

Alexandre José Raad



**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE
AUTORREGULAÇÃO EMOCIONAL VERSÃO ADULTO (EARE-
A) EM CONTEXTO CLÍNICO E UNIVERSITÁRIO**

Apoio:

**O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de
Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código
de Financiamento 001**



CAMPINAS

2019

Alexandre José Raad

**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE
AUTORREGULAÇÃO EMOCIONAL VERSÃO ADULTO (EARE-
A) EM CONTEXTO CLÍNICO E UNIVERSITÁRIO**

Tese de doutorado em desenvolvimento apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco, Área de Concentração - Avaliação Psicológica, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista

CAMPINAS 2019

157.93
R111p Raad, Alexandre José.
Propriedades psicométricas da Escala de Autorregulação Emocional versão adulto (EARE-A) em contexto clínico e universitário / Alexandre José Raad. – Campinas, 2019.
121 p.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco.
Orientação de: Makilim Nunes Baptista.

1. Autorregulação emocional. 2. Avaliação psicológica. 3. Emoção. 4. Depressão. I. Baptista, Makilim Nunes. II. Título.



UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
EM PSICOLOGIA

Alexandre José Raad defendeu a tese "PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE AUTORREGULAÇÃO EMOCIONAL VERSÃO ADULTO (EARE-A) EM CONTEXTO CLÍNICO E UNIVERSITÁRIO" aprovado pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco em 23 de agosto de 2019 pela Banca Examinadora constituída por:

Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista
Presidente

Profa. Dra. Sandra Leal Galais
Examinadora

Prof. Dr. Hugo Ferrari Cardoso
Examinador

Profa. Dra. Ana Paula Porto Noronha
Examinadora

Prof. Dr. Felipe Valentini
Examinador

AGRADECIMENTOS

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”
Antoine de Saint-Exupéry

Desejo exprimir os meus agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, permitiram que esta tese se concretizasse.

Agradeço a Deus, pelo dom da vida, da saúde e da capacidade, mantenedores dos nossos sonhos, projetos e realizações.

Agradeço especialmente ao meu orientador Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista, por sua dedicação, cuidado e preciosos ensinamentos, que me fizeram nutrir profunda admiração e respeito.

Aos meus pais Eghnatios e Therezinha, pela oportunidade e incentivo aos estudos, pelo apoio incondicional e valores morais que nortearam toda minha existência.

Agradeço ao meu irmão Lincoln, cuja distância física e o longo tempo de ausência não são capazes de diminuir minha admiração, gratidão e amor, a Deus toda glória por esse presente inestimável, e a minha cunhada Mércia, pelo carinho e cuidado nas minhas horas de tormento.

A minha esposa Gisele, pelo companheirismo, cuidado e paciência por tanta ausência e por sempre acreditar em mim. Palavras não traduzem meu amor e agradecimento.

A minha avó Nazur (in memoriam), um anjo que passou por minha família e deixou marcas indeléveis na minha vida; e ao meu tio Antônio Orlando Abdo (in memoriam), minha fonte de inspiração.

Aos meus professores, que sabiamente conduziram meus passos com seus ensinamentos e cuidado com minha formação, são exemplos de competência, seriedade, comprometimento e humildade.

Agradeço aos meus companheiros de turma especialmente a Jasiele, sempre prestativa e amável.

Aos meus colegas da Universidade Tiradentes que se dispuseram a me ajudar na coleta de dados, muitas vezes sobrecarregando seu já duro trabalho.

Agradecimento especial a Prof^{ra}. Dr^a Livia Melo que, com sua expertise dentre tantas outras coisas me ajudou nas infinitas burocracias do Conselho de Ética.

À assistente acadêmica do curso de psicologia da UNIT, Lycia que por diversas vezes me ajudou nos tramites burocráticos que toda pesquisa enseja e a aluna de IC Ingrid Monalise pelo hercúleo trabalho de tabulação dos dados que a ocupou por muitos dias, numa demonstração de carinho e dedicação.

À minha colega Paloma Barreto, que se dispôs a me ajudar na coleta de dados do grupo clinico, muitas vezes tendo que se deslocar de sua cidade, numa demonstração de amizade afeto.

As secretárias do departamento de Pós-Graduação Stricto Sensu da USF, Ana Lucia Pereira da Silva e Monique Pereira Lucianeti Silva, por sua disponibilidade e ajuda.

Ao querido Prof. Dr. Fabian Javier Marin Rueda, meu grande amigo e incentivador para enfrentar o desafio de um curso de doutoramento e apoio incondicional durante meu percurso.

Ao colega e amigo Prof. Dr. Diogo DeSouza, que se dispôs a ficar tantas e tantas vezes ao meu lado, ajudando, orientando e incentivando.

Aos meus filhos Maurício e Júlia e aos meus sobrinhos Daniel e Ivan, pelo carinho, apoio e torcida para que tudo desse certo.

Ao meu primo e amigo Renato Abdo, sempre alegre e disposto a ajudar em tudo, em qualquer hora, mesmo sem saber, aliviou com seu acolhimento e carinho às muitas vezes que o cansaço das viagens infinitas do nordeste para SP me abrasava.

À CAPES pela concessão da bolsa de doutorado, importante suporte financeiro para realização dessa pesquisa.

RESUMO

Raad, A. J. (2019). *Propriedades psicométricas da escala de autorregulação emocional versão adulto (EARE-A) em contexto clínico e universitário*. Tese de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Campinas.

Diferentes emoções como alegria, tristeza, raiva, medo e ansiedade auxiliam na escolha de respostas adaptativas para enfrentar dificuldades na vida. Este processo de escolha envolve compreender, equilibrar e decidir qual a melhor maneira de expressar emoções e lidar com elas em diversas situações. Dificuldades na autorregulação emocional estão presentes em vários momentos da vida, podendo causar uma série de infortúnios, como problemas pessoais, familiares, profissionais e sociais. Disponibilizar um instrumento que ofereça escores válidos e confiáveis que auxilie na avaliação das estratégias e características da autorregulação emocional relativas à tristeza oferece uma contribuição importante para a avaliação psicológica. Assim, esta pesquisa investigou as propriedades psicométricas de uma escala para avaliação de autorregulação emocional em adultos. Participaram do estudo 632 universitários recrutados por conveniência em uma instituição de ensino superior do Estado de Sergipe e 80 participantes clínicos com hipótese diagnóstica primária de depressão recrutados por conveniência nos serviços públicos e particulares de saúde mental do Estado. Os participantes possuíam entre 18 e 65 anos, de ambos os sexos, diferentes níveis de escolaridade e socioeconômicos. Foram utilizadas a Escala de Autorregulação Emocional Versão Adulto (EARE-A), Escala Baptista de Depressão Versão Adulto, Inventário de Percepção de Suporte Familiar e Escala de Percepção do Suporte Social Versão Adulto. Inicialmente, o número de fatores da EARE-A foi testado a partir do método de análise paralela, tendo ambos sugerido o número ideal de três fatores. Na sequência, foram realizadas análises fatoriais exploratória (AFE) e confirmatória (AFC) no programa Mplus, utilizando-se método de estimação *Weighted Least Squares Means and Variance Adjusted* a partir do modelo de três fatores e de quatro fatores, encontrados na primeira análise de estrutura interna da EARE-A. A AFC demonstrou índices de ajuste adequados tanto para o modelo de três fatores da AFE (CFI=0,957; TLI=0,954 e RMSEA=0,057) e índices mais bem ajustados para o modelo de quatro fatores (CFI=0,964; TLI=0,961 e RMSEA=0,052), o qual foi adotado no decorrer das outras análises. A confiabilidade da EARE-A foi testada pelo coeficiente de confiabilidade composta (CC), apresentando bons resultados para os todos os fatores no modelo de três fatores ($0,863 \leq CC \leq 0,944$) e de quatro fatores ($0,863 \leq CC \leq 0,952$). Para a investigação da validade de grupos critério, foram realizadas análises de variância comparando os escores da EARE-A entre as amostras universitária e clínica, tendo a amostra clínica apresentando escores mais baixos no uso de estratégias adequadas de enfrentamento em todos os fatores. Em seguida, os escores dos demais instrumentos foram correlacionados com os escores da EARE-A. Os escores de estratégias adaptativas de autorregulação emocional se correlacionaram de forma significativa positiva com os escores de suporte familiar e social, e de forma significativa negativa com os escores de depressão. Por fim, os resultados das análises de regressão linear indicaram que, em um modelo considerando todos os instrumentos utilizados, o escore total de autorregulação emocional foi um preditor do desfecho de sintomas depressivos com força de associação moderada ($\beta = -0,45$; $p < 0,001$).

Palavras-chave: autorregulação emocional, avaliação psicológica, emoção, depressão.

ABSTRACT

Raad, A. J. (2019). *Psychometric proprieties of the Escala de Autorregulação Emocional version Adulto (EARE-A) in clinic and college context*. Doctoral thesis, Post-Graduate Program in Psychology, Universidade São Francisco, Campinas.

Different emotions such as joy, sadness, anger, fear and anxiety help in choosing adaptive responses to face difficulties in life. This process of choice involves understanding, balancing, and deciding how best to express emotions and deal with them in a variety of situations. Difficulties in emotional self-regulation are present at various times in life, and can cause a number of misfortunes, such as personal, family, professional and social problems. Providing a valid and reliable tool that assists in evaluating the strategies and characteristics of emotional self-regulation related to sadness offers an important contribution to psychological assessment. Thus, this research investigated the psychometric properties of a scale for assessing emotional self-regulation in adults. The study enrolled 632 university students recruited for convenience in a higher education institution in the State of Sergipe and 80 clinical participants with a primary diagnosis of depression recruited for convenience in the public and private mental health services of the State. The participants had between 18 and 65 years old, of both sexes, different levels of schooling and socioeconomic. The Adult Emotional Self-Regulation Scale (EARE-A), the Baptist Adult Depression Scale, the Family Support Perception Inventory, and the Social Support Perception Scale Adult Version were used. Initially, the number of EARE-A factors was tested from the parallel analysis method, both of which suggested the ideal number of three factors. Afterwards, exploratory (AFE) and confirmatory (AFC) factorial analyzes were performed in the Mplus program, using the Weighted Least Squares Means and Variance Adjusted method from the three factors model and four factors found in the first analysis of structure of ERARE-A. AFC demonstrated adequate adjustment indices for both AFE three-factor model (CFI = 0.957, TLI = 0.954 and RMSEA = 0.057) and better adjusted indices for the four-factor model (CFI = 0.964, TLI = 0.961 and RMSEA = 0.052), which was adopted in the course of the other analyzes. The reliability of EARE-A was tested by the composite reliability coefficient (CC), with good results for all factors in the three-factor model ($0.863 \leq CC \leq 0.944$) and four factors ($0.863 \leq CC \leq 0.952$). In order to investigate the validity of criteria groups, analyzes of variance were performed comparing EARE-A scores between the university and clinical samples, with the clinical sample presenting lower scores in the use of appropriate coping strategies in all factors. Then, the scores of the other instruments were correlated with the EARE-A scores. The scores of adaptive strategies of emotional self-regulation correlated significantly positively with the family and social support scores, and significantly negative with the scores of depression. Finally, the results of the linear regression analysis indicated that in a model considering all the instruments used, the total score of emotional self-regulation was a predictor of the outcome of depressive symptoms with moderate association strength ($\beta = -0.45$; $p < 0.001$).

Key words: emotional self-regulation, psychological evaluation, emotion, depression.

RESUMEN

Raad, A. J. (2019). *Propiedades psicométricas de la Escala de Autorregulação Emocional versión Adulto (EARE-A) en contexto clínico y universitario*. Tesis Doctoral, Programa de postgrado en Psicología, Universidade São Francisco, Campinas.

Diferentes emociones como alegría, tristeza, rabia, miedo y ansiedad ayudan en la elección de respuestas adaptativas para enfrentar dificultades en la vida. Este proceso de elección implica comprender, equilibrar y decidir cuál es la mejor manera de expresar emociones y tratar con ellas en diversas situaciones. Dificultades en la autorregulación emocional están presentes en varios momentos de la vida, pudiendo causar una serie de desgracias, como problemas personales, familiares, profesionales y sociales. Ofrecer un instrumento válido y confiable que ayude en la evaluación de las estrategias y características de la autorregulación emocional relativas a la tristeza, ofrece una contribución importante a la evaluación psicológica. Así, esta investigación investigó las propiedades psicométricas de una escala para la evaluación de autorregulación emocional en adultos. Participaron del estudio 632 universitarios reclutados por conveniencia en una institución de enseñanza superior del Estado de Sergipe y 80 participantes clínicos con hipótesis diagnósticas primarias de depresión reclutados por conveniencia en los servicios públicos y particulares de salud mental del Estado. Los participantes tenían entre 18 y 65 años, de ambos sexos, diferentes niveles de escolaridad y socioeconómicos. Se utilizó la Escala de Autorregulación Emocional Versión Adulto (EARE-A), Escala Baptista de Depresión Versión Adulto, Inventario de Percepción de Soporte Familiar y Escala de Percepción del Soporte Social Versión Adulto. Inicialmente, el número de factores de EARE-A fue probado a partir del método de análisis paralelo, ambos sugirieron el número ideal de tres factores. En consecuencia, se realizaron análisis factoriales exploratorios (AFE) y confirmatorios (AFC) en el programa Mplus, utilizando el método de estimación de la ponderación ponderada de los niveles de riesgo y de variación del modelo de tres factores y de cuatro factores, estructura interna de EARE-A. La AFC demostró índices de ajuste adecuados tanto para el modelo de tres factores de la AFE (CFI = 0,957, TLI = 0,954 y RMSEA = 0,057) e índices mejor ajustados para el modelo de cuatro factores (CFI = 0,964, TLI = 0,961 y RMSEA = 0,052), el cual fue adoptado en el transcurso de los otros análisis. La confiabilidad de EARE-A fue probada por el coeficiente de confiabilidad compuesta (CC), presentando buenos resultados para todos los factores en el modelo de tres factores ($0,863 \leq CC \leq 0,944$) y de cuatro factores ($0,863 \leq CC \leq 0,952$). Para la investigación de la validez de grupos criterio, se realizaron análisis de varianza comparando los scores de la EARE-A entre las muestras universitaria y clínica, teniendo la muestra clínica presentando scores más bajos en el uso de estrategias adecuadas de enfrentamiento en todos los factores. A continuación, los scores de los demás instrumentos se correlacionaron con los scores de EARE-A. Los scores de estrategias adaptativas de autorregulación emocional se correlacionaron de forma significativa positiva con los scores de soporte familiar y social, y de forma significativa negativa con los scores de depresión. Por último, los resultados de los análisis de regresión lineal indicaron que, en un modelo considerando todos los instrumentos utilizados, la puntuación total de autorregulación emocional fue un predictor del desenlace de síntomas depresivos con fuerza de asociación moderada ($\beta = -0,45$; $p < 0,001$).

Palabras clave: autorregulación emocional, evaluación psicológica, emoción, depresión.

SUMÁRIO

RESUMO	vii
LISTA DE TABELAS.....	xii
APRESENTAÇÃO.....	3
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
1.1 EMOÇÕES.....	5
1.2 AUTORREGULAÇÃO EMOCIONAL.....	9
1.3 DEPRESSÃO.....	20
1.4 SUPORTE SOCIAL.....	28
1.5 SUPORTE FAMILIAR.....	32
2 OBJETIVOS.....	37
2.1 OBJETIVO GERAL.....	37
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
3. HIPÓTESES	38
3 MÉTODO.....	40
3.1 PARTICIPANTES	40
3.1.1 Amostra Clínica	40
3.1.2 Amostra Universitária	40
3.2 INSTRUMENTOS	41
3.2.1 Questionário de Identificação	41
3.2.2 Escala de Autorregulação Emocional Versão Adulto (EARE-A; Anexo B) (Noronha et al., 2018).....	41
3.2.3 Escala Baptista de Depressão Versão Adulto (EBADEP-A) (Baptista, 2012)	42
3.2.4 Escala de Percepção do Suporte Social Versão Adulto (EPSUS-A) (Cardoso & Baptista, 2016).....	42
3.2.5 Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) (Baptista, 2010).....	43

3.3 PROCEDIMENTOS	44
3.4 ANÁLISE DE DADOS	44
4. RESULTADOS.....	48
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	89
ANEXO 1	105
ANEXO 2	107

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Análise descritiva de caracterização sociodemográfica e clínica da amostra.....	49
Tabela 2. Categorias normativas dos escores nos instrumentos de depressão, percepção de suporte familiar e percepção do suporte social.....	52
Tabela 3. Índices de ajuste dos modelos testados por Análises Fatoriais Exploratória e Confirmatória para a Escala de Autorregulação Emocional Versão Adulto (EARE-A).....	54
Tabela 4. Distribuição dos itens e cargas fatoriais do modelo de três fatores extraído por Análise Fatorial Exploratória para a Escala de Autorregulação Emocional Versão Adulto (EARE-A).....	55
Tabela 5. Cargas fatoriais dos itens no modelo de três fatores testado por Análise Fatorial Confirmatória para a Escala de Autorregulação Emocional Versão Adulto (EARE-A).....	57
Tabela 6. Cargas fatoriais dos itens no modelo de quatro fatores testado por Análise Fatorial Confirmatória para a Escala de Autorregulação Emocional Versão Adulto (EARE-A).....	58
Tabela 7. Comparação entre as amostras universitária e clínica para os escores de sintomas depressivos, percepção de suporte familiar, percepção do suporte social e autorregulação emocional	60
Tabela 8. Comparação entre participantes com e sem diagnóstico de depressão para os escores de sintomas depressivos, percepção de suporte familiar, percepção do suporte social e autorregulação emocional.....	61
Tabela 9. Comparação entre participantes com e sem histórico de tentativa de suicídio para os escores de sintomas depressivos, percepção de suporte familiar, percepção do suporte social e autorregulação emocional.....	62
Tabela 10. Comparação entre homens e mulheres para os escores de sintomas depressivos, percepção de suporte familiar, percepção do suporte social e autorregulação emocional	63

Tabela 11. Comparação entre participantes que fazem e não fazem uso de medicação para os escores de sintomas depressivos, percepção de suporte familiar, percepção do suporte social e autorregulação emocional.....	64
Tabela 12. Comparação entre participantes com e sem histórico de tentativa de suicídio na família para os escores de sintomas depressivos, percepção de suporte familiar, percepção do suporte social e autorregulação emocional.....	65
Tabela 13. Comparação entre participantes com e sem histórico de familiar com depressão no passado para os escores de sintomas depressivos, percepção de suporte familiar, percepção do suporte social e autorregulação emocional.....	66
Tabela 14. Comparação entre participantes que estão e não estão envolvidos em um relacionamento amoroso para os escores de sintomas depressivos, percepção de suporte familiar, percepção do suporte social e autorregulação emocional.....	67
Tabela 15. Correlações entre idade, escolaridade, sintomas depressivos, percepção de suporte familiar e social e autorregulação emocional.....	69
Tabela 16. Regressão Linear com Desfecho ‘Sintomas Depressivos’ e Preditores Escores Totais e dos Fatores de Suporte Familiar, Suporte Social e Autorregulação Emocional.....	70
Tabela 17. Regressão Linear com Desfecho ‘Sintomas Depressivos’ e Preditores Escores Totais de Suporte Familiar, Suporte Social e Autorregulação Emocional.....	71
Tabela 18. Regressão Linear com Desfecho ‘Autorregulação Emocional’ e Preditores Escores Totais e dos Fatores de Suporte Familiar e Suporte Social e Escore Total de Sintomas Depressivos.....	72
Tabela 19. Regressão Linear com Desfecho ‘Autorregulação Emocional’ e Preditores Escores Totais de Suporte Familiar, Suporte Social e Sintomas Depressivos.....	73
Tabela 20. Regressão Linear com Desfecho ‘Autorregulação Emocional’ e Preditores Escores Totais de Suporte Familiar, Suporte Social e Sintomas Depressivos, Características Sociodemográficas e Clínicas.....	74

APRESENTAÇÃO

O estudo das emoções mostra-se importante devido à necessidade cada vez maior de compreensão e de controle das atuais psicopatologias associadas ao aspecto emocional, que apontam para emoção numa interação relacional humana, ou seja, das emoções como processo adaptativo da pessoa ao ambiente, bem como um processo adaptativo do homem aos contextos dinâmicos sociais. Neste sentido, as emoções constituem parte essencial da vivências das pessoas (Silvestre & Vandenberghe, 2013).

Autores como Gross (1998) e Maes e Gebhardt (2005) entendem que a autorregulação emocional é a capacidade de o indivíduo experienciar, influenciar e expressar suas emoções. O processo de autorregulação emocional desempenha importante papel na promoção de comportamentos saudáveis, pois a forma como um indivíduo experiencia suas emoções pode interferir no seu comportamento, bem como nas emoções e comportamentos daqueles com quem ele se relacionam.

Entende-se que avaliar os parâmetros psicométricos de validade e confiabilidade de um instrumento criado para auxiliar na avaliação das estratégias e características da autorregulação emocional pode ser uma contribuição importante para a avaliação psicológica. A Escala de Autorregulação Emocional – Versão Adulto (EARE-A) foi desenvolvida no País e cobre uma lacuna, pois não foi encontrado nenhum instrumento autóctone semelhante em uso no Brasil. Com a avaliação da adequação psicométrica de tal escala, espera-se poder disponibilizar um instrumento para avaliar estratégias e características de autorregulação emocional, especificamente relacionada à tristeza do respondente.

Este trabalho é composto por uma fundamentação teórica, que visa contextualizar os principais construtos deste estudo, e, para tanto, ela é dividida em cinco tópicos. No primeiro,

são abordadas as emoções, apresentando a sua teoria e as suas diversas definições. No segundo, é apresentado o conceito de autorregulação emocional, no qual se descrevem seus mecanismos e estratégias, e é apresentada a escala de autorregulação emocional. No terceiro, descreve-se a depressão, sua prevalência, fatores de risco e a investigação sobre o papel da autorregulação emocional nesse transtorno. O quarto tópico versa-se sobre o suporte social que é entendido como um conceito multidimensional e capaz de proteger e promover a saúde, e sua relação com a autorregulação emocional. No quinto tópico, apresenta o suporte familiar e suas várias formas de apresentação na literatura e sua relação com a autorregulação emocional. O método é composto por um estudo com duas amostras, sendo uma clínica com diagnóstico ou hipótese diagnóstica de depressão e outra, universitária. Em ambas as amostras e etapas são apresentados os participantes, instrumentos que foram aplicados, procedimentos utilizados e a análise de dados, bem como a discussão, incluindo as principais limitações do estudo e sugestões para estudos futuros. Por fim, seguem as referências usadas na elaboração deste trabalho e o apêndice e anexo.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 EMOÇÕES

As emoções são vistas como tendo evoluído por meio de seu valor adaptativo ao lidar com as tarefas vitais e detêm características únicas, compartilhadas entre todas as emoções básicas, como, por exemplo, fisiologia, relação com eventos antecedentes, início rápido, curta duração, ocorrência espontânea e avaliação automática, expressões na fisionomia e na voz. Essas características compartilhadas e únicas são produto da evolução e distinguem emoções de outros fenômenos afetivos. O autor relata que as emoções são projetadas para lidar com eventos intra-organismo e encontros entre pessoas ou entre pessoas e outros animais. Diferentes emoções como alegria, tristeza, raiva e medo auxiliam na escolha de respostas adaptativas para enfrentar as dificuldades da vida (Leahy, Tirch & Napolitano, 2013). Assim, salienta-se que as emoções podem ocorrer e ocorrem também quando o indivíduo não se encontra na presença de outros, e não se refere necessariamente às outras pessoas. Por exemplo, é possível experimentar reações emocionais ao trovão, música, atividade autoerótica, entre outros (Ekman, 1992).

Ainda segundo o mesmo autor, existem seis emoções básicas inatas a todos os seres humanos e transversais a todas as culturas do mundo. Todos os seres humanos são capazes de expressar em suas faces essas seis emoções, bem como capazes de entender o que significam: Tristeza, Medo, Surpresa, Nojo, Raiva e Alegria. Para o autor, essas emoções são reações automáticas presentes como reações que o indivíduo demonstra quando face a estímulos externos ou internos. O autor afirma que é possível exercer algum controle sobre o modo como tais emoções são expressas e, neste sentido, a cultura na qual o indivíduo foi criado tem importante significado, pois intervém no quanto é considerado permitido ou devido expressar, de que modo a entender se a expressão daquela emoção é adequada ou inadequada ao momento. Entretanto, a reação instantânea é incontrolável e as pessoas têm que ser treinadas (ainda que

não percebam) a como esconder, disfarçar ou modular o que estão sentindo. Cada emoção também gera um padrão único de sensações no corpo. Ao se familiarizar com as emoções que geram sensações o indivíduo pode ficar ciente do tipo de resposta emocional que exhibe antes de experimentá-la, a fim de ter alguma chance de escolher se conserva a emoção ou se interfere na sua expressão.

De acordo com Gross (2008), as emoções são evocadas por contingências que exigem atenção, têm um significado particular para o indivíduo e deflagram um conjunto de respostas programadas em redes neurais ou armazenadas em esquemas mentais. Assim sendo, a emoção pode ser vista como um programa engatilhado por um evento em que informações passam por um processamento automático. Uma tendência geral na literatura empírica sobre emoções foi representada pelo modelo cognitivo de Leventhal (1982) e pelo modelo neurofisiológico de Lang (1978), ambos utilizados amplamente durante o final do século XX.

Leventhal (1982) alega, em seu modelo, que um esquema emocional é uma estrutura da memória que organiza e guia o processamento de novas informações e a recuperação das informações armazenadas durante vivências anteriores. A vivência de uma emoção é entendida como o efeito da ativação de tal esquema por informação subjetivamente relevante em função das necessidades, dos objetivos e das suposições da pessoa. Os experimentos de Lang (1978) demonstram que as emoções são compostas de três dimensões: 1) respostas fisiológicas, neuro-hormonais, musculares e outras; 2) sentidos sustentados pela língua; e 3) tendências de ação. Essas dimensões são interligados em redes neurais que organizam as informações que constituem cada emoção.

Gross (2008) adiciona uma crítica a este modelo típico descrito (tanto na sua versão neurofisiológica, quanto na cognitiva), por apresentar a emoção como um processo retilíneo e mecânico. O autor entende que a vivência emocional não apresenta a rigidez dos modelos descritos, pois são flexíveis e sujeita a intencionalidade envolvendo sistemas de resposta

coordenados e maleáveis. Entretanto, apesar da discordância aqui mencionada, há um consenso entre os pesquisadores deste assunto (Gross, 2008; Lang, 1978; Leventhal, 1982) de que cada emoção inclui uma tendência à ação. Exemplos: geralmente fugir a uma situação está relacionado a medo, ou se livrar de algo aversivo e, podendo, a depender das circunstâncias, lançar-se ao ataque ou à ira. O presente trabalho segue este consenso para o entendimento das emoções e do processo de autorregulação emocional, este último descrito detalhadamente mais adiante.

