

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE (UFS)
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA (POSGRAP)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGSI)**

MICHELLE DE FARIAS LEITE

**MODELO EXPLICATIVO PARA O TRANSTORNO DE ANSIEDADE
GENERALIZADA: OS PAPÉIS DA INTOLERÂNCIA À INCERTEZA,
PREOCUPAÇÃO E REGULAÇÃO EMOCIONAL**

*Explanatory model for generalized anxiety disorder: The role of the intolerance
to uncertainty, worry, and emotional regulation*

**Junho de 2022
São Cristóvão, SE**

MICHELLE DE FARIAS LEITE

**MODELO EXPLICATIVO PARA O TRANSTORNO DE ANSIEDADE
GENERALIZADA: O PAPEL DA INTOLERÂNCIA À INCERTEZA,
PREOCUPAÇÃO E REGULAÇÃO EMOCIONAL**

*Explanatory model for generalized anxiety disorder: The role of the intolerance
to uncertainty, worry, and emotional regulation*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS) como
requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. André Faro

Linha de Pesquisa: Saúde e Desenvolvimento Humano

**Junho de 2022
São Cristóvão, SE**

MICHELLE DE FARIAS LEITE

**MODELO EXPLICATIVO PARA O TRANSTORNO DE ANSIEDADE
GENERALIZADA: O PAPEL DA INTOLERÂNCIA À INCERTEZA,
PREOCUPAÇÃO E REGULAÇÃO EMOCIONAL**

*Explanatory model for generalized anxiety disorder: The role of the intolerance
to uncertainty, worry, and emotional regulation*

Aprovada em __/__/____

Prof. Dr. André Faro
Universidade Federal de Sergipe (PPGPSI/UFS)
Orientador/Presidente

Prof. Dr. Joilson Pereira da Silva
Universidade Federal de Sergipe (PPGPSI/UFS)
Membro Interno

Dra. Prísla Ücker Calvetti
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)
Membro Externo

*À minha família, pelo amor e por nunca terem poupado
esforços para me ajudar a alcançar este sonho.*

Agradecimentos

À Deus, por tudo.

Aos meus pais, obrigada por cada palavra de conforto, pelos conselhos e, por muitas vezes, terem sido minha fortaleza nos momentos de maior dificuldade. À minha irmã Camila, por me incentivar e estar sempre ao meu lado.

Ao meu amor, Elton, por todo o carinho, apoio e por torcer tanto por mim.

Ao meu orientador, professor Dr. André Faro, pela orientação cuidadosa, pela incrível dedicação, disponibilidade e confiança. Obrigada por todas as oportunidades e por acreditar no meu potencial. Foi uma grande honra aprender com o senhor.

Ao GEPPS, pelos conhecimentos compartilhados e por tornar as noites de quinta-feira mais animadas e produtivas. Ao meu primeiro orientando de iniciação científica, Luiz, obrigada pela parceira. Às doutorandas Geovanna e Catiele, por terem me orientado quanto aos caminhos da docência, compartilhando comigo suas disciplinas durante o estágio. Vocês me ensinaram muito! Agradeço, em especial, a Maísa, Luanna, Amanda, Mari Serrão e Millena, com as quais compartilhei minhas angústias e encontrei acolhimento. Vocês tornaram essa caminhada mais leve, ainda que de forma virtual.

Agradeço aos professores Dr. Joilson e Dra. Prísla por aceitarem participar da avaliação desta dissertação e pelas cuidadosas contribuições.

À minha terapeuta Laís, por me ajudar a concluir com um pouco mais de tranquilidade essa etapa tão importante da minha vida.

À todos os participantes desta pesquisa. Sem vocês não seria possível a realização deste trabalho.

Resumo

A presente dissertação buscou mapear as relações estabelecidas entre o transtorno de ansiedade generalizada (TAG), a intolerância à incerteza (II), a preocupação e a regulação emocional (RE). Para isso, foram realizados de quatro estudos. No Estudo 1 foi feita de uma revisão narrativa da literatura, cujo objetivo foi levantar os principais aspectos teóricos e empíricos do TAG. Os resultados do estudo 1 identificaram a evolução conceitual do transtorno, sua epidemiologia e aspectos clínicos, além das repercussões físicas, psicológicas e sociais provocadas por ele. Além disso, a revisão buscou enfatizar os modelos explicativos atualmente existentes sobre o TAG e suas respectivas contribuições. O Estudo 2 consistiu numa revisão de escopo acerca da associação entre o TAG e a RE. Buscou-se reunir os achados da literatura e analisar os aspectos bibliométricos, metodológicos e de conteúdo dos artigos encontrados. Foi observado que as estratégias tidas como mal adaptativas de RE, a exemplo da supressão emocional, tendem a se associar positivamente à ocorrência do TAG. Ainda, que a RE apresentou efeito de mediação e moderação na explicação de diversas relações com desfecho em TAG. No Estudo 3 foi conduzida uma análise fatorial confirmatória e de invariância de medida da Escala de Intolerância à Incerteza (*Intolerance of Uncertainty Scale* [IUS-12]), a fim de estabelecer evidências de validade com base na estrutura interna e avaliar os parâmetros do instrumento para diferentes grupos de pessoas. Neste, os resultados atestaram que a IUS-12 possui estrutura bidimensional, características psicométricas satisfatórias e que é invariante segundo o gênero, escolaridade e renda familiar, podendo ser considerado um instrumento confiável para mensuração nos níveis de incerteza. Por fim, no Estudo 4 realizou-se uma investigação empírica visando a testar um modelo explicativo para o TAG, tendo a II e a preocupação como variáveis preditoras, as estratégias de RE e a desregulação emocional (DE) enquanto variáveis mediadoras e o gênero como fator confundidor. Participaram do estudo 944 pessoas da população geral. Verificou-se que o modelo final encontrado obteve ajuste

satisfatório, indicando que as relações diretas e indiretas estabelecidas entre as variáveis foram estatisticamente significativas. No entanto, as estratégias de RE não apresentaram efeito de mediação, restando apenas a DE enquanto fator mediador da relação entre a II, preocupação e o TAG. Acredita-se que os achados apontados nesta dissertação poderão contribuir para uma maior compreensão acerca dos mecanismos do TAG, além de auxiliar profissionais de saúde mental a direcionar pontos de intervenção específicos. Em suma, espera-se elucidar a ligação de potenciais fatores que levam ao desenvolvimento de TAG e que aumentam sua probabilidade de ocorrência.

Palavras-chave: ansiedade; transtorno de ansiedade generalizada; intolerância à incerteza; preocupação; regulação emocional.

Abstract

This dissertation aimed to map relationships between generalized anxiety disorder (GAD), intolerance of uncertainty (IU), worry and emotional regulation (ER). Four studies were carried out. In the Study 1, it was performed a narrative review of the literature, with the objective of raising the main theoretical and empirical aspects of GAD. The results identified the conceptual evolution, epidemiology, and clinical aspects, in addition to the physical, psychological and social repercussions caused by GAD. This review also emphasized the explanatory models currently existing about de GAD and their respective contributions. The Study 2 consisted of a scope review on the association between GAD and ER. We sought to gather the findings from the literature and analyze bibliometric, methodological and content aspects of the articles. It was observed that strategies considered as maladaptive, such as emotional suppression, tend to be positively associated with the occurrence of GAD, and that ER had a mediation and moderation effect in the explanation of GAD. In Study 3, a confirmatory factor analysis and measurement invariance of the Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-12) was conducted to assess psychometric properties and parameters of the instrument. The results attested that the IUS-12 has a bidimensional structure, satisfactory psychometric characteristics and is invariant according to gender, education level, and family income. Finally, in Study 4 an empirical investigation was performed to test an explanatory model for GAD, including IU and worry as predictor variables, ER strategies and emotional dysregulation (ED) as mediating variables, and gender as confounding factor of this relationship. The sample was composed of 944 individuals from the general population. It was found that the final model had a satisfactory fit, indicating that the direct and indirect relationships established between the variables were significant. However, ER strategies did not present a mediation effect. Only ED showed a mediator effect between IU, worry, and GAD. The findings pointed out in this dissertation may contribute to a greater understanding of the mechanisms of GAD, in addition to helping mental health

professionals to direct specific interventions. In short, we hope to elucidate the link between potential factors that lead to the development of GAD and increase its occurrence probability.

Keywords: anxiety; generalized anxiety disorder; intolerance of uncertainty; worry; emotional regulation.

Sumário

Lista de Figuras	13
Lista de Tabelas.....	14
Lista de Abreviações e Siglas.....	15
Apresentação.....	18
Estudo 1 - Transtorno de ansiedade generalizada: Uma revisão narrativa	30
Resumo	30
Introdução	32
Aspectos conceituais e descritivos do TAG	34
Epidemiologia e aspectos clínicos	36
Modelos explicativos do TAG	40
Síntese analítica dos modelos explicativos do TAG.....	48
Considerações finais	50
Referências.....	52
Estudo 2 - Revisão de escopo sobre o transtorno de ansiedade generalizada e a regulação emocional.....	63
Resumo	63
Introdução	65
Método	69
Resultados.....	74
Discussão	84

Referências.....	88
Estudo 3 - Análise fatorial confirmatória da IUS-12 no Brasil.....	98
Resumo	98
Introdução	100
Método	104
Resultados.....	106
Discussão	110
Referências.....	113
Estudo 4 - Transtorno de ansiedade generalizada e sua relação com a intolerância à incerteza, a preocupação e a regulação emocional.....	120
Resumo	120
Introdução	122
Método	126
Resultados.....	129
Discussão	134
Referências.....	140
Considerações Finais	152
Anexos	155
Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	156
Anexo 2: Escala de Intolerância à Incerteza, versão reduzida (IUS-12)	157
Anexo 3: Escala Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7)	158
Anexo 4: Questionário Sociodemográfico e clínico	159

Anexo 5: Aceite do projeto de pesquisa pelo comitê de ética	160
Anexo 6: Questionário de Preocupação do Estado da Pensilvânia (PSWQ).....	161
Anexo 7: Questionário de Regulação Emocional (QRE)	162
Anexo 8: Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS-16)]	163

Lista de Figuras

Apresentação

Figura 1. Modelo explicativo inicial previsto do transtorno de ansiedade generalizada 78

Estudo II.

Figura 1. Processo de seleção e análise dos estudos primários descobertos para a revisão de escopo conforme o protocolo PRISMA 68

Estudo III.

Figura 1. Distribuição por estratos das subescalas de II prospectiva e II inibitória..... 103

Estudo IV.

Figura 1. Modelo Teórico do Transtorno de Ansiedade Generalizada 127

Figura 2. Modelo 2 (final) do Transtorno de Ansiedade Generalizada..... 128

Figura 3. Modelo do Transtorno de Ansiedade Generalizada com o Gênero Incluído como Variável Confundidora 129

Lista de Tabelas

Estudo II.

Tabela 1. Base de dados, Descritores, Estratégias de buscas e Resultados Encontrados por Base de Dados na Investigação acerca do TAG e RE.....	66
Tabela 2. Principais Resultados acerca das Características Bibliométricas, Metodológicas e de Conteúdo dos Estudos sobre a Relação entre os Processos de Regulação Emocional e o Transtorno de Ansiedade Generalizada.....	70

Estudo III.

Tabela 1. Estatística Descritiva e Cargas Fatoriais dos Itens da Intolerance of Uncertainty Scale-12 (IUS-12)	104
Tabela 2. Análise de Invariância do Modelo Unidimensional da Intolerance of Uncertainty Scale-12 (IUS-12) por Género, Escolaridade e Renda.....	105

Estudo IV.

Tabela 1. Correlação entre Transtorno de Ansiedade Generalizada, Intolerância à Incerteza, Preocupação, Desregulação Emocional e Estratégias de Regulação Emocional	126
Tabela 2. Efeitos Diretos, Indiretos e Totais do Modelo 2.....	129

Lista de Abreviações e Siglas

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

AFCMG – Análise Fatorial Confirmatória Multigrupo

APA – *American Psychological Association*

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CAFe – Comunidade Acadêmica Federada

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CERQ – *Cognitive Emotional Regulation Questionnaire*

COnNECT - *Clinical Online Network of Evidence for Care and Therapeutics*

Covid-19 - *Coronavirus Disease 2019*

CR – *Composity Reliability*

DE – Desregulação Emocional

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DERS – *Difficulties in Emotion Regulation Scale*

DP – Desvio Padrão

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

ERQ – *Emotional Regulation Questionnaire*

GAD-2 – *Generalized Anxiety Disorder Scale - 2*

GAD-7 – *Generalized Anxiety Disorder Scale*

GAD-Q-IV – *Generalized Anxiety Disorder Questionnaire IV*

GBD – *Global Burden Disease*

GFI – *Goodness of Fit Index*

II – Intolerância à Incerteza

IUS – Escala de Intolerância à Incerteza

IUS-12 – *Intolerance of Uncertainty Scale – Short Form*

JBI – *Joanna Briggs Institute*

Max – Máximo

Min – Mínimo

OMS – Organização Mundial de Saúde

OR – *Odds Ratio*

OSF – *Open Science Framework*

PePSIC – Periódicos Eletrônicos em Psicologia

PNFI – *Parsimony Normed Fit Index*

PREOC – Preocupação

PRISMA-ScR – *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*

PROSPERO – *International Prospective Register of Systematic Reviews*

PSWQ – *Penn State Worry Questionnaire*

PsycINFO – *Psychological Information Database*

QRE – Questionário de Regulação Emocional

RDWLS – *Robust Diagonally Weighted Least Squares*

RE – Regulação Emocional

REC – Regulação Emocional Cognitiva

RMSEA – *Root Mean Square Error of Approximation*

SAC – Sistema de Ativação Comportamental

SCID-I – *Structured Clinical Interview for DSM-IV*

SciELO – *Scientific Eletronic Library Online*

SIC – Sistema de Inibição Comportamental

TA – Transtornos de Ansiedade

TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TLI – *Tucker Lewis Index*

TPS – Transtorno do Processamento Sensorial

UFS – Universidade Federal de Sergipe

WHO – *World Health Organization*

Apresentação

Os transtornos de ansiedade (TA) estão entre os transtornos mentais mais comuns. No mundo, é estimado que cerca de 264 milhões de pessoas possuam algum dos TA (*World Health Organization* [WHO], 2017). O Brasil ocupa o primeiro lugar no *ranking* de países com a maior taxa de prevalência, tendo 9,3% de sua população acometida por TA (WHO, 2017). O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª edição (DSM-5), aponta que existem 11 TA e, dentre eles, encontra-se o transtorno de ansiedade generalizada (TAG). No Brasil, a taxa de prevalência do TAG foi estimada em até 16,5% em adultos da população geral (Orellana et al., 2020).

O TAG é descrito pela ansiedade e preocupação excessivas, desproporcionais e persistentes em vários domínios, tais como saúde, família e trabalho. Elas são consideradas de difícil controle e tendem a estar associadas a sintomas físicos, tais como tensão muscular e inquietação (*American Psychological Association* [APA], 2014). O TAG se caracteriza pela cronicidade e difícil remissão espontânea (Newman et al., 2013), estando associado a prejuízos no funcionamento social e profissional, impactos na saúde física, além de frequentemente ser comórbido a outros transtornos (APA, 2014; Newman, 2013; Newman & Przeworski, 2018). Além disso, a reação emocional decorrente da preocupação e ansiedade excessivas é experimentada de modo mais intenso e angustiante pelos indivíduos com TAG quando comparados a amostras não clínicas, o que provoca sofrimento significativo (APA, 2014).

Globalmente, embora teorias acerca do TAG tenham sido desenvolvidas, até recentemente ele foi considerado um dos TA menos estudados (Asmundson & Asmundson, 2018). Essas teorias buscam investigar possíveis fatores explicativos e de manutenção dessa condição. Sobre isso, entende-se que mecanismos psicológicos, tais como processos cognitivos, emocionais e comportamentais, podem assumir papel patogênico, tornando-se potenciais fatores de risco para ocorrência do TAG (Behar et al., 2009). Por sinal, grupos de risco

específicos têm sido considerados ao se tratar da vulnerabilidade para o desenvolvimento desse transtorno, a exemplo das mulheres (APA, 2014). Foi demonstrado que o gênero feminino tem de duas a três vezes mais chances de desenvolver TAG em relação ao masculino (Jalnapurkar et al., 2018). Nessa conjuntura, há evidências na literatura acerca da influência de três variáveis psicológicas na explicação do TAG: a intolerância à incerteza (II; Dugas & Robichaud, 2007), a preocupação (Newman et al., 2017) e a regulação emocional (RE; Mennin, 2004).

A II é definida como uma característica disposicional que resulta em crenças negativas a respeito de situações incertas ou ambíguas e suas implicações. As crenças predominantes são de que eventos inesperados são negativos e que a incerteza interfere desfavoravelmente no planejamento e bom funcionamento pessoal. Tais crenças se associam à incapacidade de tolerar a reação provocada pela ausência de informação suficiente (Carleton, 2016; Dugas & Robichaud, 2007). Pessoas com maiores níveis de II necessitam se certificarem acerca da impossibilidade da ocorrência de um evento ameaçador para não se preocuparem. Dessa forma, a II tem sido apontada como construto principal em um dos modelos mais bem testados de explicação do TAG, o qual afirma que as crenças sobre a incerteza são elementos fundamentais para o desenvolvimento e manutenção desse transtorno, sendo consideradas como fatores de risco (Dugas & Robichaud, 2007).

O viés no processamento da informação parece ser um dos caminhos que levam a II ao TAG (Dugas & Robichaud, 2007; Koerner & Dugas, 2006). A tendência a superestimar o resultado negativo das situações e fazer interpretações ameaçadoras de informações ambíguas podem ser explicadas pela II (Dugas & Robichaud, 2007; Newman et al., 2017). Essa vulnerabilidade cognitiva é capaz de impedir a avaliação objetiva das situações temidas e o processamento de informações corretivas (Newman et al., 2017), o que pode levar a níveis mais elevados de preocupação e ansiedade. Além disso, diante de um problema, a II suscita a exigência de mais informações para a tomada de decisões e acarreta em menos confiança acerca

do que foi decidido (Dugas & Robichaud, 2007; Jensen et al., 2014). Esse funcionamento redundante em preocupação e ansiedade prolongadas, além de reações emocionais desagradáveis sobre as situações temidas e as implicações das deliberações realizadas.

A preocupação é definida como uma experiência emocional, comum a toda população, decorrente de pensamentos desagradáveis e repetitivos sobre o futuro (Sweeny et al., 2017). Ela se torna foco da atenção clínica quando é patológica, ou seja, quando é caracterizada por pensamentos excessivos e incontroláveis, que persistem ao longo do tempo e causam sofrimento e distresse significativos (Songco et al., 2020). A preocupação patológica se associa a vários desfechos negativos em saúde mental e assume um papel particularmente crucial na manutenção do TAG (Newman et al., 2017). Maiores níveis de preocupação são mais frequentemente relatados por mulheres e o conteúdo da preocupação é comumente relacionado com a família, trabalho e finanças, bem como com a baixa autoestima e a falta de confiança (Becker et al., 2003; Robichaud et al., 2003).

Uma corrente de estudos propõe que a preocupação é uma atividade baseada predominantemente no pensamento (Borkovec et al., 2004). Dessa forma, durante a exposição à situação temida, a preocupação é utilizada para suprimir a ocorrência de imagens mentais e sua consequente ativação somática negativa, interferindo negativamente no processamento emocional do medo. Com isso, o processo de confrontação do medo não ocorre, o que resulta na continuidade do uso preocupação, levando a maiores níveis de ansiedade (Dugas & Robichaud, 2007). Vale ressaltar que a preocupação é um mecanismo passível de modificação mediante tratamento psicológico, por meio de técnicas como reestruturação cognitiva e automonitoramento (Behar et al., 2009). Com isso, hipotetiza-se que ao diminuir os níveis de preocupação patológica, intervém-se também sobre o TAG (Hanrahan et al., 2013).

A II e a preocupação são variáveis fortemente correlacionadas (Chen et al., 2018) e ambas se associam ou afetam a capacidade de RE (Ouellet, 2019). A RE pode ser definida como

o processo de gerenciamento das emoções, através de mecanismos e estratégias regulatórias de controle da intensidade emocional indesejada (Leahy et al., 2013). O uso efetivo das estratégias de RE se associa ao bem-estar geral e à melhoria da saúde mental (Hu et al., 2014; Kraiss et al., 2020). Em contrapartida, dificuldades na RE – também chamadas de desregulação emocional (DE) - contribuem para a perpetuação de estados afetivos negativos e se relacionam ao desenvolvimento de transtornos mentais (Grant et al., 2018). Em meados da última década se observou o aumento no número de estudos sobre esta temática, de modo que investigações empíricas acerca da relação entre a RE e a ansiedade parecem estar recebendo maior atenção nos últimos anos (Campbell et al., 2014).

Há evidências da relação entre a DE e o desenvolvimento e manutenção do TAG (Mennin et al., 2005). Já se viu que pessoas com sintomas significativos de TAG ou que apresentam altos níveis de II e preocupação tendem a ter fortes reações emocionais e dificuldades no entendimento das próprias emoções (Mennin, 2004; Ouellet et al., 2019). Além disso, possuem mais atitudes negativas acerca das emoções e utilizam estratégias de RE que agravam seus estados emocionais (Behar et al., 2009). Tal funcionamento pode ser fonte de ansiedade e preocupação excessivas, aumentando a possibilidade de ocorrência do transtorno (Mennin et al., 2004). Assim, é possível inferir que o gerenciamento da reação emocional aversiva provocada pela II e pela preocupação pode funcionar como fator mediador da ocorrência do TAG, a depender das estratégias de RE utilizadas e/ou do grau de dificuldades na RE que o indivíduo possui.

A RE tende a variar de acordo com o gênero (Zimmermann & Iwanski, 2014). No que diz respeito à desregulação da emoção, o gênero feminino tende a apresentar maiores dificuldades para controlar suas emoções negativas (Bender et al., 2012). Sobre isso, sabe-se que homens e mulheres podem se envolver em diferentes, ou até mesmo semelhantes, formas de estratégias de regulação da emoção, com impactos distintos para a saúde mental (Zhang et

al., 2020; Zlomke & Hahn, 2010). Logo, elucidar tais variações da RE em relação ao gênero ajuda a esclarecer caminhos de como homens e mulheres regulam a intensidade emocional provocada pela II e pela preocupação, de modo a favorecer a criação de intervenções mais eficazes, o que poderia ser cogitado, também, em relação à ansiedade generalizada.

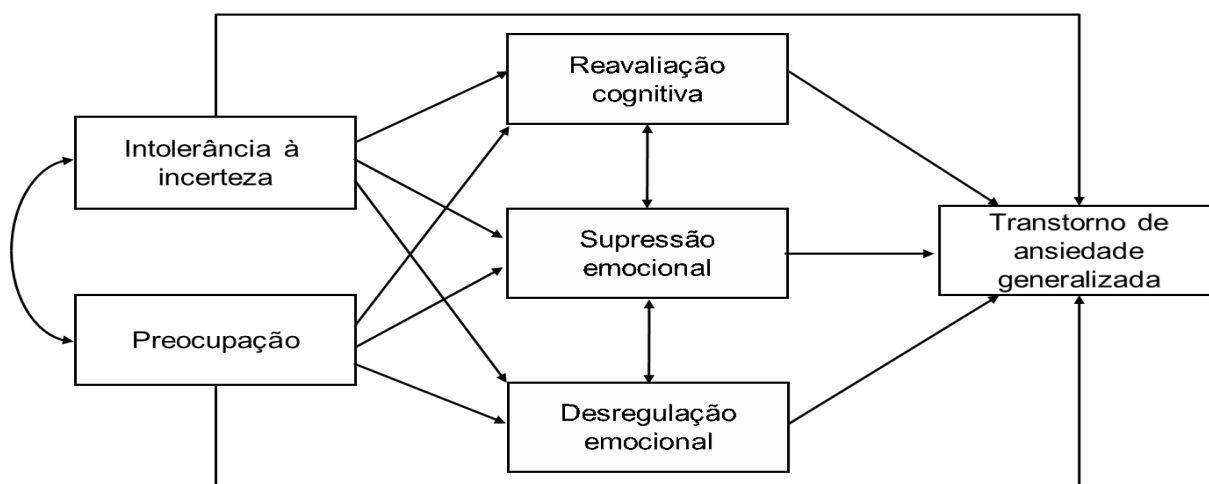
Em suma, tendo em vista que o TAG é considerado um transtorno de alta prevalência na população geral (Orellana et al., 2020) e que gera consequências e prejuízos de diversas ordens (APA, 2014), a análise integrativa de variáveis que favorecem ou que aumentam a vulnerabilidade ao transtorno, tais como II (Dugas & Robichaud, 2007), preocupação (Borkovec et al., 2004), a RE e DE (Mennin et al., 2005) e o gênero (Jalnapurkar et al., 2018), torna-se relevante. Seguindo esta perspectiva, além de contribuir com a literatura acerca do TAG, estudos como este podem promover subsídios para psicólogos e profissionais de saúde que lidam com pacientes que sofrem de ansiedade generalizada.

Proposta do presente estudo

Ao se considerar a relação existente entre a II e a preocupação com a manutenção e desenvolvimento do TAG (Dugas & Robichaud, 2007; Newman et al., 2017), esta dissertação buscou apresentar, em seu estudo final, um modelo explicativo para o TAG no qual a relação entre essas variáveis pode ser mediada pelas estratégias RE e pela DE, além de acrescentar a análise do gênero enquanto fator confundidor. É pertinente ressaltar que não foram encontrados estudos com proposta semelhante a nível nacional. Isto foi verificado por meio de breve busca nas bases de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO.br) e *Periódicos em Psicologia* (PePSIC), com os descritores “ansiedade” OU “transtorno de ansiedade”, e a tradução respectiva em inglês, no mês de dezembro de 2021.

Figura 1

Modelo Explicativo Inicial Previsto do Transtorno de Ansiedade Generalizada.



No âmbito internacional, apenas o trabalho de Ouellet et al. (2019) foi conduzido com objetivo similar de integração das variáveis explicativas do TAG. Esse estudo buscou testar a integração entre o modelo de II — o qual é composto por variáveis como a orientação negativa para o problema, crenças positivas sobre a preocupação, além da II —, o acesso limitado a estratégias de RE e a preocupação. Diferentemente dessa proposta, nesta dissertação foi utilizado apenas o principal componente do modelo de II, e se verificou o possível impacto do gênero na explicação do TAG, o que não foi realizado no referido trabalho.

Como contribuições do modelo aqui proposto, a principal é que foi possível testar empiricamente a integração dos componentes do modelo em uma amostra brasileira. Ademais, investigar as variáveis relacionadas ao TAG pode favorecer a busca por uma compreensão no que tange aos mecanismos explicativos de seu desencadeamento ou influência sobre a vulnerabilidade ao transtorno, com possíveis implicações para a sua conceituação e tratamento. Aliás, ainda que estudos anteriores tenham apontado a importância de estudar as relações entre II, preocupação, RE e TAG (Buhr & Dugas, 2012; Riskind, 2005; Shapero et al., 2016), não foi encontrada no Brasil uma investigação que tenha proposto a integração dessas variáveis, como evidenciado anteriormente.

Diante do exposto, a presente dissertação teve como objetivo geral mapear as relações estabelecidas entre o TAG, a II, a preocupação e a RE e como objetivos específicos os detalhados a seguir em cada um dos estudos realizados. Realizou-se quatro investigações, a saber: dois artigos teóricos, um psicométrico e um estudo empírico. O primeiro estudo correspondeu a um artigo de revisão narrativa da literatura, cujo objetivo foi levantar evidências teóricas e empíricas acerca do TAG na perspectiva da psicologia. Com isso, buscou-se suprir a lacuna de estudos nacionais acerca das questões conceituais desse transtorno. O segundo estudo consistiu numa revisão de escopo sobre a associação entre o TAG e a RE. A partir dele, foi possível analisar os aspectos bibliométricos, metodológicos e de conteúdo dos artigos encontrados, identificar as diferenças do TAG e da RE segundo as variáveis gênero e idade, além de mapear as lacunas existentes. No estudo 3 foi conduzida uma análise fatorial confirmatória e de invariância de medida da Escala de Intolerância à Incerteza (*Intolerance of Uncertainty Scale* [IUS-12]), a fim de estabelecer evidências de validade com base na estrutura interna e avaliar os parâmetros do instrumento para diferentes grupos de pessoas. No estudo 4 conduziu-se uma investigação empírica visando a testar o modelo explicativo proposto para o TAG, tendo II e a preocupação como variáveis preditoras, as estratégias de RE e a DE como variáveis mediadoras e o gênero como fator confundidor dessas relações.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM V*. Artmed.
- Asmundson, G. J. G., & Asmundson, A. J. N. (2018). Are anxiety disorders publications continuing on a trajectory of growth? A look at Boschen's (2008) predictions and beyond. *Journal of Anxiety Disorders*, 56, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.05.003>.
- Becker, E. S., Goodwin, R., Holting, C., Hoyer, J., & Margraf, J. (2003). Content of worry in the community: What do people with generalized anxiety disorder or other disorders worry

- about?. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(10), 688-670.
<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000092198.20420.fc>.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1011–1023.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.006>.
- Bender, P. K., Reinholdt, M. L., Esbjorn, B. H., & Pons, F. (2012). Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: Gender differences. *Personality and Individual Differences*, 53(3), 284-288. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.03.027>.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. Em R. Heimberg, C. Turk, & D. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77–108). The Guilford Press.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2012). Fear of emotions, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty in worry and generalized anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5, 1-17. <https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.1.1>.
- Campbell-Sills, L., Ellard, K. K., & Barlow, D. H. (2014). Emotion regulation in anxiety disorders. Em J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 393–412). The Guilford Press.
- Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30–43.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007>.
- Chen, S., Yao, N., & Qian, M. (2018). The influence of uncertainty and intolerance of uncertainty on anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 61, 60–65. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.06.005>.

- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Routledge.
- Grant, M., Salsman, N. L., & Berking, M. (2018). The assessment of successful emotion regulation skills use: Development and validation of an english version of the Emotion Regulation Skills Questionnaire. *PloS One*, 13(10), e0205095. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205095>.
- Hanrahan, F., Field, A. P., Jones, F. W., & Davey, G. C. (2013). A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 120–132. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.008>.
- Hu, T., Zhang, D., Wang, J., Mistry, R., Ran, G., & Wang, X. (2014). Relation between emotion regulation and mental health: A meta-analysis review. *Psychological Reports*, 114(2), 341–362. <https://doi.org/10.2466/03.20.PR0.114k22w4>.
- Jalnapurkar, I., Allen, M., & Pigott, T. (2018). Sex differences in anxiety disorders: A review. *Journal of Psychiatric Depression and Anxiety*, 4(12). <https://doi.org/10.24966/PDA-0150/100012>.
- Jensen, D., Kind, A. J., Morrison, A. S., & Heimberg, R. G. (2014). Intolerance of uncertainty and immediate decision-making in high-risk situations. *Journal of Experimental Psychopathology*, 5, 178–190. <https://doi.org/10.5127/jep.035113>.
- Koerner, N., & Dugas, M. J. (2006). A cognitive model of generalized anxiety disorder: The role of intolerance of uncertainty. In G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (p. 201–216). Wiley Publishing. <https://doi.org/10.1002/9780470713143.ch12>.
- Kraiss, J. T., Klooster, P. M., Moskowitz, J. T., & Bohlmeijer, E. T. (2020). The relationship between emotion regulation and well-being in patients with mental disorders: A meta

- analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 102, 152189.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152189>.
- Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2013). *Regulação emocional em psicoterapia: Um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental*. Artmed.
- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(1), 17–29. <https://doi.org/10.1002/cpp.389>.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1281–1310. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008>.
- Newman, M. G., & Przeworski, A. (2018). The increase in interest in GAD: Commentary on Asmundson & Asmundson. *Journal of Anxiety Disorders*, 56, 11-13.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.04.006>.
- Newman, M. G., Cho, S., & Kim, H. (2017). Worry and generalized anxiety disorder: A review. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, 10, 439-459.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.05108-7>.
- Newman, M. G., Llera, S. J., Erickson, T. M., Przeworski, A., & Castonguay, L. G. (2013). Worry and generalized anxiety disorder: A review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 275–297. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185544>.
- Orellana, J. D. Y., Ribeiro, M. R. C., Barbieri, M. A., Saraiva, M. C., Cardoso, V. C., Bettiol, H., Silva, A. A. M., Barros, F. C., Gonçalves, H., Wehrmeister, F. C., Menezes, A. M. B., Del-Bem, C. M., & Horta, B. L. (2020). Transtornos mentais em adolescentes, jovens e adultos do Consórcio de Coortes de Nascimento brasileiras RPS (Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís). *Cadernos de Saúde Pública*, 36(2), e00154319. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00154319>.

- Ouellet, C., Langlois, F., Provencher, M. D., & Gosselin, P. (2019). Intolerance of uncertainty and difficulties in emotion regulation: Proposal for an integrative model of generalized anxiety disorder. *European Review of Applied Psychology*, 69(1), 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2019.01.001>.
- Riskind, J. H. (2005). Cognitive mechanisms in generalized anxiety disorder: A second generation of theoretical perspectives. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 1-5. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-1644-0>.
- Robichaud, M., Dugas, M. J., & Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(5), 501-516. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(02\)00237-2](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(02)00237-2).
- Shapero, B. G., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2016). Emotional reactivity and internalizing symptoms: Moderating role of emotion regulation. *Cognitive Therapy and Research*, 40(30), 328-340. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9722-4>.
- Songco, A., Hudson, J. L., & Fox, E. (2020). A cognitive model of pathological worry in children and adolescents: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23(2), 229-249. <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00311-7>.
- Sweeny, K., & Dooley, M. D. (2017). The surprising upsides of worry. *Social and Personality Psychology Compass*, 11(4), e12311. <https://doi.org/10.1111/spc3.12311>.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>.
- Zhang, L., Lu, J., Li, B., Wang, X., & Shangguan, C. (2020). Gender differences in the mediating effects of emotion-regulation strategies: Forgiveness and depression among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 163, 110094. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110094>.

