



Universidade Portucalense Infante D. Henrique

Dissertação

*O papel do perfeccionismo e do autocríticismo na  
sintomatologia ansiosa e depressiva*

**Raquel Sofia Faria Campos, 42579**

**Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

**2ºano de Mestrado**

**Ano Letivo 2024/2025**

Orientação/Supervision: Prof.<sup>a</sup> Doutora Susana Santos

Setembro de 2025



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Do conhecimento à prática.



---

## Dissertação

### **O papel do perfeccionismo e do autocríticismo na sintomatologia ansiosa e depressiva**

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde | Ano letivo  
2024/2025 2ºano| Dissertação

Docente responsável pela dissertação: Professora Doutora  
Susana Santos

Raquel Sofia Faria Campos | N° 42579

---



# Dissertação

Esta dissertação é da exclusiva responsabilidade da sua autora. O Departamento de Psicologia e Educação da Universidade Portucalense Infante D. Henrique declina qualquer responsabilidade, legal ou outra, em relação a erros ou omissões que possa conter.

Departamento de Psicologia e Educação

setembro, 2025

## Declaração da autoria

UNIVERSIDADE PORTUGALENSE

### DECLARAÇÃO DE AUTORIA

Nome Raquel Sofia Faria Campos nº 42579, aluna do curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde declaro que a Dissertação apresentada para avaliação na Unidade curricular Dissertação é da minha autoria e cumpre as normas de integridade académica.

Assim assume-se:

-Esclarecer explicitamente se partes do trabalho foram já apresentadas para avaliação de outras unidades curriculares ou provas de grau na Universidade Portucalense ou noutras instituições;

-Identificar corretamente as fontes utilizadas, de forma a que possam ser consultadas e atestada a autenticidade do trabalho que apresento;

-Assumir, sob compromisso de honra, a responsabilidade da autoria integral do trabalho, não tendo contratado serviços de terceiros para a sua realização;

-Indicar a supervisão recebida para elaboração do trabalho;

-Reconhecer como fraudulentas práticas que correspondem a formas de plágio, cópia servil, omissão ou citação deficiente de fontes, percebendo que tais práticas infringem direitos de autoria e são contrárias à integridade académica;

- Submeter, quando solicitado, à consideração do(s) docente(s), relatórios que tenham sido emitidos por equipamento especializado na deteção de plágio.

Data: 31/08/2025

Assinatura: Raquel Campos

IMP.GE.179.0

## Declaração de IA

UNIVERSIDADE  
PORTUCALENSE

Do conhecimento à prática.

### Declaração sobre o uso de IA Generativa para a realização de trabalhos académicos

Curso: Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Ano letivo: 2024/2025

Trabalho: Dissertação de Mestrado

#### IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDANTES

Raquel Sofia Faria Campos (nº42579)

#### DECLARAÇÃO DE USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Nesta Dissertação de Mestrado usei sistemas de Inteligência Artificial (IA) Generativa para melhorar a linguagem/estrutura do texto, e/ou pesquisar informação.

O sistema de IA Generativa utilizado neste trabalho foi o seguinte: ChatGPT

#### ÂMBITO DE UTILIZAÇÃO

A utilização da IA Generativa teve como objetivo a melhoria da linguagem e estruturação utilizada nos textos, assim como, a procura de informação relevante para a Dissertação.

#### PROMPTS UTILIZADOS

"Traduz-me este artigo"; Corrige os erros ortográficos"; "Confirma se as referências estão conforme as normas APA"; Reformula este parágrafo para que fique mais claro e coeso"; "Coloca este texto com uma linguagem mais científica".

Data: 31/08/2025

Assinatura: Raquel Campos

IMP.GE.288.0

# AGRADECIMENTOS

Ao concluir este capítulo importante da minha vida, sinto-me grata a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para tornarem possível a realização da redação da dissertação.

Inicialmente, quero expressar o meu reconhecimento a todos os docentes do curso de Psicologia da Universidade Portucalense Infante D. Henrique, pelo valioso apoio na construção dos meus conhecimentos teóricos e práticos ao longo destes anos. Obrigada por proporcionarem um ambiente educativo motivador que fortaleceu a minha formação enquanto futura psicóloga.

À minha orientadora de supervisão, Professora Doutora Susana Santos, manifesto um agradecimento especial pela sua orientação dedicada, pela paciência e pelos ensinamentos que me guiaram durante este percurso. O seu acompanhamento foi fundamental para o meu desenvolvimento profissional.

Aos meus pais, agradeço de coração pela confiança, pelo apoio incondicional e pelo esforço imenso que fizeram para que eu pudesse realizar este curso. Sem vocês, nada disto teria sido possível. Ao meu irmão, sou grata pela disponibilidade e ajuda sempre presentes, que tornaram os desafios mais fáceis de ultrapassar.

Aos meus padrinhos e avô, deixo um agradecimento especial pelo grande apoio e carinho constante que me oferecem e por estarem sempre disponíveis para me ajudar quando precisei.

Às minhas amigas Érica Vasconcelos e Margarida Barbosa, obrigada pela amizade sincera, pelo suporte e pela força nos momentos mais desafiantes. Foram e são um pilar fundamental.

Às minhas amigas de infância, Cláudia Costa e Ana Moreira, obrigado por permanecerem ao meu lado, mesmo à distância, e por serem parte importante da minha história.

Ao meu namorado, que tem estado comigo desde o início desta caminhada, agradeço pelo amor, pela paciência e por ser o meu porto seguro em todos os momentos.

Agradeço a mim mesma, pela perseverança, pela coragem de enfrentar as dificuldades e pela determinação em seguir em frente, construindo a profissional que sempre sonhei ser.

Por fim, não poderia deixar de dedicar uma palavra sentida à minha querida avó, que já partiu, mas cuja presença continua viva em mim. Levo comigo os valores, os ensinamentos e o amor que sempre me transmitiste e guardo com carinho as gargalhadas que dávamos juntas, cheias de cumplicidade e ternura. A tua memória acompanhou-me em cada conquista, e foi também por ti que me esforcei para chegar até aqui. Este percurso é, em parte, teu, e é com profunda gratidão e saudade que te dedico esta etapa da minha vida.

# RESUMO

O perfeccionismo tem sido amplamente estudado enquanto característica associada a diversos indicadores de mal-estar psicológico, nomeadamente à sintomatologia ansiosa e depressiva. Paralelamente, o autocrítico tem vindo a ser identificado como um processo psicológico desadaptativo, que intensifica a interpretação negativa das experiências pessoais e promove a autodepreciação perante falhas percebidas. Neste enquadramento, o presente estudo teve como principal objetivo explorar o contributo do perfeccionismo e do autocrítico na predição da sintomatologia ansiosa e depressiva em adultos da população não clínica, com idades compreendidas entre os 18 e os 55 anos. Procurou-se, em particular, analisar se níveis mais elevados de perfeccionismo e de autocrítico se associavam a níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica e qual o contributo conjunto na explicação da sintomatologia ansiosa e depressiva. A amostra foi constituída por 449 participantes, recrutados através de amostragem não probabilística por conveniência. Após controlar a idade, os resultados indicaram que apenas o autocrítico se revelou um preditor significativo da sintomatologia ansiosa e depressiva, emergindo como a variável com maior peso explicativo. A idade apresentou um efeito negativo significativo em ambos os indicadores no modelo inicial, mantendo-se apenas na sintomatologia ansiosa após a introdução do autocrítico e do perfeccionismo. Estes dados sublinham a importância de considerar o autocrítico como um alvo preferencial na intervenção psicológica, na medida em que a sua redução poderá mitigar os efeitos negativos do perfeccionismo e contribuir para uma melhoria do bem-estar psicológico.

