Variação		α de Cronbach
			Mín	Máx	
<b>Escalas</b>					
QPP_total	22.67	10.57	.00	55.00	.96
EsfPerf_FP	50.62	10.65	16.00	75.00	.90
PreocAv_FP	49.01	11.71	20.00	84.00	.88
EsfPerf_P	52.47	10.92	21.00	76.00	.87
PreocAv_P	47.54	11.39	20.00	84.00	.88
EsfPerf_M	53.46	10.71	20.00	79.00	.87
PreocAv_M	47.11	11.82	21.00	75.00	.88
MOCI_V	2.31	2.25	.00	8.00	.78
MOCI_L	2.58	2.27	.00	9.00	.75
MOCI_DR	3.03	2.27	.00	8.00	.75

**Legenda:** QPP\_T: Questionário de Pensamento Repetitivo; EsfPerf\_FP: Percepção por parte dos filhos acerca dos Esforços Perfeccionistas dos pais (feminino e masculino); PreocAv\_FP: Percepção por parte dos filhos acerca das Preocupações com a Avaliação dos pais (feminino e masculino); EsfPerf\_P: Esforços Perfeccionistas dos pais (masculino); PreocAv\_P: Preocupações com a Avaliação dos pais (masculino); EsfPerf\_M: Esforços Perfeccionistas das mães; PreocAv\_M: Preocupações com a Avaliação das mães; MOCI\_V: Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory, subescala verificação (sintomas relacionados com o filho); MOCI\_L: Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory, subescala limpeza (sintomas relacionados com o filho); MOCI\_DR: Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory, subescala dúvida e ruminação (sintomas relacionados com o filho).

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

Utilizou-se o SPSS-Statistics versão 24.0. Foram determinadas estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão. A fiabilidade das escalas foi calculada utilizando o  $\alpha$  de Cronbach<sup>33</sup>.

A distribuição das variáveis foi analisada através do teste Shapiro-Wilk. A maioria das variáveis apresentou um desvio à normalidade, pelo que se utilizaram testes não paramétricos.

Para estudar a associação entre as variáveis foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Para classificar a magnitude dos coeficientes de correlações seguiu-se o critério de Cohen<sup>34</sup>: .01, baixa, .30, moderada, e .50, elevada.

Para os estudos de mediação simples<sup>35</sup>, utilizou-se o PROCESS para SPSS, modelo 4, desenvolvido por Hayes et al.<sup>35</sup>. O PROCESS estima os efeitos total, direto e indireto da variável preditora (X) na variável *outcome* (Y), através de um mediador. Para além disso, gera intervalos de confiança utilizando o *bootstrapping*, um procedimento robusto para dados não normais. Se o intervalo de confiança a 95% não incluir o zero indica que o efeito é estatisticamente significativo.

## **RESULTADOS**

### **CORRELAÇÕES**

Apesar de todas as correlações serem baixas/moderadas (máximo de correlação detetado foi de 0.346 entre as variáveis QPP\_T e PreocAV\_FP), eram estatisticamente significativas.

A dimensão Esforços perfeccionistas parternos não se correlacionou com nenhuma subescala de sintomas OC, nem com as dimensões de PRN dos filhos. O mesmo se verificou com a escala Preocupação com a avaliação materna.

Cada uma das subescalas do MOCI apenas se correlacionou significativamente com uma dimensão. A subescala do MOCI Dúvidas e ruminação, nos filhos, correlacionou-se significativamente com a percepção dos filhos em relação à Preocupação com a avaliação dos pais. A subescala Verificação correlacionou-se significativamente com a percepção dos filhos em relação aos Esforços perfeccionistas dos pais. A subescala Limpeza correlacionou-se significativamente com os Esforços perfeccionistas maternos.

O pensamento repetitivo negativo dos filhos (QPP\_T) foi a variável que apresentou maior número de correlações estatisticamente significativas, nomeadamente com a percepção dos filhos acerca dos Esforços perfeccionistas e Preocupações com a avaliação dos pais, bem como com os Esforços perfeccionistas maternos e com a Preocupação com a avaliação paterna (progenitores do sexo masculino).

**Tabela 2: Coeficientes de correlação de Spearman entre os sintomas OC e PRN e o perfeccionismo (paterno e percepção dos filhos em relação aos pais)**

	Correlações de Spearman					
	PreocAv_FP	EsfPerf_FP	PreocAv_P	EsfPerf_P	PreocAv_M	EsfPerf_M
QPP_T	.35***	.20**	.20**	-.03	.07	.17*
MOCI_DR	.22**	.10	.01	-.11	.03	.12
MOCI_V	.13	.18**	-.10	-.04	-.03	.08
MOCI_L	-.02	.06	-.06	-.08	.03	.17*

\* p<.05; \*\* p<.01; \*\*\* p<.001

**Legenda:** QPP\_T: Questionário de Pensamento Repetitivo; EsfPerf\_FP: Percepção por parte dos filhos acerca dos Esforços Perfeccionistas dos pais (feminino e masculino); PreocAv\_FP: Percepção por parte dos filhos acerca das Preocupações com a Avaliação dos pais (feminino e masculino); EsfPerf\_P: Esforços Perfeccionistas dos pais (masculino); PreocAv\_P: Preocupações com a Avaliação dos pais (masculino); EsfPerf\_M: Esforços Perfeccionistas das mães; PreocAv\_M: Preocupações com a Avaliação das mães; MOCI\_V: Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory, subescala verificação (sintomas relacionados com o filho); MOCI\_L: Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory, subescala limpeza (sintomas relacionados com o filho); MOCI\_DR: Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory, subescala dúvida e ruminação (sintomas relacionados com o filho).