Ainda acerca dos estudos teóricos sobre o desenvolvimento das emoções humanas, no trabalho de Oliva et al. (2006), é possível destacar e interligar dois aspectos relacionados às emoções humanas. O primeiro aspecto defende que a compreensão evolucionista da mente humana, em termos de sua arquitetura, ancora-se na plasticidade e na especificidade dos sistemas neurais, entendidos como complementares e desempenhando funções distintas em variados momentos do desenvolvimento ontogenético e filogenético, necessitando, portanto, da sua integração para a garantia da sua existência. Entende-se por desenvolvimento ontogenético o processo evolutivo acerca das alterações biológicas sofridas pelo indivíduo, desde o seu nascimento, até seu desenvolvimento final. E por desenvolvimento filogenético, grupo irreduzível de organismos, diagnosticavelmente diferente de outros grupos, e intimamente ligado a um modelo parental de ancestralidade e descendência.

O segundo aspecto alicersa-se, também, em dois pilares: a razão e a emoção. Observa-se nos apontamentos de Oliva et al. (2006) que razão e emoção, tal qual plasticidade e especificidade, devem ser entendidas como complementares. Assim, considera-se que as avaliações e tomadas de decisões da nossa espécie demonstram depender de mecanismos corticais e também de mecanismos subcorticais, sendo que muitos deles, ocorrendo em níveis inconscientes. Os autores afirmam que é razoável pensar que a forma final da arquitetura mental

humana é resultado de intrincadas interações que estão a demandar muitas investigações empíricas para que hipóteses explicativas sejam aventadas e testadas.

O termo emoção não é discutido apenas na atualidade. Ele permeia historicamente a filosofia ocidental. Pensadores como Platão se utilizavam de metáforas para explicar esse campo. No cerne imaginativo de Platão, ele apresenta uma metáfora em que a alma humana se assemelha a um cocheiro, que representaria a razão humana, conduzindo dois cavalos, um dos quais é mais fácil de dominar enquanto o outro apresenta perigos, que representariam ambos as emoções humanas. Outros filósofos, a exemplo de Epíteto, Cícero e Sêneca, já alertavam sobre as emoções como experiências que poderiam causar prejuízo ao raciocínio, função essa que é entendida como o controle de decisões (Leahy et al., 2013).

Diante das ideias mencionadas sobre as emoções, é imprescindível conceituar o termo autorregulação emocional, bem como sua contrapartida, a desregulação emocional. O que viria a ser regulação emocional? A literatura apresenta ideias dos autores já mencionados. A perspectiva teórica trazida por Leahy et al. (2013) quanto à autorregulação emocional está atrelada à desregulação da mesma, pois a forma como o indivíduo age diante de fatores estressores implicará o equilíbrio ou desequilíbrio de seu quadro emocional. Sendo assim, a definição dada pelo autor para o termo desregulação emocional é compreendida como a dificuldade ou incapacidade de controlar as experiências que exigem o processamento adequado dos fatores emocionais.

Assim, as diferentes emoções, sejam básicas, como alegria, tristeza, raiva ou medo, ou secundárias, como ansiedade ou euforia são úteis na vida das pessoas, na medida em que auxiliam na escolha de respostas adaptativas para enfrentar as dificuldades da vida. O processo

de escolha que envolve compreender, equilibrar e decidir de que maneira expressar emoções e lidar com elas é denominado autorregulação emocional¹ (Santana & Gondim, 2016).

1.2 AUTORREGULAÇÃO EMOCIONAL

Para Gross (1998), a autorregulação emocional desempenha importante papel no processo de promoção de comportamentos saudáveis, pois, é por meio da autorregulação, que o indivíduo pode pesar os custos emocionais e de saúde, além dos benefícios da mudança de comportamento, considerando a percepção do próprio indivíduo acerca das suas capacidades. Conforme Greenberg (2004), atos de autorregulação demandam que a pessoa identifique seus estados afetivos desejáveis e se engaje em algum tipo de ação, pensamento ou comportamento para lidar, de forma adaptativa, com a experiência emocional momentânea. Gross e John (2003) acrescentam que autorregulação emocional pode deflagrar um ou mais componentes da resposta emocional, incluindo os sentimentos, os comportamentos e as respostas fisiológicas associadas às emoções, assim sendo, a reavaliação cognitiva é uma forma de mudança cognitiva que envolve a construção de uma situação potencialmente eliciadora de emoções de uma maneira que muda seu impacto emocional.

Gross (2008) alega, ainda, que não há passividade no indivíduo que está sentindo a emoção. Segundo o autor, o indivíduo direciona e maneja a emoção por meio de cinco famílias de autorregulação emocional: (i) seleção da situação, isto é, a pessoa procura entrar em situações (e evitar outras) que forneçam certa emoção; (ii) modificação da situação, a saber, o

¹ A literatura não é consensual quanto à terminologia, de modo que se encontra em trabalhos da área tanto o termo regulação emocional (Greenberg, 2004; Gross, 1998; Nelis, Quoidbach, Hansenne, & Mikolajczak, 2011) quanto o termo autorregulação emocional (Lopes, Salovey, Côté & Beers, 2005; Maes & Gebhardt, 2005). No presente trabalho será utilizado o termo autorregulação emocional, compreendendo-o enquanto sinônimo do termo regulação emocional.

indivíduo muda a situação que evoca a emoção; (iii) distribuição estratégica da atenção, isto é, consiste em mudar o foco para alterar o impacto emocional da situação, (iv) mudança cognitiva, por exemplo, elaborar o significado da situação, de modo que a vivência emocional seja alterada; e (v) modulação da resposta, em que o indivíduo reage de maneira diferente a uma emoção, resultando em uma vivência diferente. Assim sendo, essas estratégias de regulação, descritas por Gross (2008), demonstram que a emoção é interativa ou seja, as emoções influenciam a forma com o indivíduo se comporta e, este, por meio das estratégias de regulação, influencia de volta suas emoções.

Berking, Ebert, Cuijpers e Hofmann (2013) enfatizam que a autorregulação emocional consiste na habilidade de enfrentar, com sucesso, emoções aversivas associadas à manutenção ou supressão de situações eliciadoras de mudanças no estado emocional do indivíduo, envolvendo emoções como tristeza, raiva, medo, ansiedade, entre outras. Dessa forma, ela ajuda a manter o senso de controle em situações estressantes ou de grande tensão e, quando a pessoa dispõe de habilidades de regulação, estas ajudam a prevenir, reduzir e diminuir a intensidade e duração dos estados disfóricos, gerando maior conforto e equilíbrio emocional.

Segundo Nelis, Quoidbach, Hansenne e Mikolajczak (2011), a autorregulação emocional pode ser composta por meio de estratégias que visam aumentar as emoções positivas e estratégias que visam diminuir ou suprimir as emoções negativas, embora os estudos iniciais acerca da autorregulação emocional tenham tido como foco as emoções negativas. Para Southam-Gerow (2013), o seu âmbito de investigação foi ampliado para as emoções positivas, o que contribuiu para avanços em estudos com relação, por exemplo, às diferenças individuais. Quando a pessoa utiliza estratégias de autorregulação emocional, de forma ativa, para lidar com seus estados emocionais eliciados pelos mais diversos estímulos e causas, e modificá-los caso julgue necessário, fala-se em autorregulação emocional (Maes & Gebhardt, 2005).

Diferentes contextos de desenvolvimento, sociais e motivacionais, ao longo da vida, também podem modular objetivos de autorregulação emocional positiva. A maioria da literatura atual que examina a autorregulação emocional positiva tem sido conduzida em adultos jovens, amostras de faculdade e adultos de meia idade. Entretanto, outras faixas etárias, como a adolescência e idade adulta avançada, são também caracterizadas por mudanças na experiência emocional positiva e na regulação, e estudos com estas populações podem investigar como a autorregulação emocional se modifica ao longo da vida. Por exemplo, em contraste com os adolescentes, os adultos mais velhos experimentam uma emotividade positiva mais estável e de forma mais eficaz, bem como mantêm a emotividade positiva durante situações desagradáveis (Du Pont, Welker, Gilbert & Gruber, 2016; Voelkle, Ebner, Lindenbrg & Riedger, 2013).

De acordo com Lipp (2003), as dificuldades da vida, possuem representatividade diferente em cada faixa etária. Assim, é fundamental pensar em diferentes estratégias de autorregulação emocional que auxiliem o indivíduo a gerenciar melhor sua enfermidade/problema, levando em conta, dentre outras coisas, a faixa etária específica.

Todavia, ainda que específicas para cada faixa etária, as evidências empíricas acumuladas sugerem a existência de formas eficazes de autorregulação, em termos de consequências afetivas, que promovem o bem-estar subjetivo como, por exemplo, afetos positivos e afetos negativos (John & Gross, 2004; Santana & Gondim, 2016; Watson & Tellegen, 1985), o que torna importante a realização de mais estudos sobre estas relações. A regulação das emoções representa uma habilidade fundamental para a interação social, influenciando o comportamento e a expressão emocional (Mocaiber et al., 2008).

Santana e Gondim (2016) investigaram as relações entre dois modos de autorregulação emocional (ascendente - *up regulation* - e descendente - *down regulation*). Para isso, adotaram o modelo de Nelis et al. (2011). A *up regulation* visa a aumentar ou manter emoções positivas

em situações nas quais elas são ativadas, ao passo que a *down regulation* visa a diminuir a intensidade de emoções negativas, quando ativadas. A capacidade de regular as emoções positivas (*up regulation*) é de particular relevância para a adaptação e a saúde mental, pois fortalece a atenção, a cognição e a criatividade (Fredrickson & Losada, 2005), a qualidade das relações sociais (Lopes, Salovey, Côté & Beers, 2005) e o desempenho no trabalho (Quoidbach & Hansenne, 2009).

A desregulação se manifesta de duas formas: intensificação excessiva e desativação excessiva das emoções. O aumento da intensidade de uma emoção percebida pelo indivíduo e interpretada como indesejada, intrusiva ou opressora pode resultar em pânico, temor, terror ou senso de urgência, de forma que o indivíduo sinta-se sobrecarregado e com dificuldade de tolerar tais emoções (Leahy et al., 2013). Conforme descrito pelo autor, a diminuição das emoções pode estar associada à desativação excessiva das emoções, incluindo experiências dissociativas, como despersonalização e desrealização, cisão ou entorpecimento emocional em situações nas quais normalmente se esperaria que as emoções fossem sentidas em alguma intensidade ou magnitude. Dessa forma, a primeira relacionada à intensidade exacerbada na experiência emocional quando considerada a situação eliciadora da emoção, e a segunda relacionada à dificuldades ou ausência de sensação ou expressão das emoções quando necessárias. Em ambos os casos, o indivíduo pode sentir-se intolerante ou sobrecarregado para lidar com as suas emoções.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde mental significa a existência, em diversas áreas da vida da pessoa, de fatores como o bem estar subjetivo, assim como a capacidade de se autorregular emocionalmente (Dutra & Oliveira, 2015). Partindo deste conceito, saúde mental também implica a habilidade de administrar bem as emoções que experiencia, quando ocorre o contrário, ou seja, quando o indivíduo não apresenta condições

favoráveis e se destaca uma desregulação emocional, podendo haver assim comprometimento em sua saúde mental.

Conforme descrito por Baumeister, Schmeichel e Vohs (2007), a autorregulação ocorre quando indivíduos apresentam respostas mentais ou comportamentais, a fim de aumentar a probabilidade de alcançar objetivos importantes. Esse processo normalmente exige que os indivíduos tenham um objetivo consciente, avaliem o progresso da meta e se necessário, ajustem o comportamento de acordo com isso. Embora a maioria dos comportamentos possa ser vista como direcionada ao objetivo e regulada de alguma forma, o autocontrole tipicamente descreve tentativas conscientes e esforçadas de trazer o comportamento de alguém alinhado a objetivos importantes e, portanto, baseia-se em um sentimento de vontade consciente.

A autorregulação emocional tem sido reiteradamente definida na literatura como um construto com características multidimensionais (Gratz & Roemer, 2004; Thompson, 1994; Trentacosta & Shaw, 2009; Weiss, Gratz & Lavender, 2015; Zimmerman, 2005). Para Thompson (1994), as dimensões constitutivas da autorregulação emocional incluem processos intrínsecos e extrínsecos em três níveis: monitoramento, avaliação e modificação das reações emocionais. Gratz e Roemer (2004) também sustentam as dimensões de monitoramento e avaliação das experiências emocionais da autorregulação. Já Weiss et al. (2015) descrevem três dimensões mais detalhadas da autorregulação emocional, divididas em: avaliação, compreensão e aceitação das emoções; habilidade de controle de comportamentos impulsivos e engajamento em comportamentos dirigidos responsivos às emoções negativas; e uso flexível de estratégias adequadas de modulação da intensidade e duração da resposta emocional.

Descrevendo de forma processual as dimensões da autorregulação, Zimmerman (2005) apresenta um modelo cíclico de três fases, cada uma com dimensões específicas, a saber: fase de antecipação, envolvendo o planejamento e avaliação de motivação; fase de desempenho e controle volitivo, envolvendo o controle, decisão e tomada de determinada ação; e fase de

autorreflexão, envolvendo o julgamento e avaliação do processo. A fase de antecipação incluiria as dimensões de análise da tarefa e crenças automotivacionais; a fase de desempenho incluiria as dimensões de autocontrole e auto-observação; e a fase de autorreflexão incluiria as dimensões de autojulgamento e autoreação. Outros autores, como Trentacosta e Shaw (2009), defendem a multidimensionalidade da autorregulação dividindo-a em componentes atencionais, cognitivos e comportamentais, todos os quais estariam envolvidos no manejo dos estados internos e da expressão emocional.

A multiplicidade de teorias acerca da dimensionalidade da autorregulação emocional é representada também pela multiplicidade de instrumentos existentes internacionalmente para a sua avaliação, em sua maioria inventários e escalas de autorrelato. Uma busca não-sistemática em bases de dados científicas por estes instrumentos retornou alguns mais frequentes, dentre os quais, o *Negative Mood Regulation* (NMR; Catanzaro & Mearns, 1990) avalia a autorregulação enquanto expectativa de que alguns tipos de comportamentos e pensamentos seriam capazes de aliviar estados negativos de humor. O *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer, 2004) avalia dificuldades do respondente de autorregulação em seis dimensões: não-aceitação de respostas emocionais; dificuldades de engajamento em comportamentos direcionados a metas; dificuldades de controle de impulso; falta de consciência emocional; acesso limitado a estratégias de autorregulação emocional; e falta de clareza emocional. O *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS; Queirós, Fernández-Berrocal, Extremera, Carral & Queirós, 2005) avalia a autorregulação subdividida em três dimensões: atenção às emoções; clareza de sentimentos; e reparação do estado emocional. O *Self-Regulation Inventory* (SRI; Ibañez, Ruipérez, Moya, Marqués & Ortet, 2005) avalia a autorregulação em termos de cinco dimensões: ações positivas; controlabilidade; expressão de sentimentos e necessidades; assertividade; e busca de bem-estar.

O número de instrumentos de avaliação da autorregulação emocional adaptados ao contexto brasileiro, entretanto, é menor, sendo necessária a condução de pesquisas para o desenvolvimento de novos instrumentos adequados a diferentes faixas etárias (Noronha, Baptista & Batista, 2018). Noronha et al. (2018) descrevem que, entre os instrumentos disponíveis para uso no Brasil em versões adaptadas, figuram o *Emotion Regulation Profile* (ERP; Gondim et al., 2015) e o *Emotional Regulation Questionnaire* (ERQ; Batistoni, Ordonez, Silva, & Cachioni., 2013).

O ERP é uma escala que apresenta 15 cenários que descrevem diferentes situações envolvendo a ativação de emoções positivas e negativas. O respondente é solicitado a responder como agiria dentre oito possíveis reações ao evento, sendo delas quatro tidas como adaptativas e funcionais e quatro como desadaptativas e disfuncionais. Em cada um dos cenários, o respondente pode eleger quantas estratégias preferir para representar como agiria naquela situação (Gondim et al., 2015). A versão brasileira do ERP foi analisada em uma amostra de 686 pessoas com idades entre 18 e 51 anos, a partir de análises fatoriais exploratória e confirmatória. Os resultados demonstraram uma estrutura de dois fatores que explicou 40,5% da variância dos dados, sendo o primeiro fator denominado regulação das emoções negativas (α de Cronbach = 0,73), com média de cargas fatoriais de 0,55; e o segundo denominado regulação de emoções positivas (α de Cronbach = 0,67), com média de cargas fatoriais de 0,69. Os dois fatores apresentaram uma correlação positiva moderada entre si de 0,50 ($p < 0,001$) (Gondim et al., 2015).

O ERQ é uma escala de autorrelato composta por 10 itens que avaliam duas estratégias comuns de autorregulação emocional, quais sejam, supressão das emoções e reavaliação cognitiva. Os itens são respondidos em uma escala de concordância de sete pontos, com escores mais altos indicando uso mais frequente da estratégia avaliada (Batistoni et al., 2013). A versão brasileira do ERQ foi analisada em uma amostra de 153 idosos com idades entre 60 e 85 anos.

Os resultados sustentaram a estrutura de dois fatores, sendo o primeiro a reavaliação cognitiva (α de Cronbach = 0,75) e o segundo a supressão emocional (α de Cronbach = 0,69), com cargas fatoriais variando entre 0,55 e 0,83. Os dois fatores apresentaram uma correlação positiva fraca de 0,24 ($p = 0,002$) (Batistoni et al., 2013).

Dadas as características específicas das escalas disponíveis no Brasil para avaliação da autorregulação emocional, Noronha et al. (2018) propuseram a construção de uma Escala de Autorregulação Emocional para avaliação de adultos (EARE-A), com foco na autorregulação de emoções relativas à tristeza, e para detecção de falhas na autorregulação emocional aplicados a situações genéricas da vida do indivíduo. A EARE-A utilizou como base teórica o modelo de Gratz e Roemer (2004), além de outros estudos, como os de Thompson (1994), Eisenberg et al. (2000), Berking et al. (2013), Bridges, Denham e Ganiban (2004) e Weiss et al. (2015).

A EARE-A foi desenvolvida para avaliar autorregulação emocional sem a presença de um cenário pré-estabelecido, como faz o ERP (Gondim et al., 2015) e considerando mais do que somente duas estratégias de autorregulação emocional possíveis, como faz o ERQ (Batistoni et al., 2013). Na EARE-A, as instruções solicitam que o participante responda tendo como base algum evento cotidiano que cause tristeza e avalie os itens a partir dessa perspectiva (Noronha et al., 2018).

Em sua versão inicial, a EARE-A foi composta por 83 itens representativos de doze dimensões, elaboradas a partir de perspectivas teóricas em avaliação da autorregulação emocional (Bridges et al., 2004; Gratz & Roemer, 2004; Nelis et al., 2011; Weiss et al., 2015), quais sejam: reorientação da atenção; reavaliação positiva da atenção; expressão das emoções; desamparo aprendido; ruminação; reação impulsiva; saborear o momento presente; capitalização; manifestação de comportamentos com expressão de emoções positivas acompanhadas de comportamentos não verbais sintonizados; não aceitação das respostas emocionais; dificuldade em se engajar em comportamentos direcionados à meta; e falta de

consciência emocional. Os resultados das análises fatoriais exploratórias iniciais com o instrumento reduziram o número de itens a 34, divididos em uma estrutura de quatro fatores, a saber: estratégias de enfrentamento adequadas; externalização da agressividade; pessimismo; e *freezing* (paralisação). Todos os itens mantidos apresentaram cargas fatoriais superiores a 0,50 e o modelo explicou 62,6% da variância total da EARE-A (Noronha et al., 2018).

A partir do uso de instrumentos de avaliação de autorregulação emocional, alguns estudos têm se dedicado a investigar as relações entre a autorregulação e sintomas psiquiátricos. Alguns autores como Gross e John (2003) e Joormann e Gotlib (2010) têm apontado, em seus estudos, o uso de estratégias menos efetivas de autorregulação emocional entre indivíduos com transtornos do humor. Por exemplo, pessoas deprimidas podem ser mais propensas a reagir a afetos negativos por meio do uso da ruminação, isto é, a repetição de pensamentos focando a atenção do indivíduo nos seus pensamentos deprimidos e aspectos relacionados a eles (Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008). Outra estratégia de autorregulação emocional pouco efetiva associada a sintomas de depressão é o uso de supressão, isto é, a busca por inibir os efeitos de seus estados emocionais por parte do indivíduo, seja inibindo a expressão de suas emoções ou inibindo pensamentos relacionados a elas.

Autores como, por exemplo, De Dreu, Baas e Nijstad (2008), a partir de pesquisas empíricas, sugerem que um estado de humor positivo induz a um aumento da criatividade, pois, as situações do dia a dia do indivíduo são entendidas como triviais, não ameaçadoras, e este, por sua vez, sente-se com poucas restrições, corre riscos, explora novas formas e novas possibilidades de maneira relativamente relaxada, confiando no processamento heurístico, ou seja, que, em face de questões difíceis, envolve a substituição destas por outras de resolução mais fácil, a fim de encontrar respostas viáveis. Por outro lado, no estado de humor negativo, a pessoa tem a percepção de uma baixa capacidade para resolução de problemas. Ou seja, uma situação, aparentemente simples e cotidiana, é entendida como problemática perturbadora e

ameaçadora e, por isso, o indivíduo deve levar a cabo uma ação para tentar reparar tal situação, requerendo dele uma abordagem mais restrita, sistemática e analítica.

Além do uso de estratégias menos efetivas de autorregulação, há evidências, na literatura, de associação da depressão com o menor uso ou dificuldades no uso de estratégias efetivas (Joormann & Stanton, 2016). A estratégia de reestruturação cognitiva, conforme descrito por D'El Rey e Pacini (2006), é uma delas e consiste em uma série de intervenções que tem a função de ensinar ao paciente modificação, como: observação e controle dos pensamentos irracionais e negativos; exame das evidências favoráveis e contrárias aos pensamentos distorcidos; e substituição das interpretações tendenciosas por interpretações calcadas na realidade que tem o intuito de desafiar e, posteriormente, modificar ou substituir as crenças desadaptativas por outras mais adaptativas. Essa estratégia, por exemplo, parece pouco utilizada ou utilizada de forma falha por indivíduos com transtornos do humor de maior gravidade (Joormann & Gotlib, 2010).

É importante considerar que, embora indivíduos com depressão falhem em utilizar certas estratégias de autorregulação emocional de forma espontânea, quando instruídos, podem utilizá-las de maneira efetiva (Deckersbach, Gershuny & Otto, 2000). Essa falha de autorregulação em indivíduos deprimidos tem sido testada também em estudos de neuroimagem. Por exemplo, em um estudo utilizando ressonância magnética funcional, Phan et al. (2005) concluíram, dentre outras coisas, que a gênese do transtorno depressivo maior parece estar relacionada à incapacidade de autorregular as emoções negativas como, por exemplo, o grau de dificuldade experimentado durante a autorregulação negativa da tristeza foi maior em indivíduos deprimidos. Os autores levaram à identificação dos circuitos neurais subjacentes à regulação das respostas emocionais em adultos saudáveis. Os resultados deste estudo enfatizaram o papel fundamental desempenhado por algumas áreas do córtex pré-frontal, como a medial, área de Brodmann e lateral; córtex orbito frontal e o cíngulo dorsal anterior

do córtex cerebral, na regulação cognitiva das regiões do cérebro associadas à emoção. Sob uma perspectiva neurobiológica, têm-se as seguintes áreas cerebrais estritamente ligadas a esse fator: córtex pré-frontal, hipocampo, amígdala, hipotálamo, córtex cingulado anterior, córtex insular, e striatum ventral (Mocaiber et al., 2008). Segundo os autores, uma série de estudos desenvolvidos apresenta de forma padronizada um circuito neurológico responsável pela regulação emocional que abrange duas peças-chaves: o córtex pré-frontal e a amígdala.

Evidências crescentes sugerem que a falha na autorregulação da emoção constitui uma característica central da depressão. Esses achados nos induzem a considerar que falha na autorregulação emocional pode estar relacionada a disfunção do circuito neural subjacente. A análise do processo de autorregulação emocional é importante, portanto, para reconhecer que características pessoais tornam alguns indivíduos mais ou menos suscetíveis a desenvolver sintomas de depressão frente a situações adversas. Buscar avaliar os vieses cognitivos e déficits de controle cognitivo associados à depressão parece uma forma promissora de avançar os esforços para a compreensão destes transtornos. Pode-se considerar que a autorregulação das emoções representa uma habilidade fundamental para a interação social, influenciando diretamente o comportamento e a expressão emocional (Lopes et al., 2005).

Assim, percebe-se a crescente existência de evidências de que déficits na autorregulação emocional são um fator de risco para a depressão e, por conseguinte, intervir para o fortalecimento da autorregulação auxiliaria na prevenção e no tratamento deste transtorno (Berking, Wirtz, Svaldi & Hofmann, 2014; Cruvinel & Boruchovitch, 2011; Roy et al., 2013). É importante, portanto, compreender as características e a sintomatologia da depressão para avançar nos estudos relacionando estes dois construtos.

1.3 DEPRESSÃO

Os sintomas depressivos podem fazer parte de inúmeros transtornos mentais sem ser exclusivos de nenhum deles, podem se relacionar a síndromes marcadas por muitos e variados sintomas somáticos ou, ainda, podem compor o quadro de um transtorno específico, caracterizado por marcantes alterações afetivas: a depressão (Gunnell, 2000). Seguindo essa linha de pensamento, na depressão, destacam-se alterações comportamentais que influenciam diretamente no humor, como a diminuição no interesse em cumprir tarefas ou ações que antes eram feitas satisfatoriamente (Greenberger & Padesky, 2015).

Conforme descrito por Almeida e Faro (2016), Hermolin, Rangé e Porto (2000) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), a depressão é uma doença que se caracteriza por um conjunto de sintomas afetivos, de motivação, cognitivos, fisiológicos e comportamentais, constantemente associada a altos índices de comorbidades médicas, incapacitação e suicídio. É marcada por humor deprimido na maior parte dos dias, estando tal humor associado a estados persistentes de afeto negativo e relativa ausência de afeto positivo, além da perda de prazer e interesse pelas atividades, e perda de energia, levando a uma fadigabilidade aumentada e atividade diminuída; além desses sintomas, é comumente encontrada baixa capacidade de concentração e atenção reduzida; autoestima e autoconfiança reduzidas; ideias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas de futuro; ideias ou atos autolesivos e suicídio; além de alterações no padrão do sono e do apetite. Independentemente dos sintomas, ela pode ser classificada como leve, moderada e grave e essas classificações baseiam-se em um julgamento clínico que envolve o número, o tipo e a gravidade dos sintomas presentes.

