



Evidências de validade da *University of Rhode Island Change Assessment*
(URICA-24) para dependentes de tabaco

*Validity evidences of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA-24) for
tobacco addicts/users/smokers*

Margareth da Silva OLIVEIRA¹
Martha Wallig Brusius LUDWIG²
João Feliz Duarte de MORAES³
Viviane Samoel RODRIGUES⁴
Rodrigo Scalon FERNANDES⁵

RESUMO

Objetivo

Apresentar os resultados de validade e fidedignidade da *University of Rhode Island Change Assessment* Tabaco 24 itens.

Métodos

Foi realizado um estudo instrumental, através da validação e a adaptação brasileira do instrumento.

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. Ipiranga, 6681, Prédio 11, Partenon, 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: MS OLIVEIRA. E-mail: <marga@puccrs.br>.

² Universidade Luterana do Brasil, Faculdade de Psicologia, Curso de Psicologia. São José, RS, Brasil.

³ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Matemática, Departamento de Estatística. Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴ Universidade Integrada Vale do Taquari de Ensino Superior, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Faculdade de Psicologia. Lajeado, RS, Brasil.

⁵ Psicólogo. Porto Alegre, RS, Brasil.

Apoio: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Resultados

Os resultados obtidos de fidedignidade da *University of Rhode Island Change Assessment*, através do α de Cronbach, foram os seguintes: Pré-contemplação ($\alpha=0,5548$), Contemplação ($\alpha=0,7823$), Ação ($\alpha=0,8054$) e Manutenção ($\alpha=0,7961$). A validade concorrente mostrou-se satisfatória, havendo correlações positivas e altamente significativas entre a Prontidão para Mudança da *University of Rhode Island Change Assessment* e a Régua de Prontidão ($p=0,007$) e de intensidade baixa ($r=0,196$). O nível de Prontidão para mudança também foi avaliado a partir da equação Contemplação + Ação + Manutenção - Pré-contemplação = Prontidão Total.

Conclusão

Outra evidência de validade foi verificada por meio dos resultados experimentais, em que ocorreram diferenças significativas nos escores pré e pós-intervenção motivacional em grupo. A partir de análises estatísticas, foi construído o escore T, realizando a normatização brasileira da *University of Rhode Island Change Assessment* para usuários de tabaco. Os resultados mostram um instrumento com boas propriedades psicométricas, e, de forma mais ampla, que pode auxiliar em programas de intervenção para tabagistas.

Palavras-chave: Comportamento. Escalas. Motivação. Tabaco. Validade dos testes.

ABSTRACT

Objective

This study presents the reliability and validity of University of Rhode Island Change Assessment - 24 short-form for tobacco users.

Method

An instrumental study was conducted by Brazilian adaptation and validation of the instrument.

Results

University of Rhode Island Change Assessment reliabilities according to Cronbach's alpha are: Pre-contemplation ($\alpha=0.5548$), Contemplation ($\alpha=0.7823$), Action ($\alpha=0.8054$), and Maintenance ($\alpha=0.7961$). The concurrent validity proved to be satisfactory, with highly significant positive correlations between University of Rhode Island Change Assessment Readiness to Change and the Readiness Ruler ($p=0.007$), and low intensity ($r=0.196$). The level of readiness to change was also assessed by the equation: Contemplation + Action + Maintenance - Pre-contemplation = Total Readiness.

Conclusion

Another evidence of validity came from the experimental outcomes, in which significant differences occurred between pre- and post-motivational group intervention scores. The T score was built from statistical analyses, normalizing the Brazilian University of Rhode Island Change Assessment for tobacco users. Outcomes show an instrument with good psychometric properties, and more broadly, an instrument that can assist smoking intervention programs.

Keywords: Behavior. Scales. Motivation. Tobacco. Validity of tests.

INTRODUÇÃO

Atualmente o cigarro é responsável pelo falecimento de aproximadamente cinco milhões de pessoas ao ano, sendo um dos principais fatores de risco para doenças como câncer, acidente vascular cerebral e ataques cardíacos. Além disso, fumar é a principal causa de morte evitável em todo o mundo, responsável de seis das oito principais causas de morte mundiais¹. Por se tratar de um problema de saúde pública, o tabagismo tem sido um tema bastante investigado de diferentes formas por pesquisadores.