## ESTUDOS DE MEDIAÇÃO

Partindo das correlações significativas encontradas, foram testados três modelos de mediação, tal como se segue:

- MODELO 1: PreocAv\_FP (Variável independente/preditora) – QPP\_T (Variável mediadora) – MOCI\_DR (Variável dependente/*outcome*).
- MODELO 2: EsfPerf\_FP (Variável independente/preditora) – QPP\_T (Variável mediadora) – MOCI\_V (Variável dependente/*outcome*).

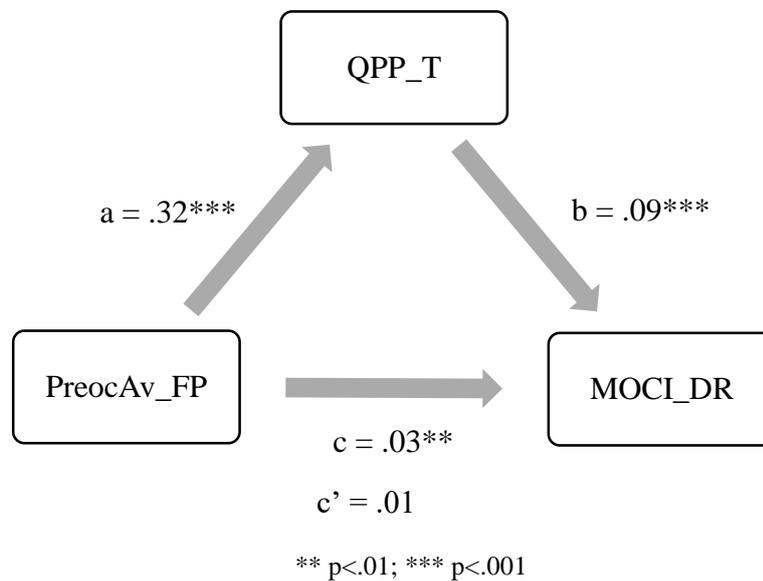
- MODELO 3: EsfPerf\_M (Variável independente/preditora) – QPP\_T (Variável mediadora) – MOCI\_L (Variável dependente/outcome)

## MODELO DE MEDIAÇÃO 1

No modelo de mediação 1 (Figura 1), a variável preditora foi a percepção dos filhos acerca das Preocupações com a avaliação dos pais; a variável mediadora foi o pensamento repetitivo dos filhos e o *outcome* são as Dúvidas e ruminação. O modelo apresentou efeito total (*Coefficiente* = 0.03, *SE* = 0.01, IC95% = 0.01-0.06) e efeito indireto (*Coefficiente* = 0.03, *SE* = 0.01, IC95% = 0.01-0.04) estatisticamente diferentes de zero (tabela 3).

O modelo explicou 19% da variância da dimensão Dúvidas e ruminação.

**Figura 1: Esquema do modelo de mediação 1**



**Legenda:** PreocAv\_FP: Percepção por parte dos filhos acerca das Preocupações com a Avaliação dos pais (feminino e masculino); QPP\_T: Questionário de Pensamento Repetitivo; MOCI\_DR: Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory, subescala dúvida e ruminação (sintomas relacionados com o filho).

**Tabela 3: Coeficiente, Erro Padrão e Intervalo de Confiança do Modelo de Mediação 1**

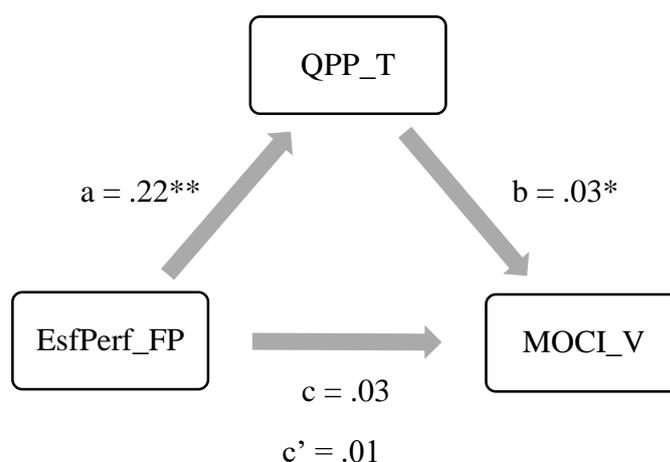
MODELO 1	Coeficiente	Erro Padrão	95% CI Bootstrapping	
			LLCI	ULCI
a	.32***	.06	.21	.43
b	.09***	.01	.06	.12
Efeito total - c	.03**	.01	.01	.06
Efeito direto - c'	.01	.01	-.02	.03
Efeito indireto	.03***	.01	.01	.04