- Zimmermann, P., & Iwanski, A. (2014). Emotion regulation from early adolescence to emerging adulthood and middle adulthood: Age differences, gender differences, and emotion-specific developmental variations. *International Journal of Behavioral Development*, 38(2), 182–194. <https://doi.org/10.1177/0165025413515405>.
- Zlomke, K. R., & Hahn, K. S. (2010). Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Personality and Individual Differences*, 48(4), 408-413. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.11.007>.

– CAPÍTULO 1 –

ESTUDO 1

TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA: UMA REVISÃO NARRATIVA¹

Resumo

A presente revisão narrativa da literatura objetivou reunir evidências teóricas e empíricas acerca do transtorno de ansiedade generalizada (TAG) na perspectiva da psicologia. Para tanto, foi traçada a evolução conceitual e descritiva do transtorno, abarcando aspectos históricos, epidemiológicos e clínicos. Além disso, buscou-se reunir os principais modelos explicativos sobre o TAG e apresentar suas contribuições, convergências conceituais e possíveis limitações. Os modelos apresentados foram modelo de evitação da preocupação, modelo metacognitivo, modelo de intolerância à incerteza, modelo baseado na aceitação, modelo de desregulação emocional e o modelo de evitação de contrastes. Entende-se que a presente pesquisa poderá ampliar o conhecimento científico sobre o TAG, além de servir como arcabouço teórico para o desenvolvimento de pesquisas empíricas sobre o transtorno e, mais amplamente, sobre sua relação com variáveis psicológicas ou psiquiátricas.

Palavras-chave: transtorno de ansiedade generalizada; transtornos de ansiedade; revisão narrativa.

¹ O presente estudo foi preparado para submissão a periódicos da psicologia. No entanto, ainda não foi submetido.

Abstract

This narrative literature review aimed to gather theoretical and empirical evidence about generalized anxiety disorder (GAD) from a psychological perspective. A conceptual and descriptive evolution of the disorder was traced, covering historical, epidemiological and clinical aspects. In addition, we sought to gather the main explanatory models about the TAG and present their contributions, conceptual convergences and possible limitations. The models presented were the worry avoidance model, the uncertainty intolerance model, the metacognitive model, the emotional dysregulation model, the acceptance-based model and the contrast avoidance model. Finally, we hope this review can expand scientific knowledge about GAD, and also works as a theoretical framework for the development of empirical research on the GAD and its relationship with psychological or psychiatric variables.

Keywords: generalized anxiety disorder; anxiety disorders; narrative review.

Introdução

A ansiedade é uma emoção inerente à espécie humana e é uma das variáveis mais enfatizadas na Psicologia quando se discute a relação do homem com o meio, consigo mesmo e com os demais. A ansiedade pode ser definida como um sistema de respostas cognitivas, afetivas, fisiológicas e comportamentais que é ativado quando eventos futuros são percebidos como imprevisíveis, ameaçadores e incontroláveis (Robichaud & Dugas, 2015). Quando este modo de ameaça se manifesta de modo excessivo, impedindo a realização de atividades da vida diária e provocando sofrimento significativo, é considerado patológico e pode desencadear um ou mais transtornos de ansiedade (TA) (Gorman, 2001; Mah et al., 2016).

Entende-se que pessoas podem desenvolver ou não TA conforme suas capacidades de ajustamento psicológico ao meio, isto é, se possuem habilidades para se reequilibrarem de maneira saudável diante de novas circunstâncias e adversidades (Ridder et al., 2008). Por isso, os TA se relacionam com o desenvolvimento, controle e progressão de condições de saúde física e/ou mental, tais como câncer (Shen et al., 2013), doenças cardiovasculares (Tully et al., 2016), dermatoses (Jafferany & Franca, 2014) e doenças neuropsiquiátricas (Mah et al., 2016), o que evidencia a sua ligação com doenças físicas.

Os TA são um conjunto de transtornos que compartilham a ansiedade excessiva como sintoma principal. Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª edição (DSM-5), são 11 os TA: ansiedade de separação e mutismo seletivo (presentes na infância), transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade social, fobia específica, transtorno do pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento, transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, outro transtorno de ansiedade especificado e transtorno de ansiedade não especificado. Eles se diferenciam entre si nos tipos de situações indutoras de ansiedade e no conteúdo dos pensamentos e crenças associados (American Psychological Association [APA], 2014).

Dentre os TA, este artigo busca enfatizar o transtorno de ansiedade generalizada (TAG). O interesse por esse transtorno se evidencia pelo crescente aumento de pesquisas acerca do tema nos últimos 15 anos (Newman & Przeworski, 2018). Contudo, a despeito de sua importância e recente atenção, ele é um dos TA menos estudado em termos globais, e seus mecanismos específicos de explicação ainda carecem de compreensão e refinamento (Asmundson & Asmundson, 2018; Behar et al., 2009; Newman & Przeworski, 2018). Tal lacuna de estudos é ainda mais observada em publicações em língua portuguesa. Em uma breve busca na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO.br), com o descritor “transtorno de ansiedade generalizada”, sem limitação no período de busca, no mês de junho de 2021, retornaram apenas 17 artigos específicos e em português sobre o TAG. Ao passo que, na base de dados SCOPUS, utilizando o descritor “*generalized anxiety disorder*”, retornaram 2597 artigos escritos em língua inglesa, sendo que 50 foram feitos no Brasil. Logo, vê-se que o TAG parece ser uma temática estudada mais amplamente a nível internacional, ainda que existam trabalhos feitos no Brasil e publicados em inglês.

Frente ao exposto, este artigo teve como objetivo realizar uma revisão narrativa da literatura em língua portuguesa sobre as evidências teóricas e empíricas acerca do TAG na perspectiva da psicologia. Entende-se que a produção acadêmica em língua portuguesa pode ser capaz de favorecer a disseminação e acessibilidade ao conhecimento no cenário nacional brasileiro. Buscou-se, inicialmente, traçar a sua evolução conceitual e descritiva como categoria diagnóstica, abarcando aspectos históricos, epidemiológicos e clínicos. Em seguida, foram reunidos os principais modelos explicativos existentes sobre o TAG, trazendo à pauta as contribuições e lacunas de cada vertente. Logo depois da apresentação dos modelos, foi realizada uma síntese analítica que aponta suas convergências conceituais. Por fim, nas considerações finais, são retomados os principais achados relatados nesta revisão, bem como apontadas limitações.

Aspectos conceituais e descritivos do TAG

Evolução conceitual e diagnóstica do TAG

O TAG surgiu enquanto entidade diagnóstica no DSM-III (3ª edição), em 1980 (Crocq et al., 2017). Ele foi fruto da divisão do diagnóstico anterior de neurose de ansiedade, que também resultou na categoria de transtorno do pânico (Hidalgo et al., 2012). O TAG era caracterizado pela ansiedade persistente generalizada, ocorrendo por pelo menos um mês, em pessoas acima de 18 anos. Além disso, esses critérios deveriam ser acompanhados de sintomas somáticos de três dentre as quatro categorias, a saber: tensão motora, expectativa apreensiva e vigilância, hiperatividade autonômica e varredura (APA, 1980).

Originalmente, o TAG era um diagnóstico residual, ou seja, era considerado apenas na ausência de outros TA ou depressão, não sendo possível a existência de comorbidade (Dugas & Robichaud, 2007; Showraki et al., 2020). A distinção entre as duas novas categorias (TAG e transtorno do pânico) foi apoiada por uma série de pesquisas que atestaram a diferenciação com base na resposta à medicação e no entendimento acerca dos sintomas autonômicos (Crocq, 2017; Rickels & Rynn, 2001). Contudo, apesar das crescentes investigações do período, o diagnóstico do TAG era considerado o menos confiável e, por isso, passou por uma série de revisões posteriores (Crocq, 2017).

No DSM-III-R (3ª edição, texto revisado), o critério central do transtorno deixou de ser ansiedade persistente e passou a ser preocupação excessiva ou irrealista e o diagnóstico não era mais considerado residual (Andrews et al., 2010; Korner et al., 2020). A duração mínima necessária passou de um para seis meses, atestando o aspecto crônico do TAG (Dugas & Robichaud, 2007), e a categoria expectativa apreensiva foi retirada, restando as categorias tensão motora, hiperatividade autonômica e vigilância e varredura (APA, 1987). Em seguida, no DSM-IV (4ª edição), o critério de preocupação irrealista foi substituído por preocupação difícil de controlar, devido ao caráter vago e qualitativo do primeiro em relação ao segundo

(Crocq, 2017). Quanto aos sintomas somáticos, retirou-se a categoria hiperatividade autonômica (APA, 1994). A partir dessa edição, passou a se considerar que o TAG provocava sofrimento e prejuízos significativos, atestando sua gravidade (Andrews et al., 2010).

O DSM-5, publicado em 2013, não diferiu muito do manual anterior. Atualmente, o TAG é caracterizado pela ansiedade e preocupação excessivas, persistentes, desproporcionais e de difícil controle em vários domínios da vida. A duração mínima permaneceu seis meses e os sintomas físicos devem estar associados a sofrimento e prejuízo significativos e incluir ao menos três dos seguintes sintomas: inquietação ou sensação de “nervos à flor da pele”; fadigabilidade; dificuldade de concentração ou “ter brancos”; irritabilidade; tensão muscular; e perturbação do sono (APA, 2014). Nesses termos, a preocupação generalizada é considerada a característica fundamental do TAG, ao passo que os critérios relacionados aos sintomas físicos também podem ser encontrados em outros transtornos (Crocq, 2017; Stein & Sareen 2015).

Mesmo após os avanços na caracterização do TAG ao longo dos anos, ainda há o debate acerca da precisão dos seus critérios diagnósticos. Aponta-se a necessidade da redução do parâmetro atual de seis meses de duração dos sintomas, pois muitas pessoas que experimentam os sintomas do TAG, mas não atendem ao critério temporal, deixam de receber o tratamento adequado (Newman & Przeworski, 2018). Sugere-se que uma duração de três meses seria mais adequada, dado que mesmo reduzida, ainda refletiria o caráter crônico do transtorno e aumentaria a validade do diagnóstico por meio da recaptura de casos clinicamente significativos (Andrews et al., 2010). Mesmo diante de tais argumentações, a duração de seis meses permanece devido à necessidade de diferenciação de aumentos possivelmente temporários da preocupação como resposta ao estresse cotidiano (Newman & Przeworski, 2018).

O TAG apresenta sobreposição substancial dos sintomas físicos com a depressão e são altas as taxas de comorbidade entre esses transtornos. Devido a isto, há críticas sobre a validade do TAG enquanto transtorno ansioso independente da depressão (Starcevic et al., 2012). Quatro

dentre os seis sintomas físicos do TAG (inquietação, fadigabilidade, dificuldade de concentração e perturbação do sono) também são critérios diagnósticos da depressão (APA, 2014), tornando difícil o diagnóstico diferencial. Apesar disso, especificações relacionadas a fatores cognitivos, como o viés atencional para ameaça, reforçam a permanência do TAG na categoria dos TA (Mennin, 2008; Zuardi et al., 2017).

Critérios que definem diagnósticos confiáveis são apontados como faltantes no TAG (Tyrer, 2018). Aponta-se a falta de especificidade dos sintomas, designando-o como um diagnóstico “guarda-chuva” por agrupar manifestações de outros transtornos (Showraki et al., 2020). No entanto, para a APA, a preocupação excessiva e generalizada é o critério central do TAG (APA, 2014; Stein & Sareen, 2015). Níveis crônicos de tensão física e mudança comportamental como resultado da preocupação patológica também têm conferido certa especificidade ao TAG (Stein & Sareen 2015; Mennin, 2008; Newman et al., 2018).

Em suma, o TAG tem sido alvo de críticas e revisões desde as suas origens. Posto que há divergências na literatura sobre a confiabilidade do diagnóstico, ainda é necessário avançar no conhecimento e nas pesquisas sobre esse transtorno com vistas a sanar de modo mais conclusivo as lacunas questionadas. Diante do que foi exposto, sustenta-se que, atualmente, parece haver evidências suficientes para o reconhecimento do TAG enquanto categoria diagnóstica distinta, o que assegura sua permanência no DSM-5.

Epidemiologia e aspectos clínicos

Prevalência

O TAG é um dos TA mais prevalentes. Um estudo realizado em 26 países, localizados na Europa, Ásia, América, África e Oceania, apontou prevalência de 1,8% em 12 meses, sendo os países com renda mais alta aqueles que tinham as maiores taxas de prevalência individuais. Ao longo da vida, relatou-se que o TAG pode estar presente em até 3,7% na população em geral (Ruscio et al., 2017). No Brasil, taxas ainda mais altas de TAG foram encontradas. Em adultos,

o diagnóstico variou entre 8,4% (Silva et al., 2018) e 16,5% (Orellana et al., 2020) na comunidade em geral.

O TAG é particularmente mais prevalente na atenção primária. Esta se refere a uma rede de cuidado que abrange a promoção e proteção da saúde e envolve atendimentos mais generalistas, visando ao encaminhamento para redes mais especializadas (Ministério da Saúde, 2013). Pessoas acometidas por esse transtorno geralmente buscam o atendimento médico não especializado nesses ambientes, devido às queixas voltadas apenas para os seus sintomas físicos (Dugas & Robichaud, 2007; Stein & Sareen, 2015; Zuardi, 2017). No Brasil, verificou-se que, em um mês, 22,6% dos pacientes de centros de atenção primária do Rio de Janeiro possuíam sintomas significativos de TAG, frequência superior à encontrada nos estudos com a população geral e que corrobora que pessoas com TAG são habitualmente usuários dessa rede de assistência (Maier et al., 2000). A elevada demanda de usuários com TAG nessas localidades aponta para a necessidade do reconhecimento desse transtorno pelos clínicos gerais, para que o encaminhamento e o tratamento necessários sejam implementados.

Curso e idade de início

O TAG possui curso crônico (Hidalgo et al., 2012). A persistência dos episódios pode ocorrer por décadas e a maioria dos pacientes tem o transtorno por anos antes de procurar o tratamento, ou até mesmo permanecem ansiosos e preocupados de modo patológico por toda a vida (APA, 2014; Stein & Sareen, 2015). Os sintomas do TAG raramente se dissipam naturalmente ao longo do tempo, tornando as chances de remissão completa quase inexistentes (Dugas & Robichaud, 2007). Pode haver a flutuação da gravidade dos sintomas entre formas síndrômicas e subsíndrômicas e a presença de recaídas no decorrer do tempo é esperada (APA, 2014).

Quanto à idade de início, o DSM-5 aponta que o TAG comumente inicia na idade média adulta, por volta dos 30 anos, sendo menos comum seu aparecimento durante a infância (APA,

2014). Apesar de haver estudos que convergem com os achados do DSM-5 (Hidalgo et al., 2012; Ruscio et al., 2017), há controvérsias na literatura acerca da idade apontada pelo manual. Alguns estudos sugerem uma possível distribuição bimodal de início do transtorno. A primeira seria de início precoce, ocorrendo entre a infância e adolescência, por volta dos sete a 12 anos de idade (Plag et al., 2014). A segunda de início tardio, ocorrendo na idade adulta média ou até mesmo na velhice (Plag et al., 2014; Stein & Sareen, 2015).

Fatores de risco

O gênero é considerado um fator de risco consistente para o TAG. Na extensa maioria das pesquisas epidemiológicas, os gêneros normalmente comparados são feminino e o masculino. Nesse interim, as mulheres tendem a possuir duas vezes mais chances de desenvolverem o TAG em relação aos homens (APA, 2014). Além disso, esse grupo pode apresentar quadros mais graves do transtorno e a presença de mais comorbidades associadas a ele (Kinrys & Wygant, 2005). Tais diferenças de gênero na expressão da ansiedade se devem a causas multifatoriais, ou seja, ao arranjo de fatores biológicos, psicológicos e ambientais. Os hormônios sexuais femininos e as estruturas cerebrais das mulheres podem ser mais reativos e desempenhar um papel no desenvolvimento e curso do TAG. Ademais, as mulheres tendem a possuir mais traços de personalidade, como o neuroticismo, associados à presença de quadros ansiosos, além de vivenciarem experiências estressoras decorrentes dos seus papéis de gênero com mais frequência, a exemplo das violências de gênero, jornadas triplas de trabalho e maternidade (Christiansen, 2015; Jalnapurkar et al., 2018; Oram et al., 2016).

A ocorrência de TAG também esteve associada com a idade (Plag et al., 2014). Inclusive, a maior vulnerabilidade do gênero feminino ao transtorno varia com a idade, sendo que aquelas mulheres em idade reprodutiva apresentam maior risco (Faravelli et al., 2013). Em adultos mais velhos e idosos, o TAG tende a se relacionar ao aparecimento de doenças crônicas (DeMartini et al., 2019). Fatores de risco adicionais são o baixo nível socioeconômico e

educacional (Allgulander et al., 2009), ser solteiro ou anteriormente casado (divorciado ou viúvo) (Hidalgo et al., 2012), ser negro (Moreno-Peral et al., 2014) e não trabalhar fora de casa (Ruscio et al., 2017).

Acerca dos fatores de risco desenvolvimentais e psicológicos, há evidências de que o desenvolvimento do TAG está relacionado à presença de estressores na infância e vida adulta, além de sintomas de internalização e problemas de conduta na infância (Allgulander et al., 2009; Moreno-Peral et al., 2014). A presença de comorbidades psiquiátricas, histórico de abuso de substâncias, trauma (DeMartini et al., 2019), diagnóstico de TAG na infância, apego inseguro infantil e histórico familiar de transtornos mentais (especialmente de TAG), além de traços da personalidade como neuroticismo, também são fatores considerados de risco e conferem maior vulnerabilidade aos indivíduos para o desenvolvimento do TAG (Allgulander et al., 2009; Moreno-Peral et al., 2014; Newman et al., 2016).

Repercussões na saúde física, mental e consequências funcionais

Ser diagnosticado com TAG está fortemente associado a presença de impactos e consequências de ordem física, psicológica e funcional. Em relação à saúde física, queixas acerca de dor física são mais frequentes entre os pacientes diagnosticados com TAG do que aqueles sem TA (Bandelow et al., 2015). Dentre os TA, o TAG é o que mais se associa ao uso excessivo dos serviços de saúde da atenção primária, o que resulta em custos públicos ou privados relativo a exames e consultas médicas que, por vezes, são desnecessários (Koernet et al., 2020; Dugas & Robichaud, 2007).

Em termos de prejuízos psicológicos associados, sabe-se que o TAG de início precoce é um preditor do início subsequente e da persistência de outros transtornos mentais ao longo da vida (Kessler, 2010). A natureza comórbida do TAG, principalmente quando associado à depressão, agrava ainda mais as condições de saúde mental. O TAG tende a ter impacto negativo na flexibilidade emocional, no distresse e no controle percebido (Conroy et al., 2020;

Gallagher et al., 2014). De modo adicional, é relativamente comum a automedicação e o uso de álcool e outras drogas por indivíduos que possuem TAG, numa tentativa de reduzir as preocupações e os sintomas de ansiedade, aumentando, dessa forma, o risco do desenvolvimento do transtorno de abuso de substância (Stein & Sareen, 2015).

Pessoas diagnosticadas com TAG possuem menor qualidade de vida e alto comprometimento e incapacidade (Wittchen et al., 2000). Em termos práticos, a preocupação e ansiedade excessivas impedem que o indivíduo realize suas atividades de forma rápida e eficiente, causando prejuízos funcionais seja em casa ou no trabalho, além de sofrimento significativo (APA, 2014). As manifestações cognitivas e somáticas do TAG provocam queda do desempenho e produtividade no trabalho, absenteísmo, atividade de lazer reduzidas e ambiente familiar tenso e irritável (Allgulander et al., 2009). Além disso, entre adolescentes e jovens adultos, o TAG é um dos transtornos de maior impacto nos contatos sociais se comparado a outros problemas de saúde mental (Mclellan & Hudson, 2017).

Modelos explicativos do TAG

Ante às consequências e prejuízos significativos ocasionados pelo TAG, a compreensão do seu mecanismo de funcionamento pode ser benéfica para a formulação de tratamentos e intervenções que venham a reparar tais impactos. Em seguida foram explicitados os modelos atuais explicativos do TAG, explorando-se suas contribuições e possíveis limitações.

Modelo de Evitação da Preocupação

A preocupação pode ser definida como uma cadeia de pensamentos repetitivos acerca de consequências futuras possivelmente negativas (Cho et al., 2019; Sweeny & Dooley, 2017). A experiência de preocupação é considerada normal, comum a toda população, e pode favorecer o controle na evitação de eventos adversos e garantia dos eventos desejáveis (Sweeny & Dooley, 2017). No entanto, quando excessiva, incontrolável ou persistente, a preocupação torna-se patológica e construto de central importância no TAG (Newman et al., 2017).

O Modelo de Evitação da Preocupação foi proposto por Thomas Borkovec (1994) em seus estudos pioneiros acerca da preocupação e da etiologia e manutenção do TAG. O modelo é baseado na Teoria dos dois Estágios do Medo de Mowrer (1947) e no Modelo do Processamento Emocional de Foa e Kozac (1986). O primeiro postula que a aquisição do medo é seguida por respostas de esquiva que resultam na sua manutenção em decorrência da falta de exposição ao estímulo temido. O segundo atesta que toda a estrutura emocional do medo deve ser acessada para que sua extinção ocorra. Os componentes teóricos do Modelo de Evitação da Preocupação são a evitação cognitiva, as crenças positivas acerca da preocupação, resolução de problemas e processamento emocional inefetivo (Behar et al., 2009).

Segundo o modelo de Borkovec, a preocupação é uma atividade cognitiva predominantemente verbal-linguística empregada na tentativa de evitar eventos aversivos futuros e suprimir a reatividade emocional negativa durante à exposição à ameaça (Borkovec et al., 2004; Newman et al., 2013; 2017). Tal funcionamento interfere negativamente no processamento emocional do medo, uma vez que inibe o aparecimento de imagens mentais e a experiência somática e emocional, resultando na continuidade da preocupação e ansiedade. Dessa forma, a ocorrência da preocupação excessiva é, além de uma tentativa ineficaz de resolução de problemas, uma atividade de evitação cognitiva que é negativamente reforçada, acarretando em crenças positivas acerca do preocupar-se (Newman et al., 2017).

Estudos foram amplamente revisados e forneceram evidências contundentes de apoio à esse modelo (Behar et al., 2009). No entanto, um aspecto questionado dessa teoria é o papel da preocupação enquanto recurso evitativo da ativação emocional. Pesquisas subsequentes, em especial o Modelo de Evitação de Contrastes (descrito posteriormente neste artigo), estão em desacordo com essa formulação (Koerner et al., 2020). Além disso, o modelo de Borkovec buscou explorar possíveis fatores etiológicos do TAG, como fatores desenvolvimentais e eventos da vida. Dessa forma, aponta-se a necessidade de mais pesquisas que atestem a relação

do apego inseguro e os traumas do passado no risco ao TAG. Apesar das lacunas apontadas, este modelo funcionou como ponto de partida para formulação dos modelos posteriores do TAG e é um dos mais bem suportados empiricamente (Behar et al., 2009).

Modelo Metacognitivo

O Modelo Metacognitivo do TAG possui como componentes os tipos de preocupação, as crenças positivas e negativas sobre a preocupação e as estratégias de enfrentamento ineficazes (Behar et al., 2009). Wells (1995), que foi quem propôs esse modelo, dividiu a preocupação nos tipos 1 e 2. A preocupação do tipo 1 direciona-se a eventos externos e internos não-cognitivos, como acontecimentos relacionados a terceiros ou sintomas físicos. A preocupação do tipo 2 é a avaliação metacognitiva negativa do próprio ato de se preocupar. Seria a “preocupação com a preocupação”, ou ainda, a metapreocupação (Wells, 2004).

Os tipos de preocupação são eliciados por meio de crenças associadas a ela. Crenças positivas como “se eu me preocupar, estarei mais preparado” estão ligadas à utilização da preocupação do tipo 1 como estratégia de enfrentamento a eventos ameaçadores. Durante o curso da preocupação do tipo 1, crenças negativas acerca da introcontrolabilidade e perigo desse processo e das suas consequências são ativadas, gerando a preocupação do tipo 2 e elevando os níveis de ansiedade (Wells, 2004). De acordo com o Modelo Metacognitivo, as crenças negativas e a metapreocupação resultante são os processos centrais que diferenciam os indivíduos não clínicos daqueles que possuem TAG (Ellis & Hudson, 2010; Wells, 2005). Por fim, indivíduos com TAG utilizam estratégias de enfrentamento ineficazes (supressão e distração) na tentativa de se preocuparem menos, o que reforça as crenças negativas sobre a preocupação e resulta no aumento dos níveis de ansiedade generalizada (Behar, 2009).

Atualmente, há certo suporte empírico para cada um dos componentes do Modelo Metacognitivo (Koerner et al., 2020). Entretanto, algumas lacunas investigativas podem ser apontadas. Os estudos que forneceram as evidências para o modelo são apenas transversais,

limitando o poder de explicação acerca do papel causal da metapreocupação no TAG (Wells, 2010). Além disso, ainda pouco se investigou sobre os antecedentes desenvolvimentais das crenças metacognitivas positivas e negativas da preocupação, ampliando a necessidade de refinamento dos componentes principais desse modelo (Wells, 2013).

Modelo de Intolerância à Incerteza

O Modelo de Intolerância à Incerteza foi criado originalmente por Dugas et al. (1998) e é composto pela intolerância à incerteza, crenças positivas sobre a preocupação, orientação negativa para o problema e evitação cognitiva. A incerteza ocorre diante de situações ambíguas e eventos futuros temidos da vida diária. Ela se relaciona ao funcionamento ansioso, uma vez que a ausência de certeza ou senso de controle sobre a ocorrência de uma ameaça futura e suas consequências provocam ansiedade (Carleton, 2012; Dar et al., 2017). A intolerância à incerteza desempenha o papel central nesse modelo e se refere a um conjunto de crenças negativas a respeito da incerteza e suas implicações e uma incapacidade de suportar a resposta aversiva desencadeada pela ausência percebida de informação suficiente (Carleton, 2016; Dugas & Robichaud, 2007).

Embora a intolerância à incerteza tenha sido considerada como um fator transdiagnóstico para uma série de psicopatologias, tais como transtorno obsessivo compulsivo e transtorno depressivo maior, duas metanálises demonstraram que é uma vulnerabilidade cognitiva mais fortemente associada ao TAG em detrimento dos outros transtornos (Gentes & Ruscio, 2011; McEvoy et al., 2019). Dessa forma, intolerância à incerteza se configura como variável importante no estudo TAG, sendo considerada fator de risco e responsável pela tendência de fazer interpretações ameaçadoras de situações que não são claras ou que são ambíguas, resultando em preocupação excessiva em resposta a tais situações. Verifica-se que, mesmo diante de baixas probabilidades de ocorrência do evento ameaçador, pessoas com altos escores de intolerância à incerteza permanecem com seus níveis de ansiedade elevados, pois

exigem a certeza da não ocorrência do evento para não se preocuparem, aumentando a probabilidade de desenvolverem o transtorno (Dugas & Robichaud, 2007).

As crenças positivas sobre a preocupação podem ser de cinco tipos, que vão desde a crença de que a preocupação pode ajudar a resolver problemas, até que ela define se uma pessoa é ou não responsável (Dugas & Robichaud, 2007). A orientação negativa para o problema se refere a atitudes e cognições disfuncionais relacionadas à resolução de problemas e incluem a falta de confiança na capacidade de resolver o problema, a percepção dos problemas como ameaçadores, frustração para lidar com problemas e pessimismo em relação aos resultados da resolução (Koerner & Dugas, 2006). Finalmente, o último componente do modelo – evitação cognitiva – concerne ao uso de estratégias cognitivas (supressão, distração) com vistas a evitar o conteúdo ameaçador e a excitação emocional desagradável (Dugas & Robichaud, 2007).

Diante de situações incertas, indivíduos com baixa tolerância à incerteza se engajam em processos de preocupação crônicos, com a presença de perguntas do tipo “e se...?”. Tal processo é continuado pelas crenças positivas sobre a preocupação, que são mantidas por reforço positivo e negativo e exercem um papel importante na manutenção do TAG, uma vez que indivíduos com tais crenças são mais inclinados a usarem a preocupação como estratégia de enfrentamento (Koerner et al., 2020). Esse mecanismo de funcionamento resulta em sentimentos de ansiedade que conduzem os indivíduos com TAG à orientação negativa para o problema e à evitação cognitiva (Dugas & Robichaud, 2007; Koerner & Dugas, 2006). Tomados em conjunto, esses componentes servem para manter a preocupação e continuar o ciclo. Convém salientar que diferenças de gênero podem acontecer nesse processo, sendo o gênero feminino o que apresenta maiores níveis de intolerância à incerteza e, por consequência, uma maior tendência a se preocupar (Del Valle et al., 2020; Robichaud et al., 2003). Isso também ocorre devido aos níveis mais elevados de orientação negativa para o problema e supressão de pensamentos nas mulheres em comparação aos homens (Robichaud et al., 2003).

O Modelo de Intolerância à Incerteza é um dos mais bem validados e fornece uma base de tratamento eficaz para o TAG (Ouellet et al., 2019). Estudos experimentais realizados para testar o papel causal da intolerância a incerteza sobre esse transtorno conferem vantagem metodológica ao modelo devido ao maior rigor das investigações (Behar et al., 2009). Há controversas na literatura acerca da especificidade do seu componente principal, embora tenha sido estabelecido como preditor forte e consistente da preocupação ao longo do tempo (Koerner et al., 2020). Um estudo revisou as evidências desse modelo e atestou suporte substancial à sua conceituação original, no entanto apontou discrepâncias nos resultados devido às diferenças culturais da amostra selecionada (Bottesi et al., 2016). Isso indica a necessidade atual da realização de estudos transculturais envolvendo o Modelo de Intolerância à Incerteza.

Modelo Baseado na Aceitação

O Modelo Baseado na Aceitação (Roemer & Orsillo, 2002) está fundamentado no Modelo de Evitação Experiencial de Hayes et al. (1996) e no Modelo de Evitação da Preocupação de Borkovec (1994), possuindo três componentes principais: experiências internas, evitação experiencial e restrição comportamental (Roemer & Orsillo, 2009). O primeiro retrata a relação do indivíduo com seus pensamentos, sentimentos e sensações corporais. O segundo diz respeito aos esforços cognitivos ou comportamentais para evitar experiências internas percebidas como negativas ou ameaçadoras. Por fim, o terceiro concerne ao envolvimento reduzido em comportamentos outrora valorizados pelo indivíduo, como passar o tempo com a família (Behar et al., 2009).

De acordo com esse modelo, pessoas com TAG reagem negativamente às suas experiências internas, julgando-as como desagradáveis e ameaçadoras (Roemer & Orsillo, 2005). Durante essa experimentação, há uma identificação com os estímulos internos, provocando nos indivíduos a crença de que essas experiências são permanentes e definidoras de suas características e personalidade. Como consequência, essas pessoas se envolvem em

comportamentos de evitação, concentrando-se em vários eventos futuros por meio da preocupação, o que reduz o sofrimento a curto prazo. No entanto, o comportamento evitativo provoca a restrição comportamental, que por sua vez, aumenta o sofrimento emocional e desencadeia mais experiências internas negativas (Roemer & Orsilo, 2009).

Entende-se que a realização de pesquisas básicas ainda é necessária para determinar relações preditoras mais robustas entre processos baseados na aceitação e o desfecho de ansiedade generalizada, isolando-os (Roemer & Orsilo, 2005). Os componentes do modelo ainda carecem de pesquisas e experimentações longitudinais a fim de testar a relação temporal entre os construtos identificados (Behar et al., 2009). Apesar disso, foi desenvolvida a terapia baseada na aceitação para o TAG, que vem fornecendo resultados satisfatórios e promissores na evitação experiencial e melhoria da preocupação (Koerner et al., 2020).

Modelo de Desregulação Emocional

A regulação emocional tem se mostrado uma variável de importante impacto na saúde mental (Gross & Muñoz, 1995). No TAG, a influência dos processos de regulação emocional pode ser explicada através do Modelo de Desregulação Emocional (Mennin et al., 2004). A desregulação emocional pode ser entendida como a ausência ou dificuldade em utilizar estratégias adaptativas de regulação das emoções, bem como dificuldades na modulação da experiência e expressão emocional e tentativas frequentes de controle ou supressão das emoções (Mennin et al., 2005; Gross et al., 1998).

O Modelo de Desregulação Emocional possui quatro componentes: intensidade das emoções, compreensão insuficiente das emoções, reações cognitivas negativas relacionadas às emoções e regulação inadequada das emoções (Behar et al., 2009). Este modelo propõe que indivíduos com TAG apresentam reações emocionais mais intensas e experimentam mais afeto negativo em comparação com as outras pessoas. Somado a isso, apresentam dificuldade na compreensão e identificação das próprias emoções, tornando mais difícil com que as utilizem

de forma adaptativa. Como consequência, pessoas com TAG têm mais atitudes negativas em relação às emoções — ampliadas pelas crenças de que suas respostas emocionais são perigosas — e mobilizam estratégias de regulação emocional que pioram ainda mais seus estados emocionais. Tal conjuntura pode se tornar fonte de preocupação por si mesma, aumentando a possibilidade de ocorrência do TAG (Mennin et al., 2004; Ouellet et al., 2019).

