

Adaptação e evidências de validade da versão brasileira do Questionário Revisado de Controle da Ansiedade

Luanna dos Santos Silva

André Faro

Resumo: O Questionário de Controle de Ansiedade-Revisado (*QCA-R*) foi desenvolvido para avaliar a percepção do indivíduo quanto a sua habilidade de controle diante de reações relacionadas à ansiedade. *Objetivo.* Adaptar o *QCA-R* para o português brasileiro e reunir evidências iniciais de validade de conteúdo, estrutura interna e relação com variáveis externas. *Método.* Participaram 293 indivíduos, com idade superior a 18 anos. Utilizou-se o *QCA-R*, o *Patient Health Questionnaire-4* (*PHQ-4*) e um questionário sociodemográfico. *Resultados.* A partir de análise fatorial exploratória, foi identificada solução unidimensional. Verificou-se validade baseada na relação com variáveis externas, sendo encontrada associação negativa e estatisticamente significativa entre o *QCA-R* e o *PHQ-4*. Concluiu-se que o *QCA-R* é um instrumento apropriado para uso com amostras brasileiras.

Palavras-chave: controle percebido; ansiedade; psicometria.

Adaptation and evidence of validity of the Brazilian version of the Revised Anxiety Control Questionnaire

Abstract: The Anxiety Control Questionnaire-Revised (*ACQ-R*) was developed to measure the perception of control ability when facing reactions related to anxiety. *Objective.* To adapt this instrument to Brazilian Portuguese, to gather initial evidence of validity based on content, internal structure, and relationship with external variables. *Method.* The sample was composed of 293 subjects, aging from 18 years old. The *ACQ-R*, the *Patient Health Questionnaire-4* (*PHQ-4*) and a sociodemographic questionnaire were applied. *Results.* A unidimensional solution for the Brazilian version of the *ACQ-R* was identified in the exploratory factor analysis. The validity was found based on the relationship with external variables and there was a negative and statistically significant association between *ACQ-R* and *PHQ-4*. We concluded that the *ACQ-R* is an appropriate instrument for use with Brazilian samples.

Keywords: perceived control; anxiety; psychometry.

Introdução

Construtos transdiagnósticos são definidos como variáveis dimensionais que superam as limitações impostas pelo diagnóstico categórico, podendo ser aplicados a uma ampla classe de distúrbios (Eaton, 2017). Sistemas nosológicos tradicionais, a exemplo do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*DSM-5*) e da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (*CID-11*), supõem que os transtornos têm natureza dicotômica, ou seja, determinada condição psicopatológica está presente ou ausente, caso atenda ou não aos critérios diagnósticos estabelecidos. Contudo, tanto a experiência clínica quanto a pesquisa

empírica indicam que essas suposições apresentam falhas e que muitos transtornos mentais são manifestações de relativamente poucas dimensões básicas subjacentes (Krueger & Eaton, 2015; Sauer-Zavala et al., 2017).

Modelos transdiagnósticos apresentam duas principais implicações. Primeiro, tornam possível compreender como determinados agentes psicofarmacológicos e modalidades terapêuticas se mostram exitosos em variados quadros psicopatológicos. Segundo, permitem definir um alvo para as intervenções. Um tratamento capaz de diminuir os riscos em torno de um fator transdiagnóstico pode ter impacto na assistência prestada a diferentes transtornos psiquiátricos (Krueger & Eaton, 2015). Nos últimos anos, a pesquisa em torno dos fatores transdiagnósticos experimentou um intenso crescimento (Eaton, Rodriguez-Seijas, Carragher, & Krueger, 2015) e o controle percebido desponta como um dos mais estudados (Gallagher, Bentley, & Barlow, 2014).

Controle percebido pode ser definido como a crença sobre o domínio exercido em relação a eventos situacionais (Gallagher et al., 2014; Weems & Silverman, 2006). É importante distinguir entre controle percebido e três principais teorias relacionadas ao controle. A primeira delas é a de locus de controle externo e interno, que envolve a ideia de que a percepção de controle do indivíduo sobre o reforço pode ser atribuída a elementos externos (por exemplo, fé ou destino) ou agentes internos (por exemplo, características pessoais) (Rotter, 1966). Críticas recentes a essa visão destacam sua natureza generalista e menor relevância para o entendimento dos transtornos de ansiedade quando comparada ao controle percebido (Gallagher et al., 2014). Outra teoria pertinente é da autoeficácia, que é descrita como a crença na habilidade de exercer controle sobre eventos adversos da vida (Bandura, 1997). A principal diferença entre a teoria de autoeficácia e outros modelos de controle está na atenção à competência, à convicção de que as habilidades individuais podem ser utilizadas para alcançar um resultado (Weems & Silverman, 2006). Finalmente, o modelo de desamparo aprendido corresponde às dificuldades de aprendizagem de esquiva em decorrência de história prévia de exposição a estímulos aversivos inevitáveis (Maier & Seligman, 1976), sendo que o principal ponto de distinção dessa teoria reside na compreensão sobre controle real e crenças sobre o controle exercido (Weems & Silverman, 2006).