**Palavras-chave:** Perfeccionismo; Autocrítico; Sintomatologia Ansiosa; Sintomatologia Depressiva; Saúde Mental.

# ABSTRACT

Perfectionism has been widely studied as a trait associated with various indicators of psychological distress, namely anxiety and depressive symptomatology. In parallel, self-criticism has been identified as a maladaptive psychological process that intensifies the negative interpretation of personal experiences and promotes self-devaluation in the face of perceived failures. In this context, the present study aimed to examine the contribution of perfectionism and self-criticism to the prediction of anxiety and depressive symptoms in adults from the non-clinical population, aged between 18 and 55 years. Specifically, it sought to analyse whether higher levels of perfectionism and self-criticism were associated with greater psychological symptomatology and their combined contribution to explaining anxiety and depressive symptoms. The sample consisted of 449 participants, recruited through non-probabilistic convenience sampling. After controlling for age, the results indicated that only self-criticism was a significant predictor of both anxiety and depressive symptoms, emerging as the variable with the greatest explanatory weight. Age showed a significant negative effect on both indicators in the initial model, remaining significant only for anxiety symptoms after the introduction of self-criticism and perfectionism. These findings highlight the importance of considering self-criticism as a preferential target in psychological intervention, as its reduction may mitigate the negative effects of perfectionism and contribute to improved psychological well-being.

**Keywords:** Perfectionism; Self-criticism; Anxiety Symptoms; Depressive Symptoms; Mental Health.

# ÍNDICE

<b>Introdução geral.....</b>	<b>1</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>2</b>
<b>Método.....</b>	<b>5</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>11</b>
<b>Discussão... ..</b>	<b>16</b>
<b>Conclusão.....</b>	<b>20</b>
<b>Referências .....</b>	<b>21</b>

# LISTA DE ABREVIATURAS

$\alpha$	Alfa de Cronbach (coeficiente de consistência interna)
APA	American Psychiatric Association
DP	Desvio-Padrão
EADS-21	Escala de Depressão, Ansiedade e Stress – 21 itens
FMPS	Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (Frost Multidimensional Perfectionism Scale)
FSCRS	Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale (Escala das Formas de Autocriticismo e Autotranquilização)
IBM SPSS	International Business Machines – Statistical Package for the Social Sciences
MANOVA	Multivariate Analysis of Variance (Análise de Variância Multivariada)
NSE	Nível Socioeconómico

# LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> <i>Caracterização Sociodemográfica e Clínica da Amostra (N= 449)</i> .....	7
<b>Tabela 2</b> <i>Estatísticas Descritivas e Correlações entre as Variáveis do Estudo (N =449)</i> .....	12
<b>Tabela 3</b> <i>Regressões Hierárquicas para a Predição da Sintomatologia Ansiosa e da Sintomatologia Depressiva</i> .....	15

# INTRODUÇÃO GERAL

O presente relatório de dissertação insere-se no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Portucalense Infante D. Henrique. O trabalho desenvolvido teve como objetivo analisar o papel do perfeccionismo e do autocriticismo na sintomatologia ansiosa e depressiva, procurando contribuir para uma melhor compreensão de fatores de risco associados à saúde mental em adultos da população geral. A pertinência deste estudo decorre do impacto que sintomatologia ansiosa e depressiva representam no bem-estar psicológico, bem como da evidência científica que tem apontado o perfeccionismo e o autocriticismo como processos relevantes na explicação e manutenção destas dificuldades. A análise destas variáveis em contexto não clínico possibilita identificar padrões de funcionamento que poderão ser alvo de prevenção antes da instalação de quadros psicopatológicos mais graves. Do ponto de vista metodológico, realizou-se um estudo quantitativo com recurso a amostragem não probabilística por autosseleção. A recolha de dados decorreu através de um questionário online aplicado a adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 55 anos, residentes em Portugal. A dissertação encontra-se estruturada de forma a garantir uma leitura clara e coerente. Num primeiro momento, apresenta-se a introdução, que enquadra teoricamente o estudo, clarificando os conceitos de sintomatologia ansiosa e depressiva, perfeccionismo e autocriticismo, bem como a sua relevância para a saúde mental. Segue-se o método, onde são descritos os procedimentos de recolha de dados, os participantes e os instrumentos utilizados. Posteriormente, são apresentados os resultados, que sintetizam as análises estatísticas realizadas, e a discussão, onde estes são interpretados à luz da literatura científica, salientando-se as principais implicações. Por fim, a dissertação encerra com a conclusão e referências, destacando os contributos do estudo e as implicações para a prática clínica em Psicologia Clínica e da Saúde. A escolha deste tema surgiu do interesse em compreender processos psicológicos que desempenham um papel central na vulnerabilidade à sintomatologia ansiosa e depressiva, duas das problemáticas mais prevalentes em saúde mental e com forte impacto no bem-estar e funcionamento diário. O perfeccionismo e o autocriticismo destacam-se por serem características frequentemente observadas em jovens adultos e adultos em idade ativa, grupos particularmente expostos a elevadas exigências académicas, profissionais e sociais. Assim, analisar o contributo destes fatores em contexto não clínico representa uma oportunidade para identificar mecanismos de risco e de proteção, com potencial para orientar estratégias de prevenção e de intervenção precoce.

# INTRODUÇÃO

A sintomatologia ansiosa e depressiva são construtos têm sido vistos como dimensões clássicas na psicopatologia, relevantes quer na investigação, quer na clínica (Pais-Ribeiro et al., 2004). Em vez de serem conceptualizadas como categorias diagnósticas, a sintomatologia ansiosa e a sintomatologia depressiva tem sido analisada numa perspetiva dimensional, permitindo compreender as variações na saúde mental ao longo de um contínuo, desde estados normativos até manifestações mais severas e crónicas observadas em quadros clínicos (Lovibond & Lovibond, 1995). A sintomatologia ansiosa pode caracteriza-se por um medo persistente e excessivo, preocupação constante, hiperatividade fisiológica e comportamentos de evitamento (Benson-Martin et al., 2009; Smith et al., 2017). Já a sintomatologia depressiva é caracterizada por vários sintomas, entre os quais, o humor deprimido e a perda de prazer em atividades do quotidiano, ultrapassando as emoções de valência negativa comuns no dia a dia (Ayuso-Mateos et al., 2010).

Uma melhor compreensão da sintomatologia ansiosa e depressiva pode ser alcançada considerando variáveis como o perfeccionismo (Limburg et al., 2017; Kamushadze et al., 2021; Shafran et al., 2002). O perfeccionismo é um traço de personalidade multidimensional (Enns et al., 2001; Hill et al., 1997), caracterizado por padrões elevados de desempenho e pela tendência a avaliar o próprio comportamento de forma excessivamente crítica (Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991).

O perfeccionismo tem sido amplamente estudado no contexto da psicopatologia, sendo identificado como um fator de risco e de manutenção de diferentes quadros emocionais, como a depressão e a ansiedade (Shafran et al., 2002), bem como de níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa e depressiva em populações clínicas e não clínicas (Dunkley et al., 2006a; Limburg et al., 2017; Smith et al., 2017). Estudos realizados em amostras comunitárias, nomeadamente em contextos académicos, indicam que níveis mais elevados de perfeccionismo estão associados a uma maior sintomatologia ansiosa, depressiva e de stress (Athulya et al., 2016). A investigação tem mostrado que algumas dimensões específicas do perfeccionismo, nomeadamente Preocupação com os Erros e Dúvidas sobre as Ações, tendem a estar mais fortemente associadas a sofrimento psicológico (Frost et al., 1990), em particular à sintomatologia ansiosa e depressiva (Limburg et al., 2017). Estas subescalas refletem aspetos do perfeccionismo considerados mais desadaptativos, caracterizados por uma elevada sensibilidade ao erro e por uma insegurança persistente quanto à adequação das próprias ações, os quais contribuem para níveis mais elevados de sofrimento emocional (Frost et al., 1990; Limburg et al., 2017) Além disso, o perfeccionismo tem sido associado a perturbações alimentares e a uma maior gravidade de perturbações psicológicas, surgindo frequentemente como resultado de fatores como a autoestima contingente, ou seja, baseada no desempenho ou na aprovação externa e da necessidade de perfeição (Bardone-Cone et al., 2016).