Este modelo apresenta como vantagem a capacidade de extensão para outros modelos baseados na experiência, uma vez que integra a teoria e pesquisa no campo das emoções (Koerner et al., 2020). Além disso, há suporte empírico para a relação entre as dificuldades de regulação emocional e o TAG. Porém, importa salientar possíveis lacunas do modelo: (1) a falta de pesquisas apontando em que medida as mudanças na preocupação ocorrem em decorrência da melhora nos processos emocionais; (2) não se sabe até que ponto as dificuldades na regulação emocional realmente precedem o desenvolvimento do TAG; e (3) não houve investigações sobre a integração dos componentes do modelo ao longo do tempo. Contudo, apesar das limitações, esse modelo é apontado como promissor na literatura acerca do TAG (Behar et al., 2009; Koerner et al., 2020).

Modelo de Evitação de Contraste

O Modelo de Evitação de Contraste é o mais recente acerca do TAG. Diferentemente dos outros modelos, os quais apontam a preocupação como mecanismo empregado para evitar um estado emocional negativo, o Modelo de Evitação de Contraste afirma que a preocupação é utilizada não para suprimir, mas sim para manter estados emocionais negativos como forma de evitar contrastes emocionais (saída brusca de um estado emocional positivo para um negativo; Newman & Llera, 2011; Newman et al., 2013; 2017). De acordo com essa perspectiva, indivíduos com TAG são intolerantes a mudanças emocionais bruscas e se preocupam cronicamente, pois preferem sustentar um estado de angústia como forma de se sentirem emocionalmente preparados caso o pior resultado possível ocorra. Dessa forma, conseguem

evitar a sensação de ruptura ainda maior se passarem de um estado agradável para um desagradável (Newman & Llera, 2011).

Essa teoria fornece um novo *insight* a respeito da função da preocupação e dos mecanismos patogênicos do TAG. Pesquisas realizadas forneceram evidências preliminares apoiando a hipótese principal desse modelo (Newman et al., 2017). Contudo, dado que o Modelo de Evitação de Contraste é o mais novo na literatura sobre o TAG, mais pesquisas precisam ser feitas para atestar seus princípios (Koerner et al., 2020).

Síntese analítica dos modelos explicativos do TAG

Após a apresentação dos modelos explicativos do TAG, convém pontuar brevemente as possíveis convergências e limitações em comum entre eles. Todos os modelos apresentados possuem como característica principal a evitação de experiências internas desagradáveis (Behar et al., 2009; Newman & Llera, 2011). Essa evitação ocorre por meio da esquiva de imagens mentais ameaçadoras (Modelo de Evitação da Preocupação); da própria preocupação e suas consequências (Modelo Metacognitivo); de pensamentos e sentimentos avaliados como negativos (Modelo Baseado na Aceitação); de emoções desagradáveis (Modelo da Desregulação Emocional); das mudanças bruscas no estado de humor (Modelo de Evitação de Contraste); e da excitação ansiosa provocada por situações incertas (Modelo de Intolerância à Incerteza).

Uma segunda convergência se refere ao uso estratégias de enfrentamento desadaptativas pelos indivíduos com TAG. Verifica-se que essas estratégias assumem caráter cognitivo (supressão de pensamentos, distração e uso da preocupação como estratégia de resolução de problemas, por exemplo), comportamental (comportamento de checagem, busca por garantias, restrição comportamental, dentre outras) ou emocional (supressão das emoções e utilização da preocupação para lidar com as emoções). Ainda, a dificuldade com a resolução de problemas é outro aspecto que é, de algum modo, pontuado por todos os modelos (Koerner et al., 2020).

Behar et al. (2009) propõe a divisão dos modelos em três categorias, a partir de suas semelhanças conceituais: modelos cognitivos, modelos emocionais/comportamentais e integrativos. A primeira categoria diz respeito àqueles que possuem como principais elementos os processos cognitivos, são eles: o Modelo de Intolerância à Incerteza e o Modelo Metacognitivo. A segunda categoria abarca o Modelo da Desregulação Emocional e o Modelo Baseado na Aceitação, pois enfocam principalmente o impacto dos processos emocionais e comportamentais sobre o TAG. Por fim, o Modelo de Evitação da Preocupação atribui igual importância aos componentes cognitivos e emocionais se configurando como um modelo integrativo. Na contramão, Koerner et al. (2020) argumentam que a integração de todos os modelos em uma teoria unificada, levando em consideração os elementos em comum e específicos de cada, forneceria maior contribuição ao conhecimento científico do TAG.

Como já se expôs anteriormente, todos dos modelos apresentados possuem algum nível de suporte empírico. No entanto, limitações em comum podem ser apontadas. A utilização de medidas de autorrelato é uma limitação encontrada na maioria dos estudos (Behar et al., 2009). As medidas de autorrelato estão mais sujeitas a limitações de atenção, memória e acessibilidade dos participantes, aumentando o viés ou erro de resposta (Kohlsdorf et al., 2009). Dessa forma, aponta-se o delineamento experimental como ideal para a testagem dos modelos em próximos estudos, uma vez que é capaz de estabelecer relações causais mais robustas entre as variáveis.

O Modelo de Intolerância à Incerteza, seria então, nessa perspectiva, o pioneiro a inovar metodologicamente na testagem do modelo, empregando estudos experimentais ou pré-experimentais para avaliar o impacto da intolerância à incerteza na preocupação (Landouceur et al., 2000; Dugas et al., 1998). Além disso, importa salientar que os modelos apresentados possuem suas respectivas formulações de tratamento. Contudo, as que possuem suporte empírico forte o suficiente são as do Modelo de Intolerância à Incerteza e do Modelo de Evitação da Preocupação (Behar et al., 2009). Os tratamentos derivados dos modelos de

Desregulação Emocional, Metacognitivo, Baseado na Aceitação e de Evitação de Contrastes, embora promissores, ainda carecem de mais pesquisas (Mennin, 2006; Roemer & Orsillo, 2007; Wells & King, 2006).

Considerações finais

No presente artigo foi conduzida uma revisão narrativa da literatura. Buscou-se reunir evidências teóricas e empíricas sobre o TAG, traçando sua evolução conceitual e diagnóstica, incluindo aspectos históricos, epidemiológicos e clínicos; além de reunir os principais modelos explicativos sobre o TAG, suas contribuições e limitações.

Quanto à evolução conceitual e diagnóstica, verificou-se que o diagnóstico de TAG passou por modificações desde a sua implementação no DSM-III, em 1980, saindo do patamar de transtorno residual e alcançando, hoje em dia, o *status* de diagnóstico independente e significativo. Por meio desta revisão, constatou-se também que críticas a esse diagnóstico ainda permanecem e são baseadas em critérios de temporalidade e especificidade de sintomas (Andrews et al., 2010; Stein & Sareen, 2015). No entanto, a despeito dos questionamentos, é sustentada a concepção atual da APA para diagnóstico do TAG, considerando como característica principal do transtorno a preocupação excessiva e generalizada (APA, 2014; Stein & Sareen, 2015).

No que tange aos aspectos epidemiológicos e clínicos, as pesquisas revisadas apontaram que o TAG possui alta prevalência, especialmente na atenção primária. O curso do transtorno é crônico e a idade de início ocorre na idade adulta média. Além disso, também foi visto que é um transtorno altamente comórbido, principalmente com os transtornos depressivos. Determinados grupos se revelam mais vulneráveis ao desenvolvimento do TAG, são eles: as mulheres, pessoas mais velhas e pessoas negras. Vale finalmente ressaltar que o TAG provoca sofrimento significativo por meio dos impactos de ordem física, psicológica e na funcionalidade do indivíduo no seu dia-a-dia.

Quanto às contribuições específicas dos modelos explicativos descritos nesta revisão, verificou-se que o Modelo de Evitação da Preocupação delineou os processos básicos da preocupação, atribuindo-a um importante papel no TAG. Por sua vez, o Modelo Metacognitivo ofereceu contribuições envolvendo as funções executivas e do processamento metacognitivo para explicação da preocupação excessiva no TAG. Do Modelo Baseado na Aceitação, observa-se a ênfase no tipo de evitação experiencial associada ao TAG, ao citar a função da restrição comportamental nesse processo. O Modelo de Evitação de Contraste propôs como inovação a alteração da função preocupação, a qual agora serve para evitar contrastes emocionais. No que concerne aos processos emocionais no TAG, o Modelo de Desregulação Emocional incorporou teoria e pesquisa do campo da regulação emocional para explicação do transtorno. Finalmente, o Modelo de Intolerância a Incerteza contribuiu com a apresentação da intolerância a incerteza como variável central no desenvolvimento do TAG, tendo, atualmente, reunido evidências robustas acerca do mecanismo de funcionamento do transtorno.

Importa salientar que cada um dos modelos apresentados possui suas possibilidades de trabalho, contribuições e limitações. Cabe aos pesquisadores e profissionais alinharem suas próprias perspectivas teóricas e de pesquisa com o modelo que melhor as represente, seja aqueles que possuem foco cognitivo, emocional ou integrativo. No entanto, a escolha do modelo baseada no suporte empírico é oportuna, seja para ampliar investigações em andamento, seja para ratificar os mais consolidados e nortear práticas profissionais.

Sobre as limitações desta revisão, cabe lembrar que não fora apresentado o conhecimento sobre os tratamentos formulados pelos modelos expostos e seus respectivos suportes empíricos. Este seria um tópico relevante para a fundamentação de práticas profissionais, bem como para o direcionamento do campo de pesquisas com grupos clínicos de indivíduos diagnosticados com TAG, mas que não foi possível contemplar neste artigo.

Finalmente, diante da baixa produção específica acerca do TAG em língua portuguesa, aliada a maior necessidade de compreensão e refinamento do transtorno, acredita-se que este artigo poderá contribuir para desenvolvimento científico ao reunir informações relevantes e colaborar para a ampliação do conhecimento sobre o TAG. Esta pesquisa pode fornecer suporte, servindo como arcabouço teórico, para o desenvolvimento de pesquisas empíricas sobre o TAG, e mais amplamente, sobre sua relação com variáveis psicológicas.

Referências

- Allgulander, C. (2009). Generalized anxiety disorder: Between now and DSM-V. *The Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 611–628. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.05.006>.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM III* (3rd ed.). American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM III-R* (3rd ed., rev.). American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM V*. Artmed.
- Andrews, G., Hobbs, M. J., Borkovec, T. D., Beesdo, K., Craske, M. G., Heimberg, R. G., Rapee, R. M., Ruscio, A. M., & Stanley, M. A. (2010). Generalized worry disorder: A review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 134–147. <https://doi.org/10.1002/da.20658>.
- Asmundson, G. J. G., & Asmundson, A. J. N. (2018). Are anxiety disorders publications continuing on a trajectory of growth? A look at Boschen's (2008) predictions and beyond. *Journal of Anxiety Disorders*, 56, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.05.003>.
- Bandelow, B. (2015). Generalized anxiety disorder and pain. *Modern Trends in Pharmacopsychiatry*, 30, 153–165. <https://doi.org/10.1159/000435939>.

- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1011–1023. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.006>.
- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. Em G. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory assessment and treatment* (pp. 5–33). Wiley & Sons.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. Em R. Heimberg, C. Turk, & D. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77–108). The Guilford Press.
- Bottesi, G., Ghisi, M., Carraro, E., Barclay, N., Payne, R., & Freeston, M. H. (2016). Revising the intolerance of uncertainty model of generalized anxiety disorder: Evidence from UK and Italian undergraduate samples. *Frontiers in Psychology*, 7, 1723. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01723>.
- Carleton, R. N. (2012). The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: Theoretical and practical perspectives. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(8), 937–947. <https://doi.org/10.1586/ern.12.82>.
- Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30–43. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007>.
- Christiansen, D. M. (2015). Examining sex and gender differences in anxiety disorders. Em F. Durbano (Ed.), *A fresh look at anxiety disorders* (pp. 17–49). TechOpen. <https://doi.org/10.5772/60662>.
- Cho, S., Przeworski, A., & Newman, M. G. (2019). Pediatric generalized anxiety disorder. Em S. N. Compton, M. A. Villabo, & H. Kristensen (Eds.), *Pediatric anxiety disorders* (pp.

- 251-275). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813004-9.00012-8>.
- Conroy, K., Curtiss, J. E., Barthel, A. L., Lubin, R., Wieman, S., Bui, E., Simon, N. M., & Hofmann, S. G. (2020). Emotion regulation flexibility in generalized anxiety disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 42, 93–100. <https://doi.org/10.1007/s10862-019-09773-8>.
- Crocq, M. A. (2017). The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 107–116. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/macrocq>.
- Dar, K. A., Iqbal, N., & Mushtaq, A. (2017). Intolerance of uncertainty, depression, and anxiety: Examining the indirect and moderating effects of worry. *Asian Journal of Psychiatry*, 29, 129–133. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.04.017>.
- Del Valle, M. V., Andrés, M. L., Urquijo, S., Yerro-Avincetto, M., López-Morales, H., & Canet-Juric, L. (2020). Intolerance of uncertainty over COVID-19 pandemic and its effect on anxiety and depressive symptoms. *Revista Interamericana de Psicología*, 54(2), 1–17. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i2.1335>.
- DeMartini, J., Patel, G., & Fancher, T. L. (2019). Generalized anxiety disorder. *Annals of Internal Medicine*, 170(7), ITC49–ITC64. <https://doi.org/10.7326/AITC201904020>.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Routledge.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215–226. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00070-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00070-3).

- Ellis, D. M., & Hudson, J. L. (2010). The metacognitive model of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(2), 151–163. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0065-0>.
- Faravelli, C., Scarpato, M. A., Castellini, G., & Lo Sauro, C. (2013). Gender differences in depression and anxiety: The role of age. *Psychiatry Research*, 210(3), 1301–1303. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.09.027>
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
- Gallagher, M. W., Naragon-Gainey, K., & Brown, T. A. (2014). Perceived control is a transdiagnostic predictor of cognitive-behavior therapy outcome for anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 38, 10–22. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9587-3>.
- Gentes, E. L., & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 923–933. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.001>.
- Gorman, J. M. (2001). Generalized anxiety disorder. *Clinical Cornerstone*, 3(3), 37-43. [https://doi.org/10.1016/S1098-3597\(01\)90060-2](https://doi.org/10.1016/S1098-3597(01)90060-2).
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151–164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>.
- Hidalgo, R. B., & Sheehan, D. V. (2012). Generalized anxiety disorder. *Handbook of Clinical Neurology*, 106, 343–362. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52002-9.00019-X>.

- Jafferany, M., & Franca, K. (2016). Psychodermatology: Basics concepts. *Acta Dermato-Venereologica*, 96(217), 35–37. <https://doi.org/10.2340/00015555-2378>.
- Jalnapurkar, I., Allen, M., & Pigott, T. (2018). Sex differences in anxiety disorders: A review. *Journal of Psychiatric Depression and Anxiety*, 4(12). <https://doi.org/10.24966/PDA-0150/100012>
- Kessler, R. C., Ruscio, A. M., Shear, K., & Wittchen, H. U. (2010). Epidemiology of anxiety disorders. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 2, 21–35.
- Kinrys, G., & Wygant, L. E. (2005). Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influencia o tratamento? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 543-550. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000600003>.
- Koerner, N., & Dugas, M. J. (2006). A cognitive model of generalized anxiety disorder: The role of intolerance of uncertainty. Em G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (p. 201–216). Wiley Publishing. <https://doi.org/10.1002/9780470713143.ch12>.
- Koerner, N., McEvoy, P., & Tallon, K. (2020). Cognitive-behavioral models of generalized anxiety disorder (GAD): Toward a synthesis. Em A. L. Gerlach & A. T. Gloster (Eds). *Generalized anxiety disorder and worrying: A comprehensive handbook for clinicians and researchers* (pp.117-150). Wiley Publishing. <https://doi.org/10.1002/9781119189909.ch7>.
- Kohlsdorf, M., & Junior, A. L. C. (2009). O autorrelato na pesquisa em psicologia da saúde: Desafios metodológicos. *Psicologia Argumento*, 27(57), 131-139.
- Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38(9), 933–941. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00133-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00133-3).
- Mah, L., Szabuniewicz, C., & Fiocco, A. J. (2016). Can anxiety damage the brain? *Current Opinion in Psychiatry*, 29(1), 56–63. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000223>.

- Maier, W., Gänssicke, M., Freyberger, H. J., Linz, M., Heun, R., & Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: A valid diagnostic entity?, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 29–36. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001029.x>.
- McEvoy, P. M., Hyett, M. P., Shihata, S., Price, J. E., & Strachan, L. (2019). The impact of methodological and measurement factors on transdiagnostic associations with intolerance of uncertainty: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 73, 101778. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101778>.
- McLellan, L. F., & Hudson, J. L. (2017). Generalised anxiety disorder. Em S. Goldstein & M. DeVries (Eds.), *Handbook of DSM-5 disorders in children and adolescents* (pp. 193-212). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-57196-6_9.
- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(1), 17–29. <https://doi.org/10.1002/cpp.389>.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., & Ritter, M. R. (2008). Is generalized anxiety disorder an anxiety or mood disorder? Considering multiple factors as we ponder the fate of GAD. *Depression and Anxiety*, 25(4), 289–299. <https://doi.org/10.1002/da.20493>.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1281–1310. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008>.
- Mennin, D. S. (2006). Emotion regulation therapy: An integrative approach to treatment-resistant anxiety disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 95-105. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9012-2>.
- Ministério da Saúde (2013). *Cadernos de atenção primária: Rastreamento*. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento_caderno_atencao_primaria_n29.pdf.

- Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S., Motrico, E., Rodríguez-Morejón, A., Fernández, A., García-Campayo, J., Roca, M., Serrano-Blanco, A., Rubio-Valera, M., & Bellón, J. Á. (2014). Risk factors for the onset of panic and generalised anxiety disorders in the general adult population: A systematic review of cohort studies. *Journal of Affective Disorders*, 168, 337–348. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.021>.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning: A re-interpretation of conditioning and problem solving. *Harvard Educational Review*, 17, 102–148.
- Newman, M. G., Cho, S., & Kim, H. (2017). Worry and generalized anxiety disorder: A review. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, 10, 439-459 <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.05108-7>.
- Newman, M. G., & Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 371–382. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.008>.
- Newman, M. G., Llera, S. J., Erickson, T. M., Przeworski, A., & Castonguay, L. G. (2013). Worry and generalized anxiety disorder: A review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 275–297. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185544>.
- Newman, M. G., Shin, K. E., & Zuellig, A. R. (2016). Developmental risk factors in generalized anxiety disorder and panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 206, 94–102. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.008>.
- Newman, M. G., & Przeworski, A. (2018). The increase in interest in GAD: Commentary on Asmundson & Asmundson. *Journal of Anxiety Disorders*, 56, 11-13. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.04.006>.

- Oram S, Khalifeh H, & Howard L. M. (2016). Violence against women and mental health. *Lancet Psychiatry*, 4(2), 159–70. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30261-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9).
- Orellana, J. D. Y., Ribeiro, M. R. C., Barbieri, M. A., Saraiva, M. C., Cardoso, V. C., Bettiol, H., Silva, A. A. M., Barros, F. C., Gonçalves, H., Wehrmeister, F. C., Menezes, A. M. B., Del-Bem, C. M., & Horta, B. L. (2020). Transtornos mentais em adolescentes, jovens e adultos do Consórcio de Coortes de Nascimento brasileiras RPS (Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís). *Cadernos de Saúde Pública*, 36(2). doi:10.1590/0102-311X00154319.
- Ouellet, C., Langlois, F., Provencher, M. D., & Gosselin, P. (2019). Intolerance of uncertainty and difficulties in emotion regulation: Proposal for an integrative model of generalized anxiety disorder. *European Review of Applied Psychology*, 69(1), 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2019.01.001>.
- Plag, J., Schumacher, S., & Ströhle, A. (2014). Generalisierte angststörung. *Nervenarzt*, 85, 1185–1194. <https://doi.org/10.1007/s00115-014-4121-8>.
- Rickels, K., & Rynn, M. (2001). Overview and clinical presentation of generalized anxiety disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 1–17. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70203-3](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70203-3).
- Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*, 372(9634), 246–255. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61078-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61078-8).
- Robichaud, M., & Dugas, M. J. (2015). *The generalized anxiety disorder workbook: A comprehensive CBT guide for coping with uncertainty, worry, and fear*. New Harbinger Publications.
- Robichaud, M., Dugas, M. J., & Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(5), 501–516. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(02\)00237-2](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(02)00237-2).

- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54–68. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.54>.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2005). An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. Em S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 213–240). Springer.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38(1), 72–85. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.04.004>.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2009). *Mindfulness and acceptance-based behavioral therapies in practice*. The Guilford Press.
- Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Borges, G., Bromet, E. J., Bunting, B., Caldas de Almeida, J. M., Demyttenaere, K., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., Hu, C., de Jonge, P., ... Scott, K. M. (2017). Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 465–475. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056>.
- Shen, C. C., Hu, Y. W., Hu, L. Y., Hung, M. H., Su, T. P., Huang, M. W., Tsai, C. F., Ou, S. M., Yen, S. H., Tzeng, C. H., Chiou, T. J., Chen, T. J., & Liu, C. J. (2013). The risk of cancer in patients with generalized anxiety disorder: A nationwide population-based study. *PloS One*, 8(2), e57399. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0057399>.
- Showraki, M., Showraki, T., & Brown, K. (2020). Generalized anxiety disorder: Revisited. *The Psychiatric Quarterly*, 91(3), 905–914. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09747-0>.

- Silva, M. T., Caicedo Roa, M., Martins, S. S., Silva, A., & Galvao, T. F. (2018). Generalized anxiety disorder and associated factors in adults in the Amazon, Brazil: A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 236, 180–186. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.079>.
- Starcevic, V., Portman, M. E., & Beck, A. T. (2012). Generalized anxiety disorder: Between neglect and an epidemic. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(8), 664–667. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318263f947>.
- Stein, M. B., & Sareen, J. (2015). Generalized anxiety disorder. *The New England Journal of Medicine*, 373(21), 2059–2068. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1502514>.
- Sweeny, K., & Dooley, M. D. (2017). The surprising upsides of worry. *Social and Personality Psychology Compass*, 11(4), e12311. <https://doi.org/10.1111/spc3.12311>.
- Tully, P. J., Harrison, N. J., Cheung, P., & Cosh, S. (2016). Anxiety and cardiovascular disease risk: A review. *Current Cardiology Reports*, 18(12), 120. <https://doi.org/10.1007/s11886-016-0800-3>.
- Tyrer, P. (2018). Against the stream: Generalized anxiety disorder (GAD), a redundant diagnosis. *BJPsych Bulletin*, 42(2), 69–71. <https://doi.org/10.1192/bjb.2017.12>.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 301–320. <https://doi.org/10.1017/S1352465800015897>.
- Wells, A. (2004). A cognitive model of GAD: Metacognitions and pathological worry. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*, (pp. 164–186). The Guilford.
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 107–121. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-1652-0>.

- Wells, A. (2013). Advances in metacognitive therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 186-201. <https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.2.186>.
- Wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 206-212. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.07.002>.
- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Pfister, H., & Lieb, M. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 102(406), 14–23.
- Zuardi, A. W. (2017). Características básicas do transtorno de ansiedade generalizada. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 50(1), 51-55. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p51-55>.

– CAPÍTULO 2 –

ESTUDO 2

REVISÃO DE ESCOPO SOBRE O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA E A REGULAÇÃO EMOCIONAL²

Resumo

O objetivo desta revisão de escopo foi reunir os achados da literatura acerca da relação entre o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e a regulação emocional (RE). O levantamento ocorreu nas seguintes bases de dados: SCOPUS, PsycINFO, PubMed, SciELO.org e PePSIC. Artigos empíricos disponíveis na íntegra, nos últimos dez anos, e que investigassem a relação entre o TAG e RE foram considerados como critérios de elegibilidade. Ao final do processo de seleção, 13 artigos compuseram a amostra final do levantamento. As análises foram divididas em (1) análise bibliométrica e metodológica e (2) análise de conteúdo. Os principais resultados demonstraram que a maioria dos estudos foi publicada nos anos de 2020 e 2021, porém nenhum foi realizado no Brasil. Em relação à mensuração das variáveis, a *Generalized Anxiety Disorder Scale* (GAD-7) e o *Cognitive Emotional Regulation Questionnaire* (CERQ) foram os instrumentos mais utilizados para avaliar os sintomas de TAG e a RE. Constatou-se a alta prevalência do TAG, especialmente entre universitários no contexto da pandemia da Covid-19. Os trabalhos ratificaram a associação positiva entre os níveis de TAG e as estratégias de RE desadaptativas e a desregulação emocional. Além disso, verificou-se a capacidade preditiva, além do papel de mediação e moderação, da RE sobre os níveis e o desfecho em TAG. Conclui-se que a RE pode ser um importante indicador associado à ocorrência e desenvolvimento do TAG, tornando-se uma variável relevante para intervenção e tratamento desse transtorno.

Palavras-chave: ansiedade; regulação emocional; desregulação emocional; revisão de literatura.

² O presente capítulo foi preparado para submissão a periódicos da psicologia. No entanto, ainda não foi submetido.

Abstract

The aim of this scoping review was to raise evidence from the literature about the relationship between generalized anxiety disorder (GAD) and emotional regulation (ER). The searching was performed in the following databases: SCOPUS, PsycINFO, PubMed, SciELO and PePSIC. Full empirical articles available, in the last ten years, and that analyzed the relationship between TAG and RE were considered as eligibility criteria. At the end of the selection process, 13 articles made up the final sample of the survey. The analyzes were divided into (1) bibliometric and methodological analysis and (2) content analysis. The main results showed that most studies were published in 2020 and 2021, but none of them done in Brazil. Regarding the measurement of variables, the Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) and the Cognitive Emotional Regulation Questionnaire (CERQ) were the most used instruments to assess the symptoms of GAD and ER. A high prevalence of GAD was found, especially among university students in the context of the Covid-19 pandemic. The selected articles reinforced the positive association between TAG and maladaptive ER strategies and emotional dysregulation. The predictive capacity of the ER on GAD levels was verified, in addition to the role of mediation and moderation. It was concluded that ER can be an important indicator associated with the occurrence and development of GAD, and it becomes as a relevant variable for intervention and treatment of this disorder.

Keywords: anxiety; emotional regulation; emotional dysregulation; literature review.

Introdução

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é altamente prevalente. No mundo, estima-se que 3,7% da população possui o transtorno ao longo da vida e 1,8% em 12 meses (Ruscio et al., 2017). No Brasil, taxas de prevalência entre 3,5% e 16,5% (nos últimos seis meses) foram encontradas (Orellana et al., 2020). Globalmente, os transtornos ansiosos são a sexta maior causa de anos perdidos por incapacidade em jovens (*Global Burden Disease* [GBD], 2019), o que torna a ansiedade, e por consequência o TAG, um problema de saúde pública (Orellana et al., 2020). Ao se considerar, especificamente, contexto da pandemia da *Coronavirus Disease 2019* (Covid-19), iniciada em março de 2020, há estimativas ainda mais altas de TAG, com prevalência geral de 35% (Huang et al., 2020).

O TAG é caracterizado pela presença de ansiedade e preocupações intensas, persistentes, desproporcionais e de difícil controle acerca de situações da vida diária, como família, trabalho e saúde (*American Psychological Association* [APA], 2014). A ansiedade causa sofrimento significativo e está associada a sintomas físicos, a saber: tensão muscular, inquietação e distúrbios do sono (APA, 2014). O TAG é potencialmente crônico (Ruscio et al., 2017) e se relaciona à presença de comorbidades (DeMartini et al., 2019), ao maior risco de suicídio (Trindade Junior, 2021) e ao maior custo econômico em cuidados de saúde, tanto a nível pessoal, quanto governamental e no âmbito da saúde pública (Konnopka et al., 2019).

Dada a alta prevalência e consequências associadas ao TAG, entender as variáveis psicológicas subjacentes ao transtorno pode ajudar a compreender os fatores que contribuem para a sua ocorrência. Um dos mecanismos apontados como potenciais para o desenvolvimento do TAG é a regulação emocional (RE) (Mennin, 2006). A RE é um processo complexo e multifacetado que influencia a experiência e expressão emocional dos indivíduos (Dryman et al., 2018). Esse processo abrange o gerenciamento das emoções e engloba estratégias de controle da intensidade emocional indesejada (Leahy et al., 2013), além de mecanismos pelos

quais as próprias emoções são reguladas (Gross, 2014). Dessa forma, o conceito de RE é considerado amplo e abarca teorias distintas, tais como: o modelo processual de regulação da emoção (Gross, 1998), a regulação emocional cognitiva (REC; Garnefski et al., 2001) e a desregulação emocional (DE; Gratz & Roemer, 2004).

O modelo de RE de Gross (1998) é constituído por cinco famílias de estratégias de regulação da emoção, a saber: seleção da situação, modificação da situação, desenvolvimento atencional, mudança cognitiva e modulação da resposta. Elas se diferenciam entre si pelo momento em que impactam no processo de geração da emoção (Gross, 1998, 2015). Duas estratégias específicas são particularmente estudadas: a reavaliação cognitiva e a supressão emocional (Dryman et al., 2018). A reavaliação cognitiva faz parte da família de estratégias de mudança cognitiva e consiste em modificar a interpretação de uma situação, de modo a alterar seu impacto emocional. Enquanto a supressão emocional, uma forma de modulação da resposta, se refere aos esforços contínuos para inibir a expressão das emoções (Gross, 2015). A ênfase nessas estratégias é decorrente da frequência com que são utilizadas na vida cotidiana, além da facilidade de serem avaliadas em termos de diferenças individuais (John & Gross, 2004).

A REC se refere, especificamente, às formas conscientes e cognitivas de lidar com as situações que levam a reações emocionais (Garnefski et al., 2001). O interesse dessa abordagem teórica repousa no entendimento de como os processos cognitivos são capazes de regular as emoções e como interferem no curso do desenvolvimento emocional (Garnefski et al., 2001). São nove as estratégias de REC: autculpa (colocar a culpa da situação em si mesmo), culpar os outros (pensamentos de culpar a outra pessoa pela situação), ruminação (pensamentos repetitivos e negativos relacionados ao evento), catastrofização (ênfase excessiva sobre a situação negativa vivida), colocar em perspectiva (relativizar a seriedade do evento), reorientação positiva (pensar em questões agradáveis no lugar da situação real), reavaliação positiva (atribuir um significado positivo, em termos de crescimento pessoal, ao evento),

aceitação das próprias emoções e reorientação no planejamento (pensamentos sobre como lidar com o evento negativo) (Garnefski et al., 2017).

Diferentemente das teorias anteriores, que focalizam em estratégias que podem ser utilizadas no processo de regulação da emoção, Gratz e Roemer (2004) abordam a RE através de concepção mais ampla. Nessa perspectiva, entende-se que o processo de RE envolve uma série de habilidades e capacidades gerais de RE, tais como: a consciência e o entendimento das emoções, a aceitação das emoções, a habilidade para controlar os comportamentos impulsivos e a capacidade para usar estratégias de RE apropriadas para cada situação (Gratz & Roemer, 2004). Assim, a dificuldade em qualquer um desses aspectos é entendida como DE (Gratz & Roemer, 2004; Mennin et al., 2005). A DE está associada a comportamentos prejudiciais, uma vez que eles funcionam como uma forma de regular as emoções ou são consequências das falhas na RE (Koerner, 2020).

As estratégias de RE têm importante impacto na saúde mental (Hu et al., 2014), podendo se relacionar com a ocorrência de psicopatologias (Grant et al., 2018; Ioannidis & Siegling, 2015). O uso da reavaliação cognitiva tem sido associado a mais emoções positivas e a melhor saúde psicológica. Em contrapartida, a supressão emocional se relaciona a mais afetos negativos e comprometimentos na saúde mental (Hu et al., 2014). As estratégias REC, quando mal adaptativas - ou seja, quando produzem efeitos prejudiciais sobre o afeto, o comportamento e a cognição - são consideradas fatores de risco transdiagnósticos associados com a etiologia e manutenção de transtornos, como transtornos ansiosos e depressivos (Aldao et al., 2010; Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012). Frente a achados como esses, nas últimas décadas se tem observado um incremento de estudos sobre essa temática, com foco em aspectos voltados para o papel da RE nos transtornos mentais (Gross, 2014; Ioannidis & Siegling, 2015).

No TAG, o papel da RE recebe ênfase no Modelo de Desregulação Emocional (Mennin, 2004). Segundo esse modelo, pessoas diagnosticadas com TAG reagem emocionalmente de

modo mais intenso e sentem mais afetos negativos do que as outras pessoas. Além disso, apresentam baixa clareza em relação às próprias emoções, fato que dificulta na identificação e entendimento. Indivíduos com esse transtorno possuem mais atitudes negativas para com as emoções e déficits no uso de estratégias RE mais adaptativas (Mennin et al., 2004; Ouellet et al., 2019). Assim, verifica-se que a DE pode contribuir no desencadeamento ou manutenção do TAG (Marganska et al., 2013; Mennin et al., 2005).

Uma pesquisa preliminar foi realizada nas plataformas *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO) e *JB Clinical Online Network of Evidence for Care and Therapeutics* (COnNECT+), com o objetivo de verificar a existência de revisões sistemáticas, de escopo ou protocolos sobre a relação entre o TAG e a RE. A pesquisa foi realizada em agosto de 2021, utilizando os descritores “*anxiety*” OR “*anxiety disorders*” OR “*generalized anxiety disorder*” AND “*emotional regulation*” OR “*emotion regulation*” OR “*emotional dysregulation*”. Verificou-se que não existiam revisões desses tipos sobre o tema, fato que justifica a realização de um levantamento da literatura científica acerca das evidências dessa relação.

A revisão de escopo é um tipo de revisão da literatura que avalia a extensão do conhecimento existente sobre um determinado campo de estudo, além de mapear suas características e conceitos (Peters, 2020). Objetivos específicos desse tipo de revisão são: levantar tipos de evidências disponíveis no tema; esclarecer principais conceitos utilizados na literatura; identificar principais fatores relacionados a um conceito; examinar características metodológicas de pesquisas acerca de um tópico e identificar lacunas do conhecimento (Munn, 2018). Para tanto, através de um problema de pesquisa exploratório, procede-se a construção de um protocolo sistemático de pesquisa e a realização criteriosa de todas as etapas. Após, os dados levantados são sumarizados descritivamente e discutidos (Peters, 2020).

