



UC/FPCE\_2012

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Validação da escala de Auto-apresentação  
Perfeccionista da Imagem Corporal**

Catarina Alexandra Jesus Lopes (cxanajlopes@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia na subárea de especialização  
em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações  
Psicológicas da Saúde sob a orientação da Professora Doutora Cláudia  
Ferreira.

Coordenador de Investigação: Professor Doutor José Pinto Gouveia

## **Validação da escala Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal**

Este estudo visa validar uma escala de auto-resposta que avalia a dimensão interpessoal do perfeccionismo – a auto-apresentação perfeccionista – aplicada à imagem corporal – APIC (Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal). Foi realizada uma Análise Factorial dos componentes principais demonstrando uma estrutura constituída por dois factores que explicam 56.85% da variância. Posteriormente uma Análise Factorial Confirmatória, realizada numa outra amostra de sujeitos da população geral, através do método da estimativa do tipo máxima verossimilhança corroborou a estrutura bifactorial: auto-promoção perfeccionista e ocultação das imperfeições.

As características psicométricas desta escala foram estudadas numa amostra da população geral, constituída por 401 sujeitos (194 sujeitos do género masculino e 207 do género feminino) com idades compreendidas entre os 13 e os 38 anos. A escala revelou valores elevados de consistência interna (.93), e correlações item-total moderadas a altas. A validade de constructo foi comprovada através da análise de correlações com medidas de flexibilidade ou aceitação da imagem corporal, perfeccionismo, vulnerabilidade à patologia alimentar e sintomatologia depressiva, ansiosa e *stress*.

Os resultados dos estudos psicométricos permitiram verificar que a APIC apresenta muito boa consistência interna, boa validade de constructo (validade convergente e divergente), e uma boa estabilidade temporal.

**Palavras-chave:** auto-apresentação perfeccionista, imagem corporal, validação

### **Validation of the questionnaire Perfectionistic Self-Presentation of body image**

This study aims to validate a self-report measure that assesses the interpersonal dimension of perfectionism – perfectionistic self-presentation – applied to body image – APIC (Perfectionistic self-presentation of body image). A principal-components factor analysis was conducted showing a two-factor solution which accounts for 56.85% of the variance. After a Confirmatory Factor Analysis was conducted in a different sample of general population used Maximum Likelihood Estimation which confirmed the bifactorial structure: perfectionistic self-promotion and nondisplay of imperfection.

The psychometric properties of APIC were examined in a sample of general population composed of 401 participants (194 males and 207 females) with 13 to 38 years-old. This scale presents high internal consistency (.93) and item-total correlation moderate to high. Construct validity was assessed by correlations with flexibility or acceptance relatively to body image, perfectionism, vulnerability to eating disorders and

depressive, anxiety and *stress* symptomatology. Results of psychometric studies allowed verifying that APIC presents a very good internal consistency, good construct validity (convergent and divergent validity) and a good temporal stability.

**Key-Words:** perfectionistic self-presentation, body image, validation

## **Agradecimentos**

Ao pai e à mãe por estarem sempre disponíveis e por me apoiarem em todos os momentos;

À Tia Lola e a Avó Maria por todos os miminhos e apoio;

Ao Pedro que esteve sempre do meu lado ao longo deste percurso encorajando-me e ajudando-me a ver as coisas de uma forma mais clara;

À Luísa, Dulce e Lisandra por todo o apoio, ajuda e partilha ao longo deste ano;

À Sofia que caminhou lado a lado comigo durante este ano apoiando-me nos momentos mais difíceis e dando-me a coragem necessária;

À Tanii que apesar da distância ter sido maior este ano esteve sempre do meu lado;

À Sarocas que apesar de estar a uma distância ainda maior continua do meu lado sempre que eu preciso;

À Doutora Ana Correira pela sua preciosa ajuda na elaboração deste trabalho;

À Doutora Cláudia Ferreira por todos os ensinamentos e orientação ao longo deste trabalho;

À Doutora Cristiana Duarte pela valiosa ajuda nas questões mais práticas;

A todas as escolas que se disponibilizaram para ajudar na recolha da amostra;

A todos os participantes deste estudo: amigos, conhecidos e desconhecidos pois sem eles nada disto teria sido possível;

A todos os que de uma forma ou de outra me ajudaram durante a elaboração deste trabalho;

**Obrigada!**

## Índice

Introdução .....	6
I – Enquadramento conceptual.....	7
1.1 - Definição e Evolução do perfeccionismo .....	7
1.2 - Perfeccionismo e Psicopatologia .....	10
1.3 - Auto-apresentação Perfeccionista e psicopatologia.....	12
1.4 - Imagem Corporal .....	15
II - Objectivos .....	18
III - Metodologia.....	19
Participantes .....	19
Instrumentos.....	20
Procedimentos.....	22
Análise Estatística .....	23
IV - Resultados.....	23
4.1 – Análise Factorial Exploratória da APIC.....	23
4.2 - Análise Factorial Confirmatória da estrutura da APIC .....	26
4.3 - Consistência Interna da APIC.....	28
4.4 - Intercorrelações das subescalas da APIC.....	30
4.5 - Validade convergente e divergente da APIC .....	30
4.6 – Diferenças de género.....	32
4.7 - Validade Temporal da APIC.....	33
V - Discussão .....	33
VI - Conclusão .....	36
VII - Bibliografia .....	37
VII - Anexos.....	42

## Introdução

O perfeccionismo tem despertado muito interesse em diversas áreas da psicologia, sendo que uma delas diz respeito às perturbações alimentares. Nessa área, o perfeccionismo tem sido visto como uma característica central uma vez que, este tipo de perturbações tem sido associado ao estabelecimento de padrões excessivos e irrealistas em relação à imagem corporal (e.g. Garner, Olmsted, Polivy & Garfinkel, 1984). Neste sentido, em processos de auto-avaliação é muito frequente os indivíduos com perturbações alimentares apresentarem uma tendência para colocar demasiada importância na forma corporal e no peso (Antony & Swinson, 1998). Mais recentemente, foi identificado um novo componente do perfeccionismo – a auto-apresentação – que tem vindo a ser também relacionado com este tipo de perturbações (Hewitt, Flett, Sherry, Habke, Parkin, Lam, McMurty, Ediger, Stein & Fairlie, 2003; Hewitt, Flett & Ediger, 1995; Cockell, Hewitt, Seal, Sherry, Goldner, Flett & Remick, 2002; McGee, Hewitt, Sherry, Parkin, & Flett, 2005; Slaney, Rice & Ashby, 2002) na medida em que, os indivíduos com perturbações alimentares sentem uma grande necessidade de se apresentarem perfeitos perante os outros e, uma grande preocupação com a forma como os outros os percebem e avaliam. (Striegel-Moore, Silbertein, & Rodin, 1993).

Quando falamos da relação do perfeccionismo com as perturbações alimentares surge a necessidade de explorar outro conceito muito importante – a imagem corporal. O recente aumento da prevalência das perturbações alimentares tem contribuído para o desenvolvimento desse interesse na medida em que, uma percepção irrealista ou perturbada da imagem corporal, consequente das pressões sociais para a magreza, podem estar relacionadas com este tipo de perturbações (Mintz & Betz, 1986). Segundo Strahan, Wilson, Cressman e Buote (2006) essas pressões sociais são especialmente sentidas nas sociedades ocidentais, onde existe um ênfase contínuo na atractividade feminina com um foco na forma corporal magra, passando a mensagem de que a magreza está ligada ao sucesso, ao poder e à felicidade.

Assim, podemos afirmar que o perfeccionismo, nomeadamente a dimensão da auto-apresentação perfeccionista, desempenha um papel muito importante nas perturbações alimentares especialmente quando ligado à imagem corporal. Apesar de já existir uma medida da auto-apresentação geral (PSPS; Hewitt, Flett, Sherry, Habke, Parkin, Lam, McMurty, Ediger, Stein & Fairlie, 2003) surgiu a necessidade de criar medidas para domínios mais específicos (Flett & Hewitt, 2005) e, neste sentido, foi desenvolvida a escala *Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal* (APIC; Ferreira, Pinto-Gouveia & Duarte, 2011) que visa avaliar a necessidade que o indivíduo tem de apresentar uma imagem corporal perfeita perante os outros, promovendo uma aparência física ideal ou perfeita e/ou evitando demonstrar qualquer imperfeição existente ou percebida na sua imagem. Este estudo que tem como objectivo a validação desta escala para a

população portuguesa geral, numa ampla amostra constituída por sujeitos do género masculino e do género feminino.

## I – Enquadramento conceptual

### 1.1 - Definição e Evolução do perfeccionismo

O perfeccionismo tem sido descrito como a exigência, a si mesmo ou aos outros, de um elevado nível de desempenho, superior ao exigido pela situação. Esta exigência é acompanhada de uma tendência de avaliação extremamente crítica do seu próprio comportamento (Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990). De acordo com Hewitt e Flett (1991a) verifica-se ainda que está presente nos indivíduos perfeccionistas uma atenção selectiva e uma sobregeneralização dos fracassos bem como, uma tendência para um pensamento de tudo ou nada onde os resultados só podem ser de total sucesso ou total fracasso.

A investigação em torno deste construto tem crescido exponencialmente nas últimas duas décadas e a sua conceptualização tem sofrido algumas alterações ao longo do tempo. Inicialmente, o perfeccionismo começou por ser conceptualizado numa perspectiva cognitiva unidimensional (Burns, 1983 *citado em* Hewitt & Flett, 1991a), sendo que o foco era colocado apenas nos aspectos intrapessoais do perfeccionismo (e.g. factores cognitivos). Posteriormente, Frost e colaboradores (1990) deram um novo contributo neste estudo do perfeccionismo considerando-o como um constructo multidimensional e desenvolvendo a “*Multidimensional Perfectionism Scale*” que avalia as seis dimensões perfeccionistas: preocupação com os erros, padrões de desempenho elevados, percepção de elevadas expectativas parentais, percepção de elevado criticismo parental, dúvidas acerca da qualidade do desempenho e por fim, organização, ordem e precisão.

De acordo com a conceptualização de Frost e colaboradores (1990), a componente preocupação com os erros consiste numa tendência para interpretar os erros, mesmo que pequenos, como importantes falhas acompanhado de uma propensão para acreditar que se vai perder o respeito dos outros devido a essa falha. Por sua vez, a componente padrões de desempenho elevados corresponde ao estabelecimento por parte do indivíduo de padrões demasiado elevados para si acompanhados por uma importância excessiva colocada nesses mesmos padrões de auto-avaliação. As expectativas parentais dizem respeito à percepção e à crença de que os pais estabelecem padrões extremamente elevados para si. Enquanto o criticismo parental corresponde a lembranças, ou memórias, dos pais como excessivamente críticos face aos seus desempenhos. A dúvida acerca da qualidade do desempenho explora o grau em que a pessoa duvida das suas capacidades para completar determinadas tarefas com satisfação ou sucesso. O último componente – organização, ordem e precisão - tem a ver com a importância e preferência apresentada por estes indivíduos pela ordem e organização.

Através dos estudos realizados, estes autores sugerem que a dimensão

da preocupação acerca dos erros é a mais central quer para o perfeccionismo, quer para outras medidas do perfeccionismo (Frost et al., 1990). Essa dimensão, em conjunto com a dúvida acerca da qualidade de desempenho, são as dimensões mais relacionadas com os sintomas de psicopatologia. Em suma, o perfeccionismo está relacionado com uma grande variedade de sintomas da psicopatologia, sendo que as dimensões mais revelantes para esta relação são a preocupação com os erros e a dúvida acerca da acção (Frost et al., 1990).

Pouco tempo após esta conceptualização, Hewitt e Flett (1991a) contribuíram também, de uma forma decisiva, para a compreensão do perfeccionismo e das dificuldades de adaptação a ele associadas, afirmando que para além da dimensão ligada ao *self*, ou intrapessoal, o perfeccionismo continha componentes interpessoais extremamente importantes. Assim, estes autores descreveram o perfeccionismo como um construto multidimensional composto por três componentes (definidos de acordo com aspectos intra e interpessoais). A dimensão intrapessoal do perfeccionismo incluía o perfeccionismo auto-orientado, e a dimensão interpessoal o perfeccionismo orientado para os outros e o perfeccionismo socialmente prescrito.

O primeiro componente - o perfeccionismo auto-orientado - diz respeito ao estabelecimento de padrões muito exigentes para si próprio e uma posterior auto-avaliação muito rigorosa do seu desempenho. Foi identificado um componente motivacional presente nesta dimensão, evidente nos esforços realizados para alcançar a perfeição (Hewitt & Flett, 1991a).

O perfeccionismo orientado para os outros contempla as crenças e expectativas que o indivíduo possui sobre as capacidades dos outros. Esta dimensão implica a existência de padrões irrealistas para outros significativos, sendo exigido ao outro que atinja os padrões de perfeição neles projectados. Em consequência destas crenças e expectativas é realizada uma avaliação rigorosa do comportamento dos outros. Segundo Hewitt e Flett (1991a), esta dimensão origina culpa, falta de confiança e hostilidade direccionada para os outros.