Percebe-se que ao passo que teorias anteriores davam ênfase à importância da percepção geral de controle, as teorias contemporâneas dão destaque a percepção de controle sobre experiências emocionais aversivas. De acordo com o modelo de vulnerabilidade tripla, o controle percebido deve ser entendido como uma vulnerabilidade psicológica geral, sendo apontado como um fator crítico para o desenvolvimento e manutenção de distúrbios emocionais, especialmente transtornos de ansiedade (Barlow, 2002). Uma metanálise realizada com 51 estudos e 11.218 pacientes identificou uma associação significativa e negativa tanto com medidas de traço de ansiedade quanto de transtornos ansiosos. Adicionalmente, já se sabe que a promoção de percepções mais adaptativas de controle está associada a desfechos positivos no tratamento de transtornos de ansiedade (Gallagher, Naragon-Gainey, & Brown, 2014).

O *Anxiety Control Questionnaire* (Questionário de Controle de Ansiedade, QCA) foi desenvolvido a fim de atender a demanda por instrumentos que avaliassem aspectos específicos do controle percebido, investigando o domínio sobre eventos relacionados à ansiedade. A versão original do QCA é formada por 30 itens agrupados em dois fatores: controle percebido sobre eventos externos e controle percebido sobre reações emocionais internas (Rapee, Craske, Brown, & Barlow, 1996). Devido à inconstância estrutural apresentada pelo questionário (Zebb & Moore, 1999), foi realizado um novo estudo para avaliação psicométrica do instrumento (Brown, White, Forsyth, & Barlow, 2004).

Inicialmente, os 30 itens do QCA foram submetidos a Análise Fatorial Exploratória (AFE), sendo adotado o método de estimação *Maximum like lihoode Promax* como técnica de rotação. Identificou-se solução com três fatores (controle emocional, controle de ameaça e controle de estresse) e 15 itens foram excluídos por apresentarem baixas cargas fatoriais. Os 15 itens restantes foram submetidos novamente a AFE, sendo mais uma vez encontrados três fatores e cargas fatoriais entre 0,36 e 0,86. Diante disso, realizou-se Análise Fatorial Confirmatória (AFC), sendo corroborado o modelo de três fatores, tendo todos os índices de ajuste em valores satisfatórios e cargas fatoriais entre 0,43 a 0,71. Foi encontrado alfa de Cronbach total de 0,85 e observada invariância da medida quanto ao gênero (Brown et al., 2004).

A versão refinada, com 15 itens, foi nomeada *Anxiety Control Questionnaire-Revised* (Questionário de Controle de Ansiedade-Revisado, QCA-R,

Brown et al., 2004) e é comumente utilizada para avaliação da percepção de controle (Osma, Barrada, García-Palacios, Navarro-Haro, & Aguilar, 2016). Até o momento, existem dois estudos de adaptação transcultural do QCA-R. O primeiro foi realizado na Espanha, com amostra clínica e não clínica. Aplicou-se AFE, com análise paralela como técnica de retenção de itens e rotação oblíqua. Foram identificados dois fatores nomeados Controle emocional e Controle de ameaça e estresse. Os valores das cargas fatoriais foram superiores a 0,30 e o alfa de Cronbach total da escala foi 0,85 (Osma et al., 2016). O outro estudo de adaptação ocorreu em Portugal, com amostra de estudantes universitários. Foi conduzida AFC, sendo corroborada a estrutura de três fatores identificada no estudo original do instrumento. Entretanto, foi preciso forçar o item 15 em um fator diferente da versão original, a fim de obter índices satisfatórios de adequação. Assim, esse item passou do fator Controle emocional para Controle de estresse. Observou-se cargas fatoriais superiores a 0,30 e alfa de Cronbach total de 0,77 (Susó-Ribera, Ros, & Osma, 2019).