Em resumo, tendo em vista que a RE apresenta importante impacto na saúde mental (Hu et al., 2014), bem como é evidenciada a sua associação com o desenvolvimento de psicopatologias, dentre elas o TAG (Grant et al., 2018; Mennin, 2004), julgou-se pertinente realizar um levantamento acerca do conhecimento existente sobre as evidências dessa relação. A razão para tal opção se deu no intuito de preencher a lacuna apresentada no que concerne à ausência de revisões de escopo sobre a RE e TAG. A ênfase nesse transtorno se justifica pelo fato de ser altamente prevalente (Ruscio et al., 2017), com indícios de ter elevada ocorrência, especialmente no contexto da pandemia da Covid-19 (Huang et al., 2020), e gerar uma série de consequências na vida dos indivíduos (APA, 2014).

Este artigo realizou uma revisão de escopo, visando a responder à seguinte questão norteadora: quais as principais evidências disponíveis acerca da relação entre o TAG e a RE? Para tanto, o objetivo principal foi reunir os achados da literatura sobre a relação entre TAG e RE. Além disso, buscou-se (1) mapear a produção dos artigos segundo aspectos bibliométricos, metodológicos e conceituais, (2) verificar as diferenças existentes na ocorrência do TAG e da RE de acordo com as variáveis sociodemográficas gênero e idade, bem como (3) identificar possíveis lacunas desse conhecimento presentes na literatura.

Método

A presente revisão de escopo foi elaborada segundo as recomendações propostas pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) e pelo *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR). O protocolo desta revisão foi registrado no *Open Science Framework* (OSF), no link osf.io/5quxn/.

Inicialmente, foi realizada uma busca preliminar na base de dados SCOPUS e PsycINFO, com objetivo de identificar as principais palavras chaves e descritores contidos nos artigos acerca do tema. A busca foi realizada utilizando os descritores “*anxiety disorders*”, “*generalized anxiety disorder*” e “*emotional regulation*”, retirados da lista dos Descritores em

Ciências da Saúde (DeCS) e dos termos indexados da PsycINFO. Em seguida, procedeu-se a coleta de dados definitiva, no dia 18 de agosto de 2021, nas bases de dados SCOPUS, PsycINFO, PubMed, SciELO.org e PePSIC, utilizando as palavras chaves e termos indexados identificados e analisados na busca preliminar, a saber: “*anxiety*”, “*anxiety disorder*”, “*anxiety disorders*”, “*generalized anxiety disorder*”, “*generalized anxiety disorder scale*”, “*Generalized Anxiety Disorder-7*”, “*GAD-7*”, “*emotional regulation*”, “*emotion regulation*”, “*emotional dysregulation*” e “*emotion dysregulation*”. As estratégias de busca da coleta definitiva podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1

Base de Dados, Descritores, Estratégias de Buscas e Resultados Encontrados por Base de Dados na Investigação acerca do TAG e RE.

Base de dados	Descritores	Estratégias de Buscas	N
SCOPUS	(<i>anxiety</i> OR “ <i>anxiety disorders</i> ” OR “ <i>anxiety disorder</i> ” OR “ <i>generalized anxiety disorder</i> ” OR “ <i>anxiety assessment</i> ” OR “ <i>generalized anxiety disorder scale</i> ” OR “ <i>Generalized Anxiety Disorder-7</i> ” OR “ <i>GAD-7</i> ”) AND (“ <i>emotional regulation</i> ” OR “ <i>emotion regulation</i> ” OR “ <i>emotional dysregulation</i> ” OR “ <i>emotion dysregulation</i> ”)	“abstract” “filtro de acesso ‘open access’” “filtro de tipo de documento ‘article’” “filtro de idioma ‘english, 70panish, portuguese’”	991
PsycINFO	(<i>anxiety</i> OR “ <i>anxiety disorders</i> ” OR “ <i>anxiety disorder</i> ” OR “ <i>generalized anxiety disorder</i> ” OR “ <i>anxiety assessment</i> ” OR “ <i>generalized anxiety disorder scale</i> ” OR “ <i>Generalized Anxiety Disorder-7</i> ” OR “ <i>GAD-7</i> ”) AND (“ <i>emotional regulation</i> ” OR “ <i>emotion regulation</i> ” OR “ <i>emotional dysregulation</i> ” OR “ <i>emotion dysregulation</i> ”)	“abstract” “filtro de acesso ‘open access’” “filtro de tipo de documento ‘journal article’” “filtro de metodologia ‘empirical study’”	217
PubMed	(<i>anxiety</i> OR “ <i>anxiety disorders</i> ” OR “ <i>anxiety disorder</i> ” OR “ <i>generalized anxiety disorder</i> ” OR “ <i>anxiety assessment</i> ” OR “ <i>generalized anxiety disorder scale</i> ” OR “ <i>Generalized Anxiety Disorder-7</i> ” OR “ <i>GAD-7</i> ”) AND (“ <i>emotional regulation</i> ” OR “ <i>emotion regulation</i> ” OR “ <i>emotional dysregulation</i> ” OR “ <i>emotion dysregulation</i> ”)	“title/abstract” “filtro de acesso ‘open access’” “filtro de tipo de documento ‘journal article’” “filtro de espécie ‘humans’”	555

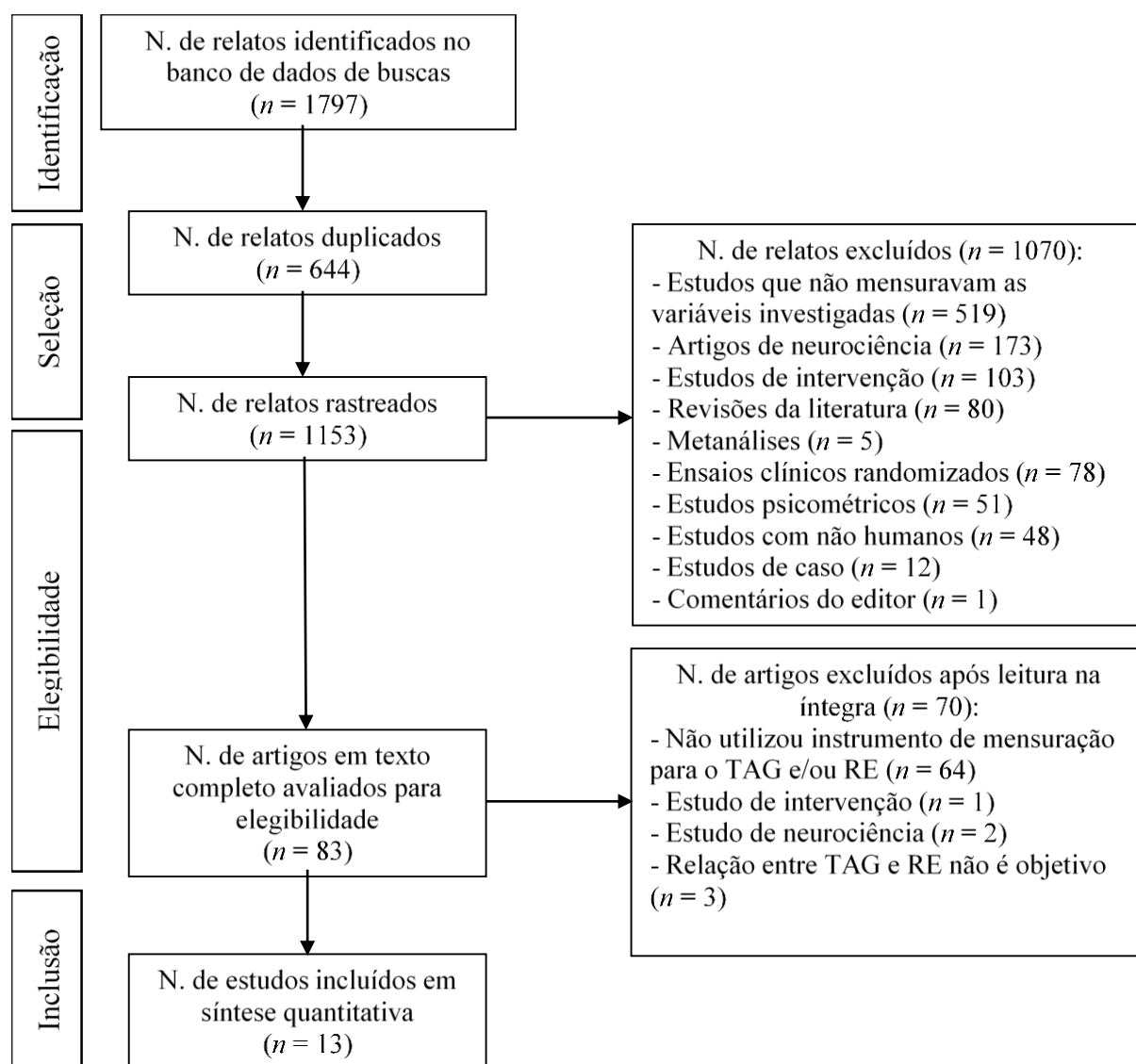
	<i>dyresgulation” OR “emotion dysregulation”)</i>	<i>“filtro de idioma ‘english, 71panish, portuguese’</i>	
SciELO.org	<i>(anxiety OR “anxiety disorders” OR “anxiety disorder” OR “generalized anxiety disorder” OR “anxiety assessment” OR “generalized anxiety disorder scale” OR “Generalized Anxiety Disorder-7” OR “GAD-7”) AND (“emotional regulation” OR “emotion regulation” OR “emotional dyresgulation” OR “emotion dysregulation”)</i>	<i>“resumo” Filtro tipo de estudo ‘artigo’ “filtro de idioma ‘inglês, espanhol, português’</i>	32
PePSIC	<i>(anxiety OR “anxiety disorders” OR “anxiety disorder” OR “generalized anxiety disorder” OR “anxiety assessment” OR “generalized anxiety disorder scale” OR “Generalized Anxiety Disorder-7” OR “GAD-7”) AND (“emotional regulation” OR “emotion regulation” OR “emotional dyresgulation” OR “emotion dysregulation”)</i>	<i>“todos os índices”</i>	2
Total			1797

Foram delimitados como critérios de elegibilidade: idioma (português, inglês ou espanhol), tempo (últimos 10 anos), tipo de documento (somente artigos empíricos), estudos realizados somente com seres humanos e estudos disponíveis na íntegra. Além disso, foram incluídos na amostra estudos cujo nível de sintomatologia para o TAG foi mensurado nos participantes e que abordem a RE. Acredita-se que os critérios de elegibilidade determinados se mostraram suficientes para alcançar a literatura revisada e publicada em periódicos acerca do tema de interesse. As bases de dados foram acessadas através da plataforma Periódicos CAPES, por meio do “Acesso CAFe”. Os critérios de exclusão adotados foram: os artigos duplicados, que não respondessem à questão norteadora e que não investigassem os construtos de interesse desta revisão.

Os trabalhos coletados foram organizados e agrupados no software *Rayyan* (Ouzzani et al., 2016). A busca inicial contou com 1797 artigos, sendo 217 advindos da base de dados PsycINFO (12,1%), 555 da PubMed (30,9%), 32 da SciELO.org (1,8%), 991 da SCOPUS (55,1%) e 2 da PePSIC (0,1%). Após a leitura dos títulos e resumos, foram excluídos: artigos duplicados ($n = 644$), estudos que não mensuravam a relação das variáveis investigadas ($n = 519$), artigos de neurociência ($n = 173$), estudos de intervenção ($n = 103$), revisões da literatura ($n = 80$), metanálises ($n = 5$), ensaios clínicos randomizados ($n = 78$), estudos psicométricos ($n = 51$), estudos com não-humanos ($n = 48$), estudos de caso ($n = 12$) e comentários do editor ($n = 1$). Após a primeira limpeza, restaram 83 artigos. Em seguida, procedeu-se a leitura na íntegra dos artigos restantes e foram excluídos aqueles que não respondiam à pergunta norteadora (ou seja, que não mensuraram a relação entre TAG e a RE), além de estudos de intervenção e de neurociência. Após todas as exclusões, restaram 13 artigos na amostra final. Três revisores participaram da seleção dos artigos para a amostra final. O procedimento pode ser observado na Figura 1.

Figura 1

Processo de Seleção e Análise dos Estudos Primários Descobertos para a Revisão de Escopo conforme o Protocolo PRISMA.



Um formulário foi desenvolvido com base no instrumento proposto pelo JBI para mapeamento dos dados. Os dados foram extraídos dos artigos por um revisor independente e incluíram informações bibliométricas como: autores, ano de publicação, país de origem, idioma e periódico; informações metodológicas como o tipo e delineamento do estudo, objetivo do estudo, número amostral, sexo e faixa etária dos participantes, e contexto do estudo; além de informações acerca do conteúdo e principais resultados voltados à pergunta norteadora. Os resultados foram apresentados em uma tabela, além de descritos narrativamente em subtópicos relacionados aos objetivos desta revisão. Além disso, seguindo as recomendações da revisão de

escopo, neste artigo foi dispensada a avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos.

Resultados

A Tabela 2 apresenta os principais resultados dos estudos.

Tabela 2

Principais Resultados acerca das Características Bibliométricas, Metodológicas e de Conteúdo dos Estudos sobre a Relação entre os Processos de Regulação Emocional e o Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Estudo	Objetivos	Amostra/Local/ Instrumento	Principais resultados
E1: Prout et al. (2020)	Identificar a prevalência de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático em adultos durante a pandemia da Covid-19. Além disso, determinar os preditores dessas condições e explorar como podem interagir na identificação de indivíduos com maior risco de sofrimento psíquico.	2787 adultos e idosos da população geral (81,4% ♀; Multicêntrico). ERQ e GAD-7	As estratégias de RE (supressão e reavaliação) não foram preditoras estatisticamente significativas de TAG durante a pandemia da Covid-19.
E2: Dovbysh & Kiseleva (2020)	Analisar as estratégias de RE e de enfrentamento utilizados por pacientes hospitalizados e investigar a relação entre as estratégias utilizadas e a gravidade dos sintomas de depressão e ansiedade.	127 adultos hospitalizados com covid-19 (47,3% ♀; Rússia). CERQ e GAD-7	A severidade dos sintomas de TAG se correlacionou positivamente com a ruminação ($\rho = 0,458$; $p < 0,001$) e catastrofização ($\rho = 0,186$; $p < 0,001$) e negativamente com reorientação positiva ($\rho = -0,221$; $p < 0,05$).
E3: Sun et al. (2020)	Examinar os efeitos mediadores da REC entre o sistema de inibição comportamental (SIC) e o sistema de ativação comportamental (SAC) com os níveis de depressão e ansiedade.	836 idosos da população geral (48,68% ♀; China). CERQ-short e GAD-7	A associação entre TAG e as estratégias mal adaptativas e adaptativas foram estatisticamente significativas, embora tenham sido correlações fracas ($r = 0,426$, $p < 0,01$) e ($r = -0,095$, $p < 0,05$), respectivamente. Ambas as estratégias de REC mediam parcialmente a relação entre SIC e TAG. Apenas as estratégias adaptativas mediam a associação entre SAC e TAG.
E4: Dominguez-Lara (2017)	Determinar a influência das estratégias de REC sobre a ansiedade e depressão em universitários.	127 estudantes de Psicologia (69,3% ♀; Peru). CERQ e GAD-2	As nove estratégias de REC explicaram um alto percentual de variabilidade do TAG, sendo que a ruminação e catastrofização apresentaram maior contribuição para sua variabilidade, seguidas de culpar os outros e autculpa. A

			catastrofização foi o preditor mais importante do TAG, com forte tamanho de efeito ($R^2 > 0,64$).
E5: Marganska et al. (2013)	Examinar o papel explicativo da DE na relação entre o estilo de apego do adulto e os sintomas de depressão e TAG.	284 universitários (81% ♀; Estados Unidos). DERS e GAD-Q-IV	Correlações significativas foram encontradas entre TAG e falta de clareza das emoções ($r = 0,31$; $p < 0,01$), incapacidade de conquistar objetivos ($r = 0,45$; $p < 0,01$), incapacidade para controlar comportamento impulsivo ($r = 0,56$; $p < 0,01$); falta de aceitação das emoções negativas ($r = 0,56$; $p < 0,01$) e percepção da falta de acesso a estratégias eficazes de regulação da emoção ($r = 0,57$; $p < 0,01$). As dificuldades de impulso, não aceitação e crenças de acesso limitado às estratégias adaptativas previram significativamente sintomas de TAG. As dificuldades de não aceitação, estratégias, impulso mediarão totalmente a relação entre os estilos de apego e o TAG.
E6: McMahon et al. (2019)	Examinar se os sintomas do transtorno de processamento sensorial (TPS) na infância predizem um aumento na probabilidade de um diagnóstico de transtorno de ansiedade na idade adulta. Além disso, verificar se as dificuldades com a RE e sintomas de TPS em adultos medeiam essa relação.	231 adultos da população geral (81,8% ♀; Estados Unidos). DERS e SCID-I	As dificuldades com a RE mediarão totalmente a relação entre TPS na infância e TAG ao longo da vida.
E7: Wang et al. (2020)	Explorar a associação entre estratégias de REC e ansiedade e depressão entre enfermeiras durante a pandemia da Covid-19.	586 enfermeiros (96% ♀; China). CERQ e GAD-7	Enfermeiros com sintomas de TAG tiveram escores mais baixos nas estratégias aceitação, reorientação positiva e reorientação no planejamento ($p < 0,05$) e escores mais altos nas estratégias desadaptativas quando comparados com enfermeiros sem TAG ($p < 0,001$). As chances possuir TAG aumentou com o uso mais frequente de auto culpa ($OR = 1,25$; $p \leq 0,001$), ruminação ($OR = 1,18$; $p = 0,003$) e catastrofização ($OR = 1,31$, $p \leq 0,001$), bem como menos uso de aceitação ($OR = 0,80$, $p \leq 0,001$).

E8: Muñoz-Navarro et al. (2021)	Verificar a presença de TAG, transtorno depressivo maior, transtorno de pânico e ataques de pânico durante o surto da Covid-19. Além disso, determinar a influência de variáveis sociodemográficas e das estratégias de REC como preditoras desses diagnósticos.	1753 adultos da população geral (76,8% ♀; Espanha). CERQ-short e GAD-7	Em relação às estratégias de REC, a culpa dos outros ($\beta = 0,12$; $p < 0,001$), ruminação ($\beta = 0,46$; $p < 0,001$), catastrofização ($\beta = 0,28$; $p < 0,001$), e tomada de perspectiva ($\beta = 0,13$; $p = 0,01$) previram TAG positivamente, enquanto a reavaliação positiva ($\beta = -0,24$, $p < 0,001$) e reorientação positiva ($\beta = -0,36$, $p < 0,001$) previram TAG negativamente.
E9: Muñoz-Navarro et al. (2021)	Avaliar o efeito de moderação e mediação das estratégias de REC na ansiedade e se o efeito de mediação foi moderado por sexo e/ou idade.	1753 adultos da população geral (76,8% ♀; Espanha). CERQ-short e GAD-7	O TAG foi negativamente e positivamente correlacionado com as estratégias adaptativas e mal adaptativas de REC, respectivamente. Encontraram-se efeitos de moderação para estratégias mal adaptativas na associação entre preocupação com a Covid-19 e TAG. Os efeitos diretos também foram significativos para as ligações entre estratégias REC mal adaptativas e adaptativas e TAG.
E10: Liang et al. (2021)	Verificar o papel mediador das emoções negativas (depressão e ansiedade) na relação entre RE e o vício em Internet.	690 adolescentes (51,9% ♀; China). ERQ e GAD-7	A supressão expressiva se correlacionou positivamente com TAG ($r = 0,309$; $p < 0,001$), enquanto a reavaliação cognitiva foi negativamente associada ($r = -0,219$, $p < 0,001$).
E11: Zhu et al. (2021)	Investigar a prevalência de ansiedade e depressão, bem como o status da RE em estudantes de graduação em enfermagem na China durante a Covid-19. Avaliaram-se, ainda, os fatores de risco potenciais associados aos problemas de saúde mental.	342 estudantes de enfermagem (86,8% ♀; China). ERQ e GAD-7	Pontuações mais baixas de reavaliação cognitiva foram associadas a sintomas de TAG ($OR = 0,96$; $p = 0,023$), ao passo que pontuações mais altas de supressão expressiva previram maior nível de TAG ($OR = 1,06$; $p = 0,023$).
E12: Demir et al. (2020)	Caracterizar a relação entre estratégias de REC, estresse no início da vida, transtorno de estresse pós-traumático, sintomas depressivos e de ansiedade.	89 refugiados sírios (53,4% ♀; Alemanha e Jordânia). CERQ e GAD-7	As estratégias desadaptativas de REC foram positivamente correlacionadas com gravidade do TAG ($r = 0,374$, $p < 0,01$). As estratégias mal adaptativas mediaram totalmente a relação entre o estresse no início da vida e TAG. Os coeficientes de caminho das estratégias mal adaptativas para o TAG foi significativo ($\beta = 0,19$, $p < 0,001$).

E13: Cheung et al. (2020)	Examinar a DE como um mediador entre a atenção plena disposicional e a saúde mental entre adultos ao longo do tempo.	191 universitários (90% ♀; China). DERS e GAD-7	A DE mediou a relação entre atenção plena disposicional e os sintomas de TAG. O tempo foi positivamente associado a pior DE.
------------------------------------	--	--	--

Nota. Todos os resultados foram estatisticamente significativos ($p < 0,05$).

Análise bibliométrica e metodológica

Dos estudos selecionados, quatro foram publicados em 2021 (E8, E9, E10 e E11), seis em 2020 (E1, E2, E3, E7, E12 e E13) e um para cada ano: 2019 (E6), 2017 (E4) e 2013 (E5). Desses, 23,1% pertenciam a periódicos da área da psicologia (E1, E2 e E3), 30,7% eram da área da psiquiatria (E5, E9, E10, E12), 23,1% de periódicos interdisciplinares (E4, E8 e E13), 15,4% constituíam periódicos da enfermagem (E7 e E11) e 7,7% da área da neurociência (E6). Quanto à distribuição territorial, observou-se que a maior parte dos estudos foi realizada no continente asiático (46,1%; E2, E3, E7, E10, E11 e E13), seguido do continente americano (23,1%; E4, E5, E6), europeu (23,1%; E8, E9 e E12) e um estudo foi multicêntrico (7,7%; E1). Constatou-se, ainda, que nenhum estudo foi realizado no Brasil.

No que se refere à caracterização amostral, 30,7% dos estudos foram realizados com adultos da população geral (E1, E6, E8 e E9), 30,7% em universitários (E4, E5, E11 e E13), 7,7% em idosos (E3), 7,7% em adolescentes (E10) e 23% dos estudos em grupos específicos, a saber: enfermeiros (E7), adultos hospitalizados (E2) e refugiados sírios (E12). Dois artigos (E8 e E9) obtiveram dados provenientes da mesma amostra, no entanto, seus objetivos foram distintos. Além disso, cinco artigos (38,5%; E2, E7, E8, E9 e E11) foram realizados durante a pandemia da Covid-19. Somente um estudo teve delineamento longitudinal e a maior amostra contou com 2787 participantes (E1), ao passo que a menor foi composta por 89 pessoas (E12).

Para mensuração dos sintomas de TAG, a maioria dos estudos utilizou como instrumento a *Generalized Anxiety Disorder Scale* (GAD-7; 77%; E1, E2, E3, E7, E8, E9, E10, E11, E12 e E13). Também foram utilizados a *Generalized Anxiety Disorder Scale - 2* (GAD-2; E4), o *Generalized Anxiety Disorder Questionnaire IV* (GAD-Q-IV; E5) e a *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-I; E6). Quanto aos instrumentos aplicados para verificação da RE, 53,8% ($n = 7$) dos estudos utilizaram o *Cognitive Emotional Regulation Questionnaire* (CERQ; E2, E4, E7 e E12) ou sua versão reduzida (CERQ-short; E3, E8 e E9), 23,1% ($n = 3$)

utilizaram o *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ; E1, E10 e E11) e 23,1% ($n = 3$) a *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; E5, E6 e E13).

Análise de conteúdo

Prevalência do TAG e fatores sociodemográficos associados

A prevalência do TAG foi estimada globalmente em 27,3% da população geral (E1). Em países específicos, essa taxa variou entre 15,3% (Espanha; E8) e 33,9% (Estados Unidos; E6), sendo o primeiro estimado no período pandêmico. No público universitário, verificou-se que a prevalência de TAG durante a pandemia da Covid-19 foi de 55%, sendo que 36,5% dos participantes apresentaram sintomas leves, 17% sintomas moderados e 18,5% sintomas severos (E11). Em E4, o escore médio dos universitários foi de 3,4 (Desvio Padrão [DP] = 1,23) na GAD-2, cuja pontuação varia de 0 a 6, e em E5 foi de 5,8 (DP = 3,2) na GAD-Q-IV, que varia entre 0 e 13 pontos. Ademais, o TAG apresentou altas taxas de comorbidade, especialmente com o transtorno depressivo, cuja frequência foi de 56,4% (E11).

Quanto à prevalência em grupos específicos, o E7, realizado com enfermeiros durante a pandemia da Covid-19, atestou que 20,8% apresentaram sintomas leves de TAG e 6,8% sintomas moderados ou severos. No E2, que foi composto pacientes hospitalizados com a Covid-19, observou-se que 25,4% deles exibiram níveis moderados de TAG e 11,4% níveis elevados. Quanto ao E12, realizado com refugiados sírios, verificou-se que 27% manifestaram sintomas leves, 36% sintomas moderados e 34,8% sintomas graves de TAG.

A maioria dos estudos analisou a relação entre algumas variáveis sociodemográficas e a ocorrência de TAG (69,2%; E1, E2, E3, E5, E6, E8, E10, E11 e E13). Na maior parte deles, viu-se que participantes do gênero feminino apresentaram maior prevalência ou maior probabilidade de desenvolver o TAG (55,5%; E1, E6, E8, E10 e E13). Além disso, pessoas mais jovens apresentaram maior prevalência do transtorno (E1 e E8) e a variável idade se correlacionou negativamente com os níveis de TAG (E3).

Caracterização dos estudos de RE

Foram encontrados estudos com foco nas estratégias de RE de Gross (E1, E10 e E11), nas estratégias de REC (E2, E3, E4, E7, E8, E9 e E12) e na DE (E5, E6 e E13). As primeiras são mensuradas pelo ERQ, o qual possui duas subescalas: a de reavaliação cognitiva e de supressão emocional, sendo a reavaliação o fator mais adaptativo. As segundas são divididas em estratégias adaptativas (aceitação, reorientação no planejamento, reorientação positiva, reavaliação positiva e colocar em perspectiva) e mal adaptativas (autoculpa, culpar os outros, ruminação e catastrofização) e são medidas pelo CERQ ou CERQ - versão reduzida. A DE é mensurada pelo DERS através da pontuação em seis dificuldades nas habilidades de RE: não aceitação das emoções negativas, dificuldade de engajamento direcionado a objetivos, dificuldade de controlar a impulsividade, falta de consciência das respostas emocionais, crença de acesso limitado às estratégias de RE e falta de clareza sobre as emoções. Tais escalas indicam que quanto maior o escore, maior o uso de determinada estratégia ou maior o nível de DE.

Verificou-se que a média das estratégias de RE utilizadas por estudantes de enfermagem no decurso da pandemia foi de 29,4 ($DP = 8,00$) para reavaliação cognitiva, cuja pontuação na subescala varia de 6 a 42 pontos, e 15,6 ($DP = 5,14$) para supressão emocional, que varia entre 4 e 28 pontos (E11). Quanto às estratégias de REC, a pontuação média nas estratégias consideradas adaptativas foi 30,0 ($DP = 6,90$) e 69,2 ($DP = 12,28$), ao passo que nas mal adaptativas foi 18,0 ($DP = 5,10$) e 45,5 ($DP = 10,0$) nos estudos com idosos e refugiados, respectivamente (E3 e E12). No estudo com idosos utilizou-se a CERQ - versão reduzida, cuja pontuação varia entre 10 e 50 na subescala de estratégias adaptativas e entre 8 e 40 na subescala de estratégias mal adaptativas. Já na amostra de refugiados, foi utilizado o CERQ (versão original), sendo os escores mínimo e máximo o dobro da pontuação de cada subescala da versão reduzida.

Três estudos analisaram a relação entre a variável gênero e a RE (E2, E5 e E10). Verificou-se que não foram encontradas diferenças significativas das dificuldades de RE entre os universitários (E5), assim como das estratégias tradicionais e de REC entre adolescentes (E10) e pacientes hospitalizados com a Covid-19 (E2). As diferenças da RE quanto à idade dos participantes foram testadas somente pelo estudo E2, o qual atestou não haver diferenças. Além disso, o estudo E13 verificou a associação da variável tempo com a DE, atestando piores níveis de desregulação com o passar do tempo.

Associação entre TAG e RE

Dos estudos analisados, 69,2% indicaram associação positiva entre as estratégias mal adaptativas e as dificuldades de RE com o TAG (E2, E4, E5, E7, E9, E10, E11, E12 e E13) e 38,5% uma associação negativa das estratégias adaptativas e os níveis de TAG (E2, E7, E9, E10 e E11). O estudo E10 apontou que a supressão emocional se correlacionou positivamente com os escores de TAG ($r = 0,309$; $p < 0,001$), ao passo que a reavaliação cognitiva se correlacionou negativamente ($r = - 0,219$; $p < 0,001$). Na mesma direção, o artigo E11 demonstrou que participantes com TAG apresentavam menores escores de reavaliação cognitiva e maiores de supressão emocional ($p < 0,001$).

As estratégias ruminação e catastrofização se correlacionaram positivamente com o TAG (E2) e o menor uso da reorientação positiva, aceitação, e reorientação no planejamento se associaram a sintomas de TAG (E2 e E7). Ainda, acerca da DE, foram encontradas correlações entre o TAG e a falta de clareza das emoções ($r = 0,31$; $p < 0,01$), incapacidade de conquistar objetivos ($r = 0,45$; $p < 0,01$), incapacidade para controlar comportamento impulsivo ($r = 0,56$; $p < 0,01$), falta de aceitação das emoções negativas ($r = 0,56$; $p < 0,01$) e percepção da falta de acesso a estratégias eficazes de regulação da emoção ($r = 0,57$; $p < 0,01$) (E5). Ao longo de 12 meses, a DE manteve uma correlação positiva com o TAG (E13).

Relações preditivas entre as variáveis também foram encontradas. O uso da supressão emocional como estratégia de RE na pandemia previu maior nível de TAG em comparação à reavaliação cognitiva ($OR: 1,06; p = 0,02$) (E11). Entre as estratégias cognitivas, apontou-se que as não adaptativas e adaptativas predisseram os sintomas de TAG, de modo positivo e negativo, respectivamente. A catastrofização foi o preditor mais importante em dois estudos, tanto antes como durante a pandemia (E4 e E7). Além disso, a probabilidade de possuir sintomas de TAG nesse período aumentou com o uso da autculpa ($OR = 1,25, p < 0,001$), ruminação ($OR = 1,18, p = 0,03$), menor uso de aceitação ($OR = 0,80, p < 0,001$) (E7), culpar os outros ($\beta = 0,12, p < 0,001$), tomada de perspectiva ($\beta = 0,13, p = 0,01$), menor reavaliação positiva ($\beta = -0,24, p < 0,001$) e reorientação positiva ($\beta = -0,36, p < 0,001$) (E8). Observou-se que a DE de forma geral e a dificuldade de controlar a impulsividade, a não aceitação das emoções e crença de acesso limitado às estratégias de RE predisseram significativamente os sintomas de TAG (E5 e E13). Apenas um estudo não encontrou relação entre a RE e sintomas de TAG (E1).

Em alguns estudos, a RE assumiu papel de mediação e/ou moderação para o desfecho do TAG (E3, E5, E6, E9, E12 e E13). Em E3, que avaliou a relação de dois sistemas motivacionais primários e TAG, observou-se que as estratégias adaptativas e mal adaptativas de REC mediarão parcialmente a relação entre essas variáveis. Em E5, a DE mediou completamente a associação entre estilos de apego e os sintomas de TAG e em E6, que verificou a relação entre transtorno de processamento sensorial (TPS) e TAG ao longo da vida, a DE mediou totalmente. Efeitos de moderação foram encontrados em E9, no qual as estratégias adaptativas e mal adaptativas moderaram a associação entre a preocupação com a Covid-19 e os níveis de TAG durante a pandemia. Em E12, as estratégias mal adaptativas de REC mediarão totalmente o caminho entre estresse no início da vida e TAG. Finalmente, em E13, a DE mediou a atenção plena disposicional e o desfecho em TAG ao longo de 12 meses.

Discussão

A maioria dos estudos foi publicada nos anos de 2020 e 2021, o que indica o panorama atual de pesquisas sobre a relação entre o TAG e a RE, bem como o crescimento dessa área de estudo. Tal tendência pode ser reflexo da emergência do cuidado em saúde mental ocasionada pela pandemia da Covid-19, a qual elevou o interesse dos pesquisadores na investigação dos possíveis transtornos mentais acarretados pelo contexto (Faro et al., 2020). Os resultados deste levantamento possibilitam atestar o impacto causado pela pandemia na saúde mental, através das estimativas de prevalência de TAG da população, além de identificar quais estratégias de RE são possíveis fatores de risco ou proteção frente a esse estressor específico. Dessa forma, assistências de cuidado preventivas podem ser planejadas com base nesses achados como forma de auxílio ao enfrentamento da crise em saúde (Galea et al., 2020).