O perfeccionismo socialmente prescrito está relacionado com a percepção da necessidade de atingir padrões e expectativas estabelecidos por outros significativos. Ou seja, tem a ver com a percepção ou crença de que os outros têm padrões irrealistas para si, que os avaliam de uma forma rigorosa e que os pressionam para serem perfeitos. Estes padrões estabelecidos pelos outros são vistos pelo indivíduo como excessivos e incontroláveis, dando assim origem a várias consequências negativas, como por exemplo, o aparecimento de estados emocionais negativos como a raiva, a ansiedade e a depressão. Estes indivíduos demonstram dar maior importância à obtenção da atenção e apresentam um maior medo da avaliação dos outros procurando evitar a reprovação destes (Hewitt & Flett, 1991a).

Após a identificação e definição dos três principais componentes do perfeccionismo estes autores desenvolveram uma medida global dos mesmos, a “*Multidimensional Perfectionism Scale*” e têm demonstrado através de vários estudos que estas dimensões do perfeccionismo estão

associadas a alguns problemas psicológicos.

Até ao aparecimento do perfeccionismo enquanto constructo multidimensional e, antes do desenvolvimento das *Multidimensional Perfectionism Scale* propostas por Hewitt e Flett (1991) e Frost e colaboradores (1990), o instrumento mais utilizado para medir o perfeccionismo era o *Eating Disorder Inventory* de Garner, Olmsted, & Polivy, (1983) especificamente a subescala de perfeccionismo deste inventário (Bardone-Cone, Wonderlich, Frost, Bulik, Mitchell, Uppala, & Simonich, 2007). Esta é uma subescala multidimensional que mede as duas dimensões do perfeccionismo: a auto dirigida e a social. Assim, metade da escala representa o perfeccionismo auto-orientado e outra metade o perfeccionismo socialmente prescrito identificados por Hewitt e Flett (1991a). Deste modo, esta subescala é uma representação parcial do modelo multidimensional do perfeccionismo sugerido pelos autores anteriormente citados (Sherry, Hewitt, Besser, McGee & Flett, 2003).

Em 2003, Hewitt e colaboradores acrescentam uma nova dimensão ao modelo multidimensional definido e descrito anteriormente (modelo proposto por Hewitt & Flett, 1991a). Depois de encontrarem diferenças individuais ao nível da expressão social do perfeccionismo que poderiam envolver a necessidade de parecer perfeito ou a necessidade de evitar parecer imperfeito aos olhos dos outros, para estes autores surge a relevância de distinguir a necessidade de ser perfeito (perfeccionismo traço) da necessidade de se apresentar ou de parecer perfeito aos olhos dos outros (auto-apresentação perfeccionista). Foi neste sentido que Hewitt e colaboradores (2003) desenvolveram uma escala que visa avaliar estes aspectos, *Perfectionistic Self-Presentation Scale* (PSPS; Hewitt, Flett, Sherry, Habke, Parkin, Lam, McMurty, Ediger, Stein & Fairlie, 2003) e acrescentaram o componente da auto-apresentação perfeccionista ao modelo multidimensional. Desta forma o modelo multidimensional do perfeccionismo passa a contemplar dois componentes distintos do perfeccionismo: o componente traço (ligado à necessidade de ser perfeito) e o componente da auto-apresentação (ligado à necessidade de parecer perfeito). Estes autores focam-se neste último (auto-apresentação) enquanto estilo interpessoal estável que pode ser considerado um componente da personalidade e definem-no como sendo composto por três facetas: auto-promoção perfeccionista, não-revelação das imperfeições e ocultação das imperfeições (Hewitt et al., 2003). Cada uma destas facetas tem como objectivo principal mostrar aos outros uma imagem perfeita, escondendo todos os erros ou fraquezas percebidas, contudo cada uma delas reflecte modos diferentes de atingir esse objectivo (McGee et al., 2005). A auto-promoção perfeccionista envolve a divulgação activa aos outros dos sucessos, das forças e das conquistas pessoais alcançadas, envolvendo vigilância e sensibilidade para a expressão emocional dos outros. Esta forma de se apresentar perante os outros, supostamente, permite ao indivíduo alcançar uma boa reputação e ganhar respeito e admiração dos outros. As duas facetas seguintes são facetas mais protectivas, na medida em que visam esconder as imperfeições. A não-revelação das imperfeições implica uma

resistência em admitir verbalmente as falhas pessoais. Os indivíduos com níveis elevados nesta faceta evitam situações que envolvam admitir ou discutir as falhas de cada um. Por último, a ocultação das imperfeições expressa-se através do evitamento de situações onde o comportamento do indivíduo possa ser alvo de julgamento pelos outros, correndo o risco de serem reveladas aos outros as suas falhas ou imperfeições. Este comportamento tem como objectivo a diminuição da probabilidade de rejeição (Hewitt et al., 2003) contudo, muitas vezes, não é isso que se verifica.

Actualmente é aceite que o perfeccionismo é um constructo multidimensional, e que é importante distinguir as suas várias dimensões quer conceptualmente quer empiricamente (Slaney et al., 2002) na medida em que, através desta conceptualização do perfeccionismo é possível perceber, de acordo com Hewitt e colaboradores (2003) que os perfeccionistas diferem uns dos outros ao nível das dimensões do perfeccionismo (auto-orientado, orientado para os outros e socialmente prescrito) mas também ao nível de parecer perfeito aos olhos dos outros (auto-promoção perfeccionista, não-revelação das imperfeições e ocultação das imperfeições). Assim, a identificação deste componente pode ajudar a perceber melhor as diferenças existentes entre os indivíduos perfeccionistas.

## 1.2 - Perfeccionismo e Psicopatologia

O desejo de melhorar o desempenho e atingir altos padrões de desempenho não é sinónimo de ser perfeccionista. Estabelecer altos padrões de desempenho ajuda o indivíduo a executar as tarefas de uma mais forma eficaz pois, segundo Antony e Swinson (1998) geralmente quando as pessoas não estabelecem altos padrões de desempenho não conseguem dar e atingir o seu máximo.

Assim, o perfeccionismo tem-se revelado um constructo muito complexo e de difícil definição. Ele tem sido caracterizado como um esforço para alcançar padrões pessoais irrealistas, acompanhado por uma tendência para a auto-avaliação muito crítica sempre que esses padrões não são alcançados, envolvendo assim uma preocupação excessiva com os erros e dúvidas acerca da qualidade das realizações pessoais e uma ênfase excessiva na precisão e organização (Hewitt & Flett, 1991a). Para Castro, Gila, Gual, Lahortiga, Saura e Toro (2004) níveis de perfeccionismo demasiado elevados podem conduzir a uma insatisfação consigo mesmo e com os outros.

Têm sido inúmeros os estudos que ligam as duas componentes do perfeccionismo (traço e auto-apresentação) a vários tipos de psicopatologia. No que diz respeito ao perfeccionismo traço, Hewitt e Flett (1991a) consideram que o perfeccionismo auto-orientado está relacionado com o aparecimento de sentimentos como a culpa e o auto-criticismo. Esta dimensão do perfeccionismo tem sido associada à depressão (Hewitt & Flett, 1993), ansiedade e perturbações alimentares, nomeadamente anorexia nervosa (Bulik, Tozzi, Anderson, Mazzeo, Aggen, & Sullivan, 2003; Bastiani, Rao, Weltzin, & Kaye, 1995; Castro et al., 2004; Cockell et al.,

2002; Cockell, Hewitt, Goldner, Srikameswaran e Flett, 1996, *citado em* Cockell et al., 2002) e bulimia nervosa (Bulik et al., 2003; Cockell et al., 1996, *citado em* Cockell et al., 2002). De modo semelhante, também Hewitt e colaboradores (1995) encontraram uma ligação entre comportamentos alimentares inadequados e perfeccionismo auto-orientado.

No estudo realizado por Castro e colaboradores (2004) foram encontrados níveis elevados de perfeccionismo auto-orientado em pacientes com anorexia nervosa comparativamente com os adolescentes da população normal, sendo este, o primeiro estudo a encontrar níveis mais elevados de perfeccionismo auto-orientado nos jovens adolescentes com anorexia nervosa. No que diz respeito ao perfeccionismo socialmente prescrito não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos.

Cockell e colaboradores (1996, *citado em* Cockell et al., 2002) utilizaram o MPS (Hewitt & Flett, 1991a) para examinar os níveis de perfeccionismo traço em mulheres com anorexia e bulimia. Estes autores concluíram que, comparativamente com as mulheres do grupo de controlo, as mulheres com anorexia e bulimia nervosa revelam níveis elevados de perfeccionismo auto-orientado e socialmente prescrito contudo, entre os dois grupos (anorexia e bulimia) não existem diferenças. Perceberam ainda que o perfeccionismo socialmente prescrito está relacionado com comportamentos purgativos.

Relativamente ao perfeccionismo orientado para os outros, este não está associado com a depressão mas sim com outro tipo de psicopatologia: a perturbação da personalidade histriónica, narcísica e antisocial (Hewitt & Flett, 1991b). Hewitt e Flett (1991b) referem também que esta dimensão pode estar relacionada com o aparecimento de sentimentos de culpa, falta de confiança e hostilidade direccionada para os outros.

No que diz respeito ao perfeccionismo socialmente prescrito, este tem sido associado ao aparecimento de estados emocionais negativos como a raiva, a ansiedade e a depressão; a padrões alimentares perturbados, à preocupação com a aparência (Hewitt et al., 1995). Macedo, Soares, Azevedo, Gomes, Pereira, Maia e Pato (2007) associam ainda a dieta, o “ser magro” e o evitamento da imagem corporal a esta dimensão do perfeccionismo. Está ainda associada a diferentes tipos de psicopatologia como a depressão, a ansiedade (Hewitt & Flett, 1991b) e a anorexia nervosa (Cockell et al., 2002).

Cockell e colaboradores (2002) demonstram através de um estudo com mulheres diagnosticadas com anorexia nervosa que estas revelam níveis mais elevados de perfeccionismo auto-orientado e perfeccionismo socialmente prescrito do que as mulheres do grupo de controlo (clínico e não clínico).

Macedo e colaboradores (2007) realizaram o primeiro estudo numa grande amostra não clínica de estudantes portuguesas de ambos os géneros com objectivo de perceber a associação entre perfeccionismo e comportamentos alimentares perturbados. Os resultados obtidos confirmam que níveis elevados de perfeccionismo estão associados, em ambos os géneros, a estes comportamentos alimentares, nomeadamente o

perfeccionismo socialmente prescrito. Isto demonstra a importância que os aspectos interpessoais do perfeccionismo têm nos processos de auto-avaliação. Esta associação pode refletir uma pressão cultural para se conformarem com os ideais irrealistas da imagem corporal. (Macedo et al., 2007).

Através destes estudos é possível perceber que todas as dimensões do perfeccionismo estão associadas a algum tipo de psicopatologia e a mais recente faceta do perfeccionismo, a auto-apresentação perfeccionista, não é exceção. Esta tem sido associada a perturbações alimentares (Hewitt et al., 1995; Cockell et al., 2002; Cockell et al. 1996 *citado em* Cockell et al, 2002; McGee et al., 2005; Slaney et al., 2002), à depressão (Hewitt et al. 2003; Castro et al., 2004) e à ansiedade (Hewitt et al. 2003).

### 1.3 - Auto-apresentação Perfeccionista e psicopatologia

Como referido anteriormente, vários estudos têm associado o perfeccionismo traço com as perturbações alimentares, contudo, vários deles têm também referido que há razões para acreditar que a auto-apresentação perfeccionista tenha um papel igualmente importante neste tipo de perturbações (Hewitt et al., 1995). Nos processos de auto-avaliação, o facto de tanto a anorexia nervosa como a bulimia nervosa estarem associadas a uma tendência para colocar demasiada importância na forma corporal e no peso (Antony & Swinson, 1998), dando muita importância à auto-apresentação (Striegel-Moore et al., 1993) pode ser a explicação dessa relação. Isto é, quando nos focamos no domínio da imagem corporal e no peso, o perfeccionismo constitui um importante factor de risco para comportamentos alimentares perturbados ou até mesmo para as perturbações alimentares (Macedo et al., 2007). Segundo Garner e colaboradores (1984) outros factores importantes no desenvolvimento das perturbações alimentares são as expectativas irrealistas por partes dos pais, extrema sensibilidade face à percepção das expectativas dos outros e a incorporação de ideais sociais de magreza.

As investigações que demonstram a relação entre a auto-apresentação perfeccionista e as perturbações alimentares têm crescido muito. Inicialmente estas tinham como principal interesse determinar a prevalência de traços perfeccionistas em pessoas com perturbações alimentares, actualmente o interesse é perceber qual o papel do perfeccionismo na etiologia e manutenção da anorexia e da bulimia nervosa (Goldner, Cockell & Srikaneswaran, 2002). As primeiras investigações realizadas por Hewitt e colaboradores (2003) aquando do desenvolvimento da escala *Perfectionistic Self-presentation Scale* (PSPS) indicam que os pacientes com perturbações alimentares apresentam níveis elevados de auto-apresentação perfeccionista e que esse facto explica num grau significativo as várias formas de psicopatologia, tais como a ansiedade, a depressão e sentimentos negativos acerca da aparência física. Estes autores concluíram ainda que o perfeccionismo auto-orientado e o socialmente prescrito estão ambos muito associados à auto-promoção perfeccionista e à ocultação das imperfeições. Relativamente à escala não-revelação das imperfeições, foi demonstrado que

esta se relaciona fortemente com o perfeccionismo socialmente prescrito, o que demonstra que a não-revelação dos erros decorre, em parte, da percepção de que os outros são altamente críticos e exigem sempre a perfeição. Daí, surge também uma ligação entre as dimensões da auto-apresentação perfeccionista e as medidas de ansiedade percebendo-se que, a ocultação das imperfeições está especialmente ligada a medidas de ansiedade social. Foi também encontrada uma relação entre as três facetas da auto-apresentação perfeccionista e a depressão (Hewitt et al., 2003). Desta forma, os autores concluem que as três facetas da auto-apresentação perfeccionista são formas desadaptativas de auto-apresentação e estão associadas a dificuldades psicológicas, definindo mesmo esta dimensão como um estilo mal-adaptativo. Esta investigação sugere ainda que os componentes da auto-apresentação perfeccionista são distintos dos aspectos traço do perfeccionismo. Enquanto que os primeiros reflectem uma expressão estilística das tendências perfeccionistas, os segundos reflectem a experiência de exigir e esperar atingir a perfeição. Muita da investigação realizada utiliza medidas que confundem as facetas pessoais e sociais do perfeccionismo, contudo é importante que essa distinção seja clara pois cada uma delas está relacionada com inadaptação de uma forma diferente (Hewitt & Flett, 1991a).