As categorias descritas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) devem ser usadas somente para um episódio depressivo único (primeiro). Episódios depressivos posteriores devem ser classificados sob uma das subdivisões de transtorno depressivo recorrente. Os transtornos depressivos incluem

Transtorno Depressivo Maior, o Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, Transtorno Depressivo Persistente (também chamado de distímia), Transtorno Disfórico Pré-Menstrual, Transtorno Depressivo Induzido por substância/medicamentos, dentre outros (OMS, 1993).

No caso de episódio depressivo maior (EPD), os sintomas devem estar presentes de forma frequente, por um período maior do que duas semanas. Salientando que o sujeito pode manifestar sintomas aditivos, tais como: alterações no ciclo do sono (hipersonia ou insônia), apetite (hipofagia ou hiperfagia), atividade psicomotora (retardo ou agitação), energia reduzida, sensações de fadiga, dificuldade de concentração ou para tomar decisões, sentimentos de desvalia, de culpabilização, de inutilidade ou até mesmo pode ter ideias suicidas de maneira recorrente (*American Psychiatric Association [APA], 2014*).

A depressão tem sido cada vez mais caracterizada como um distúrbio da emoção, e há evidências de que clinicamente grupos deprimidos apresentam menor capacidade de adaptação são mais disfuncionais e se servem de menos estratégias flexíveis do que suas contrapartes não deprimidas (Sheppes, Scheibe, Suri & Gross, 2011). A prevalência de depressão distribui-se de maneira desigual na população. É mais comum entre as mulheres, os mais desprivilegiados economicamente e os que vivem sem companheiro(a) (Boing et al, 2012). Almeida e Faro (2016) e a OMS (2017) versam a respeito da frequência e distribuição dos transtornos e relatam sua importância para a formulação de ações de combate à doença. O curso da depressão maior não apresenta regularidade e a sua detecção parece ser falha nos sistemas de saúde de muitos países, incluindo os desenvolvidos (Patten, Bilsker, & Goldner, 2008).

Ainda segundo o mesmo autor, a depressão pode ser considerada um transtorno episódico, geralmente recorrente; o indivíduo que teve seu primeiro episódio depressivo tem 35% de chance de ter o segundo episódio em um período de dois anos e 60% de chance do próximo episódio em 12 anos. Além disso, a existência de sintomas de depressão subclínicos e a distímia estão associadas ao aumento das chances de desenvolvimento do transtorno

depressivo maior, sugerindo que a sintomatologia de depressão não tratada pode ser considerada uma forma crônica de desordem.

Diversos autores, dentre eles Sadock e Sadock (2007) relatam que de 25% a 50% dos pacientes diagnosticados inicialmente com depressão tiveram posteriormente seus diagnósticos refeitos para outras condições psiquiátricas, o que mostra o tamanho do cuidado que se deve tomar com relação no diagnóstico de depressão. Esses dados ressaltam a importância de instrumentos que auxiliem na detecção precoce do transtorno depressivo, dada a alta prevalência da doença. Ainda segundo os mesmos autores, a prevalência tem variado de 5 a 9% para mulheres e de 2 a 3% para homens e, o risco de o sujeito adquirir o transtorno no curso da vida é de 10 a 25% para mulheres e de 5 a 12% para homens, o que coloca a mulher com uma prevalência aproximada duas vezes maior que os homens.

Segundo dados da OMS (2017), globalmente, o número total de pessoas com depressão foi estimado para ultrapassar 300 milhões em 2015, atingindo, assim, o equivalente a 4,3% da população mundial. As consequências desses transtornos são importantes em relação à debilitação da saúde. A depressão é classificada pela OMS (2017), como o maior contribuinte para a incapacidade global (7,5% de todos os anos vividos com deficiência em 2015).

A informação supramencionada está em conformidade com a do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), que afirma que a prevalência de autorrelato de diagnóstico de depressão em adultos no Brasil foi de 7,6% (IC95% 7,2–8,1), sendo maior em mulheres (10,9%; IC95% 10,3–11,6) e em pessoas entre 60 e 64 anos (11,1%; IC95% 9,1–13,1). Ainda, as maiores prevalências foram em indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto, 8,6% (IC95% 7,9–9,3), para aqueles com ensino superior completo, 8,7% (IC95% 7,5–9,9); e para aqueles que se autodeclararam brancos (9,0%; IC95% 8,3–9,6). Por local de residência, esse autorrelato foi maior em indivíduos residentes na região urbana (8,0%; IC95% 7,5–8,4) e na região Sul (12,6%; IC95% 11,2–13,9).

A alta prevalência da depressão na população em geral requer que os profissionais da saúde estejam preparados para compreendê-la, levando-se em consideração os seus múltiplos determinantes. A etiologia da depressão é reconhecidamente multifatorial e, por isso, convém abordá-la sob uma perspectiva biopsicossocial (Feitosa, 2014).

Ainda sobre as taxas de prevalência, estas variam de acordo com a idade, atingindo o pico na idade adulta mais avançada (acima de 7,5% entre as mulheres com 55-74 anos e acima de 5,5% entre os homens). Depressão também ocorre em crianças e adolescentes com idade inferior a 15 anos, mas em porcentagem mais baixa do que nos grupos etários mais velhos. O número total de pessoas que vivem com depressão no mundo é de 322 milhões. Aproximadamente, metade dessas pessoas vive na Região do Sudeste Asiático e Região do Pacífico Ocidental, refletindo as populações relativamente maiores dessas duas Regiões (que incluem Índia e China, por exemplo). O número total estimado de pessoas vivendo com depressão aumentou 18,4% entre 2005 e 2015 (Vos et al., 2016). Isso reflete o crescimento geral da população global, bem como um aumento proporcional nos grupos etários em que a depressão é mais prevalente.

Embora a depressão possa afetar pessoas de todas as idades, o risco de se tornar deprimido é aumentado pela pobreza, desemprego, eventos de vida como a morte de um ente querido ou uma ruptura de relacionamento, doenças físicas e problemas causados pelo uso de álcool e drogas. Girdwood, Araújo e Pitanga (2011), analisando dados da Organização Mundial da Saúde, argumentam que, até o ano de 2020, a depressão será a segunda maior doença que atinge os indivíduos, abaixo apenas das doenças cardíacas. Apesar de ser uma doença ligada à saúde mental, seus sintomas causam mudanças químicas (biológicas) e comportamentais.

Dada a alta prevalência e o impacto desse transtorno mental na população, o estudo acerca de processos cognitivos associados à depressão é relevante para o avanço no tratamento e prevenção do transtorno. Nesse contexto, a investigação sobre o papel da autorregulação

emocional na depressão tem se dado predominantemente focado na experiência emocional negativa, o que é compreensível do ponto de vista conceitual, porque a depressão é classificada como um transtorno elevado da afetividade negativa. Os modelos cognitivos da vulnerabilidade à depressão enfatizam que não é uma situação que causa a emoção, mas sim, a forma como ela é interpretada pelo indivíduo. Assim, a psicopatologia é caracterizada pela presença de esquemas cognitivos, ou seja, estruturas de pensamento que vão, de alguma forma, influenciar as percepções, as interpretações ou as memórias de cada indivíduo, e que, no caso da depressão, de forma negativa (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997). Conforme descrito por Beck et al. (1997), o modelo cognitivo da depressão evoluiu a partir de observações clínicas sistemáticas e de testagem experimental. Esta interação das abordagens clínicas e experimentais permitiu um desenvolvimento progressivo do modelo e da psicoterapia dele derivada.

Este modelo, a terapia cognitivo comportamental (TCC) postula três conceitos específicos para explicar o substrato psicológico da depressão: a tríade cognitiva, os esquemas e os erros cognitivos que são os processamentos de informações falhos, também chamados de erro de pensamento, erro cognitivo típico ou pensamentos automáticos negativos. O primeiro componente da tríade gira em torno da visão negativa que o indivíduo tem de si mesmo, tendendo a atribuir suas experiências desagradáveis, a um defeito psicológico, moral ou físico em si mesmo e, por isso, acredita ser indesejável e sem valor. O segundo componente da tríade cognitiva consiste na tendência de a pessoa interpretar os eventos de vida de forma negativa. O terceiro componente da tríade cognitiva consiste em uma visão negativa do futuro. Assim, quando a pessoa deprimida faz projeções de longo prazo, ela antecipa que seu sofrimento e dificuldades atuais continuarão indefinidamente, assim, a pessoa com depressão falha nas três vértices da tríade. O segundo conceito que explica o substrato psicológico da depressão, os esquemas, refere-se estruturas cognitivas que organizam e processam as informações que

chegam ao indivíduo, propostos como representações dos padrões de pensamento adquiridos no início do seu desenvolvimento (Dobson & Dozois, 2006).

Outro processo cognitivo associado à depressão, conforme descrito por Nolen-Hoeksema et al. (2008), é a ruminação (pensamentos negativos repetitivos sobre o passado ou o presente), que enquanto estratégia de autorregulação emocional é um estilo cognitivo de alto risco para a depressão. E, por fim, os erros cognitivos também chamados de processamento falho de informações. Conforme Beck (2007), estes erros são sistemáticos no pensamento e também denominados de erros cognitivo típicos, esses padrões distorcidos de pensamentos são encontrados de forma costumaz na pessoa deprimida. Esses erros são mantidos uma vez que a pessoa pinça seletivamente apenas às percepções que mantêm a crença do indivíduo na validade dos seus conceitos negativistas, apesar da presença de evidências contraditórias que nesses casos são desconsideradas. Esses erros cognitivos apresentam diversas características, coexistem com outros pensamentos, são espontâneos, não são baseados na reflexão, passam geralmente despercebidos, são breves, telegráficos e aceitos geralmente como verdadeiros, sem reflexão ou avaliação, entretanto, pode-se aprender a identificar e checar sua validade e utilidade.

Assim, Beck (2007) nomeia as falhas de pensamento, no sentido de facilitar a percepção desses erros cognitivos típicos e, permitir à pessoa escolher estratégias de enfrentamento ou fuga. Alguns exemplos de erros cognitivos são: pensamento do tipo tudo-ou-nada (também chamado de pensamento preto-e-branco, polarizado ou dicotômico): o indivíduo vê uma situação em apenas duas categorias em vez de em um contínuo; catastrofização (também denominado adivinhação): a pessoa prevê o futuro negativamente, sem considerar outros resultados mais prováveis; desqualificação ou desconsideração do positivo: o indivíduo, irrazoavelmente, diz para si mesmo que experiências, atos ou qualidades positivas não contam; argumentação emocional: a pessoa pensa que algo deve ser verdade porque ela sente (em

realidade, acredita) isso de maneira tão convincente que acaba por ignorar ou desconsiderar evidências contrárias.

Beck (2007) apresenta, ainda, como erros cognitivos, a rotulação: o indivíduo coloca um rótulo global e fixo sobre si mesmo ou sobre os outros, sem considerar que as evidências poderiam ser mais razoavelmente conduzidas a uma conclusão menos desastrosa; magnificação/minimização: a pessoa avalia a si mesma, a outra pessoa ou a uma situação maximizando irracionalmente o negativo e/ou minimizando o positivo; filtro mental (também denominado abstração seletiva): o indivíduo presta atenção indevida a um detalhe negativo em vez de considerar o quadro geral. A autora salienta que a manutenção destes padrões de pensamento mantém o humor disfórico, dificultando o processo de regulação das emoções.

Mapear os pensamentos automáticos, assim como as imagens mentais, permitirá a percepção do paciente daqueles que são funcionais ou não em sua vida. Sendo assim, ao descrever esses pensamentos, paciente e terapeuta podem estabelecer as relações entre eles e a experiência desadaptativa de tristeza acentuada e recorrente. A mudança destes pensamentos negativos, por sua vez, pode auxiliar na regulação emocional da tristeza (Wright, Basco & Thase, 2008).

Com relação aos pensamentos automáticos e o processamento falho das informações Beck (2013) relata que a ativação de um modo negativista gera a ativação de esquemas depressogênicos. Estes, por sua vez, disparam pensamentos automáticos negativos que contêm vários tipos de erros sistemáticos de interpretação dos fatos pelo deprimido e preservam as crenças disfuncionais do paciente na validade de seus conceitos negativistas. Vários tipos de erros de processamento ou distorções cognitivas podem ser encontrados em pacientes deprimidos conforme apresentado nesse trabalho. Conclui-se que os esquemas e crenças, bem como os pensamentos automáticos, são alvos privilegiados da intervenção terapêutica em TCC em diferentes estágios do processo clínico, visto que, mudando estruturas cognitivas e

cognições, mudamos também as emoções adversas e os comportamentos disfuncionais que as acompanham.

O estudo das emoções e do desenvolvimento emocional foi alvo de profundas alterações nas últimas décadas. No início do século XX, os processos emocionais eram considerados secundários ou componentes disruptivos do funcionamento humano. Consideradas desorganizadoras do funcionamento psicológico, as emoções eram fenômenos psicológicos negligenciados e pouco estudados, em detrimento a outros processos mais nobres, como os cognitivos. Apesar da importância de compreender os processos subjacentes às emoções, bem como as estratégias de autorregulação emocional mais eficazes, é surpreendente que, até há alguns anos, os investigadores tenham atribuído relativa pouca importância à forma como o indivíduo diferencia e regula as emoções que experiencia (Gross, 2008).

Conforme descrito por Ferraz, Tavares e Zilberman (2007), elevados níveis de emocionalidade negativa estão altamente associados com diferentes tipos de psicopatologia, portanto eles constituem um fator inespecífico de vulnerabilidade que fomenta o desenvolvimento de perturbação psicológica. Além disso, é importante salientar a atenção crescente que tem sido dada à autorregulação emocional como dimensão unificadora dos vários sintomas psicopatológicos e comportamentos desadaptados, pois as dificuldades de autorregulação emocional estão presentes em vários quadros psicopatológicos, sendo necessário o recurso de um instrumento preciso e confiável que se possa medi-las adequadamente (Gross & Muñoz, 1995). Os dados encontrados nos estudos de Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha e Dias (2010), demonstram correlação positiva entre dificuldades de autorregulação emocional e sintomas depressivos.

A literatura é consensual em associar o isolamento social e baixos níveis de suporte social e suporte familiar com maior sintomatologia depressiva (Werner-Seidler, Afzali, Chapman, Sunderland & Slade, 2017). O estudo dos fatores associados ao desenvolvimento da

depressão, portanto, beneficia-se da compreensão destas formas de suporte a que os indivíduos têm acesso por meio de suas redes sociais e familiares.

1.4 SUPORTE SOCIAL

O suporte social é um fator capaz de proteger e promover a saúde. Trata-se de um conceito multidimensional, que se refere aos recursos materiais e psicológicos aos quais as pessoas têm acesso por meio de suas redes sociais (Feeney & Collins, 2014). Os autores descrevem quatro dimensões teóricas associadas à relação entre o suporte social e a promoção da saúde, enfatizando 1) Processos de suporte diádicos e relacionamentos próximos; 2) Suporte social como promoção de bem estar e, não somente como proteção ao estresse; 3) Acesso ao suporte social em diferentes contextos de vida e 4) Relação entre suporte social e outras características mediadoras de bem estar.

Conforme evidenciado por Rodriguez e Cohen (1998), quando se referem aos apoios de rede social que um indivíduo pode receber, os mais amplamente estudados são: suporte emocional, suporte instrumental e suporte informacional. Os autores explicam suporte emocional, referindo-se ao que as pessoas fazem ou dizem a alguém (dar conselhos, ouvir seus problemas, mostrar-se empático e confiável). Tal suporte é percebido como expressão de carinho, cuidados e preocupação do outro. Suporte instrumental é entendido como as ajudas tangíveis ou práticas que outros (pessoas ou instituições) podem prover a alguém (cuidados com crianças, provisões de transporte, empréstimos de dinheiro ou ajudas com tarefas diárias) e o suporte informacional inclui receber de outras pessoas noções imprescindíveis para que o indivíduo possa guiar e orientar suas ações ao dar solução a um problema ou no momento de tomar uma decisão.

Todavia, ao se falar de grupo social, é importante lembrar que os construtos rede social e apoio social são diferentes, embora relacionados entre si. Rede social é o grupo de pessoas no qual o indivíduo reconhece ter vínculo, abrangendo os relacionamentos mais próximos como, por exemplo, família e amigos íntimos e relacionamentos formais (outros grupos) (Seeman, 1996). Este conceito compreende: número de pessoas com quem se mantém contato social (parentes, amigos íntimos); a frequência dessas interações, dentre outros fatores. Observa-se ainda, que a pessoa pode ter uma rede social e não receber necessariamente apoio desta rede. Pode-se entender a rede social como a estrutura social formada pelo indivíduo e demais pessoas com quem ele convive, bem como as conexões que estabelecem entre si (Griep, Chor, Faerstein, Werneck & Lopes, 2003). O suporte social pode ser compreendido como o aspecto funcional ou qualitativo da rede social (Antunes & Fontaine, 2005), ou seja, refere-se a ter alguém com quem contar para receber, por exemplo, auxílio material, emocional ou afetivo, percebendo-se valorizado no grupo do qual faz parte.

Rodriguez e Cohen (1998), teóricos do suporte social, distinguem três fatores componentes deste tipo de suporte: suporte emocional, incluindo apego, conforto e o sentimento de que se é amado e cuidado; suporte instrumental (tangível), envolvendo ajuda direta, como empréstimos ou presentes, e serviços como tomar conta de alguém doente ou fazer uma tarefa para a pessoa; e suporte informacional, provendo informações e conselhos.

Entre os fatores de proteção para a manutenção de estados emocionais saudáveis, Feeney e Collins (2014) ressaltam a importância do sentimento de pertencimento a uma rede social da qual efetivamente receba e ofereça apoio social, numa troca em que ambas as partes são beneficiadas com o fornecimento de informações, auxílio material por grupos e/ou pessoas que estabelecem contatos sistemáticos entre si, resultando em efeitos emocionais e comportamentais positivos. O suporte social também pode ser considerado, se percebido adequadamente, como uma variável associada positivamente com bem-estar e qualidade de

vida, pois funciona como um amortecedor frente a eventos como depressão, ansiedade entre outros, agindo assim, como uma variável protetora na vida das pessoas. (Compton, Thompson & Kaslow, 2005)

Estudos como o de Uchino (2004) são corroborados pelos achados de Compton et al. (2005), que versam sobre as redes de apoio social. Ambos consideram que estruturas da vida social de um indivíduo como, por exemplo, o pertencimento a um grupo ou a existência de laços familiares ou as funções sócio afetivas, referem-se, principalmente, a três medidas: a integração social, ou seja, a qualidade e a frequência de contato com seus pares; o apoio recebido pelos elementos dessa rede isto é, a quantidade de ajuda efetivamente fornecida; e a percepção que o indivíduo tem, ao apoio recebido. Entretanto, segundo Krause (2001), a percepção do apoio está diretamente ligada à crença que o indivíduo tem de que seus pares possam ajudar em caso de necessidade e, essa crença está, via de regra, alicerçada na experiência passada.

Conforme relatado anteriormente, o suporte social pode ser definido como a informação que conduz o sujeito a acreditar que ele é cuidado, amado e estimado e que é um membro de uma rede de obrigações mútuas (Grav, Hellzèn, Romild & Stordal, 2012). A literatura oferece algumas informações acerca dos diferentes aspectos em que o suporte social pode influenciar nesta crença, como gênero, idade e apresentação de certas alterações e doenças (Mendoza & Mancussi, 2009).

Estudos, como, por exemplo, os de Ramos (2002), Gollwitzer e Oettingen, (2011) argumentam em favor da ideia de que as relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições de saúde. Todavia, a ausência de convívio social pode causar efeitos negativos na capacidade cognitiva geral, além de aumentar a probabilidade de transtornos mentais, tal como a depressão (Carneiro, Falcone, Clark, Del Prette & Del Prette, 2007).

Corroborando os estudos anteriores, vários estudos como os de Ribeiro (2011), Campos (2004) e Santos, Ribeiro e Lopes (2003), por exemplo, enfatizam que a percepção satisfatória do suporte social nos indivíduos tem resultados positivos na saúde e na prevenção da doença, bem como na qualidade de vida. Para Santos et al. (2003), o sujeito encontra no suporte social indiscutível importância, tanto na saúde como na doença, pois este funciona como mecanismo de coping ao atuar essencialmente na diminuição das situações de estresse. Neste sentido, entende-se como suporte social a capacidade de relacionamento interpessoal e comunitário que oferta ao indivíduo sensação de proteção e que pode proporcionar bem-estar psicológico (Campos, 2004).

Bronfenbrenner (1986) sugere que a experiência individual se dá em ambientes concebidos como uma série de estruturas interligadas e que os aspectos do meio ambiente mais importante no curso do desenvolvimento psicológico são, aqueles que têm significado para a pessoa numa dada situação. Portanto, diferentes contextos como família, instituição e escola podem ter influências diversas no desenvolvimento e equilíbrio emocional da pessoa. Esta informação é corroborada por Allen, Blieszner e Roberto (2000), que afirmam que a qualidade das relações familiares está associada ao ajustamento emocional e comportamental entre crianças e adultos, ou mesmo entre adultos.

Exemplificando a literatura acerca das relações existentes entre autorregulação emocional e suporte social, Anderson, Winett e Wojcik (2007) avaliaram uma amostra de 712 participantes com idades entre 18 e 92 anos quanto às suas estratégias de autorregulação emocional, percepção de suporte social e consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis. Os resultados do estudo demonstraram uma correlação estatisticamente significativa entre os escores de suporte social e autorregulação emocional com magnitude fraca, no valor de 0,34.

Adicionando a esses resultados e investigando a relação entre estas variáveis e sintomas de depressão, Marroquín e Nolen-Hoeksema (2015) realizaram um estudo longitudinal com

1.319 adultos de uma amostra comunitária, cujos resultados indicaram que a associação entre sintomas depressivos e estratégias de autorregulação emocional mal-adaptativas dependiam do nível de conectividade social e do estado de relacionamento do indivíduo ao longo de um ano de acompanhamento da amostra.

Pejičić, Ristić e Anđelković (2018), observaram no seu trabalho que o apoio percebido dos amigos e da família é um fator protetor para a saúde mental, em parte pelo fato de tornar o indivíduo mais preparado para ver uma determinada situação estressante como uma oportunidade de crescimento pessoal e de enfrentá-la ativamente.

1.5 SUPORTE FAMILIAR

O construto suporte familiar, conforme Olson, Russell e Sprenkle (1983), que, fundamentados na teoria sistêmica familiar, apresentam um modelo circunplexo de interação da família, é baseado em três dimensões principais para a compreensão do funcionamento familiar, ou seja, a coesão, a adaptabilidade e a comunicação. A variação entre separação e interligação dos membros da família ou o vínculo emocional que seus integrantes possuem uns com os outros pode ser entendida como coesão familiar.

A flexibilidade às mudanças por meio da variação na estrutura de poder e nas regras de relacionamento em detrimento de novos obstáculos ou eventos estressantes que ocorrem no seu interior, composta por assertividade, controle, disciplina, além de negociação de estilos e regras, é definida pelos autores como adaptabilidade. Por último, em contraposição à comunicação negativa que seria baseada em altos graus de criticismo, a comunicação familiar seria composta pela empatia, escuta reflexiva, comentários suportivos, ou seja, a capacidade dos membros de dividirem seus sentimentos uns com os outros.

A família se coloca como uma das mais importantes influências para a formação dos indivíduos, nela, são vivenciadas recompensas e punições, por cujo intermédio são adquiridas as principais respostas para os primeiros obstáculos da vida. Nela, são formados valores compatíveis com a cultura em que vivem. Assim sendo, as necessidades sociais são os fatores que determinam a função social da família. Nesse sentido, entende-se que a família não é apenas uma instituição de origem biológica, mas, sobretudo, um organismo com nítidos caracteres culturais e sociais (Alves, 2007).

Conforme descrito por Baptista e Teodoro (2009), há dificuldade em se encontrar uma definição unânime sobre família e, mais especificamente sobre o construto denominado suporte familiar, pois são apresentados de diversas formas na literatura. Os autores propõem que o suporte familiar pode ser dividido em três componentes, quais sejam: o componente emocional, que constitui a informação que leva o indivíduo a acreditar que é estimado e amado, percebido nas situações que envolvem confiança entre os pares; o componente valorativo, que constitui a percepção que leva o indivíduo a acreditar que é querido e valorizado, resultando em aumento de autoestima, ou seja, a reafirmação do senso de valorização pessoal; e o componente comunicacional, que constitui a informação que leva o indivíduo a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigação compartilhada por todos os membros.

A importância da família como local de socialização primária nas crenças desenvolvidas pelo indivíduo é sustentada pelos achados de Bell e Bell (2005), que afirmam que a família é responsável pela criação das primeiras realidades e, conseqüentemente, pela formação de padrões comportamentais e da autoestima do indivíduo. Esses achados estão em consonância com os achados de Campos (2004) e Ceberio (2006), que afirmam que são nos primeiros anos de vida que as relações mais profundas e duradouras são estabelecidas. No centro deste cenário, encontra-se a família, na qual o indivíduo desenvolve seus primeiros vínculos em convivência

grupal. Por meio da família ainda deverá ocorrer a mediação deste sujeito com o mundo, dando suporte afetivo e material necessário para seu desenvolvimento.

Lidchi e Eisenstein (2004) afirmam que um sistema de suporte familiar pode ser considerado quando a dinâmica familiar consegue fornecer a seus membros, instrumentos fundamentais ao crescimento individual, como por exemplo boa comunicação, com regras flexíveis, mas com limites e fronteiras bem delimitada por seus pais que, agindo desta forma, acabam por colaborar com a formação da identidade pessoal de seus filhos.

Ceberio (2006) sustenta que a família pode ser considerada como um importante dispositivo social com capacidade de influenciar seus membros em seus processos futuros de relacionamentos, atuando, assim, como um dos principais pilares da vida psíquica das pessoas, influenciando padrões de comportamento, sentimentos de pertencimento social e a saúde mental do indivíduo. Todavia, esta unidade social, está passando por profundas modificações nas últimas décadas, o que é percebido ao se comparar famílias denominadas de antigas (provenientes do começo do século XX até meados dos anos 60).

Ainda segundo o mesmo autor, com as novas configurações (a partir da década de 1960), as famílias apresentam diferenças bastante significativas, como, por exemplo, a quantidade de filhos que vem diminuindo; o homem deixando de ser único mantenedor da família; maior flexibilidade de regras e funções familiares; o homem assumindo atividades domésticas e mulheres indo ao mercado de trabalho para ajudar no sustento do lar; maior proximidade relacional entre pais e filhos, diminuindo a noção de hierarquia; menor dependência de padrões tradicionais; entre outras. Salienta-se que as características aqui apresentadas devem ser avaliadas com cautela, pois, no Brasil, as influências culturais e regionais podem formar estruturas familiares diferentes em localidades diversas.