Diversos estudos evidenciam que a cessação do tabagismo traz consideráveis benefícios para a saúde, pois indivíduos que param de fumar podem evitar a maior parte das doenças relacionadas ao uso de cigarro, bem como voltar a ter a mesma chance de adquirir doenças que uma pessoa que nunca fumou^{2,3}. Entretanto, muitos tabagistas referem-se à dificuldade em parar de fumar e recaem facilmente no vício. Nesse sentido, algumas intervenções psicossociais podem ajudar os tabagistas a alcançarem e manterem a abstinência⁴.

O Modelo Transteórico de Mudança (MTT) tem sido aplicado e citado na literatura, tanto em termos de avaliação, quanto em termos de tratamento para uso de tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas⁵⁻⁷. O modelo foi desenvolvido em 1982 por dois pesquisadores norte americanos, James Prochaska e Carlo DiClemente, em estudos com tabagistas. Esse modelo é considerado promissor no entendimento da mudança de comportamento, descrevendo a Prontidão para Mudança a partir de diferentes estágios: Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Ação e Manutenção. O principal pressuposto do MTT é o fato de que as mudanças pessoais consideradas bem-sucedidas dependem da aplicação de estratégias certas (processos) na hora certa (estágios)^{8,9}.

A Pré-contemplação é o estágio inicial em que o indivíduo não tem consciência sobre o seu problema. O segundo estágio é a contemplação, em que o indivíduo se encontra num estado de ambivalência, pois começa a pensar nos prejuízos que o comportamento traz. O terceiro estágio é

denominado de Preparação ou Determinação, e ocorre quando o indivíduo está consciente sobre o problema e já faz um planejamento para mudança do comportamento. O estágio da Ação ocorre quando o indivíduo faz esforços para mudar o seu comportamento e, no estágio da Manutenção, o indivíduo toma medidas para estabilizar a mudança de comportamento e prevenir uma recaída⁹⁻¹⁵.

A avaliação da motivação para mudança de comportamento demonstra ser importante para a escolha da intervenção mais adequada aos pacientes⁹. A importância de se conhecer a motivação está diretamente relacionada ao tratamento bem sucedido de dependentes químicos¹⁶. Dessa forma, ao longo dos anos, foram desenvolvidas, diversas escalas para avaliar a fase de Prontidão para mudança do indivíduo. Dentre as escalas utilizadas com mais frequência estão a *University of Rhode Island Change Assessment (URICA)*¹⁷, *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)*¹⁸, Algoritmos¹⁹ e escalas analógico-visuais. Todas elas foram criadas para determinar o nível de motivação de um indivíduo, colocando-os na fase adequada de um *continuum* de mudança.

A escala *University of Rhode Island Change Assessment* é um instrumento auto-aplicável, do tipo escalar, que tem como objetivo avaliar os estágios motivacionais e o quanto o indivíduo está disponível para uma mudança em seu comportamento. A URICA foi desenvolvida para o tratamento de tabagistas e apresentava 165 itens. Atualmente, a escala é empregada para todos os problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas e possui três versões (32 itens; 28 e 24 itens). Todas essas versões possuem quatro subescalas correspondentes aos estágios de mudança do MTT (Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção). A URICA é considerada um instrumento confiável, que apresenta boa consistência interna e validades concorrentes e preditiva satisfatórias²⁰. No estudo desses autores, as análises estatísticas do instrumento incluíram o coeficiente de alfa de Cronbach, coeficiente de correlação linear de Pearson, análise de clusters, correlação interitens e entre o escore total dos itens.

Em um estudo americano para avaliar a validade preditiva da URICA em usuários de substâncias psicoativas, a consistência interna das subescalas da URICA 32 itens quanto ao uso de drogas ilícitas mostrou-se adequada e variou de 0,71 a 0,88. O coeficiente de alfa de Cronbach oscilou de 0,71 a 0,93 para o URICA relativo a amostras de cocaína, e de 0,64 a 0,71 para amostras de heroína²¹.