Quanto à composição amostral, observou-se considerável diversificação. A amostra dos estudos foi constituída por adultos da população geral, idosos, universitários, adolescentes e grupos específicos, como enfermeiros, adultos hospitalizados e refugiados sírios. O desenvolvimento de pesquisas com amostras diversas permite que maiores evidências sejam encontradas sobre a compreensão dos processos de RE e TAG em grupos distintos, o que favorece, inclusive, a comparação. Importa pontuar que o tamanho amostral é uma importante variável de representatividade da população, de modo que, quanto maior a amostra, maior a probabilidade que ela reflita a população de um grupo como um todo (Field, 2020). Dessa forma, inferências e comparações realizadas com pequenas amostras - tal qual em E2, E4, E12 e E13 - exigem maior cautela. Outrossim, verificou-se que nenhum estudo deste levantamento ocorreu no Brasil, revelando uma importante lacuna em produções nacionais sobre o assunto nos últimos dez anos.

Os achados encontrados estão em concordância com a literatura acerca da alta prevalência do TAG (Crocq, 2017; Newman & Przeworski, 2018). O estudo E1, realizado com

a população geral durante a pandemia da Covid-19, encontrou uma prevalência de 27,3%. Pesquisas similares indicaram estimativas igualmente altas (Xiong et al., 2020), acima dos valores identificados em período anterior à pandemia, quando a prevalência do transtorno no mundo girava em torno de 3,7% (Ruscio et al., 2017). A ocorrência de TAG em 55% dos universitários durante a pandemia é um dado preocupante (E11), uma vez que altas taxas de prevalência nesse grupo acarretam não somente em déficits no desempenho acadêmico e na saúde geral, como também, em casos extremos, podem se associar a tentativas de suicídio (Lee & Kim, 2019). Estudos realizados na pandemia apontam o público mais jovem como mais suscetível a maiores níveis de TAG (Huang et al., 2020). Esse achado pode ser explicado pelo fato da pandemia estar associada a elevadas taxas de desemprego, incerteza quanto ao futuro, cancelamento de eventos sociais e o advento de aulas remotas. Tais situações são particularmente estressantes para jovens adultos e universitários, o que gera comprometimento em sua saúde mental (Xiang et al., 2020).

O levantamento, em sua maioria dos estudos, mostrou diferenças nos níveis de TAG quanto ao gênero, sendo as mulheres o grupo de maior prevalência. Esse achado é demonstrado na literatura (APA, 2014; Huang et al., 2020; Ruscio et al., 2017). Tal diferença pode ser explicada por fatores biológicos (genética e estruturas cerebrais), psicológicos (neuroticismo, traços de ansiedade, dentre outros) e ambientais (exposição frequente à situações estressoras, tais como as violências de gênero) (Christiansen, 2015; Jalnapurkar et al., 2018; Oram et al., 2016). Durante a pandemia, especialmente, notou-se que o gênero feminino foi mais impactado por problemas de ansiedade, pois além de serem mais preocupadas com a saúde, as mulheres tiveram suas rotinas intensificadas pelo cuidado com os filhos e o ensino remoto, atividades que, historicamente, tendem a ser mais executadas por elas (Guilland et al., 2022). Além disso, observou-se que adultos mais jovens, independentemente do período pandêmico, possuíram maior taxa de ocorrência, bem como foram mais propensos a desenvolverem o TAG. Tal

resultado corrobora com a literatura (Newman et al., 2017; Orellana et al., 2020). O TAG é o transtorno de ansiedade com idade média de início mais tardia, por volta dos 30 anos (APA, 2014), o que pode provocar a alta ocorrência do transtorno por volta dessa faixa etária. Por fim, demonstrou-se que o TAG possui alta taxa de comorbidade com outros transtornos, especialmente a depressão, achado documentado em outros estudos (Ruscio et al., 2017).

Os estudos de RE deste levantamento abarcaram as estratégias do modelo de RE de Gross, estratégias de REC e a DE. A diversificação dos estudos de RE indica ser este um construto multifacetado (Dryman et al., 2018) e que os trabalhos mais atuais estão dedicados às investigações para além das estratégias de RE mais estudadas na literatura (reavaliação cognitiva e supressão emocional). Ainda, a literatura tem demonstrado diferenças quanto à RE entre homens e mulheres (Bender et al., 2012; Zimmermann & Iwanski, 2014), no entanto, esse achado não foi corroborado por este levantamento. Apesar dessa associação ter sido verificada em apenas três artigos desta revisão, não foram encontradas diferenças de gênero no uso de estratégias de RE ou na DE em adolescentes (E10), em pacientes hospitalizados por Covid-19 (E2) e em universitários (E5).

O processo de RE está atrelado à aquisição de repertório de experiências com o passar do tempo (Aldao et al., 2010; John & Gross, 2004). Dessa forma, sobretudo no início da adolescência, é possível que as diferenças quanto ao uso das estratégias de RE surjam ao longo do desenvolvimento, especialmente sob a influência dos papéis de gênero assumidos a posteriori (Nolen-Hoeksema, 2012). Ainda, a ausência de diferenças de gênero no enfrentamento emocional à pandemia da Covid-19 pode ser explicada pelo fato desta ser uma situação inédita, ou seja, que não constava no repertório de experiências dos indivíduos. Assim, os padrões de estratégias de REC encontrados nesse contexto ocorrem devido ao surgimento de uma doença desconhecida, não estando relacionados ao desenvolvimento anterior dos pacientes (Dovbysh et al., 2020). Por fim, a despeito do gênero, entende-se que um ambiente

emocionalmente invalidante, tal qual o ambiente acadêmico, contribui, por si só, para o desenvolvimento de dificuldades de RE em estudantes universitários (Linehan, 1993).

No que concerne à relação entre os processos de RE e o TAG, as estratégias tidas como mal adaptativas e a DE se associaram positivamente com os níveis de TAG, enquanto as estratégias adaptativas se associaram negativamente, conforme esperado pela literatura (Mennin et al., 2004; Mennin, 2006; Ouellet et al., 2019). Os dados longitudinais encontrados acerca das dificuldades de RE e o TAG indicam essa associação ao longo de 12 meses (E13). Sabe-se que uso efetivo das estratégias de RE é associado à saúde e ao bem-estar geral (Kraiss et al., 2020), ao passo que os déficits de RE contribuem para a perpetuação de estados negativos e se relacionam com o desenvolvimento e manutenção de psicopatologias (Grant et al., 2018).

Os resultados preditivos da RE sobre o TAG, encontrados nesta revisão, podem indicar a funcionalidade da RE em termos de fator de risco ou proteção (ver Aldao et al., 2010). Ademais, a mediação e moderação da RE na relação entre diversas variáveis e o TAG podem sugerir que são as estratégias de RE ou a DE que potencialmente atenuam ou intensificam os níveis de TAG de um indivíduo (Oullet et al., 2019). Por isso, o entendimento da RE é considerado um fator chave no tratamento do TAG (Behar et al., 2009). Evidências enfatizam o papel da DE como mecanismo subjacente ao transtorno (Newman & Przeworski, 2018), sendo este, portanto, um importante foco de intervenção.

Quanto às limitações desta revisão, foram utilizados apenas artigos de acesso livre ou disponibilizados pelo Periódicos CAPES, podendo os resultados não refletirem a totalidade de estudos sobre o tema. Além disso, a maioria dos estudos deste levantamento utilizou apenas medidas de autorrelato para rastrear os sintomas de TAG, não realizando o diagnóstico clínico do transtorno, fato que implica na possibilidade de viés de resposta dos participantes.

Em síntese, esta revisão reforçou os achados quanto à associação entre TAG e RE — corroborando o papel da RE como processo associado à ocorrência desse transtorno — além de

integrar os conhecimentos mais atuais acerca dessas temáticas. Junto a isso, percebe-se a utilidade das estratégias adaptativas de RE no desenvolvimento de fatores protetivos direcionados ao tratamento do TAG, o que serve de subsídio para a prática de psicólogos e demais profissionais da saúde. Importa salientar que esta é a primeira revisão de escopo escrita acerca do tema, o que sugere um caráter inovador para o estudo.

Como indicações para estudos futuros, orienta-se que mais pesquisas e intervenções sejam direcionadas aos jovens adultos, de forma a mitigar os impactos ostensivos na saúde mental causados pela pandemia da Covid-19 nesse público. Além disso, destaca-se a necessidade que estudos sejam realizados no Brasil, a fim de compreender como a RE e o TAG se relacionam em amostras brasileiras. Isso é importante, pois, numa condição de flagrantes desafios à saúde mental, aguçados na presença da pandemia da Covid-19, faz-se necessário o rastreio dos sintomas ansiosos e do enfrentamento emocional utilizado, uma vez que esse contexto possivelmente continuará a influenciar a capacidade de adaptação das pessoas nos próximos anos.

Referências

- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). The influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 50(7-8), 493–501. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.04.004>.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM V*. Artmed.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and

- treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1011–1023. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.006>.
- Bender, P. K., Reinholdt, M. L., Esbjorn, B. H., & Pons, F. (2012). Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: Gender differences. *Personality and Individual Differences*, 53(3), 284-288. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.03.027>.
- *Cheung, R. Y. M., Ke, Z., & Ng, M. C. Y. (2020). Dispositional mindfulness and mental health in Chinese emerging adults: A multilevel model with emotion dysregulation as a mediator. *PLoS ONE*, 15(11), e0239575. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239575>.
- Christiansen, D. M. (2015). Examining sex and gender differences in anxiety disorders. Em F. Durbano (Ed.), *A fresh look at anxiety disorders* (pp. 17-49). TechOpen. <https://doi.org/10.5772/60662>.
- Crocq, M. A. (2017). The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 107–116. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/macrocq>.
- DeMartini, J., Patel, G., & Fancher, T. L. (2019). Generalized anxiety disorder. *Annals of Internal Medicine*, 170(7), ITC49–ITC64. <https://doi.org/10.7326/AITC201904020>.
- *Demir, Z., Böge, K., Fan, Y., Hartling, C., Harb, M. R., Hahn, E., Seybold, J., & Bajbouj, M. (2020). The role of emotion regulation as a mediator between early life stress and posttraumatic stress disorder, depression and anxiety in Syrian refugees. *Translational Psychiatry*, 10(371). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-01062-3>.
- *Dominguez-Lara, S. (2017). Influencia de las estrategias cognitivas de regulacion emocional sobre la ansiedad y depresión en universitarios: Análisis preliminar. *Salud Uninorte*, 33(3), 315-321.

- *Dovbysh, D. V., & Kiseleva, M. G. (2020). Cognitive emotion regulation, anxiety, and depression in patients hospitalized with COVID-19. *Psychology in Russia*, 13(4), 134-147. <https://doi.org/10.11621/pir.2020.0409>.
- Dryman, M. T., & Heimberg, R. G. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: A systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical Psychology Review*, 65, 17–42. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.004>.
- Faro, A., Bahiano, M. D. A., Nakano, T. D. C., Reis, C., Silva, B. F. P. D., & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: A emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, 1-14. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>.
- Galea, S., Merchant, R. M., & Lurie, N. (2020). The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing. *JAMA Internal Medicine*, 180(6), 817–818. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562>.
- Garnefski, N., Hossain, S., & Kraaij, V. (2017). Relationships between maladaptive cognitive emotion regulation strategies and psychopathology in adolescents from Bangladesh. *Archives of Depression and Anxiety*, 3(2), 23-29. <http://doi.org/10.17352/2455-5460.000019>.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, 30(8), 1311-1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6).
- GBD 2017 Child and Adolescent Health Collaborators. (2019). Diseases, injuries, and risk factors in child and adolescent health, 1990 to 2017: Findings from the global burden of diseases, injuries, and risk factors 2017 study. *JAMA Pediatrics*, 173(6), e190337. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.0337>.
- Grant, M., Salsman, N. L., & Berking, M. (2018). The assessment of successful emotion regulation skills use: Development and validation of an English version of the Emotion

- Regulation Skills Questionnaire. *PloS ONE*, 13(10), e0205095. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205095>.
- Gratz, K. L., & Roemer L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.00000007455.08539.94>.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271– 299.
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. Em J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (2nd ed., pp. 3–20). The Guilford.
- Gross, J. J. (2015) Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>.
- Guilland, R., Klokner, S. G. M.; Knapik, J., Croce-Carlotto, P. A., Ródio-Trevisan, K. R., Zimath, S. C., & Cruz, R. M. (2022). Prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em trabalhadores durante a pandemia da Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, 20, e00186169. <https://doi.org/10.1590/19817746-ojs00186>.
- Hu, T., Zhang, D., Wang, J., Mistry, R., Ran, G., & Wang, X. (2014). Relation between emotion regulation and mental health: A meta-analysis review. *Psychological Reports*, 114(2), 341–362. <https://doi.org/10.2466/03.20.PR0.114k22w4>.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., ... Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 393(10223), 497-506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).

- Ioannidis, C. A., & Siegling, A. B. (2015). Criterion and incremental validity of the Emotion Regulation Questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 6, 247. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00247>.
- Jalnapurkar, I., Allen, M., & Pigott, T. (2018). Sex differences in anxiety disorders: A review. *Journal of Psychiatric Depression and Anxiety*, 4(12). <https://doi.org/10.24966/PDA-0150/100012>.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301–1333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>.
- Koerner, K. (2020). *Aplicando a terapia comportamental dialética: Um guia prático*. Sinopsys Editora.
- Konnopka, A., & König, H. (2020). Economic burden of anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *PharmacoEconomics*, 38(1), 25–37. <https://doi.org/10.1007/s40273-019-00849-7>.
- Kraiss, J. T., Ten Klooster, P. M., Moskowitz, J. T., & Bohlmeijer, E. T. (2020). The relationship between emotion regulation and well-being in patients with mental disorders: A meta-analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 102, 152189. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152189>.
- Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2013). *Regulação emocional em psicoterapia: Um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental*. Artmed.
- Lee, B., & Kim, Y. E. (2019). The psychometric properties of the Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) among Korean university students. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 864-871. <https://doi.org/10.1080/24750573.2019.1691320>.
- *Liang, L., Zhu, M., Dai, J., Li, M., & Zheng, Y. (2021). The mediating roles of emotional regulation on negative emotion and internet addiction among Chinese adolescents from a

- development perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 608317. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.608317>.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- *Marganska, A., Gallagher, M., & Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), 131–141. <https://doi.org/10.1111/ajop.12001>.
- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(1), 17–29. <https://doi.org/10.1002/cpp.389>.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1281–1310. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008>.
- Mennin, D. S. (2006). Emotion regulation therapy: An integrative approach to treatment-resistant anxiety disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 95–105. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9012-2>.
- *McMahon, K., Anand, D., Morris-Jones, M., & Rosenthal, M. Z. (2019). A path from childhood sensory processing disorder to anxiety disorders: The mediating role of emotion dysregulation and adult sensory processing disorder symptoms. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 13, 22. <https://doi.org/10.3389/fnint.2019.00022>.
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18, 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>.

- *Muñoz-Navarro, R., Cano Vindel, A., Schmitz, F., Cabello, R., & Fernández-Berrocal, P. (2021). Emotional disorders during the COVID-19 outbreak in Spain: The role of sociodemographic risk factors and cognitive emotion regulation strategies. *Health Education & Behavior*, 48(4), 412–423. <https://doi.org/10.1177/10901981211014101>.
- *Muñoz-Navarro, R., Malonda, E., Llorca-Mestre, A., Cano-Vindel, A., & Fernández-Berrocal, P. (2021). Worry about COVID-19 contagion and general anxiety: Moderation and mediation effects of cognitive emotion regulation. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 311–318. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.004>.
- Newman, M. G., Cho, S., & Kim, H. (2017). Worry and generalized anxiety disorder: A review. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, 10, 439-459. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.05108-7>.
- Newman, M. G., & Przeworski, A. (2018). The increase in interest in GAD: Commentary on Asmundson & Asmundson. *Journal of Anxiety Disorders*, 56, 11-13. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.04.006>.
- Nolen-Hoeksema S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 161–187. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109>.
- Oram S, Khalifeh H, & Howard L. M. (2016). Violence against women and mental health. *Lancet Psychiatry*, 4(2), 159–70. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30261-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9).
- Orellana, J. D. Y., Ribeiro, M. R. C., Barbieri, M. A., Saraiva, M. C., Cardoso, V. C., Bettiol, H., Silva, A. A. M., Barros, F. C., Gonçalves, H., Wehrmeister, F. C., Menezes, A. M. B., Del-Bem, C. M., & Horta, B. L. (2020). Transtornos mentais em adolescentes, jovens e adultos do Consórcio de Coortes de Nascimento brasileiras RPS (Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís). *Cadernos de Saúde Pública*, 36(2). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00154319>.

- Ouellet, C., Langlois, F., Provencher, M. D., & Gosselin, P. (2019). Intolerance of uncertainty and difficulties in emotion regulation: Proposal for an integrative model of generalized anxiety disorder. *European Review of Applied Psychology*, 69(1), 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2019.01.001>.
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan – A web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5, 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A.C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. Em E. Aromataris & Z. Munn (Eds). *JBIM Manual for Evidence Synthesis* (pp. 406-451). <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.
- Peters, M., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM evidence synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>.
- *Prout, T. A., Zilcha-Mano, S., Doorn, K. A., Békés, V., Christman-Cohen, I., Whistler, K., Kui, T., & Di Giuseppe, M. (2020). Identifying predictors of psychological distress during COVID-19: A machine learning approach. *Frontiers in Psychology*, 11, 586202. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586202>.
- Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Borges, G., Bromet, E. J., Bunting, B., Caldas de Almeida, J. M., Demyttenaere, K., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., Hu, C., de Jonge, P., ... Scott, K. M. (2017). Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 465–475. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056>.

- *Sun, J., Luo, Y., Chang, H., Zhang, R., Liu, R., Jiang, Y., & Xi, H. (2020). The mediating role of cognitive emotion regulation in BIS/BAS sensitivities, depression, and anxiety among community-dwelling older adults in China. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 939–948. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S269874>.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>.
- Trindade, S. C., Sousa, L. F. F., & Carreira, L. B. (2021) Generalized anxiety disorder and prevalence of suicide risk among medical students. *Revista Brasileira de Educação Médica* 45(2), e061. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200043.ING>.
- *Wang, Q. Q., Fang, Y. Y., Huang, H. L., Lv, W. J., Wang, X. X., Yang, T. T., Yuan, J. M., Gao, Y., Qian, R. L., & Zhang, Y. H. (2021). Anxiety, depression and cognitive emotion regulation strategies in Chinese nurses during the COVID-19 outbreak. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1263–1274. <https://doi.org/10.1111/jonm.13265>.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>.
- *Zhu, Y., Wang, H., & Wang, A. (2021). An evaluation of mental health and emotion regulation experienced by undergraduate nursing students in China during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(5), 1160–1169. <https://doi.org/10.1111/inm.12867>.

Zimmermann, P., & Iwanski, A. (2014). Emotion regulation from early adolescence to emerging adulthood and middle adulthood: Age differences, gender differences, and emotion-specific developmental variations. *International Journal of Behavioral Development*, 38(2), 182–194. <https://doi.org/10.1177/0165025413515405>.

– CAPÍTULO 3 –

ESTUDO 3

ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA DA IUS-12 NO BRASIL³

Resumo

O objetivo deste estudo foi estabelecer evidências de validade com base na estrutura interna da escala *Intolerance of Uncertainty Scale, Short Form* (IUS-12) em uma amostra não-clínica brasileira. Para tanto, realizou-se a análise de sua estrutura fatorial e da viabilidade de comparação entre grupos segundo as variáveis gênero, escolaridade e renda, bem como foram analisadas as evidências de fidedignidade e de validade convergente para esta escala. Participaram 944 indivíduos, de ambos os sexos e com aproximadamente 30 anos de idade, em média. Aplicou-se a IUS-12, a *Generalized Anxiety Disorder – 7* (GAD-7) e o questionário sociodemográfico. Os resultados da Análise Fatorial Confirmatória e de invariância de medida atestaram a estrutura bidimensional da escala e sua equivalência entre indivíduos de diferentes gêneros, níveis de escolaridade e renda média familiar. A consistência interna foi satisfatória e as evidências de validade convergente demonstraram correlações estatisticamente significativas e positivas entre a IUS-12 e a GAD-7. Os achados sugerem que a IUS-12 é um instrumento robusto para rastreamento dos níveis de intolerância à incerteza da população, o que se faz pertinente, especialmente, no contexto da pandemia da Covid-19.

Palavras-chave: intolerância à incerteza; Análise Fatorial Confirmatória (AFC); Análise Fatorial Confirmatória Multigrupo (AFCMG); Invariância de medida; avaliação psicológica.

³ O presente capítulo foi preparado para submissão a periódicos da psicologia. No entanto, ainda não foi submetido.

Abstract

The aim of this study was to establish validity evidence based on the internal structure of the Intolerance of Uncertainty Scale, Short Form (IUS-12) in a non-clinical Brazilian sample. We analyzed its factor structure and the feasibility of comparing groups according to the variables gender, education and income, as well the evidence of reliability and convergent validity for this scale. The sample was composed of 944 individuals, both gender, and mean of 30 years of age. The IUS-12, the Generalized Anxiety Disorder - 7 (GAD-7) and the sociodemographic questionnaire were applied. The results of Confirmatory Factor Analysis and measurement invariance attested to the two-dimensional structure of the scale and its equivalence between individuals of different genders, educational levels and average family income. The internal consistency found was satisfactory and the evidence of convergent validity showed statistically significant and positive correlations between the IUS-12 and the GAD-7. These findings suggest that the IUS-12 is a robust instrument for screening the population's levels of intolerance to uncertainty, which is especially relevant in the context of the COVID-19 pandemic.

Keywords: intolerance to uncertainty; Confirmatory Factor Analysis (CFA); Multigroup Confirmatory Factor Analysis (AFCMG); Measurement invariance; psychological assessment.

Introdução

A incerteza é definida como um estado geral de ausência de informação suficiente acerca de uma determinada situação (Rosser et al., 2019). Ela é considerada um dos componentes fundamentais do funcionamento ansioso, pois, quando relacionada à uma ameaça futura, às suas consequências ou à capacidade de agência para evitar ou resolver a situação, resulta em ansiedade (Carleton, 2012). No entanto, sabe-se que eventos incertos são experimentados por todas as pessoas, de modo que o grau da ansiedade é determinado pela capacidade individual de tolerar a incerteza inevitável (Carleton, 2012).

A intolerância à incerteza (II) é caracterizada pela incapacidade de suportar a resposta aversiva provocada pela ausência percebida de informação suficiente, somada a um conjunto de crenças negativas a respeito da incerteza e suas implicações (Carleton, 2016a; Dugas & Robichaud, 2007). A II representa essencialmente o medo do desconhecido e tem sido considerada um fator de risco transdiagnóstico associado à ocorrência e manutenção de psicopatologias, especialmente dos transtornos de ansiedade (Carleton, 2016b; McEvoy et al., 2019; Rosser et al., 2019). Outrossim, problemas no gerenciamento da incerteza são associados a respostas menos eficazes e dificuldades em lidar com eventos adversos, além de mais altos níveis de distresse (Berenbaum et al., 2008; Dar et al., 2017). Diante disso, protocolos de tratamento eficazes com foco na II foram desenvolvidos, a exemplo do criado por Robichaud e Dugas (2006) para o tratamento do transtorno de ansiedade generalizada (ver Behar et al., 2009 e Dugas & Robichaud, 2007).

Diante da sua relevância enquanto construto clínico, instrumentos de rastreamento válidos são necessários na pesquisa e avaliação da II. A Escala de Intolerância à Incerteza (*Intolerance of Uncertainty Scale* [IUS]) é uma das escalas mais utilizadas para este fim (Birrell et al., 2011). A IUS possui 27 itens que mensuram as reações cognitivas, emocionais e comportamentais frente a situações incertas e suas implicações, além de esforços para controlar

o futuro (Freeston et al., 1994). Esse instrumento foi desenvolvido e validado por Freeston et al. (1994), que atestaram alta consistência interna (alfa de Cronbach = 0,91). Entretanto, uma série de estudos de validação posteriores demonstrou haver inconsistências na estrutura fatorial da escala, além altas correlações entre os itens (Birell et al., 2011). Com vistas a sanar tais problemas, Carleton et al. (2007) desenvolveram a versão reduzida da IUS (IUS-12).

A IUS-12 é composta por 12 itens, em uma escala de resposta do tipo *Likert* de concordância que varia de 1 (não é característico) a 5 (totalmente característico). Quanto às propriedades psicométricas, a IUS-12 possui uma estrutura de dois fatores, a saber: II prospectiva e II inibitória (Carleton et al., 2007). O primeiro se refere ao medo e ansiedade de eventos incertos futuros (por exemplo, “*um evento pequeno e imprevisto pode estragar tudo, mesmo com o melhor do planejamento*”); e o segundo à inibições de ações e experiências em decorrência da incerteza (como, “*quando é hora de agir, a incerteza me paralisa*”) (McEvoy & Mahoney, 2012). Recomenda-se que seja calculado o escore total da escala, de modo que, quanto maior a pontuação, maior o nível geral de II (Carleton et al., 2007; Hale et al., 2016).

A consistência interna (alfa de Cronbach) da IUS-12 no estudo original é de 0,91, considerada excelente (Carleton et al., 2007). Estudos de evidências de validade subsequentes vem sendo realizados em vários países, a saber: Inglaterra (Huntley et al., 2020), Holanda (Dekkers et al., 2017), Austrália (Wilson et al., 2020), China (Yao et al., 2020), Itália (Lauriola et al., 2016), dentre outros (ver Hale et al., 2016). As Análises Fatoriais Confirmatórias (AFC) realizadas por esses estudos indicam boa fidedignidade global do instrumento, cujos valores de alfa de Cronbrach e ômega de McDonald variam entre 0,83 e 0,93, apontados como satisfatórios. Além de que, a partir dessas AFC, parece haver consenso acerca da estabilidade da estrutura bi fatorial, a qual foi replicada como melhor modelo para essa medida em todas as análises (Hale et al., 2016).

No Brasil, a IUS-12 foi validada por Kretzmann e Gauer (2020). Foram investigadas as propriedades psicométricas do instrumento através de uma AFC em uma amostragem por conveniência de 704 pessoas, em todo o país. Concluiu-se que a IUS-12 no Brasil apresentou satisfatória consistência interna (alfa de Cronbach = 0,88) e boa validade de construto e convergente (Kretzmann & Gauer, 2020). Porém, esse estudo apresenta algumas limitações: a predominância do gênero feminino na amostra (80,11%) e o uso do alfa de Cronbach como único indicador de consistência interna. Entende-se que a proporção muito distinta dos grupos numa amostra pode interferir na representatividade dos achados (Pasquali, 2011) e o uso alfa de Cronbach, de modo isolado, tem sido criticado como medida de confiabilidade devido a seus pressupostos rígidos, os quais são frequentemente violados, resultando em níveis mais baixos de fidedignidade do instrumento (McNeish, 2018; Sijtsma, 2009).

Somado às limitações da AFC na amostra brasileira, também não foi encontrada nenhuma Análise Fatorial Confirmatória Multigrupo (AFCMG) da IUS-12 na literatura desse país. A AFCMG ou análise de invariância de medida é uma técnica que mensura se os parâmetros psicométricos de um instrumento são equivalentes para diferentes grupos de pessoas ou contextos, por exemplo, por gênero (Putnick & Bornstein, 2016). Com isso, entende-se que subgrupos distintos atribuem o mesmo significado para os itens da medida, respondendo-a de forma semelhante (Cheung & Lau, 2012). A AFCMG tem sido considerada uma análise fundamental para estudos de comparação de grupos. No caso das comparações entre homens e mulheres, a AFCMG, quando realizada, permite inferir que possíveis diferenças encontradas nos escores são resultantes de diferenças reais entre os gêneros e não de vieses do instrumento. Apesar disso, há uma lacuna nacional importante quanto à aplicação desse tipo de análise em estudos psicométricos (Damásio, 2013).

Uma medida robusta de mensuração da II se demonstra especialmente relevante no contexto da pandemia da *Coronavirus Disease 2019* (Covid-19). Desde o seu início, em março

de 2019, a pandemia tem suscitado um estado geral de incerteza em todo o mundo. Em 2022, mesmo após quase dois anos, ainda não se sabe quando ela chegará ao fim, se surgirão novas variantes do vírus e até que ponto as vacinas existentes serão eficazes contra elas (Çelic et al., 2022). Nesse cenário, a II afeta diretamente a saúde mental dos indivíduos, sendo que quanto maior a II ao longo da pandemia, maior a chance de desenvolver ou agravar quadros de ansiedade, depressão ou outros transtornos mentais (Del-Valle et al., 2022; Seco Ferreira et al., 2020).

Rastrear e intervir sobre a capacidade de tolerar a incerteza da população parece ser uma medida plausível de proteção à saúde mental na pandemia (Satici et al., 2020). Além disso, importa salientar que variáveis como gênero e fatores socioeconômicos, a exemplo de renda e escolaridade, se associam a variabilidade de construtos psicológicos como a ansiedade (Costa et al., 2019). Logo, este é um fator importante a considerado também em medidas de rastreamento dos níveis de II da população, uma vez que esta tende a ser um processo ainda mais básico atrelado ao funcionamento ansioso (Carleton, 2016a). Apesar disso, nota-se uma escassez, em estudos brasileiros, acerca da II. Isso é demonstrado por meio de uma breve busca nas bases de dados Scielo.br e PePSIC, que são as principais nacionais, utilizando o termo “intolerância à incerteza”, e sua tradução em inglês, na qual retornaram apenas cinco estudos (levantamento em janeiro de 2022).

Em resumo, considerando que a IUS-12 é um dos instrumentos mais utilizados para medir a II (Birrell et al., 2011), além de possuir boas propriedades psicométricas (Hale et al., 2016), investigar evidências de sua validade através da AFCMG permite garantir que o instrumento é fidedigno quando aplicado numa amostra brasileira e em diferentes grupos de pessoas (Damásio, 2013) - o que ainda não foi testado até então. Assim, além contribuir para a ampliação literatura nacional acerca da II, por meio de uma nova AFC e da inédita realização

da AFCMG nesse contexto, a presente pesquisa favorece o seu rastreamento e avaliação ao fornecer evidências da qualidade psicométrica do instrumento.

Este estudo objetivou estabelecer evidências de validade com base na estrutura interna da escala IUS-12 em uma amostra não-clínica brasileira. Os objetivos específicos são: (1) realizar a análise da estrutura fatorial e da viabilidade de comparação de grupos segundo as variáveis gênero, escolaridade e renda da IUS-12; e (2) analisar a validade convergente da IUS-12 com uma medida de rastreamento para transtorno de ansiedade generalizada.

Método

Participantes

Participaram do estudo 944 indivíduos residentes das regiões Nordeste (86,4%), Sudeste (10,6%), Sul (1,7%) e Centro-Oeste (1,3%) do Brasil. A idade média foi de 27,9 anos ($DP = 8,74$). A amostragem da pesquisa foi do tipo não probabilístico e por conveniência, sendo coletada através de questionário *online* no mês de dezembro de 2021. Os critérios de inclusão foram: (1) idade entre 18 e 60 anos e (2) concordância de participação da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1). Estipulou-se como critério de exclusão o preenchimento incompleto do questionário.

Instrumentos

Foi aplicada a escala de Intolerância à Incerteza, versão reduzida [*Intolerance of Uncertainty Scale, Short Form* (IUS-12; Carleton et al., 2007)] (Anexo 2). Essa escala é composta por 12 itens, dos quais sete são para identificação de II prospectiva e cinco para identificação de II inibitória. É uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos (1 a 5) que visam a medir as reações à incerteza, às situações ambíguas e ao futuro. Sua consistência interna (alfa de Cronbach) no estudo original é de 0,91, considerada excelente (Carleton et al., 2007). Há indicadores acerca de suas boas propriedades psicométricas e evidências de validade no Brasil (Kretzmann & Gauer, 2020). Neste estudo, o alfa de Cronbach foi 0,91.

Para analisar as evidências de validade baseada na relação com outras variáveis, foi administrada a *Generalized Anxiety Disorder – 7* (GAD-7; Spitzer et al., 2006) (Anexo 3). O instrumento possui sete itens, dispostos em quatro pontos numa escala *Likert* (0 a 3), com pontuação que varia de 0 a 21. Suas questões medem a frequência de sinais e sintomas de TAG nas últimas duas semanas (Spitzer et al., 2006). A versão utilizada no presente estudo foi traduzida para o português brasileiro e validada no Brasil por Moreno et al. (2016), com confiabilidade satisfatória (alfa de Cronbach = 0,92). Utiliza-se 10 como ponto de corte geral para a escala (Spitzer et al., 2006). O alfa de Cronbach encontrado neste estudo foi 0,88, o qual indica boa consistência interna.

Por fim, para caracterização da amostra, foi aplicado o questionário de dados sociodemográficos (Anexo 4) que abrange os tópicos sobre gênero (masculino, feminino e outros), idade (em anos), cidade de residência, escolaridade (ensino fundamental, médio e superior) e renda familiar (em salários).

Procedimentos e aspectos éticos

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (UFS) (CAAE: 43092720.1.0000.5546) (Anexo 5). Os participantes foram abordados através de convites em mídias digitais como *WhatsApp*, *Facebook* e *Instagram*. O TCLE ficou disposto na primeira página do formulário e somente após a confirmação do consentimento, o indivíduo teve acesso aos questionários de pesquisa. O tempo médio para responder o questionário foi de 13 minutos.