Para além deste estudo realizado por Hewitt e colaboradores (2003), têm sido vários os autores a debruçarem-se sobre o estudo da auto-apresentação perfeccionista. Hewitt e colaboradores (1995) tiveram em conta essa distinção entre as diversas facetas do perfeccionismo e realizaram um estudo que tinha como objectivo avaliar as dimensões social, pessoal e auto-apresentacional do perfeccionismo e a sua relação com os comportamentos alimentares perturbados. Estes autores concluíram que o perfeccionismo auto-orientado estava relacionado apenas com atitudes anoréticas (dietas e a preocupação de ser mais magro), enquanto que as dimensões sociais do perfeccionismo estavam relacionadas com os comportamentos alimentares perturbados. O perfeccionismo socialmente prescrito está ligado a padrões alimentares perturbados e à preocupação relativamente à aparência, sugerindo, assim, que algum comportamento perfeccionista visto em indivíduos com comportamentos alimentares perturbados é motivado pela forte necessidade de atingir o modelo de perfeição. Para além do perfeccionismo traço, estes autores estudaram também a auto-apresentação perfeccionista, percebendo que a forte necessidade de apresentar, perante os outros, uma imagem de perfeição ou evitar revelar qualquer possível imperfeição em si, estão relacionadas, quer com tendências anoréticas, quer com tendências bulímicas e ainda, com a preocupação relativamente à avaliação social da sua imagem corporal. Estes autores afirmam ainda que é muito comum os indivíduos com perturbações alimentares sentirem que devem fazer tudo perfeito e que essa crença é auto-imposta, isso explica a tendência que os indivíduos com esta perturbação têm para ver todos os acontecimentos em termos de preto e branco, ou seja, qualquer acontecimento que não atinja a perfeição é um fracasso (Garner, 1986 *citado em* Hewitt et al., 1995) Mais uma vez, a informação resultante deste estudo

confirma a importância de ver as diferentes dimensões do perfeccionismo como independentes pois, a auto-apresentação perfeccionista fornece informação distinta das outras dimensões e, pode ainda, desempenhar um outro papel nomeadamente nos sintomas e características das perturbações alimentares (Hewitt et al., 1995).

Neste domínio, McLaren, Gauvin, & White (2001) tinham como objectivo perceber qual a ligação entre perfeccionismo e comprometimento excessivo com o exercício físico e uma dieta restritiva, demonstraram que todas as dimensões do perfeccionismo, incluindo a auto-apresentação perfeccionista, predizem uma dieta restritiva.

Em 2002, Cockell e colaboradores demonstraram que as três facetas da auto-apresentação perfeccionista são relevantes nas mulheres com anorexia nervosa, demonstrando, assim, que a preocupação com a auto-apresentação faz com que as mulheres anoréticas estejam muito focadas em se apresentarem como perfeitas, evitando mostrar qualquer falha ou erro que possa ser visível para os outros. No estudo realizado por estes autores, os indivíduos anoréticos obtiveram valores elevados na faceta não-revelação das imperfeições comparativamente com outros grupos psiquiátricos e com o grupo de controlo, sugerindo, assim, que os anoréticos estão muito preocupados em se apresentarem como perfeitos escondendo qualquer imperfeição.

Castro e colaboradores (2004) afirmaram também que a auto-apresentação é um aspecto crucial para a anorexia nervosa durante a adolescência uma vez que o elevado nível de perfeccionismo pode conduzir o indivíduo a procurar um corpo perfeito. Para além de demonstrarem a relação entre o perfeccionismo e a anorexia nervosa, estes autores demonstraram, ainda, que todos os aspectos do perfeccionismo estão também associados aos sintomas depressivos, especialmente a auto-apresentação perfeccionista.

Em 2005, McGee e colaboradores realizaram um estudo onde tentaram perceber de que forma a auto-apresentação perfeccionista se relaciona com os sintomas de patologia alimentar e qual o papel que a imagem corporal (avaliação e investimento) tem nesta relação. Os resultados demonstram que a auto-apresentação perfeccionista prediz sintomas de patologia alimentar em mulheres que estão insatisfeitas com o seu corpo mas não prediz perturbações alimentares em mulheres que se sentem bem com o seu corpo e que sentem que a discrepância entre o seu corpo actual e o ideal é mínima. Por exemplo, uma mulher com níveis elevados de auto-promoção perfeccionista tenta criar uma imagem de fachada de perfeição, afirmando e demonstrando os seus pontos fortes. Um desses pontos fortes pode ser a aparência física e, desse modo, o corpo é usado como uma forma de promover a perfeição. Se a mulher estiver insatisfeita com o seu corpo, é provável que ela veja esta situação como uma falha na obtenção do seu objectivo de auto-promoção pois, devido a natureza pública da aparência, esta falha vai ser evidente aos olhos dos outros. Assim, como forma de aliviar esta auto-percepção e para tentar atingir de novo o seu objectivo, a mulher pode vir a desenvolver comportamentos purgativos ou dieta. Em

suma, o perfeccionismo para além de ser um factor de vulnerabilidade geral parece ter um papel importante na previsão de problemas alimentares.

#### 1.4 - Imagem Corporal

O perfeccionismo pode atingir uma ampla variedade de situações e actividades, como, o desempenho na escola ou no trabalho, organização e a ordem, escrita, linguagem, saúde e higiene pessoal e aparência física (Antony & Swinson, 1998). Uma das áreas identificadas por Flett e Hewitt (2005) é o desporto e, foi nesse sentido que Cruz, Varela e Cabanelas (2010) desenvolveram um estudo no qual procuraram identificar a importância que a auto-apresentação e o perfeccionismo têm em atletas de alta competição.

Tal como os exemplos dados anteriormente, a imagem corporal, considerada um componente importante do auto-conceito, é uma área onde as exigências perfeccionistas e os padrões auto-impostos podem ser expressos (Macedo et al., 2007). Assim, o peso e a imagem corporal, enquanto alvo das tendências perfeccionistas, levam o indivíduo a lutar por uma aparência perfeita. Esta pressão para obter o corpo perfeito é muito sentida pelas mulheres (Macedo et al., 2007), especialmente na cultura da América do Norte e na Europa Ocidental, onde é dado um grande ênfase à magreza nas mulheres (Antony & Swinson, 1998). Como verificado na literatura esse facto pode levar ao desenvolvimento e manutenção das perturbações alimentares.

De acordo com o *Dicionário de Psicologia*, o conceito de imagem corporal é definido como uma “representação imaginária que cada sujeito tem do seu próprio corpo” (Doron & Parot, 2001). Mas a natureza e o significado deste conceito tem sido um tema de interesse a outras áreas como a filosofia e a medicina, na medida em que este desempenha um papel vital na vida do indivíduo podendo mesmo influenciar a qualidade de vida. Desde a primeira infância que a imagem corporal afecta as emoções, comportamentos e pensamentos do indivíduo no seu dia-a-dia o que por sua vez, vai influenciar as relações que o indivíduo mantém com os outros (Pruzinsky & Cash, 2002). Outro motivo importante para o aumento do interesse pela imagem corporal, é a elevada prevalência das preocupações acerca da mesma especialmente nas mulheres de culturas ocidentais (Cash, 2002; Striegel-Moore, Silberstein, & Rodin, 1993).

A imagem corporal é considerada um constructo multidimensional que abrange auto-percepções e atitudes acerca da aparência física. Segundo Cash (1985, citado em Cash & Brown, 1989) quando falamos de aparência física é possível distinguir dois aspectos: os associados a atributos objectivos (e.g. peso, tamanho) ou a atributos subjectivos relacionados com a auto-percepção da aparência física (e.g. imagem corporal).

Na perspectiva de Cash (2004) a imagem corporal envolve bem mais que a simples aparência física, também compreende múltiplas perspectivas psicológicas que reflectem as próprias percepções e atitudes do indivíduo, mais precisamente, no que diz respeito aos pensamentos, crenças, sentimentos e comportamentos em relação ao seu corpo. Assim, há duas facetas fundamentais acerca da imagem corporal: a avaliação (e.g. a

satisfação com a imagem corporal) e o investimento (e.g. a importância que se coloca na aparência física). A avaliação da imagem corporal refere-se à satisfação ou insatisfação com o seu próprio corpo, incluindo crenças avaliativas acerca da mesma. O investimento na imagem corporal tem a ver com a importância ao nível cognitivo, comportamental ou emocional que o corpo tem para a auto-avaliação (Cash, 2002). Do mesmo modo, Gardner (1996) considera que a avaliação da imagem do indivíduo ligada à aparência física está associada a duas importantes componentes avaliativas: a perceptual e a atitudinal. A primeira foca-se em avaliar com precisão o tamanho do corpo e a segunda está relacionada com as atitudes e os sentimentos do indivíduo acerca do próprio corpo.

A maior parte da pesquisa acerca da imagem corporal deriva do paradigma cognitivo e/ou comportamental. Os elementos básicos do modelo cognitivo-comportamental identificam vários factores que influenciam o desenvolvimento da imagem corporal: factores históricos e factores proximais. Os factores históricos referem-se a eventos passados, atributos ou experiências que predisõem ou influenciam a forma como as pessoas vêem, sentem e agem em relação ao seu corpo. Alguns exemplos desses factores são a socialização cultural, as experiências interpessoais, as características físicas e as características da personalidade. Por sua vez, os factores proximais da imagem corporal dizem respeito a eventos de vida actuais que precipitam ou mantêm a experiência da imagem corporal, tais como o diálogo interno, as emoções relativas à imagem corporal e os comportamentos de auto-regulação (Cash, 2002).

Nos últimos anos a imagem corporal tem sido alvo de vários estudos, não só devido ao aumento da preocupação das mulheres de cultura ocidental com a obtenção de uma imagem corporal ideal, mas também devido às consequências negativas a nível psicossocial em ambos os géneros que daí derivam (Cash, Morrow, Hrabosky & Perry, 2004). A pressão para a magreza exercida pelos *media*, família e pares que se verifica na cultura ocidental pode resultar numa insatisfação com o próprio corpo. Do mesmo modo, a exposição a corpos magros considerados ideais pode também ter impacto na forma como as mulheres percebem o seu corpo (Glauert, Rhodes, Byrne, Fink & Grammer, 2009), contribuindo para a insatisfação corporal uma vez que altera as percepções normativas em relação às dimensões médias do corpo da mulher (Stice, Spangler & Agras, 2001). Assim, quando há uma internalização do ideal da magreza há uma grande probabilidade de insatisfação corporal devido ao processo de comparação social, ou seja, quando as mulheres se comparam com as imagens idealizadas julgam não ter conseguido atingir as expectativas sociais. Deste modo, a pressão para ser magro e a internalização dessa ideia contribuem para a insatisfação com o corpo, uma vez que esse ideal é praticamente inatingível para a maioria dos indivíduos (Stice, 2002).

A psicologia e a psiquiatria têm realizado estudos acerca da imagem corporal, especialmente em relação às perturbações alimentares em mulheres jovens (Cash, 2004). Quando falamos da ligação que a imagem corporal tem com as perturbações alimentares, nomeadamente com a anorexia, existem

duas linhas principais: a distorção perceptiva do tamanho corporal e a insatisfação com a imagem corporal. A primeira diz respeito à discrepância existente entre a aparência física actual e a imagem mental que a pessoa tem do seu corpo. A segunda está relacionada com os factores culturais, desenvolvimentais, familiares e de personalidade referidos anteriormente (Garner, 2002). Segundo Stice e Shaw (2002) a insatisfação corporal refere-se a toda a avaliação negativa que o indivíduo faz acerca da própria aparência física, ou seja, significa que a pessoa está descontente com certas características físicas ou com algum aspecto da sua aparência física (e.g. peso, forma corporal, características faciais,...). No entanto, estar insatisfeito com uma determinada parte do nosso corpo não significa necessariamente estar insatisfeito com a sua aparência geral. Alguns indivíduos podem não gostar do formato do seu nariz mas continuam a sentir-se satisfeitos com a sua aparência, para outros a percepção de uma única falha física prejudica logo a forma como perspectivam a sua aparência física (Cash, 2002). Muitos autores consideram que a insatisfação com a imagem corporal é um dos antecedentes do desenvolvimento de uma anorexia nervosa (Garner, 2002). Este critério é tão relevante que está incluído nos critérios de diagnóstico definidos pelo DSM-IV-TR; (American Psychiatric Association, 2000). Deste modo, tal como as dietas, a insatisfação corporal é considerada também um factor de risco nuclear para o desenvolvimento e manutenção das perturbações alimentares (Stice, 2002).