No estudo de adaptação brasileira da URICA para usuários de substâncias psicoativas ilícitas, Szupszynsky & Oliveira¹³ encontraram boa consistência interna para o instrumento ($\alpha=0,657$) e para as subescalas: Pré-contemplação ($\alpha=0,713$), Contemplação ($\alpha=0,768$), Ação ($\alpha=0,813$) e Manutenção ($\alpha=0,732$).

Além de avaliar o estágio de Motivação para mudança em pacientes dependentes químicos, a URICA tem sido adaptada no Brasil e utilizada para outros comportamentos, isto é, o comer compulsivo²² e o jogo patológico²³. Os resultados do alfa de Cronbach da URICA para o comer compulsivo foram 0,534 para a Pré-contemplação; 0,737 para a Contemplação; 0,899 para Ação; 0,813 para manutenção; e 0,801 na URICA total. Para jogadores patológicos encontrou-se 0,62 na subescala de Pré-contemplação; 0,71 na Contemplação; 0,85 na Ação; 0,83 na Manutenção; 0,83 e 0,820 na URICA total.

Diversos estudos utilizam a URICA para avaliar nível de motivação para mudança. Oliveira et al.²⁴ aplicaram o URICA e o *Short-form Alcohol Dependence Data* (SADD) em uma amostra de dependentes de álcool a fim de verificar a correlação entre os estágios de Mudança e o grau de dependência. Os resultados demonstraram uma correlação positiva e de intensidade baixa ($r=0,197$; $p=0,031$) entre o estágio de manutenção e a maior gravidade de dependência do álcool. A partir dos achados, os autores discutem que quanto mais grave é a dependência, maiores são os prejuízos clínicos e psicossociais e, dessa forma, há maior Prontidão para Mudança. Esses dados corroboram com os achados de Carpenter et al.²⁵, Edens & Willoughby²⁶ e Steinberg²⁷.

Em relação à avaliação da Motivação em tabagistas, Stephens et al.²⁸, através da URICA,

investigaram adolescentes usuários de tabaco com o objetivo de avaliar e comparar os estágios de Mudança. Os resultados demonstraram que os adolescentes que diminuíram a frequência e a quantidade do uso foram os que pontuaram mais no estágio de Ação e/ou Manutenção. Dessa forma, é possível comprovar que a URICA é um instrumento que apresenta condições de avaliar a Motivação para a mudança de comportamento problema.

Outro estudo com tabagistas foi realizado por Amodei & Lamb²⁹ nos Estados Unidos, com o objetivo de avaliar a validade convergente e concorrente da escala *Contemplation Ladder* e da URICA. A amostra foi composta por 183 sujeitos, sendo que 77 sujeitos tinham plano de parar de fumar e 106 sujeitos não apresentavam planos definidos. Através dos resultados, foi possível evidenciar uma correlação positiva das subescalas Contemplação e Ação da URICA com os escores da *Contemplation Ladder*.

Terra et al.³⁰ realizaram um estudo para validar a versão em português da Escala de Contemplação *Ladder*, visando a verificar o estágio motivacional para cessação de tabagismo em um serviço de atendimento telefônico. Foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre os escores da escala *Ladder* e os escores das subescalas de Pré-contemplação ($r=-0,16$; $p<0,001$), Ação ($r=0,15$; $p<0,001$) e Manutenção ($r=0,18$; $p<0,001$) da URICA. A correlação entre o escore composto da URICA e o *Ladder* também foi significativa ($r=0,31$; $p<0,001$). Igualmente, a validade de construto da URICA foi confirmada no estudo realizado por Field et al.³¹ nos Estados Unidos, numa amostra de dependentes de álcool e drogas.

Com base nos estudos citados, é possível constatar que a URICA tem se tornado cada vez mais importante para avaliar os estágios motivacionais e a Prontidão para Mudança em usuários de diferentes substâncias psicoativas, inclusive tabagistas. Dessa forma, o objetivo deste estudo é apresentar a validação e a adaptação brasileira da URICA Tabaco 24 itens, salientando a importância desse instrumento tanto para a área clínica quanto para a pesquisa.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo instrumental. Estudos de desenvolvimento de medidas como escalas e aparelhos, assim como estudos de adaptação e propriedades psicométricas destes instrumentos de medidas, são considerados, estudos instrumentais³².