A literatura indica que o perfeccionismo está associado à sintomatologia obsessivo-compulsiva, ansiosa e depressiva. Por exemplo, a meta-análise de Limburg et al. (2017), baseada em estudos com amostras clínicas e não clínicas, evidenciou correlações moderadas a fortes entre o perfeccionismo desadaptativo e estes indicadores psicopatológicos. De forma semelhante, a revisão sistemática e meta-análise de Callaghan et al. (2024) confirmou a existência de associações consistentes entre perfeccionismo e sintomas de depressão, ansiedade e perturbação obsessivo-compulsiva em adultos, abrangendo estudos conduzidos em contextos clínicos e comunitários. Uma melhor compreensão dos sintomas psicopatológicos pode ser alcançada à luz do modelo do perfeccionismo clínico, proposto por Shafran, Cooper e Fairburn (2002). Este modelo define o perfeccionismo clínico como a dependência excessiva da autoavaliação em relação à prossecução e alcance de padrões pessoalmente exigentes e autoimpostos em pelo menos um domínio relevante, mesmo perante consequências adversas. O problema central não reside em estabelecer padrões elevados, mas na rigidez com que o valor pessoal passa a estar condicionado pelo seu cumprimento (Shafran et al., 2002). A falha em alcançar esses padrões tende a ativar processos de autocrítica e desvalorização pessoal, enquanto o seu cumprimento conduz frequentemente à redefinição dos padrões como insuficientemente exigentes, perpetuando o ciclo de exigência. Estes mecanismos promovem ciclos de ruminação, vergonha e pensamento dicotómico ["tudo ou nada"] contribuindo para a vulnerabilidade e manutenção de diferentes manifestações psicopatológicas, incluindo sintomatologia ansiosa e depressiva, perturbações alimentares e perturbação obsessivo-compulsiva (Shafran et al., 2002).

Um outro aspeto que poderá ajudar na compreensão da sintomatologia ansiosa e depressiva é o autocriticismo. O autocriticismo pode ser caracterizado por uma postura severa, crítica e punitiva em relação a si mesmo diante de falhas, insucessos ou frustrações (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011; Gilbert et al., 2004; Whelton & Greenberg, 2005). A autocrítica envolve uma vigilância constante e severa sobre si mesmo, avaliações excessivamente críticas do próprio comportamento e reações negativas perante falhas percebidas, no sentido de uma autocrítica ativa (Veilleux et al., 2024). Descrito como uma dimensão tendencialmente estável da personalidade (Blatt & Zuroff, 1992; Gilbert, 1998, 2002), o autocriticismo exerce um papel central no desenvolvimento da psicopatologia, apresentando associações positivas com a sintomatologia ansiosa e depressiva (Dunkley et al., 2006b; Tobin & Dunkley, 2020). Estudos adicionais apontam ainda o autocriticismo como um mecanismo através do qual o perfeccionismo mal-adaptativo contribui para o sofrimento psicológico (Powers et al., 2011).

Adicionalmente, existe alguma evidência de que indivíduos com níveis mais elevados de perfeccionismo, particularmente associados a padrões rígidos e socialmente prescritos, tendem a fomentar uma postura autocrítica perante o falhanço, contribuindo para sentimentos de inadequação, desvalorização e baixa autoestima (Shafran et al., 2002). Assim, indivíduos com níveis mais elevados de autocriticismo tendem a não reconhecer as suas realizações e condicionam o seu valor pessoal à obtenção de padrões irrealistas, o que os mantém presos a um ciclo de

autoavaliação negativa (Shafran et al., 2002). Esta ligação entre perfeccionismo e autocriticismo tem sido observada em estudos longitudinais, que sugerem que o autocriticismo pode funcionar como um mecanismo explicativo através do qual o perfeccionismo mal-adaptativo contribui para sintomas ansiosos e depressivos, em linha com a hipótese de uma mediação parcial (Dunkley et al., 2006b; Powers et al., 2011). No mesmo sentido, Gilbert e colaboradores também sugerem que o autocriticismo tende a ser ativado sempre que a pessoa percebe que falhou em tarefas significativas, desencadeando processos de autoataque, vergonha e autodepreciação (2004). Especificamente, determinadas formas de perfeccionismo mais desadaptativo como aquelas marcadas pela perceção de exigências externas e pela necessidade de corresponder a expectativas alheias têm sido associadas a níveis mais elevados de autocriticismo (Castilho et al., 2010; Halamová et al., 2018). Este, por sua vez, traduz-se numa postura interna marcada por autoavaliação negativa, autodepreciação e vergonha, funcionando como um fator de vulnerabilidade acrescida para o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e depressiva (Gilbert et al., 2004; Gilbert et al., 2006).

Embora exista um corpo considerável de investigação que sustenta a associação positiva entre o perfeccionismo e a psicopatologia, persistem lacunas no conhecimento relativamente às características e processos cognitivos específicos que sustentam essa relação (Macedo et al., 2014).

Considerando ainda a influência de fatores sociodemográficos, importa destacar que estudos têm documentado diferenças relevantes em função do sexo e da idade nas variáveis em estudo. No que se refere à sintomatologia depressiva, a meta-análise de Salk et al. (2017), baseada em amostras nacionalmente representativas da população geral, mostrou que as mulheres apresentam níveis mais elevados de sintomas depressivos. Estas diferenças, observadas em amostras nacionais representativas, surgem na adolescência, atingem o pico nessa fase e mantêm-se estáveis ao longo da vida adulta (Salk et al., 2017). Resultados longitudinais em adultos jovens mostraram que estudantes do sexo feminino reportam níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa, enquanto os estudantes do sexo masculino tendem a apresentar um aumento progressivo da sintomatologia depressiva ao longo do tempo académico (Gao et al., 2019). Quanto ao perfeccionismo, estudos sugerem que as mulheres tendem a apresentar níveis mais elevados de perfeccionismo socialmente prescrito, refletindo uma perceção acrescida de que os outros lhes exigem padrões de desempenho elevados (Kállay & Mihoc, 2021). Adicionalmente, a validação portuguesa da Escala Multidimensional do Perfeccionismo revelou diferenças em função do sexo, com as mulheres a apresentarem valores mais elevados na dimensão Organização, não se tendo verificado diferenças relevantes em função da idade (Amaral et al., 2013). Por fim, no domínio do autocriticismo, os estudos evidenciam que as mulheres reportam níveis mais altos de autocriticismo e menor tendência para a autotranquilização quando comparadas com os homens, sugerindo uma maior vulnerabilidade a processos de autodepreciação (Baião et al., 2014). A literatura tem igualmente evidenciado a influência da idade nas variáveis em estudo. Relativamente ao

perfeccionismo, verificou-se que as dimensões mais desadaptativas tendem a ser mais elevadas em idades jovens, associando-se a maior sintomatologia depressiva (Stoeber & Rambow, 2006). Padrão semelhante tem sido observado no autocrítico, com maior vulnerabilidade em adultos jovens (Castilho et al., 2013). No que respeita à sintomatologia ansiosa e depressiva, estudos epidemiológicos internacionais têm demonstrado que os sintomas ansiosos são mais prevalentes nos adultos jovens, reduzindo-se com o avançar da idade, enquanto a sintomatologia depressiva apresenta uma relação não linear, tendendo a ser mais elevada em jovens adultos e em idades mais avançadas (Van de Velde et al., 2010).

O presente estudo teve como objetivo explorar o papel do perfeccionismo e do autocrítico na sintomatologia ansiosa e depressiva em adultos da população geral, com idades compreendidas entre os 18 e os 55 anos.

De forma mais específica, foram formuladas seis hipóteses orientadoras: (1) níveis mais elevados de perfeccionismo estariam associados a níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa e depressiva; (2) níveis mais elevados de autocrítico estariam associados a níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa e depressiva; (3) níveis mais elevados de perfeccionismo associar-se-iam a níveis mais elevados de autocrítico; (4) a sintomatologia ansiosa e depressiva seria explicada pelo contributo conjunto do perfeccionismo e do autocrítico; (5) as mulheres reportariam níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa e depressiva do que os homens; e (6) os adultos mais jovens apresentariam níveis mais elevados de perfeccionismo, autocrítico e sintomatologia ansiosa e depressiva do que os adultos de maior idade.

## MÉTODO

### Procedimentos e participantes

O presente estudo foi desenvolvido no âmbito de um projeto de investigação mais amplo, designado “*Perfeccionismo e Saúde Mental*”, previamente submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Portucalense Infante D. Henrique. A recolha de dados decorreu entre janeiro e abril de 2025, através da divulgação de um questionário online em redes sociais (Instagram e Facebook), recorrendo à plataforma Google Forms.

Foram incluídos no estudo participantes adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 55 anos, residentes em Portugal e com domínio da leitura e escrita em língua portuguesa. A todos foi assegurada a confidencialidade e o anonimato na análise dos dados, bem como a natureza voluntária da sua participação, com a possibilidade de desistirem em qualquer momento durante o preenchimento do questionário.