Têm sido realizados vários estudos que avaliam esta relação entre insatisfação corporal e as perturbações alimentares. Stice e Shaw (2002) concluíram que a pressão para ser magro, a internalização sociocultural de beleza ideal e o elevado índice de massa corporal, potenciam o aumento da insatisfação corporal e das perturbações alimentares. Também Glauert e colaboradores (2009) concluíram que a insatisfação corporal e a internalização sociocultural de ideais de beleza ocidental aumentam a distorção da imagem corporal mostrando, também, que a insatisfação corporal está directa e positivamente relacionada com a patologia alimentar.

A anorexia nervosa é uma das perturbações alimentares mais comuns em mulheres e adolescentes, altura em que surgem mudanças visíveis na gordura corporal juntamente com os desafios cada vez maiores do meio social e familiar. Uma das características mais marcantes da anorexia nervosa é a extrema importância dada a aparência física e a sua relação com a auto-avaliação. A doença desenvolve-se, a maioria das vezes, a partir da convicção da pessoa de que um efeito físico percebido pode ser corrigido através de uma dieta restritiva, exercício ou perda de peso. A insatisfação corporal traduz-se em crenças disfuncionais acerca do peso e da forma corporal, como por exemplo: “Ser magra é um sinal de auto-controlo e auto-disciplina”, levando ao aparecimento de sintomatologia de distúrbios alimentares (Garner, 2002). O mesmo se verifica no caso da bulimia nervosa. Neste caso, a distorção da imagem corporal é também um dos muitos factores de risco para o seu desenvolvimento e manutenção. Para isso contribuem a internalização do ideal de imagem corporal definido socioculturalmente (ideal da magreza), as avaliações negativas da aparência

física (insatisfação corporal) e as percepções distorcidas da imagem corporal (distorções da imagem corporal).

Mintz e Betz (1986) são outros autores que realizaram um estudo nesta área para perceber as diferenças entre géneros na natureza da satisfação da imagem corporal concluindo que as mulheres estão mais insatisfeitas com a mesma do que os homens. As mulheres quando se deparam com o peso actual, independentemente de qual seja, são mais propensas a percebê-lo como excesso de peso ou como um pouco acima do peso considerado “normal” e demonstrarem desejo de o perder. Os homens, por sua vez, estão mais satisfeitos com a sua imagem corporal, contudo consideram que precisam de ganhar peso. Quer nas mulheres quer nos homens, há sempre um sentimento de inadequação face aos estereótipos sexuais: a mulher deve ser magra e o homem mais pesado (músculo). Estes resultados demonstram a função que a pressão social para a magreza e a consequente visão irreal da normalidade do corpo têm nos indivíduos e o perigo que isto significa para o desenvolvimento de perturbações alimentares. Estes autores esclarecem ainda que, em ambos os géneros, quando existem atitudes negativas face ao corpo há uma maior propensão para a depressão.

Contudo, apesar da insatisfação corporal ser um forte preditor das perturbações alimentares, alguns estudos têm mostrado que nem todas as mulheres que estão insatisfeitas com os seus corpos irão desenvolver problemas relacionados com as perturbações alimentares. Verifica-se que apenas numa pequena fracção da população, as pressões culturais e a insatisfação com a imagem corporal conduzem a perturbações alimentares (Garner, 2002) podendo isto estar relacionado com o facto de existirem diversas variáveis a moderar esta relação (Brannan & Petrie, 2008). Assim, a vulnerabilidade cognitiva para a anorexia tem origem em diversos traços da personalidade e temperamentais, tais como: obsessão, perfeccionismo, rigidez, e alterações nos sistemas neuronais que influenciam o estilo cognitivo e o processamento de informação (Garner, 2002).

## II - Objectivos

De acordo com a literatura, a aparência física é para a maioria das mulheres uma dimensão auto-avaliativa central (Gilbert, Price & Allan, 1995; Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011) e, a preocupação com a aparência, nomeadamente a preocupação constante com a forma como os outros vêem o nosso corpo, é um conceito central quando se fala em perturbações alimentares (Strigel-Moore et al., 1993). Assim, é possível perceber que a imagem corporal desempenha um papel fundamental nas perturbações alimentares, nomeadamente a necessidade de apresentar uma imagem corporal perfeita perante os outros. A avaliação da auto-apresentação perfeccionista em domínios específicos, tal como o contexto desportivo (Flett & Hewitt, 2005; Cruz, Varela & Cabanelas, 2010), tem sido enfatizado como pertinentes pelos autores originais da escala de auto-apresentação perfeccionista (Hewitt et al, 2003). Neste sentido, foi desenvolvida a escala de *Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem*

*Corporal* (APIC Ferreira, Pinto-Gouveia & Duarte, 2011), que pretende avaliar a necessidade de apresentar uma imagem corporal perfeita para os outros.

O presente estudo tem como objectivo principal a validação da escala *Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal* (APIC; Ferreira, Pinto-Gouveia & Duarte, 2011) examinando a sua estrutura factorial e as suas qualidades psicométricas numa amostra da população geral de ambos os géneros e numa ampla gama de idades.

### III - Metodologia

#### Participantes

Participaram neste estudo um total de 907 sujeitos (366 do género masculino e 541 do género feminino) com idades compreendidas entre os 13 e os 38 anos, que permitiram a formação de amostras distintas utilizadas para os estudos apresentados.

Para a realização dos estudos de Análise de Estrutura Factorial Exploratória e das propriedades psicométricas da escala foi utilizada uma amostra constituída por 401 participantes da população geral, dos quais 194 (48.4%) são do género masculino e 207 (51.6%) do género feminino. As idades variam no intervalo de 13 a 38 anos, sendo a média de idades 18.29 ( $DP = 3.71$ ). Quanto aos anos de escolaridade variam de 6 a 16, com uma média de 11.23 ( $DP = 2.69$ ). Verificou-se que os dois grupos não apresentam diferenças significativas no que diz respeito à idade ( $t_{(399)} = .11$ ;  $p = .92$ ) e aos anos de escolaridade ( $t_{(399)} = -1.58$ ;  $p = .12$ ). Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes são solteiros 397 (99%) e apenas 4 (1%) são casados. Todos os participantes deste estudo são estudantes.

Para a realização da Análise Factorial Confirmatória foi utilizada uma amostra constituída por 457 participantes da população geral, dos quais 170 (37.2%) são do género masculino e 287 (62.8%) são do género feminino. As idades variam dos 13 aos 30 anos, sendo a média de idades 17,6 ( $DP = 3.32$ ). Relativamente aos anos de escolaridade, estes variam dos 6 aos 19 anos, com uma média de 10.75 ( $DP = 3.09$ ). Não se verificam diferenças significativas entre os grupos no que diz respeito à idade ( $t_{(455)} = .84$ ;  $p = .40$ ) e aos anos de escolaridade ( $t_{(455)} = .15$ ;  $p = .88$ ). Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes são solteiros 456 (99.8%) sendo que apenas 1 (0.2%) é casado. Todos os participantes deste estudo são solteiros.

Para realizar o teste-reteste de forma a estudar a validade temporal da escala foi utilizada uma amostra constituída por 49 participantes da população geral, dos quais 2 (4.1%) são do género masculino e 47 (95.9%) são do género feminino. As idades variam dos 21 aos 25 anos, com uma média de 21.43 ( $DP = .82$ ) no que diz respeito aos anos de escolaridade, todos os sujeitos têm 15 anos de escolaridade. Relativamente ao estado civil e à profissão todos os participantes são solteiros e estudantes. Deste modo, não se verificam diferenças entre os grupos no que diz respeito à escolaridade nem à idade ( $t_{(47)} = .76$ ;  $p = .45$ ).

## Instrumentos

Neste estudo foi aplicado um protocolo constituído por 6 questionários apresentados de seguida.

### Descrição dos Instrumentos

#### **Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal (APIC; Ferreira, Pinto-Gouveia & Duarte, 2011).**

Esta escala foi construída tendo por base a escala original desenvolvida por Hewitt e colaboradores (2003) para medir a dimensão pública do perfeccionismo – auto-apresentação perfeccionista: *Perfectionistic self-presentation Scale* (PSPS). Contudo, esta escala foi adaptada com objectivo de avaliar a dimensão auto-perfeccionista do perfeccionismo relativamente à imagem corporal. Assim, a APIC mede a necessidade que o indivíduo tem de apresentar uma imagem corporal perfeita perante os outros. A versão inicial da escala, aplicada neste estudo, é composta por 33 itens. Os itens são respondidos através de uma escala tipo Likert de sete pontos sendo o 1 “nunca verdadeiro” e o 7 “sempre verdadeiro”. Após as análises estatísticas descritas posteriormente, a versão final da escala é composta por um total de 19 itens distribuídos por duas subescalas: auto-promoção perfeccionista e ocultação das imperfeições. A escala revela uma consistência interna muito boa ( $\alpha = .93$ ), sendo o alpha de Cronbach da subescala auto-promoção perfeccionista de .80 e da subescala ocultação das imperfeições de .94.

#### **Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (FMPS; Frost, R. O., Marten, P., Lahart, P., & Rosenblate, R., 1990; traduzido e adaptado para Português por Ferreira, C. & Pinto Gouveia, 2006).**

Estes autores desenvolveram esta escala para medir o perfeccionismo enquanto constructo multidimensional. O questionário consiste em 36 itens que avaliam as seis dimensões do perfeccionismo: preocupação com os erros, padrões de desempenho elevados, percepção de elevadas expectativas parentais, percepção de elevado criticismo parental, dúvidas acerca da qualidade do desempenho e por fim, organização, precisão e ordem. Todos os itens são respondidos de acordo com uma escala tipo Likert de 5 pontos que varia desde 1 “discordo completamente” a 5 “concordo completamente”. Segundo o estudo destes autores, esta escala apresenta uma boa consistência interna sendo os alphas de Cronbach para cada dimensão: preocupação com os erros .88; padrões de desempenho elevados .83; percepção de elevadas expectativas parentais .84; percepção de elevado criticismo parental .84; dúvidas acerca da qualidade do desempenho .77 e organização, ordem e precisão .93 e o alpha da escala completa de .90. Neste estudo o alpha de Cronbach para a escala total é de .91 sendo que os alphas das subescalas variam de .70 (percepção de elevado criticismo parental) até .83 (preocupação com os erros), tendo obtido os seguintes valores nas restantes subescalas: padrões de desempenho elevados .72; percepção de elevadas expectativas parentais .77; dúvidas acerca da qualidade do desempenho .70 e

organização, precisão e ordem .70.

**Escala de Auto-apresentação Perfeccionista (PSPS; Hewitt, Flett, Sherry, Habke, Parkin, Lam, McMurty, Ediger, Stein & Fairlie, 2003; tradução e adaptação portuguesa Ferreira, 2006).**

Esta escala foi desenvolvida para avaliar a dimensão interpessoal do perfeccionismo: auto-apresentação perfeccionista. Esta escala é constituída por 27 itens e inclui três subescalas: auto-promoção perfeccionista avaliada por 10 itens, a segunda não revelação das imperfeições avaliada por 10 itens e, a última subescala ocultação das imperfeições avaliada por 7 itens. Os itens são respondidos de acordo com uma escala tipo Likert de 7 pontos, onde 1 é “discordo completamente” e 7 “concordo completamente”. Os autores concluem que esta escala possui uma boa consistência interna, validade discriminativa, convergente e temporal. No presente estudo esta escala obteve uma consistência interna muito boa para a escala total, sendo o alfa de Cronbach obtido de .92. Os alphas para as subescalas auto-promoção perfeccionista, não-revelação das imperfeições e ocultação das imperfeições são .83, .75 e .83, respectivamente.

**Questionário de Aceitação e Acção da Imagem Corporal (BI-AAQ; Sandoz et al., 2009; versão portuguesa de Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011).**

Esta escala mede a flexibilidade cognitiva ou a aceitação da imagem corporal. Os autores tiveram por base o Questionário de Aceitação e Acção sendo que, reescreveram os itens desse questionário de forma a adaptá-los ao conteúdo relacionado ao corpo, especialmente em questões da imagem corporal relacionados ao peso e forma. A versão breve é constituída por 12 itens de auto-resposta onde é pedido ao sujeito para responder de acordo com o grau de veracidade que cada afirmação tem para o sujeito. Para isso é utilizada uma escala tipo Likert de sete pontos que varia desde 1 “nunca verdadeiro” até 7 “sempre verdadeiro”. Segundo a versão portuguesa, o BI-AAQ é uma escala que possui uma boa consistência interna com um alfa de Cronbach de .95 e também uma boa validade convergente e divergente (Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011). Na amostra que compõe este estudo o alfa de Cronbach obtido é de .92, o que traduz uma consistência interna muito boa.

**Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar (EDI; Garner, Olmsted, & Polivy, 1983; versão portuguesa de Machado, Gonçalves, Martins, & Soares, 2001).**

Este é um inventário de auto-resposta constituído por 64 itens divididos em oito subescalas: as subescalas procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal, que estão relacionadas com atitudes e comportamentos acerca do peso, da alimentação e da imagem corporal e, as subescalas: ineficácia, perfeição, desconfiança interpessoal, consciência interoceptiva e medo da maturidade que estão relacionadas com características psicológicas apresentadas por indivíduos com perturbações alimentares. Este questionário

é respondido com uma escala de resposta tipo Likert de seis pontos (de “sempre” a “nunca”), indicando o grau em que este item se aplica ao indivíduo. A versão portuguesa deste inventário demonstra uma boa consistência interna: .91 para a procura da magreza, .81 para a bulimia, .91 para a insatisfação corporal, .69 para o perfeccionismo (Machado, Gonçalves, Martins, & Soares, 2001). Neste estudo os coeficientes alpha obtidos para as subescalas utilizadas neste estudo foram de (.70), (.65), (.84) e (.59) para a procura da magreza, bulimia, insatisfação corporal e perfeccionismo, respectivamente. Este estudo foca-se na subescala do perfeccionismo que inclui seis itens, três deles avaliam o perfeccionismo auto-orientado e os outros três o perfeccionismo socialmente prescrito, e nas subescalas procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal.

#### **Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004)**

Esta é uma versão reduzida da escala EADS-42, contudo mede os mesmos constructos apenas é constituída por 21 itens ao invés de 42. Assim, esta escala avalia a ansiedade, depressão e *stress* sendo essas as três subescalas que a constituem. Cada item tem quatro possibilidades de resposta de acordo com uma escala tipo Likert sendo que, as respostas variam desde 0 “não se aplicou nada a mim” até 3 “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”, tendo como referência a semana anterior. O resultado da escala é obtido através da soma dos resultados obtidos em cada item. A consistência interna desta escala obtida por Pais-Ribeiro e colaboradores (2004) foi de .85 na subescala depressão; .74 na subescala ansiedade e por fim .81 na subescala *stress*. Na amostra deste estudo a EADS-21 apresentou bons valores de consistência interna, com alphas de Cronbach para as subescalas depressão, ansiedade e *stress*, .87; .83 e .84, respectivamente.

#### **Procedimentos**

Os participantes deste estudo são estudantes recrutados em escolas do ensino básico e secundário do concelho de Trancoso e de Coimbra e, em escolas do ensino superior da Guarda, Coimbra e Covilhã, nomeadamente Instituto Politécnico da Guarda, Universidade de Coimbra e Universidade da Beira Interior. Todas as instituições envolvidas foram informadas dos objectivos do corrente estudo e foram obtidas as autorizações necessárias para que os sujeitos pudessem participar na investigação de uma forma voluntária.

Os participantes responderam a um conjunto de questionários de auto-resposta que avaliam: a aceitação da imagem corporal, comportamentos alimentares perturbados, ajustamento social, perfeccionismo e outras dificuldades psicológicas gerais. Todos os participantes foram informados acerca dos objectivos do estudo, dos procedimentos necessários e da confidencialidade das suas respostas e, neste sentido deram o seu consentimento para participar no estudo.

Os participantes utilizados para examinar a validade temporal da escala responderam à versão reteste da APIC com cerca de três a quatro semanas de intervalo em relação à primeira aplicação.

### **Análise Estatística**

Foi utilizada a versão 20.0 do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para analisar a estrutura factorial da APIC (Ferreira, Pinto-Gouveia & Duarte, 2011) e para executar análises descritivas e inferenciais. O software AMOS 20.0 foi utilizado para realizar a análise factorial confirmatória da APIC (Ferreira, Pinto-Gouveia & Duarte, 2011).

Para realizar o estudo da estrutura factorial desta escala foi realizada uma Análise Factorial inicial dos Componentes Principais e, posteriormente foi utilizado o mesmo procedimento estatístico levado a cabo pelos autores da escala PSPS (Hewitt et al., 2003). De seguida, foi realizada uma Análise Factorial Confirmatória para confirmar a estrutura da APIC obtida através da Análise Factorial Exploratória. A consistência interna foi calculada através do coeficiente alpha de Cronbach para a escala total e para cada um dos factores. Foram também calculadas as correlações item-total para cada um dos itens que compõem a escala. A validade temporal da escala foi analisada através do cálculo do *t* de *student* para amostras dependentes entre a primeira e a segunda administração da escala e posteriormente através do coeficiente de correlação de Pearson. Para analisar a validade convergente e divergente foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson.

## **IV - Resultados**

### **4.1 - Análise Factorial Exploratória da APIC**

Com o intuito de avaliar a estrutura factorial da APIC para a população portuguesa, tendo como base a primeira amostra deste estudo, os 33 itens da escala foram submetidos a uma Análise Factorial Exploratória em Componentes Principais.

Primeiro foi necessário verificar a adequação dos dados para posterior análise. Relativamente à dimensão da amostra, os dados revelaram-se adequados uma vez que obedecem ao critério mínimo sugeridos por Nunnally (5 sujeitos por item). O teste de *Kaiser Meyer-Olkin* revelou um valor de .944 e o teste de esfericidade de *Bartlett* revelou significância estatística ( $\chi^2_{(528)} = 7362.13; p < .001$ ), confirmando assim a adequabilidade dos dados para posterior análise. De acordo com o critério de *Kaiser-Guttman*, que indica a retenção dos factores com valores próprios (*eigenvalues*) iguais ou superiores a 1.00, esta análise inicial sugere uma estrutura de cinco factores que explicam 60% da variância. A análise de componentes principais revela que todos os itens apresentam valores de comunalidades superiores a .20. Contudo, através do *scree plot*, observamos que a estrutura mais adequada é composta por três factores.

Deste modo, foram seguidos nesta análise os procedimentos de acordo com os autores da versão original da Escala de Auto-apresentação

Perfeccionista (PSPS, Hewitt et al., 2003), com a retenção de três factores sugerida pelo *scree plot* e rotação *Varimax*. Esta análise confirma a adequação dos dados através dos valores no teste de *Kaiser Meyer-Olkin* = .944 e no teste de esfericidade de *Bartlett*  $\chi^2_{(528)} = 7362.13$ ;  $p < .001$ . O critério de *Kaiser-Guttman* confirma a retenção de 3 factores que explicam 52.75% da variância. Após a rotação *Varimax*, a análise demonstrou a necessidade de eliminar o item 18 por revelar um peso factorial de .39, ou seja, inferior ao limite estabelecido por Hewitt e colaboradores (2003) de .40.

É repetida a análise e obtém-se um valor de .95 no teste de *Kaiser Meyer-Olkin* e no teste de esfericidade de *Bartlett* de  $\chi^2_{(496)} = 7242.94$ ;  $p < .001$ . De acordo com o critério de saturação num factor acima de .40 e uma diferença acima de .15 na saturação entre dois factores, surge a necessidade de eliminar progressivamente os itens 33, 20 e 22 pois, apresentam uma diferença na saturação entre factores de .15, .07 e .08, respectivamente.

Apesar do item 6 (“É preciso mostrar uma imagem corporal ideal para que os outros nos aceitem”), item 14 (“Não gosto que os outros se apercebam do meu esforço para ter uma imagem corporal atraente”), item 17 (“Quando os outros comentam qualquer coisa negativa acerca do meu corpo sinto-me horrível”), item 21 (“Sinto-me muito mal quando os outros comentam qualquer coisa negativa acerca do meu corpo”) e do item 27 (“Invisto muito esforço e tempo para tentar apresentar-me fisicamente bem para os outros”), cumprirem todos os critérios estatísticos referidos anteriormente, surge a necessidade de eliminar estes itens. Esta necessidade surge uma vez que, todos esses itens referidos saturam no factor “ocultação das imperfeições” e, atendendo à definição deste factor (i.e., esforço por ocultar as imperfeições corporais e evitamento de situações onde o comportamento do indivíduo possa ser alvo de julgamento pelos outros, correndo o risco de serem reveladas aos outros as suas falhas ou imperfeições) considerou-se que o conteúdo temático destes itens surgia como incoerente (sem sentido teórico) com o respectivo factor.

Após a eliminação dos itens supracitados, foi calculado o alpha de Cronbach e as correlações item-total. A escala completa revela possuir uma consistência interna muito boa ( $\alpha = .89$ ) contudo, ao analisar a tabela correlação item-total é possível verificar que os itens 3, 4, 12, 15 e 16 apresentam uma correlação de muito baixa magnitude com o total da escala e, que a sua eliminação aumenta a consistência interna da escala, o que demonstra uma fraca correlação com os restantes itens desse factor. Assim, optámos por eliminar esses itens e realizar uma nova análise factorial com dois factores, uma vez que os itens referidos (3, 4, 12, 15 e 16) eram os itens que constituíam um dos três factores identificados anteriormente.

Esta nova análise factorial, com dois factores revela valores adequados no teste de *Kaiser Meyer-Olkin* = .95 e estatisticamente significativo no teste de esfericidade de *Bartlett* ( $\chi^2_{(171)} = 4292.55$ ;  $p < .001$ ).

Os dois factores definidos apresentam eigenvalues superiores a 1.00 e explicam na totalidade 56.85% da variância, sendo que o primeiro factor explica 46.81% e o segundo 10.04%. Todos os itens revelam comunalidades

superiores a .20 e preenchem os critérios de saturação num factor acima de .40 e uma diferença acima de .15 na saturação entre dois factores, tendo sido assim identificados os 19 itens que passaram a integrar a versão final da escala. A solução encontrada é composta por 19 itens divididos por dois factores, factor um (Ocultação das imperfeições) com os itens 2, 5, 7, 10, 11, 19, 23, 24, 25, 26, 30, 31 e 32; e factor dois (auto-promoção perfeccionista) com os itens 1, 8, 9, 13, 28 e 29.

**Tabela 1 – Matriz de saturação dos itens nos dois factores para a solução rodada Varimax. Comunalidades ( $h^2$ ) e percentagem de variância explicada por cada factor ( $n = 401$ )**

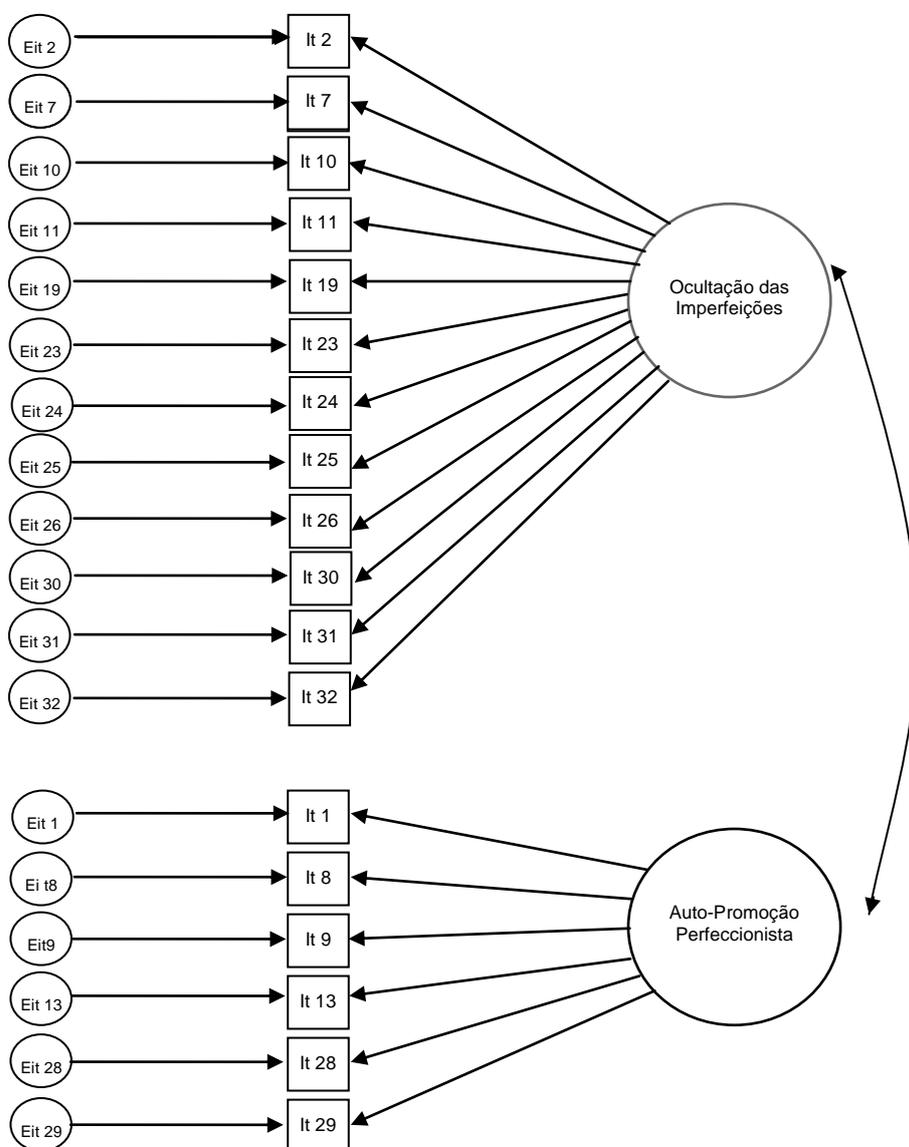
Itens	1	2	$h^2$
25 Esforço-me muito por disfarçar aquilo que acho pouco atraente no meu corpo.	.78	.31	.70
11 Seria horrível que os outros notassem as minhas características corporais que eu acho feias e pouco atraentes.	.78	.24	.66
30 Evito situações em que sei que vou expôr aos outros partes do corpo (ou características) que eu acho que são feias ou vergonhosas.	.76	.23	.64
23 Mostrar que não consigo ter controlo em relação ao meu peso e à minha alimentação é das coisas que me deixa mais "em baixo".	.76	.12	.59
24 Parece que as minhas imperfeições (corporais) se tornam piores quando sinto que os outros reparam nelas.	.75	.26	.63
5 Faço de tudo para encobrir aquilo que não gosto no meu corpo.	.74	.33	.66
7 Admitir qualquer falha (em termos da minha aparência física) é, para mim, das piores coisas.	.73	.10	.54
19 É muito importante para mim que os outros não vejam os meus defeitos corporais.	.73	.35	.65
26 Prefiro não ir a uma situação social se acho que a minha aparência física não é a ideal para a situação.	.72	.04	.52
32 Não uso determinadas roupas (mesmo que goste) se acho que podem mostrar partes do corpo (ou características) que considero feias.	.72	.14	.53
10 Eu esforço-me para que os outros não se apercebam de certas características do meu corpo.	.67	.32	.55
31 Esforço-me muito para que os outros me vejam como mais atraente do que realmente sou.	.67	.38	.59
2 Seria horrível para mim mostrar as minhas imperfeições (corporais) aos outros.	.65	.28	.51
8 É muito importante apresentar-me bem (fisicamente) em situações sociais.	.09	.76	.58
28 Ter uma aparência física bonita e atraente faz-me sentir bem com os outros.	.08	.73	.54
29 Para mim é extremamente importante que os outros me vejam como tendo uma aparência física cuidada e exemplar.	.26	.72	.58
13 Eu gostava de parecer mais atraente (fisicamente) do que realmente sou.	.30	.67	.54
9 Sei que não tenho uma imagem corporal ideal, mas esforço-me por me mostrar o mais exemplar possível para os outros.	.24	.63	.45
1 É importante ter uma aparência física atraente.	.21	.55	.35
Valores Próprios (eigenvalues)	8.89	1.91	
% de Variância	46.81	10.04	

A tabela 1 apresenta a distribuição factorial final dos 19 itens pelos dois factores e os respectivos valores de saturação factorial, comunalidades e a variância explicada por cada factor.