Em suma, verifica-se que poucos estudos realizaram a adaptação do QCA-R para outros idiomas e que até então não foi identificado trabalho com esse fim no Brasil. Considerando que o controle percebido é um construto transdiagnóstico importante para a compreensão do desenvolvimento e manutenção de transtornos emocionais, parece relevante que seja realizada adaptação de um instrumento reconhecidamente capaz de acessar esse construto para utilização em contexto brasileiro. Sendo assim, este trabalho teve por objetivo adaptar o QCA-R para português brasileiro e reunir evidências de validade de conteúdo, estrutura interna e relação com variáveis externas. Além disso, objetivou-se analisar a distribuição do controle percebido de acordo com as características sociodemográficas da amostra investigada.

Método

Participantes

A amostra foi composta por 293 pessoas, com idade entre 18 e 34 anos. O delineamento da pesquisa foi do tipo não probabilístico e por conveniência, sendo a coleta realizada em uma universidade pública federal, na primeira quinzena de fevereiro de 2020. Estabeleceu-se como critério de inclusão ter 18 anos ou mais, e, dos 300

estudantes que participaram inicialmente da pesquisa, sete foram excluídos por apresentarem inconsistências ou respostas em branco nos questionários.

Instrumentos

O QCA-R contém 15 itens, sendo 11 deles reversos, avaliados em uma escala *Likert* de seis pontos que varia de 0 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Escores mais baixos indicam menor controle percebido (Brown et al., 2004). Para analisar as evidências de validade baseada na relação com outras variáveis, utilizou-se o *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4; Kroenke, Spitzer, Williams, & Löwe, 2009), um instrumento de autorrelato ultra breve.

O PHQ-4 é composto por quatro itens, dois itens para rastrear ansiedade, advindos da *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7), e dois itens para investigar depressão, derivados do *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). Cada subescala apresenta um escore máximo de seis pontos, valores acima ou iguais a 3 são considerados indicadores de sintomas de ansiedade e depressão. Estudo de avaliação das qualidades psicométricas desse instrumento reportou alfa de Cronbach de 0,85 (Kroenke et al., 2009). No presente trabalho, o valor foi de 0,86. Como hipótese, esperava-se que os escores do QCA-R e PHQ-4 se correlacionassem negativamente, visto as evidências do papel desse construto no desenvolvimento de transtornos emocionais (Bentley et al., 2013; Gallagher, Bentley, & Barlow, 2014; López, González, García-Palacios, & Arbona, 2016). Por fim, para obtenção de dados sociodemográficos foi aplicado um questionário que investigou o gênero, idade, estado civil e cor de pele dos participantes.

Procedimentos

Antes de dar início ao processo de adaptação do QCA-R, foi obtida a autorização dos autores da versão original do instrumento. A tradução do inglês para o português se deu por meio do método de tradução-retradução. A versão preliminar foi avaliada por três especialistas bilíngues da área da Psicologia, a fim de investigar a validação de conteúdo dos itens. Calculou-se o coeficiente de validade de conteúdo (CVC), sendo encontrado valores satisfatórios (Cassepp-Borges, Balbinotti, & Teodoro, 2010) para os critérios de clareza de linguagem (CVC = 0,88), pertinência prática (CVC = 0,91) e relevância teórica (CVC = 0,91). Adicionalmente, a escala foi avaliada por um

grupo-alvo (n = 13) que atestou a adequabilidade das instruções, escala de respostas e itens.

Aspectos éticos

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de omitido para submissão (CAAE: omitido para submissão). A coleta de dados foi realizada a partir de aplicação coletiva dos questionários em sala de aula. Foi solicitada autorização à universidade, bem como aos professores que estavam nas turmas no momento em que os questionários foram administrados. Os alunos foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a não-obrigatoriedade da participação e instruídos para lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Análise de dados