Sendo assim, esse conceito refere-se às características psicológicas que a família oferece a seu membro, o que se diferencia do conceito de estrutura familiar, que se refere às

características físicas tais como o número de pessoas pertencentes a uma família, sua disposição e composição. Baptista, Baptista e Dias (2001) afirmam ainda que, não há relação direta entre estrutura familiar e suporte familiar, pois ainda que diferentes as estruturas familiares, estas têm capacidade de oferecer suporte familiar adequado.

Estudos como, por exemplo, Luecken (2000) e Ramos (2002), demonstram associação entre vulnerabilidade de adultos para transtornos psiquiátricos diante da separação dos pais ou morte e diante da presença de doença mental nos pais durante os primeiros anos da infância. Determinadas experiências infantis, como maus tratos físicos ou emocionais por parte dos pais ou cuidadores, além da perda dos pais, seja por separação (divórcio) ou por morte de algum deles, como já fora aqui ressaltado, podem resultar em prejuízos duradouros no desenvolvimento das crianças e adolescentes, comprometendo a vida adulta. Esses fatores podem resultar no desenvolvimento de transtornos mentais via influências genéticas, de aprendizagem e de histórico familiar, como também podem impactar a saúde mental via suporte familiar ao enfraquecer a experiência deste tipo de suporte para os jovens.

Luecken (2000) e Ramos (2002), de um lado, postulam que os pais que dispensam afeto e são empáticos, fomentam em seus filhos maior autoestima e isso acaba proporcionando, proteção contra a depressão na fase adulta. Por outro lado, sugerem que a superproteção está relacionada à depressão por meio da supressão ou inibição da autonomia e conseqüentemente, da competência social. Ao desencorajar a independência e nutrir uma expectativa de que as conseqüências não dependem de respostas, o abandono e a depressão são providos quando são enfrentados os fatores de estresse.

Considerando o conjunto de estudos revisados nesta fundamentação teórica, compreende-se o importante papel das emoções na vida das pessoas, sendo fundamentais às escolhas adaptativas para enfrentar dificuldades cotidianas. O processo de autorregulação emocional destaca-se como aquele por meio do qual o indivíduo busca compreender, equilibrar

e decidir de que maneira expressar suas emoções e lidar com elas. A autorregulação emocional auxilia a manter o senso de controle em situações estressantes ou de grande tensão, prevenindo ou reduzindo a intensidade e duração dos estados disfóricos e gerando maior conforto e equilíbrio emocional. Tal processo é reiteradamente definido como multidimensional e há na literatura uma multiplicidade de instrumentos existentes para a sua avaliação. No Brasil, uma das alternativas de instrumentos é a Escala de Autorregulação Emocional para avaliação de adultos (EARE-A; Noronha et al., 2018), única até o presente momento com foco específico na autorregulação da tristeza e voltada à detecção de falhas na autorregulação aplicadas a situações genéricas da vida do indivíduo.

A disponibilidade de instrumentos válidos e confiáveis para avaliação das estratégias de autorregulação emocional é de grande relevância para a área de saúde mental dadas as associações demonstradas pela literatura entre tais estratégias e sintomas psiquiátricos, em especial sintomas depressivos. Além disso, a literatura também reiteradamente aponta o isolamento social e os baixos níveis de suporte social e suporte familiar como fatores de risco para a presença de transtornos depressivos. Assim, disponibilizar um instrumento válido e confiável para avaliação de estratégias de autorregulação e investigar a associação dessas estratégias aos fatores de risco e proteção associados aos quadros depressivos tem grande potencial de produção de conhecimento útil tanto aos profissionais pesquisadores quanto aos profissionais clínicos que atuam na área da saúde mental. Conforme descrito por Nolen-Hoeksema et al. (2008), afetada pela qualidade das relações de suporte social e do suporte familiar, a autorregulação emocional é, como anteriormente já anunciado, relevante para a prevenção e tratamento de diversas condições psicopatológicas, dentre as quais os transtornos depressivos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar as propriedades psicométricas da Escala de Autorregulação Emocional Versão Adulto (EARE-A) em amostras universitária e clínica (com diagnóstico ou hipótese diagnóstica primária de depressão).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar a estrutura fatorial interna da EARE-A, a partir de análises fatoriais exploratória e confirmatória, testando o modelo teórico de construção da escala;
- Investigar evidências de confiabilidade dos escores da EARE-A, a partir de análises de confiabilidade composta e variância média extraída;
- Investigar evidências de validade de critério da EARE-A, para diferenciar entre indivíduos de uma amostra clínica com diagnóstico ou hipótese diagnóstica primária de depressão e indivíduos de uma amostra universitária comunitária;
- Comparar os escores da EARE-A entre grupos de diferentes categorias quanto a variáveis sociodemográficas (sexo; estado civil, idade, escolaridade) e variáveis clínicas (tentativa de suicídio, uso de medicação, existência de casos na família de depressão e tentativa de suicídio);
- Correlacionar os escores da EARE-A aos escores de depressão, suporte social e suporte familiar;
- Testar modelos de predição para os dois desfechos de interesse (variáveis dependentes): os sintomas depressivos e a autorregulação emocional (escore mensurado pela EARE-A); considerando como possíveis preditores (variáveis independentes) os próprios escores de autorregulação emocional e de sintomas depressivos, além do suporte

familiar, suporte social, e de variáveis sociodemográficas (sexo, escolaridade, estado civil e curso de formação – este último aplicável somente àqueles com nível de escolaridade superior incompleto ou completo) e clínicas (diagnóstico conhecido de depressão (aplicável à amostra universitária, uma vez que os participantes na amostra clínica já foram encaminhados com esta informação), histórico de tentativa de suicídio, uso de medicação para sintomas psiquiátricos, e histórico de casos na família de depressão e tentativa de suicídio por membros da família).

3. HIPÓTESES

- Hipotetiza-se encontrar uma estrutura interna de quatro fatores similar à apresentada por Noronha et al. (2018) nos primeiros estudos de validade da escala, com índices de ajustes, cargas fatoriais e índices de confiabilidade adequados.
- Espera-se que a amostra clínica apresente escores mais altos, em relação à amostra universitária, na EARE os escores específicos dos fatores relacionados a estratégias inadequadas de autorregulação emocional. Em contrapartida, hipotetiza-se que a amostra clínica apresentará escores mais baixos, em relação à amostra universitária, na EARE para os fatores relacionados a estratégias adequadas de autorregulação.
- Na comparação entre os participantes com diagnóstico de depressão e os sem diagnóstico de depressão, espera-se observar escores mais altos de estratégias adequadas para os participantes sem diagnóstico de depressão e escores mais altos de estratégias inadequadas para os participantes com diagnóstico.
- Na comparação entre os participantes com e sem histórico de tentativa de suicídio, espera-se observar escores mais altos de estratégias adequadas para os participantes sem histórico de tentativa de suicídio e escores mais altos de estratégias inadequadas para os participantes com histórico de tentativa de suicídio.

- Com relação à comparação entre homens e mulheres, espera-se que o gênero feminino apresente escores mais baixos nas estratégias adequadas de autorregulação bem como escores mais altos de depressão e das estratégias inadequadas de autorregulação.
- Na comparação entre os participantes com e sem histórico familiar de depressão e de casos de tentativa de suicídio na família, espera-se observar escores mais altos de sintomas de depressão e escores mais baixo de estratégias adequadas de autorregulação, para aqueles com histórico clínico familiar. Em contrapartida espera-se encontrar escores mais baixo de estratégias inadequadas para os participantes sem histórico familiar.
- Nas correlações entre os escores da EARE-A e os escores de depressão, suporte social e suporte familiar, esperam-se correlações significativas moderadas entre os escores da EARE e da EBADEP-A, bem como correlações significativas fracas entre os escores da EARE, do IPSF e da EPSUS.
- Nos modelos preditivos, esperam-se associações significativas entre os escores de autorregulação emocional, suporte social e suporte familiar e o desfecho de sintomas depressivos. De forma similar, também se esperam associações significativas entre os escores de sintomas depressivos, suporte social e suporte familiar e o desfecho de autorregulação emocional.

3 MÉTODO

3.1 PARTICIPANTES

3.1.1 Amostra Clínica

A amostra clínica foi composta por 80 participantes recrutados por conveniência nos serviços públicos de saúde mental do Estado de Sergipe. Os participantes possuíam diagnóstico ou hipótese diagnóstica primária de depressão (episódio depressivo ou transtorno depressivo recorrente), emitido por psiquiatra responsável por sua assistência. O número de participantes foi delimitado por conveniência, uma vez que não foi possível o acesso a dados oficiais de prevalência e incidência de pacientes com diagnóstico de depressão no Estado para fins de cálculo amostral. Os participantes estavam na faixa etária de 18 a 60 anos, ambos os sexos, de diferentes níveis de escolaridade e níveis socioeconômicos.

3.1.2 Amostra Universitária

A amostra universitária foi composta por 632 participantes recrutados por conveniência em uma instituição de ensino superior na capital do Estado de Sergipe. Foram recrutados participantes na faixa etária de 18 a 58 anos, ambos os sexos, de diferentes cursos e níveis socioeconômicos. Foi utilizado como critério de exclusão, em ambas as amostras, apresentar indicativo de quaisquer dificuldades visuais ou auditivas que interferissem na execução dos instrumentos da pesquisa.

3.2 INSTRUMENTOS

3.2.1 Questionário de Identificação

O questionário de identificação foi composto por questões que buscam investigar variáveis sociodemográficas e variáveis clínicas e aplicado em conjunto com os demais instrumentos. As variáveis sociodemográficas investigadas foram: sexo, escolaridade, estado civil e curso de formação (este último aplicável somente àqueles com nível de escolaridade superior incompleto ou completo). As variáveis clínicas investigadas foram: diagnóstico conhecido de depressão (aplicável à amostra universitária, uma vez que os participantes na amostra clínica já foram encaminhados com esta informação), histórico de tentativa de suicídio, uso de medicação para sintomas psiquiátricos, e histórico de casos na família de depressão e tentativa de suicídio por membros da família.

3.2.2 Escala de Autorregulação Emocional Versão Adulto (EARE-A; Anexo B) (Noronha et al., 2018)

A Escala de Autorregulação Emocional Versão Adulto (EARE-A) foi desenvolvida para avaliar estratégias e características de autorregulação emocional do respondente. Sua versão inicial era composta por 83 itens que avaliavam, em uma escala de frequência de cinco pontos (nenhuma das vezes/nada, um pouco, mais ou menos, muito ou sempre), 12 diferentes dimensões da autorregulação emocional (Noronha et al., 2018).

A EARE-A refinada de 34 itens demonstrou uma estrutura fatorial de quatro fatores correlacionados, que explicou 62,6% da variância dos dados, com cargas fatoriais dos itens variando entre 0,52 e 0,98. Os quatro fatores foram denominados: (1) Estratégias de Enfrentamento Adequadas (e.g., ‘Tento me acalmar’): 15 itens, com variância explicada de 32,5% e confiabilidade de 0,954; (2) Externalização da Agressividade (e.g., ‘Quero bater nos outros’): sete itens, com variância explicada de 3,7% e confiabilidade de 0,877; (3) Pessimismo

(e.g., ‘Acredito que tudo vai piorar’): seis itens, com variância explicada de 6,4% e confiabilidade de 0,958; e (4) *Freezing* (Paralisação; e.g., ‘Não sei o que fazer’): seis itens, com variância explicada de 20,3% e confiabilidade de 0,866 (Noronha et al., 2018). A EARE-A pode ser aplicada tanto individual quanto coletivamente.

3.2.3 Escala Baptista de Depressão Versão Adulto (EBADEP-A) (Baptista, 2012)

Trata-se de um instrumento de autoaplicação para avaliação de sintomatologia depressiva, unifatorial, com 45 itens divididos em duas frases por item, em formato tipo Likert de quatro pontos (e.g., ‘Resolvo meus problemas 0 1 2 3 Sinto-me menos capaz para enfrentar meus problemas’). A pontuação de cada item varia de zero a três, com o escore total variando do mínimo de zero ao máximo de 135 pontos, de forma que menores pontuações indicariam menor sintomatologia.

Os dados psicométricos foram obtidos com base na Teoria da Resposta ao Item – TRI e na Teoria Clássica dos Testes – TCT. Inicialmente, sobre os parâmetros de ajuste ao modelo, tanto no que concerne aos itens quanto às pessoas, os valores foram considerados de boa adequação, com percentual de desajuste considerado baixo. Em relação à precisão, a EBADEP-A demonstrou índices excelentes de precisão, tanto em relação ao alfa de Cronbach ($\alpha=0,95$) quanto pela precisão real encontrada de acordo com o modelo de Rasch ($\alpha=0,92$). A EBADEP-A pode ser aplicada tanto individual quanto coletivamente.

3.2.4 Escala de Percepção do Suporte Social Versão Adulto (EPSUS-A) (Cardoso & Baptista, 2016)

A Escala de Percepção do Suporte Social Versão Adulto (EPSUS-A) avalia o quanto as pessoas percebem as relações sociais em termos de afetividade, interações sociais, auxílios de ordem prática que os auxiliem no processo de tomada de decisões e enfrentamento de

problemas. É destinada a pessoas de 18 a 62 anos e pode ser aplicada tanto individual quanto coletivamente.

A análise fatorial da EPSUS-A, inicialmente foi composta por 77 itens, e, por meio dessa, foi possível evidenciar validade com base na estrutura interna para a EPSUS-A. Nesse sentido, a escala ficou composta por 36 itens, aglutinados em quatro fatores, quais sejam: afetivos (composto por 17 itens; ‘Demonstram carinho por mim’; $\alpha=0,92$); interações sociais (cinco itens, e.g., ‘Me convidam para atividades sociais’; $\alpha=0,75$); instrumental (sete itens, e.g., ‘Me fornecem alimentação quanto preciso’; $\alpha=0,82$) e enfrentamento de problemas (sete itens; ‘Discutem meus problemas’; $\alpha=0,83$).

3.2.5 Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) (Baptista, 2010)

O objetivo deste inventário é identificar a percepção que o indivíduo possui do suporte familiar e das relações familiares em termos de afetividade, autonomia e adaptação entre os membros. Pode ser aplicado à estrutura familiar de base (pai, mãe, irmãos, outros) ou à família de criação (tios, padrinhos, outros), que não necessariamente será nuclear ou de estrutura tradicional. Também poderá ser avaliada a percepção da família atual, se o indivíduo for casado ou amasiado, tendo ou não filhos.

Destinado a pessoas entre 11 e 57 anos, o instrumento possui 42 itens distribuídos em três dimensões: Afetivo-Consistente (composto por 21 itens; e.g., ‘As pessoas da minha filha sabem quando alguma coisa ruim aconteceu comigo, mesmo eu não falando’; $\alpha=0,91$); Adaptação Familiar (13 itens, pontuados de forma inversa; e.g., ‘Em minha família brigamos e gritamos uns com os outros’; $\alpha=0,83$); e Autonomia Familiar (oito itens; e.g., ‘Minha família permite que eu seja do jeito que eu quero ser’; $\alpha=0,80$). O IPSF pode ser aplicado tanto individual quanto coletivamente.

3.3 PROCEDIMENTOS

Após a obtenção da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco, sob número de protocolo CAAE 42917015.4.0000.5514, da autorização da Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe, os participantes diagnosticados com depressão ou com hipótese diagnóstica primária de depressão foram recrutados nos serviços de saúde mental do Estado de Sergipe para compor a amostra clínica. Da mesma forma, após a autorização da universidade particular onde foram coletados os dados, localizada no município de Aracaju-SE, os estudantes foram convidados a participar da pesquisa para compor a amostra universitária.

A todos os participantes que aceitaram participar da pesquisa foi entregue, lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). Após isso, eles foram convidados a responder um questionário de identificação e os instrumentos da pesquisa. O tempo aproximado de aplicação dos instrumentos e da explicação dos avaliadores foi de aproximadamente 50 minutos.

A coleta de dados com os participantes da amostra clínica foi realizada de forma individual nas Unidades Básicas de Saúde, enquanto que a coleta de dados da amostra universitária foi realizada em grupos, de forma coletiva, sendo os instrumentos aplicados em salas de aula. Ambas as amostras reponderam a todos os instrumentos: Questionário de Identificação; Escala de Autorregulação Emocional Versão Adulto (EARE-A), Escala Baptista de Depressão Versão Adulto (EBADEP-A), Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e Escala de Percepção do Suporte Social Versão Adulto (EPSUS-A).

3.4 ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente, para caracterização da amostra, foram realizadas análises descritivas (frequências, médias e desvios-padrão) dos dados sociodemográficos da amostra total e das

amostras clínica e universitária e dos dados de variáveis clínicas, isto é, diagnóstico de depressão, tentativa de suicídio, uso de medicação, existência de casos na família de depressão e tentativa de suicídio, e escores normativos dos instrumentos utilizados (EBADEP-A, IPSF e EPSUS-A).

Na sequência, para responder ao primeiro objetivo específico deste trabalho, a fim de investigar a estrutura fatorial interna da EARE-A e compará-la à estrutura proposta pelo estudo psicométrico prévio da escala (Noronha et al., 2018), o banco de dados da amostra universitária foi dividido aleatoriamente em duas metades (cada uma com 316 participantes) a partir do comando de divisão aleatória do *software* SPSS.

Em uma metade, foi conduzida uma Análise Fatorial Exploratória (AFE) utilizando o método de estimação *Weighted Least Squares Means and Variance Adjusted* (WLSMV) no Mplus, versão 7.0, dada a natureza categórica ordinal das respostas aos itens da escala. O número de fatores a serem retidos foi definido a partir do método de análises paralelas e a partir da análise dos índices de ajuste dos modelos na AFE. Foram calculados índices CFI, TLI, RMSEA com intervalo de confiança de 90% e SRMR. Valores de CFI e TLI iguais ou mais altos que 0,90 representam ajuste aceitável e iguais ou mais altos que 0,95 ajuste ótimo. Valores de RMSEA e SRMR iguais ou mais baixos que 0,08 representam ajuste aceitável e iguais ou mais baixos que 0,05 ajuste ótimo (Brown, 2006; Hu & Bentler, 1999).

Na outra metade, foram conduzidas Análises Fatoriais Confirmatórias (AFCs) utilizando método de estimação WLSMV para verificar o ajuste da estrutura proposta pela AFE com a primeira metade do banco e o ajuste da estrutura original de quatro fatores proposta pelos estudos psicométricos prévios da escala. Foram calculados índices CFI, TLI e RMSEA com intervalo de confiança de 90% para as AFC. Pesos de regressão padronizados (i.e., cargas fatoriais) dos itens em cada fator foram calculados tanto na AFE quanto nas AFCs e considerados adequados se iguais ou superiores a 0,30.

Para a avaliação das evidências de confiabilidade da EARE-A, foram calculados os coeficientes de confiabilidade composta (Raykov, 1997) e variância média extraída (Valentini & Damásio, 2016) para análise da precisão dos escores dos fatores. Em seguida, foram realizadas análises estatísticas descritivas de frequências, médias e desvios-padrão, e testes-t para comparação das médias dos escores na EBADEP-A, no IPSF, na EPSUS-A e na EARE-A entre os seguintes grupos: amostras clínica e universitária; participantes com e sem diagnóstico de depressão; participantes com e sem histórico de tentativa de suicídio; homens e mulheres; participantes que fazem e não fazem uso de medicação; participantes com e sem histórico de tentativa de suicídio na família; participantes com e sem histórico de familiar com depressão no passado; e participantes que estão e não estão envolvidos em um relacionamento amoroso. Posteriormente, foram realizadas análises de correlação bivariada de Pearson entre as variáveis contínuas de idade, escolaridade e os escores na EBADEP-A, no IPSF, na EPSUS-A e na EARE-A.

Por fim, para responder ao último objetivo específico do presente estudo, foram realizadas análises de regressão linear, utilizando método enter de entrada de variáveis no modelo, para os dois desfechos de interesse (variáveis dependentes): o escore de sintomas depressivos (i.e., escore na EBADEP-A) e o escore de autorregulação emocional (i.e., escore total na EARE-A).

Para o desfecho (variável dependente) de sintomas depressivos, foram calculados dois modelos: Modelo 1) Variáveis independentes: escores de todos os fatores do IPSF, da EPSUS-A e da EARE-A; Modelo 2) Variáveis independentes: escores totais do IPSF, da EPSUS-A e da EARE-A.

De forma similar, para o desfecho (variável dependente) de autorregulação emocional, foram calculados dois modelos: Modelo 3) Variáveis independentes: escores de todos os fatores do IPSF e da EPSUS-A e o escore da EBADEP-A; Modelo 4) Variáveis independentes: escores

totais do IPSF, da EPSUS-A e da EBADEP-A. Por fim, este último modelo de regressão tendo como desfecho (variável dependente) o escore de autorregulação emocional foi calculado novamente, da seguinte forma: Modelo 5) Variáveis independentes: escores totais do IPSF, da EPSUS-A e da EBADEP-A, sexo do participante, estado civil, diagnóstico ou não de depressão, existência ou não de tentativa de suicídio, uso ou não de medicação e existência ou não de casos de depressão atuais na família.

4. RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da amostra total e das amostras universitária e clínica. Para a amostra total, a maioria dos participantes foi composta por mulheres (66,7%). As idades variaram entre 18 e 60 anos, com média de 23,8 ($DP = 8,1$). A maioria era solteira (83,6%), com nível de escolaridade superior incompleto (90,9%). Acerca do curso superior que prestavam, 48,6% cursavam Psicologia e 51,4% cursavam outras graduações. A família avaliada pelos participantes para fins de percepção de suporte familiar foi a nuclear para 85,5% deles e a constituída para os demais 14,5%. Sobre com quem residiam, 70,6% residiam com a família nuclear, 15,2% com a família constituída, 4,8% sozinhos e 9,3% com outras configurações. Para as amostras universitária e clínica as características sociodemográficas foram similares quanto ao sexo, idade, estado civil e curso que prestavam. Quanto à escolaridade, a amostra clínica contou com participantes com nível de escolaridade fundamental e médio incompleto, não presentes na amostra universitária, ao passo que a amostra universitária contou com participantes com pós-graduação, não presentes na amostra clínica. Quanto à família avaliada, a amostra clínica contou com mais participantes que avaliaram sua família constituída e relataram residir com família constituída do que a amostra universitária; no entanto, ainda assim, a família nuclear foi a resposta para a maioria nas duas amostras. A Tabela 1 detalha ainda demais dados sociodemográficos da amostra relativos à configuração familiar do participante, como se possuem pais separados e há quanto tempo, se são ou já foram casados e por quantas separações passaram.

Tabela 1

Análise descritiva de caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

	Amostra total (<i>N</i> = 712)		Amostra universitária (<i>n</i> = 632)		Amostra clínica (<i>n</i> = 80)	
Sexo <i>n</i> (%)						
Masculino	237	(33,29)	219	(34,65)	18	(22,50)
Feminino	475	(66,71)	413	(65,35)	62	(77,50)
Idade <i>M</i> (<i>DP</i>)	23,86	(8,13)	23,27	(7,46)	28,46	(11,19)
Idade <i>Min–Max</i>	18	60	18	58	18	60
Estado civil <i>n</i> (%)						
Solteiro	594	(83,66)	541	(85,87)	53	(66,25)
Casado/União estável	93	(13,10)	75	(11,90)	18	(22,50)
Divorciado/Separado	21	(2,96)	14	(2,22)	7	(8,75)
Viúvo	2	(0,28)	--	--	2	(2,50)
Escolaridade <i>n</i> (%)						
Fundamental incompleto	11	(1,55)	--	--	11	(14,10)
Fundamental completo	4	(0,56)	--	--	4	(5,13)
Médio incompleto	2	(0,28)	--	--	2	(2,56)
Médio completo	14	(1,98)	3	(0,48)	11	(14,10)
Superior incompleto	644	(90,96)	596	(94,60)	48	(61,54)
Superior completo	26	(3,67)	24	(3,81)	2	(2,56)
Especialização	5	(0,71)	5	(0,79)	--	--
Mestrado	1	(0,14)	1	(0,16)	--	--
Doutorado	1	(0,14)	1	(0,16)	--	--
Curso <i>n</i> (%)						
Psicologia	335	(48,62)	309	(48,89)	26	(45,61)
Outros	354	(51,38)	323	(51,11)	31	(54,39)
Família avaliada <i>n</i> (%)						
Família nuclear	572	(85,50)	516	(87,46)	56	(70,89)
Família constituída	97	(14,50)	74	(12,54)	23	(29,11)
Reside <i>n</i> (%)						
Com família nuclear	454	(70,61)	414	(72,63)	40	(54,79)
Com família constituída	98	(15,24)	77	(13,51)	21	(28,77)
Sozinho(a)	31	(4,82)	25	(4,39)	6	(8,22)
Outros	60	(9,33)	54	(9,47)	6	(8,22)
Pais separados <i>n</i> (%)						
Sim	271	(40,21)	244	(40,67)	27	(36,49)
Não	403	(59,79)	356	(59,33)	47	(63,51)
Anos separação pais <i>M</i> (<i>DP</i>)	8,25	(6,66)	8,18	(6,70)	8,83	(6,41)
Anos separação pais <i>Min–Max</i>	0	40	0	40	1	25
Já foi casado(a) <i>n</i> (%)						
Nunca se separou	73	(66,36)	60	(71,43)	13	(50,00)
Primeira separação	31	(28,18)	21	(25,00)	10	(38,46)
Segunda separação	4	(3,64)	3	(3,57)	1	(3,85)
Terceira separação ou mais	2	(1,82)	--	--	2	(7,69)

Tabela 1

Análise descritiva de caracterização sociodemográfica e clínica da amostra (continuação)

	Amostra total (<i>N</i> = 712)		Amostra universitária (<i>n</i> = 632)		Amostra clínica (<i>n</i> = 80)	
Diagnóstico <i>n</i> (%)						
Sem depressão	617	(86,90)	617	(97,60)	--	--
Com depressão	86	(11,70)	6	(0,90)	80	(100,0)
Não informado	9	(1,40)	9	(1,40)	--	--
Anos diagnóstico <i>M</i> (<i>DP</i>)	16,79	(8,16)	16,03	(7,70)	18,16	(8,86)
Anos diagnóstico <i>Min–Max</i>	1	41	1	37	2	41
Tentativa de suicídio <i>n</i> (%)						
Sim	101	(14,60)	72	(11,63)	29	(39,73)
Não	591	(85,40)	547	(88,37)	44	(60,27)
Número tentativas suicídio <i>M</i> (<i>DP</i>)	1,72	(1,04)	1,63	(1,04)	1,90	(1,04)
Número tentativas suicídio <i>Min–Max</i>	Min: 1	Max: 7	Min: 1	Max: 7	Min: 1	Max: 5
Uso de medicação <i>n</i> (%)						
Sim	49	(7,04)	8	(1,29)	41	(53,25)
Não	647	(92,96)	611	(98,71)	36	(46,75)
Familiar depressão atual <i>n</i> (%)						
Sim	243	(34,76)	198	(31,99)	45	(56,25)
Não	456	(65,24)	421	(68,01)	35	(43,75)
Familiar depressão passado <i>n</i> (%)						
Sim	258	(37,34)	220	(35,71)	38	(50,67)
Não	433	(62,66)	396	(64,29)	37	(49,33)
Tentativa suicídio na família <i>n</i> (%)						
Sim	120	(17,32)	104	(16,83)	16	(21,33)
Não	573	(82,68)	514	(83,17)	59	(78,67)

Além dos dados sociodemográficos, a Tabela 1 resume dados descritivos clínicos da amostra total e das amostras. Para a amostra total, 86 participantes (11,7%) apresentavam diagnóstico de depressão, há uma média de 16,7 anos (*DP* = 8,1); 101 deles (14,6%) já haviam tentado suicídio, com uma média de 1,7 tentativas (*DP* = 1,0); e 49 deles (7,0%) fazem uso de medicação. Quanto à família, 243 participantes (34,7%) relataram ter familiares com depressão atualmente, 258 (37,3%) ter casos de familiares com depressão no passado e 120 (17,3%) ter

casos de tentativa de suicídio na família. Para a amostra universitária, 6 participantes (1,0%) apresentavam diagnóstico de depressão, há uma média de 16,0 anos ($DP = 7,7$); 72 deles (11,6%) já haviam tentado suicídio, com uma média de 1,6 tentativas ($DP = 1,0$); e 8 deles (1,3%) fazem uso de medicação. Quanto à família, 198 participantes (32,0%) relataram ter familiares com depressão atualmente, 220 (35,7%) ter casos de familiares com depressão no passado e 104 (16,8%) ter casos de tentativa de suicídio na família. Para a amostra clínica, todos os participantes (100,0%) apresentavam diagnóstico de depressão, há uma média de 18,2 anos ($DP = 8,9$); 29 deles (39,7%) já haviam tentado suicídio, com uma média de 1,9 tentativas ($DP = 1,0$); e 41 deles (53,3%) fazem uso de medicação. Quanto à família, 45 participantes (56,3%) relataram ter familiares com depressão atualmente, 38 (50,7%) ter casos de familiares com depressão no passado e 16 (21,3%) ter casos de tentativa de suicídio na família.