\*\* p<.01; \*\*\* p<.001

## MODELO DE MEDIAÇÃO 2

No modelo de mediação 2 (Figura 2), a variável preditora foi a percepção dos filhos acerca dos Esforços perfeccionistas dos pais, a variável mediadora foi o pensamento repetitivo dos filhos e o *outcome* foi a Verificação. O modelo apresentou apenas efeito indireto (*Coeficiente* = 0.01, *SE* = 0.00, *IC95%* = 0.00-0.02) estatisticamente diferentes de zero.

**Figura 2: Esquema do modelo de mediação 2**



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

**Legenda:** EsfPerf\_FP: Percepção por parte dos filhos acerca dos Esforços Perfeccionistas dos pais (feminino e masculino); QPP\_T: Questionário de Pensamento Repetitivo; MOCI\_V: Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory, subescala verificação (sintomas relacionados com o filho).

**Tabela 4: Coeficiente, Erro Padrão e Intervalo de Confiança do Modelo de Mediação 2**

MODELO 2	Coeficiente	Erro Padrão	95% CI Bootstrapping	
			LLCI	ULCI
a	.22**	.07	.09	.35
b	.03*	.01	.00	.06
Efeito total - c	.03	.01	-.00	.05
Efeito direto - c'	.01	.01	-.01	.05
Efeito indireto	.01*	.00	.00	.02

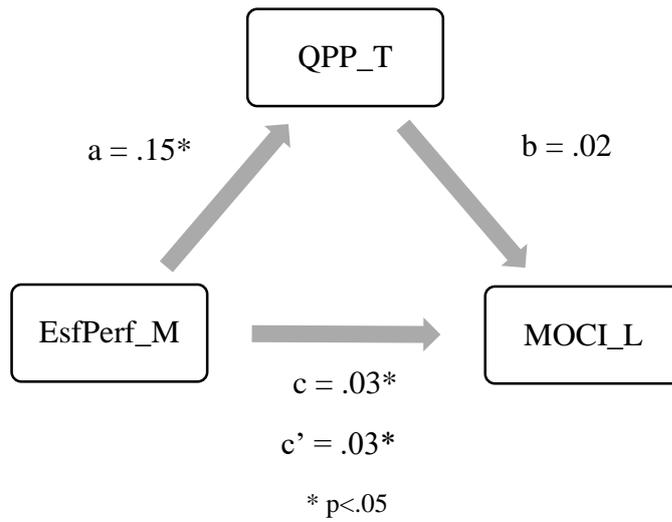
\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

### MODELO DE MEDIAÇÃO 3

No modelo de mediação 3 (Figura 3), a variável preditora foi os Esforços perfeccionistas maternos, a variável mediadora foi o pensamento repetitivo dos filhos e a variável *outcome* foi a Limpeza. O modelo apresentou efeito total (*Coeficiente* = 0.03, *SE* = 0.01, *IC95%* = 0.00-0.61) e efeito direto (*Coeficiente* = 0.03, *SE* = 0.01, *IC95%* = 0.00-0.06) estatisticamente diferentes de zero (tabela 5).

O modelo explica 3% da variância da dimensão Limpeza.

**Figura 3: Esquema do modelo de mediação 3**



**Legenda:** EsfPerf\_M: Esforços Perfeccionistas das mães; QPP\_T: Questionário de Pensamento Repetitivo; MOCI\_L: Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory, subescala limpeza (sintomas relacionados com o filho).

**Tabela 5: Coeficiente, Erro Padrão e Intervalo de Confiança do Modelo de Mediação 3**

MODELO 3	Coeficiente	Erro Padrão	95% CI Bootstrapping	
			LLCI	ULCI
a	.15*	.07	.02	.28
b	.02	.02	-.01	.05
Efeito total - c	.03*	.01	.00	.61
Efeito direto - c'	.03*	.01	.00	.06
Efeito indireto	.00	.00	-.00	.01

\* p < 0.05

## DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi testar, através de modelos de mediação, se o perfeccionismo dos pais (diferenciando a percepção dos próprios e a percepção dos filhos) influenciava a sintomatologia OC dos filhos, através do pensamento repetitivo negativo. Os sintomas OC foram operacionalizados através das três dimensões do MOCI<sup>31</sup> - Dúvidas e ruminância, Limpeza e Verificação.

Tanto quanto é do nosso conhecimento o teste destes modelos, partindo da personalidade paterna e passando pelo papel mediador do PRN, para tentar explicar a psicopatologia nos filhos, é inovador. Outro fator diferenciador deste estudo é que não se baseia apenas nas respostas dos pais acerca do seu perfeccionismo, mas também na percepção que os filhos têm acerca do perfeccionismo dos pais.