Os dados foram submetidos a procedimentos de ajustes e verificação das distribuições das variáveis (Field, 2009) no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS – versão 25). No *software FACTOR* realizou-se a AFE com implementação de matriz policórica, método de extração *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS) e rotação *Robust Promin* (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2019). Para decisão de retenção de fatores aplicou-se a técnica da Análise Paralela (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011). Foram adotados os índices de ajuste *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA; esperado abaixo de 0,08), *Comparative Fit Index* (CFI; esperado acima de 0,90) e *Tucker-Lewis Index* (TLI; esperado acima de 0,90) (Brown, 2015) para avaliação da adequação do modelo. Para análise de adequação da unidimensionalidade da escala foram observados os indicadores *Unidimensional Congruence* (UniCo; esperado acima de 0,95), *Explained Common Variance* (ECV; esperado acima de 0,85) e *Mean of Item Residual Absolute Loadings* (MIREAL; esperado abaixo de 0,30). Foram utilizados para avaliar a confiabilidade da escala o alfa de Cronbach (α ; esperado acima de 0,60) Damásio e o ômega de McDonald 's (Ω ; esperado acima de 0,70) (& Dutra, 2017). Com o auxílio do SPSS, a partir da análise da correlação de Pearson (r), investigou-se a evidência de validade baseada na relação entre os escores do QCA-R e PHQ-4. Aplicou-se o teste t de Student para comparar a média do QCA-R segundo o gênero, cor de pele e estado civil. Os tamanhos de efeito das diferenças de média foram calculados por meio do d de Cohen. Utilizou-se correlações de Spearman (ρ) para correlacionar o escore total da QCA-R com a idade

dos participantes. Optou-se pelo uso de teste não-paramétrico nessa análise em razão da distribuição não-normal da variável idade (*Skewness* = 1,614 e *Kurtosis* = 2,499) nesta amostra. Importa destacar também que a variável cor de pele foi dicotomizada em branca e não-branca para fins de análise. Foi adotado um *p*-valor abaixo de 0,05 como indicador de significância estatística.

Resultados

Os valores de KMO (0,89) e do teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2[105] = 1262,3$; $p < 0,01$) indicaram que a matriz era fatorável. A análise paralela apontou a existência de um único fator, com variância explicada de 46,5%. Quanto aos indicadores de unidimensionalidade, o valor do UniCo (0,961; *IC* = 0,95-0,98), ECV (0,848; *IC* = 0,83-0,88) e MIREAL (0,216; *IC* = 0,16-0,23) foram satisfatórios. Os índices de ajuste encontrados foram adequados (RMSEA = 0,060; CFI = 0,973; TLI = 0,968) e as cargas fatoriais variaram entre 0,30 (item 1) e 0,79 (item 15). Observou-se valores de alfa de Cronbach de 0,87 e de ômega de McDonald de 0,88 (Tabela 1).

O escore total do QCA-R apresentou média de 38,3 pontos (*DP* = 13,93). A média do escore total da subescala de ansiedade do PHQ-4 foi de 2,9 (*DP* = 1,95) e de depressão foi de 2,4 (*DP* = 1,92). Foi identificada uma associação negativa e estatisticamente significativa tanto com o fator ansiedade ($r = -0,657$; $p < 0,001$; $r^2 = 0,432$) quanto com depressão ($r = -0,626$; $p < 0,001$; $r^2 = 0,392$), ratificando-se a hipótese de relação entre o QCA-R e os fatores da PHQ-4.

A amostra foi constituída por 54,9% ($n = 161$) de participantes do gênero feminino. No que diz respeito a cor de pele, 36,5% ($n = 186$) se declararam pardos, 24,6% ($n = 72$) brancos, 10,6% ($n = 31$) pretos e 1,4% ($n = 4$) indicaram a opção outros. Para fins de análise, os respondentes que se consideram pardos, pretos e de outras cores de pele foram agrupados como não-brancos, correspondendo a 75,4% ($n = 221$) da amostra. Em relação ao estado civil, 94,2% ($n = 276$) afirmaram estar solteiros e 5,8% ($n = 17$) casados. A média de idade foi de 21,6 anos (*DP* = 3,57).

Identificou-se diferença estatisticamente significativa em relação a distribuição do escore do QCA-R quanto ao gênero dos participantes ($t = -4,483$; $gl = 291$; $p < 0,001$; $d = 0,53$), de modo que as mulheres apresentaram nível mais baixo de controle percebido ($M = 35,1$; *DP* = 13,94) quando comparadas aos homens ($M = 42,2$; *DP* =

12,94). Não foi observada diferença estatisticamente significativa ($t = -0,135$; $gl = 291$; $p = 0,893$; $d = 0,01$) entre pessoas que afirmaram ter pele de cor branca ($M = 38,1$; $DP = 13,66$) e aquelas com a pele não-branca ($M = 38,3$; $DP = 14,05$). De forma similar, não foi detectada diferença estatisticamente significativa ($t = -0,938$; $gl = 291$; $p = 0,349$; $d = 0,22$) entre solteiros ($M = 38,1$; $DP = 13,86$) e casados ($M = 41,3$; $DP = 15,20$). Por fim, a correlação entre o escore do QCA-R e idade não exibiu significância estatística ($\rho = 0,094$; $p = 0,109$; $r^2 = 0,008$).