A Tabela 2 apresenta a descrição da frequência de participantes em cada umas das categorias normativas dos escores nos instrumentos de depressão (EBADEP-A), percepção de suporte familiar (IPSF) e percepção do suporte social (EPSUS-A) para a amostra total e para as amostras. Como esperado, a amostra clínica apresentou maior frequência de participantes nas categorias de sintomatologia de depressão severa (19,7%), moderada (37,7%) e leve (19,7%) do que a amostra universitária (frequências variando entre 0,5% e 10,5%) e a amostra total (frequências variando entre 2,3% e 11,4%). Quanto à percepção de suporte familiar, para o escore total, a maioria da amostra clínica apresentou níveis baixos (67,2%), enquanto que na amostra universitária a frequência de participantes com níveis baixos não atingiu a metade (41,2%). De forma similar, quanto à percepção de suporte social, para o escore total, a maioria da amostra clínica apresentou níveis baixos (54,3%), enquanto que na amostra universitária a frequência de participantes com níveis baixos não atingiu um quarto do total (23,6%). Os demais dados de frequências para as categorias normativas dos subescores de percepção de suporte familiar e social estão detalhados na Tabela 2.

Tabela 2

Categorias normativas dos escores nos instrumentos de depressão, percepção de suporte familiar e percepção do suporte social

	Amostra total (N = 712)		Amostra universitária (n = 632)		Amostra clínica (n = 80)	
Categorias EBADEP n (%)						
Sem sintomas	490	75,27	476	80,68	14	22,95
Sintomatologia leve	74	11,37	62	10,51	12	19,67
Sintomatologia moderada	72	11,06	49	8,31	23	37,70
Sintomatologia severa	15	2,30	3	0,51	12	19,67
Categorias IPSF Total n (%)						
Baixo	262	44,03	219	41,24	43	67,19
Médio baixo	145	24,37	131	24,67	14	21,88
Médio alto	98	16,47	96	18,08	2	3,13
Alto	90	15,13	85	16,01	5	7,81
Categorias IPSF Afetivo-Consistente n (%)						
Baixo	258	40,31	213	37,63	45	60,81
Médio baixo	181	28,28	167	29,51	14	18,92
Médio alto	94	14,69	86	15,19	8	10,81
Alto	107	16,72	100	17,67	7	9,46
Categorias IPSF Adaptação Familiar n (%)						
Baixo	237	36,35	183	31,55	54	75,00
Médio baixo	140	21,47	130	22,41	10	13,89
Médio alto	122	18,71	116	20,00	6	8,33
Alto	153	23,47	151	26,03	2	2,78
Categorias IPSF Autonomia Familiar n (%)						
Baixo	199	30,02	161	27,52	38	48,72
Médio baixo	176	26,55	161	27,52	15	19,23
Médio alto	139	20,97	125	21,37	14	17,95
Alto	149	22,47	138	23,59	11	14,10
Categorias EPSUS Total n (%)						
Baixo	160	27,21	122	23,55	38	54,29
Médio baixo	105	17,86	96	18,53	9	12,86
Médio alto	133	22,62	120	23,17	13	18,57
Alto	190	32,31	180	34,75	10	14,29
Categorias EPSUS Afetivo n (%)						
Baixo	166	25,82	128	22,57	38	50,00
Médio baixo	143	22,24	130	22,93	13	17,11
Médio alto	119	18,51	105	18,52	14	18,42
Alto	215	33,44	204	35,98	11	14,47

Tabela 2

Categorias normativas dos escores nos instrumentos de depressão, percepção de suporte familiar e percepção do suporte social (continuação)

	Amostra total (N = 712)		Amostra universitária (n = 632)		Amostra clínica (n = 80)	
Categorias EPSUS Interações Sociais n (%)						
Baixo	151	22,64	119	20,14	32	42,11
Médio baixo	141	21,14	127	21,49	14	18,42
Médio alto	149	22,34	134	22,67	15	19,74
Alto	226	33,88	211	35,70	15	19,74
Categorias EPSUS Instrumental n (%)						
Baixo	131	19,70	100	17,04	31	39,74
Médio baixo	104	15,64	94	16,01	10	12,82
Médio alto	174	26,17	158	26,92	16	20,51
Alto	256	38,50	235	40,03	21	26,92
Categorias EPSUS Enfrentamento de Problemas n (%)						
Baixo	179	26,60	138	23,19	41	52,56
Médio baixo	94	13,97	88	14,79	6	7,69
Médio alto	195	28,97	177	29,75	18	23,08
Alto	205	30,46	192	32,27	13	16,67

Os resultados referentes às propriedades psicométricas da EARE-A exigiram inicialmente que fosse investigada a estrutura interna da escala, a partir de análises fatoriais exploratória e confirmatória. Para a extração e retenção dos fatores na análise fatorial exploratória (AFE), os resultados da análise paralela indicaram o número de três fatores. A Tabela 3 apresenta os índices de ajuste da AFE com três fatores conduzida a partir do método de estimação WLSMV com uma metade aleatória do banco de dados da amostra universitária. A estrutura de três fatores apresentou índices de ajuste aceitáveis (i.e., CFI e TLI > 0,90 e RMSEA e SRMR < 0,08). Com a outra metade do banco foram testados modelos confirmatórios com três e quatro fatores, este último provindo do estudo original da EARE.

Tabela 3

Índices de ajuste dos modelos testados por Análises Fatoriais Exploratória e Confirmatória para a Escala de Autorregulação Emocional Versão Adulto (EARE-A)

	χ^2	df	CFI	TLI	RMSEA	90% CI	SRMR
Análise Fatorial Exploratória – 3 fatores	1243.54	462	.934	.919	.073	[.068 - .078]	.063
Análise Fatorial Confirmatória – 3 fatores (estrutura proposta pela AFE)	1069.06	524	.957	.954	.057	[.053 - .062]	
Análise Fatorial Confirmatória – 4 fatores (estrutura original estudos prévios)	972.16	521	.964	.961	.052	[.047 - .058]	

A distribuição dos itens nos três fatores extraídos e suas respectivas cargas fatoriais estão descritas na Tabela 4. O primeiro fator foi composto por quinze itens, referentes a estratégias adequadas de enfrentamento e avaliação positiva da experiência. O segundo fator foi composto por doze itens, referentes a estratégias desadaptativas de pessimismo, negativismo, *freezing* e incompreensão. O terceiro fator foi composto por sete itens, referentes a estratégias desadaptativas de agressividade externalizada. No entanto, é preciso ressaltar que todos os itens do fator 3 apresentaram cargas cruzadas (i.e., acima de 0,40) com o fator 2. Em alguns casos tais cargas foram mais altas no fator 2 do que no fator 3 (itens 7, 29 e 32), mas uma vez que a escrita dos itens se relacionava à exteriorização de agressividade, estes itens foram mantidos no fator 3. Alguns itens apresentaram ainda cargas cruzadas em sentidos inversos entre fatores: os itens 25 e 26 entre os fatores 1 (com carga positiva) e 3 (com carga negativa); e os itens 21 e 22 entre os fatores 2 (com carga positiva) e 3 (com carga negativa).

Tabela 4

Distribuição dos itens e cargas fatoriais do modelo de três fatores extraído por Análise Fatorial

Exploratória para a Escala de Autorregulação Emocional Versão Adulto (EARE-A)

	Fator 1 – Estratégias Adequadas de Enfrentamento	Fator 2 – Pessimismo e <i>Freezing</i>	Fator 3 – Agressividade Externalizada
Item 13	0,855	-0,001	0,049
Item 12	0,835	-0,020	0,112
Item 10	0,818	0,012	0,040
Item 09	0,797	-0,104	0,005
Item 14	0,787	0,007	-0,047
Item 27	0,738	0,150	0,066
Item 11	0,730	-0,074	-0,091
Item 26	0,723	0,039	-0,404
Item 08	0,697	0,032	-0,039
Item 03	0,697	-0,050	0,042
Item 25	0,672	-0,003	-0,408
Item 28	0,593	0,247	-0,117
Item 34	0,576	0,120	0,076
Item 18	0,446	-0,140	-0,033
Item 01	0,396	-0,071	0,004
Item 22	-0,036	0,907	-0,323
Item 21	0,027	0,854	-0,309
Item 23	0,006	0,833	-0,222
Item 20	-0,027	0,829	-0,184
Item 17	0,174	0,695	0,247
Item 19	0,263	0,669	-0,006
Item 04	-0,069	0,650	0,059
Item 24	0,165	0,650	-0,157
Item 16	0,151	0,640	0,207
Item 02	0,056	0,608	0,014
Item 06	0,125	0,590	0,162
Item 05	0,273	0,580	-0,039
Item 30	0,013	0,456	0,624
Item 31	-0,021	0,470	0,612
Item 15	-0,003	0,472	0,528
Item 33	-0,069	0,417	0,477
Item 29	0,028	0,509	0,461
Item 32	0,021	0,427	0,385
Item 07	-0,105	0,565	0,351

Após a realização da AFE, como demonstrado na Tabela 3, foram conduzidas duas análises fatoriais confirmatórias (AFCs) a partir do método de estimação WLSMV com a segunda metade aleatória do banco de dados da amostra universitária. Foram testados o modelo da estrutura de três fatores proposta pela AFE com a primeira metade do banco e o modelo da estrutura original de quatro fatores proposta pelo estudo psicométrico prévio da escala (Noronha et al., 2018). A Tabela 3 apresenta os índices de ajuste das AFCs. Ambos os modelos apresentaram bons índices de ajuste (i.e., CFI e TLI > 0,95 e RMSEA < 0,08).

As Tabelas 5 e 6 descrevem as cargas fatoriais dos itens nos modelos testados por AFC das estruturas de três e quatro fatores, respectivamente. Em ambas as análises, todos os itens demonstraram cargas adequadas (i.e., acima de 0,30) nos fatores a que foram alocados.

Quanto às evidências de confiabilidade da EARE-A, para o modelo de três fatores, os resultados indicaram bons índices de confiabilidade composta, com valores entre 0,863 e 0,944 (Tabela 5). Os valores de variância média extraída foram bons para o fator 1 (0,502) e o fator 2 (0,594), tendo somente o fator 3 ficado abaixo de 0,50 (0,478) (Tabela 5). Para o modelo de quatro fatores, os resultados também indicaram bons índices de confiabilidade composta, com valores entre 0,863 e 0,952 (Tabela 6). De forma similar, os valores de variância média extraída foram bons para o fator 1 (0,502), o fator 2 (0,528) e o fator 3 (0,770), tendo somente o fator 4 ficado abaixo de 0,50 (0,478) (Tabela 6).

Tabela 5

Cargas fatoriais dos itens no modelo de três fatores testado por Análise Fatorial Confirmatória para a Escala de Autorregulação Emocional Versão Adulto (EARE-A)

	Fator 1 – Estratégias Adequadas de Enfrentamento	Fator 2 – Pessimismo e <i>Freezing</i>	Fator 3 – Agressividade Externalizada
Item 10	0,855		
Item 13	0,854		
Item 27	0,821		
Item 14	0,802		
Item 28	0,791		
Item 12	0,790		
Item 26	0,789		
Item 25	0,725		
Item 08	0,674		
Item 11	0,667		
Item 34	0,645		
Item 09	0,644		
Item 03	0,601		
Item 01	0,405		
Item 18	0,321		
Item 22		0,934	
Item 21		0,898	
Item 23		0,888	
Item 20		0,849	
Item 19		0,833	
Item 17		0,831	
Item 24		0,780	
Item 16		0,773	
Item 05		0,728	
Item 02		0,571	
Item 04		0,505	
Item 06		0,493	
Item 29			0,857
Item 32			0,743
Item 15			0,717
Item 31			0,685
Item 30			0,652
Item 07			0,581
Item 33			0,560
CC	0,935	0,944	0,863
VME	0,502	0,594	0,478

Nota. CC: Coeficiente de Confiabilidade Composta; VME: Variância Média Extraída

Tabela 6

Cargas fatoriais dos itens no modelo de quatro fatores testado por Análise Fatorial Confirmatória para a Escala de Autorregulação Emocional Versão Adulto (EARE-A)

	Fator 1 – Estratégias Adequadas de Enfrentamento	Fator 2 – <i>Freezing</i>	Fator 3 – Pessimismo	Fator 4 – Agressividade Externalizada
Item 10	0,855			
Item 13	0,854			
Item 27	0,820			
Item 14	0,802			
Item 28	0,791			
Item 12	0,790			
Item 26	0,788			
Item 25	0,725			
Item 08	0,675			
Item 11	0,667			
Item 09	0,644			
Item 34	0,644			
Item 03	0,601			
Item 01	0,405			
Item 18	0,322			
Item 17		0,907		
Item 16		0,830		
Item 05		0,810		
Item 02		0,629		
Item 04		0,558		
Item 06		0,541		
Item 22			0,938	
Item 21			0,907	
Item 23			0,898	
Item 20			0,861	
Item 19			0,858	
Item 24			0,796	
Item 29				0,858
Item 32				0,743
Item 15				0,717
Item 31				0,685
Item 30				0,651
Item 07				0,581
Item 33				0,559
CC	0,935	0,866	0,952	0,863
VME	0,502	0,528	0,770	0,478

Nota. CC: Coeficiente de Confiabilidade Composta; VME: Variância Média Extraída

Em resumo, os resultados quanto aos índices de ajuste e cargas fatoriais nas AFCs e os resultados de confiabilidade composta e variância média extraída sustentam a a estabilidade dos escores dos fatores nos modelos de três e de quatro fatores da EARE-A. No presente trabalho, optou-se por utilizar o modelo de quatro fatores para as demais análises investigando evidências de validade de critério da escala, com a finalidade de oferecer resultados comparáveis àqueles encontrados no estudo de desenvolvimento do instrumento, além do que os índices de ajuste se mostraram mais adequados ao modelo de quatro fatores (Noronha et al., 2018).

Para a investigação de evidências de validade de critério da EARE-A, é importante salientar que a correção e o somatório dos itens na escala foram realizados de forma que, para os escores dos quatro fatores, valores mais altos indicam maior uso de estratégias adaptativas. Essa indicação é válida inclusive para os fatores nomeados como estratégias desadaptativas, isto é, escores mais altos nos fatores Agressividade Externalizada, Pessimismo e *Freezing* da EARE-A indicam, na verdade, menor uso de agressividade externalizada, pessimismo e paralisação, ou seja, uso mais adequado de estratégias de autorregulação emocional nestas dimensões. A criação dos escores foi realizada desta forma para que fosse possível calcular um escore total para a EARE-A somando-se de forma direta o escore do fator de Estratégias Adequadas de Enfrentamento aos escores destes outros três fatores. Assim, também para o escore total da EARE-A, valores mais altos indicam maior uso de estratégias adaptativas de autorregulação emocional.

Na análise de validade de critério pela comparação entre grupos, os resultados da comparação entre as amostras universitária e clínica demonstraram que todos os instrumentos analisados apresentaram diferenças significativas entre os grupos. A amostra clínica demonstrou escores mais altos de sintomas depressivos, enquanto que a universitária demonstrou escores mais altos de suporte familiar (em todos os fatores e no escore total), de

suporte social (em todos os fatores e no escore total) e de autorregulação emocional (em todos os fatores e no escore total) (Tabela 7). Considerando o tamanho de efeito dessas diferenças, o escore total da EARE (d de Cohen = 1,57) e o escore total da EBADEP (d de Cohen = 1,56) foram aqueles que apresentaram maior tamanho de efeito na comparação entre as duas amostras. Dentre os fatores da EARE-A, o fator *Freezing* apresentou o maior tamanho de efeito quanto à diferença entre as amostras (Tabela 7).

Tabela 7

Comparação entre as amostras universitária e clínica para os escores de sintomas depressivos, percepção de suporte familiar, percepção do suporte social e autorregulação emocional

Amostra	Universitária		Clínica		Estatísticas teste-t			
	<i>M</i>	(<i>DP</i>)	<i>M</i>	(<i>DP</i>)	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d Cohen</i>
EBADEP – Escore Total	38,03	(24,18)	79,79	(29,16)	-10,81	68,80	< 0,001	1,56
IPSF – Afetivo-Consistente	24,13	(8,86)	19,15	(10,70)	3,83	86,61	< 0,001	0,51
IPSF – Adaptação Familiar	19,75	(5,02)	14,25	(5,73)	8,62	650	< 0,001	1,02
IPSF – Autonomia Familiar	11,74	(8,77)	9,40	(4,68)	2,31	662	0,021	0,33
IPSF – Escore Total	55,63	(17,06)	42,94	(18,82)	5,15	75,99	< 0,001	0,71
EPSUS – Afetivo	38,41	(9,30)	29,38	(13,51)	5,65	84,79	< 0,001	0,78
EPSUS – Interações Sociais	9,32	(3,22)	7,21	(4,00)	4,40	87,92	< 0,001	0,58
EPSUS – Instrumental	15,19	(4,79)	12,63	(5,87)	3,68	91,09	< 0,001	0,48
EPSUS – Enfrentamento de Problemas	13,54	(4,34)	10,45	(5,31)	4,93	90,99	< 0,001	0,64
EPSUS – Escore Total	76,86	(18,82)	60,29	(25,89)	5,17	79,15	< 0,001	0,74
EARE – Estratégias Adequadas de Enfrentamento	39,01	(12,48)	24,97	(11,81)	9,12	606	< 0,001	1,16
EARE – Agressividade Externalizada	23,73	(4,83)	19,39	(7,35)	4,98	82,64	< 0,001	0,70
EARE – Pessimismo	17,56	(6,44)	9,29	(7,28)	9,37	89,45	< 0,001	1,20
EARE – <i>Freezing</i>	15,66	(5,46)	7,42	(5,27)	12,40	640	< 0,001	1,54
EARE – Escore Total	95,78	(23,26)	60,25	(22,01)	11,78	542	< 0,001	1,57

Nota. EBADEP: Escala Baptista de Depressão; IPSF: Inventário de Percepção de Suporte Familiar; EPSUS: Escala de Percepção do Suporte Social; EARE: Escala de Autorregulação Emocional.

De forma similar, na comparação entre os participantes com e sem diagnóstico de depressão, todos os instrumentos analisados apresentaram diferenças significativas entre os grupos. Os participantes com diagnóstico demonstraram escores mais altos de sintomas depressivos, enquanto que aqueles sem diagnóstico demonstraram escores mais altos de suporte familiar (em todos os fatores e no escore total), de suporte social (em todos os fatores e no escore total) e de autorregulação emocional (em todos os fatores e no escore total) (Tabela 8).

Tabela 8

Comparação entre participantes com e sem diagnóstico de depressão para os escores de sintomas depressivos, percepção de suporte familiar, percepção do suporte social e autorregulação emocional

Diagnóstico de depressão	Com depressão		Sem depressão		Estatísticas teste-t		
	<i>M</i>	<i>(DP)</i>	<i>M</i>	<i>(DP)</i>	<i>T</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
EBADEP – Escore Total	77,56	(31,23)	37,93	(24,00)	-9,76	70,19	< 0,001
IPSF – Afetivo-Consistente	20,40	(10,97)	24,04	(8,90)	2,78	90,35	0,007
IPSF – Adaptação Familiar	14,88	(6,02)	19,73	(4,99)	6,67	87,90	< 0,001
IPSF – Autonomia Familiar	9,72	(4,77)	11,74	(8,84)	2,02	653	0,044
IPSF – Escore Total	45,21	(19,59)	55,55	(17,09)	4,12	79,38	< 0,001
EPSUS – Afetivo	29,98	(13,58)	38,44	(9,28)	5,40	89,91	< 0,001
EPSUS – Interações Sociais	7,48	(4,04)	9,30	(3,23)	3,84	92,12	< 0,001
EPSUS – Instrumental	12,81	(5,84)	15,21	(4,80)	3,53	95,83	0,001
EPSUS – Enfrentamento de Problemas	10,65	(5,38)	13,56	(4,35)	4,69	96,42	< 0,001
EPSUS – Escore Total	61,65	(26,07)	76,97	(18,82)	4,87	84,40	< 0,001
EARE – Estratégias Adequadas de Enfrentamento	25,73	(12,15)	39,12	(12,44)	8,74	599	< 0,001
EARE – Agressividade Externalizada	18,96	(7,60)	23,84	(4,65)	5,49	84,04	< 0,001
EARE – Pessimismo	9,75	(7,60)	17,55	(6,44)	8,59	91,24	< 0,001
EARE – <i>Freezing</i>	7,90	(5,73)	15,66	(5,45)	11,68	632	< 0,001
EARE – Escore Total	60,97	(22,61)	96,08	(23,22)	11,69	535	< 0,001

Nota. EBADEP: Escala Baptista de Depressão; IPSF: Inventário de Percepção de Suporte Familiar; EPSUS: Escala de Percepção do Suporte Social; EARE: Escala de Autorregulação Emocional.

Seguindo o mesmo padrão, na comparação entre os participantes com e sem histórico de tentativa de suicídio, todos os instrumentos analisados apresentaram diferenças significativas

entre os grupos. Os participantes com histórico demonstraram escores mais altos de sintomas depressivos, enquanto que aqueles sem histórico demonstraram escores mais altos de suporte familiar (em todos os fatores e no escore total), de suporte social (em todos os fatores e no escore total) e de autorregulação emocional (em todos os fatores e no escore total) (Tabela 9).

Tabela 9

Comparação entre participantes com e sem histórico de tentativa de suicídio para os escores de sintomas depressivos, percepção de suporte familiar, percepção do suporte social e autorregulação emocional

Tentativa de suicídio	Sim		Não		Estatísticas teste-t		
	<i>M</i>	(<i>DP</i>)	<i>M</i>	(<i>DP</i>)	<i>T</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
EBADEP – Escore Total	67,24	(27,44)	37,33	(24,89)	10,35	631	< 0,001
IPSF – Afetivo-Consistente	19,50	(8,73)	24,32	(9,13)	-4,66	624	< 0,001
IPSF – Adaptação Familiar	16,24	(5,77)	19,74	(5,09)	-5,49	117,8 0	< 0,001
IPSF – Autonomia Familiar	9,88	(4,16)	11,78	(9,04)	-2,01	643	0,045
IPSF – Escore Total	45,93	(15,96)	55,94	(17,52)	-4,93	582	< 0,001
EPSUS – Afetivo	32,32	(10,03)	38,38	(10,05)	-5,34	623	< 0,001
EPSUS – Interações Sociais	7,66	(3,17)	9,31	(3,36)	-4,43	647	< 0,001
EPSUS – Instrumental	13,10	(5,06)	15,27	(4,90)	-3,99	644	< 0,001
EPSUS – Enfrentamento de Problemas	10,92	(4,62)	13,61	(4,45)	-5,48	655	< 0,001
EPSUS – Escore Total	63,66	(20,44)	77,12	(19,78)	-5,70	570	< 0,001
EARE – Estratégias Adequadas de Enfrentamento	29,34	(12,53)	38,94	(12,77)	-6,42	589	< 0,001
EARE – Agressividade Externalizada	19,70	(7,36)	23,89	(4,61)	-5,23	101,0 6	< 0,001
EARE – Pessimismo	10,31	(6,84)	17,77	(6,47)	-10,18	639	< 0,001
EARE – <i>Freezing</i>	9,13	(5,74)	15,73	(5,56)	-10,56	622	< 0,001
EARE – Escore Total	68,22	(25,21)	96,18	(23,64)	-9,69	526	< 0,001

Nota. EBADEP: Escala Baptista de Depressão; IPSF: Inventário de Percepção de Suporte Familiar; EPSUS: Escala de Percepção do Suporte Social; EARE: Escala de Autorregulação Emocional.

Na comparação entre homens e mulheres, mulheres demonstraram escores mais altos de sintomas depressivos, enquanto que homens demonstraram escores mais altos de autorregulação emocional (em todos os fatores e no escore total). Não foram encontradas

diferenças significativas entre homens e mulheres nos escores de suporte familiar e suporte social (Tabela 10).