A POC, embora inicialmente considerada pouco frequente, é atualmente uma das doenças psiquiátricas de maior prevalência, podendo ser ainda mais frequente do que o que se julga, devido a uma possível subestimativa por aspetos inerentes à própria doença, como é exemplo a omissão e a dissimulação dos sintomas pelo doente, a escassa procura de ajuda médica e as altas taxas de comorbilidades psiquiátricas<sup>7</sup>. Estudos epidemiológicos mostraram que a idade de início da POC ronda os 20 anos, coincidente com a idade dos estudantes da amostra do presente estudo. É imperativo compreender os fatores que interferem nos processos cognitivos que influenciam o início e manutenção dos sintomas, para desta forma prevenir o seu aparecimento e/ou desenvolver estratégias de tratamento mais eficazes.

A literatura internacional, assim como estudos prévios elaborados pelo Instituto de Psicologia Médica da FMUC, evidenciaram a relação entre a perturbação psicológica, incluindo sintomatologia OC e o perfeccionismo negativo<sup>1,7,11</sup>. De facto, também este estudo, em que o perfeccionismo negativo foi operacionalizado pela dimensão Preocupações com a avaliação, é

congruente com esses achados, no sentido em que foi a variável independente que explicou maior variância na sintomatologia OC, nomeadamente da dimensão de Dúvida e ruminação.

No entanto, no nosso estudo encontrámos também alguma relação entre a dimensão Esforços perfeccionistas maternos e sintomatologia OC, de Limpeza. Apesar de os Esforços Perfeccionistas serem considerados uma forma mais positiva de perfeccionismo, também se têm associado a outras perturbações do espectro OC, nomeadamente aos sintomas/perturbações do comportamento alimentar<sup>1,12,16-19</sup>, o que mais uma vez denota a natureza mais ambígua desta dimensão, comparativamente à dimensão Preocupações com a avaliação que é mais claramente negativa nas suas consequências.

Em estudos referidos anteriormente, provou-se que as dimensões Dúvidas e ruminação poderão relacionar-se com a dimensão Verificação, na medida em que uma dúvida constante e ruminativa levava o sujeito a verificar vezes sem conta determinado aspeto que lhe causava ansiedade<sup>7</sup>. De facto, também no nosso estudo encontrámos algumas similaridades entre a variável Dúvidas e ruminação e Verificação, uma vez que ambas têm como variável independente, a percepção que os filhos têm acerca perfeccionismo dos pais, que só as influencia na presença do pensamento repetitivo negativo (nos dois modelos encontrámos efeito indireto, mas não efeito direto).

O PRN, enquanto processo transdiagnóstico, também já havia sido associado à POC<sup>1,7,11</sup>. Também neste estudo o PRN se relacionou significativamente com as dimensões Dúvidas e ruminação, Verificação e Limpeza e revelou-se mediador da relação entre sintomatologia OC (dimensão Dúvidas e ruminação) e percepção dos filhos acerca das Preocupações com a avaliação paterna, e na relação entre a sintomatologia OC (dimensão Verificação) e percepção que os filhos têm acerca do Esforços Perfeccionistas paternos. Estes resultados sustentam que o PRN perfeccionista pode ser muito relevante na compreensão dos

mecanismos subjacentes à relação entre perfeccionismo e POC<sup>7</sup>, mesmo num processo de influência transgeracional.

Como se esperava, os modelos mostraram efeitos de mediação positivos entre o PRN e os sintomas OC, mostrando, mais uma vez, que quanto maiores forem os níveis de PRN, mais frequentes serão os níveis de sintomatologia.

O perfeccionismo autopercecionado revelou-se mais determinante na sintomatologia OC do que o perfeccionismo percecionado pelos filhos, uma vez que os Esforços Perfeccionistas maternos foram a única variável que teve efeito direto na sintomatologia obsessivo-compulsiva. Pelo contrário, nos modelos em que partimos da percepção que os filhos têm acerca do perfeccionismo dos pais só havia influência na sintomatologia OC na presença do pensamento repetitivo negativo, não havendo influencia direta.

Nenhuma variável paterna mostrou relação com a sintomatologia OC, ao contrário do perfeccionismo materno, o que poderá levar-nos a pensar que a personalidade paterna poderá exercer menor influência no desenvolvimento de psicopatologia dos filhos do que a personalidade materna. Em estudos futuros poderá ser importante esclarecer se existe maior peso de traços de personalidade paternos ou maternos, de forma independente, no desenvolvimento de psicopatologia dos filhos e verificar se tal acontece devido a transmissão genética, educação ou, como a literatura sugere, por processos multifatoriais.

Foi interessante notar que os sintomas OC de Limpeza, nos filhos, se relacionam com os esforços perfeccionistas maternos, denotando que o empenho e valorização materna pela organização e limpeza, poderão contribuir, eventualmente por fatores genéticos e de modelamento, no aparecimento e manutenção dos sintomas OC nos filhos.