Tabela 1

Estatística Descritiva e Cargas Fatoriais dos itens do Questionário de Controle de Ansiedade Revisado

	Itens	M(DP)	Skewness	Kurtosis	Λ
1.	O quão bem eu enfrento situações difíceis depende se eu recebo ajuda externa. Por exemplo, receber ajuda de outras pessoas. *	2,2(1,38)	0,352	-0,768	0,30
2.	Quando eu estou sob estresse, é provável que eu perca o autocontrole. *	2,2(1,68)	0,172	-1,196	0,65
3.	Quando me sinto ansioso por alguma coisa, geralmente não há nada que eu possa fazer a respeito. *	2,9(1,60)	-0,392	-0,937	0,66
4.	Para mim, é sempre uma questão de sorte conseguir escapar com sucesso de uma situação assustadora. *	3,5(1,49)	-0,818	-0,336	0,62
5.	Em geral, consigo facilmente tirar pensamentos preocupantes da minha cabeça.	2,0(1,64)	0,133	-1,326	0,54
6.	Eu sou capaz de controlar meu nível de ansiedade.	2,3(1,63)	0,010	-1,161	0,68
7.	Há pouco que eu possa fazer para mudar situações assustadoras. *	3,0(1,44)	-0,284	-0,783	0,51
8.	O modo pelo qual uma situação difícil se resolve não tem nada a ver com minhas ações. *	3,7(1,33)	-1,042	0,364	0,39
9.	Se alguma coisa vai me machucar, isso acontecerá, não importa o que eu faça. *	3,2(1,58)	-0,563	-0,815	0,64
10.	Geralmente, eu consigo relaxar quando eu quero.	2,5(1,71)	-0,105	-1,248	0,64
11.	Quando eu estou estressado, nem sempre tenho certeza de como irei reagir. *	1,9(1,63)	0,528	-0,908	0,54
12.	A maioria dos eventos que me deixa ansioso está fora do meu controle. *	2,1(1,59)	0,261	-0,957	0,59
13.	Eu não me preocupo se fico ansioso diante de uma situação difícil, pois eu confio em minha habilidade de lidar com meus sintomas de ansiedade.	2,1(1,72)	0,123	-1,315	0,68
14.	Geralmente, eu acho complicado lidar com problemas difíceis. *	1,9(1,49)	0,472	-0,712	0,55
15.	Quando eu estou ansioso, acho difícil focar em qualquer outra coisa que não seja minha ansiedade. *	2,0(1,65)	0,350	-1,026	0,79
Score total do QCA-R		38,3 (13,93)	-0,074	-0,529	-

Notas. *M* = média; *DP* = desvio-padrão; Λ = carga fatorial, * = item reverso. Valor mínimo = 0 e máximo = 5. Variância explicada de 46,5%. Alfa de Cronbach (α) = 0,87 e Ômega de McDonald (Ω) = 0,88.

Discussão

Este estudo teve por objetivo adaptar o QCA-R para português brasileiro e reunir evidências iniciais de validade de conteúdo, estrutura interna e relação com variáveis externas, assim como apresentar a distribuição social do controle percebido de ansiedade na amostra investigada. Os resultados indicaram solução fatorial unidimensional, boa confiabilidade e validade baseada na relação com o PHQ-4. Além disso, verificou-se que mulheres tendem a apresentar baixo controle percebido de ansiedade quando comparadas aos homens e que características como cor de pele, estado civil e idade dos participantes não intervieram de modo estatisticamente significativo nos escores dos QCA-R.

A estrutura unifatorial identificada, recomendada pela análise paralela e corroborada pelos indicadores de unidimensionalidade UniCo, ECV e MIREAL, contrariou o modelo proposto pelo estudo original, que previa solução composta por três fatores (Brown et al., 2004). De modo semelhante, as outras duas adaptações transculturais do QCA-R encontraram diferenças na estrutura do instrumento. O estudo com a população espanhola identificou dois fatores (Osma et al., 2016). Quanto à versão em português de Portugal, ainda que tenha sido corroborada a estrutura de três fatores, foi preciso alocar o item 15 em um fator diferente da versão original para obter os índices de ajuste adequados. Tais inconstâncias indicam instabilidade na estrutura fatorial do instrumento, sendo, portanto, a estrutura obtida nesta amostra como mais uma possibilidade de entendimento da QCA-R.