Participaram do estudo 292 sujeitos, homens e mulheres, selecionados por conveniência, todos dependentes de tabaco. A coleta foi realizada nas cidades de Porto Alegre e Pelotas (RS), em ambulatórios para tratamento de tabagistas.

A fim de estabelecer o perfil da amostra estudada e a história de consumo de tabaco, foi utilizada uma ficha de dados sociodemográficos e um questionário relativo ao consumo. O diagnóstico de dependência de tabaco baseou-se nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (4ª Edição, texto revisado) (DSM-IV-TR)³³. A avaliação de comorbidades psiquiátricas foi realizada através da aplicação da *International Neuropsychiatric Interview - MINI, Brazilian version 5.0 DSM-IV-TR*³⁴.

Para avaliar o estágio motivacional no qual o sujeito se encontra utilizou-se a URICA¹⁸, escala composta por 24 itens (versão reduzida). O instrumento é dividido em quatro subescalas: Pré-contemplação (seis itens), Contemplação (seis itens), Ação (seis itens) e Manutenção (seis itens).

Foi utilizada, também, a Régua de Prontidão³⁵ que é um instrumento visual-analógico, simples e eficaz, para averiguar a prontidão para mudança. O entrevistador pergunta qual dos pontos da régua melhor reflete o quanto pronto o sujeito está para mudar seu comportamento no momento presente. Para avaliar o grau de dependência de nicotina utilizou-se o *Fagerstrom Test for Nicotine Dependence* (FTND, Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina) escala autoaplicável que foi adaptada para o Brasil por Carmo & Pueyo³⁶.

A validação semântica deste estudo foi uma adaptação do estudo conduzido por Szupczynski & Oliveira¹³, no qual as autoras validaram a URICA para drogas ilícitas no Brasil. As autoras referem que não houve dificuldade de tradução dos seus itens. Para o

presente estudo, foram feitos alguns ajustes a fim de adequar as frases para usuários de tabaco, utilizando-se "tabaco" ao invés de "drogas".

Participaram deste estudo pacientes que estavam em tratamento ambulatorial para cessação do tabagismo. Os mesmos eram convidados a responder aos instrumentos que compunham o protocolo do estudo. Após o aceite na participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos da pesquisa os pacientes menores de 18 anos, os que tinham escolaridade inferior à quinta série do Ensino Fundamental e os que eram dependentes ou abusadores de outras substâncias psicoativas, exceto a cafeína, assim como pacientes que demonstraram incapacidade para responder adequadamente o protocolo de atendimento e demais questões. Os critérios de inclusão consistiram em ser dependente de tabaco e buscar o serviço pela primeira vez. Uma equipe de auxiliares de pesquisa, previamente treinada, realizou a coleta de dados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), sob o número de ofício 1244/07.

As informações coletadas foram organizadas e analisadas pelo Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 16.0. A análise exploratória dos dados constou de medidas descritivas e de distribuição de frequência. Na validação da URICA, foram utilizados o *alfa* de Cronbach e o coeficiente de correlação não-paramétrico de Spearman.

Determinou-se o escore T por meio de $T=50+10z$. A elaboração das normas brasileiras da URICA-Tabaco foi realizada a partir da construção do escore T, calculado a partir das médias de Desvios-Padrão (DP) da amostra estudada. Segundo Pasquali³⁷, $T=50+10z$, em que Z é o escore padronizado, obtido por meio do quociente da diferença entre cada escore individual e a média global do grupo de estudo, dividido pelo DP. A padronização das condições de aplicação dos testes (das escalas) tem como preocupação garantir que a coleta dos dados sobre os sujeitos da pesquisa seja

de boa qualidade e a normatização diz respeito a padrões de como se deve interpretar um escore que o sujeito recebeu num dado teste (ou escala).