Com a aplicação do modelo de mediação 1, encontramos resultados estatisticamente significativos. Assim, uma vez que o coeficiente “a” - preditor do impacto da percepção dos

filhos acerca das Preocupações da avaliação dos pais no pensamento repetitivo negativo dos filhos - é significativo (o  $p$  é inferior a .05 e os limites superiores e inferiores têm o mesmo sinal, no caso, positivo), podemos afirmar que quando os filhos percebem níveis mais elevados de perfeccionismo negativo dos pais, têm maior tendência para desenvolver pensamento repetitivo negativo (PRN). Também o PRN influencia significativamente os sintomas OC, mais concretamente em Dúvidas e ruminação (“b”). A evidência de que o efeito direto (“c’”) não foi significativo, mas sim o efeito indireto e o efeito total (a soma do efeito indireto com o efeito direto), mostra que as Preocupações com as avaliações (FP) influenciam os sintomas OC, de Dúvida e ruminação, pela via do pensamento repetitivo negativo, através de um processo de mediação.

O modelo 2 mostrou efeito indireto significativo, o que mostra que os Esforços perfeccionistas dos pais, percebidos pelos filhos, não influenciam a sintomatologia OC dos filhos diretamente, mas fazem-no através do pensamento repetitivo negativo. Por outro lado, uma vez que os coeficientes “a” e “b” são estatisticamente significativos, verificámos que os Esforços perfeccionistas (FP) são preditores do pensamento repetitivo negativo e que este é preditor da sintomatologia OC de Verificação.

O modelo 3, tendo o coeficiente “a” significativo mostrou que os Esforços perfeccionistas maternos (percebidos pelas próprias) influenciam os níveis de pensamento repetitivo negativo dos filhos. Estes, por seu lado, e contrariamente ao que seria de esperar, parecem não influenciar a sintomatologia OC relacionada com a Limpeza (coeficiente não significativo e intervalo de confiança contendo o zero/com sinais opostos). O efeito direto, isto é, o efeito preditor dos Esforços perfeccionistas maternos na sintomatologia OC de Limpeza dos filhos, foi significativo, ou seja, aquela dimensão de perfeccionismo das mães influencia diretamente os níveis de sintomatologia OC de Limpeza dos filhos. Também o efeito total foi significativo mostrando que essa influência também se opera pela via do perfeccionismo materno aumentar

os níveis de PRN dos filhos. Pelo contrário, o efeito indireto não foi estatisticamente significativo.

Em **conclusão**, ao evidenciarmos os mecanismos cognitivos e transgeracionais que poderão contribuir para a intensidade dos sintomas OC, poderemos continuar a fornecer pistas para melhoria dos alvos terapêuticos, nomeadamente ao nível das estratégias de *coping* e das interações familiares.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao Dr. Vasco Nogueira, por transmitir de forma tão íntegra o seu gosto e dedicação a esta área. Agradeço ao Professor Doutor António Macedo por me ter permitido integrar este projeto, à Doutora Ana Telma Pereira pela ajuda e confiança e à Mestre Cristiana Marques pela disponibilidade e tempo dispendido.

Por último, agradeço aos meus pais e irmão por serem a casa à qual pertenço. Um obrigada especial ao Henrique, que não me deixa desistir e que partilha comigo os valores e a pessoa que sou.

## REFERÊNCIAS

1. Macedo, A. F.; Soares, M.J.; Maia, Berta; Pereira, A.T.; Bos, S.; Gomes, A.A.; Azevedo, M. H (2007) “Perfeccionismo e Psicopatologia” *Psiquiatria Clínica*.
2. Hibbard, D. R.; Walton, G. E. (n.d.) “Exploring the Development of Perfectionism: The influence of parenting style and gender”. <https://doi.org/10.2224/sbp.2014.42.2.269>
3. Silva, J; Martins, Vera; Gonçalves, M (2016) “Epidemiologia e características clínicas” in Macedo A.; Pereira AT.; Andrade J. (2016) (Eds) *Perturbação Obsessivo-Compulsiva – O insustentável peso da dúvida*. Lisboa: Lidel.
4. Greblo, Z.; Bratko, D. (2014) “Parents’ perfectionism and its relation to child rearing behaviors” *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(2), 180–185. <https://doi.org/10.1111/sjop.12116>
5. Soenens, K.; Vansteenkiste, M.; Luyten, P.; Goossens, L. (n.d.) “Maladaptive Perfectionism as an Intervening Variable between Psychological Control and Adolescent Depressive Feelings: A Three-Wave Longitudinal Study”.
6. Elliot, A. J.; Thrash, T. M. (2004) “The intergenerational transmission of fear of failure” *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(8), 957–971. <https://doi.org/10.1177/0146167203262024>
7. Pereira, AT.; Duarte, F.; Marques, M.; Macedo, A. (2016) “Processos cognitivos” in Macedo A; Pereira AT; Andrade J. (2016) (Eds) *Perturbação Obsessivo-Compulsiva – O insustentável peso da dúvida*. Lisboa: Lidel.
8. Egan, S. J.; Wade, T. D.; Shafran, R. (2011). “Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review” *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
9. Pinto, A.; Dargani, N.; Wheaton, M. G.; Cervoni, C.; Rees, C. S.; Egan, S. J. (2017).

