



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
CURSO DE MESTRADO EM ODONTOLOGIA

RAFAELLA ARAÚJO AMANCIO DE LIMA MEDEIROS

**AUTOCONCEITO E VERGONHA EXTERNA EM ADOLESCENTES: VALIDAÇÃO
DE INSTRUMENTOS PARA O BRASIL**

CAMPINA GRANDE - PB

2023

RAFAELLA ARAÚJO AMANCIO DE LIMA MEDEIROS

**AUTOCONCEITO E VERGONHA EXTERNA EM ADOLESCENTES: VALIDAÇÃO
DE INSTRUMENTOS PARA O BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para a obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de concentração: Epidemiologia e Promoção de Saúde

Orientadora: Profa Dra Ana Flávia Granville-Garcia

Co-orientador: Prof. Dr. Ramon Targino Firmino

CAMPINA GRANDE-PB

2023

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M488a Medeiros, Rafaella Araújo Amancio de Lima.
Autoconceito e vergonha externa em adolescentes
[manuscrito] : validação de instrumentos para o Brasil /
Rafaella Araújo Amancio de Lima Medeiros. - 2023.
115 p. : il. colorido.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade
Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da
Saúde, 2024.

"Orientação : Profa. Dra. Ana Flávia Granville-Garcia,
Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS."

"Coorientação: Prof. Dr. Ramon Targino Firmino , ."

1. Estudo de validação. 2. Confiabilidade. 3. Validade. 4.
Epidemiologia. 5. Vergonha. I. Título

21. ed. CDD 617.6

RAFAELLA ARAÚJO AMANCIO DE LIMA MEDEIROS

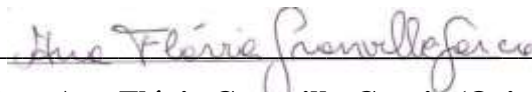
**AUTOCONCEITO E VERGONHA EXTERNA EM ADOLESCENTES: VALIDAÇÃO
DE INSTRUMENTOS PARA O BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para a obtenção do título de Mestre em Odontologia.

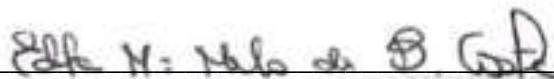
Área de concentração: Epidemiologia e Promoção de Saúde

Aprovado em: 04/12/2023

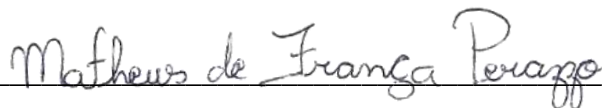
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Ana Flávia Granville-Garcia (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Edja Maria Melo de Brito Costa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Matheus de França Perazzo
Universidade Federal de Goiás(UFG)

Dedico este trabalho aos meus pais, Marcondes e Robertha, e à minha irmã Isabella. Obrigada por todo apoio incondicional, dedicação e amor que me destes. Vocês foram essenciais nessa jornada. Eu amo vocês.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço à minha querida e estimada orientadora, professora Dra. Ana Flávia Granville-Garcia por todo o tempo, paciência, apoio e por acreditar em mim até o fim. Em meio a tantas incertezas e em um tempo tão curto, ter o seu apoio e direcionamento foi de extrema valia. Serei eternamente grata pela oportunidade que me deu, mesmo sem me conhecer, de ser sua orientanda, o que sem dúvidas, foi um privilégio. Obrigada por sempre me incentivar a ser melhor, pelo incentivo à busca do conhecimento e por estar comigo nesses momentos. Nesses dois anos que passei com essa equipe fantástica pude ver o seu amor pela docência, o qual me serviu de constante inspiração. Minha gratidão, admiração e apreço pela senhora. Deus a abençoe imensamente. Uma honra dizer que fiz parte do “Team Granville-Garcia”.

Ao meu coorientador fantástico, Dr. Ramon Targino Firmino, agradeço imensamente por todo o auxílio em todas as etapas deste trabalho e por suas valorosas contribuições. A você que sempre esteve disposto a ajudar, compartilhar da sua sabedoria e tão atencioso, só tenho a agradecer por toda a paciência e por sua grandiosa gentileza. Tornou-se para mim, um exemplo de professor e profissional. Obrigada por me auxiliar no aperfeiçoamento da escrita e entender as minhas limitações e dificuldades. Gratidão por me acolher, ensinar, guiar e me impulsionar a voos mais altos. Deus o abençoe imensamente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter sido sempre o meu refúgio e fortaleza nos momentos mais difíceis. Tu que és fonte inesgotável de força e fé me levou em Seus braços até o fim, me guiando, protegendo e orientando cada passo. A Ti, Senhor, toda honra e glória sejam dadas.

Ao meu pai Marcondes, não tenho palavras para descrever o quanto você foi e é importante em minha vida. O seu exemplo de determinação e humildade me fizeram a mulher que hoje sou. Obrigada por não me deixar cair e por ser a minha rocha quando eu mais precisei. Te amo, pai.