Tal como indicado na Tabela 1, a amostra foi constituída por 449 participantes, dos

quais 258 (57.46%) se identificaram com o sexo feminino. O intervalo de idade dos participantes foi entre os 18 e os 55 anos. Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes encontravam-se solteiros 64.59% ( $n = 290$ ).

A maioria dos participantes possuía habilitações ao nível do ensino superior (56.35%  $n = 253$ ) e encontravam-se empregados ou ativos profissionalmente 75.50% ( $n = 339$ ). Quanto ao nível socioeconómico (NSE), a categoria mais representado foi a do nível baixo 47.66% ( $n = 214$ ), seguido do nível médio 37.86%; ( $n = 170$ ) e, por fim, do nível elevado 14.48% ( $n = 65$ ). No que concerne à saúde mental, 11.80% ( $n = 53$ ) dos participantes reportaram ter um diagnóstico de saúde mental e 13.81% ( $n = 62$ ) indicaram estar a receber acompanhamento psicológico no momento da recolha de dados. Cerca de 10.47% ( $n = 47$ ) encontravam-se em acompanhamento psiquiátrico.

Quanto à prática de atividade física, a maioria dos participantes 64.81% ( $n = 291$ ) dos participantes afirmaram praticar exercício físico regularmente. Em contrapartida, apenas 15.81% ( $n = 71$ ) indicaram recorrer a práticas de meditação ou mindfulness.

**Tabela 1***Caracterização Sociodemográfica e Clínica da Amostra*

	<i>M / n</i>	<i>DP / %</i>
Idade, <i>M DP</i>	31.97	9.57
Sexo, <i>n %</i>		
Masculino	191	42.54
Feminino	258	57.46
Escolaridade, <i>n %</i>		
1º ciclo ao 3º ciclo	44	9.80
Secundário	152	33.85
Licenciatura, Mestrado, Doutoramento	253	56.35
Situação Profissional, <i>n %</i>		
Desempregado	15	3.34
Estudante	92	20.49
Empregado / Ativo	339	75.50
Baixa Médica	3	0.67
Nível Socioeconómico, <i>n %</i>		
Baixo	214	47.66
Médio	170	37.86
Elevado	65	14.48
Estado Civil, <i>n %</i>		
Solteiro	290	64.59
Casado / União de Facto	24	5.35
Divorciado / Viúvo	135	30.07
Atividade Física, <i>n %</i>		
Não	158	35.19
Sim	291	64.81
Meditação / Mindfulness, <i>n %</i>		
Não	378	84.19
Sim	71	15.81
Problema de Saúde Mental Diagnosticado, <i>n %</i>		
Não	396	88.20
Sim	53	11.80
Acompanhamento Psicológico Atual, <i>n %</i>		
Não	387	86.19
Sim	62	13.81
Acompanhamento Psiquiátrico Atual, <i>n %</i>		
Não	402	89.53
Sim	47	10.47

*Nota.* *N* = 449

# Medidas

## ***Dados sociodemográfico e clínicos***

As informações sociodemográficas (e.g., idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão) e clínicas (e.g., acompanhamento psicológico ou psiquiátrico em curso) foram recolhidas através de um questionário elaborado especificamente para este estudo. A avaliação do NSE seguiu o sistema de classificação proposto por Simões (1994), que tem em conta a escolaridade e a profissão. Com base nestes critérios, o NSE dos participantes foi classificado em três categorias, variando entre 1 (*baixo*) e 3 (*elevado*). A atribuição foi realizada de forma independente pelos investigadores, sendo eventuais discrepâncias discutidas até se alcançar consenso em reunião com a orientadora.

## ***Perfeccionismo***

O perfeccionismo foi avaliado através da *Frost Multidimensional Perfectionism Scale* (FMPS; Frost et al., 1990), na versão portuguesa validada por Amaral et al. (2013). Este instrumento é constituído por 35 itens, respondidos numa escala de tipo Likert de 5 pontos (1 = *discordo fortemente* a 5 = *concordo fortemente*), organizados em seis dimensões: Padrões Pessoais (e.g., “*É importante para mim que eu seja completamente competente em tudo o que faço*”), Preocupação com os Erros (e.g., “*Se eu falhar no trabalho/escola, sou um falhado*”), Dúvidas sobre as Ações (e.g., “*Mesmo quando faço alguma coisa com muito cuidado, frequentemente sinto que não foi bem feita*”), Expectativas Parentais (e.g., “*Os meus pais estabelecem padrões muito elevados para mim*”), Crítica Parental (e.g., “*Em criança eu era castigado por fazer as coisas abaixo da perfeição*”) e Organização (e.g., “*Eu sou uma pessoa organizada*”). A pontuação global resulta da soma das respostas, podendo variar entre 35 e 175 pontos, sendo que valores mais elevados correspondem a níveis mais elevados de perfeccionismo. Contudo, no que respeita às qualidades psicométricas, a versão original apresentou boa consistência interna, com valores de  $\alpha$  de Cronbach entre .77 (Dúvidas sobre as Ações) e .93 (Preocupação com os Erros; Frost et al., 1990). A versão portuguesa revelou igualmente índices satisfatórios, com valores de  $\alpha$  a variar entre .74 (Expectativas Parentais) e .92 (Preocupação com os Erros; Amaral et al., 2013). Em consonância com as indicações de, no presente estudo o cálculo da pontuação total excluiu a subescala Organização, por esta não refletir um padrão desadaptativo. A pontuação total do FMPS foi calculada pela média das pontuações dos todos os itens à exceção da subescala Organização, tal como indicado por Amaral et al. (2013). Pontuações mais elevadas indicam níveis mais elevados de perfeccionismo.

## **Autocriticismo**

A percepção de autocriticismo foi avaliada através de duas das subescalas da versão portuguesa da Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS; Gilbert et al., 2004; versão portuguesa: Castilho & Pinto-Gouveia, 2005). A FSCRS é composta por 22 itens que avaliam três subescalas: Eu inadequado (e.g., “*Penso que mereço o meu autocriticismo*”); Eu detestado (e.g., “*Fico tão zangado(a) comigo mesmo(a) que quero magoarme ou fazer mal a mim mesmo(a)*”); Eu tranquilizador (e.g., “*Continuo a gostar de quem sou*”), que podem ser respondidos numa escala de Likert de 5 pontos, que varia de 0 (*não sou assim*) a 4 (*sou extremamente assim*). Na versão original, os valores de  $\alpha$  variaram entre .86 para o Eu Detestado e .90 para o Eu Inadequado (Gilbert et al., 2004). Na versão portuguesa, os valores de  $\alpha$  variaram entre .62 na subescala Eu tranquilizador e .89 na subescala Eu Inadequado (Castilho & Pinto-Gouveia, 2005). A pontuação total do autocriticismo foi calculada pela média das pontuações dos itens do Eu Inadequado e do Eu Detestado, tal como indicado por Castilho e Pinto-Gouveia (2005). Pontuações mais elevadas indicam níveis mais elevados de autocriticismo.

## **Sintomatologia ansiosa e depressiva**

A percepção de sintomatologia ansiosa e depressiva foi avaliada através de duas subescalas da versão portuguesa da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa: Pais-Ribeiro et al., 2004). Este questionário é composto por 21 itens, organizados em três subescalas de sete itens cada, que avaliam os Sintomatologia ansiosa (e.g., “*Senti-me quase a entrar em pânico*”), Sintomatologia depressiva (e.g., “*Senti que a vida não tinha sentido*”), Stress (e.g., “*Dei por mim a ficar agitado*”). Os participantes responderam numa escala de resposta do tipo Likert de 4 pontos que varia de 0 (*não se aplicou nada a mim*) a 3 (*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*) com base na frequência com que experienciaram os sintomas durante a última semana. A versão original demonstrou boa consistência interna, com valores de  $\alpha$  de .84, .89 e .91 para as subescalas de Ansiedade, Depressão e Stress, respetivamente (Lovibond & Lovibond, 1995). Na versão portuguesa, os coeficientes alfa de Cronbach obtidos foram de .74, .85 e .81 para as subescalas de Ansiedade, Depressão e Stress, respetivamente, indicando igualmente uma boa fiabilidade (Pais-Ribeiro et al., 2004). No presente estudo, a pontuação total foi calculada pela média das pontuações dos itens da subescala Sintomatologia ansiosa e da média das pontuações dos itens da subescala Sintomatologia depressiva. Pontuações mais elevadas em cada subescala indicam níveis mais elevado de sintomatologia ansiosa e de sintomatologia depressiva.