Para analisar outra fonte de evidência, além do *alfa* de Cronbach, utilizou-se o teste de Wilcoxon, a validade experimental³⁸, em que uma mudança significativa em um grupo exposto a um programa pode ser vista como evidência da validade da escala. O nível de significância utilizado foi de 5%.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 292 sujeitos dependentes de tabaco, segundo o DSM-IV-TR, sendo que 92 fumavam até 19 cigarros por dia, e 200 fumavam 20 ou mais cigarros, sendo que apenas 12,7% não tinham tentativas prévias para tentar parar de fumar. A maior parte dos sujeitos (47,1%) apresentava grau médio de dependência do tabaco, estando com uma distribuição homogênea entre dependência leve (27,3%) e alta (24,2%). A maioria dos sujeitos era do sexo feminino (n=193), e a faixa etária foi situada entre 18 e 77 anos de idade ($\mu=47,1$; DP= 11,1).

Em relação à escolaridade, 73,2% estavam no Ensino Fundamental ou Médio, e os demais, no Ensino Superior. Quanto à distribuição do estado civil, 55,8% eram casados, 17,1% solteiros, 16,4% separados e 10,6% viúvos.

Avaliou-se o nível de Prontidão para Mudança por meio da equação: Contemplação (C) + Ação (A) + Manutenção (M) - Pré-Contemplação (PC) = Escore de Prontidão (EP). Analisando as médias alcançadas pela amostra, pôde-se observar que o nível de Prontidão para Mudança variou entre 3 e 13 pontos, tendo a média de $\mu=8,52$ pontos (DP=1,78), correspondendo ao estágio de Contemplação.

Os resultados de fidedignidade foram realizados através do *alfa* de Cronbach para as quatro subescalas da URICA (Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção) e estão descritos na Tabela 1.

A validade concorrente foi identificada pela correlação de *Spearman* entre a URICA - Tabaco e a Régua de Prontidão, sendo encontrada uma correlação significativa ($r=0,196$; $p<0,01$). As demais Correlações significativas foram entre a subescala de pré-contemplação ($r=-0,291$; $p<0,001$) e a Régua de Prontidão, assim como entre a subescala de contemplação ($r=0,180$; $p=0,014$) e a Régua de Prontidão. Não foram encontradas correlações significativas entre a Régua de Prontidão e as subescalas de Ação e Manutenção.

Foram avaliados 26 sujeitos que ingressaram num programa de tratamento para tabagismo, o qual consistiu em oito encontros individuais, sendo feita a avaliação do estágio motivacional antes e depois dessa intervenção. A maioria dos pacientes fumava há mais de 20 anos (96,1%). A idade média foi de 48,96 (DP= 10,58), sendo 46,2% o percentual de homens e 53,8% o de mulheres. Em relação à escolaridade, os sujeitos concentraram-se no ensino fundamental incompleto (34,6%) e ensino superior completo (30,8%).

A validade experimental foi realizada pelo teste Wilcoxon para duas amostras relacionadas. Os resultados do pré-teste e pós-teste, com as descrições das pontuações mínimas e máximas de cada subescala nos dois momentos podem ser observados na Tabela 2.

Os resultados demonstram que houve diferença significativa nos estágios de Pré-contemplação e de Manutenção entre os dois momentos. Embora não tenham sido encontradas diferenças significativas entre os dois momentos dos estágios de Contemplação e Ação, houve diferenças.

Tabela 1. Coeficiente *alpha* de Cronbach das subescalas da URICA. Porto Alegre (RS), 2012.

Fonte	<i>alfa</i> de Cronbach	n
Pré-contemplação	0,5548	292
Contemplação	0,7823	292
Ação	0,8054	292
Manutenção	0,7961	292

Note: URICA: *University of Rhode Island Change Assessment*.

Tabela 2. Os quatro estágios motivacionais antes e depois da intervenção individual: posto médio. Porto Alegre (RS), 2012.

Estágio motivacional	Pontuações		n	Posto médio negativo	Posto médio positivo	p
	Mínimo	Máximo				
Pré-contemplação 1	6	16	26	11,89	12,5	0,007
Pré-contemplação 2	5	14				
Contemplação 1	24	30	26	5,21	8,3	0,843
Contemplação 2	23	30				
Ação 1	19	30	26	6,63	8,5	0,56
Ação 2	24	30				
Manutenção 1	6	23	26	0	13,5	0
Manutenção 2	18	30				

Para a obtenção do escore T, a transformação dos vários escores brutos da URICA-Tabaco em escores T permitiu a correta interpretação a respeito do desempenho do sujeito, em relação a sua idade ou em relação à idade e escolaridade de seus pares na amostra normativa. Os escores T da URICA - adaptação e normatização brasileira para tabaco, estão descritos na Tabela 3.