- “Perfectionism in obsessive-compulsive disorder and related disorders: What should treating clinicians know?” *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 12(January), 102–108. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.01.001>
10. Abdi, R.; Chalabianloo, G.; Joorbonyan, A. (2016). “The mediating role of repetitive negative thinking in relationship between negative perfectionism and severity of anxiety symptoms” *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 10(4). <https://doi.org/10.17795/ijpbs-5308>
11. Pereira, AT.; Ferreira, T; Pissarra, A; Nogueira, V.; Andrade, J.; Mota, D.; Macedo, A. (2015). “Perseverative negative thinking mediates the relationship between perfectionism cognitions and OC symptoms” *European Psychiatry*, 30, Sup 1, 792.
12. Maia, BR.; Soares, MJ; Gomes, A (2009). “Perfectionism in Obsessive Compulsive and Eating Disorders” *Rev Bras Psiquiatr*: 31 (4):322-27.
13. Macedo, A.; Soares, M. J.; Amaral, A. P.; Nogueira, V.; Madeira, N.; Roque, C.; Pereira, AT (2015). “Repetitive negative thinking mediates the association between perfectionism and psychological distress” *Personality and Individual Differences*, 72, 220–224. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.08.024>
14. Maia, B. R.; Pereira, A. T.; Marques, M.; Bos, S.; Soares, M. J.; Valente, J. (2012) “The role of perfectionism in postpartum depression and symptomatology” *Archives of Women’s Mental Health*, 15(6), 459–468. <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-012-0310-2>
15. Soenens, W.; Luyten, P.; Goossens, L. (n.d.) “Perceived Parental Psychological Control and Eating Disordered Symptoms: Maladaptive Perfectionism as a Possible Intervening Variable”
16. Bento, M.C.; Pereira, A.T.; Maia, B.R.; Marques, M.; Soares, M.J.; Bos, S.; Valente, J.; Gomes, A.; Azevedo, M.H.P.; Macedo, A. (2010) “Perfectionism and Eating Behavior in Portuguese Adolescents” *European Eating Disorders Review*, 18 (4), 328-337
17. Soares, MJ.; Macedo, A.; Bos, S. (2009) “Perfectionism and eating attitudes in Portuguese

students: a longitudinal study” *European Eating Disorders Review*. 5, 390-398

18. Peixoto, C.; Soares, MJ.; Pereira, AT.; Macedo, A. (2014) “Perfectionism and Disordered Eating in Overweight Woman Eating Behaviors”

19. Pereira, AT.; Monteiro, M.; Mastilho, P. (2016) “Disordered eating behaviors, perfectionism and perseverative negative thinking - study in a clinical sample” *European Psychiatry*

20. Azevedo, MHP; Soares, MJ; Bos, SC (2009) “Perfectionism and sleep disturbance” *The World Journal of Biological Psychiatry*. 10(3), 225-33.

21. Azevedo, M.H.; Bos, S.C., Soares, M.J. (2010) “Longitudinal study on perfectionism and sleep disturbance” *The World of Biol Psychiatry*. 11(2), 476-85

22. Macedo, A.; Marques, M.; Pereira, A. T. (2014) “Perfectionism and psychological distress: a review of the cognitive factors”, <http://ijcnmh.arc-publishing.org>

23. McEvoy, P.M.; Watson, H.; Watkins, E.R.; Nathan, P. (2013) “The relationship between worry, rumination, and comorbidity: evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct” *Affect Disord*. 151(1), 313-320

24. Machado, M.E.; Pereira, A.T.; Ribau, M; Amaral, AP.; Soares, MJ.; Marques, C.; Alarcão, J.; Figueiredo, I.; Oliveira, D.; Macedo, A. (2016) “Relationship between obsessive-compulsive symptoms and perfectionism in parents and their children” *Poster presented at 18<sup>th</sup> European Conference on Personality* Timisoara, Romania, 17-22 July 2016.

25. Drost, J.; van der Does, W.; van Hemert, A.M.; Penninx, B.W.; Spinhoven, P. (2014) “Repetitive negative thinking as a transdiagnostic factor in depression and anxiety: A conceptual replication” *Behav Res Ther*. 63, 177-183.

26. Klemanski, D.H.; Curtiss, J.; McLaughlin, K.A.; Nolen-Hoeksema, S. (2016) “Emotion Regulation and the Transdiagnostic Role of Repetitive Negative Thinking in Adolescents with Social Anxiety and Depression” *Cognit Ther Res*. 41(2):206-219.