## Análise de Dados

Após a recolha dos dados, as respostas foram exportadas para o programa de análise estatística IBM SPSS Statistics, versão 29, onde foi criada a base de dados e realizada a análise quantitativa.

Inicialmente, avaliou-se a consistência interna das escalas aplicadas, através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), de modo a assegurar a fiabilidade dos instrumentos. Foram também conduzidas estatísticas descritivas (médias, desvios-padrão, valores mínimo e máximo, frequências absolutas e relativas), com o objetivo de caracterizar a amostra em termos sociodemográficos e clínicos.

Posteriormente, calcularam-se correlações de Pearson entre as variáveis principais do estudo (perfeccionismo, autocriticismo, sintomatologia ansiosa, sintomatologia depressiva e idade), de forma a examinar associações preliminares. Os tamanhos de efeito foram interpretados segundo os critérios de Cohen (1992): pequeno ( $r \geq .10$ ), médio ( $r \geq .30$ ) e grande ( $r \geq .50$ ).

Dado que a sintomatologia ansiosa e depressiva encontram-se correlacionadas e partilham fundamentos teóricos comuns, recorreu-se a uma Análise de Variância Multivariada (MANOVA) para examinar o efeito do sexo (masculino vs. feminino) em ambas as variáveis dependentes em simultâneo. O  $\eta^2$  parcial foi reportado como medida do tamanho do efeito, sendo interpretado como pequeno ( $\eta^2 \geq .01$ ), médio ( $\eta^2 \geq .06$ ) ou grande ( $\eta^2 \geq .14$ ) (Cohen, 1992).

Por fim, realizaram-se análises de regressão múltipla hierárquica, com o objetivo de avaliar o contributo do perfeccionismo e do autocriticismo na predição da sintomatologia ansiosa e depressiva, controlando o efeito da idade. No primeiro bloco foi incluída a variável idade, e no segundo bloco as variáveis independentes (perfeccionismo e autocriticismo). O tamanho do efeito foi avaliado através de  $f^2$ , considerando-se pequeno ( $f^2 \geq .02$ ), médio ( $f^2 \geq .15$ ) e grande ( $f^2 \geq .35$ ; Cohen, 1992). O nível de significância adotado foi  $p < .05$  para todas as análises.

# RESULTADOS

## Análises preliminares

A Tabela 2 apresenta as médias, desvios-padrão, valores mínimo e máximo, alfas de Cronbach e correlações de Pearson entre as variáveis do estudo. Verificaram-se correlações estatisticamente significativas entre diversas variáveis. O perfeccionismo revelou correlações positivas e moderadas com a sintomatologia ansiosa ( $r = .40, p < .001$ ) e com a sintomatologia depressiva ( $r = .43, p < .001$ ), sugerindo que níveis mais elevados de perfeccionismo estão associados a níveis mais elevados de sintomas psicopatológicos. Além disso, foi observada uma correlação forte e positiva entre o perfeccionismo e o autocrítico ( $r = .65, p < .001$ ), indicando uma relação estreita entre estas dimensões.

No que se refere ao autocrítico, observaram-se correlações positivas e fortes com a sintomatologia ansiosa ( $r = .61, p < .001$ ) e com a sintomatologia depressiva ( $r = .67, p < .001$ ), demonstrando que níveis mais elevados de autocrítico estão fortemente associados a maiores níveis de sintomatologia psicopatológica.

Relativamente à idade, verificaram-se correlações negativas com o perfeccionismo ( $r = -.19, p < .001$ ), com a sintomatologia ansiosa ( $r = -.16, p < .001$ ), com a sintomatologia depressiva ( $r = -.17, p < .001$ ) e com o autocrítico ( $r = -.26, p < .001$ ), sugerindo que participantes mais jovens tendem a apresentar níveis mais elevados de perfeccionismo, autocrítico e sintomatologia ansiosa e depressiva.

**Tabela 2***Estatísticas Descritivas e Correlações entre as Variáveis do Estudo*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min/Max	$\alpha$	1	2	3	4	5
1.Perfeccionismo	2.55	0.58	1.17-4.59	.91	---				
2.Autocriticismo	1.05	0.76	0.00-3.64	.92	.65***	--			
3.Sintomatologia ansiosa	.63	0.73	0.00-3.00	.92	.40***	.61***	--		
4.Sintomatologia depressiva	0.68	0.75	0.00-3.00	.93	.43***	.67***		--	
5.Idade	31.97	9.57	18-55	---	-.19***	-.26***	.88***	-.16***	-.17***

*Nota.* *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *Min* = mínimo; *Max* = máximo;  $\alpha$ . = alfa de Cronbach.

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

Realizou-se uma análise de variância multivariada, a MANOVA, com o objetivo de analisar as diferenças na sintomatologia ansiosa e depressiva em função do sexo (masculino vs. feminino). Tal como se pode observar na tabela 3, o resultado mostra que existe um efeito multivariado significativo do sexo na sintomatologia ansiosa e depressiva, variáveis Traço de Pillai = .024,  $F(2, 445) = 5.458$ ,  $p = .005$ ,  $\eta^2 = .024$ , indicando a existência de diferenças globais entre homens e mulheres ao nível da sintomatologia psicopatológica. Relativamente ao sexo, não foi encontrado efeito principal significativo na sintomatologia ansiosa,  $F(1,446) = 2.833$ ,  $p = .093$  e na sintomatologia depressiva,  $F(1,446) = .023$ ,  $p = .879$ .

## **Análises de regressão múltiplas hierárquicas**

Procedeu-se a duas análises de regressão múltipla hierárquica com o objetivo de explorar o contributo do autocrítico e do perfeccionismo na predição da sintomatologia ansiosa e depressiva controlando o efeito da idade dos participantes. Em ambas as análises, a variável idade foi introduzida no primeiro bloco como variável de controlo, sendo o autocrítico e o perfeccionismo introduzidos no segundo bloco como variáveis preditoras. Os coeficientes de regressão correspondentes encontram-se sintetizados na Tabela 3.

### ***Predição da Sintomatologia Ansiosa***

Na primeira regressão hierárquica, que teve como variável dependente a sintomatologia ansiosa, o primeiro bloco, que incluiu apenas a idade, revelou-se estatisticamente significativo, explicando 2,5% da variância da ansiedade ( $R^2$  ajustado = .023;  $F(1, 447) = 11.33$ ,  $p < .001$ ). A idade apresentou um efeito negativo significativo ( $\beta = -.157$ ,  $p < .001$ ). No segundo modelo, com a introdução do autocrítico e do perfeccionismo, observou-se um aumento expressivo da variância explicada, passando para 37% ( $R^2$  ajustado = .370;  $\Delta R^2 = .346$ ;  $F(2, 446) = 131.10$ ,  $p < .001$ ). O autocrítico revelou-se o preditor mais forte da sintomatologia ansiosa ( $\beta = .608$ ,  $p < .001$ ), explicando uma proporção substancial da variância total. A idade manteve-se como preditor significativo, embora com um contributo mais modesto ( $\beta = -.157$ ,  $p < .001$ ).

### ***Predição da Sintomatologia Depressiva***

Na segunda regressão hierárquica, com a sintomatologia depressiva como variável dependente, o modelo inicial com a variável idade revelou-se estatisticamente significativo,

explicando 3% da variância ( $R^2$  ajustado = .030;  $F(1, 447) = 13.73, p < .001$ ), com a idade a apresentar um efeito negativo significativo ( $\beta = -.173, p < .001$ ). Com a introdução do autocrítico e do perfeccionismo no segundo bloco, observou-se um aumento expressivo da variância explicada, que passou para 44.2% ( $R^2$  ajustado = .442;  $\Delta R^2 = .412$ ;  $F(2, 446) = 176.70, p < .001$ ). O autocrítico apresentou o maior contributo para a predição da sintomatologia depressiva ( $\beta = .664, p < .001$ ), demonstrando ser um preditor robusto. A idade, embora significativa no primeiro modelo, deixou de o ser no segundo ( $\beta = -.002, p = .996$ ), sugerindo que o seu efeito é residual quando o autocrítico é controlado.