Brown et al. (2004) recomendaram que investigações futuras analisassem as propriedades psicométricas do QCA-R e variabilidade estrutural encontrada por diferentes análises psicométricas conduzidas até então apoiam a escolha da condução da AFE para esse fim. Esse é um tipo de análise fatorial que tem por objetivo identificar as dimensões subjacentes à escala, além de determinar o número e natureza de fatores que representam melhor o construto investigado (Damásio, 2012). A técnica é exploratória porque o pesquisador não tem expectativas quanto ao número ou estrutura dos fatores que deverão ser encontrados, diferente da AFC, cuja natureza dirigida por hipóteses pré-estabelecidas demanda que o pesquisador especifique a priori todos os aspectos do modelo (Brown, 2015).

Tanto a AFE, quanto a AFC, são importantes para os avanços da teoria e da pesquisa, não existindo entre elas diferenças quanto ao mérito científico (Reio & Shuck, 2015). A decisão por uma delas deve considerar o estado atual de teoria e evidências empíricas do construto investigado. Assim, a AFE deve ser a escolha quando não há apoio sólido advindo de teorias psicológicas ou análises empíricas prévias (Fabrigar & Duane, 2011; Laros, 2004), o que se aplica ao presente estudo. Diante disso, destaca-se que os resultados encontrados em

adaptações anteriores demonstraram que o QCA-R pode apresentar diferenças em sua estrutura a depender do contexto de aplicação (por exemplo, tipo de amostra, cultura, etc.), o que reforça a plausibilidade da solução fatorial (então distinta) encontrada nesta investigação, assim como ratifica a escolha pela realização da AFE previamente à AFC. De todo modo, recomenda-se que futuramente seja realizada a AFC do instrumento a fim de testar a estrutura fatorial identificada neste trabalho e, com isso, avaliar a consistência do modelo aqui obtido.

A unidimensionalidade da versão brasileira do QCA-R indica que o controle percebido de ansiedade deve ser considerado como um construto geral, pois todos os itens do questionário se referem à mesma dimensão do traço latente investigado. Ou seja, na presente amostra, o instrumento não diferenciou as especificidades das dimensões controle emocional, controle de ameaça e controle de estresse, identificadas no estudo original. A existência de apenas um fator significa que deve ser criado um escore geral, o que permite analisar, por exemplo, a intensidade do construto observado (Pasquali, 2017). Vale ressaltar que, no trabalho original de avaliação das qualidades psicométricas do QCA-R, os autores apontaram que os resultados da análise fatorial hierárquica suportavam o uso de uma dimensão mais ampla do controle percebido de ansiedade, uma vez que os itens do questionário apresentaram cargas mais altas quando alocados em um fator de primeira ordem, assim como foi obtido índice de confiabilidade mais elevado (Brown et al., 2004).

A confiabilidade do instrumento nesta pesquisa foi atestada pelo alfa de Cronbach e ômega de McDonald, encontrando-se valores considerados adequados (Ventura-León & Caycho-Rodríguez, 2017; Zanon & Hauck Filho, 2015). Tal achado tem importante relevância para avaliação da precisão dessa medida e sugere que os escores do QCA-R têm tendência a se manter estáveis em aplicações subsequentes (Zanon & Hauck Filho, 2015). Quanto à relação com outras variáveis, observou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre o QCA-R e a PHQ-4, provendo evidências de validade convergente da versão brasileira da escala. Foi confirmado que quanto mais baixo o controle percebido, mais elevado o nível de ansiedade e depressão. Tal resultado se assemelha àqueles encontrados em estudos anteriores (Brown et al., 2004; Osma et al., 2016; Suso-Ribera et al., 2019) e agrega evidências à teoria de que a baixa percepção de controle exerce papel central na vivência de emoções negativas (Gallagher, Bentley, & Barlow, 2014).

Observou-se que o escore médio de controle percebido ($M = 38,2$; $DP = 13,93$) apresentou valores mais baixos quando comparado a outros estudos também realizados com estudantes universitários. Por exemplo, foi verificada pontuação média de 43,5 ($DP = 9,82$) em um estudo com norte-americanos (Korte, Unruh, Oglesby, & Schmidt, 2015) e a média foi

de 45,7 ($DP = 11,44$) em trabalho realizado com universitários espanhóis (Osma et al., 2016). Esses achados indicam que a amostra investigada neste estudo pode apresentar maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de transtornos emocionais, visto que quanto menor a percepção de controle, maior a chance de desenvolver transtornos psicológicos (Gallagher, Bentley, & Barlow, 2014). De fato, pesquisas apontam que alunos do ensino superior no Brasil apresentam altas taxas de prevalência de transtorno mental comum, exibindo índices maiores do que a população em geral (Graner & Cerqueira, 2019).