27. McEvoy, P.M.; Salmon, K.; Hyett, M.P.; Jose, P.E.; Gutenbrunner, C.; Bryson, K.; Dewhirst, M. (2017) “Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Predictor of Depression and Anxiety Symptoms in Adolescents”
28. Amaral, A.P.; Soares, M.J.; Pereira, A.T.; Bos, S.C.; Marques, M.; Valente, J.; Macedo, A. (2013) “Frost multidimensional perfectionism scale: The Portuguese version” *Revista de Psiquiatria Clínica*, 40(4), 144-149
29. 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
30. Chaves, B.; Pereira, A. T.; Castro, J.; Soares, M. J.; Amaral, A. P.; Bos, S. (2013) “Perseverative thinking questionnaire: Validation of the Portuguese version”
31. Nogueira, V.; Macedo, A.; Pereira, A.T.; Marques, M.; Soares, M.J.; Valente J & M.H. Azevedo (2012). Psychometric properties and factor structure of the Portuguese Version of the Maudsley Obsessional Compulsive Inventory. Poster presented at the *20th European Congress of Psychiatry*, Prague.
32. Filipe, T.; Ferreira, A. (2014) “Perfeccionismo, Pensamento Repetitivo Negativo e Sintomatologia do Espectro Obsessivo-Compulsivo” Retrieved from [www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=cb31e5e47c7bbcee%5Cn](http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=cb31e5e47c7bbcee%5Cn)
33. Almeida, D.; Santos, M. A. R.; Costa, A. F. B. (2010) “Aplicação do Coeficiente Alfa de Cronbach nos Resultados de um Questionário para Avaliação de Desempenho da Saúde Pública.” *XXX Encontro Nacional De Engenharia De Produção*, 1–12
34. Cohen, J (1992) “A power primer” *Psychological Bulletin*. 155-159
35. Hayes, AF (2013). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. 1º edição. Guilford Press.

## ANEXOS

### QUESTIONÁRIOS DE PERCEÇÃO DOS FILHOS EM RELAÇÃO AO perfeccionismo do PAI OU da MÃE

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE PERFECCIONISMO DE FROST ET AL.

e

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE PERFECCIONISMO DE HEWITT & FLETT

POR FAVOR, RESPONDA AOS QUESTIONÁRIOS SEGUINTEs (duas últimas páginas) **COMO SE FOSSE O SEU PAI/MÃE (riscar o que não interessa) A RESPONDER**, ou seja, **INDIQUE A RESPOSTA QUE ACHA QUE O SEU PAI/MÃE RESPONDERIAM SE FOSSEM ELES A RESPONDER EM RELAÇÃO A ELES PRÓPRIOS.**

## EMP-F

A seguir temos uma lista de afirmações sobre características ou traços pessoais. Assinale com um círculo, o número que melhor corresponde ao seu grau de **acordo** ou **desacordo**, relativamente a cada uma das afirmações. (**responda como se fosse o seu pai/mãe a responder em relação a eles próprios**). Use a seguinte escala de avaliação:

1	2	3	4	5
Discordo	Discordo	Nem concordo,	Concordo	Concordo
Fortemente		Nem discordo		fortemente

## CM

3	Se alguém fizer uma tarefa melhor do que eu, no trabalho/ escola., então eu sinto como se tivesse falhado a tarefa por completo	1	2	3	4	5
6	As pessoas provavelmente terão pior opinião de mim, se eu errar	1	2	3	4	5
7	Se eu não fizer as coisas tão bem como os outros, isso quer dizer que sou um ser humano inferior	1	2	3	4	5
8	Se eu não fizer as coisas sempre bem, as pessoas não me respeitarão	1	2	3	4	5

## PS

12	Estabeleço padrões mais elevados para mim do que a maior parte das pessoas	1	2	3	4	5
14	Eu tenho objetivos extremamente elevados	1	2	3	4	5
15	As outras pessoas parecem aceitar para si objetivos mais baixos do que eu	1	2	3	4	5
16	Nas minhas tarefas quotidianas, espero um desempenho mais elevado que a maioria das pessoas	1	2	3	4	5

## DA

17	Mesmo quando faço alguma coisa com muito cuidado, frequentemente sinto que não foi bem feita.	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

18	Habitualmente tenho dúvidas sobre as coisas simples que faço todos os dias	1	2	3	4	5
19	Eu tenho tendência a atrasar-me no meu trabalho porque repito as coisas várias vezes	1	2	3	4	5
20	Levo muito tempo a fazer as coisas “corretamente”	1	2	3	4	5
<b>PE</b>						
21	Os meus pais estabelecem padrões muito elevados para mim	1	2	3	4	5
22	Os meus pais querem que eu seja o melhor em tudo	1	2	3	4	5
23	Só um desempenho excepcional é suficiente para a minha família	1	2	3	4	5
24	Os meus pais têm esperado de mim a excelência	1	2	3	4	5
<b>PC</b>						
26	Em criança eu era castigado por fazer as coisas abaixo da perfeição	1	2	3	4	5
27	Os meus pais nunca tentaram compreender os meus erros					
28	Eu nunca senti que conseguisse satisfazer as expectativas dos meus pais	1	2	3	4	5
29	Eu nunca senti que conseguisse satisfazer os padrões dos meus pais	1	2	3	4	5
<b>O</b>						
31	Eu sou uma pessoa arrumada	1	2	3	4	5
33	Eu tento ser uma pessoa arrumada	1	2	3	4	5
34	A arrumação é muito importante para mim					
35	Eu sou uma pessoa organizada	1	2	3	4	5