**Tabela 3**

*Regressões Hierárquicas para a Predição da Sintomatologia Ansiosa e da Sintomatologia Depressiva*

Step	Variável	Variável Dependente: Sintomatologia ansiosa						Variável Dependente: Sintomatologia depressiva					
		R <sup>2</sup> ajustado	B	SE	β	t	p	R <sup>2</sup> ajustado	B	SE	β	t	p
1	Idade	.023	-.012	.004	-.157	-3.366	<.001	.028	-.013	.004	-.173	-3.706	<.001
2	Autocriticismo	.366	.580	.048	.603	11.992	<.001	.438	.657	.046	.669	14.136	<.001
	Perfeccionismo	---	.010	.063	.008	.160	.873	---	-.010	.060	-.007	-.159	.874

Nota. = R<sup>2</sup> ajustado = coeficiente de determinação ajustado; B = coeficiente não padronizado; SE = erro padrão; β = coeficiente padronizado (beta).

## DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo investigar o papel do perfeccionismo e do autocrítico na predição da sintomatologia ansiosa e depressiva numa amostra de adultos da população geral. A literatura tem evidenciado uma forte ligação entre estas variáveis, sugerindo que tanto o perfeccionismo mal-adaptativo como o autocrítico podem funcionar como fatores de vulnerabilidade para diversas perturbações psicológicas, nomeadamente ansiedade e depressão (Limburg et al., 2017). Com base nesta evidência, foi formulada a hipótese de que ambas as variáveis estariam associadas de forma positiva e significativa a sintomatologia ansiosa e depressiva. Os resultados foram ao encontro das hipóteses formuladas, ou seja, o perfeccionismo e o autocrítico estavam associados de forma positiva à sintomatologia ansiosa. Além disso, os resultados mostraram que quando a variável da idade e do autocrítico foram controlados, o perfeccionismo perdeu significância na explicação quer da sintomatologia ansiosa, quer depressiva.

No que diz respeito à sintomatologia ansiosa, os resultados apontaram o autocrítico e a idade como o principal preditor significativo. Esta associação encontra suporte na literatura, que demonstra que indivíduos com níveis mais elevados de autocrítico tendem a antecipar cenários de falha, sentir maior pressão face a exigências internas e externas e experienciar medo de não corresponder às expectativas, o que contribui para níveis elevados de preocupação, evitamento e hipervigilância (Dunkley et al., 2006b; Gilbert, 2009). Estas características estão intrinsecamente ligadas ao funcionamento ansioso, em que a antecipação de ameaças internas ou externas constitui um processo central (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Apesar de o perfeccionismo estar classicamente associado à sintomatologia ansiosa, os resultados do presente estudo indicaram que o seu efeito direto se tornou irrelevante quando o autocrítico e a idade foram considerados. Estes resultados vão ao encontro da meta-análise de Smith et al. (2017), que analisou 11 estudos longitudinais realizados maioritariamente com amostras de jovens adultos. Os autores verificaram que uma associação de pequena magnitude entre o perfeccionismo e a sintomatologia ansiosa. No mesmo sentido, Powers et al. (2011), num estudo realizado com estudantes universitários canadianos, demonstraram que o autocrítico exerceu um papel mediador parcial na relação entre perfeccionismo e sofrimento psicológico, atenuando mas não eliminando a associação direta entre estas variáveis.

Em conformidade com a literatura (Sherry et al., 2014), os resultados sugerem o papel preponderante do autocrítico como preditor positivo significativo da sintomatologia depressiva. Esta associação tem sido amplamente sustentada pelo *Self-Critical Perfectionism Vulnerability Model* (modelo de vulnerabilidade do perfeccionismo autocrítico), que postula que o autocrítico constitui um traço de personalidade estável que aumenta o risco de desenvolvimento de depressão em resposta a experiências de falha, rejeição ou frustração (Blatt, 2004). O presente estudo reforça esta perspectiva, evidenciando que o autocrítico está associado a um padrão cognitivo marcado por sentimentos de inferioridade, ruminação, desespero e autodepreciação todos eles elementos centrais da sintomatologia depressiva (Blatt & Zuroff, 1992; Whelton & Greenberg, 2005). Estes resultados estão em consonância com a meta-síntese qualitativa de Egan et al. (2021), que identificou o autocrítico como uma experiência emocional transversal nos indivíduos com perfeccionismo.

Apesar de o perfeccionismo estar classicamente associado à sintomatologia depressiva, os resultados do presente estudo indicaram que o seu efeito direto se tornou irrelevante quando o autocrítico e a idade foram considerados. Esta constatação é coerente com as conclusões da meta-análise de Limburg et al. (2017), que evidenciaram que o perfeccionismo está moderadamente associado à sintomatologia depressiva. Uma possível explicação para este resultado poderá residir no facto de tal associação poder ser, em parte, explicada por variáveis cognitivas adicionais, como o autocrítico, o que sugere que a mediação tende a ser sobretudo parcial. Além disso, importa salientar o papel da idade. Os resultados evidenciaram que os participantes mais jovens apresentaram níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, efeito que deixou de ser significativo quando o autocrítico foi introduzido no modelo. Este resultado sugere que a idade poderá influenciar a vulnerabilidade à depressão de forma indireta, através de processos cognitivos desadaptativos como o autocrítico. Estudos prévios têm demonstrado que os adultos mais jovens tendem a manifestar maior autocrítico e padrões de perfeccionismo mal-adaptativo (Castilho et al., 2013; Stoeber & Rambow, 2006), o que poderá explicar a maior intensidade de sintomas depressivos nesta faixa etária. Por outro lado, com o avançar da idade, observa-se frequentemente um declínio da sintomatologia ansiosa e depressiva (Van de Velde et al., 2010), possivelmente associado a uma maior maturidade emocional e a recursos de coping mais adaptativos. No que se refere às diferenças entre homens e mulheres, os resultados do presente estudo não revelaram diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia ansiosa e depressiva. Este resultado contrasta com a literatura que tem documentado níveis mais elevados de sintomas depressivos e ansiosos no sexo feminino (e.g., Salk et al., 2017; Gao et al., 2019). Uma possível explicação poderá

residir nas características da amostra estudada, composta maioritariamente por jovens adultos não clínicos, o que poderá ter atenuado diferenças de género habitualmente observadas em estudos epidemiológicos de maior escala. Outra hipótese é que variáveis cognitivas como o autocrítico, mais centrais neste estudo, exerçam um papel mediador que reduz o impacto direto do sexo na explicação da sintomatologia psicológica.

Assim, parece adequado concluir que, mesmo considerando variáveis como o perfeccionismo e a idade, o autocrítico emerge como um mecanismo central na génese e manutenção da sintomatologia ansiosa e depressiva.

## **Limitações e Pesquisas futuras**

Apesar do contributo do presente estudo, é importante reconhecer algumas limitações que condicionam a interpretação dos resultados e que apontam direções úteis para futuras investigações.

Em primeiro lugar, importa referir que se trata de uma amostra portuguesa, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras culturas. Investigações conduzidas em contextos culturais distintos poderão contribuir para clarificar a extensão da aplicabilidade destes resultados.

Em segundo lugar, o desenho transversal do estudo não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis analisadas. Embora a literatura aponte que o perfeccionismo constitui um traço relativamente estável da personalidade (Enns et al., 2001; Hill et al., 1997) são necessários mais estudos que testem a direção das relações entre perfeccionismo, autocrítico e sintomatologia ansiosa e depressiva ao longo do tempo. Uma possível explicação, apoiada em trabalhos longitudinais, é que o perfeccionismo anteceda o autocrítico, funcionando como um fator de risco inicial que, ao ser internalizado, potencia níveis elevados de autodepreciação e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade para sintomas de ansiedade e depressão (Dunkley et al., 2006; Powers et al., 2011). Futuros trabalhos poderão, assim, beneficiar do recurso a desenhos longitudinais, que possibilitem compreender de forma mais aprofundada as vias causais e explorar potenciais variáveis moderadoras, como a vinculação, a regulação emocional ou o suporte social.