DISCUSSÃO

Para a avaliação da fidedignidade da URICA em dependentes de tabaco, foi utilizado o *alfa* de Cronbach, que apresentou uma boa consistência interna, corroborando com os resultados obtidos no estudo de Hasler *et al.*³⁹, com exceção da subescala de Pré-contemplação ($\alpha=0,5548$). Dunn *et al.*⁴⁰, avaliando comedores compulsivos, também encontraram um *alfa* de Cronbach inferior a 0,70 na subescala de pré-Contemplação, e Bittencourt²² também numa amostra de comedores compulsivos encontrou 0,534 nesta subescala. Na validação brasileira para jogadores patológicos²³ os resultados demonstraram um *alfa* de Cronbach de 0,62 na subescala de Pré-contemplação.

Outros estudos encontraram um *alfa* de Cronbach semelhante, porém superior em todas as subescalas. Dozois *et al.*⁴¹, em pacientes com sintomas de ansiedade, encontraram os seguintes resultados: Pré-contemplação ($\alpha=0,77$), Con-

Tabela 3. Normatização brasileira da URICA para tabaco. Porto Alegre (RS), 2012.

T-escore	PC	C	A	M
110	30			
105	28-29			
100	27			
95	25-26			
90	24			
85	22-23			
80	20-21			30
75	19			27-29
70	17-18			24-26
65	16	30	29-30	21-23
60	14-15	28-29	27-28	18-20
55	12 a 13	27	25-26	15-17
50	11	25-26	23-24	12 a 14
45	9 a 10	24	21-22	9 a 11
40	8	22-23	19-20	6 a 8
35	6 a 7	21	17-18	
30		19 a 20	15-16	
25		18	13-14	
20		16-17	16-17	
15		15	9 a 10	
10		13-14	7 a 8	
5		12	6	
0		10 a 11		
-5		9		
-10		7 a 8		
-15		6		

Note: URICA: *University of Rhode Island Change Assessment*; PC: Pré-Contemplação; A: Ação; M: Manutenção.

templação ($\alpha=0,80$), Ação ($\alpha=0,84$), Manutenção ($\alpha=0,82$); no subestudo de pacientes com transtorno de pânico, encontrou, respectivamente, $\alpha=0,73$; $\alpha=0,79$; $\alpha=0,90$; $\alpha=0,81$.

Na população de jogadores patológicos, Petry⁴² encontrou Pré-contemplação ($\alpha=0,796$), Contemplação ($\alpha=0,738$), Ação ($\alpha=0,885$), Manutenção ($\alpha=0,846$); e Souza²³ encontrou $\alpha=0,62$. Estudando usuários de substâncias ilícitas, Szuspyzinski & Oliveira¹³ encontraram, respectivamente, $\alpha=0,713$; $\alpha=0,768$; $\alpha=0,813$; $\alpha=0,732$.

Em relação à validação concorrente, os achados de Amodei & Lamb²⁹ em fumantes evidenciam a validade convergente da *Contemplation Ladder* com a URICA, tendo sido as correlações mais significativas encontradas entre a Prontidão para Mudança da URICA e a *Contemplation Ladder* e entre a subescala de Contemplação com a *Contemplation Ladder*. Também foram encontradas correlações significativas entre os escores da *Contemplation Ladder* e todas as subescalas da URICA, corroborando com o presente estudo, o qual encontrou correlação significativa entre a Prontidão para Mudança e a Régua de Prontidão, evidenciando uma validade concorrente satisfatória do instrumento.