#### 4.2 - Análise Factorial Confirmatória da estrutura da APIC

Com objectivo de confirmar a estrutura de dois factores da APIC, obtida através da Análise Factorial Exploratória, foi realizada uma Análise Factorial Confirmatória numa amostra da população geral ( $n = 457$ ). A figura 1 demonstra o gráfico de representação da estrutura testada (treze variáveis no primeiro factor e seis variáveis no segundo factor).

Figura 1 – Representação gráfica da estrutura factorial da APIC



Uma vez que foi utilizado o método da estimativa do tipo máxima verossimilhança (Maximum Likelihood Estimation) para estimar os parâmetros do modelo, é necessário avaliar a normalidade multivariada. Para isso, foram avaliados os valores de Skewness e Kurtosis, concluindo que todos apresentam valores aceitáveis que variam de  $-.63$  a  $.67$  ( $Sk < |3|$ ) e de  $-1.02$  a  $.14$  ( $Ku < |8 - 10|$ ); (Kline, 2011).

Para a análise do ajustamento global do modelo foram utilizados vários índices: o qui-quadrado ( $\chi^2$ ), GFI (Goodness-of-fit Index), CFI (Comparative Fit Index), TLI (Tucker-Lewis Index), PCFI (Parsimony Normed Comparative Fit Index) e o RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), que podemos observar na tabela 2.

**Tabela 2 – Índices de ajustamento da APIC (n = 457)**

	$\chi^2$	$\chi^2/df$	P	GFI	CFI	TLI	PCFI	RMSEA
APIC	515.16	3.41	.001	.89	.90	.89	.80	.07

O qui-quadrado foi utilizado para perceber o quanto o modelo se ajusta aos dados da amostra, atendendo à discrepância entre ambos. O valor obtido é significativo ( $\chi^2 = 515.16$ ;  $df = 151$ ;  $p < .001$  e  $\chi^2/df = 3.41$ ) e traduz um ajustamento sofrível. Devido ao facto deste índice ser muito sensível ao tamanho da amostra foram utilizados outros índices, menos sensíveis a esse facto, para verificar este ajustamento (Byrne, 2010). O GFI (Goodness-of-fit Index) avalia a percentagem da variância e covariância explicada pelo modelo. Nesta estrutura foi obtido um GFI de  $.89$  o que revela um ajustamento sofrível do modelo. Por sua vez, o RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) obtido de  $.07$  vem confirmar este ajustamento sofrível obtido nos índices anteriores (Byrne, 2010). O CFI (Comparative Fit Index) é um índice que compara o valor do qui-quadrado com um modelo de base, tendo em conta que nesse modelo a hipótese nula é quando as variáveis não estão correlacionadas. Nesta análise o valor de CFI obtido foi de  $.90$ , o que representa um bom ajustamento. Foi ainda utilizado o TLI (Tucker-Lewis Index) e o PCFI (Parsimony Normed Comparative Fit Index) com valores de  $.89$  e  $.80$  respectivamente. No caso do TLI, esse representa um ajustamento aceitável enquanto que o PCFI representa um ajustamento muito bom. Todos os índices descritos, à excepção do RMSEA que não deverá ser superior a  $.10$ , variam de  $0$  a  $1$  correspondendo  $0$  a um “mau ajustamento” e  $1$  a um “ajustamento perfeito” (Kline, 2011). Assim, os resultados sugerem um bom ajustamento entre o modelo testado e a presente amostra.

Na análise do ajustamento local do modelo, ou seja, das saturações factoriais dos itens nos factores pretende perceber-se se os parâmetros estimados são interpretáveis de um ponto de vista daquilo que se conhece da construção da relação entre as variáveis. Assim, espera-se que as saturações factoriais sejam estatisticamente significativas.

Como é possível observar na Tabela 3 todas as saturações factoriais são estatisticamente significativas e possuem valores apropriados na marcação do factor.

**Tabela 3 – Factores e saturações factoriais dos respectivos itens da APIC (n = 457)**

Factor	Itens	Saturação factorial
Ocultação das Imperfeições	2	.71
	5	.72
	7	.59
	10	.83
	11	.81
	19	.77
	23	.55
	24	.62
	25	.78
	26	.35
	30	.59
	31	.64
	32	.58
Auto-apresentação perfeccionista	1	.54
	8	.62
	9	.65
	13	.59
	28	.73
	29	.68

#### 4.3 - Consistência Interna da APIC

No que toca à fidelidade, foi analisada a consistência interna da escala final através do cálculo do alpha de Cronbach e da correlação item-total. Na tabela 4, apresentam-se as médias, os desvios-padrão e as correlações item-total de cada item, bem como os valores de consistência interna nos dois factores que constituem a escala.

**Tabela 4 – Propriedades dos itens da APIC, correlações item-total corrigidas e alphas de Cronbach se eliminado o item da escala em cada uma das dimensões (n = 401)**

Itens	M	DP	Correlação item-total corrigida	$\alpha$ se eliminado o item
Ocultação da Imperfeição ( $\alpha = .94$ )				
25 Esforço-me muito por disfarçar aquilo que acho pouco atraente no meu corpo.	3.72	1.57	.79	.93
11 Seria horrível que os outros notassem as minhas características corporais que eu acho feias e pouco atraentes.	3.68	1.64	.75	.93
30 Evito situações em que sei que vou expôr aos outros partes do corpo (ou características) que eu acho que são feias ou vergonhosas.	3.82	1.71	.73	.93
23 Mostrar que não consigo ter controlo em relação ao meu peso e à minha alimentação é das coisas que me deixa mais “em baixo”.	3.39	1.69	.66	.93
24 Parece que as minhas imperfeições (corporais) se tornam piores quando sinto que os outros reparam nelas.	3.75	1.68	.73	.93
5 Faço de tudo para encobrir aquilo que não gosto no meu corpo.	3.72	1.66	.77	.93
7 Admitir qualquer falha (em termos da minha aparência física) é, para mim, das piores coisas.	3.26	1.71	.63	.93
19 É muito importante para mim que os outros não vejam os meus defeitos corporais.	3.72	1.64	.76	.93
26 Prefiro não ir a uma situação social se acho que a minha aparência física não é a ideal para a situação.	3.14	1.72	.59	.93
32 Não uso determinadas roupas (mesmo que goste) se acho que podem mostrar partes do corpo (ou características) que considero feias.	3.56	1.90	.63	.93
10 Eu esforço-me para que os outros não se apercebam de certas características do meu corpo.	3.78	1.63	.69	.93
31 Esforço-me muito para que os outros me vejam como mais atraente do que realmente sou.	3.74	1.58	.73	.93
2 Seria horrível para mim mostrar as minhas imperfeições (corporais) aos outros.	3.81	1.73	.66	.93
Auto-promoção Perfeccionista ( $\alpha = .80$ )				
8 É muito importante apresentar-me bem (fisicamente) em situações sociais.	4.83	1.42	.43	.94
28 Ter uma aparência física bonita e atraente faz-me sentir bem com os outros.	4.73	1.48	.41	.94
29 Para mim é extremamente importante que os outros me vejam como tendo uma aparência física cuidada e exemplar.	4.35	1.54	.55	.93
13 Eu gostava de parecer mais atraente (fisicamente) do que realmente sou.	4.60	1.60	.56	.93
9 Sei que não tenho uma imagem corporal ideal, mas esforço-me por me mostrar o mais exemplar possível para os outros.	4.58	1.46	.48	.93
1 É importante ter uma aparência física atraente.	5.03	1.44	.42	.94

Os resultados indicam consistência interna muito boa para a escala total ( $\alpha = .93$ ) e para a subescala da ocultação das imperfeições ( $\alpha = .94$ ) e boa para a subescala da auto-promoção perfeccionista ( $\alpha = .80$ ). Todos os

itens apresentam correlações item-total superiores a .41 sendo que os valores obtidos variam entre o .41 (item 28 “Ter uma aparência física bonita e atraente faz-me sentir bem com os outros”) e .79 (item 25 “Esforço-me muito por disfarçar aquilo que acho pouco atraente no meu corpo”), o que revela uma qualidade e adequação dos itens a cada subescala.

#### **4.4 - Intercorrelações das subescalas da APIC**

Os coeficientes de Pearson foram calculados para perceber a associação entre as duas subescalas que constituem a APIC e a escala total. Foi possível verificar que as duas subescalas da APIC (auto-promoção perfeccionista e ocultação das imperfeições) estão correlacionadas positiva e significativamente e com uma magnitude moderada ( $r = .56; p < .001$ ).

#### **4.5 - Validade convergente e divergente da APIC**

Para avaliar a validade convergente e divergente da APIC foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson entre os dois factores da APIC e o total com as dimensões do perfeccionismo (subescalas do FMPS e o total e subescala perfeccionismo do EDI), a auto-apresentação perfeccionista geral (subescalas do PSPS e o total), a flexibilidade cognitiva ou a aceitação da imagem corporal (BIAAQ), a vulnerabilidade à patologia alimentar (subescalas procura da magreza, bulimia e insatisfação corporal do EDI) e a sintomatologia depressiva, ansiosa e *stress* (subescalas do EADS). Os valores obtidos encontram-se representados na Tabela 5.

**Tabela 5 – Correlações entre os factores da APIC e o total e as subescalas procura da magreza, bulimia, insatisfação corporal e perfeccionismo do EDI, as subescalas do PSPS e o total, as subescalas do FMPS e o total, BIAAQ, subescalas do EADS (n = 401)**

	Auto Promoção Perfeccionista	Ocultação das Imperfeições	APIC Total
<b>FMPS</b>			
Preocupação com os erros	.32**	.53**	.52**
Padrões de desempenho elevados	.37**	.35**	.39**
Expectativas Parentais	.28**	.38**	.39**
Criticismo Parental	.19**	.45**	.42**
Dúvida	.28**	.45**	.44**
Organização	.32**	.21**	.26**
Total	.38**	.56**	.56**
<b>PSPS</b>			
Auto-promoção perfeccionista	.54**	.66**	.69**
Não-revelação das imperfeições	.48**	.68**	.69**
Ocultação das imperfeições	.32**	.67**	.63**
Total	.50**	.74**	.74**
BIAAQ	-.44**	-.61**	-.62**
<b>EDI</b>			
Procura Magreza	.37**	.40**	.43**
Bulimia	.08	.16**	.15**
Insatisfação Corporal	.29**	.42**	.42**
Perfeccionismo	.24**	.18**	.22**
<b>EADS</b>			
Depressão	.22**	.42**	.40**
Ansiedade	.17**	.35**	.33**
Stress	.26**	.31**	.32**

\*\* p ≤ .01

De acordo com os dados apresentados na tabela 5 podemos afirmar que as subescalas do perfeccionismo avaliadas através do FMPS se correlacionam positiva e significativamente com ambas as subescalas da APIC e com o total, com uma magnitude que varia entre muito baixa a moderada. Sendo que, as dimensões preocupação com os erros, criticismo parental e dúvida são aquelas que se relacionam com a subescala ocultação das imperfeições numa magnitude mais elevada.

A medida da auto-apresentação geral (PSPS) correlaciona-se positiva e significativamente com ambas as escalas da APIC e com o total com magnitudes que variam entre baixas a altas. As correlações mais altas encontram-se na relação das várias subescalas do PSPS e do total com a subescala ocultação das imperfeições da APIC e o total. A correlação entre

as subescalas auto-promoção perfeccionista e ocultação das imperfeições do PSPS e da APIC são positivas, significativas e com uma magnitude moderada.