Em terceiro lugar, a utilização exclusiva de instrumentos de autorresposta poderá introduzir enviesamentos associados a fatores como a desejabilidade social, a autoconsciência ou a tendência para respostas extremas.

Em quarto lugar, apesar de os instrumentos utilizados apresentarem propriedades psicométricas adequadas e serem amplamente validados na investigação psicológica, a ausência de medidas complementares (e.g., heteroavaliação,) limita a possibilidade de uma avaliação mais abrangente e multimétodo dos construtos em estudo.

Em quinto lugar, o recrutamento por conveniência, realizado sobretudo através de plataformas digitais, pode ter introduzido viés de seleção, favorecendo a participação de pessoas mais interessadas ou familiarizadas com temáticas da saúde mental.

Em sexto lugar, a composição da amostra, embora numerosa, caracterizou-se por incluir maioritariamente jovens adultos ( $M = 31.97$ ;  $DP = 9.57$ ), participantes com escolaridade de nível superior (56.35%;  $n = 253$ ) e, na sua maioria, sem diagnóstico clínico reportado (88.20%;  $n = 396$ ). Esta característica limita a generalização dos resultados para populações clínicas ou para indivíduos com perfis sociodemográficos distintos.

Para além destas limitações, futuros estudos poderão ainda explorar modelos de mediação e moderação que permitam clarificar os mecanismos subjacentes às relações entre perfeccionismo, autocrítica e sintomatologia psicológica. Apesar das limitações apresentadas, o presente estudo evidencia algumas forças relevantes, como a dimensão da amostra comunitária e a utilização de instrumentos com boas qualidades psicométricas. Estes aspetos reforçam o contributo científico do trabalho e constituem a base para as implicações clínicas.

## **Implicações para a prática clínica**

Os resultados do presente estudo evidenciam que tanto a idade como o autocrítica tiveram um papel relevante na explicação da sintomatologia ansiosa e depressiva. A idade mostrou-se associada a níveis mais elevados de sintomatologia nos participantes mais jovens, o que reforça a vulnerabilidade desta faixa etária. No entanto, trata-se de uma variável não modificável, funcionando sobretudo como um marcador de risco. Já o autocrítica revelou-se o preditor mais robusto e, sendo um processo psicológico modificável, constitui um alvo privilegiado para a intervenção clínica. A sua redução poderá mitigar os efeitos negativos do perfeccionismo e contribuir para a diminuição da sintomatologia psicológica.

Neste enquadramento, destacam-se as terapias de terceira geração, como a Terapia Focada na Compaixão, que tem demonstrado eficácia na redução do autocrítica, da vergonha e da autodepreciação, promovendo simultaneamente sentimentos de aceitação e autorregulação emocional (Gilbert & Procter, 2006; Matos et al., 2017). Esta abordagem procura desenvolver uma atitude interna mais compassiva, substituindo a voz autocrítica por uma relação de maior cuidado e suporte interno (Gilbert, 2010). De forma complementar, a literatura recente tem sublinhado o papel protetor da autocompaixão na saúde mental, evidenciando que níveis mais elevados desta variável se associam a menor sintomatologia

ansiosa e depressiva e a maior bem-estar psicológico (Werner et al., 2011; Zessin et al., 2015).

Com base nestes resultados, torna-se pertinente direcionar a prática clínica para a redução do autocrítico, promovendo simultaneamente competências de autocompaixão e resiliência emocional. Para além do contexto clínico, a evidência de que os participantes mais jovens apresentaram níveis mais elevados de sintomas reforça a relevância de investir em programas preventivos junto de populações não clínicas, nomeadamente jovens adultos em idade académica ou de início de carreira. Estas intervenções podem contribuir não só para a diminuição da sintomatologia psicológica, mas também para o fortalecimento de recursos adaptativos, como a regulação emocional e a autoaceitação, potenciando o bem-estar psicológico a longo prazo.

## CONCLUSÃO

O presente estudo teve como principal objetivo explorar o contributo do perfeccionismo e do autocrítico na predição da sintomatologia ansiosa e depressiva numa amostra de adultos da população geral. Os resultados confirmaram que o autocrítico constituiu o preditor mais robusto de ambas as sintomatologias, enquanto o perfeccionismo perdeu significância explicativa quando considerado em simultâneo com o autocrítico e a idade. Estes dados sugerem que o impacto do perfeccionismo poderá ocorrer, em grande medida, de forma indireta, através de mecanismos autocríticos, em consonância com investigações que apontam o autocrítico como variável mediadora entre o perfeccionismo e a psicopatologia (Dunkley et al., 2006b; Powers et al., 2011).

Para além da relevância teórica, estes resultados têm implicações práticas importantes. A identificação do autocrítico como variável-chave poderá contribuir para a definição de intervenções psicológicas mais eficazes, centradas na modificação do diálogo interno crítico e no reforço de estratégias de autorregulação emocional mais adaptativas. Neste contexto, terapias de terceira geração, como a Terapia Focada na Compaixão poderá ser particularmente pertinente, por atuarem na redução da autocrítica e no desenvolvimento de recursos de autocompaixão potenciando assim o bem-estar e a prevenção da psicopatologia (Gilbert & Procter, 2006; Hayes et al., 2012; Matos et al., 2017).

## REFERÊNCIAS

- Amaral, A. P. M., Soares, M. J., Pereira, A. T., Bos, S. C., Marques, M., Valente, J., Nogueira, V., Azevedo, M. H., & Macedo, A. (2013). Frost Multidimensional Perfectionism Scale: The Portuguese version. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 40(4), 144-149. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832013000400004>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Author. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Athulya, J., Sudhir, P. M., & Philip, M. (2016). Procrastination, perfectionism, coping and their relation to distress and self-esteem in college students. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 42(1), 82–91. [https://www.researchgate.net/publication/318090696\\_Procrastination\\_perfectionism\\_coping\\_and\\_their\\_relation\\_to\\_distress\\_and\\_self-esteem\\_in\\_college\\_student](https://www.researchgate.net/publication/318090696_Procrastination_perfectionism_coping_and_their_relation_to_distress_and_self-esteem_in_college_student)
- Ayuso-Mateos, J. L., Nuevo, R., Verdes, E., Naidoo, N., & Chatterji, S. (2010). From depressive symptoms to depressive disorders: The relevance of thresholds. *The British Journal of Psychiatry*, 196(5), 365–371. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.071191>
- Baião, R., Gilbert, P., McEwan, K., & Carvalho, S. (2014). Forms of Self-Criticising/Attacking & Self-Reassuring Scale: Psychometric properties and normative study. *Psychology and Psychotherapy Theory Research and Practice*, 88(4), 438–452. <https://doi.org/10.1111/papt.12049>
- Bardone-Cone, A. M., Lin, S. L., & Butler, R. M. (2016). Perfectionism and contingent Self-Worth in relation to disordered eating and anxiety. *Behavior Therapy*, 48(3), 380–390. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.05.006>
- Benson-Martin, J., Stein, D., & Hollander, E. (2009). Anxiety disorders. In *Elsevier eBooks* (pp. 493–497). <https://doi.org/10.1016/b978-008045046-9.00376-4>

- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12(5), 527–562. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90070-o](https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90070-o)
- Blatt, S. J. (2004). Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives. In *American Psychological Association eBooks*. <https://doi.org/10.1037/10749-000>
- Callaghan, T., Greene, D., Shafran, R., Lunn, J., & Egan, S. J. (2023). The relationships between perfectionism and symptoms of depression, anxiety and obsessive-compulsive disorder in adults: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 53(2), 121–132. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2277121>
- Castilho, P., & Gouveia, J. P. (2011). Auto-criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Psychologica*, (54), 63–86. [https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_54\\_3](https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_3)
- Castilho, P., Gouveia, J. P., & Bento, E. (2010). Auto-criticismo, vergonha interna e dissociação: a sua contribuição para a patoplastia do auto-dano em adolescentes. *Psychologica*, 52(3), 331–359. [https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_52-2\\_14](https://doi.org/10.14195/1647-8606_52-2_14)
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2013). Exploring Self-criticism: Confirmatory factor analysis of the FSCRS in clinical and nonclinical samples. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(2), 153–164. <https://doi.org/10.1002/cpp.1881>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Zuroff, D. C., Lecce, S., & Hui, D. (2006a). Self-critical and personal standards factors of perfectionism located within the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 40(3), 409–420. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.07.020>

- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2006b). Specific perfectionism components versus self-criticism in predicting maladjustment. *Personality and Individual Differences, 40*(4), 665–676. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.08.008>
- Egan, S. J., Wade, T. D., Fitzallen, G., O'Brien, A., & Shafran, R. (2021). A meta-synthesis of qualitative studies of the link between anxiety, depression and perfectionism: implications for treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 50*(1), 89–105. <https://doi.org/10.1017/s1352465821000357>
- 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. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2001.01044.x>
- Frost, R., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*(5), 449–468. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01172967>
- Gao, W., Ping, S., & Liu, X. (2019). Gender differences in depression, anxiety, and stress among college students: A longitudinal study from China. *Journal of Affective Disorders, 263*, 292–300. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.121>
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 3–38). Oxford University Press.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology, 43*(1), 31–50. <https://doi.org/10.1348/014466504772812959>
- Gilbert, P., Durrant, R., & McEwan, K. (2006). Investigating relationships between perfectionism, forms and functions of self-criticism, and sensitivity to put-down. *Personality and Individual Differences, 41*(7), 1299–1308.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.05.004>

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353–379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>

Gilbert, P. (2009). *Introducing compassion-focused therapy*. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199–208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>

Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive Features*. Routledge. [https://www.routledge.com/Compassion-Focused-Therapy-Distinctive-Features/Gilbert/p/book/9780415448079?srsId=AfmBOoqWbmilL7IPB9gijmdAYbetzcSVgkru6KnsilAGUY7L4fW\\_IXvM](https://www.routledge.com/Compassion-Focused-Therapy-Distinctive-Features/Gilbert/p/book/9780415448079?srsId=AfmBOoqWbmilL7IPB9gijmdAYbetzcSVgkru6KnsilAGUY7L4fW_IXvM)

Halamová, J., Kanovský, M., Gilbert, P., Troop, N. A., Zuroff, D. C., Hermanto, N., Petrocchi, N., Sommers-Spijkerman, M., Kirby, J. N., Shahar, B., Krieger, T., Matos, M., Asano, K., Yu, F., Basran, J., & Kupeli, N. (2018). The factor structure of the Forms of Self-Criticising/Attacking & Self-Reassuring Scale in thirteen distinct populations. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 40(4), 736–751. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9686-2>

Hamedani, K. H., Amani, R., & Vassel, M. Y. (2023). The effectiveness of enhanced cognitive-behavioral group therapy on negative perfectionism, self-criticism, and self-compassion. *International Journal of Cognitive Therapy*, 16, 375–389. <https://doi.org/10.1007/s41811-023-00167-z>

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>

- Hill, R. W., McIntire, K., & Bacharach, V. R. (1997). Perfectionism and the big five factors. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12, 257–270. [https://www.researchgate.net/publication/232475470\\_Perfectionism\\_and\\_the\\_Big\\_Five\\_Factors](https://www.researchgate.net/publication/232475470_Perfectionism_and_the_Big_Five_Factors)
- Kállay, É., & Mihoc, A. R. (2021). Exploring age and gender differences in narcissism and perfectionism and their Mental-Health correlates. *Studia Universitatis Babeş-Bolyai Psychologia-Paedagogia*, 66(1), 5–36. <https://doi.org/10.24193/subbpsyped.2021.1.01>
- Kamushadze, T., Martskvishvili, K., Mestvirishvili, M., & Odilavadze, M. (2021). Does perfectionism lead to well-being? The role of flow and personality traits. *Europe's Journal of Psychology*, 17(2), 43–57. <https://doi.org/10.5964/ejop.1987>
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). *The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis*. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301–1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Macedo, A., Marques, M., & Pereira, A. T. (2014). Perfectionism and psychological distress: a review of the cognitive factors. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*, 1, 6. <https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2014.1.6>
- Matos, M., Duarte, C., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., Petrocchi, N., Basran, J., & Gilbert, P. (2017). Psychological and Physiological Effects of Compassionate Mind Training: a Pilot Randomised Controlled Study. *Mindfulness*, 8(6), 1699–1712. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0745-7>

- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239.
- Powers, T. A., Koestner, R., & Topciu, R. A. (2011). The effects of self-criticism and self-oriented perfectionism on goal pursuit. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 212–217. DOI: [10.1177/0146167211410246](https://doi.org/10.1177/0146167211410246)
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783–822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773–791. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00059-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00059-6)
- Sherry, S. B., Richards, J. E., Sherry, D. L., & Stewart, S. H. (2014). Self-critical perfectionism is a vulnerability factor for depression but not anxiety: A 12-month, 3-wave longitudinal study. *Journal of Research in Personality*, 52, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2014.05.004>
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)* [Tese de doutoramento não publicada]. Universidade de Coimbra.
- Smith, M. M., Vidovic, V., Sherry, S. B., Stewart, S. H., & Saklofske, D. H. (2017). Are perfectionism dimensions risk factors for anxiety symptoms? A meta-analysis of 11 longitudinal studies. *Anxiety Stress & Coping*, 31(1), 4–20. <https://doi.org/10.1080/10615806.2017.1384466>
- Stoeber, J., & Rambow, A. (2006). Perfectionism in adolescent school students: Relations with motivation, achievement, and well-being. *Personality and Individual Differences*, 42(7), 1379–1389. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.10.015>

- Tobin, R., & Dunkley, D. M. (2020). Self-critical perfectionism and lower mindfulness and self-compassion predict anxious and depressive symptoms over two years. *Behaviour Research and Therapy*, 136, 103780. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103780>
- Van De Velde, S., Bracke, P., & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, 71(2), 305–313. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.035>
- Veilleux, J. C., Clift, J. B., Brott, K. H., Warner, E. A., Schreiber, R. E., Henderson, H. M., & Shelton, D. K. (2024). “I’m so dumb and worthless right now”: Factors associated with heightened momentary self-criticism in daily life. *Cognition & Emotion*, 38(4), 492–507. <https://doi.org/10.1080/02699931.2024.2305400>
- Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2011). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety Stress & Coping*, 25(5), 543–558. <https://doi.org/10.1080/10615806.2011.608842>
- Whelton, W. J., & Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1583–1595. <https://doi.org/fdtxvb>
- Xiong, Z., Liu, C., Song, M., & Ma, X. (2024). The relationship between maladaptive perfectionism and anxiety in first-year undergraduate students: A moderated mediation model. *Behavioral Sciences*, 14(8), 628. <https://doi.org/10.3390/bs14080628>
- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. *Applied Psychology Health and Well-Being*, 7(3), 340–364. <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>





UNIVERSIDADE  
PORTUGALENSE

[upt.pt](http://upt.pt)



### Declaração de Autorização de Depósito no Repositório Institucional

Nome: Raquel Sofia Faria Campos

Telf./Telm.: 913160951 Nº. do B.I./C.C.: 15495203

Correio eletrónico: camposraquel634@gmail.com

Mestrado em: Psicologia Clínica e da Saúde

Doutoramento em: \_\_\_\_\_

Título da Dissertação/Trabalho de Projeto/Relatório de Estágio/Tese (Riscar o que não interessa): ○

papel do perfeccionismo e do autocríticismo  
na sintomatologia ansiosa e depressiva

Orientador(es): Professora Doutora Susana Santos

Declaro, para os devidos efeitos, que concedo gratuitamente à Universidade Portucalense Infante D. Henrique, para além da livre utilização do título e do resumo por mim disponibilizados, autorização para arquivar e tornar acessível aos interessados, nomeadamente através do seu Repositório Institucional, o trabalho supra identificado, de acordo com o seguinte estatuto (assinalar apenas uma opção):

- Disponibilização imediata do texto integral para acesso mundial.
- Disponibilização do texto integral após um período de embargo de  1 ano  2 anos  3 anos após o qual autorizo o seu acesso mundial.
- Disponibilização apenas da informação bibliográfica do trabalho (autor, título e resumo, entre outros).

Mais declaro que a subscrição da presente declaração não implica a renúncia à titularidade dos direitos de autor, os quais são pertença do subscritor desta declaração, nem ao direito de usar a obra em trabalhos futuros.

Porto, 10 de Setembro de 2025

Assinatura: Raquel Campos