A correlação significativa, porém negativa entre a Régua de Prontidão e a subescala de Pré-contemplação também reforça a validade concorrente dos instrumentos, pois, quanto mais Pré-contemplativos na URICA (ou seja, quanto menor a motivação para a mudança), menor a pontuação na Régua, isto é, menor a motivação para cessar o comportamento. Os resultados de validade da URICA - Tabaco no presente estudo corroboram com Castro & Passos⁴³, os quais referem a ela como um instrumento confiável, de boa consistência interna e validades concorrente e preditiva satisfatórias.

No que se refere à validade experimental, os resultados foram satisfatórios, visto que houve diferença significativa entre a pontuação da Pré-contemplação antes e depois da intervenção, sendo a média inicial superior à final, ou seja, os pacientes se mostraram significativamente menos pré-contemplativos ao final do tratamento. Além disso, o estágio de Manutenção também obteve diferença significativa. Estes dados demonstram que a URICA - Tabaco foi sensível para captar a mudança decorrente da intervenção. Segundo Urbina³⁸, uma

mudança significativa em grupo exposto a um programa pode ser vista como evidência da validade da escala.

Nesse sentido, salienta-se o que Diclemente et al.¹¹ discutem no artigo sobre prontidão e os estágios de mudança no tratamento das adições. Os autores mencionam que, considerando que o estágio de Motivação pode permanecer o mesmo por um longo período assim como pode mudar num curto espaço, uma avaliação isolada do estágio não é indicada para prever resultados de mudança. Dessa forma, pode ser interessante utilizar a URICA em diferentes estágios do tratamento.

Neste estudo, a URICA-Tabaco demonstrou ser um instrumento com boas propriedades psicométricas, sendo fidedigno na avaliação dos estágios de prontidão para mudança em dependentes de tabaco. Assim, pode ser utilizada na identificação dos estágios, auxiliando nos trabalhos de intervenção com esses pacientes/sujeitos.

COLABORADORES

MS OLIVEIRA colaborou na orientação do artigo propriamente dito. MWB LUDWIG colaborou na revisão bibliográfica, análise dos resultados e discussão dos dados. JFD MORAES colaborou na assessoria estatística, análise dos resultados e discussão dos dados. VS RODRIGUES colaborou na revisão bibliográfica, introdução e discussão dos dados. RS FERNANDES colaborou na coleta, revisão bibliográfica, análise e discussão dos resultados.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The tobacco atlas. London: WHO; 2002 [cited 2012 May 22]. Available from: <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_atlas/en/index.html>.
2. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: Combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ*. 2000; 321(7257):323-9.