A medida da flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal (BIAAQ), correlaciona-se negativa e significativamente com ambas as subescalas da APIC e com o total numa magnitude moderada.

As subescalas do EDI relacionadas com a vulnerabilidade à patologia alimentar, à excepção da bulimia, correlacionam-se positiva e significativamente com ambas as escalas da APIC e com o total numa magnitude que varia entre baixa a moderada. A subescala bulimia apresenta uma correlação positiva e sem significância estatística na relação com a subescala da auto-promoção perfeccionista e, apresenta correlações positivas e significativas de magnitude muito baixa na relação com a subescala ocultação das imperfeições e com o total da APIC. No entanto estes dados devem ser lidos com algumas reservas, dadas as características desta subescala (que mede a frequência de episódios de sobrealimentação e a sensação de empanturramento) e o facto de esta análise ter sido realizada numa amostra da população geral e não numa amostra de doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar.

No que diz respeito à medida da sintomatologia depressiva, ansiosa e *stress* (EADS) as correlações entre esta e ambas as subescalas da APIC e o total são positivas e significativas com uma magnitude que varia entre muito baixa a moderada. Salienta-se que as três subescalas da EADS se correlacionam numa magnitude mais elevada com a subescala ocultação das imperfeições, sendo que das três a depressiva é a que apresenta uma correlação mais elevada com esta subescala.

#### 4.6 - Diferenças de género

Na tabela 6 são apresentadas as estatísticas descritivas para o género masculino e feminino na APIC. Para a realização desta análise, das diferenças de género, foram comparadas as médias de cada subescala e do total da APIC ao nível da variável sexo através da realização de um teste *t* de *Student* para amostras independentes. Verificou-se que há diferenças significativas entre os géneros em ambas as subescalas e no total, sendo que o sexo feminino apresenta valores médios superiores comparativamente ao masculino.

**Tabela 6 – Diferenças de géneros na APIC (n = 401)**

APIC	Sexo Feminino n = 207		Sexo Masculino n = 194		t	P
	M	DP	M	DP		
Auto-Promoção Perfeccionista	28.98	6.06	27.20	6.51	-2.84	.005
Ocultação das Imperfeições	48.87	15.92	45.17	17.33	-2.23	.026
APIC Total	77.85	20.40	72.37	21.12	-2.65	.008

#### 4.7 - Validade Temporal da APIC

A validade temporal da escala em estudo, foi analisada através do cálculo das correlações de Pearson e do teste *t de Student* (Tabela 7).

**Tabela 7 – Análise da validade temporal da APIC através do teste t de student e da correlação teste-reteste (n = 49)**

APIC	Teste		Reteste		t	p	r
	M	DP	M	DP			
Auto-Promoção Perfeccionista	29.49	5.45	28.96	6.33	.97	.336	.80
Ocultação das Imperfeições	42.00	16.40	41.12	18.13	.74	.461	.89
APIC Total	71.49	20.57	70.08	23.24	.96	.342	.90

\*\* p ≤ .01

As correlações teste-reteste são muito altas (entre .80 e .90) quer para os dois factores (auto-promoção perfeccionista e ocultação das imperfeições) quer para a escala total.

Para a avaliação da estabilidade temporal, foi ainda realizado um teste *t de student* para amostras dependentes, verificando-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre o teste e o reteste. Isto é, a partir das análises realizadas verificámos que a APIC apresenta boas características em termos de estabilidade temporal.

#### V - Discussão

O papel central do perfeccionismo na psicopatologia do comportamento alimentar tem sido amplamente reconhecido e encontra-se bem documentado por inúmeros estudos (e.g. Cockell et al., 2002; Hewitt et al., 1995).

Dadas as limitações que têm sido imputadas à abordagem unidimensional do perfeccionismo (e.g.,Cockell et al., 2002; Halmi et al., 2000), muitos autores propuseram estudar este constructo tendo em conta uma perspectiva mais alargada, a qual envolve aspectos pessoais e sociais (Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991a). Actualmente reconhece-se que diversas facetas deste traço desempenham funções particularmente relevantes neste processo.

Mais tarde, Hewitt e colaboradores (2003) identificaram a importância de distinguir a necessidade de ser perfeito, proposta anteriormente, da necessidade de se apresentar como perfeito perante os outros. Esta necessidade surge após o reconhecimento de diferenças entre os indivíduos ao nível da expressão social do perfeccionismo. A forma como os indivíduos expressam o perfeccionismo socialmente poderia envolver a necessidade de parecer perfeito ou a necessidade de evitar parecer imperfeito aos olhos dos outros. Neste âmbito, Hewitt e colaboradores (2003) identificaram e integraram ao modelo multidimensional existente uma nova dimensão do

perfeccionismo: a auto-apresentação perfeccionista. Com a identificação desta nova faceta Hewitt e colaboradores (2003) procederam à construção de uma escala para avaliar a necessidade que o indivíduo apresenta de se mostrar aos outros de uma forma perfeita – *Perfectionistic Self-Presentation Scale* (PSPS; Hewitt, Flett, Sherry, Habke, Parkin, Lam, McMurty, Ediger, Stein & Fairlie, 2003).

Paralelamente, no âmbito da relação entre perfeccionismo e perturbações alimentares um outro conceito central é o de imagem corporal (Strigel-Moore et al., 1993) nomeadamente, a necessidade de apresentar uma imagem corporal perfeita perante os outros. Apesar de já existir uma medida global da auto-apresentação perfeccionista (PSPS; Hewitt, Flett, Sherry, Habke, Parkin, Lam, McMurty, Ediger, Stein & Fairlie, 2003) era ainda inexistente uma medida desta necessidade de se apresentar como perfeito aplicada especificamente à dimensão corporal. De forma a responder a esta necessidade foi desenvolvida a Escala de Auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal (APIC; Ferreira, Pinto-Gouveia & Duarte, 2011).

Este estudo foi conduzido com o objectivo de validar essa escala (APIC; Ferreira, Pinto-Gouveia & Duarte, 2011), um instrumento de auto-resposta desenvolvido para medir a dimensão interpessoal do perfeccionismo num domínio específico – a imagem corporal, ou seja, esta escala visa avaliar a necessidade que o indivíduo tem de mostrar uma imagem corporal perfeita perante os outros.

Para atingir esse objectivo foi utilizada uma amostra de 907 sujeitos, de ambos os géneros e com uma ampla gama de idades. Inicialmente, foi realizada uma Análise Factorial Exploratória, numa ampla amostra da população geral que indicou uma estrutura de dois factores: a ocultação das imperfeições e a auto-promoção perfeccionista. O primeiro é constituído por treze itens e avalia a necessidade do indivíduo ocultar as imperfeições corporais percebidas perante os outros; o segundo é constituído por seis itens que traduzem o esforço que o indivíduo faz para exibir e promover uma aparência física como perfeita aos olhos dos outros. Os dois factores explicam 56.85% da variância, sendo que o primeiro factor - ocultação das imperfeições explica 46.81% e o segundo - auto-promoção perfeccionista explica 10.04%.

Posteriormente, esta estrutura foi testada através da realização de uma Análise Factorial Confirmatória, numa amostra distinta constituída por 457 sujeitos da população geral de ambos os géneros. Verificámos que os indicadores de adequabilidade do modelo são bastante satisfatórios, de acordo com o recomendado por Byrne (2010), e que os indicadores de ajustamento local do modelo testado foram adequados para as 19 variáveis endógenas analisadas. Todas essas variáveis revelam saturações factoriais significativas e de valor apropriado para o respectivo factor.

As qualidades psicométricas da escala foram avaliadas através do estudo da consistência interna, validade divergente, convergente e estabilidade temporal.

Os estudos de consistência interna mostram que a APIC possui boa fidedignidade apresentando valores muito bons de consistência interna para a

escala total e para cada uma das dimensões: ocultação das imperfeições e auto-promoção perfeccionista (.93; .94 e .80, respectivamente). A análise das correlações item-total demonstram a adequação e qualidade dos itens tendo em conta o que a escala avalia, revelando valores que variam entre .41 e .79.

Os estudos de validade convergente e divergente foram realizados através da correlação desta escala com outros instrumentos que medem a necessidade de ser perfeito e de se apresentar como perfeito de uma forma geral, a flexibilidade cognitiva ou aceitação da imagem corporal, vulnerabilidade à patologia alimentar e sintomatologia depressiva, ansiosa e *stress*. Os resultados mostram que a auto-promoção perfeccionista e a ocultação das imperfeições se associam positivamente com a necessidade de ser perfeito e de se apresentar como perfeito de uma forma geral. Das facetas avaliadas através do FMPS, realça-se a preocupação com os erros como a faceta mais associada com a auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal, especialmente com a subescala ocultação das imperfeições. Tal como referem os autores da escala, a dimensão preocupação com os erros destaca-se como a componente central para o conceito (Frost et al., 1990). A medida de auto-apresentação geral associa-se positiva e moderadamente com ambas as facetas e o total da APIC. Este resultado sugere que apesar de medirem o mesmo constructo geral, as subescalas destas duas escalas não medem exactamente a mesma coisa. Esta associação positiva com as outras medidas de perfeccionismo é um indicador de uma boa validade convergente.

Paralelamente, na análise divergente desta escala verificámos que a necessidade de apresentar uma imagem corporal perfeita perante os outros está associada negativamente com a flexibilidade ou aceitação da imagem corporal.

Estes resultados evidenciam ainda que a necessidade de apresentar uma imagem corporal perfeita perante os outros está associada positivamente com a vulnerabilidade à patologia alimentar. Estes resultados corroboram os resultados já encontrados em estudos com a medida geral da auto-apresentação perfeccionista (Hewitt et al., 1995; Cockell et al., 2002). A excepção verifica-se na subescala bulimia que apesar de apresentar associação positiva na relação com a subescala da auto-promoção perfeccionista, essa revela-se sem significância estatística. No que toca à relação dessa com a subescala a ocultação das imperfeições e o total da APIC, a associação existente é positiva e significativa contudo, possui uma magnitude muito baixa. Esta excepção na subescala bulimia deve ser interpretada com cautela uma vez que este estudo foi realizado na população geral e tendo em conta as características da própria subescala que mede a frequência de episódios de sobrealimentação e a sensação de empanturramento após as refeições.

A tendência ou necessidade para apresentar uma imagem corporal perfeita perante os outros está ainda associada à sintomatologia depressiva, ansiosa e *stress*. Verificou-se que a associação mais expressiva ocorre entre a subescala ocultação das imperfeições e a sintomatologia depressiva (.42).

Em suma, estes resultados indicam que quando maior a necessidade

de apresentar uma imagem corporal perfeita aos outros ocultando qualquer imperfeição, maior a vulnerabilidade para a patologia alimentar e a sintomatologia depressiva, ansiosa e *stress*.

Adicionalmente, o estudo das diferenças de género permitiu verificar que esta medida revela um padrão diferencial consoante o sexo. O sexo feminino apresenta valores médios superiores de necessidade de apresentação de uma imagem corporal como perfeita (tanto quanto considerada a escala total como em cada uma das suas dimensões desta medida), comparativamente ao sexo masculino.

Finalmente, os estudos da estabilidade temporal da APIC revelam uma estabilidade teste-reteste muito boa (.90). Em ambas as análises realizadas (correlações de Pearson e *t* de *student*) não foram encontradas diferenças significativas entre as duas passagens da escala.

## VI - Conclusão

O perfeccionismo desempenha um papel relevante e alvo de interesse em diversas áreas da psicologia, nomeadamente na psicopatologia. Apesar de inicialmente o perfeccionismo ter sido conceptualizado como um constructo unidimensional, ao longo do tempo têm sido identificadas várias dimensões deste constructo. A auto-apresentação perfeccionista foi a dimensão do perfeccionismo mais recentemente descoberta.

Assim, esta investigação procurou validar uma escala que avalia essa dimensão do perfeccionismo aplicada a um conceito muito importante na relação entre perfeccionismo e perturbações alimentares: a imagem corporal. Através dos resultados deste estudo, verificámos e confirmámos a estrutura factorial da escala e concluímos que a escala APIC possui boas características psicométricas, boa validade de constructo e boa validade temporal.

Em relação às limitações deste estudo, uma delas tem a ver com a constituição da amostra pois, esta é constituída apenas por sujeitos da população geral e a maior parte são estudantes. Uma amostra mais variada no que diz respeito às características demográficas dos sujeitos pode ser útil para dessa forma obter uma amostra mais representativa da população portuguesa. Outra limitação está relacionada com a amostra utilizada na avaliação da estabilidade temporal. Essa amostra apresenta uma baixa variabilidade em termos de género e idade (quase todos os sujeitos são do género feminino e da mesma idade). De forma a ultrapassar esta questão é importante que estudos futuros repliquem este estudo de validade temporal numa amostra mais representativa da população (idades e géneros mais variadas).

É ainda encorajada pesquisa futura para analisar a composição factorial e as qualidades psicométricas em amostras clínicas de grande dimensão, tendo em conta a importância que este constructo parece ter na psicopatologia, nomeadamente nas perturbações do comportamento alimentar. E, neste sentido, perceber se esta escala se revela uma melhor medida para explicar as perturbações alimentares do que a *Perfectionistic*

*Self-Presentation Scale* (PSPS; Hewitt, Flett, Sherry, Habke, Parkin, Lam, McMurty, Ediger, Stein & Fairlie, 2003) uma vez que, avalia a auto-apresentação perfeccionista aplicada ao domínio da imagem corporal - conceito que se tem revelado central nas perturbações do comportamento alimentar.