Análises de dados

O programa JASP (versão 0.16) foi utilizado para condução de análises descritivas e exploratórias e de ajuste no banco de dados. Além disso, foi conduzida a AFC e AFCMG (invariância de medida), sendo adotado como método de estimação o *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS). Avaliou-se como índices de ajuste da adequação do modelo

o qui-quadrado (χ^2 ; desejável que $p > 0,05$), a razão χ^2 por graus de liberdade (χ^2/gl ; espera-se que a razão seja ≤ 5), o *Goodness of Fit Index* (GFI; desejável $> 0,95$), o *Comparative Fit Index* (CFI; desejável $> 0,95$), o *Tucker Lewis Index* (TLI; desejável $> 0,95$) (Hair et al., 2009), o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA; desejável $\leq 0,080$, IC entre 0 e 0,08) e o *Parsimony Normed Fit Index* (PNFI; desejável $< 0,70$) (Brown, 2015; Hu & Bentler, 1998).

Para a AFCMG, a invariância de medida foi avaliada pelo teste de diferença do CFI (ΔCFI) e do RMSEA (ΔRMSEA) nos modelos Configural (avalia a equivalência da estrutura fatorial para os diferentes grupos), Métrico (compara as cargas fatoriais entre os grupos avaliados), Escalar (investiga se a constante dos itens é equivalente) e Estrito (compara os resíduos entre os grupos) (Cheung & Rensvold, 2002). O critério para invariância em ΔCFI foi $< 0,010$ e $\Delta\text{RMSEA} < 0,015$ (Chen, 2007). O alfa de Cronbach (esperado $> 0,60$) e o ômega de McDonald (esperado $> 0,70$) foram avaliados para analisar a confiabilidade, além da Confiabilidade Composta (Composity Reliability, CR), cujo ponto de corte é 0,70 (Hair et al., 2009). Por fim, conduziu-se um teste de correlação com vistas a investigar a validade convergente entre as escalas IUS-12 e GAD-7.

Resultados

Caracterização da amostra e estatísticas descritivas da IUS-12

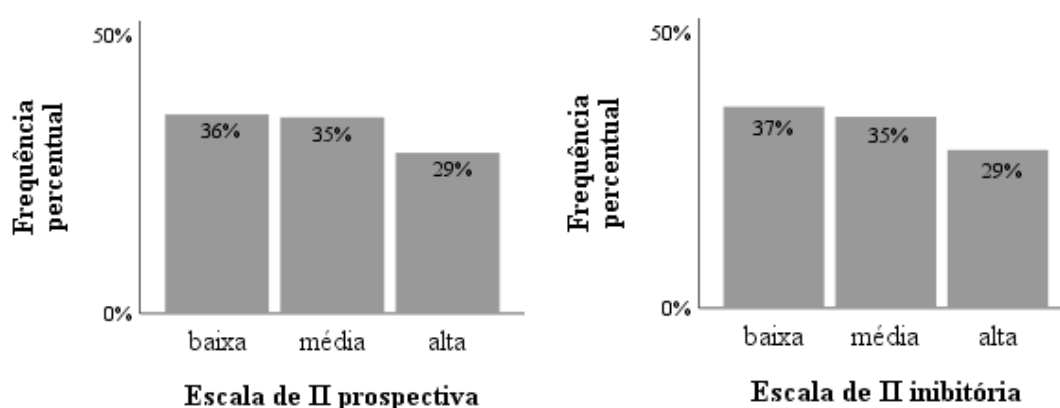
A amostra foi composta por 69,4% de indivíduos do gênero feminino. Quanto à escolaridade, a maior parte dos participantes possuía ensino superior incompleto (52,1%), seguido de ensino superior completo (37,2%) e ensino médio (10,7%). Mais da metade das pessoas declarou receber a renda média entre um e três salários (52,1%), ao passo que 32,5% recebiam acima de quatro salários mínimos e 15,1% possuíam renda abaixo de um salário.

A média do escore geral da IUS-12 foi de 36,4 ($DP = 11,35$), com valor mínimo de 12 pontos e máximo de 60 pontos. A subescala de II prospectiva possuía pontuação mínima de 7 e máxima de 35, enquanto que a subescala de II inibitória variava entre 5 e 25 pontos. Ambas

as escalas foram divididas por estratos, a saber: baixa II prospectiva (até 19 pontos), média II prospectiva (entre 19 e 26 pontos) e alta II prospectiva (acima de 26 pontos). Quanto à II inibitória, estratos baixa (até 11 pontos), média (entre 11 e 18 pontos) e alta II inibitória (acima de 18 pontos) (Ver Figura 1).

Figura 1

Distribuição por Estratos das Subescalas de II Prospectiva e II Inibitória



Notas. Escala de II prospectiva, média = 22,1 ($DP = 6,61$). Escala de II inibitória, média = 14,3 ($DP = 5,91$). Valores das médias por estratos de II prospectiva: baixa = 14,9 ($DP = 3,22$); média = 22,9 ($DP = 2,12$); alta = 30,0 ($DP = 2,50$). Médias por estratos de II inibitória: baixa = 7,9 ($DP = 2,03$); média = 15,0 ($DP = 2,04$); alta = 21,6 ($DP = 2,05$).

Estrutural fatorial e evidências de validade da IUS-12

A estrutura bidimensional analisada se ajustou bem aos dados. Ainda que o valor do χ^2 tenha sido significativo ($\chi^2[53] = 184,386, p < 0,001$), o modelo apresentou valores satisfatórios em todos os outros índices de ajuste [CFI (0,991), TLI (0,989), PNFI (0,793), RMSEA (0,051; $IC90\% = 0,043 - 0,059$), GFI (0,994) e χ^2/gl (3,48)]. A carga fatorial de todos os itens foi acima de 0,300. No fator 1, incerteza prospectiva, os valores variaram de 0,488 (item 3) e 0,729 (item 4), ao passo em que no fator de 2, incerteza inibitória, variaram de 0,779 (item 12) e 0,847 (item

10) (Tabela 1). O alfa de Cronbach do fator 1 foi de 0,85 ($IC_{95\%} = 0,83 - 0,86$) e do fator 2 0,91 ($IC_{95\%} = 0,90 - 0,91$). O ômega de McDonald foi de 0,85 ($IC_{95\%} = 0,83 - 0,86$) e 0,91 ($IC_{95\%} = 0,90 - 0,92$) no fator 1 e 2, respectivamente. O CR foi satisfatório para ambos os fatores, com os valores de 0,85 (fator 1) e 0,91 (fator 2).

Tabela 1

Estatística Descritiva e Cargas Fatoriais dos Itens da Intolerance of Uncertainty Scale-12 (IUS-12).

Itens/estratos	<i>M(DP)</i>	<i>Md</i>	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>	λ
<u>II prospectiva</u>					
1. Eventos imprevistos me aborrecem muito	3,1 (1,26)	3,0	-0,044	-1,113	0,705
2. Me frustra não ter todas as informações que preciso	3,5 (1,19)	4,0	-0,492	-0,706	0,685
3. Deve-se sempre olhar para a frente de modo a evitar surpresas	3,1 (1,26)	3,0	-0,075	-0,997	0,488
4. Um evento pequeno e imprevisto pode estragar tudo, mesmo com o melhor do planejamento.	2,8 (1,33)	3,0	0,221	-1,133	0,729
5. Eu sempre quero saber o que o futuro tem reservado para mim	3,2 (1,40)	3,0	-0,143	-1,286	0,702
6. Não suporto ser pego de surpresa.	2,8 (1,32)	3,0	0,161	-1,153	0,706
7. Eu deveria ser capaz de organizar tudo com antecedência.	3,5 (1,29)	4,0	-0,475	-0,904	0,670
<u>II inibitória</u>					
8. A incerteza me impede de viver uma vida plena.	3,1 (1,48)	3,0	-0,066	-1,429	0,845
9. Quando é hora de agir, a incerteza me paralisa	2,8 (1,42)	3,0	0,142	-1,326	0,804
10. Quando estou incerto, não posso funcionar muito bem.	3,2 (1,31)	3,0	-0,116	-1,149	0,847
11. A menor dúvida pode me impedir de atuar	2,7 (1,36)	2,0	0,287	-1,180	0,821
12. Devo me afastar de todas as situações incertas.	2,6 (1,30)	2,0	0,416	-0,940	0,779

A correlação entre os escores da IUS-12 e da GAD-7 foi estatisticamente significativa, de força moderada e direção positiva ($r = 0,650$; $p < 0,001$). Quanto à AFCMG, foi observada a invariância em todos os modelos para as variáveis gênero (masculino e feminino), escolaridade (médio e superior incompleto; e superior completo) e renda (menos de um salário; entre um e três salários; e acima de quatro salários) (Tabela 2).

Tabela 2

Análise de Invariância do Modelo Unidimensional da Intolerance of Uncertainty Scale-12 (IUS-12) por Gênero, Escolaridade e Renda.

Parâmetro	Gênero	Escolaridade	Renda
CFI			
Configural	0,992	0,992	0,996
Métrico	0,992	0,992	0,996
Escalar	0,992	0,992	0,996
Estrito	0,992	0,991	0,996
Δ CFI			
Configural	-	-	-
Métrico	0	0	0
Escalar	0	0	0
Estrito	0	- 0,001	0
RMSEA			
Configural	0,046	0,045	0,033
Métrico	0,046	0,045	0,033
Escalar	0,045	0,043	0,031
Estrito	0,043	0,043	0,029
Δ RMSEA			
Configural	-	-	-
Métrico	0	0	0
Escalar	- 0,001	- 0,002	- 0,002
Estrito	- 0,002	0	- 0,002

Notas. Gênero = masculino ou feminino. Escolaridade = ensino médio e superior incompleto; e superior completo. Renda = menos de 1 salário, entre 1 e 3 salários e acima de 4 salários.

Valores do $X^2(df)$ da variável gênero: Configural = 230,048 (116); Métrico = 230,048 (116); Escalar = 244,751 (126); Estrito = 260,208 (138). Valores do $X^2(df)$ da variável escolaridade: Configural = 224,371 (116); Métrico = 224,371 (116); Escalar = 236,927 (126); Estrito = 259,370 (138). Valores do $X^2(df)$ da variável renda: Configural = 241,124 (179); Métrico = 241,124 (179); Escalar = 260,719 (199); Estrito = 281,336 (223).

Discussão

O presente estudo objetivou estabelecer evidências de validade com base na estrutura interna da escala IUS-12 em uma amostra não-clínica brasileira, através da análise da estrutura fatorial e da viabilidade de comparação de grupos segundo as variáveis gênero, escolaridade e renda. Além disso, analisar a validade convergente da IUS-12 com uma medida de rastreamento para transtorno de ansiedade generalizada.

Os resultados atestaram a estrutura bidimensional da IUS-12, corroborando com o proposto pelo estudo original do instrumento (Carleton, 2007) e por trabalhos realizados em outros países como a Holanda (Dekkers et al., 2017), Estados Unidos (Jacoby et al., 2013), Alemanha (Helsen et al., 2013), Itália (Bottesi et al., 2015), Turquia (Sarıçam et al., 2014) e, também, Brasil (Kretzmann & Gauer, 2020). A recorrência desses achados demonstra a robustez e estabilidade do modelo correlato para mensuração dos níveis de II. A bidimensionalidade representa a presença de duas variáveis latentes correlacionadas, que explicam separadamente parte dos itens do instrumento. Tal estrutura designa que a pontuação da medida deve ocorrer a partir da criação de escores para cada subescala (Brown, 2015) — II prospectiva e II inibitória, no caso da IUS-12 —, os quais representarão os níveis de II para cada dimensão do construto.

Os indicadores de consistência interna verificados neste estudo atestaram bons índices de fidedignidade da IUS-12. Achados compatíveis foram encontrados por outras pesquisas, cujos valores de alfa de Cronbach e ômega de McDonald variaram entre 0,85 e 0,93 (Dekkers et al., 2017; Jacoby et al., 2013; Wilson et al., 2020). A partir desses indicadores, pode-se assumir a precisão e qualidade dos escores desse instrumento (Watkins, 2017). Importa salientar que não só a consistência interna da escala geral, mas também das subescalas foi considerada satisfatória. Isso implica dizer que, ainda que a estrutura seja bidimensional, a alta consistência interna encontrada na escala geral sugere que a utilização de um escore único para

mensuração da II pode ser utilizado de forma confiável, tal qual também foi sugerido por Helsén et al. (2013) e Dekkers et al. (2017).

Quanto à comparação das estruturas segundo as variáveis gênero, escolaridade e renda, a IUS-12 se mostrou invariante em todos os parâmetros. Isso demonstra que é uma medida equivalente para homens, mulheres e para pessoas com diferentes níveis de escolaridade e renda familiar média. Resultados semelhantes de invariância por gênero foram encontrados na literatura (Bottesi et al., 2015; Dekkers et al., 2017; Hale et al., 2016). Desse modo, vale salientar que não foram localizados estudos que avaliassem a invariância da IUS-12 por renda familiar e escolaridade, o que demonstra o ineditismo desta análise. Assim, a invariância atestada na IUS-12 assegura a comparação adequada entre grupos de diferentes condições, diminuindo o risco de viés na avaliação da II (Damásio, 2013).

Em relação à validade convergente, verificou-se uma correlação positiva e significativa entre a IUS-12 e a GAD-7. Tal achado permite inferir que quanto maiores os níveis de II, maior a severidade dos sintomas do transtorno de ansiedade generalizada (TAG). A validade convergente é uma das formas de verificar a evidência de validade de um instrumento com base na sua relação com medidas externas, de modo que se espera que instrumentos que mensuram construtos semelhantes — II e ansiedade generalizada — associem-se empiricamente como o fazem teoricamente (Pasquali, 2017). O TAG é o transtorno mais comumente associado à II, uma vez que ela interfere negativamente no processamento das informações incertas, contribuindo significativamente para a ocorrência do transtorno (Dugas & Robichaud, 2007).

Quanto aos níveis de II da amostra, verificou-se que a média do escore geral foi de 36,4 pontos ($DP = 11,35$). Outros estudos realizados na pandemia encontraram médias próximas, variando entre 34,2 ($DP = 8,40$) e 40,5 ($DP = 9,21$) (Bavolar et al., 2021; Deniz, 2020; Wu et al., 2021). Em contrapartida, pesquisas realizadas antes desse período registraram médias abaixo de 30 pontos (Correa et al., 2019; Meeten et al., 2012; Pepperdine et al., 2018), indicando

um aumento dos níveis de II durante o contexto pandêmico. A pandemia pode ser considerada um evento sem precedentes, cujo impacto ocorre pelo fato da II ter como característica principal o medo inerente do desconhecido (Carleton, 2016a). Além disso, entende-se que uma pontuação média de 35 ou mais na IUS-12 é equivalente ao pontuado por amostras clínicas com transtornos de ansiedade, os quais também sofreram um aumento durante a pandemia (Pepperdine et al., 2018).

Como limitações desta pesquisa, ressalta-se que a técnica de amostragem escolhida (não probabilística e por conveniência) resulta numa possibilidade limitada de generalização dos resultados. Somado a isso, entende-se que pessoas em estado de maior sofrimento psicológico tendem a possuir maior interesse em participar de pesquisas acerca dessa temática, o que pode ser considerado um viés de participante, especialmente no período da pandemia de Covid-19. Dessa forma, os achados deste trabalho precisam ser interpretados com cautela, seja na comparação com períodos antes da pandemia, seja com cenários posteriores ao esperado controle da Covid-19. Ainda, convém salientar que embora tenham participado pessoas de quatro das regiões do Brasil, a proporção por estrato foi bastante desigual, o que impediu a análise de invariância da IUS-12 por região. Assim, sugere-se que estudos futuros busquem realizar tal investigação, tendo em vista que o Brasil possui dimensões continentais, onde as regiões tendem a estar associadas a diferenças epidemiológicas relacionadas à saúde mental (Mangolini et al., 2019).

Este estudo reforçou os achados de Kretzmann e Gauer (2020) em seu estudo de validação da IUS-12 no Brasil, ao apresentar índices mais robustos de fidedignidade, além de verificar a configuração e os parâmetros desse instrumento para indivíduos de ambos os gêneros e diferentes níveis de escolaridade e renda. Os resultados aqui obtidos com base na estrutura interna e na análise de evidência de validade convergente com a GAD-7 atestam a qualidade psicométrica satisfatória da escala. Do ponto de vista prático, além das propriedades

psicométricas atestadas, o uso da IUS-12 deve ser considerado por pesquisadores, uma vez que esse instrumento é gratuito, breve e autoaplicável, o que facilita o preenchimento em pesquisas do tipo *survey*. Vale, ainda, destacar que este foi o primeiro estudo nacional a realizar uma AFCMG da IUS-12, contribuindo para o aumento da validade da escala.

Finalmente, entende-se que uma medida confiável para o rastreamento da II é particularmente importante para seu monitoramento em contexto clínico, tendo em vista que a II é uma variável transdiagnóstica ligada a ocorrência de psicopatologias, as quais ficaram ainda mais evidentes durante a pandemia do novo coronavírus.

Referências

- Bavolar, J., Kacmar, P., Hricova, M., Schrötter, J., Kovacova-Holevova, B., Köverova, M., & Raczova, B. (2021). Intolerance of uncertainty and reactions to the COVID-19 pandemic. *The Journal of General Psychology*, 1–28. <https://doi.org/10.1080/00221309.2021.1922346>.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1011–1023. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.006>.
- Berenbaum, H., Bredemeier, K., & Thompson, R. J. (2008). Intolerance of uncertainty: Exploring its dimensionality and associations with need for cognitive closure, psychopathology, and personality. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 117–125. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.01.004>.
- Birrell, J., Meares, K., Wilkinson, A., & Freeston, M. (2011). Toward a definition of intolerance of uncertainty: A review of factor analytical studies of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1198–1208. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.009>.

- Bottesi, G., Ghisi, M., Novara, C., Bertocchi, J., Boido, M., De Dominicis, I., & Freeston, M. H. (2015). Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-27 e IUS-12): Due studi preliminari [Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-27 and IUS-12): Two preliminary studies]. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 21(3), 345–365.
- Brown, T. A. (2015). Confirmatory factor analysis for applied research. Guilford Publications.
- Carleton R. N. (2016a). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30–43. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007>.
- Carleton R. N. (2016b). Fear of the unknown: One fear to rule them all?. *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 5–21. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.011>.
- Carleton, R. N. (2012). The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: Theoretical and practical perspectives. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(8), 937–947. <https://doi.org/10.1586/ern.12.82>.
- Carleton, R. N., Norton, M. A., & Asmundson, G. J. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 105–117. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014>.
- Çelik, E., Biçener, E., Bayın, Ü., & Uğur, E. (2022). Mediation role of anxiety sensitivity on the relationships between intolerance of uncertainty and fear of COVID-19. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 38(1), 1-6. <https://doi.org/10.6018/analesps.469511>.
- Chen, F. F. (2007) Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(3), 464-504. <https://doi.org/10.1080/10705510701301834>.
- Cheung, G. W., & Lau, R. S. (2012). A direct comparison approach for testing measurement invariance. *Organizational Research Methods*, 15(2), 167-198. <https://doi.org/10.1177%2F1094428111421987>.

- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating Goodness-of-Fit Indexes for Testing Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 9(2), 233–255. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_5.
- Correa, K. A., Liu, H., & Shankman, S. A. (2019). The role of intolerance of uncertainty in current and remitted internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Anxiety Disorders*, 62, 68–76. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.01.001>.
- Costa, C. O. D., Branco, J. C., Vieira, I. S., Souza, L. D. D. M., & Silva, R. A. D. (2019). Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(2), 92-100. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>.
- Damásio, B. F. (2013). Contribuições da Análise Fatorial Confirmatória Multigrupo (AFCMG) na avaliação de invariância de instrumentos psicométricos. *Psico-USf*, 18(2), 211-220. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712013000200005>.
- Dar, K. A., Iqbal, N., & Mushtaq, A. (2017). Intolerance of uncertainty, depression, and anxiety: Examining the indirect and moderating effects of worry. *Asian Journal of Psychiatry*, 29, 129–133. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.04.017>.
- Dekkers, L. M., Jansen, B. R., Salemink, E., & Huizenga, H. M. (2017). Intolerance of Uncertainty Scale: Measurement invariance among adolescent boys and girls and relationships with anxiety and risk taking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 57-65. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.11.009>.
- Del-Valle, M. V., López-Morales, H., Andrés, M. L., Yerro-Avincetto, M., Gelpi Trudo, R., Urquijo, S., & Canet-Juric, L. (2022). Intolerance of COVID-19-related uncertainty and depressive and anxiety symptoms during the pandemic: A longitudinal study in Argentina. *Journal of Anxiety Disorders*, 86, 102531. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102531>.

- Deniz, M. E. (2021). Self-compassion, intolerance of uncertainty, fear of COVID-19, and well-being: A serial mediation investigation. *Personality and Individual Differences*, 177, 110824. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110824>.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Routledge.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry?. *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5).
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Bookman Companhia Editora.
- Hale, W., Richmond, M., Bennett, J., Berzins, T., Fields, A., Weber, D., Beck, M., & Osman, A. (2016). Resolving uncertainty about the Intolerance of Uncertainty Scale–12: Application of modern psychometric strategies. *Journal of Personality Assessment*, 98(2), 200-208. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1070355>.
- Helsen, K., Van den Bussche, E., Vlaeyen, J. W., & Goubert, L. (2013). Confirmatory factor analysis of the Dutch Intolerance of Uncertainty Scale: Comparison of the full and short version. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(1), 21-29. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.07.004>.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424-453. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.3.4.424>.
- Huntley, C. D., Young, B., Smith, C. T., & Fisher, P. L. (2020). Uncertainty and test anxiety: Psychometric properties of the Intolerance of Uncertainty Scale–12 (IUS-12) among university students. *International Journal of Educational Research*, 104, 101672. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2020.101672>.

- Jacoby, R. J., Fabricant, L. E., Leonard, R. C., Riemann, B. C., & Abramowitz, J. S. (2013). Just to be certain: Confirming the factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(5), 535-542. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.07.008>.
- Kretzmann, R. P., & Gauer, G. (2020). Psychometric properties of the Brazilian Intolerance of Uncertainty Scale – Short Version (IUS-12). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 42(2), 129-137. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0087>.
- Lauriola, M., Mosca, O., & Carleton, R. N. (2016). Hierarchical factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale short form (IUS-12) in the Italian version. *Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 23(3), 377-394. <https://doi.org/10.4473/TPM23.3.8>.
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. (2012). To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior Therapy*, 43(3), 533–545. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.02.007>.
- McEvoy, P. M., Hyett, M. P., Shihata, S., Price, J. E., & Strachan, L. (2019). The impact of methodological and measurement factors on transdiagnostic associations with intolerance of uncertainty: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 73, 101778. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101778>.
- McNeish, D. (2018). Thanks coefficient alpha, we'll take it from here. *Psychological Methods*, 23(3), 412-433. <https://doi.org/10.1037/met0000144>.
- Meeten, F., Dash, S. R., Scarlet, A. L., & Davey, G. C. (2012). Investigating the effect of intolerance of uncertainty on catastrophic worrying and mood. *Behaviour Research and Therapy*, 50(11), 690–698. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.08.003>.
- Pasquali, L. (2011). *Psicometria: Teorias dos testes na Psicologia e na Educação*. Vozes.

- Pasquali, L. (2017). Validade dos testes. *Revista Examen*, 1(1), 14-48. Recuperado de: <https://examen.emnuvens.com.br/rev/article/view/19>.
- Pepperdine, E., Lomax, C., & Freeston, M. H. (2018). Disentangling intolerance of uncertainty and threat appraisal in everyday situations. *Journal of Anxiety Disorders*, 57, 31–38. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.04.002>.
- Putnick, D. L., & Bornstein, M. H. (2016). Measurement invariance conventions and reporting: The state of the art and future directions for psychological research. *Developmental Review*, 41, 71-90. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2016.06.004>.
- Robichaud, M., & Dugas, M. J. (2006). A cognitive-behavioral treatment targeting intolerance of uncertainty. Em G. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: theory, assessment and treatment* (pp. 289–304). Wiley.
- Rosser, B. A. (2019). Intolerance of uncertainty as a transdiagnostic mechanism of psychological difficulties: A systematic review of evidence pertaining to causality and temporal precedence. *Cognitive Therapy and Research*, 43, 438–463. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9964-z>.
- Sarıçam, H., Erguvan, F. M., Akın, A., & Akça, M. Ş. (2014). The Turkish short version of the intolerance of uncertainty (IUS-12) scale: The study of validity and reliability. *Route Educational and Social Science Journal*, 1(3), 148-157.
- Satici, B., Saricali, M., Satici, S. A., & Griffiths, M. D. (2020). Intolerance of uncertainty and mental wellbeing: Serial mediation by rumination and fear of COVID-19. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–12. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00305-0>.
- Seco Ferreira, D. C., Oliveira, W. L., Costa Delabrida, Z. N., Faro, A., & Cerqueira-Santos, E. (2020). Intolerance of uncertainty and mental health in Brazil during the Covid-19

- pandemic. *Suma Psicológica*, 27(1), 62-69.
<https://doi.org/10.14349/sumapsi.2020.v27.n1.8>.
- Sijtsma, K. (2009). On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's alpha. *Psychometrika*, 74(1), 107. <https://doi.org/10.1007/s11336-008-9101-0>.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>.
- Watkins, M. W. (2017). The reliability of multidimensional neuropsychological measures: From alpha to omega. *The Clinical Neuropsychologist*, 31(6-7), 1113-1126. <https://doi.org/10.1080/13854046.2017.1317364>.
- Wilson, E. J., Stapinski, L., Dueber, D. M., Rapee, R. M., Burton, A. L., & Abbott, M. J. (2020). Psychometric properties of the Intolerance of Uncertainty Scale-12 in generalized anxiety disorder: Assessment of factor structure, measurement properties and clinical utility. *Journal of Anxiety Disorders*, 76, 102309. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102309>.
- Wu, D., Yang, T., Hall, D. L., Jiao, G., Huang, L., & Jiao, C. (2021). COVID-19 uncertainty and sleep: The roles of perceived stress and intolerance of uncertainty during the early stage of the COVID-19 outbreak. *BMC Psychiatry*, 21(1), 306. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03310-2>.
- Yao, N., Qian, M., Jiang, Y., & Elhai, J. D. (2020). The influence of intolerance of uncertainty on anxiety and depression symptoms in Chinese-speaking samples: Structure and validity of the Chinese translation of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Personality Assessment*, 103(3), 406-415. <https://doi.org/10.1080/00223891.2020.1739058>.

– CAPÍTULO 4 –

ESTUDO 4

TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA E SUA RELAÇÃO COM A INTOLERÂNCIA À INCERTEZA, A PREOCUPAÇÃO E A REGULAÇÃO EMOCIONAL⁴

Resumo

O presente estudo teve como objetivo principal testar um modelo explicativo para o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), tendo a intolerância à incerteza (II) e preocupação como preditores, e as estratégias de regulação emocional (RE; reavaliação cognitiva e supressão emocional) e a desregulação emocional (DE) como variáveis mediadoras. Participaram do estudo 944 pessoas da população geral, com idade média de aproximadamente 30 anos. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Intolerância à Incerteza (versão reduzida), o Questionário de Preocupação do Estado da Pensilvânia, o Questionário de Regulação Emocional, a Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (versão reduzida), a Escala *Generalized Anxiety Disorder* – 7 e um questionário de dados sociodemográficos. Os resultados demonstraram, por meio da *Path Analysis*, que o modelo explicativo para o TAG foi satisfatório e invariante por gênero. Constatou-se que a DE foi um fator mediador da relação entre o TAG e os antecedentes, sendo a preocupação a variável de maior impacto sobre o desfecho. Ao final, possibilidades de intervenções sobre o transtorno, baseadas no modelo encontrado, foram propostas.

Palavras-chave: transtornos de ansiedade; intolerância à incerteza; preocupação; regulação emocional.

⁴ O presente capítulo foi preparado para submissão a periódicos da psicologia. No entanto, ainda não foi submetido.

Abstract

The main objective of the current study was to test an explanatory model for Generalized Anxiety Disorder (GAD), including intolerance of uncertainty (IU) and worry as predictors, and emotion regulation strategies (cognitive reappraisal and emotional suppression) and emotional dysregulation (ED) as mediating variables. The sample was composed of 944 individuals and mean of 30 years of age. Intolerance of Uncertainty Scale (Short Form), Penn State Worry Questionnaire, Emotion Regulation Questionnaire, Difficulties in Emotion Regulation Scale (Short Form), Generalized Anxiety Disorder -7 Scale and a sociodemographic questionnaire were applied. Results showed that the explanatory model for TAG was satisfactory and equivalent by gender. ED was a mediating factor in the relationship between GAD and antecedents, and worry was the variable with the major impact on the outcome. Finally, possibilities for interventions on GAD, based on the model found, were suggested.

Keywords: anxiety disorders; intolerance of uncertainty; worry; emotional regulation.

Introdução

Globalmente, os problemas de saúde mental causam impacto considerável. Estima-se que os transtornos mentais estejam entre as dez principais causas de carga global de doenças, sendo que a depressão contribui com 37,3% dos anos vividos com incapacidade e a ansiedade com 22,9% (Global Burden of Disease [GBD], 2022; World Health Organization [WHO], 2017). Considerando os dois últimos anos, a pandemia do novo coronavírus ocasionou um salto na incidência de transtornos mentais, especialmente dos transtornos ansiosos, os quais se estima que tiveram um aumento de 25,6% dos casos em todo o mundo, ou seja, um adicional de quase 77 milhões de novos diagnósticos de transtornos de ansiedade em decorrência da *Coronavirus Disease 2019 (Covid-19)* (Santomauro et al., 2021).

A pandemia da Covid-19 é considerada como uma das maiores crises de saúde pública das últimas décadas (WHO, 2020). Durante seu decurso, as informações disponíveis por vezes eram insuficientes, provocando um cenário de incerteza vivenciado por todos. A intolerância à incerteza (II) é concebida como uma incapacidade própria do sujeito para lidar com as reações emocionais aversivas ocasionadas após a percepção de uma situação imprevisível ou incerta (Carleton, 2016). Essa incapacidade é sustentada por crenças negativas associadas, tais como de que a incerteza é negativa, ameaçadora e que interfere no funcionamento pessoal (Dugas & Robichaud, 2007). A II representa uma vulnerabilidade cognitiva transdiagnóstica que contribui para o desenvolvimento e a manutenção de uma série de transtornos, principalmente os ansiosos e depressivos (McEvoy et al., 2019). Nessa perspectiva, o Modelo de Intolerância à Incerteza foi inicialmente desenvolvido para explicação do transtorno de ansiedade generalizada (TAG), atribuindo às crenças negativas sobre a incerteza o papel central para o desencadeamento desse transtorno (Behar et al., 2009; Dugas & Robichaud, 2007).

Assim como a II, a preocupação desempenha papel importante no TAG (Newman et al., 2017) e seus níveis foram elevados durante a pandemia da Covid-19, com a presença de

preocupações voltadas a contrair a doença e morrer (Green et al., 2021). A preocupação é definida como uma experiência emocional aversiva desencadeada por pensamentos repetitivos sobre consequências futuras possivelmente negativas (Sweeny & Dooley, 2017). Quando excessiva, ela é considerada o critério central do TAG, estando também associada a diversos desfechos em saúde mental (Newman et al., 2017). Duas correntes teóricas distintas defendem que a preocupação patológica é utilizada como uma estratégia cognitiva mal adaptativa, seja para evitar ou para manter estados emocionais negativos. Em ambos os casos, a preocupação leva ao aumento dos níveis de ansiedade, contribuindo para a ocorrência de transtornos desse tipo (Borkovec et al., 2004; Newman & Llera, 2011).

A fim de entender como as pessoas lidam com as reações emocionais aversivas provocadas pela II e preocupação, vem à pauta o modo como são reguladas essas emoções. A regulação emocional (RE) diz respeito ao processo, consciente ou não, pelo qual os indivíduos utilizam diferentes estratégias para modular as próprias emoções (Gross, 1998). Isso significa que é possível influenciar a resposta emocional ao definir como, quando e quais emoções experimentar e expressar, de modo a aumentar a chance que elas sejam adaptativas e não prejudiciais (Gross, 2015). O modelo processual de Gross presume que existem cinco famílias de estratégias de RE atuantes no processo de geração da emoção. Dentre elas, a reavaliação cognitiva (reinterpretar a situação para alterar seu impacto emocional) e a supressão emocional (inibir os comportamentos voltados para a expressão das emoções) são as estratégias mais amplamente estudadas (Batistone et al., 2013; Gross, 2015).

A RE envolve uma série de habilidades e capacidades gerais que refletem efetivamente a adaptabilidade desse processo. A ausência de tais habilidades e as dificuldades na regulação das emoções são indicativos de desregulação emocional (DE; Mennin et al., 2005). A DE envolve a falta de consciência e entendimento das emoções; a não aceitação das emoções; a incapacidade no uso adequado e flexível das estratégias de RE conforme as situações e as metas

pessoais; e a ausência de controle dos comportamentos impulsivos diante de emoções intensas e negativas (Gratz & Roemer, 2004). De fato, a presença desses aspectos é de fundamental importância para o bom funcionamento da saúde mental (Miguel et al., 2017), além de que, uma vez sendo habilidades, podem vir a ser aprendidas ou modificadas.

O estudo da RE e sua relação psicopatologias tem aumentado na última década (Campbell et al., 2014). Sabe-se que o uso da reavaliação cognitiva tende a se relacionar à indicadores positivos de saúde mental, ao passo que a supressão emocional pode contribuir para a ocorrência de problemas psicológicos, tais como o aumento sintomas ansiosos e dos afetos negativos (Ver Hu et al., 2014). Quanto à DE, há evidências de que pessoas diagnosticadas com psicopatologias tendem a apresentar problemas relacionados à intensidade, duração, frequência e tipo da emoção, denotando a relação entre as dificuldades na RE e a ocorrência de transtornos mentais (Gross & Jazaier, 2014; Thompson, 2019). Dessa forma, parece que o uso efetivo das estratégias e habilidades de RE é uma condição para um o ajustamento psicológico, de modo que a forma como as pessoas regulam suas respostas emocionais, especialmente quando aversivas, pode funcionar como um mediador do desenvolvimento de transtornos, a exemplo do TAG (Demir et al., 2020; McMahon et al., 2019).