Tabela 10

Comparação entre homens e mulheres para os escores de sintomas depressivos, percepção de suporte familiar, percepção do suporte social e autorregulação emocional

Sexo	Masculino		Feminino		Estatísticas teste-t		
	<i>M</i>	<i>(DP)</i>	<i>M</i>	<i>(DP)</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
EBADEP – Escore Total	37,80	(25,99)	44,09	(28,05)	-2,78	649	0,006
IPSF – Afetivo-Consistente	22,75	(8,90)	23,94	(9,36)	-1,54	638	0,124
IPSF – Adaptação Familiar	19,35	(5,25)	19,04	(5,46)	0,68	650	0,494
IPSF – Autonomia Familiar	12,21	(13,67)	11,09	(3,72)	1,62	662	0,106
IPSF – Escore Total	54,28	(20,43)	54,26	(16,20)	0,01	594	0,991
EPSUS – Afetivo	37,90	(10,05)	37,07	(10,41)	0,96	641	0,337
EPSUS – Interações Sociais	9,28	(3,33)	8,98	(3,40)	1,09	665	0,276
EPSUS – Instrumental	14,46	(4,75)	15,10	(5,10)	-1,55	663	0,121
EPSUS – Enfrentamento de Problemas	12,95	(4,56)	13,30	(4,57)	-0,95	671	0,343
EPSUS – Escore Total	75,01	(19,94)	74,83	(20,75)	0,09	586	0,925
EARE – Estratégias Adequadas de Enfrentamento	39,33	(12,58)	36,27	(13,42)	2,72	606	0,007
EARE – Agressividade Externalizada	24,63	(4,14)	22,52	(5,76)	5,30	564,69	< 0,001
EARE – Pessimismo	17,34	(6,22)	16,25	(7,41)	1,99	523,58	0,047
EARE – <i>Freezing</i>	16,36	(5,49)	13,88	(6,15)	5,15	458,53	< 0,001
EARE – Escore Total	97,15	(22,35)	88,46	(27,06)	3,99	435,34	< 0,001

Nota. EBADEP: Escala Baptista de Depressão; IPSF: Inventário de Percepção de Suporte Familiar; EPSUS: Escala de Percepção do Suporte Social; EARE: Escala de Autorregulação Emocional.

Na comparação entre os participantes que fazem e não fazem uso de medicação, os participantes que fazem uso demonstraram escores mais altos de sintomas depressivos, enquanto que aqueles que não fazem uso demonstraram escores mais altos de suporte familiar (no fator ‘adaptação familiar’ e no escore total), de suporte social (nos fatores ‘afetivo’, ‘interações sociais’ e ‘enfrentamento de problemas’ e no escore total) e de autorregulação emocional (em todos os fatores e no escore total). Não foram encontradas diferenças

significativas entre os participantes que fazem e não fazem uso de medicação nos escores dos fatores ‘afetivo-consistente’ e ‘autonomia familiar’ de suporte familiar e do fator ‘instrumental’ de suporte social (Tabela 11).

Tabela 11

Comparação entre participantes que fazem e não fazem uso de medicação para os escores de sintomas depressivos, percepção de suporte familiar, percepção do suporte social e autorregulação emocional

Uso de medicação	Sim		Não		Estatísticas teste-t		
	<i>M</i>	<i>(DP)</i>	<i>M</i>	<i>(DP)</i>	<i>T</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
EBADEP – Escore Total	81,64	(28,96)	39,15	(25,28)	10,07	633	< 0,001
IPSF – Afetivo-Consistente	21,10	(10,57)	23,73	(9,09)	-1,92	628	0,056
IPSF – Adaptação Familiar	15,98	(5,96)	19,42	(5,22)	-4,21	637	< 0,001
IPSF – Autonomia Familiar	9,77	(4,57)	11,62	(8,73)	-1,45	647	0,147
IPSF – Escore Total	47,52	(18,05)	54,87	(17,56)	-2,66	585	0,008
EPSUS – Afetivo	31,66	(12,33)	37,84	(10,01)	-3,35	51,01	0,002
EPSUS – Interações Sociais	7,69	(3,52)	9,18	(3,35)	-2,96	651	0,003
EPSUS – Instrumental	13,92	(5,77)	14,99	(4,94)	-1,26	53,89	0,213
EPSUS – Enfrentamento de Problemas	11,27	(4,98)	13,35	(4,53)	-3,07	658	0,002
EPSUS – Escore Total	65,11	(23,85)	75,82	(20,01)	-3,43	575	0,001
EARE – Estratégias Adequadas de Enfrentamento	24,43	(12,56)	38,58	(12,62)	-7,30	592	< 0,001
EARE – Agressividade Externalizada	20,34	(6,52)	23,50	(5,17)	-3,24	50,78	0,002
EARE – Pessimismo	9,16	(7,24)	17,20	(6,73)	-7,68	643	< 0,001
EARE – <i>Freezing</i>	6,87	(4,93)	15,34	(5,69)	-9,79	627	< 0,001
EARE – Escore Total	59,86	(21,92)	94,49	(24,41)	-8,99	529	< 0,001

Nota. EBADEP: Escala Baptista de Depressão; IPSF: Inventário de Percepção de Suporte Familiar; EPSUS: Escala de Percepção do Suporte Social; EARE: Escala de Autorregulação Emocional.

Na comparação entre os participantes com e sem histórico de tentativa de suicídio na família, os participantes sem histórico demonstraram escores mais altos de autorregulação emocional (no fator ‘pessimismo’ e no escore total). Não foram encontradas diferenças significativas entre os participantes com e sem histórico de tentativa de suicídio na família nos escores de sintomas depressivos, de suporte familiar, de suporte social e dos fatores ‘estratégias

adequadas de enfrentamento’, ‘agressividade externalizada’ e ‘freezing’ de autorregulação emocional (Tabela 12).

Tabela 12

Comparação entre participantes com e sem histórico de tentativa de suicídio na família para os escores de sintomas depressivos, percepção de suporte familiar, percepção do suporte social e autorregulação emocional

Tentativa de suicídio na família	Sim		Não		Estatísticas teste-t		
	<i>M</i>	<i>(DP)</i>	<i>M</i>	<i>(DP)</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
EBADEP – Escore Total	45,34	(28,97)	40,97	(27,16)	1,49	632	0,136
IPSF – Afetivo-Consistente	23,30	(9,22)	23,68	(9,19)	-0,39	624	0,695
IPSF – Adaptação Familiar	18,65	(5,18)	19,36	(5,32)	-1,27	633	0,203
IPSF – Autonomia Familiar	10,99	(4,12)	11,61	(9,18)	-0,70	643	0,482
IPSF – Escore Total	52,85	(16,42)	54,87	(17,82)	-1,06	581	0,288
EPSUS – Afetivo	37,44	(9,97)	37,45	(10,29)	-0,01	623	0,990
EPSUS – Interações Sociais	9,03	(3,50)	9,10	(3,33)	-0,22	648	0,825
EPSUS – Instrumental	15,11	(4,95)	14,89	(5,01)	0,41	645	0,679
EPSUS – Enfrentamento de Problemas	13,44	(4,62)	13,17	(4,57)	0,58	654	0,560
EPSUS – Escore Total	75,86	(19,99)	74,97	(20,46)	0,39	570	0,693
EARE – Estratégias Adequadas de Enfrentamento	36,87	(12,41)	37,76	(13,25)	-0,61	589	0,540
EARE – Agressividade Externalizada	22,54	(5,43)	23,46	(5,21)	-1,68	623	0,093
EARE – Pessimismo	15,10	(7,78)	17,02	(6,80)	-2,45	152,55	0,015
EARE – <i>Freezing</i>	13,95	(6,05)	14,90	(6,03)	-1,49	623	0,137
EARE – Escore Total	86,49	(25,92)	93,07	(25,62)	-2,18	526	0,030

Nota. EBADEP: Escala Baptista de Depressão; IPSF: Inventário de Percepção de Suporte Familiar; EPSUS: Escala de Percepção do Suporte Social; EARE: Escala de Autorregulação Emocional.

Na comparação entre os participantes com e sem histórico de familiar com depressão no passado, os participantes com histórico demonstraram escores mais altos de sintomas depressivos, enquanto que aqueles sem histórico demonstraram escores mais altos de suporte familiar (no fator ‘adaptação familiar’ e no escore total), de suporte social (nos fatores ‘afetivo’ e ‘interações sociais’ e no escore total) e de autorregulação emocional (em todos os fatores e

no escore total). Não foram encontradas diferenças significativas entre os participantes com e sem histórico de familiar com depressão no passado nos escores dos fatores ‘afetivo-consistente’ e ‘autonomia familiar’ de suporte familiar e dos fatores ‘instrumental’ e ‘enfrentamento de problemas’ de suporte social (Tabela 13).

Tabela 13

Comparação entre participantes com e sem histórico de familiar com depressão no passado para os escores de sintomas depressivos, percepção de suporte familiar, percepção do suporte social e autorregulação emocional

Familiar com depressão no passado	Sim		Não		Estatísticas teste-t		
	<i>M</i>	(<i>DP</i>)	<i>M</i>	(<i>DP</i>)	<i>T</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
EBADEP – Escore Total	47,11	(29,30)	38,43	(25,62)	3,76	438,10	< 0,001
IPSF – Afetivo-Consistente	22,82	(9,43)	23,97	(8,99)	-1,51	623	0,131
IPSF – Adaptação Familiar	18,29	(5,82)	19,75	(4,90)	-3,24	434,88	0,001
IPSF – Autonomia Familiar	10,98	(3,86)	11,84	(10,35)	-1,24	641	0,214
IPSF – Escore Total	52,02	(17,04)	55,85	(17,70)	-2,55	581	0,011
EPSUS – Afetivo	35,87	(10,29)	38,52	(9,88)	-3,18	621	0,002
EPSUS – Interações Sociais	8,58	(3,28)	9,39	(3,38)	-3,00	646	0,003
EPSUS – Instrumental	14,59	(5,15)	15,11	(4,93)	-1,28	644	0,201
EPSUS – Enfrentamento de Problemas	12,81	(4,53)	13,49	(4,55)	-1,86	652	0,063
EPSUS – Escore Total	72,06	(20,93)	77,03	(19,63)	-2,85	569	0,005
EARE – Estratégias Adequadas de Enfrentamento	35,53	(13,37)	38,72	(12,92)	-2,86	589	0,004
EARE – Agressividade Externalizada	22,21	(5,99)	23,87	(4,78)	-3,60	393,49	< 0,001
EARE – Pessimismo	15,24	(7,82)	17,48	(6,44)	-3,73	420,31	< 0,001
EARE – <i>Freezing</i>	13,87	(6,26)	15,22	(5,85)	-2,70	623	0,007
EARE – Escore Total	86,76	(27,60)	94,77	(24,38)	-3,35	361,44	0,001

Nota. EBADEP: Escala Baptista de Depressão; IPSF: Inventário de Percepção de Suporte Familiar; EPSUS: Escala de Percepção do Suporte Social; EARE: Escala de Autorregulação Emocional.

Na comparação entre os participantes que estão e não estão envolvidos em um relacionamento amoroso, os participantes que estão em um relacionamento demonstraram escores mais altos de suporte familiar (no fator ‘afetivo-consistente’ e no escore total) e no fator ‘pessimismo’ de autorregulação emocional, enquanto que aqueles que não estão em um

relacionamento demonstraram escores mais altos de suporte social (no fator ‘instrumental’ e no escore total). Não foram encontradas diferenças significativas entre os participantes que estão e não estão envolvidos em um relacionamento amoroso nos escores de sintomas depressivos, dos fatores ‘adaptação familiar’ e ‘autonomia familiar’ de suporte familiar, dos fatores ‘afetivo’, ‘interações sociais’ e ‘enfrentamento de problemas’ de suporte social, e dos fatores ‘estratégias adequadas de enfrentamento’, ‘agressividade externalizada’ e ‘freezing’ e do escore total de autorregulação emocional (Tabela 14).

Tabela 14

Comparação entre participantes que estão e não estão envolvidos em um relacionamento amoroso para os escores de sintomas depressivos, percepção de suporte familiar, percepção do suporte social e autorregulação emocional

Estado civil	Sem relação amorosa		Em relação amorosa		Estatísticas teste-t		
	<i>M</i>	<i>(DP)</i>	<i>M</i>	<i>(DP)</i>	<i>T</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
EBADEP – Escore Total	42,16	(26,29)	40,07	(34,30)	0,54	98,02	0,594
IPSF – Afetivo-Consistente	23,09	(8,90)	26,57	(10,80)	-2,81	100,79	0,006
IPSF – Adaptação Familiar	19,06	(5,27)	19,65	(6,13)	-0,95	648	0,342
IPSF – Autonomia Familiar	11,38	(8,89)	12,09	(4,20)	-0,73	660	0,466
IPSF – Escore Total	53,62	(17,38)	58,60	(19,40)	-2,31	592	0,021
EPSUS – Afetivo	37,67	(9,71)	35,12	(13,50)	1,67	96,40	0,099
EPSUS – Interações Sociais	9,12	(3,32)	8,77	(3,81)	0,89	663	0,376
EPSUS – Instrumental	15,16	(4,81)	13,08	(5,79)	3,17	103,27	0,002
EPSUS – Enfrentamento de Problemas	13,31	(4,45)	12,33	(5,28)	1,65	106,45	0,102
EPSUS – Escore Total	75,76	(19,35)	69,00	(26,39)	2,16	88,77	0,033
EARE – Estratégias Adequadas de Enfrentamento	37,03	(13,00)	39,08	(14,42)	-1,28	604	0,202
EARE – Agressividade Externalizada	23,27	(5,19)	22,96	(6,42)	0,42	101,51	0,675
EARE – Pessimismo	16,34	(6,97)	18,67	(7,20)	-2,84	656	0,005
EARE – <i>Freezing</i>	14,54	(5,96)	15,63	(6,57)	-1,55	640	0,122
EARE – Escore Total	90,75	(24,95)	95,83	(31,28)	-1,30	82,47	0,197

Nota. EBADEP: Escala Baptista de Depressão; IPSF: Inventário de Percepção de Suporte Familiar; EPSUS: Escala de Percepção do Suporte Social; EARE: Escala de Autorregulação Emocional.

A Tabela 15 apresenta os resultados das análises de correlação entre as variáveis idade, escolaridade e os escores de sintomas depressivos, percepção de suporte familiar, percepção de suporte social e autorregulação emocional. Dada a influência do número de participantes da amostra no nível de significância das correlações, foram consideradas relevantes apenas aquelas que apresentaram magnitude igual ou superior a 0,40 ($r \geq 0,40$; Dancey & Reidy, 2006). A idade e a escolaridade não apresentaram correlações com magnitude relevante com nenhuma das demais variáveis. Os sintomas depressivos apresentaram correlação negativa moderada com todos os fatores e o escore total de suporte familiar à exceção do fator ‘autonomia familiar’, com todos os fatores e o escore total de suporte social à exceção do fator ‘instrumental’, e com todos os fatores e o escore total de autorregulação emocional.

O escore total de suporte familiar apresentou correlação positiva moderada com todos os fatores e o escore total de suporte social à exceção do fator ‘instrumental’, e com todos os fatores e o escore total de autorregulação emocional à exceção do fator ‘agressividade externalizada’. O escore total de suporte social apresentou correlação positiva moderada com todos os fatores e o escore total de suporte familiar à exceção do fator ‘autonomia familiar’, e com todos os fatores e o escore total de autorregulação emocional à exceção do fator ‘agressividade externalizada’. O escore total de autorregulação emocional apresentou correlação positiva moderada com todos os fatores e o escore total de suporte familiar, e com todos os fatores e o escore total de suporte social à exceção do fator ‘instrumental’. Demais correlações envolvendo os fatores de suporte social, de suporte familiar e de autorregulação emocional estão detalhadas na Tabela 15.

Tabela 15

Correlações entre idade, escolaridade, sintomas depressivos, percepção de suporte familiar e social e autorregulação emocional

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. Idade		-.134**	-.047	.108**	.007	.030	.070	-.099*	.031	-.150**	-.055	-.102*	.063	.022	.148**	.073	.113**
2. Escolaridade			-.270**	.121**	.196**	.070	.154**	.196**	.112**	.077*	.129**	.179**	.246**	.220**	.194**	.220**	.270**
3. EBADEP_Total				-.409**	-.477**	-.160**	-.420**	-.529**	-.477**	-.275**	-.473**	-.534**	-.611**	-.456**	-.665**	-.701**	-.775**
4. IPSF_AC					.651**	.218**	.834**	.471**	.385**	.293**	.447**	.487**	.318**	.216**	.336**	.321**	.384**
5. IPSF_ADAP						.193**	.745**	.473**	.355**	.238**	.366**	.442**	.298**	.369**	.418**	.428**	.451**
6. IPSF_AUTO							.669**	.178**	.179**	.039	.128**	.155**	.177**	.233**	.114**	.167**	.376**
7. IPSF_Total								.472**	.390**	.240**	.394**	.462**	.350**	.298**	.354**	.363**	.460**
8. EPSUS_AFE									.768**	.554**	.835**	.957**	.405**	.323**	.392**	.416**	.493**
9. EPSUS_ISOC										.447**	.689**	.816**	.399**	.218**	.350**	.397**	.455**
10. EPSUS_INST											.537**	.728**	.198**	.090*	.162**	.193**	.238**
11. EPSUS_ENFR												.895**	.424**	.209**	.360**	.382**	.470**
12. EPSUS_Total													.418**	.276**	.385**	.400**	.495**
13. EARE_ESTRAT														.350**	.585**	.526**	.874**
14. EARE_AGRES															.449**	.486**	.624**
15. EARE_PESSIM																.738**	.848**
16. EARE_FREEZ																	.816**
17. EARE_Total																	

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; Células em destaque indicam correlações iguais ou acima de 0,40; EBADEP: Escala Baptista de Depressão; IPSF: Inventário de Percepção de Suporte Familiar; AC: Afetivo-Consistente; ADAP: Adaptação Familiar; AUTO: Autonomia Familiar; EPSUS: Escala de Percepção do Suporte Social; AFE: Afetivo; ISOC: Interações Sociais; INST: Instrumental; ENFR: Enfrentamento de Problemas; EARE: Escala de Autorregulação Emocional; ESTRAT: Estratégias Adequadas de Enfrentamento; AGRÉS: Agressividade Externalizada; PESSIM: Pessimismo; FREEZ: *Freezing*.

Os resultados da análise de regressão testando preditores para o desfecho de sintomas depressivos indicaram que, quando considerados no modelo os escores em todos os fatores de suporte familiar, suporte social e autorregulação emocional em conjunto, somente os escores no fator ‘adaptação familiar’ de suporte familiar e no fator ‘freezing’ de autorregulação emocional e o escore total de autorregulação emocional apresentaram associações significativas com o escore de sintomas depressivos (Tabela 16). A associação foi negativa para os três preditores, com maior tamanho de efeito para o escore total de autorregulação emocional ($\beta = -0,448$), seguido do fator ‘freezing’ de autorregulação emocional ($\beta = -0,249$) e do fator ‘adaptação familiar’ de suporte familiar ($\beta = -0,120$). Este modelo explicou 65,2% da variância do desfecho de sintomas depressivos (Tabela 16).

Tabela 16

Regressão Linear com Desfecho ‘Sintomas Depressivos’ e Preditores Escores Totais e dos Fatores de Suporte Familiar, Suporte Social e Autorregulação Emocional

<i>Preditores</i>	<i>B</i>	<i>DP</i>	β	<i>IC 95%</i>	<i>p</i>
(Constante)	133,91	(4,76)	--	[124,54; 143,27]	< 0,001
IPSF – Afetivo-Consistente	0,14	(0,13)	0,04	[-0,13; 0,40]	0,328
IPSF – Adaptação Familiar	-0,61	(0,23)	-0,12	[-1,07; -0,14]	0,010
IPSF – Autonomia Familiar	-0,39	(0,28)	-0,05	[-0,94; 0,16]	0,167
EPSUS – Afetivo	-0,34	(0,19)	-0,12	[-0,72; 0,04]	0,082
EPSUS – Interações Sociais	-0,48	(0,43)	-0,06	[-1,34; 0,37]	0,272
EPSUS – Instrumental	-0,25	(0,20)	-0,04	[-0,66; 0,15]	0,224
EPSUS – Enfrentamento de Problemas	0,16	(0,35)	0,03	[-0,55; 0,86]	0,664
EARE – Agressividade Externalizada	0,16	(0,21)	0,03	[-0,27; 0,58]	0,470
EARE – Pessimismo	0,04	(0,25)	0,01	[-0,45; 0,54]	0,861
EARE – <i>Freezing</i>	-1,18	(0,27)	-0,25	[-1,71; -0,64]	< 0,001
EARE – Escore Total	-0,50	(0,09)	-0,45	[-0,68; -0,30]	< 0,001
<i>R² do modelo</i>	66,2%				
<i>R² ajustado</i>	65,2%				
<i>Erro Padrão</i>	16,77				

Nota. EBADEP: Escala Baptista de Depressão; IPSF: Inventário de Percepção de Suporte Familiar; EPSUS: Escala de Percepção do Suporte Social; EARE: Escala de Autorregulação Emocional. Desfecho: Escore Total na EBADEP. Variáveis excluídas do modelo: IPSF – Escore Total, EPSUS – Escore Total e EARE – Estratégias Adequadas de Enfrentamento.

Quando considerados no modelo somente os escores totais de suporte familiar, suporte social e autorregulação emocional, todos os três escores apresentaram associações significativas com o escore de sintomas depressivos (Tabela 17). A associação foi negativa para os três preditores, com maior tamanho de efeito para o escore total de autorregulação emocional ($\beta = -0,631$), seguido do escore total de suporte social ($\beta = -0,173$) e do escore total de suporte familiar ($\beta = -0,108$). Este modelo explicou 63,1% da variância do desfecho de sintomas depressivos (Tabela 17).

Tabela 17

Regressão Linear com Desfecho ‘Sintomas Depressivos’ e Preditores Escores Totais de Suporte Familiar, Suporte Social e Autorregulação Emocional

<i>Preditores</i>	<i>B</i>	<i>DP</i>	<i>B</i>	<i>IC 95%</i>	<i>p</i>
(Constante)	136,12	(3,93)	--	[128,38; 143,86]	< 0,001
IPSF – Escore Total	-0,19	(0,06)	-0,11	[-0,31; -0,05]	0,004
EPSUS – Escore Total	-0,24	(0,05)	-0,17	[-0,34; -0,13]	< 0,001
EARE – Escore Total	-0,70	(0,04)	-0,63	[-0,77; -0,61]	< 0,001
<i>R² do modelo</i>	63,4%				
<i>R² ajustado</i>	63,1%				
<i>Erro Padrão</i>	17,25				

Nota. EBADEP: Escala Baptista de Depressão; IPSF: Inventário de Percepção de Suporte Familiar; EPSUS: Escala de Percepção do Suporte Social; EARE: Escala de Autorregulação Emocional. Desfecho: Escore Total na EBADEP.

Os resultados da análise de regressão testando preditores para o desfecho de autorregulação emocional indicaram que, quando considerados no modelo os escores em todos os fatores de suporte familiar e suporte social e o escore total de sintomas depressivos em conjunto, somente o escore de sintomas depressivos apresentou associação significativa com o escore de autorregulação emocional (Tabela 18). A associação foi negativa com forte tamanho de efeito ($\beta = -0,669$). Este modelo explicou 60,9% da variância do desfecho de autorregulação emocional (Tabela 18).

Tabela 18

Regressão Linear com Desfecho ‘Autorregulação Emocional’ e Preditores Escores Totais e dos Fatores de Suporte Familiar e Suporte Social e Escore Total de Sintomas Depressivos

<i>Preditores</i>	<i>B</i>	<i>DP</i>	β	<i>IC 95%</i>	<i>p</i>
(Constante)	104,90	(5,66)	--	[93,769; 116,03]	< 0,001
EBADEP – Escore Total	-0,60	(0,03)	-0,67	[-0,67; -0,53]	< 0,001
IPSF – Afetivo-Consistente	0,23	(0,13)	0,09	[-0,02; 0,49]	0,074
IPSF – Adaptação Familiar	-0,10	(0,22)	-0,02	[-0,53; 0,34]	0,671
IPSF – Autonomia Familiar	0,14	(0,27)	0,02	[-0,39; 0,67]	0,607
EPSUS – Interações Sociais	0,43	(0,52)	0,06	[-0,59; 1,46]	0,409
EPSUS – Instrumental	-0,37	(0,28)	-0,07	[-0,94; 0,19]	0,198
EPSUS – Enfrentamento de Problemas	0,50	(0,46)	0,09	[-0,41; 1,41]	0,286
EPSUS – Escore Total	0,04	(0,18)	0,03	[-0,31; 0,39]	0,815
<i>R² do modelo</i>	61,7%				
<i>R² ajustado</i>	60,9%				
<i>Erro Padrão</i>	16,06				

Nota. EBADEP: Escala Baptista de Depressão; IPSF: Inventário de Percepção de Suporte Familiar; EPSUS: Escala de Percepção do Suporte Social; EARE: Escala de Autorregulação Emocional. Desfecho: Escore Total na EARE. Variáveis excluídas do modelo: IPSF – Escore Total e EPSUS – Afetivo.

Quando considerados no modelo somente os escores totais de suporte familiar, suporte social e sintomas depressivos, todos os três escores apresentaram associações significativas com o escore de autorregulação emocional (Tabela 19). A associação foi negativa para o escore de sintomas depressivos, com forte tamanho de efeito ($\beta = -0,675$) e positiva para os escores de suporte social e suporte familiar, com fraco tamanho de efeito ($\beta = 0,105$ e $\beta = 0,076$, respectivamente). Este modelo explicou 60,6% da variância do desfecho de autorregulação emocional (Tabela 19).

O último modelo de regressão testando preditores para o desfecho de autorregulação emocional incluiu, além dos escores totais de suporte familiar, suporte social e sintomas depressivos, as seguintes variáveis sociodemográficas e clínicas: sexo, estado civil, diagnóstico de depressão, tentativa de suicídio, uso de medicação e casos de

depressão atuais na família. Neste modelo, somente os escores de sintomas depressivos e suporte social, o sexo e o estado civil dos participantes apresentaram associações significativas com o escore de autorregulação emocional (Tabela 20). Em consonância com o modelo anterior, a associação foi negativa para o escore de sintomas depressivos, com forte tamanho de efeito ($\beta = -0,618$), e positiva para o escore de suporte social, com fraco tamanho de efeito ($\beta = 0,138$). Para o sexo, homens apresentaram associação com maiores escores de autorregulação emocional em contraste com as mulheres, com fraco tamanho de efeito ($\beta = -0,087$); e, para o estado civil, casados apresentaram associação com maiores escores de autorregulação emocional em contraste com os solteiros, com fraco tamanho de efeito ($\beta = 0,150$). Este modelo explicou 64,3% da variância do desfecho de autorregulação emocional (Tabela 20).