Sobre a distribuição social, foi verificada diferenças estatisticamente significativas quanto ao gênero. As mulheres apresentaram escores menores do que os homens, indicando baixo controle percebido. No geral, a literatura tem sugerido que as mulheres tendem a acreditar que têm menos controle, possivelmente em razão das desvantagens impostas ao longo da vida no que se refere à aspectos como educação, renda e condições empregatícias (Infurna, Gerstorf, Ram, Schupp, & Wagner, 2011; Specht, Egloff, & Schmukle, 2013). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas no controle percebido de ansiedade em função da cor de pele, estado civil ou idade. É possível que o grau elevado de escolaridade da amostra, formada por estudantes universitários, tenha contribuído para esse resultado, uma vez que já foi identificado que o nível educacional influencia a percepção de controle (Suso-Ribera et al., 2019). Ainda assim, cabe salientar que essa ausência de diferenças sugere que talvez o construto não seja influenciado por diferenças nessas variáveis, o que demanda análises futuras para avaliar a pertinência desse achado.

Como limitações, destaca-se que este trabalho foi realizado com amostragem por conveniência e contou apenas com estudantes universitários como participantes. Logo, são necessárias precauções quanto às generalizações dos achados, especialmente no que tange à distribuição social. Recomenda-se que pesquisas futuras utilizem amostras comunitárias em suas investigações, a fim de que seja factível a extrapolação populacional dos achados, assim como que se conduzam pesquisas com populações clínicas, para que seja possível analisar a percepção de controle da ansiedade em pessoas com e sem transtornos psicológicos.

À despeito das restrições na interpretação e da necessidade de mais pesquisas em específicas qualidades do instrumento, destaca-se que este é o primeiro estudo de adaptação e reunião de evidências de validade do QCA-R com amostra brasileira, o que reforça o valor desta investigação. Além disso, salienta-se que foram identificadas evidências satisfatórias de conteúdo, estrutura interna, bem como relações teoricamente pertinentes com variável externa, o que atribui robustez às conclusões do trabalho. Portanto, entende-se que a versão brasileira do QCA-R é um instrumento preciso e útil para pesquisadores e profissionais, sendo

importante pontuar que se trata de um questionário breve, de fácil aplicação e, sobretudo, gratuito.

Referências

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Bentley, K. H., Gallagher, M. W., Boswell, J. F., Gorman, J. M., Shear, M. K., Woods, S. W., & Barlow, D. H. (2013). The interactive contributions of perceived control and anxiety sensitivity in Panic Disorder: A triple vulnerabilities perspective. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(1), 57–64. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9311-8>
- Brown, T., White, K. S., Forsyth, J. P., & Barlow, D. H. (2004). The structure of perceived emotional control: Psychometric properties of a revised anxiety control questionnaire. *Behavior Therapy*, 35(1), 75–99. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80005-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80005-4)
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: The Guilford Press.
- Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M. A. A., & Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In L. Pasquali (Ed.), *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 506–520). Porto Alegre: Artmed.
- Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 213–228. Recuperado em <https://www.redalyc.org/pdf/3350/335027501007.pdf>
- Damásio, B. F., & Dutra, D. F. (2017). Análise Fatorial Exploratória: Um tutorial com o software FACTOR. In B. F. Damásio & J. C. Borsa (Eds.), *Manual de desenvolvimento de instrumentos* (pp. 241–265). São Paulo: Vetor.
- Eaton, N. R. (2017). Advances in transdiagnostic psychopathology research: Introduction to the special issue. *Comprehensive Psychiatry*, 79, 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.09.006>
- Eaton, N. R., Rodriguez-Seijas, C., Carragher, N., & Krueger, R. F. (2015). Transdiagnostic factors of psychopathology and substance use disorders: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(2), 171–182. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-1001-2>
- Field, A. (2009). *Descobrimos a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed.
- Fabrigar, L., & Duane, T. (2011). *Exploratory factor analysis*. New York: Oxford University Press.