O TAG é um transtorno de ansiedade caracterizado pela presença de ansiedade e preocupação excessivas, desproporcionais e de difícil controle acerca de diversos domínios da vida. Além disso, há a presença de sintomas físicos como tensão muscular, sensação de nervos à flor da pele e fadigabilidade (*American Psychological Association [APA], 2014*). O diagnóstico do TAG está ligado a uma série de consequências, tais como ser preditor de outros transtornos mentais subsequentes (Kessler et al., 2010), estar ligado à presença de comorbidades (APA, 2014), ao maior risco de suicídio (Trindade Junior, 2021), a gastos desnecessários em cuidados de saúde (Konopka et al., 2020), além de ter curso crônico, no qual é esperada a presença de recaídas ao longo do tempo (Ruscio et al., 2017). Durante a

pandemia da Covid-19, o TAG se encontra entre os transtornos de maior prevalência, com estimativas que chegam a 27,3% na população geral (Xiong et al., 2020), e que, ainda que seja comum, uma compreensão maior dos seus mecanismos subjacentes é necessária (Salgueiro et al., 2019).

As respostas emocionais tendem a ser mais intensas no TAG (APA, 2014). Sobre isso, sabe-se indivíduos com esse transtorno apresentam uma fraca compreensão das emoções, o que leva a uma reatividade negativa do próprio estado emocional. Como resposta, pessoas com TAG experimentam as emoções como aversivas e, na tentativa de controlá-las, passam a utilizar estratégias de RE mal adaptativas, o que piora ainda mais seus estados emocionais ao elevar os níveis de ansiedade e preocupação (Behar et al., 2009; Mennin et al., 2005). Há evidências de que o uso estratégias que tendem a ser mal adaptativas, como a supressão emocional, e a DE estão associadas à maiores níveis de TAG (Marganska et al., 2013; Zhu et al., 2021). Além disso, estudos indicam o papel da RE enquanto variável mediadora em uma série de relações com o desfecho em TAG, indicando sua importância enquanto mecanismo de intervenção sobre o transtorno (Marganska et al., 2013; McMahon et al., 2019; Sun et al., 2020). Logo, entender como as pessoas regulam suas emoções aversivas, a exemplo das provocadas pela II e a preocupação, pode ser um caminho para entender o desenvolvimento e a manutenção do TAG.

Em resumo, a pandemia da Covid-19 parece ter desencadeado, também, um estado de emergência em saúde mental, demandando da capacidade das pessoas de tolerar a incerteza e lidar com as preocupações decorrentes desse cenário. Uma vez que essas variáveis estão ligadas ao desenvolvimento e manutenção do TAG (Borkovec et al., 2004; Dugas & Robichaud, 2007), a análise dessas relações pode favorecer uma maior compreensão acerca do transtorno, o que ainda é visto como uma lacuna na literatura (Salgueiro et al., 2019). Além disso, torna-se relevante investigar o TAG, uma vez que é um transtorno que possui altas taxas de prevalência (Xiong et al., 2020) e gera prejuízos de diversas ordens (APA, 2014). A análise dos níveis de

TAG pode favorecer a investigação do impacto da II e da preocupação, as quais geram reações emocionais aversivas e, por isso, ativam o uso de estratégias e habilidades de RE dos indivíduos, alterando, ao final, os níveis de sintomatologia de ansiedade generalizada.

Considerando as relações apontadas, importa salientar que o gênero tem se constituído como fator que está relacionado à variabilidade em todos os construtos mencionados. Há evidências de que o gênero feminino, comparado ao masculino, apresenta maiores níveis de II (Del Valle et al., 2020), preocupação (Buhr & Dugas, 2012), de DE e maior frequência de uso de estratégias de RE mal adaptativas (Bender et al., 2012; Zhang et al., 2020), além de ser considerado um fator de risco para o desenvolvimento do TAG (APA, 2014). Dessa forma, a análise dessas relações levando em conta o gênero permite entender se homens e mulheres podem ser comparados segundo a ótica apresentada quanto ao desfecho em TAG.

O presente estudo objetivou testar um modelo explicativo para o TAG, tendo II e preocupação enquanto preditores, e as estratégias de RE (reavaliação cognitiva e supressão emocional) e a DE como variáveis mediadoras. Para tanto, buscou-se detectar os níveis de II, preocupação, DE e das estratégias de RE, além de identificar a distribuição e rastrear a prevalência de TAG na amostra. Por fim, visou-se comparar as relações estabelecidas entre as variáveis incluindo o gênero como fator confundidor no modelo alcançado.

Método

Participantes

Participaram do estudo 944 indivíduos. A idade média foi de 27,9 anos (Desvio Padrão [DP] = 8,74). A amostragem da pesquisa foi do tipo não probabilístico e por conveniência, sendo coletada através de questionário *online* no mês de dezembro de 2021, durante a pandemia da Covid-19. Os critérios de inclusão foram: (1) idade entre 18 e 60 anos e (2) concordância de participação da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1). Estipulou-se como critério de exclusão o preenchimento incompleto do

questionário.

Instrumentos

Foi aplicada a escala de Intolerância à Incerteza, versão reduzida [*Intolerance of Uncertainty Scale, Short Form* (IUS-12; Carleton et al., 2007)] (Anexo 2), para avaliar o nível de II dos participantes frente a situações ambíguas e ao futuro. A IUS-12 é composta por duas subescalas (II prospectiva e II inibitória) e possui um total de 12 itens, que variam numa escala *Likert* de cinco pontos (1 a 5). O estudo original do instrumento denotou boa consistência interna (alfa de Cronbach [α] = 0,91; Carleton et al., 2007), assim como estudos de evidências de validade realizados no Brasil (Kretzmann & Gauer, 2020). Nesta pesquisa, a consistência interna foi satisfatória (α = 0,91). Utilizou-se escore geral da IUS-12, o qual denota que quanto maior o valor, maior o nível de II do indivíduo.

Para avaliar a tendência à preocupação excessiva aplicou-se o Questionário de Preocupação do Estado da Pensilvânia [*Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ)] (Anexo 6), que possui 16 itens, respondidos em escala de concordância de 1 a 5 (Meyer et al., 1990). A confiabilidade do questionário é considerada excelente, com alfa de Cronbach de 0,93 (Meyer et al., 1990). No Brasil, o instrumento foi traduzido e validado por Castillo et al. (2010) e a consistência interna foi de 0,85. Neste estudo, encontrou-se um alfa de Cronbach de 0,92. As pontuações totais variam entre 16 e 80, sendo que pontuações mais altas indicam níveis mais elevados de preocupação.

Foi administrado o Questionário de Regulação Emocional (QRE; *Emotion Regulation Questionnaire – ERQ*; Gross & John, 2003) (Anexo 7), versão adaptada para o Brasil (Boian et al., 2009). O QRE é um instrumento breve e de autorrelato de 10 itens, os quais medem a frequência do uso de duas estratégias comuns de RE: supressão das emoções (quatro itens) e reavaliação das emoções (seis itens). As respostas dos itens variam em uma escala *Likert* de 1 a 7, cujos escores mais altos indicam o uso mais frequente de uma determinada estratégia. O

seu estudo original apresenta boas qualidades psicométricas, com alfa de Cronbach entre 0,79 (para a subescala de reavaliação cognitiva) e 0,73 (para a subescala de supressão emocional) (Gross & John, 2003). No Brasil, as validações existentes do instrumento com idosos (Batistone et al., 2013) e com adolescentes (Gouveia et al., 2018) também apresentaram confiabilidades satisfatórias ($\alpha = 0,73$ e entre 0,62 e 0,64, respectivamente). O alfa de Cronbach desta pesquisa foi de 0,78.

Aplicou-se a escala de Dificuldades de Regulação Emocional, versão reduzida [*Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS-16; Bjureberg et al. (2015))] (Anexo 8). O instrumento possui 16 itens, dispostos em quatro pontos (0 a 4). Suas questões avaliam os fatores característicos da DE em cinco fatores: Não aceitação (não aceitação das emoções negativas), Objetivos (incapacidade de se envolver em comportamentos dirigidos por objetivos), Impulso (problemas em controlar comportamento impulsivo), Estratégias (acesso limitado às estratégias de regulação emocional efetivas), Clareza (falta de clareza emocional) (Bjureberg et al., 2015). A DERS-16 foi validada no Brasil por Miguel et al. (2017) e apresentou confiabilidade excelente ($0,80 < \alpha < 0,87$). Nesta pesquisa, o alfa de Cronbach foi 0,96.

Para verificar os níveis de sintomatologia ansiosa, utilizou-se a escala *Generalized Anxiety Disorder – 7* (GAD-7; Spitzer et al., 2006) (Anexo 3). É uma escala do tipo *Likert* de quatro pontos (0 a 3), com sete itens e cujo escore varia de 0 a 21, sendo 10 o ponto de corte geral estipulado para atestar a presença significativa de sintomas de TAG (Spitzer et al., 2006). A GAD-7 foi traduzida para o português brasileiro e validada no Brasil por Moreno et al. (2016), com confiabilidade satisfatória ($\alpha = 0,92$). Neste estudo, encontrou-se um alfa de Cronbach de 0,89. Por fim, administrou-se o questionário de dados sociodemográficos para caracterização da amostra. Os tópicos abordavam gênero (masculino e feminino) e idade (em anos) (Anexo 4).

Procedimentos e aspectos éticos

Os participantes participaram da pesquisa através de *links* enviados por meio das mídias digitais (*WhatsApp* e *Instagram*). Na primeira página do formulário *online* foi exposto o TCLE e, somente após a confirmação do consentimento, o indivíduo pôde responder o questionário da pesquisa. O tempo médio de resposta foi de 13 minutos. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (UFS) (CAAE: 43092720.1.0000.5546) (Anexo 5). Foi solicitado aos participantes que encaminhassem o convite da pesquisa para seus conhecidos acima dos 18 anos.

Análise de dados

Foram conduzidas análises descritivas (média [*M*] e *DP*) das variáveis sociodemográficas, bem como dos escores totais das escalas (GAD-7, IUS-12 e DERS-16) e dos questionários (PSWQ e QRE) utilizados. Nas análises bivariadas, aplicou-se o teste *t* de Student para verificar as diferenças nos escores dos instrumentos segundo o gênero e correlações de Pearson entre todos os construtos. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. Para o mapeamento das relações entre II, preocupação, estratégias de RE (reavaliação cognitiva e supressão e emocional), DE e TAG, foi elaborado um modelo explicativo analisado através da técnica *Path Analysis* (Análise de Caminhos), por meio de análise de mediação. Para avaliação do modelo foram examinados os efeitos diretos, indiretos e totais, além da variância explicada (R^2). Todas as estimativas de parâmetros foram estimadas por meio do método *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS).

Resultados

Análises descritivas e bivariadas

Quanto à II, a média do escore geral da IUS-12 foi 36,4 (*DP* = 11,34; Mínimo [*Mín*] = 12; Máximo [*Máx*] = 60). Quando estratificada, 50% da amostra pontuou acima da média. Na escala de preocupação a média foi 59,7 (*DP* = 13,20; *Min* = 17; *Máx* = 80), com 54% dos

participantes pontuando acima desse valor. No QRE, a estratégia de reavaliação cognitiva obteve uma média de 27,6 pontos ($DP = 7,60$; $Min = 6$; $Máx = 42$), ao passo que a supressão emocional foi de 15,7 ($DP = 5,65$; $Min = 4$; $Máx = 28$). Na escala de DE, 46% da amostra esteve acima da média ($M = 42,7$; $DP = 17,20$; $Min = 16$; $Máx = 80$), sendo que o acesso limitado às estratégias de RE foi a dificuldade mais pontuada ($M = 13,3$; $DP = 6,02$; $Min = 5$; $Máx = 25$). Quanto ao TAG, verificou-se que mais da metade da amostra (50,3%) relatou sintomas significativos.

Ao comparar o TAG por gênero, não foi observada diferença estatisticamente significativa { T de Student [t ; graus de liberdade (gl)] = 1,759[942]; p -valor [p] = 0,079}, com distribuição muito próxima entre o gênero feminino ($M = 1,3$; $DP = 1,11$) e masculino ($M = 1,2$; $DP = 1,12$). Quanto aos demais construtos, verificou-se que as mulheres apresentaram maiores médias de II ($t[gl] = 2,879[942]$; $p = 0,004$), preocupação ($t[gl] = 6,679[942]$; $p < 0,001$) e DE ($t[gl] = 3,332[942]$; $p < 0,001$). Nas estratégias de RE, não houve diferença estatisticamente significativa para a reavaliação cognitiva ($t[gl] = 1,234[942]$; $p = 0,217$), mas houve para a supressão emocional ($t[gl] = -3,893[942]$; $p < 0,001$). O gênero masculino apresentou maiores médias nesse fator ($M = 16,8$; $DP = 5,23$) em detrimento do feminino ($M = 15,2$; $DP = 5,76$).

A correlação entre todos os construtos foi estatisticamente significativa (Tabela 1). Em relação à direção, apenas com a reavaliação cognitiva se correlacionou negativamente com o TAG. Quanto à força, a preocupação foi a variável que se correlacionou mais fortemente com o TAG.

Tabela 1

Correlação entre Transtorno de Ansiedade Generalizada, Intolerância à Incerteza, Preocupação, Desregulação Emocional e Estratégias de Regulação Emocional.

	1	2	3	4	5
2	0,650	-	-	-	-
3	0,722	0,737	-	-	-
4	0,657	0,708	0,651	-	-
5	-0,272	-0,287	-0,299	-0,307	-
6	0,160	0,208	0,133	0,194	0,125

Notas. 1. Transtorno de ansiedade generalizada, 2. Intolerância à incerteza, 3. Preocupação, 4.

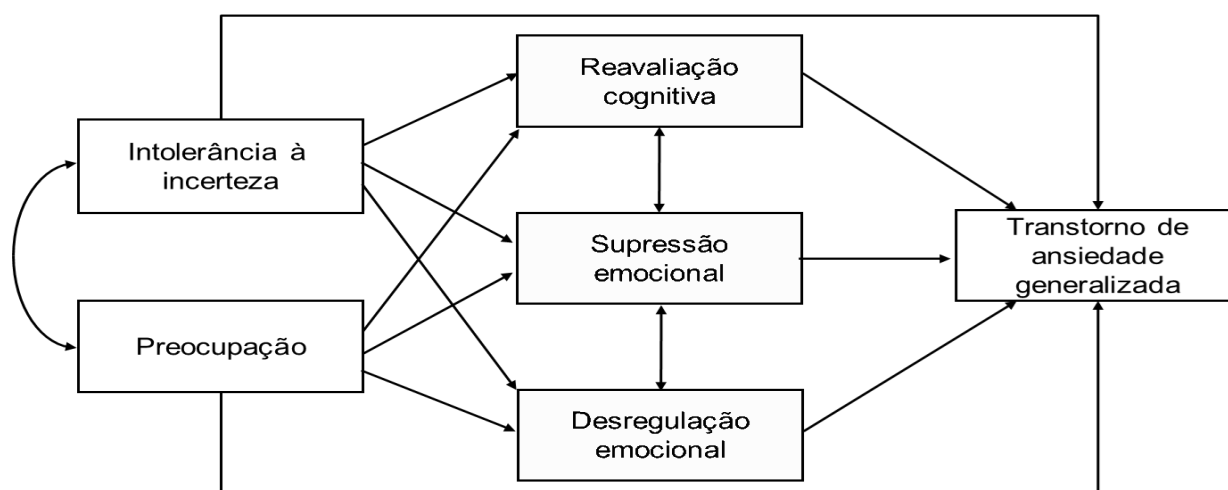
Desregulação emocional, 5. Reavaliação cognitiva, 6. Supressão emocional. Todos os valores foram significativos, com $p < 0,001$.

Teste do Modelo Explicativo para o Transtorno de Ansiedade Generalizada

O modelo teórico testado teve como variáveis preditoras a II e a preocupação. As estratégias de RE (reavaliação cognitiva e supressão emocional) e a DE foram as variáveis mediadoras e o TAG o desfecho (Figura 1). Importa salientar o modelo foi construído a partir da constatação de significância estatística entre as variáveis nas análises bivariadas.

Figura 1

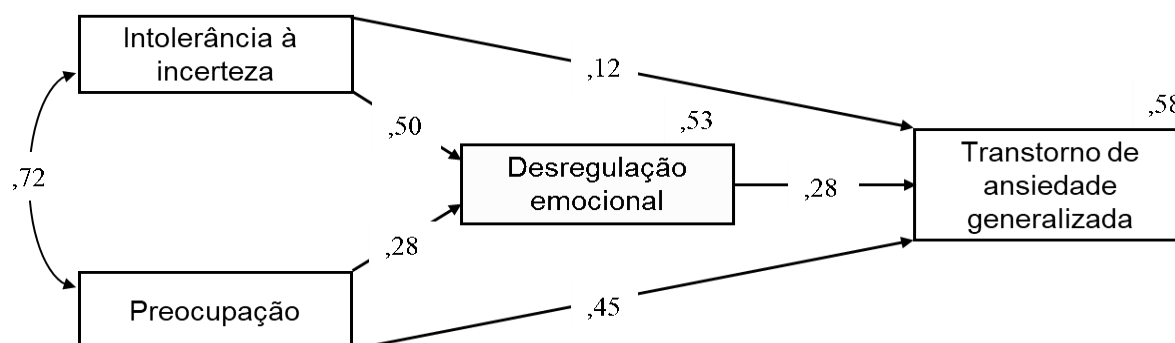
Modelo Teórico do Transtorno de Ansiedade Generalizada.



Os resultados da *Path Analysis* demonstraram que os caminhos II $\rightarrow$ reavaliação cognitiva $\rightarrow$ TAG (Beta da regressão $[\beta] = 0,004$; $p = 0,294$); preocupação $\rightarrow$ reavaliação cognitiva $\rightarrow$ TAG ($\beta = 0,005$; $p = 0,294$); II $\rightarrow$ supressão emocional $\rightarrow$ TAG ($\beta = 0,006$; $p = 0,252$); e preocupação $\rightarrow$ supressão emocional $\rightarrow$ TAG ($\beta = -0,001$; $p = 0,478$) não foram estatisticamente significativos, indicando que as estratégias de RE não mediam as relações entre as variáveis predictoras e o TAG. Dito isso, considerando o princípio da parcimônia, o qual indica que a estrutura mais simples possível deve ser utilizada para explicação do desfecho, alcançou-se um segundo modelo a partir da retirada das predições não significativas (Figura 2). Tal procedimento é recomendado e geralmente melhora a adequação do modelo (Byrne, 2010).

Figura 2

Modelo 2 (final) do Transtorno de Ansiedade Generalizada.



Os resultados do Modelo 2 (final) mostraram que a II e a preocupação foram fortemente correlacionadas entre si (R de Pearson $[r] = 0,72$) e predisseram a DE ($\beta = 0,50$ e $\beta = 0,28$, respectivamente). Os efeitos diretos entre as variáveis predictoras e o TAG foi significativo ($p < 0,05$). Além disso, houve mediação parcial (efeito indireto) da DE na relação de ambos os preditores e o desfecho. A DE teve variância explicada (R^2) de 53,8% e foi capaz de prever a variabilidade do TAG ($\beta = 0,28$), o qual foi explicado, ao todo, em 58,7%. A preocupação foi

o fator de maior predição sobre o desfecho ($\beta = 0,46$) e a II o de menor predição ($\beta = 0,12$). Em resumo, os caminhos mediados apresentaram menor capacidade preditiva sobre o TAG, isso quando comparado ao efeito direto da preocupação. As estimativas de parâmetros estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2

Efeitos Diretos, Indiretos e Totais do Modelo 2.

<i>Efeitos diretos</i>	β	Erro padrão	<i>z</i>	<i>Sig</i>	95% C.I.	
					Inferior	Superior
<i>II</i> → <i>TAG</i>	0,119	0,038	3,152	0,002	0,045	0,193
<i>PREOC</i> → <i>TAG</i>	0,454	0,033	13,735	< 0,001	0,389	0,519
<i>Efeitos Indiretos</i>	β	Erro padrão	<i>z</i>	<i>Sig</i>	95% C.I.	
					Inferior	Superior
<i>II</i> → <i>DE</i> → <i>TAG</i>	0,138	0,019	7,134	< 0,001	0,100	0,176
<i>PREOC</i> → <i>DE</i> → <i>TAG</i>	0,078	0,013	5,918	< 0,001	0,052	0,104
<i>Efeitos totais</i>	β	Erro padrão	<i>z</i>	<i>Sig</i>	95% C.I.	
					Inferior	Superior
<i>II</i> → <i>TAG</i>	0,257	0,257	7,524	< 0,001	0,190	0,324
<i>PREOC</i> → <i>TAG</i>	0,532	0,532	16,213	< 0,001	0,468	0,597

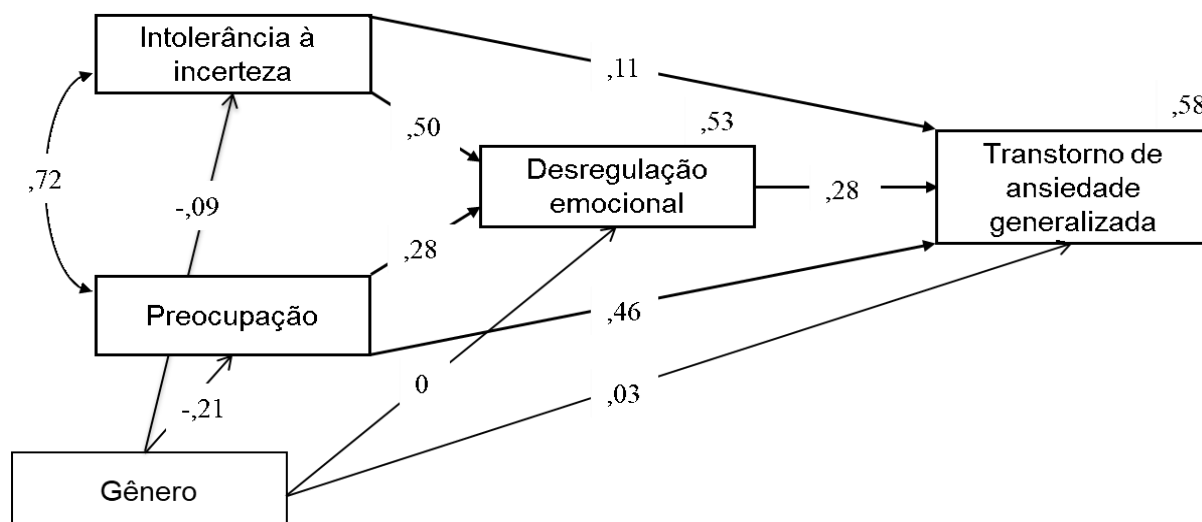
Notas. II = intolerância à incerteza; PREOC = preocupação; DE = desregulação emocional;

TAG = transtorno de ansiedade generalizada.

No intuito de verificar seu impacto sobre as relações, além de isolar o efeito indireto dos mediadores (Van Jaarsveld et al., 2010), acrescentou-se ao Modelo 3 o gênero enquanto variável confundidora (Figura 3). Observou-se que o gênero não apresentou efeito confundidor no modelo e isso pode ser observado pela ausência de variação considerável do R^2 da variável desfecho (58,8%; $\Delta R^2 = 0,001$). O gênero explicou, isoladamente, apenas 4,5% da preocupação e menos de 1,0% da II. Não denotou efeito sobre a DE e foi um preditor bastante frágil do TAG. Em resumo, a inserção do gênero não provocou impacto sobre o modelo final.

Figura 3

Modelo do Transtorno de Ansiedade Generalizada com o Gênero Incluído como Variável Confundidora.



Notas. Erros-padrão: II → TAG = 0,038; PREOC → TAG = 0,034; II → DE → TAG = 0,019; PREOC → DE → TAG = 0,013. II = intolerância à incerteza. PREOC = preocupação. DE = desregulação emocional. TAG = transtorno de ansiedade generalizada.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo principal testar um modelo explicativo para o TAG, tendo a II e a preocupação como variáveis preditoras, e as estratégias de RE (reavaliação cognitiva e supressão emocional) e a DE como mediadoras. Além disso, buscou-se comparar as relações estabelecidas entre as variáveis, incluindo o gênero como fator confundidor. Os resultados obtidos atestaram que o modelo final alcançado foi satisfatório, pois além de parcimonioso, conseguiu explicar boa parte do desfecho.

Quanto à II, encontrou-se que a média do escore geral (36,4 pontos) foi superior ao ponto médio da escala (30 pontos). Ou seja, metade da amostra obteve níveis de II que ultrapassaram mais de 50% da pontuação possível da escala. Altos índices de II também foram encontrados em estudos realizados durante a pandemia, cujas médias variaram entre 34,2 e 40,5

(Bavolar et al., 2021; Deniz, 2021; Wu et al., 2021). Ao comparar com trabalhos feitos antes desse cenário, os quais obtiveram médias abaixo dos 30 pontos (Correa et al., 2019; Meeten et al., 2012; Pepperdine et al., 2018), pode-se supor um eventual aumento dos níveis de II no contexto pandêmico. Isso pode ser cogitado pois, mesmo num período de pós-crise, o qual é caracterizado pela diminuição do número de casos e o retorno gradativo das atividades habituais (Faro et al., 2020), o cenário da pandemia em 2022 ainda carrega dúvidas a respeito do seu fim, do surgimento de novas variantes e da eficácia das vacinas contra elas (Çelic et al., 2022). Tais aspectos configuram como elementos que incidem sobre a habilidade das pessoas conseguirem tolerar a incerteza. Dessa forma, tal habilidade, que já se mostrava reduzida ao longo anos (Carleton et al., 2019), pode ter sido agravada pela ausência persistente de informações precisas acerca da Covid-19.

Assim como na escala de II, viu-se que os níveis médios de preocupação (aproximadamente 60 pontos) excederam o ponto médio do instrumento (40 pontos), ficando a apenas 20 pontos do escore máximo do questionário. Tal achado foi próximo ao de outros estudos realizados durante a pandemia (Gunaydin & Alemda, 2021; Tsoutsis et al., 2021). Apesar de ser comum à toda população e, por vezes, contribuir para a evitação de eventos adversos, a preocupação geralmente reflete uma circunstância ou contexto da vida e pode se tornar patológica a depender da sua intensidade e duração (Sweeny & Dooley, 2017). Nesse sentido, há evidências de que a pandemia tem estado associada a níveis elevados de preocupação patológica na população (Gunaydin & Alemda, 2021; Heeren, 2020). Supõe-se que os resultados encontrados nesta pesquisa podem estar voltados a preocupações acerca de possíveis consequências sociais e econômicas, e o ressurgimento de novos surtos da Covid-19; algo recorrente no contexto da pandemia (Ozili & Arun, 2020; Leung et al., 2020). Além disso, a preocupação pode ter se tornado excessiva em decorrência da exposição exacerbada às informações que foram fornecidas pela mídia, as quais nem sempre eram verdadeiras, acerca

do novo coronavírus (Faro et al., 2020). No entanto, independentemente do conteúdo ou circunstância em que ocorre, a preocupação excessiva tende a ser utilizada como uma estratégia cognitiva desadaptativa de resolução de problemas (Borkovec et al., 2004).

No que tange à RE, viu-se que ambas as estratégias (reavaliação cognitiva e supressão emocional) são frequentemente utilizadas, uma vez que o ponto médio das subescalas também foi ultrapassado pelos escores médios da amostra. O modelo processual de Gross (2015) indica que os indivíduos estão continuamente utilizando diferentes estratégias de regulação das emoções, ou seja, é esperado que haja uma alternância no uso das estratégias, ou ainda, que sejam utilizadas de forma combinada, a depender do contexto. No entanto, ambas as estratégias saíram do modelo, embora tenham apresentado significância estatística nas análises bivariadas. Acredita-se que isso possa se dever ao fato de não existirem estratégias essencialmente ruins, uma vez que suas consequências dependem de características individuais e da própria situação (Gross, 2015). Assim, de modo isolado, as estratégias de RE não tenderam, nesta amostra, a prever desfechos psicopatológicos. Adicionalmente, outra razão pode ser devido ao efeito de covariância, que é controlado na *Path Analysis* (ver Byrne, 2010). Dessa forma, quando mensuradas paralelamente à DE, a reavaliação cognitiva e a supressão emocional deixaram de ser significativas para a explicação do TAG.

Aproximadamente metade da amostra apresentou altos níveis de DE. Estudos recentes, realizados no contexto da pandemia, encontraram taxas igualmente altas (Gillespie et al., 2021; Hua & Ma, 2022; Kennedy et al., 2021). Isso pode ter ocorrido, pois há evidências de que a incapacidade de regular as emoções é distribuída como um espectro em toda a população, isto é, a DE é um fator comum presente em diferentes níveis de gravidade em todos os indivíduos, não se limitando apenas às pessoas diagnosticadas com algum transtorno mental (Gaynor & Gordon, 2018; Petrovic et al., 2016). Ainda, os níveis de DE podem ter sido elevados devido à

presença de um contexto estressor crônico (McLaughlin et al., 2009), tal qual a pandemia, em que existe a demanda de manejo emoções negativas por um longo período.

A variância explicada da DE pelas variáveis preditoras foi de quase 54%, apontada como elevada (Dancey & Reidy, 2006). Isso demonstra que a II e a preocupação explicam alterações na DE ao provocarem reações cognitivas e emocionais aversivas, tanto em relação à situação, como também às próprias emoções vivenciadas. Entende-se que tais relações ocorrem devido ao fato da II ocasionar crenças negativas a respeito da própria incerteza e dos estados emocionais que ela acarreta, levando o indivíduo a se sentir incapaz de mobilizar estratégias de RE para lidar com as emoções aversivas, acarretando em DE (Ouellet et al., 2019). Explicação semelhante pode ser dada acerca do impacto da preocupação na explicação dos escores de DE. A preocupação, somada às crenças positivas acerca do preocupar-se, é uma forma ineficaz de evitação e supressão da reatividade emocional negativa (Borkovec et al., 2004). Tal funcionamento impede o gerenciamento adequado das emoções, o que, por consequência, reflete em maiores níveis de DE.

Quanto ao TAG, verificou-se que mais da metade da amostra (50,3%) relatou sintomas significativos. Tal resultado está em concordância com a literatura acerca da alta prevalência do transtorno (Barros et al., 2020; Crocq, 2017; Newman & Przeworski, 2018), o que reitera o problema da ansiedade patológica como uma questão de saúde pública. Para o entendimento do TAG, obteve-se um modelo explicativo final satisfatório, com variância explicada de quase 60%, o que é considerado alto na psicologia (Dancey & Reidy, 2006). Na análise foi encontrado que a DE é um fator mediador da relação entre o TAG e os antecedentes (II e preocupação), os quais podem predizê-lo e provocar sua variabilidade. Além disso, o efeito direto entre as variáveis preditoras e o TAG também foram significativos. Tal análise permite delinear os caminhos que partem de construtos psicológicos e que influenciam no desencadeamento de sintomas do transtorno. Com isso, foi possível aumentar a compreensão acerca dos processos

subjacentes ao TAG, o que fora apontado como lacuna na literatura sobre TAG (Asmundson & Asmundson, 2018; Behar et al., 2009; Newman & Przeworski, 2018).

O modelo final obtido permite formular estratégias para possíveis intervenções voltadas à diminuição dos sintomas de TAG. Uma vez que todos os efeitos foram significativos, seja o caminho direto entre as variáveis preditoras e o TAG, seja através da DE como variável mediadora, duas possibilidades de intervenções podem ser formuladas. Em intervenções com foco nos preditores, por exemplo, o objetivo pode se voltar principalmente ao controle dos níveis de preocupação, uma vez que é o preditor de TAG mais forte no modelo, tanto mediado pela DE como não mediado. Tal relação, inclusive, possui reforço na literatura (Newman et al., 2017; Starcevic et al., 2007). Outra possibilidade é o plano terapêutico com foco no fator mediador, ou seja, em fomentar ações para diminuição dos níveis de DE. Há evidências de que indivíduos com TAG apresentam fortes reações emocionais e atitudes negativas acerca das próprias emoções, além de possuírem dificuldades em compreendê-las e gerenciá-las (Mennin et al., 2004). Assim, entende-se que o desenvolvimento ou aperfeiçoamento de tais habilidades pode resultar em redução da sintomatologia.

A II também pode ser trabalhada aliada à DE, dado que prediz quase metade da ocorrência DE e afeta mais claramente os sintomas de TAG quando mediada pelas dificuldades na regulação das emoções. Achado semelhante foi encontrado por Ouellet et al. (2019), o qual verificou que a relação o impacto da II na tendência a preocupar-se (principal sintoma do TAG) foi atribuído em mais de 30% ao acesso limitado às estratégias de RE, sendo esta uma das características de DE. Tendo em vista que a II provoca reações cognitivas e emocionais desagradáveis frente a uma situação incerta, o gerenciamento mal adaptativo das emoções pode ocasionar um quadro de ansiedade persistente, além de agravar ainda mais os estados emocionais, aumentando, assim, a vulnerabilidade para a ocorrência de sintomas de TAG. Em

resumo, o trabalho terapêutico sobre essas variáveis atuaria, tal como prediz o modelo, como facilitador no tratamento do TAG.

Vale destacar que embora a literatura aponte evidências acerca das diferenças de gênero existentes no TAG, com mulheres tendo maiores chances de desenvolver o transtorno (APA, 2014; Gao et al., 2020; Jalnapurkar et al., 2018), isso não foi encontrado nesta pesquisa. Dessa forma, o modelo apresentado pode ser considerado equivalente para homens e mulheres e possíveis intervenções são passíveis de serem planejadas sem distinção para esses grupos. Uma possível explicação para esse achado se deve ao fato de que, na presença dos construtos psicológicos, as variáveis sociodemográficas, tal qual o gênero, podem ter seu impacto reduzido na explicação de desfechos psicopatológicos, permanecendo como remanescentes. Os dados então encontrados reforçam essa concepção. Por isso, convém que pesquisas no campo da Psicologia busquem se concentrar em fatores psicológicos como possíveis determinantes de saúde mental e até mesmo física (Conversano, 2019).