Tabela 19

Regressão Linear com Desfecho 'Autorregulação Emocional' e Preditores Escores Totais de Suporte Familiar, Suporte Social e Sintomas Depressivos

<i>Preditores</i>	<i>B</i>	<i>DP</i>	<i>β</i>	<i>IC 95%</i>	<i>p</i>
(Constante)	102,06	(5,36)	--	[91,50; 112,61]	< 0,001
EBADEP – Escore Total	-0,61	(0,03)	-0,67	[-0,68; -0,53]	< 0,001
IPSF – Escore Total	0,12	(0,06)	0,08	[-0,00; 0,23]	0,051
EPSUS – Escore Total	0,13	(0,05)	0,11	[0,03; 0,23]	0,010
<i>R² do modelo</i>	60,9%				
<i>R² ajustado</i>	60,6%				
<i>Erro Padrão</i>	16,13				

Nota. EBADEP: Escala Baptista de Depressão; IPSF: Inventário de Percepção de Suporte Familiar; EPSUS: Escala de Percepção do Suporte Social; EARE: Escala de Autorregulação Emocional. Desfecho: Escore Total na EARE.

Tabela 20

Regressão Linear com Desfecho 'Autorregulação Emocional' e Preditores Escores Totais de Suporte Familiar, Suporte Social e Sintomas Depressivos, Características Sociodemográficas e Clínicas

<i>Preditores</i>	<i>B</i>	<i>DP</i>	β	<i>IC 95%</i>	<i>p</i>	<i>Tolerância_a</i>	<i>VIF</i>
(Constante)	76,05	(13,48)	--	[49,53; 102,55]	< 0,001	--	--
EBADEP – Escore Total	-0,56	(0,04)	-0,62	[-0,64; -0,48]	< 0,001	0,48	2,10
IPSF – Escore Total	0,07	(0,05)	0,04	[-0,04; 0,18]	0,246	0,67	1,49
EPSUS – Escore Total	0,17	(0,05)	0,14	[0,07; 0,27]	< 0,001	0,60	1,67
Sexo	-4,80	(1,72)	-0,09	[-8,20; -1,40]	0,006	0,97	1,03
Estado Civil	9,26	(2,02)	0,15	[5,27; 13,24]	< 0,001	0,89	1,12
Diagnóstico	-1,17	(3,38)	0,01	[-7,81; 5,47]	0,729	0,58	1,73
Tentativa de Suicídio	4,46	(2,57)	0,06	[-0,59; 9,52]	0,083	0,76	1,32
Uso de Medicação	5,11	(3,76)	0,05	[-2,30; 12,51]	0,176	0,62	1,61
Familiar com Depressão Atual	2,50	(1,69)	0,05	[-0,83; 5,84]	0,141	0,97	1,03
<i>R² do modelo</i>	65,2%						
<i>R² ajustado</i>	64,3%						
<i>Erro Padrão</i>	15,36						

Nota. EBADEP: Escala Baptista de Depressão; IPSF: Inventário de Percepção de Suporte Familiar; EPSUS: Escala de Percepção do Suporte Social; EARE: Escala de Autorregulação Emocional. Desfecho: Escore Total na EARE.

5. DISCUSSÃO

Nos resultados de estrutura interna da EARE-A, no presente trabalho, a análise paralela indicou o número de três fatores como ideal, o qual foi testado em análise fatorial exploratória e demonstrou índices de ajuste adequados. No estudo de Noronha et al. (2018), a análise paralela indicou, quatro fatores, os quais foram testados em análises fatoriais exploratórias, que levaram os autores a optar pela solução de quatro fatores, sob a justificativa de que ela mostrou-se a que mais aglutinou itens coerentes em cada fator com a literatura na área.

No presente trabalho, portanto, foram testadas em análise fatorial confirmatória tanto o modelo de três fatores sugerido pela análise paralela, quanto o de quatro fatores do estudo de Noronha et al. (2018). Ambos os modelos apresentaram bons índices de ajuste. Assim, foi preciso analisar a distribuição de itens por fator em ambos os modelos. Dado que, no modelo de três fatores, todos os itens do fator 3 apresentaram cargas cruzadas com o fator 2, e que no modelo de quatro fatores, as cargas dos itens em cada fator se mostraram melhor distribuídas; as evidências estatísticas sugerem a utilização do modelo de quatro fatores obtendo-se também índices de ajustes melhores para o modelo de quatro fatores. Além disso, a divisão das estratégias de regulação emocional em número maior de fatores separados teoricamente é presente na literatura, como, por exemplo, no estudo de Santana e Gondim (2016), que utilizaram uma divisão na avaliação de estratégias de autorregulação emocional de quatro estilos adaptativos e quatro estilos desadaptativos, e no estudo de Gratz e Roemer (2004), que utilizaram um instrumento de autorregulação emocional também subdividido em quatro fatores independentes.

Assim, a opção no presente estudo de utilizar o modelo de quatro fatores para a EARE-A, além de tornar os resultados comparáveis e mais consistentes com os de estudos prévios (Noronha et al., 2018), também oferece uma visão mais explicativa das diferentes

formas de regulação emocional descritas na literatura (Gratz & Roemer, 2004; Santana & Gondim, 2016). Além disso em termos teóricos utilizar o modelo de quatro fatores faz com que a EARE-A não apresente a limitação de outros instrumentos como o *Emotion Regulation Profile* (ERP), que, segundo Gondim et al. (2015), embora possua boas propriedades psicométricas, é limitado teoricamente por avaliar um reduzido número de aspectos regulatórios, já que se centra apenas em dois mecanismos, quais sejam: *Down Regulation* e *Up Regulation*.

A estrutura de quatro fatores no que se refere à autorregulação emocional defendida neste trabalho se assimila aos descritores apresentados por Gratz e Roemer (2004). Os fatores com nomenclatura coincidentes são pessimismo, estratégias de enfrentamento adequadas e paralisação. Na EARE-A, todavia, além desses três fatores, despontou um quarto fator referente à agressividade externalizada.

Entende-se por estratégias de enfrentamento adequadas a capacidade de solucionar problemas, de buscar fazer outras coisas quando se vivencia a tristeza e a reflexão sobre os próprios sentimentos. Além disso, conforme Weiss, et al. (2015), comporiam este grupo de estratégias a capacidade de modificar a compreensão das emoções e aceitá-las, a habilidade para controlar comportamentos impulsivos quando ocorrem as experiências negativas, a esquiva de emoções negativas, a habilidade de se engajar em comportamentos direcionados a uma meta e refutar comportamentos impulsivos, e a capacidade de acessar estratégias de regulação emocional quando percebidas como efetivas.

Acerca dos fatores relacionados às estratégias desadaptativas de autorregulação emocional, o fator pessimismo aglutinou itens que denotam sentimentos de inferioridade e uma visão negativa em relação ao futuro, além de uma visão negativa acerca de si mesmo e do mundo, incluindo suas relações, trabalho e outras atividades. Tais

características de autorregulação estariam cognitivamente vinculadas a um maior grau de desesperança e depressão Beck (1976). O fator freezing (paralisação) aglutinou itens que indicam uma reação de paralisação no respondente ao identificar a emoção de tristeza em si e a falta de demais ações com o intuito de autorregulação emocional. Por fim o fator agressividade externalizada aglutinou itens de demonstração da irritação e agressividade com coisas e pessoas, assim como a responsabilização do outro pelo que sente, como formas de regulação emocional frente à emoção tristeza (Noronha et al., 2018).

Quanto às evidências de confiabilidade da EARE-A, no presente estudo, todos os fatores demonstraram índices de confiabilidade adequadas, variando de um mínimo de 0,86 para o fator de agressividade externalizada até um máximo de 0,95 para o fator de pessimismo. Esses resultados demonstraram-se bastante similares aos de Noronha et al. (2018), que encontraram coeficientes de confiabilidade variando de um mínimo de 0,86 também para o fator de agressividade externalizada até um máximo de 0,95 também para o fator de pessimismo. Essa replicação de resultados com diferentes amostras provenientes de Estados diferentes no Brasil dá sustentação às evidências de confiabilidade da EARE-A como instrumento aplicável a condições culturais diversas. Futuros estudos realizados com amostras diversas de outros Estados podem expandir ainda mais as evidências de confiabilidade da escala caso sejam corroborados os resultados aqui encontrados.

Os resultados descritivos de caracterização sociodemográfica e clínica das amostras do estudo indicaram algumas características que devem ser levadas em consideração na interpretação dos demais resultados da pesquisa. Por exemplo, embora a amostra universitária tenha apresentado um baixo número de participantes com diagnóstico relatado de depressão (0,9%), um número relevante de participantes relatou ter tentado suicídio pelo menos uma vez na vida (11,6%). Tal disparidade pode sugerir

que havia na amostra universitária casos de depressão ou de outros transtornos mentais de alta gravidade ainda não diagnosticados. Os números de familiares com depressão, atual e no passado, e de tentativas de suicídio na família, embora maiores na amostra clínica do que na universitária para todos os casos, também se mostraram relevantes na amostra universitária, esse dados são corroborados pelo estudo de Santos, Marcon, Espinosa, Baptista e Paulo (2017) onde afirmam que a orientação sexual (esta não investigada no presente trabalho), tentativas de suicídio na família e sintomas depressivos foram as variáveis que mais apresentaram associação com a ideação suicida assim, é necessário ressaltar que a presente amostra universitária não pode ser considerada uma amostra homogênea em termos de saúde mental, provavelmente havendo casos de indivíduos em sofrimento mental não diagnosticado ou tratado em seu meio.

Os resultados descritivos de categorias normativas dos escores dos instrumentos para as amostras também merecem destaque em alguns quesitos. De fato, como se poderia hipotetizar, a amostra clínica apresentou maior frequência de participantes nas categorias mais elevadas de sintomatologia depressiva (moderada e severa, totalizando 13,4%), no entanto, a amostra universitária apresentou um total de 8,8% participantes nestas categorias somadas, reforçando os resultados previamente descritos que alertam para não-consideração desta amostra como homogênea enquanto mentalmente saudável.

Os resultados do presente estudo atestam evidências de validade de critério discriminante para o escore total e os escores de todos os fatores da EARE-A ao diferenciar significativamente as amostras universitária e clínica. A amostra universitária demonstrou melhores índices de autorregulação emocional no escore total e em todos os fatores da EARE-A. O escore total da EARE-A foi aquele que apresentou maior tamanho de efeito dentre os instrumentos avaliados quanto à diferença entre as amostras universitária e clínica. Assim, como se poderia hipotetizar, os participantes clínicos, com

diagnóstico de depressão, apresentaram escores indicativos de problemas com sua autorregulação emocional para a emoção tristeza. Uma das vantagens do presente trabalho foi a utilização de uma amostra clínica para avaliação das propriedades psicométricas da EARE-A. Estudos prévios analisando outros instrumentos de avaliação de autorregulação emocional se limitaram à investigação das propriedades destes instrumentos somente em amostras comunitárias, a exemplo do Questionário de Regulação Emocional (QRE; Batistoni et al., 2013); Emotion Regulation Profile Revised (ERP; Gondim et al., 2015; Nelis et al., 2011); Self-Regulation Inventory (SRI-S; Ibáñez et al., 2005). Assim, a EARE-A demonstrou um diferencial de validade de critério discriminante para diferenciação entre grupos clínico e comunitário.

Em consonância com este resultado de evidências de validade de critério discriminante entre as amostras clínica e universitária, ao comparar os participantes com diagnóstico de depressão e aqueles sem diagnóstico, os participantes saudáveis demonstraram escores mais altos de autorregulação emocional no escore total da EARE-A e em todos os fatores da escala. Futuros estudos podem avançar essas evidências a partir de análises de curva ROC para a sugestão de pontos de corte para a escala que ofereçam a possibilidade de ela ser utilizada como instrumento de triagem no rastreio de indivíduos em risco para transtornos depressivos.

Na comparação entre participantes com e sem histórico de tentativa de suicídio os resultados demonstraram déficits de autorregulação emocional com participantes com histórico de tentativa de suicídio para o escore total da EARE-A, além de o uso mais recorrente da estratégia de pessimismo para esse grupo. Tais achados complementam as evidências do estudo de Rajappa, Gallagher e Mirand (2012), que comparou indivíduos com histórico de múltiplas tentativas de suicídio e indivíduos sem ideação e sem histórico de tentativas, encontrando resultados de que a percepção de acesso limitado a estratégias

de regulação emocional foi um preditor significativo de ideação suicida atual. A percepção de acesso limitado a estratégias de regulação emocional é um dos fatores da DERS, o qual consiste na crença de que o indivíduo pouco ou nada pode fazer para regular suas emoções de forma efetiva quando está triste ou chateado (Gratz & Roemer, 2004).

Os indivíduos que apresentam atitudes de tentativa de suicídio demonstram algumas maneiras de esquiva experiencial, aparentemente de respostas emocionais intensas, como a pouca tolerância ao sofrimento psicológico e déficit na capacidade de regulação emocional. A esquiva experiencial inclui qualquer comportamento que funcione como esquiva ou fuga a experiências internas ou externas desencadeantes (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl 1996).

Na comparação entre homens e mulheres, os resultados do presente estudo apontaram melhores estratégias de autorregulação emocional para os homens, o que é corroborado pelo estudo de Queirós et al. (2005), que demonstrou escores mais altos para os homens na estratégia de reparação do estado emocional, a qual se refere a capacidade que o sujeito tem para acreditar na sua capacidade para interromper os estados emocionais negativos e prolongar os positivos. É também corroborado pelo estudo de Nelis et al. (2011), que demonstrou que os homens apresentaram melhores estratégias de regulação emocional para emoções negativas do que as mulheres. Está também em consonância com o estudo de Stikkelbroek, Bodden, Kleinjan, Reijnders e Baar (2016), que, em uma amostra de adolescentes, encontrou maior uso de estratégias de ruminação entre adolescentes do sexo feminino do que do adolescentes do sexo masculino. Assim, os resultados encontrados no presente estudo se mostram em concordância com a literatura tanto para o uso de estratégias positivas de autorregulação emocional quanto para o controle das emoções negativas no que se refere à melhor avaliação do sexo masculino. Futuros estudos poderiam buscar investigar as causas que fomentam essa

diferença entre gêneros na autorregulação emocional, especificando possíveis efeitos biológicos ou culturais.

Os resultados do presente estudo demonstraram que, entre os participantes que fazem e não fazem uso de medicação, aqueles que não fazem uso apresentaram escores mais altos de autorregulação emocional no escore total da EARE-A e em todos os fatores. O tipo de medicação investigado foi o uso de psicofármacos. Assim, aqueles que fazem uso de medicação eram provavelmente os participantes com quadros mais graves de transtornos psiquiátricos, o que estaria, por sua vez, relacionado às falhas na autorregulação emocional identificadas

Quanto às variáveis de saúde mental familiar, na comparação entre os participantes com e sem histórico de tentativa de suicídio na família, os participantes com histórico demonstraram escores mais baixos de autorregulação emocional para o escore total da EARE-A e para o fator ‘pessimismo’, não tendo sido identificadas diferenças significativas para os fatores de ‘estratégias adequadas de enfrentamento’, ‘agressividade externalizada’ e ‘*freezing*’. Já quanto à comparação entre os participantes com e sem histórico familiar de depressão no passado, os resultados do presente trabalho demonstraram que os indivíduos com histórico familiar de depressão apresentaram escores mais baixos de autorregulação emocional para todos os fatores da EARE, indicando uso de piores estratégias de regulação e menor uso de estratégias assertivas.

A partir de uma vasta revisão da literatura, Morris, Silk, Steinberg, Myers e Robinson (2007) identificaram que o histórico e o contexto familiar afetam o desenvolvimento da autorregulação emocional essencialmente por três vias: primeiro, crianças aprenderiam as estratégias de autorregulação emocional utilizadas pelos pais por meio da observação; segundo, práticas parentais que estimulam a socialização das emoções influenciaram na autorregulação emocional dos filhos; e terceiro, o clima

emocional familiar influenciaria diretamente o processo de autorregulação emocional do indivíduo. Além disso, buscando identificar possíveis correlatos neurais, em um estudo com ressonância magnética funcional, Saleh et al. (2012) encontraram que indivíduos com histórico familiar de pessoas com transtorno depressivo maior apresentaram a amígdala direita significativamente menor do que aqueles sem histórico familiar do transtorno, sendo a amígdala parte do sistema límbico responsável, dentre outras funções, pelo processo de regulação emocional. Assim, pessoas com histórico familiar de depressão podem ter desenvolvido piores estratégias de autorregulação tanto por meio da observação do uso não-assertivo de estratégias pelos familiares deprimidos quanto pela privação de acesso às práticas parentais de socialização ou pelo clima emocional familiar menos adequado,

Os resultados do presente estudo quanto à comparação entre os participantes envolvidos e não envolvidos em um relacionamento amoroso demonstraram que aqueles em um relacionamento apresentaram escores mais altos de autorregulação emocional somente para o fator ‘pessimismo’, não tendo sido encontradas diferenças significativas entre os demais fatores ou o escore total da EARE-A.

Com relação aos quatro fatores da EARE-A, os resultados do presente trabalho demonstraram uma correlação fraca (entre estratégias adaptativas e agressividade) as demais correlações, forte (entre pessimismo e *freezing*), e moderadas (entre os demais fatores). Essas correlações apresentaram o mesmo padrão que o encontrado no estudo de Noronha et al. (2018), sendo a de menor magnitude aquela entre estratégias adaptativas e agressividade e a de maior magnitude aquela encontrada entre pessimismo e *freezing*. No entanto, embora tenham seguido o mesmo padrão, as correlações no estudo de Noronha et al. (2018) foram substancialmente mais fracas do que as encontradas no presente trabalho. Essa diferença na magnitude pode ter se dado por diferenças na composição das

amostras, uma vez que neste trabalho foram utilizadas amostras universitária e clínica e no trabalho de Noronha et al. (2018) a amostra foi universitária (81,05%) e 18,95% coletadas de contexto não especificado.

Ou seja, enquanto que no presente trabalho o maior uso de estratégias desadaptativas esteve fortemente associada com mais baixo uso de estratégias adaptativas, no estudo anterior (Noronha et al., 2018), o maior uso de estratégias desadaptativas esteve associado de forma mais fraca com menor uso de estratégias adaptativas. É possível que pessoas diagnosticadas com depressão acentuem essa magnitude de quanto mais estratégia desadaptativa menos habilidade nas estratégias adaptativas, quando comparadas com pessoas da comunidade de forma geral. Isso pode estar ocorrendo por conta das características da depressão, que é uma doença que abrange um conjunto de sintomas afetivos, de motivação, cognitivos, fisiológicos e comportamentais, constantemente associada a altos índices de comorbidades médicas, incapacitação (Almeida & Faro, 2016; Hermolin et al., 2000; OMS, 2017). Dessa forma impedindo acesso às estratégias mais adaptativas quanto mais ele faz uso das estratégias desadaptativas comuns ao transtorno entrando, assim, numa espiral descendente, pois, como afirmam Nelis et al. (2011), indivíduos com dificuldades no controle das emoções positivas não discriminam de forma correta as informações recebidas, acarretando em maior risco de tomada de decisão inadequada no processo de autorregulação emocional.

Com relação à correlação entre os sintomas depressivos avaliados pela EBADEP-A e o escore de autorregulação da EARE-A no presente estudo apresentou correlação negativa forte e significativa. Esse resultado está na mesma direção aos apresentados no estudo de Batistoni et al. (2013), que encontrou também uma correlação negativa significativa, embora sensivelmente mais fraca. Está também na mesma direção que os achados de Stikkelbroek et al. (2016), que encontraram correlações positivas entre

sintomas depressivos e estratégias de autculpabilização, catastrofização e ruminação, e correlação negativa entre sintomas depressivos e reorientação para foco positivo e reavaliação cognitiva, embora também sensivelmente mais fracas. Assim, a literatura se mostra consensual que quanto melhor a autorregulação emocional, menor a percepção da sintomatologia depressiva. A diferença de magnitude entre as correlações dos estudos está provavelmente relacionada ao fato de que a EARE-A investiga estratégias de regulação emocional especificamente para lidar com a tristeza, assim, correlacionando-se de forma mais forte com instrumento de avaliação de depressão. Isso porque o estudo de Borges e Pacheco (2018), realizado com adolescentes, utilizando a versão para adolescentes da EBADEP e da EARE encontrou uma correlação de magnitude muito próxima à do presente estudo, de 0,71, indicando também que quanto mais sintomas depressivos, maiores as dificuldades de autorregulação emocional, especialmente àquelas relacionadas à regulação da tristeza, investigadas pela EARE.

Conforme Bahls (1999), Beck (1976), a cognição identificadas como imagens ou pensamentos, também chamados de pensamentos automáticos negativos, precede à emoção, e, sendo está, que prediz a forma de como interpretamos a situação e a partir de então gerando a emoção. Beck (1976) afirma ainda que manutenção dos erros cognitivos típicos, apresentam-se como preditivos na sintomatologia depressiva. Esses erros são gerados por crenças disfuncionais que fomentam interpretações obtusas da situação, não permitindo assim avaliar outras possibilidades de entendimento, e levando o indivíduo a gerar uma interpretação negativa do evento, ou seja, foco seletivo apenas nas interpretações que fomentem sua crença disfuncional, retroalimentando constantemente. Assim, a manutenção da sintomatologia depressiva se dá de forma automática. Dessa forma, a autorregulação emocional fica prejudicada, pois como não há flexibilidade cognitiva e o sujeito está centrado apenas nos aspectos negativos, fomentado por sua

crença disfuncional, impedindo assim acesso a interpretações mais assertivas o que favoreceria em tese a autorregulação emocional.

Considerando separadamente os fatores de autorregulação emocional avaliados, no presente estudo, os resultados das correlações indicaram que os sintomas de depressão estiveram significativamente associados ao menor uso de estratégias adaptativas de autorregulação e maior uso de estratégias desadaptativas, incluindo agressividade, pessimismo e *freezing*. Esta associação foi mais forte com o uso de estratégias de *freezing*, seguidas das estratégias de pessimismo. A associação com menor uso de estratégias adaptativas foi mais forte somente do que a associação com o uso de estratégias de agressividade. De forma similar, no modelo de regressão, somente o fator de *freezing* demonstrou associação significativa com os sintomas de depressão, tendo sido o fator de estratégias adaptativas da EARE excluído do modelo. Esses resultados estão em consonância com os achados de Stikkelbroek et al. (2016), que demonstraram em seu estudo que o uso de estratégias desadaptativas pode ser mais prejudicial do que a ausência de estratégias adaptativas para o desenvolvimento de sintomas depressivos. Tal evidência oferece direcionamento para a prática clínica no trabalho de prevenção e tratamento quanto à forma de abordar mecanismos específicos de autorregulação no combate à depressão.

Na análise das correlações entre a autorregulação emocional e o suporte familiar, no presente estudo, foram encontradas correlações moderadas entre as estratégias de autorregulação e o escore do fator de adaptação familiar e o escore total de suporte familiar. Esse resultado corrobora os achados de Borges e Pacheco (2018), que também encontraram correlação entre autorregulação emocional e adaptação familiar, não sendo significativas as correlações com os fatores afetivo-consistente e autonomia familiar. No entanto, ao contrário do presente estudo, o escore total de suporte familiar não apresentou

correlação significativa com o escore de autorregulação no estudo de Borges e Pacheco (2018). Uma possível explicação para essa diferença pode advir das amostras utilizadas nos estudos, visto que, enquanto o presente estudo contou com participantes adultos, o estudo de Borges e Pacheco (2018) foi realizado com adolescentes.

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser levadas em consideração. Primeiro, a amostra clínica foi composta por pacientes com diagnóstico conhecido ou hipótese diagnóstica primária de depressão, dados pelo profissional da psiquiatria que os assistia, não tendo sido realizado para o presente estudo de confirmação do diagnóstico com nova entrevista diagnóstica estruturada. Além disso, não foram abarcados pelo instrumento utilizado na avaliação de suporte social recursos de suporte social mediados pelas configurações atuais de novas tecnologias. Futuros estudos podem buscar investigar a relação da autorregulação emocional com o suporte social mediado pelo uso da tecnologia. Ainda como outras possibilidades de investigação, sugere-se ampliar o espectro da amostra no que se refere a sua localização, uma vez que essa amostra limitou-se apenas a participantes provenientes de um estado do Nordeste do país.

Apesar das referidas limitações, o presente estudo avança no conhecimento científico acerca da EARE-A ao atender às sugestões de agenda de pesquisas futuras propostas por Noronha et al. (2018) quanto à avaliação das relações do construto de autorregulação emocional com instrumento de sintomas de depressão. Além disso, também quanto à avaliação de relações da autorregulação emocional com a percepção de suporte familiar e social, uma vez que pais e outros atores sociais contribuem para o desenvolvimento autorregulatório dos indivíduos. O presente trabalho avança o conhecimento na área ao oferecer evidências de validade e confiabilidade de um instrumento desenvolvido no Brasil, e não adaptado de outra cultura, para a avaliação da autorregulação emocional no contexto brasileiro, além de um instrumento que se mostra

válido para o rastreio de déficits de autorregulação associadas à tristeza, ao invés de estratégias gerais de autorregulação. Conforme Noronha et al. (2019), a escolha apenas da emoção tristeza foi realizada por possibilitar maior variância explicada e ser mais focal do que os outros instrumentos que avaliam diversos afetos, tornando a EARE-A útil também para avaliar populações com transtornos de humor.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fim de cumprir com o objetivo geral de investigar as propriedades psicométricas da Escala de Autorregulação Emocional Versão Adulto (EARE-A) em amostras universitária e clínica (com diagnóstico ou hipótese diagnóstica primária de depressão), as análises fatoriais confirmatórias e exploratória, indicaram a escolha pelo modelo 4 fatores em detrimento do de três, ainda que este tenha apresentado bons índices de ajuste. Tal escolha se deu por conta de que o modelo de quatro fatores apresentou melhores índices de ajuste além de menos cargas cruzadas entre os fatores quando comparada ao modelo subtraído da análise exploratória. Além disso, tal escolha alinha-se com pesquisa anterior de Noronha et al (2018), e corrobora achados teóricos de estudos como os de Santana e Gondim (2016) e Gratz e Roemer (2004), sustentando boa correspondência com a literatura.

Corroborando as hipóteses levantadas no início deste trabalho, os resultados da pesquisa indicaram consistentemente escores mais altos de falhas de autorregulação emocional na amostra clínica em relação à amostra universitária. A EARE-A sustentou-se como instrumento válido com potencial discriminativo para avaliação clínica.