## MPS – H&F

A seguir temos uma lista de afirmações sobre características ou traços pessoais. Assinale com um círculo, o número que melhor corresponde ao seu grau de **acordo** ou **desacordo**, relativamente a cada uma das afirmações. (**responda como se fosse o seu pai/mãe** a responder **em relação a eles próprios**). Use a seguinte escala de avaliação:

1	2	3	4	5	6	7
Discordo completamente	Discordo bastante	Provavelmente discordo	Indeciso	Provavelmente concordo	Concordo bastante	Concordo completamente
6. Um dos meus objetivos é ser perfeita/o em tudo o que faço						
10. Pouco me importa que alguém, das pessoas que me rodeiam, não dê o seu melhor						
12. Raramente sinto o desejo de ser perfeita/o						
13. Tudo o que eu faça que não seja excelente, será julgado de má qualidade, pelas pessoas que me rodeiam						
14. Faço tudo o que posso para ser tão perfeita/o quanto possível						
15. Preocupo-me muito em ter um resultado perfeito em tudo o que faço						
17. Esforço-me para ser a/o melhor em tudo o que faço						
20. De mim, não exijo menos do que a perfeição						
28. Quando estabeleço os meus objetivos, tendo para a perfeição.						
30. As outras pessoas aceitam-me como sou, mesmo quando não sou bem sucedida/o						
31. Sinto que as outras pessoas exigem demais de mim						
41. As pessoas esperam mais de mim, do que eu posso dar						
43. É-me indiferente que um bom amigo não tente fazer o seu melhor.						

## QPP-15

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

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

## **MOCI**

Por favor, responda a cada questão colocando um círculo à volta de **V** (VERDADEIRO) ou de **F** (FALSO), colocado a seguir a cada uma das afirmações. Não há respostas certas ou erradas.

Responda de forma rápida, sem pensar demasiado sobre o significado exato da questão.

1. Evito usar telefones públicos por causa de possível contaminação. V F
2. Tenho frequentemente pensamentos tolos e sinto dificuldade em livrar-me deles. V F
3. Preocupo-me mais que a maioria das pessoas com a honestidade. V F
4. É frequente atrasar-me por não conseguir despachar-me de todas as coisas a tempo. V F
5. Não me preocupo muito com a contaminação se tocar num animal. V F
6. Tenho frequentemente de verificar várias vezes as coisas (ex. as torneiras do gás ou da água, as portas, etc.). V F
7. Tenho uma consciência muito rígida. V F
8. Acho que quase todos os dias sou incomodado(a) por pensamentos desagradáveis que me vêm à cabeça contra a minha vontade. V F
9. Não me preocupo excessivamente se, por acaso, toco em alguém. V F
10. Normalmente tenho sérias dúvidas sobre as coisas simples do dia a dia que faço. V F
11. Nenhum dos meus pais foi muito rígido durante a minha infância. V F
12. Tenho tendência a atrasar-me no meu trabalho por repetir as coisas várias vezes. V F
13. Gasto somente uma quantidade normal de sabão. V F
14. Alguns números são muito azarentos. V F
15. Não verifico o correio muitas vezes antes de o enviar. V F
16. Não levo muito tempo a vestir-me de manhã. V F
17. Não me preocupo demasiado com a limpeza. V F

- |     |  |   |   |
|-----|--|---|---|
| 18. | Um dos meus maiores problemas é dar demasiada atenção a pormenores sem importância.                          | V | F |
| 19. | Utilizo retretes limpas sem qualquer hesitação.  | V | F |
| 20. | O meu maior problema é ter que verificar repetidamente.  | V | F |
| 21. | Não me preocupo excessivamente com micróbios e doenças.  | V | F |
| 22. | Não tenho tendência a verificar as coisas mais do que uma vez.   | V | F |
| 23. | Não me agarro a uma rotina muito rígida quando faço as tarefas habituais.                                    | V | F |
| 24. | Não sinto as mãos sujas depois de tocar em dinheiro.   | V | F |
| 25. | Normalmente não faço contagens quando realizo uma tarefa rotineira.  | V | F |
| 26. | Demoro bastante tempo a completar a minha higiene de manhã.  | V | F |
| 27. | Não uso uma grande quantidade de desinfetantes.  | V | F |
| 28. | Gasto todos os dias muito tempo a verificar as coisas repetidamente.   | V | F |
| 29. | Pendurar e dobrar a minha roupa à noite não me leva muito tempo.   | V | F |
| 30. | Mesmo quando faço alguma coisa com muito cuidado, muitas vezes sinto que não está suficientemente bem feita. | V | F |