Deste modo, e apesar das limitações encontradas, a APIC revela-se um instrumento válido e fiável, e com utilidade para a avaliação deste novo constructo de auto-apresentação perfeccionista da imagem corporal, que após este estudo, pode constituir-se como um importante contributo em contexto clínico e de investigação na população portuguesa.

## VII - Bibliografia

Antony, M. & Swinson, R. (1998). *When perfect isn't enough: strategies for coping with perfectionism*. Oakland, C.A.: New Harbinger Publication.

Bardone-Cone, A.M., Wonderlich, S.A., Frost, R. O., Bulik, C.M., Mitchell, J.E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27, 384-405.

Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T., & Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 147-152. doi: 10.1002/1098-108X(199503)17:2<147::AID-EAT2260170207>3.0.CO;2-X

Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Pilkonis, P. A., Bondi, C. M. & Sanislow, C. A. (1998). When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: further analyses of the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66, 423-428.

Brannan, M. & Petrie, T. (2008). Moderators of the body dissatisfaction – eating disorder symptomatology relationship: replication and extension. *Journal of Counseling Psychology*, 55(2), 263-275.

Bulik, C. M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S. E., Aggen, S., & Sullivan, P. F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *The American Journal of Psychiatry*, 106, 366-368.

Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming*. New York: Routledge.

Cash, T. & Brown, T. (1989). Gender and Body Images: Stereotypes and Realities. *Sex Roles*, 21, 5/6, 361-373.

Cash, T. F. (2002). Cognitive Behavioral perspectives on body image. In T. Cash, & T. Pruzinsky. (Eds.) *Body Image: a handbook of theory, research & clinical practice*. New York: The Guilford Press.

Cash, T. (2004). Body Image: past, present and future. *Body Image, 1*, 1-5. Doi: 10.1016/S1740-1445(03)00011-1

Cash, T., Morrow, J., Hrabosky, J. & Perry, A. (2001). How has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(6), 1081-1089.

Castro, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B. & Toro, J. (2004). Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health, 35*(3), 392-398.

Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E. M., Flett, G. L. & Remick, A. (2002). Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research, 26*, 745-758. doi: 10.1023/A:1021237416366

Cruz, J. F., Varela, I. & Cabanelas, S. (2010). Perfeccionismo, auto-apresentação e ansiedade na competição desportiva e na prática de exercício: estudo exploratório com atletas de competição e praticantes de exercício. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho, Portugal.

Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climpisi.

Frost, R. O., Marten, P., Lahart, P., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and Research, 14*, 449-468. doi: 10.1007/BF01172967

Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., Duarte, C. (2011). The Validation of the Body Image Acceptance and Action Questionnaire: exploring the moderator effect of acceptance on disordered eating. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 11*(3), 327-345.

Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., Duarte, C. (2011). The Validation of the Body Image Acceptance and Action Questionnaire: exploring the moderator effect of acceptance on disordered eating. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 11*(3), 327-345.

Flett, G. L., Hewitt, P. L. (2005). The perils of perfectionism in sports and exercise. *American Psychological Society, 14*, 14-18. doi:

10.1111/j.0963-7214.2005.00326.X.

Flett, G. L., Hewitt, P. L., & De Rosa, T. (1996). Dimensions of perfectionism psychosocial adjustment and social skills. *Personality and individual differences*, 20, 143-150. doi: 10-1016/0191-8869(95)00170-0.

Pag | 39

Gardner, R. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal of Psychology*, 87, 327-337.

Garner, D. (2002). Body Image and Anorexia Nervosa. In T. Cash, & T. Pruzinsky. (Eds.) *Body Image: a handbook of theory, research & clinical practice*. New York: The Guilford Press.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 15-34. doi: 10.1002/1098-108X (198321)

Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J & Garfinkel, P. E. (1984). Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 46, 255-266.

Gilbert, P., Price, J., & Allan, S. (1995). Social comparison, social attractiveness and evolution: How might they be related?. *New Ideas in Psychology*, 13, 149–165. doi: 10.1016/10732-118X(95)00002-X

Glauert, R., Rhodes, G., Byrne, S., Fink, B. & Grammer, K. (2009). Body dissatisfaction and the effects of perceptual exposure on body norms and ideals. *International Journal of Eating Disorders*, 42:5, 443-452. doi: 10.1002/eat.20640

Goldner, E. M., Cockell, S. & Srikaneswaran, S. (2002). Perfectionism and Eating Disorders. In Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (Eds.). *Perfectionism: theory, research and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Halmi, K.A., Sunday, S., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D., Fitcher, M., Treasure, J., Berretini, W., Kaye, W. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*; 157:1799-1805.

Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991a). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470. doi:10.1037/0022-3514.60.3.456

Hewitt, P. L., Flett, G. L. (1991b). Dimensions of Perfectionism in Unipolar Depression. *Journal of Abnormal Psychology* 100 (1): 98–101. doi: 10.1037/0021-843X.100.1.98

Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression: A test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 58-65. doi: 10.1037/0021-843X.102.1.58

Hewitt, P. L., Flett, G. L. & Ediger, E. (1995). Perfectionism trait and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 317-326. doi: 10.1002/1098-108X(199512)18:4<317::AID-EAT2260180404>3.0.CO;2-2

Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., Habke, M., Parkin, M., Lam, R. W., McMurtry, B., Ediger, E., Stein, M., Fairlie, P. (2003). The interpersonal expression of perfectionism: Perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1303-1325. doi: 10.1037/0022-3514.84.6.1303

Kline, R. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modelling*. New York: The Guilford Press.

Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression and Anxiety Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation. doi: 10.1016/0005-7967(94)00074-U

Macedo, A., Soares, M. J., Azevedo, M. H., Gomes, A., Pereira, A. T., Maia, B., & Pato, M. (2007). Perfectionism and Eating Attitudes in portuguese university students. *European Eating Disorders Review*, 15, 296-304. doi: 10.1002/erv.735

Machado, P., Gonçalves, S. Martins, C. & Soares, I. (2001). The portuguese version of the eating disorders inventory: Evaluation of its psychometric properties. *European Eating Disorders Review*, 9, 43-52. doi: 10.1002/erv.359

McGee, B. J., Hewitt, P. L., Sherry, S. B., Parkin, M., & Flett, G. L. (2005). Perfectionistic self-presentation, body image, and eating disorder symptoms. *Body Image*, 2, 29-40. doi: 10.1016/j.bodyim.2005.01.00

McLaren, L. Gauvin, L. & White, D. (2001). The role of perfectionism and excessive commitment to exercise in explaining dietary restraint: replication and extension. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 307–313. doi: 10.1002/eat.1023

Mintz, L. B. & Betz, N. E. (1986). Sex differences in the nature, realism, and correlates of body image. *Sex roles*, 13, 185-195. doi: 10.1007/BF00287483

Pais Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão ansiedade e stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.

Pruzinsky, T & Cash, T. (2002). Understanding body images: historical and contemporary perspectives. In T. Cash, & T. Pruzinsky. (Eds.) *Body Image: a handbook of theory, research & clinical practice*. New York: The Guilford Press.

Sherry, S., Hewitt, P. L., Besser, A., McGee, B. J. & Flett, G.L. (2003). Self-oriented and socially prescribed perfectionism in the eating disorder inventory perfectionism subscale. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 69–79. doi: 10.1002/eat.10237

Slaney, R. B., Rice, K. G. & Ashby, J. S. (2002). A programmatic approach to measuring perfectionism: The almost perfect scales. In G. Flett, & P. Hewitt. (Eds.) *Perfectionism: Theory, research and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Stice, E. (2002). Body Image and Bulimia Nervosa. In T. Cash, & T. Pruzinsky. (Eds.) *Body Image: a handbook of theory, research & clinical practice*. New York: The Guilford Press.

Stice, E., & Shaw, H. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of bulimic pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 985-993.

Stice, E., Spangler, D. & Agras, W. S. (2001). Exposure to media-portrayed thin-ideal images adversely affects vulnerable girls: a longitudinal experiment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20-3, 270-288.

Strahan, E.J., Wilson, A.E., Cressman, K.E., & Buote, V.M. (2006). Comparing to perfection: How cultural norms for appearance affect social comparisons and self image. *Body Image*, 3, 211–227. doi: 10.1016/j.bodyim.2006.07.004

Strigel-Moore, R. H., Silberstein, L. R. & Rodin, J. (1993). The social self in bulimia nervosa: public self-consciousness social anxiety, and perceived fraudulence. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 297-303.

## VII - Anexos

## **VII - ANEXOS**

## **Anexo 1**

Auto-apresentação Perfeccionista da Imagem Corporal

(APIC; Ferreira, Pinto-Gouveia & Duarte, 2011)



## **Anexo 2**

### Escala Multidimensional de Perfeccionista de Frost

(FMPS; Frost, R. O., Marten, P., Lahart, P., & Rosenblate, R., 1990;  
traduzido e adaptado para Português por Ferreira, C. & Pinto Gouveia, 2006)

## F.M.P.S.

(Frost, Martin, Lahart & Rosenblate, 1990; Tradução e adaptação Ferreira, C., & Pinto Gouveia, 2006)

Leia por favor cada afirmação e registre o seu **grau de acordo** utilizando a escala seguinte. Se está completamente de acordo faça um círculo no 5, se discorda completamente registre o número 1, se se sente indeciso ou neutro escolha o ponto 3.

**1            2            3            4            5**  
**Discordo            Neutro            Concordo**  
**Completamente            Completamente**

1 Os meus pais estabelecem padrões muito elevados para mim.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
2 A organização é muito importante para mim.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
3 Enquanto criança fui punida por fazer as coisas de forma não perfeita.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4 Se não estabelecer padrões elevados para mim, ficarei sempre em segundo lugar.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
5 Os meus pais nunca tentaram compreender os meus erros.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6 É importante para mim, que eu seja completamente competente em tudo o que faço.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

## **Anexo 3**

### Escala de Auto-apresentação Perfeccionista

(P.S.P.S; Hewitt, Flett, Sherry, Habke, Parkin, Lam, McMurty, Ediger, Stein & Fairlie, 2003; tradução e adaptação portuguesa Ferreira, 2006)



## **Anexo 4**

Questionário de Aceitação e Acção da Imagem Corporal

(BI-AAQ; Sandoz et al., 2009; versão portuguesa de Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte,  
2011)

## BI-AAQ

(Sandoz, E., Wilson, K., Merwin, R., 2009; Tradução e adaptação Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., 2009)

Em baixo irá encontrar uma lista de afirmações. Por favor classifique a veracidade de cada uma delas em relação a si. Use a seguinte escala de classificação para as suas escolhas. Por exemplo, se acredita que a afirmação é “sempre verdade”, deverá escrever um 7 antes da afirmação.

<b>Nunca verdadeiro</b>	<b>Muito raramente verdadeiro</b>	<b>Raramente verdadeiro</b>	<b>Algumas vezes verdadeiro</b>	<b>Muitas vezes verdadeiro</b>	<b>Quase sempre verdadeiro</b>	<b>Sempre verdadeiro</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

- \_\_\_\_ 1. A preocupação com o meu peso torna-me difícil viver a vida que valorizo.
- \_\_\_\_ 2. Preocupo-me demasiado com o meu peso e com a forma do meu corpo.
- \_\_\_\_ 3. Vou-me abaixo quando me sinto mal com o meu peso ou com a forma do meu corpo.
- \_\_\_\_ 4. Os meus pensamentos e os meus sentimentos acerca do meu peso e forma corporal têm de mudar antes de eu tomar decisões importante na minha vida.

## **Anexo 5**

### Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar

(EDI; Garner, Olmsted, & Polivy, 1983; versão portuguesa de Machado, Gonçalves, Martins, & Soares, 2001)

## EDI

Esta é uma escala que mede uma variedade de atitudes, sentimentos e comportamentos. Alguns dos itens relacionam-se com comida, alimentação, peso ou imagem corporal. Outros itens questionam-no sobre sentimentos acerca de si próprio.

NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS NEM ERRADAS, POR ISSO, TENDE SER COMPLETAMENTE HONESTO(A) NAS SUAS RESPOSTAS.

Leia atentamente cada questão e coloque um X na coluna que considera que melhor se aplica a si.

Por favor responda cuidadosamente a cada questão.

OS RESULTADOS SÃO COMPLETAMENTE CONFIDENCIAIS.

Sempre	Quase Sempre	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca	
<input type="checkbox"/>	1. Como doces e hidratos de carbono sem me sentir nervoso(a).					
<input type="checkbox"/>	2. Acho que o meu estômago é demasiado grande.					
<input type="checkbox"/>	3. Desejava poder voltar à segurança da infância.					
<input type="checkbox"/>	4. Como quando estou aborecido(a).					
<input type="checkbox"/>	5. Empanturro-me com comida.					

## **Anexo 6**

### Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

(EADS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado,  
& Leal, 2004)

## EADS-21

(Lovibond & Lovibond, 1995)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

<b>Não se aplicou nada a mim</b>	<b>Aplicou-se a mim algumas vezes</b>	<b>Aplicou-se a mim muitas vezes</b>	<b>Aplicou-se a mim a maior parte das vezes</b>
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

	0	1	2	3
1. Tive dificuldades em me acalmar.				
2. Senti a boca seca.				
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.				
4. Senti dificuldades em respirar.				