3. Karnath B. Smoking cessation. *Am J Med.* 2002; 112(5):399-405.
4. Sutherland G. Smoking: Can we really make a difference? *Heart.* 2003; 89(Suppl 2):1125-7.
5. Carey KB, Prince MA, Demartini KS. Effects of intervention choice on alcohol outcomes for mandated college students. *Alcohol Clin Exp Res.* 2011; 35(6):212a.
6. Carey KB, Purnine DM, Maisto SA, Carey MP. Correlates of stages of change for substance abuse among psychiatric outpatients. *Psychol Addict Behav.* 2002; 16(4):283-9.
7. Miller W, Rollnick S, Organizers. *Motivational interviewing preparing people to change addictive behavior.* New York: Guilford Press; 1991.
8. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother Theor Res Pract.* 1982; 19(3):276-87.
9. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviour. *Am Psychol.* 1992; 47(9):102-14.
10. DiClemente CC. A premature obituary for the transtheoretical model: A response to west. *Addiction.* 2005; 100(8):1036-8.
11. DiClemente CC, Schlundt BS, Gemmell L. Readiness and stages of change in addiction treatment. *Am J Addict.* 2004; 13(2):130-9.
12. DiClemente CC, Nidecker M, Bellack AS. Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *J Subst Abuse Treat.* 2008; 34(1):25-35.
13. Szupszynski KPD, Oliveira MS. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico USF.* 2008; 13(1):31-9.
14. Freyer J, Tonigan JS, Keller S, Rumpf H, Ulrich J, Hapke U. Readiness to change and readiness for help-seeking: A composite assessment of client motivation. *Alcohol Alcohol.* 2005; 40(6):540-4.
15. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother Theor Res Pract.* 1982; 19(3):276-88.
16. Simpson DD, Joe GW. Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy.* 1993; 30(2):357-68.
17. McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WE. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychother Theor Res Pract.* 1983; 20(3):368-75.
18. Miller WR, Tonigan JS. Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychol Addict Behav.* 1996; 10(2):81-9.
19. Zeidonis DM, Trudeau K. Motivation to quit using substances among individuals with schizophrenia: Implications for a motivation based treatment model. *Schizophr Bull.* 1997; 23(2):229-38.
20. Pantaloni MV, Swanson AJ. Use of the University of Rhode Island Change Assessment to measure motivational readiness to change in psychiatric and dually diagnosed individuals. *Addict Behav.* 2003; 17(2):91-7.
21. Henderson MJ, Saules KK, Galen LW. The predictive validity of The University of Rhode Island Change Assessment questionnaire in a heroin-addicted polysubstance abuse sample. *Addict Behav.* 2004; 18(2):106-12.
22. Bittencourt SA. *Motivação para a mudança: adaptação e validação da escala URICA (University Of Rhode Island Change Assessment) para o comportamento de comer compulsivo [tese].* Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009.
23. Souza CC. *Motivação para mudança de comportamento no jogo patológico [tese].* Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009.
24. Oliveira MS, Laranjeira, R, Araújo, RB, Camilo, RL, Schneider, D. Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. *Psicol Reflex Crit.* 2003; 16(2):285-70.
25. Carpenter K, Miele GM, Hasin DS. Does motivation to change mediate the effect of DSM-IV substance use disorders on treatment utilization and substance use? *Addict Behav.* 2002; 27(2):207-25.
26. Edens J, Willoughby F. Motivational patterns of alcohol dependent patients: A replication. *Psychol Addict Behav.* 2000; 14(4):397-400.
27. Steinberg KM. Predictors of dropout in the treatment of alcohol and cocaine dependence: Tests of the stages of change. *Sci Engineering.* 2000; 60:(12-B): 6384.
28. Stephens S, Cellucci T, Gregory J. Comparing stage of change measures in adolescent smokers. *Addict Behav.* 2004; 29(4):759-64.
29. Amodei N, Lamb RJ. Convergent and concurrent validity of the Contemplation Ladder and URICA scales. *Drug Alcohol Depend.* 2004; 73(3):301-6.
30. Terra MB, Silveira DX, Moreira TC, Ferigolo M, Mazoni C, Arena FX, *et al.* Convergent validation study of the contemplation ladder for application via telephone in tobacco users. *J Bras Psiquiatr.* 2009; 58(3):143-9.
31. Field CA, Adinoff B, Harris TR, Ball SA, Carroll KM. Construct, concurrent and predictive validity of the

- URICA: Data from two multi-site clinical trials. *Drug Alcohol Depend.* 2009(101):115-23.
32. Montero I, Leon OG. Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Int J Clin Health Psychol.* 2005; 5(1):115-27.
33. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 2002.
34. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, *et al.* The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998; 59(20):22-33.
35. Velasquez M, Maurer G, Crouch C, DiClemente C. Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual. New York: The Guilford Press; 2001.
36. Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação ao português do Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Rev Bras Med.* 2002; 59(1/2):73-80.
37. Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes; 2003.
38. Urbina S. Fundamentos da testagem psicológica. Porto Alegre: Artes Médicas; 2007.
39. Hasler G, Klaghofer R, Buddeberg C. The University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) psychometric testing of a German version. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2003; 53(9-10):6-411.
40. Dunn EC, Neighbors C, Larimer, M. Assessing readiness to change binge eating and compensatory behaviors. *Eat Behav.* 2003; 4(3):305-14.
41. Dozois DJ, Westra HA, Collins KA, Fung TS, Garry JK. Stages of change in anxiety: Psychometric properties of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) scale. *Behav Res Ther.* 2004; 42(6):711-29.
42. Petry NM. Stages of change in treatment-seeking pathological gamblers. *J Consult Clin Psychol.* 2005; 73(2):312-22.
43. Castro MMLD, Passos SRL. Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. *Rev Psiquiatr Clin.* 2005; 32(6):330-5.

Recebido em: 16/10/2012
Versão final em: 10/10/2013
Aprovado em: 12/11/2013