Cabe destacar algumas limitações desta pesquisa. A técnica de amostragem utilizada – não probabilística e por conveniência – impede que os achados sejam plenamente generalizáveis. Além disso, ainda que a pandemia tenha sido utilizada como cenário para explicação dos resultados encontrados, não foram inseridas nesta investigação variáveis voltadas à Covid-19, tais como incertezas e preocupações específicas desse contexto. A razão para isso é que a construção do modelo aqui proposto buscou se voltar a uma perspectiva mais ampla de explicação do TAG, passível de ser aplicada em contextos generalistas.

Considerando que a variância explicada obtida para o TAG foi de cerca de 60%, entende-se que há outros 40% que ainda precisam ser investigados. Por isso, como sugestões para pesquisas futuras, julga-se pertinente a investigação do impacto de outros construtos ou variáveis associadas à ocorrência do TAG, tais como depressão (APA, 2014), autoestima (Van Tuijl et al., 2018) traços de personalidade específicos (Nikcevic et al., 2021), resolução de

problemas (Pawluk et al., 2017), a fim de expandir a compreensão sobre o transtorno. Sugere-se, ainda, que o modelo seja testado em uma amostra clínica de participantes com TAG, com vistas a promover o amadurecimento do modelo.

Em resumo, constatou-se que o modelo explicativo para o TAG se ajustou bem aos dados através da análise conjunta da II, preocupação e DE. Supõe-se que esse achado se liga a contribuições para o conhecimento teórico acerca do TAG, além de auxiliar os profissionais da saúde mental na medida em que aponta para possibilidades distintas, porém igualmente propícias, de intervenção sobre o transtorno.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM V. Artmed.
- Asmundson, G. J. G., & Asmundson, A. J. N. (2018). Are anxiety disorders publications continuing on a trajectory of growth? A look at Boschen's (2008) predictions and beyond. *Journal of Anxiety Disorders*, 56, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.05.003>.
- Barros, M. B. A., Lima, M. G., Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Azevedo, R. C. S., Romero, D., Souza Júnior, P. R. B., Azevedo, L. O., Machado, L. O., Damacena, G. N., Gomes, C. S., Wernerck, A. O., Silva, D. R. P., Pina, M. F., & Gracie, R. (2020). Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]*, 29(4), e2020427. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000400018>
- Batistoni, S. S. T., Ordonez, T. N., Silva, T. B. L., Nascimento, P. P. P., & Cachioni, M. (2013). Emotional Regulation Questionnaire (ERQ): Indicadores psicométricos e relações com medidas afetivas em amostra idosa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26, 10-18. <http://doi.org/dhmx>.

- Bavolar, J., Kacmar, P., Hricova, M., Schrötter, J., Kovacova-Holevova, B., Köverova, M., & Raczova, B. (2021). Intolerance of uncertainty and reactions to the COVID-19 pandemic. *The Journal of General Psychology*, 1–28. <https://doi.org/10.1080/00221309.2021.1922346>.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1011–1023. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.006>.
- Bender, P. K., Reinholdt, M. L., Esbjorn, B. H., & Pons, F. (2012). Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: Gender differences. *Personality and Individual Differences*, 53(3), 284–288. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.03.027>.
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L. G., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., Gumpert, C. H., & Gratz, K. L. (2016). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: The DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 284–296. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x>.
- Boian, A.C., Soares, D. S.M., & Silva, J. (2009). Questionário de Regulação Emocional adaptado para a população brasileira. Retirado de http://spl.stanford.edu/pdfs/erq_portuguese_brazilian.pdf.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. Em R. Heimberg, C. Turk, & D. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77–108). The Guilford Press.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2012). Fear of emotions, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty in worry and generalized anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5, 1–17. <https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.1.1>.

- Byrne, B. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming (2nd ed.)*. Taylor & Francis Group.
- Campbell-Sills, L., Ellard, K. K., & Barlow, D. H. (2014). Emotion regulation in anxiety disorders. Em J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 393–412). The Guilford Press.
- Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30–43. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007>.
- Carleton, R. N., Desgagné, G., Krakauer, R., & Hong, R. Y. (2019). Increasing intolerance of uncertainty over time: The potential influence of increasing connectivity. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48(2), 121–136. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1476580>.
- Carleton, R. N., Norton, M. A., & Asmundson, G. J. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 105–117. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014>.
- Castillo, C., Macrini, L., Cheniaux, E., & Landeira-Fernandez, J. (2010). Psychometric properties and latent structure of the Portuguese version of the Penn State Worry Questionnaire. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(1), 431–443. <https://doi.org/10.1017/s113874160000398x>.
- Çelik, E., Biçener, E., Bayın, Ü., & Uğur, E. (2022). Mediation role of anxiety sensitivity on the relationships between intolerance of uncertainty and fear of COVID-19. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 38(1), 1-6. <https://doi.org/10.6018/analesps.469511>.
- Conversano, C. (2019). Common psychological factors in chronic diseases. *Frontiers in Psychology*, 10, 2727. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02727>.

- Correa, K. A., Liu, H., & Shankman, S. A. (2019). The role of intolerance of uncertainty in current and remitted internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Anxiety Disorders*, 62, 68–76. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.01.001>.
- Crocq, M. A. (2017). The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 107–116. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/macrocq>.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia*. 3. ed. Artmed.
- Del-Valle, M. V., López-Morales, H., Andrés, M. L., Yerro-Avincetto, M., Gelpi Trudo, R., Urquijo, S., & Canet-Juric, L. (2022). Intolerance of COVID-19-related uncertainty and depressive and anxiety symptoms during the pandemic: A longitudinal study in Argentina. *Journal of Anxiety Disorders*, 86, 102531. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102531>.
- Demir, Z., Böge, K., Fan, Y., Hartling, C., Harb, M. R., Hahn, E., Seybold, J., & Bajbouj, M. (2020). The role of emotion regulation as a mediator between early life stress and posttraumatic stress disorder, depression and anxiety in Syrian refugees. *Translational Psychiatry*, 10(371). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-01062-3>.
- Deniz, M. E. (2021). Self-compassion, intolerance of uncertainty, fear of COVID-19, and well-being: A serial mediation investigation. *Personality and Individual Differences*, 177, 110824. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110824>.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Routledge.
- Faro, A., Bahiano, M. D. A., Nakano, T. D. C., Reis, C., Silva, B. F. P. D., & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: A emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, 1-14. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>.

- Gao, W., Ping, S., & Liu, X. (2020). Gender differences in depression, anxiety, and stress among college students: A longitudinal study from China. *Journal of Affective Disorders*, 263, 292–300. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.121>.
- Gaynor, K., & Gordon, O. (2018). Cognitive behavioural therapy for mild-to-moderate transdiagnostic emotional dysregulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 49, 71–77 (2019). <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9393-z>.
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137-150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3).
- Gillespie, S. M., Jones, A., Uzieblo, K., Garofalo, C., & Robinson, E. (2021). Coping using sex during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in the United Kingdom. *Journal of Sexual Medicine*, 18(1), 50–62. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.11.002>.
- Gouveia, V. V., Moura, H. M., Oliveira, I. C. V., Ribeiro, M. G. C., Rezende, A. T., & Brito, T. R. S. (2018). Emotional Regulation Questionnaire (ERQ): Evidence of Construct Validity and Internal Consistency. *Psico-USF*, 23(3), 461-471. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-82712018230306>.
- Gratz, K. L., & Roemer L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>.
- Green, S. M., Furtado, M., Inness, B. E., Frey, B. N., & McCabe, R. E. (2021). Characterizing worry content and impact in pregnant and postpartum women with anxiety disorders during COVID-19. *Clinical psychology & psychotherapy*, 10.1002/cpp.2703. <https://doi.org/10.1002/cpp.2703>.

- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.
- Gross, J. J. (2015) Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>.
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion Regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387–401. <https://doi.org/10.1177/2167702614536164>.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>.
- Günaydın, N., & Küçük Alemdar, D. (2021). Evaluation of worry level in healthcare professionals and mental symptoms encountered in their children during the COVID-19 pandemic process. *Current Psychology*, 40(12), 6238–6248. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02142-3>.
- Heeren A. (2020). On the distinction between fear and anxiety in a (post)pandemic world: A commentary. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(3), 189–191. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20200307>.
- Hu, T., Zhang, D., Wang, J., Mistry, R., Ran, G., & Wang, X. (2014). Relation between emotion regulation and mental health: A meta-analysis review. *Psychological Reports*, 114(2), 341–362. <https://doi.org/10.2466/03.20.PR0.114k22w4>.
- Hua, Z., & Ma, D. (2022). Depression and perceived social support among unemployed youths in China: Investigating the roles of emotion-regulation difficulties and self-efficacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4676. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084676>.

- Jalnapurkar, I., Allen, M., & Pigott, T. (2018). Sex differences in anxiety disorders: A review. *Journal of Psychiatric Depression and Anxiety*, 4(12). <https://doi.org/10.24966/PDA-0150/100012>.
- Kennedy, C., Deane, F. P., & Chan, A. Y. C. (2021). Intolerance of uncertainty and psychological symptoms among people with a missing loved one: Emotion regulation difficulties and psychological inflexibility as mediators. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 48-56. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.05.006>.
- Kessler, R. C., Ruscio, A. M., Shear, K., & Wittchen, H. U. (2010). Epidemiology of anxiety disorders. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 2, 21–35.
- Konnopka, A., & König, H. (2020). Economic burden of anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Pharmacoeconomics*, 38(1), 25–37. <https://doi.org/10.1007/s40273-019-00849-7>.
- Kretzmann, R. P., & Gauer, G. (2020). Psychometric properties of the Brazilian Intolerance of Uncertainty Scale – Short Version (IUS-12). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 42(2), 129-137. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0087>.
- Leung, K., Wu, J. T., Liu, D., & Leung, G. M. (2020). First-wave COVID-19 transmissibility and severity in China outside Hubei after control measures, and second-wave scenario planning: A modelling impact assessment. *The Lancet*, 395(10233), 1382-1393. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30746-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30746-7).
- Marganska, A., Gallagher, M., & Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), 131–141. <https://doi.org/10.1111/ajop.12001>
- McEvoy, P. M., Hyett, M. P., Shihata, S., Price, J. E., & Strachan, L. (2019). The impact of methodological and measurement factors on transdiagnostic associations with intolerance

- of uncertainty: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 73, 101778. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101778>.
- McLaughlin, K. A., & Hatzenbuehler, M. L. (2009). Mechanisms linking stressful life events and mental health problems in a prospective, community-based sample of adolescents. *The Journal of adolescent Health*, 44(2), 153–160. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.06.019>.
- McMahon, K., Anand, D., Morris-Jones, M., & Rosenthal, M. Z. (2019). A path from childhood sensory processing disorder to anxiety disorders: The mediating role of emotion dysregulation and adult sensory processing disorder symptoms. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 13, 22. <https://doi.org/10.3389/fnint.2019.00022>
- Meeten, F., Dash, S. R., Scarlet, A. L., & Davey, G. C. (2012). Investigating the effect of intolerance of uncertainty on catastrophic worrying and mood. *Behaviour Research and Therapy*, 50(11), 690–698. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.08.003>.
- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(1), 17–29. <https://doi.org/10.1002/cpp.389>.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1281–1310. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008>.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487–495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6).
- Miguel, F. K., Giromini, L., Colombarolli, M. S., Zuanazzi, A. C., & Zennaro, A. (2017). A Brazilian Investigation of the 36- and 16-Item Difficulties in Emotion Regulation Scales. *Journal of Clinical Psychology*, 73(9), 1146–1159. <https://doi.org/10.1002/jclp.22404>.

- Moreno, A. L., DeSousa, D. A., Souza, A. M. F. L. P., Manfro, G. G., Salum, G. A., Koller, S. H., Osório, F. L., & Crippa, J. A. S. (2016). Factor structure, reliability, and item parameters of the brazilian-portuguese version of the GAD-7 questionnaire. *Temas em Psicologia*, 24(1), 367-376. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2016.1-25>.
- Newman, M. G., & Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 371–382. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.008>.
- Newman, M. G., & Przeworski, A. (2018). The increase in interest in GAD: Commentary on Asmundson & Asmundson. *Journal of Anxiety Disorders*, 56, 11-13. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.04.006>.
- Newman, M. G., Cho, S., & Kim, H. (2017). Worry and generalized anxiety disorder: A review. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, 10, 439-459. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.05108-7>.
- Nikčević, A. V., Marino, C., Kolubinski, D. C., Leach, D., & Spada, M. M. (2021). Modelling the contribution of the Big Five personality traits, health anxiety, and COVID-19 psychological distress to generalised anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 279, 578–584. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.053>.
- Ouellet, C., Langlois, F., Provencher, M. D., & Gosselin, P. (2019). Intolerance of uncertainty and difficulties in emotion regulation: Proposal for an integrative model of generalized anxiety disorder. *European Review of Applied Psychology*, 69(1), 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2019.01.001>.
- Ozili, P., & Arun, T. (2020). Spillover of COVID-19: Impact on the global economy. *SSRN*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3562570>.

- Pawluk, E. J., Koerner, N., Tallon, K., & Antony, M. M. (2017). Unique correlates of problem solving effectiveness in individuals with generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 41, 881–890. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9861-x>
- Pepperdine, E., Lomax, C., & Freeston, M. H. (2018). Disentangling intolerance of uncertainty and threat appraisal in everyday situations. *Journal of Anxiety Disorders*, 57, 31–38. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.04.002>.
- Petrovic, P., Ekman, C. J., Klahr, J., Tigerström, L., Rydén, G., Johansson, A. G., Sellgren, C., Golkar, A., Olsson, A., Öhman, A., Ingvar, M., & Landén, M. (2016). Significant grey matter changes in a region of the orbitofrontal cortex in healthy participants predicts emotional dysregulation. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 11(7), 1041–1049. <https://doi.org/10.1093/scan/nsv072>.
- Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Borges, G., Bromet, E. J., Bunting, B., Caldas de Almeida, J. M., Demyttenaere, K., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., Hu, C., de Jonge, P., ... Scott, K. M. (2017). Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 465–475. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056>.
- Salguero, J. M., Ramos-Cejudo, J., & García-Sancho, E. (2019). Metacognitive beliefs and emotional dysregulation have a specific contribution on worry and the emotional symptoms of generalized anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12, 179–190. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00048-4>.
- Santomauro, D. F. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7).

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>.
- Starcevic, V., Berle, D., Milicevic, D., Hannan, A., Lamplugh, C., & Eslick, G. D. (2007). Pathological worry, anxiety disorders and the impact of co-occurrence with depressive and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(8), 1016–1027. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.10.015>.
- Sun, J., Luo, Y., Chang, H., Zhang, R., Liu, R., Jiang, Y., & Xi, H. (2020). The mediating role of cognitive emotion regulation in BIS/BAS sensitivities, depression, and anxiety among community-dwelling older adults in China. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 939–948. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S269874>.
- Sweeny, K., & Dooley, M. D. (2017). The surprising upsides of worry. *Social and Personality Psychology Compass*, 11(4), e12311. <https://doi.org/10.1111/spc3.12311>.
- Thompson, R. A. (2019). Emotion dysregulation: A theme in search of definition. *Development and Psychopathology*, 31(3), 805–815. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000282>.
- Trindade, S. C., Sousa, L. F. F., & Carreira, L. B. (2021) Generalized anxiety disorder and prevalence of suicide risk among medical students. *Revista Brasileira de Educação Médica* 45(2), e061. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200043.ING>.
- Tsoutsis, V., Dikeos, D., & Papadakaki, M. (2021). The impact of Covid-19 pandemic on family cohesion. Results from an international study. *European Journal of Public Health*, 31(3). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab165.128>.
- Van Jaarsveld, D. D., Walker, D. D., & Skarlicki, D. P. (2010). The role of job demands and emotional exhaustion in the relationship between customer and employee incivility. *Journal of Management*, 36(6), 1486–1504. <https://doi.org/10.1177/0149206310368998>.

- Van Tuijl, L. A., Glashouwer, K. A., Bockting, C. L. H., Penninx, B. W. J. H., & Jong, P. J. (2018). Self-Esteem instability in current, remitted, recovered, and comorbid depression and anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 813–822. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9926-5>.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>.
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Situation report - 78*. Geneva. http://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200407-sitrep-78-covid19.pdf?sfvrsn=bc43e1b_2
- Wu, D., Yang, T., Hall, D. L., Jiao, G., Huang, L., & Jiao, C. (2021). COVID-19 uncertainty and sleep: The roles of perceived stress and intolerance of uncertainty during the early stage of the COVID-19 outbreak. *BMC Psychiatry*, 21(1), 306. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03310-2>.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>.
- Zhang, L., Lu, J., Li, B., Wang, X., & Shangguan, C. (2020). Gender differences in the mediating effects of emotion-regulation strategies: Forgiveness and depression among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 163, 110094. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110094>.
- Zhu, Y., Wang, H., & Wang, A. (2021). An evaluation of mental health and emotion regulation experienced by undergraduate nursing students in China during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(5), 1160–1169. <https://doi.org/10.1111/inm.12867>.

Considerações Finais

A presente dissertação teve como objetivo geral mapear as relações estabelecidas entre o TAG, a II, a preocupação e a RE. Os objetivos específicos foram levantar evidências teóricas e empíricas acerca do TAG, reunir os achados acerca da relação entre TAG e RE, estabelecer evidências de validade da Escala de Intolerância à Incerteza e, por fim, testar um modelo explicativo para o TAG. Para atender aos objetivos específicos, foram realizados quatro estudos, sendo que os dois primeiros ofereceram embasamento teórico para a realização dos dois últimos — estudo 3 (psicométrico) e 4 (empírico).

O Estudo 1, cujo título foi “*Transtorno de ansiedade generalizada: Uma revisão narrativa*”, apresentou um compilado de informações conceituais e descritivas do TAG, além de pontuar os modelos teóricos atualmente existentes sobre o transtorno. Viu-se que, embora ainda existam críticas acerca do TAG enquanto categoria diagnóstica, sabe-se que sua posição enquanto transtorno com características específicas é mantida pela APA. Ainda, a partir dessa revisão narrativa, constatou-se a importância de se atentar ao TAG devido aos impactos provocados por ele na qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Por fim, foi verificada a existência de seis modelos teóricos que explicam o funcionamento do transtorno, os quais foram descritos e sintetizados a partir das evidências existentes sobre eles.

O Estudo 2, intitulado “*Revisão de escopo sobre o transtorno de ansiedade generalizada e a regulação emocional*”, ratificou as evidências apontadas na literatura a respeito da associação entre a RE — incluindo as estratégias apontadas por James Gross, estratégias cognitivas de RE e a DE —, e a ocorrência de sintomatologia do TAG. Constatou-se o papel da RE, especialmente das estratégias adaptativas, como indicador de saúde e fator protetivo do desenvolvimento do TAG. Com isso, demonstrou-se que a RE pode ser foco de intervenção de psicólogos da saúde, especialmente num contexto da pandemia da Covid-19. Ainda, a revisão

destacou a necessidade de estudos a nível nacional, uma vez que há uma lacuna significativa acerca do entendimento dessa temática em amostras brasileiras.

No Estudo 3, denominado “*Análise fatorial confirmatória da IUS-12 no Brasil*”, foi realizada uma AFC e de invariância de medida do instrumento, com objetivo de estabelecer evidências de validade com base na estrutura interna, analisar sua estrutura fatorial e a viabilidade de comparação entre diferentes grupos. Os resultados das análises atestaram que a IUS-12 apresentou características psicométricas satisfatórias, podendo ser considerada um instrumento válido e confiável para o rastreio da II. A estrutura da escala é bidimensional, corroborando com demais estudos apontados na literatura, e se mostrou invariante na comparação de diferentes gêneros, graus de escolaridade e renda familiar.

Os achados do Estudo 4, “*Transtorno de ansiedade generalizada e sua relação com a intolerância à incerteza, a preocupação e a regulação emocional*”, alcançados através de uma análise de caminhos, demonstraram que o modelo final para explicação do TAG foi satisfatório. Atestou-se que a DE medeia parcialmente a relação entre as variáveis preditoras (II e preocupação) e TAG. Além disso, os caminhos diretos, ou seja, entre as variáveis preditoras e o TAG foram significativos, sendo a preocupação o fator de maior impacto na explicação dos níveis de TAG. Viu-se que o gênero não provocou impacto sobre o modelo final. Tais achados contribuem para o entendimento das variáveis psicológicas envolvidas no desenvolvimento e ocorrência do TAG, bem como auxiliam na formulação de intervenções voltadas para redução dos sintomas do transtorno. Os caminhos possíveis para intervenções foram traçados no estudo.

Como limitações desta dissertação, destaca-se que a amostra utilizada para testagem do modelo explicativo sobre o TAG limita conclusões generalizáveis, uma vez que foi coletada de forma pouco controlada e por conveniência. Isso dificulta que os achados sejam transpostos para outros contextos e indica que devem ser interpretados com cautela. Ainda do ponto de vista metodológico, não foi realizado um estudo de caráter interventivo, o que poderia fornecer

suporte às pessoas com o transtorno, assim como coletar mais dados quanto ao modelo desenvolvido e as possibilidades de intervenção recomendadas. Dito isso, sugere-se a testagem do modelo encontrado em outros contextos e populações – clínicas e não clínicas – e a realização de estudos que possam oferecer evidências mais robustas acerca do papel das variáveis investigadas na ocorrência do TAG, tais como pesquisas de caráter longitudinal e de intervenção.

Entende-se que este trabalho conseguiu atender aos objetivos que se propôs. Os achados desta dissertação, de modo geral, evidenciaram a associação existente entre o TAG e a II, preocupação e RE. Os presentes achados podem favorecer uma melhor compreensão do TAG, bem como impulsionar a continuidade de investigações sobre essa temática, especialmente a nível nacional, onde há uma lacuna significativa de pesquisas sobre esse transtorno em específico. Além disso, acredita-se que os resultados encontrados podem ajudar no direcionamento do trabalho de psicólogos e outros profissionais da saúde no cuidado aos pacientes que sofrem com ansiedade generalizada.

ANEXOS

Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal de Sergipe

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos você a participar de uma pesquisa intitulada “Modelo explicativo para o Transtorno de Ansiedade Generalizada: O papel mediador da regulação emocional e moderador do gênero frente à intolerância à incerteza e a preocupação”, cujo objetivo é ampliar o conhecimento científico e sanar a lacuna existente na literatura nacional acerca do tema. A aplicação será feita de forma online e sigilosa com duração estimada de 20 minutos. Os questionários da pesquisa serão identificados apenas por um código, sendo mantidas sob sigilo todas as suas informações. O conteúdo e os resultados do presente estudo serão divulgados em meio científico apenas de forma agrupada impossibilitando a sua identificação pessoal.

Sua participação não é obrigatória. Mesmo após concordar em aceitar, você pode fechar o navegador e, automaticamente, estará excluído da pesquisa. Este estudo apresenta risco considerado mínimo devido ao constrangimento frente à situação de responder às perguntas dos questionários. Caso ocorra este tipo de situação, os pesquisadores estarão preparados para oferecer o suporte necessário ao participante, bem como para encaminhá-lo a algum serviço de atendimento em Psicologia, o mais próximo a sua região de residência.

Esta pesquisa não trará nenhum benefício financeiro ou privilégios particulares por você estar participando. A sua participação nesta pesquisa não implica em despesas pessoais em qualquer fase do estudo, ou seja, NÃO haverá gastos por causa da participação na pesquisa. Os pesquisadores se comprometem a esclarecer devida e adequadamente qualquer dúvida que eventualmente você venha a ter. Caso você queira em qualquer fase da pesquisa se recusar a participar ou retirar seu consentimento, você terá toda liberdade de fazê-lo, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo. É importante que você guarde em seus registros o “print” dessa tela a fim de comprovar a sua participação nessa pesquisa.

A partir das informações obtidas com esta investigação científica, espera-se identificar os principais aspectos relacionados transtorno de ansiedade generalizada, assim como a ampliar o conhecimento acerca do tema estudado no Brasil. Direta e indiretamente, os dados da pesquisa possibilitarão maior eficácia na atuação de psicólogos e outros profissionais de saúde, objetivando o bem-estar dessa população.

A pesquisadora responsável pela pesquisa é Michelle de Farias Leite, mestranda em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe, sob orientação do Profº Dr. André Faro, professor Adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe. Você pode entrar em contato com os pesquisadores pelo número (79) 999564978 e e-mail: michelleufs@gmail.com. Para esclarecer dúvidas sobre os seus direitos como participante da pesquisa, fazer denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe - CEP/UFS pelo número (79) 3194-7056.

Caso o participante necessite de assistência gratuita, a seguir é apontado o contato do serviço de atendimento em Psicologia – Sergipe (79 99940-2220 spae.ufs@gmail.com). Em caso de dúvidas ou mais informações, você pode entrar em contato com algum dos pesquisadores pelo contato michelle.leite95@hotmail.com

☐ Li e concordo em participar da pesquisa/clico em participar desta pesquisa.

**Anexo 2: Escala de Intolerância à Incerteza, versão reduzida [Intolerance of Uncertainty
Scale, Short Form (IUS-12)]**

Não é característico	Um pouco característico	Razoavelmente característico	Bastante característico	Totalmente característico	
1	2	3	4	5	
1. Eventos imprevistos me aborrecem muito	1	2	3	4	5
2. Me frustra não ter todas as informações que preciso	1	2	3	4	5
3. Deve-se sempre olhar para a frente de modo a evitar surpresas	1	2	3	4	5
4. Um evento pequeno e imprevisto pode estragar tudo, mesmo com o melhor do planejamento.	1	2	3	4	5
5. Eu sempre quero saber o que o futuro tem reservado para mim	1	2	3	4	5
6. Não suporto ser pego de surpresa.	1	2	3	4	5
7. Eu deveria ser capaz de organizar tudo com antecedência.	1	2	3	4	5
8. A incerteza me impede de viver uma vida plena.	1	2	3	4	5
9. Quando é hora de agir, a incerteza me paralisa	1	2	3	4	5
10. Quando estou incerto, não posso funcionar muito bem.	1	2	3	4	5
11. A menor dúvida pode me impedir de atuar	1	2	3	4	5
12. Devo me afastar de todas as situações incertas.	1	2	3	4	5

Anexo 3: Escala Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo?
(Marque sua resposta com “x”)

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3

Anexo 4: Questionário Sociodemográfico e clínico

1. Idade (em anos): _____
2. Gênero: () Masculino () Feminino () Outros
3. Em que cidade e estado você reside? (Ex. Aracaju/Sergipe): _____
4. Escolaridade: () Ensino fundamental (completo ou incompleto) () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Ensino Superior incompleto () Ensino superior completo
5. Renda Familiar (em salários): _____
6. Já recebeu diagnóstico de algum transtorno de ansiedade, por parte de psiquiatra ou psicóloga(o), em algum momento de sua vida? () Não () Sim. Qual? _____
7. Alguém em sua família já recebeu diagnóstico de algum transtorno de ansiedade? () Não () Sim. Quem? _____
8. Realiza tratamento psicológico ou psiquiátrico atualmente? () Não () Sim. Qual? _____
9. Faz uso de medicação psicotrópica? () Não () Sim. Qual? _____
10. Você está ou já foi infectado pela Covid-19? () Não () Sim. Em qual mês? _____
11. Em sua casa, há familiares que foram diagnosticados ou estão em estado de suspeita de contaminação pela Covid-19 atualmente? () Não () Sim () Moro sozinho
12. Você conhece alguém que morreu por causa da Covid-19? () Não () Sim. Quem? _____

Anexo 5: Aceite do projeto de pesquisa pelo comitê de ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Modelo explicativo para o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG): O papel mediador da regulação emocional e moderador do gênero frente à intolerância à incerteza e a preocupação

Pesquisador: MICHELLE DE FARIAS LEITE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43092720.1.0000.5546

Instituição Proponente: Universidade Federal de Sergipe

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.583.550

Continuação do Parecer: 4.583.550

Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_1677694.pdf	05/02/2021 19:06:17		Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_e_confidencialidade_ufs_michelle.pdf	05/02/2021 19:04:06	MICHELLE DE FARIAS LEITE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_anuencia_existencia_infraestrutura_michelle.pdf	05/02/2021 19:00:06	MICHELLE DE FARIAS LEITE	Aceito
Cronograma	cronograma_execucao_pesquisa_Michelle_submissao.pdf	14/12/2020 15:07:03	MICHELLE DE FARIAS LEITE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_dissertacao_Michelle_submissao_cep.pdf	14/12/2020 15:05:20	MICHELLE DE FARIAS LEITE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1_e_2_submissao_cep.pdf	14/12/2020 15:01:58	MICHELLE DE FARIAS LEITE	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_Michelle_submissao_cep.pdf	14/12/2020 14:58:18	MICHELLE DE FARIAS LEITE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 10 de Março de 2021

Assinado por:
FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA
(Coordenador(a))

Anexo 6: Questionário de Preocupação do Estado da Pensilvânia [Penn State Worry

Questionnaire (PSWQ)]

Por favor, escreva o número que melhor representa o quanto cada afirmativa se adequa à sua forma de ser.

Não me adequo 1	Adequo-me pouco 2	Adequado 3	Muito adequado 4	Extremamente adequado 5
1. A falta de tempo para fazer todas as minhas coisas não me preocupa.				
2. Minhas preocupações me angustiam.				
3. Não costumo me preocupar com as coisas.				
4. Muitas situações me causam preocupação.				
5. Eu sei que não deveria me preocupar com as coisas, mas não consigo me controlar.				
6. Quando me encontro sob pressão fico muito preocupado(a).				
7. Estou sempre preocupado(a) com algo.				
8. Desligo-me facilmente das minhas preocupações.				
9. Ao terminar uma tarefa, começo a me preocupar com as outras coisas que tenho para fazer.				
10. Nunca me preocupo com nada.				
11. Não me preocupo com algo, quando já não há mais nada a fazer.				
12. Tenho tido preocupações durante toda a minha vida.				
13. Noto que ando preocupado com as coisas.				
14. Uma vez que começo a me preocupar, não consigo parar.				
15. Fico preocupado o tempo todo.				
16. Preocupo-me com as coisas até que elas estejam concluídas.				

Anexo 7: Questionário de Regulação Emocional (QRE)

Gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre a sua vida emocional, em particular, como controla as suas emoções (isto é, como regula e gere). As questões abaixo envolvem duas situações diferentes sobre sua vida emocional. A primeira refere-se a sua experiência emocional, isto é, o modo como se sente. A segunda se refere a expressão emocional, ou seja, a forma como demonstra as suas emoções, ao falar, gesticular ou atuar. Apesar de algumas questões parecerem semelhantes, diferem em importantes aspectos. A cada item, por favor, marque o número que melhor representa a sua resposta.

1	2	3	4	5	6	7	
Discordo totalmente	Discordo	Discordo um pouco	Não discordo nem concordo	Concordo um pouco	Concordo	Concordo totalmente	
1. Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou contentamento), mudo o que estou pensando.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu conservo as minhas emoções para mim.	1	2	3	4	5	6	7
3. Quando quero sentir menos emoções negativas (como tristeza ou raiva) mudo o que estou pensando.	1	2	3	4	5	6	7
4. Quando estou sentindo emoções positivas, tenho cuidado para não expressá-las.	1	2	3	4	5	6	7
5. Quando estou perante a uma situação estressante, procuro pensar de uma forma que me ajude a ficar calmo.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu controlo as minhas emoções não as expressando.	1	2	3	4	5	6	7
7. Quando quero sentir mais emoções positivas, eu mudo o que estou pensando em relação à situação.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu controlo as minhas emoções modificando a forma de pensar sobre a situação em que me encontro.	1	2	3	4	5	6	7
9. Quando estou sentindo emoções negativas, tento não expressá-las.	1	2	3	4	5	6	7
10. Quando eu quero sentir menos emoções negativas, mudo a forma como estou pensando em relação à situação.	1	2	3	4	5	6	7

**Anexo 8: Escala de Dificuldades de Regulação Emocional [Difficulties in Emotion
Regulation Scale (DERS-16)]**

Por favor, indique a frequência que as frases a seguir se aplicam a você, marcando o número apropriado conforme a escala abaixo:

1	2	3	4	5
Quase nunca	Algumas vezes	Cerca da metade do tempo	A maior parte do tempo	Quase sempre
1. Tenho dificuldade em entender os meus sentimentos.				
2. Sinto-me confuso (a) com a forma como me sinto.				
3. Quando estou chateado (a), tenho dificuldade em completar tarefas.				
4. Quando estou chateado (a), fico descontrolado (a).				
5. Quando estou chateado (a), acredito que vou continuar assim por muito tempo.				
6. Quando estou chateado (a), acredito que vou acabar ficando muito deprimido (a).				
7. Quando estou chateado (a), tenho dificuldade em focar a minha atenção em outras coisas.				
8. Quando estou chateado (a), sinto-me descontrolado (a).				
9. Quando estou chateado (a), sinto-me envergonhado (a) por me sentir assim.				
10. Quando estou chateado (a), sinto-me como se eu fosse fraco (a).				
11. Quando estou chateado (a), tenho dificuldades em controlar os meus comportamentos.				
12. Quando estou chateado (a), acredito que não há nada que possa fazer para me sentir melhor.				
13. Quando estou chateado (a), fico irritado (a) comigo mesmo (a) por me sentir assim.				
14. Quando estou chateado (a), começo a me sentir mal comigo mesmo (a).				
15. Quando estou chateado (a), tenho dificuldade em pensar em qualquer outra coisa.				
16. Quando estou chateado (a), minhas emoções são muito intensas.				