De forma similar, as comparações entre grupos (p. ex., participantes com diagnóstico e sem diagnóstico de depressão, ou participantes com e sem histórico de tentativa de suicídio, ou participantes com e sem histórico familiar de depressão e

tentativas de suicídio) também indicaram o potencial discriminativo da EARE-A, uma vez mais corroborando as hipóteses do trabalho. O mesmo foi demonstrado na comparação entre gêneros, com o gênero feminino alcançando escores mais baixos nas estratégias adequadas de autorregulação e mais altos nas estratégias inadequadas.

Os resultados deste estudo também corroboraram as hipóteses relacionadas às correlações entre os escores da EARE-A e os escores de depressão, suporte social e suporte familiar. Além disso, demonstraram evidências por meio dos modelos preditivos de regressão de que existem associações significativas importantes entre as estratégias de autorregulação emocional do indivíduo, seus sintomas depressivos e suas percepções de suporte social e suporte familiar. Este último resultado manteve-se constante tanto quando considerando-se o desfecho como a sintomatologia depressiva quanto quando considerando-se o desfecho como a autorregulação emocional. Diante dos dados apresentados, foi possível ainda identificar a autorregulação emocional como o principal preditor da depressão dentre as variáveis investigadas.

Por fim, destaca-se a importância de ter uma escala como a EARE-A, específica para avaliar autorregulação associada à tristeza, por sua relevância clínica para levantar dados e trabalhar estratégia de enfrentamento principalmente para pacientes com sintomatologia depressiva.

REFERÊNCIAS

- Allen, K. R., Blieszner, R. & Roberto, K. A. (2000). Families in the middle and later years: a review and critique of research in the 1990s. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 911-926. doi: 10.2307/1566716
- Almeida, L. G. R. & Faro, A. (2016). Levantamento e principais achados de estudos nacionais sobre a depressão. *Revista Interdisciplinar de Pesquisa e Inovação*, 2(1), 1-16. Recuperado de <https://seer.ufs.br/index.php/revipi/article/view/5066>
- Alves, L. B. M. (2007). O reconhecimento legal do conceito moderno de família: o Art. 5º, II e parágrafo único, da Lei nº 11.340/2006, Lei Maria da Penha. *De jure: Revista Jurídica do Ministério Público do Estado de Minas Gerais*, 8, 329-334. Retirado de https://aplicacao.mpmg.mp.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/225/reconhecimento%20legal%20conceito_Alves.pdf?sequence=1
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)* (5ª ed). Porto Alegre: Artmed.
- Anderson, E. S., Winett, R. A. & Wojcik, J. R. (2007). Self-regulation, self-efficacy, outcome expectations, and social support: social cognitive theory and nutrition behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 34(3), 304–312. doi: 10.1007/bf02874555
- Antunes, C. & Fontaine, A. M. (2005). Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala Social Support Appraisals. *Paidéia*, 15(32), 355-366. doi: 10.1590/S0103-863X2005000300005

- Bahls, S. C. (1999). Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interação em Psicologia*, 3(1), 49-60. doi: 10.5380/psi.v3i1.7660
- Baptista, M. N. (2010). *Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)*. São Paulo: Vetor.
- Baptista, M. N. (2012). *Escala Baptista de Depressão Versão Adulto (EBADEP-A)*. São Paulo: Vetor.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Dias, R. R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(2), 52-61. doi: 10.1590/S1414-98932001000200007
- Baptista, M. N. & Teodoro, M. L. (2009). *Psicologia de Família: Teoria, Avaliação e Intervenções*. Porto Alegre: Artmed.
- 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(1), 10-18. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/188/18826165001/>
- Baumeister, R. F., Schmeichel, B. J. & Vohs, K. D. (2007). Self-regulation and the executive function: the self as controlling agent. In A. W. Kruglanski & E. T. Higgins (Eds.), *Social Psychology: Handbook of Basic Principles* (pp. 516-539). Nova York: The Guilford Press.
- Beck, A. T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Boston: International University Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, J. (2007). *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed.

- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed,
- Bell, L. G. & Bell, D. C. (2005). Family dynamics in adolescence affect midlife well-being. *Journal of Family Psychology*, *19*(2), 198-207. doi: 10.1037/0893-3200.19.2.198
- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P. & Hofmann, S. G. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *82*(4), 234-245. doi: 10.1159/000348448
- Berking, M., Wirtz, C. M., Svaldi, J. & Hofmann, S. G. (2014). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behavior Research and Therapy*, *57*, 13-20. doi: 10.1016/j.brat.2014.03.003
- Boing, A. F., Melo, G. R., Boing, A. C., Moretti-Pires, R. O., Peres, K. G., & Peres, M. A. (2012). Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Revista de Saúde Pública*, *46*(4), 617–623. doi:10.1590/s0034-89102012005000044
- Borges, L. & Pacheco, J. T. B. (2018) Sintomas depressivos, autorregulação emocional e suporte familiar: um estudo com crianças e adolescents. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, *9*(3), 132-148. doi: 10.5433/2236-6407.2018v9n3suplp132
- Bridges, L. J., Denham, S. A. & Ganiban, J. M. (2004). Definitional issues in emotion regulation research. *Child development*, *75*(2), 340-345. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00675.x
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, *22*(6), 723-742. doi: 10.1037/0012-1649.22.6.723

- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. Nova York: The Guilford Press.
- Campos, E. (2004). Suporte social e família. In J. Mello-Filho, (Ed.), *Doenças e Família* (pp. 141-161). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cardoso, H. F. & Baptista, M. N. (2014). Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulta) – EPSUS-A: estudo das qualidades psicométricas. *Psico-USF*, 19(3), 499-510. doi: 10.1590/1413-82712014019003012
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Del Prette, Z. & Del Prette, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237. doi: 10.1590/s0102-79722007000200008
- Catanzaro, S. J. & Mearns, J. (1990). Measuring generalizes expetancies for negative mood regulation: Initial scale development and implications. *Journal of Personality*, 54(3 e 4), 546-563. doi: 10.1080/00223891.1990.9674019
- Ceberio, M. R. (2006). Viejas y nuevas familias: La transición hacia nuevas estructuras familiares. *Interpsiquis*. Recuperado de <http://psiqu.com/1-3131>
- Compton, M. T., Thompson, N. J. & Kaslow, N. J. (2005). Social environment factors associated with suicide attempt among low-income African Americans: the protective role of family relationships and social support. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 175–185. doi: 10.1007/s00127-005-0865-6
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R. & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da escala de dificuldades de regulação emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Archives of Clinical Psychiatry*, 37(4), 145-151. doi: 10.1590/S0101-60832010000400001

- Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2011). Regulação emocional em crianças com e sem sintomas de depressão. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 16(3), 219-226. doi: 10.1590/S1413-294X2011000300003
- Dancey, C. P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemáticas para psicologia usando SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed.
- De Dreu, C. K., Baas, M. & Nijstad, B. A. (2008). Hedonic tone and activation level in the mood-creativity link: toward a dual pathway to creativity model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(5), 739-756. doi: 10.1037/0022-3514.94.5.739
- Deckersbach, T., Gershuny, B. S. & Otto, M. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(4), 795-809. doi: 10.1016/S0193-953X(05)70198-2
- D'El Rey, G. J. F. & Pacini, C. A. (2006). Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: modelos e técnicas. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 269-275. doi: 10.1590/S1413-73722006000200005
- Dobson, K. S. & Dozois, D. J. A. (2006). Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais. In K. S. Dobson (Ed.), *Manual de Terapias Cognitivo-Comportamentais* (pp. 17-44) (2nd ed). Porto Alegre: Artmed.
- Du Pont, A., Welker, K., Gilbert, K. E. & Gruber, J. (2016). The emerging field of positive emotion dysregulation. In K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Eds.), *Handbook of Self-Regulation: Research, Theory and Applications* (pp. 364-379) (3rd ed). Nova York: The Guilford Press.
- Dutra, V. F. D., Oliveira, R. M. P. (2015). Revisão Integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. *Aquichan*, 15 (4): 529-540. doi: 10.5294/aqui.2015.15.4.8.

- Eisenberg, N., Guthrie, I. K., Fabes, R. A., Shepard, S., Losoya, S., Murphy, B., ... Reiser, M. (2000). Prediction of Elementary School Children's Externalizing Problem Behaviors from Attentional and Behavioral. *Regulation and Negative Emotionality. Child Development, 71*(5), 1367–1382. doi:10.1111/1467-8624.00233
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion, 6*(3-4), 169–200. doi: 10.1080/02699939208411068
- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2014). A new look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review, 19*(2), 113-147. doi: 10.1177/1088868314544222
- Feitosa, F. B. (2014). A depressão pela perspectiva biopsicossocial e a função protetora das habilidades sociais. *Psicologia: Ciência e Profissão, 34*(2), 488-499. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5864180>
- Ferraz, R. B., Tavares, H. & Zilberman, M. L. (2007). Felicidade: uma revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*(5), 234-242. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n5/a05v34n5>
- Fredrickson, B. L. & Losada, M. F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist, 60*(7), 678-686. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/2005-11834-001>
- Girdwood, V. M. O., Araújo, I. S. D. & Pitanga, C. P. S. (2011). Efeitos da atividade física no tratamento da depressão na mulher. *Revista Baiana de Saúde Pública, 35*(3), 537-547. Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n3/a2634.pdf>
- Gollwitzer, P. M. & Oettingen, G. (2011). Planning promotes goal striving. In K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Eds.), *Handbook of Self-Regulation: Research, Theory and Applications* (pp. 223-244) (3rd ed). New York: The Guilford Press.

- Gondim, S. M. G., Pereira, C. R., Hirschle, A. L. T., Palma, E. M. S., Alberton, G. D., Paranhos, J. ... Ribeiro, W. R. B. (2015). Evidências de validação de uma medida de características pessoais de regulação de emoções. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(4), 659-667. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/188/18842573004/>
- 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(1), 41-54. doi: 10.1023/b:joba.0000007455.08539.94
- Grav, S., Hellzèn, O., Romild, U. & Stordal, E. (2012). Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21(1-2), 111-120. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03868.x
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 3-16. doi: 10.1002/cpp.388
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (2015). *Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think*. New York: Guilford Publications.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. L. & Lopes, C. S. (2003). Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no estudo pró-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 625-634. Recuperado de https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000200029&script=sci_arttext&tlng=es
- Gross, J. J. & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151-164. doi: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x

- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. doi: 10.1037/1089-2680.2.3.271
- 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. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- Gross, J. J. (2008). Emotion regulation. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 497-512). Nova York: The Guildford Press.
- Gunnell, D. J. (2000). The epidemiology of suicide. *International Review of Psychiatry*, 12(1), 21–26. doi:10.1080/09540260074076
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. doi: 10.1037/0022-006X.64.6.1152
- Hermolin, M. K., Rangé, B. P. & Porto, P. P. (2000). Uma proposta de tratamento em grupo para a depressão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 2(2), 171-179. Recuperado de <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/download/299>
- Hu, L. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6, 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Ibañez, M. J., Ruipérez, M. A., Moya, J., Marqués, M. J. & Ortet, G. (2005). A short version of the Self-regulation Inventory (SRI-S). *Personality and Individual Differences*, 39, 1055-1059. doi: 10.1016/j.paid.2005.02.029

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014). *Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do Estado de Saúde, Estilos de Vida e Doenças Crônicas Não Transmissíveis*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n2/333-342/>
- 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. doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x
- Joormann, J. & Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. *Cognition & Emotion*, 24(2), 281-298. doi: 10.1080/02699930903407948
- Joormann, J. & Stanton, C. (2016). Examining emotion regulation in depression: a review and future directions. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 35-49. doi: 10.1016/j.brat.2016.07.007
- Krause, N. (2001). Social Support. In R. Binstock & L. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (pp. 272-294) (5a ed.). San Diego: Academic Press.
- Lang, P. J. (1978). Anxiety: toward a psychophysiological definition. In H. S. Akiskal & W. L. Webb (Eds.), *Psychiatric Diagnosis: Exploration of Biological Predictors* (pp. 365-389). New York: Spectrum.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer
- Leahy, R. L., Tirsch, D. & Napolitano, L. A. (2013). *Regulação Emocional em Psicoterapia: um Guia para o Terapeuta Cognitivo-Comportamental*. Porto Alegre: Artmed.
- Leventhal, H. (1982). A perceptual motor theory of emotion. *Social Science Information/sur les sciences sociales*, 21(6), 819-845. doi: 10.1177/053901882021006003

- Lidchi, V. & Eisenstein, E. (2004). Adolescentes e famílias no contexto médico. In J. Mello Filho (Ed.), *Doença e família* (pp. 217-231). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2003). *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e Aplicações Clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lopes, P. N., Salovey, P., Côté, S. & Beers, M. (2005). Emotion regulation abilities and the quality of social interaction. *Emotion*, 5(1), 113-118. doi: 10.1037/1528-3542.5.1.113
- Luecken, L. J. (2000). Attachment and loss experiences during childhood are associated with adult hostility, depression, and social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(1), 85-91. doi: 10.1016/S0022-3999(00)00151-3
- Marroquín, B., & Nolen-Hoeksema, S. (2015). Emotion regulation and depressive symptoms: Close relationships as social context and influence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109(5), 836–855. doi: 10.1037/pspi0000034
- Maes, S. & Gebhardt, W. (2005). Self-regulation and health behavior: the health behavior goal model. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of Self-Regulation* (pp. 343-368). London: Elsevier Academic Press.
- Mendoza, I. Y Q. & Mancussi, A. C. F. (2009). Soporte social del anciano quirúrgico: revisión bibliográfica. *Enfermería Global*, 15, 1-10. doi: 10.6018/eglobal.8.1.50431
- Mocaiber, I., Oliveira, L. D., Pereira, M. G., Machado-Pinheiro, W., Ventura, P. R., Figueira, I. V. & Volchan, E. (2008). Neurobiologia da regulação emocional: implicações para a terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 531-538. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n3/v13n3a14>

- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The Role of the Family Context in the Development of Emotion Regulation. *Social Development, 16*(2), 361-388. doi: 10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x
- Nelis, D., Quoidbach, J., Hansenne, M. & Mikolajczak, M. (2011). Measuring individual differences in emotion regulation: the emotion regulation profile-revised (ERP-R). *Psychologica Belgica, 51*(1), 49–91. doi: 10.5334/pb-51-1-49
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*(5), 400-424. doi: 10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x
- Noronha, A. P. P., Baptista, M. N. & Batista, H. H. V. (2018). *Construção e estudos psicométricos da Escala de Autorregulação Emocional – Versões Adulto e Infanto-Juvenil*. Relatório técnico não publicado. Itatiba: Universidade São Francisco.
- Oliva, A. D., Otta, E., Ribeiro, F. L., Bussab, V. S. R., Lopes, F. D. A., Yamamoto, M. E. & Moura, M. L. S. D. (2006). Reason, emotion and action in scene: human mind from an evolutionary perspective. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 22*(1), 53-61. doi: 10.1590/S0102-37722006000100007
- Olson, D. H., Russel, C. S. & Sprenkle, D. H. (1983). Circumplex model of marital and family systems: theoretical update. *Family Process, 22*, 69-83. doi: 10.1111/j.1545-5300.1983.00069.x
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed.
- Organização Mundial da Saúde (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

- Queirós, M. M. L. F., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Carral, J. M. C. & Queirós, P. S. (2005). Validação e fiabilidade da versão portuguesa modificada da Trait Meta-Mood Scale. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 9, 199-216. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Pablo_Fernandez-Berrocal/publication/237764772_Validacao_e_fiabilidade_da-versao_portuguesa_modificada_da_Trait_Meta-Mood_Scale/links/00b49527513aec585a000000/Validacao-e-fiabilidade-da-versao-portuguesa-modificada-da-Trait-Meta-Mood-Scale.pdf
- Patten, S. B., Bilsker, D. & Goldner, E. (2008). The evolving understanding of major depression epidemiology: implications for practice and policy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(10), 689-695. doi: 10.1177/070674370805301008
- Pejičić, M., Ristić, M., & Anđelković, V. (2018). The mediating effect of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between perceived social support and resilience in postwar youth. *Journal of Community Psychology*, 46(4), 457–472. doi: 10.1002/jcop.21951
- Phan, K. L., Fitzgerald, D. A., Nathan, P. J., Moore, G. J., Uhde, T. W. & Tancer, M. E. (2005). Neural substrates for voluntary suppression of negative affect: a functional magnetic resonance imaging study. *Biological Psychiatry*, 57, 210-219. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.10.030
- Quoidbach, J. & Hansenne, M. (2009). The impact of trait emotional intelligence on nursing team performance and cohesiveness. *Journal of Professional Nursing*, 25(1), 23-29. doi: 10.1016/j.profnurs.2007.12.002
- Rajappa, K., Gallagher, M. & Mirand, R. (2012). Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), 833–839. doi: 10.1007/s10608-011-9419-2

- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 7, 156-175.
Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/868/86819567007/>
- Raykov, T. (1997). Estimation of composite reliability for congeneric measures. *Applied Psychological Measurement*, 21(2), 173-184. doi: 10.1016/j.margen.2017.02.006
- Ribeiro, J. L. P. (2011). *Escala de Satisfação com o Suporte Social*. Lisboa: Placebo, Editora LDA.
- Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of Mental Health*, 3, 535-544. Recuperado de <http://www.academia.edu/download/30741391/socsupchap98.pdf>
- Roy, A. K., Klein, R. G., Angelosante, A., Bar-Haim, Y., Leibenluft, E., Hulvershorn, L., ... Spindel, C. (2013). Clinical Features of Young Children Referred for Impairing Temper Outbursts. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 23(9), 588–596. doi:10.1089/cap.2013.0005
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria* (9a ed.) .Porto Alegre: Artmed.
- Saleh, K., Carballedo, A., Lisiecka, D., Fagan, A. J., Connolly, G., Boyle, G., & Frodl, T. (2012). Impact of family history and depression on amygdala volume. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 203(1), 24–30. doi: 10.1016/j.psychresns.2011.10.004
- Santana, V. S. & Gondim, S. M. G. (2016). Regulação emocional, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 21(1), 58-68. doi: 10.5935/1678-4669.20160007.
- Santos, C., Ribeiro, J. P & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com o diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doença*, 4(2), 185-204. Recuperado de

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862003000200002

- Santos, H. G. B., Marcon, S. R., Espinosa, M. M., Baptista, M. N., & Paulo, P. M. C. (2017). Factors associated with suicidal ideation among university students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(1). doi: 10.1590/1518-8345.1592.2878
- Seeman, T. E. (1996). Social ties and health: the benefits of social integration. *Annals of Epidemiology*, 6(5), 442-451. doi: 10.1016/S1047-2797(96)00095-6
- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G. & Gross, J. J. (2011). Emotion-regulation choice. *Psychological Science*, 22(11), 1391-1396. doi: 10.1177/0956797611418350
- Silvestre, R. L. S. & Vandenberghe, L. (2013). Os benefícios das emoções positivas. *Contextos Clínicos*, 6(1), 50-57. Recuperado de <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/3725>
- Southam-Gerow, M. (2013). *Emotion Regulation in Children and Adolescent: a Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Press.
- Stikkelbroek, Y., Bodden, D. H. M., Kleinjan, M., Reijnders, M., & Baar, A. L. (2016). Adolescent depression and negative life events, the mediating role of cognitive emotion regulation. *PloS One*, 11(8), 1-16. doi: 10.1371/journal.pone.0161062
- Trentacosta, C. J. & Shaw, D. S. (2009). Emotional self-regulation, peer rejection, and antisocial behavior: developmental associations from early childhood to early adolescence. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30, 356-365. doi: 10.1371/journal.pone.0161062
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52. doi: 10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x

- Uchino, B. N. (2004). *Social Support and Physical Health: Understanding the Health Consequences of Relationships*. New Haven: Yale University Press.
- Valentini, F. & Damásio, B. F. (2016). Variância Média Extraída e Confiabilidade Composta: Indicadores de Precisão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(2), e322225. Retirado de <http://revistaptp.unb.br/index.php/ptp/article/view/2729>
- Voelkle, M., Ebner, N., Lindenberger, U. & Riediger, M. (2013). Here we go again: anticipatory and reactive mood responses to recurring unpleasant situations throughout adulthood. *Emotion* 13, 424–433. doi: 10.1037/a0031351
- Vos, T., Allen, C., Arora, M., Barber, R. M., Bhutta, Z. A., Brown, A., ... Chen, A. Z. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1545–1602. doi:10.1016/s0140-6736(16)31678-6
- Watson, D. & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219-235. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.219
- Weiss, N. H., Gratz, K. L. & Lavender, J. M. (2015). Factor structure and initial validation of a multidimensional measure of difficulties in the regulation of positive emotions: the DERS-positive. *Behavior Modification*, 39(3), 431-453. doi: 10.1177/0145445514566504
- Werner-Seidler, A., Afzali, M. H., Chapman, C., Sunderland, M. & Slade, T. (2017). The relationship between social support networks and depression in the 2007 National Survey of Mental Health and Well-being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(12), 1463–1473. doi: 10.1007/s00127-017-1440-7
- Wright, J. H., Basco, M. R., Thase, M. E. *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Zimmerman, B. J. (2005). Attaining self-regulation: a social cognitive perspective. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of Self-Regulation* (pp. 13-39). London: Elsevier Academic Press.

ANEXO 1**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO (1ª via)****PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE AUTORREGULAÇÃO
EMOCIONAL VERSÃO ADULTO (EARE-A) EM CONTEXTO CLÍNICO E
UNIVERSITÁRIO**

Eu,.....,

RG....., abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supra-citado, sob a responsabilidade do pesquisador Alexandre José Raad e profº Dr. Makilim Nunes Baptista do programa de Pós-graduação stricto sensu- Doutorado- Avaliação Psicológica da Universidade São Francisco. Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

1 - O objetivo da pesquisa é investigar as propriedades psicométricas da Escala de Autorregulação Emocional Versão Adulto (EARE-A) em amostras clínica e universitária.

2- Durante o estudo: Inicialmente irão responder a um questionário preliminar onde vão constar os dados sociodemográficos. Em seguida serão aplicados 05 instrumentos de avaliação psicométrica (EARE-A Escala de Autorregulação Emocional; EABADEP-A Escala Baptista de Depressão; EPSUS-A Escala de Percepção do Suporte Social; IPSF- Inventário de Percepção de Suporte Familiar. O tempo total aproximado é de 01 hora. Vale ressaltar que poderá ocorrer algum desconforto emocional ao responder os instrumentos;

3 - Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;

4- A resposta a estes instrumentos não causam riscos conhecidos à minha saúde física e mental, não sendo provável, também, que causem desconforto emocional;

5 - Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, o que não me causará nenhum prejuízo;

6 – Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;

7 - Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone: 11 - 24548981;

8 - Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Alexandre José Raad, sempre que julgar necessário pelo telefone número 79 3218-2189;

9- Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Aracaju, _____ data

Assinatura do Sujeito de Pesquisa ou

Responsável: _____ Assinatura do Pesquisador

Responsável: _____

ANEXO 2

ESCALA DE AUTORREGULAÇÃO EMOCIONAL VERSÃO ADULTO (EARE-A)

As perguntas abaixo se referem a pensamentos, sentimentos e comportamentos que ocorrem **diante de algum evento da vida que gera tristeza**. Assinale com um X a alternativa que mais tem a ver com você.

Não existem respostas certas ou erradas.

Favor preencher todos os itens.



Nenhuma das vezes/nada



Um pouco



Mais ou menos



Muito



Sempre

Itens					
Quando estou triste					
1. Penso em outras coisas					
2. Fico com medo disso não passar					
3. Tento me distrair fazendo outras coisas					
4. Não consigo entender por que estou assim					
5. Acho que nada do que pode ser feito vai adiantar					
6. Não consigo pensar direito					
7. Quero bater nos outros					
8. Tento pensar em saídas para o problema					
9. Tento pensar em como não me sentir mais triste					
10. Tento pensar em coisas boas					
11. Tento lembrar de como resolvi problemas parecidos					
12. Tento me acalmar					

13. Tento me animar					
14. Tento achar uma solução diferente para a situação					
15. Brigo com os outros					
16. Não sei o que fazer					
17. Fico perdido					
18. Acho que o que sinto é importante para o meu crescimento					
19. Acredito que tudo vai piorar					
20. Acho que eu sou uma pessoa ruim					
21. Acho que eu não tenho valor					
22. Acho que eu sou pior do que os outros					
23. Acho que eu sou incompetente					
24. Acredito que vai demorar muito para eu melhorar					
25. Penso que o futuro será melhor					
26. Penso que isso vai passar					
27. Procuo relaxar					
28. Acho que sou capaz de resolver o problema					
29. Maltrato outras pessoas					
30. Grito/berro					
31. Bato os pés					
32. Culpo os outros por coisas que eles não têm culpa					
33. Soco as coisas/quebro as coisas					
34. Faço alguma coisa que eu gosto					

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO.

LEVANTAMENTO SÓCIO-DEMOGRÁFICO DO PARTICIPANTE

Data: ____/____/____

Nome completo:

1 - Sexo: () Masculino () Feminino

2- Idade:

3- Curso:

4 - Estado Civil:

() Solteiro () Desquitado/ Divorciado
 () Casado () Recasado
 () Viúvo () Outros:

5 – Indique o nível de escolaridade do chefe da família:

() Analfabeto/ fundamental incompleto () Médio completo / Superior incompleto
 () Fundamental I (1ª a 4ª) completo/ () Superior completo
 () Fundamental II (5ª a 8ª) incompleto
 () Fundamental II completo/
 () Médio incompleto

6 – Se você não for o chefe da família, indique seu grau de escolaridade:

() Analfabeto/ fundamental incompleto () Médio completo / Superior incompleto
 () Fundamental I (1ª a 4ª) completo/ () Superior completo
 () Fundamental II (5ª a 8ª) incompleto
 () Fundamental II completo/
 () Médio incompleto

7) Estou avaliando () família nuclear (pai, mãe, irmãos, etc) () família constituída (esposa, esposo, filhos)

Atualmente resido com _____

Meus pais () nunca se separaram () se separaram quando eu tinha ____ anos

Eu, se já casado () nunca me separei () já me separei com ____ anos de casamento

primeira separação segunda separação terceira ou mais

8- Exerce algum trabalho remunerado atualmente?

Não Sim. Qual profissão? : _____

9 – Alguém da sua família já foi diagnosticado com depressão, por psicólogo ou psiquiatra?

Não Sim. Quem? _____

10 – Você já passou por avaliação psiquiátrica ou psicológica?

Não Sim, com diagnóstico de depressão
 Sim, sem nenhum diagnóstico Sim, com outro diagnóstico. Qual? _____

11 –Atualmente está passando por tratamento para depressão?

psicológico Não Sim Há quanto tempo? _____
medicamentoso Não Sim Há quanto tempo? _____

12- Se você está diagnosticado com algum transtorno depressivo, acredita que a sintomas depressivos se encontram em qual nível?

Leve Moderado Severo

Para preenchimento do pesquisador: HD _____ CID _____

Comorbidade _____