- Gallagher, M., Bentley, K., & Barlow, D. (2014). Perceived control and vulnerability to Anxiety Disorders: A meta-analytic review. *Cognitive Therapy and Research*, 38(6), 571–584. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9624-x>
- Gallagher, M., Naragon-Gainey, K., & Brown, T. A. (2014). Perceived control is a transdiagnostic predictor of Cognitive–Behavior Therapy outcome for anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 38(1), 10–22. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9587-3>
- Graner, K. M., & Cerqueira, A. T. D. A. R. (2019). Revisão integrativa: Sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4), 1327–1346. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.09692017>
- Infurna, F. J., Gerstorf, D., Ram, N., Schupp, J., & Wagner, G. G. (2011). Long-term antecedents and outcomes of perceived control. *Psychology and Aging*, 26(3), 559–575. <https://doi.org/10.1037/a0022890>
- Korte, K. J., Unruh, A. S., Oglesby, M. E., & Schmidt, N. B. (2015). Safety aid use and social anxiety symptoms: The mediating role of perceived control. *Psychiatry Research*, 228(3), 510–515. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.006>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ–4. *Psychosomatics*, 50(6), 613–621. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(09\)70864-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(09)70864-3)
- Krueger, R. F., & Eaton, N. R. (2015). Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatry*, 14(1), 27–29. <https://doi.org/10.1002/wps.20175>
- Laros, J. A. (2004). O uso da análise fatorial: Algumas diretrizes para pesquisadores. In L. Pasquali (Ed.), *Análise fatorial para pesquisadores* (pp. 163–193). Brasília: LabPAM Saber e Tecnologia.
- López, J. O., González, J. R. B., García-Palacios, A., & Arbona, C. B. (2016). Influencia de factores de vulnerabilidad en la gravedad del trastorno de pánico. *Psicothema*, 28(2), 167–173. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.223>
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2019). Robust Promin: A method for diagonally weighted factor rotation. *Liberabit: Revista Peruana de Psicología*, 25(1), 99–106. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n1.08>
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105(1), 3–46. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.105.1.3>
- Osma, J., Barrada, J. R., García-Palacios, A., Navarro-Haro, M., & Aguilar, A. (2016). Internal structure and clinical utility of the Anxiety Control Questionnaire-Revised (ACQ-R)

- Spanish Version. *The Spanish Journal of Psychology*, 19(March 2020), E63. <https://doi.org/10.1017/sjp.2016.69>
- Pasquali, L. (2017). *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Rapee, R. M., Craske, M. G., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1996). Measurement of perceived control over anxiety-related events. *Behavior Therapy*, 27(2), 279–293. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(96\)80018-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(96)80018-9)
- Reio, T. G., & Shuck, B. (2015). Exploratory Factor Analysis: Implications for theory, research, and practice. *Advances in Developing Human Resources*, 17(1), 12–25. <https://doi.org/10.1177/1523422314559804>
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28. <https://doi.org/10.1037/h0092976>
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R., & Barlow, D. H. (2017). Current definitions of “transdiagnostic” in treatment development: A search for consensus. *Behavior Therapy*, 48(1), 128–138. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
- Specht, J., Egloff, B., & Schmukle, S. C. (2013). Everything under control? The effects of age, gender, and education on trajectories of perceived control in a nationally representative German sample. *Developmental Psychology*, 49(2), 353–364. <https://doi.org/10.1037/a0028243>
- Suso-Ribera, C., Ros, A. M. J., & Osma, J. (2019). Psychometric properties and validation of the Portuguese version of the Anxiety Control Questionnaire Revised (ACQ-R). *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00269-y>
- Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods*, 16(2), 209–220. <https://doi.org/10.1037/a0023353>
- Ventura-León, J. L., & Caycho-Rodríguez, T. (2017). El coeficiente Omega: Un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 625–627. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77349627039>
- Weems, C. F., & Silverman, W. K. (2006). An integrative model of control: Implications for understanding emotion regulation and dysregulation in childhood anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 91(2–3), 113–124. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.01.009>
- Zanon, C., & Hauck Filho, N. . (2015). Fidedignidade. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M.

Trentini (Eds.), *Psicometria* (pp. 85–94). Porto Alegre: Artmed.

Zebb, B. J., & Moore, M. C. (1999). Another look at the psychometric properties of the Anxiety Control Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 37(11), 1091–1103. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00206-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00206-X)

Recebido em junho de 2021

Aceito em julho de 2022

Luanna dos Santos Silva: Doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe. Avenida Marechal Rondon, s/n. Conjunto Rosa Elze, São Cristóvão – SE, CEP 49000-000. Tel.: (79) 999363184. E-mail: luanna.psi.ufs@gmail.com.

André Faro: Doutor em Psicologia e Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, Sergipe, Brasil. Pesquisador Bolsista Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2.