À minha mãe Robertha, que com toda a sua doçura e paciência me ajudou a suportar e ultrapassar todos os obstáculos que encontrei em meu caminho. Não consigo descrever quão importantes foram aquelas palavras que me disseses nos momentos de angústia em que eu só precisava do colo de mãe. Gratidão por ser exemplo de mãe, esposa, filha e mulher. Eu te amo muito.

À minha irmã incrível e tão amada, Isabella, eu quero agradecer por nunca me deixar sozinha, por me encorajar e ser o meu porto em todos os momentos. Obrigada por me permitir ser a sua “mãe/irmã”. Você tem o poder de deixar toda a minha vida mais leve apenas com um sorriso. Eu te amo imensamente, princesa.

Aos meus avós Lígia e Sebastião, que torceram por mim e celebraram comigo cada conquista. Obrigada por nunca me deixarem só e por se fazerem presentes em todos os momentos da minha vida. Eu os amo.

Ao meu avô Anchieta Lima (*in memorian*), um cabra arretado que nasceu no sertão da Paraíba e desbravou o Brasil para realizar o seu sonho de ser “Doutor”. Fostes o meu exemplo de homem íntegro, que lutava pelos seus ideais e pelo povo, e que deixou, assim como o seu eterno programa, ‘a saudade que ficou’. Te amo daqui à eternidade.

À minha avó Anália (*in memorian*), mulher de fé e de muita garra. Agradeço por nunca me abandonar, por cuidar de mim, me educar e me enviar ao mundo em busca dos meus sonhos. A senhora sempre acreditou em mim e me fez acreditar que eu era capaz de realizar coisas inimagináveis. Agora junto de Nossa Senhora, reze mais um terço por mim, minha vó, que foram suas orações que me sustentaram. Serei eternamente grata por me fazer aprender que é com o pouco que a gente cresce. Te amarei eternamente.

À toda a minha família, tios, tias, primos e primas que sempre fizeram questão de estar presentes em minha vida. Agradeço a Deus pelo dom da vida de cada um.

A todos os meus amigos que me ajudaram nesse processo e conseguiram deixar o meu fardo mais leve. Obrigada por torcerem por mim, por me escutarem diariamente e por me impulsionar a ir mais longe. Agradeço a Deus por ter cada um de vocês presentes em minha vida.

Às minhas amigas Larissa Chaves, Tayná Ribeiro e Júlia Quintela que foram anjos enviados por Deus à minha vida. Gratidão por todo o apoio, por me entender e ouvir os meus desabafos. São sinônimo de inspiração para mim, não só profissional, mas humana. Vocês são fundamentais em minha vida.

Aos meus colegas de trabalho e alunos da UNIFIP e UEPB, vocês não imaginam o quanto vocês me auxiliaram no processo de construção da pessoa/professora que hoje sou.

À Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e ao Programa de Pós-graduação em Odontologia, em especial aos professores Dra. Daniela Pita de Melo, Dr. Cassiano Francisco Weege Nonaka e Dra. Ana Flávia Granville-Garcia por toda a dedicação e empenho que dedicam ao nosso programa. À Ahyanna, sempre solícita em todos os momentos, por nos auxiliar no decurso desse mestrado e estar pronta a nos ajudar ou mesmo nos ouvir, obrigada pelo seu empenho e disponibilidade.

Aos professores Dra. Edja Maria Melo de Brito Costa, Dra. Fernanda de Moraes Ferreira e Dr. Matheus de França Perazzo que gentilmente aceitaram o convite para participar dessa banca e dedicaram seu tempo para nos auxiliar com valorosas contribuições.

Aos meus colegas de turma Rafaela, Marijara, Cibele, Vinícius, Rhuan e Sofia por todos os momentos que partilhamos, pelas conversas, risadas e por todo o auxílio durante esse processo. Que Deus os abençoe e que o futuro de vocês seja brilhante.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram, acreditaram e torceram pela realização desse sonho, minha eterna gratidão.

“O segredo, querida Alice, é rodear-se de pessoas que te façam sorrir o coração. É então, e só então, que você estará no País das Maravilhas.”

Lewis Carroll

“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu”

Eclesiastes 3:1

RESUMO

O autoconceito pode ser considerado como um conjunto de crenças que as pessoas possuem a respeito de si. Já a vergonha é uma emoção profunda, complexa e autoconsciente que aparece por volta dos dois anos de idade, exigindo uma consciência sobre si e as relações interpessoais. Este estudo tem como principal objetivo validar os instrumentos *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCSVI-6)* e *Other as Shamer Scale (OAS)* para a língua portuguesa do Brasil, assim como testar as suas propriedades psicométricas. Foi desenvolvido um estudo metodológico realizado em duas etapas, sendo a primeira a adaptação transcultural dos questionários. Na segunda etapa foram testadas as propriedades psicométricas das versões brasileiras (BR-PHCSCS e B-OAS) em uma amostra de 325 adolescentes escolares de 12 a 18 anos de duas cidades do Nordeste brasileiro. As propriedades psicométricas dos instrumentos BR-PHCSCS e B-OAS analisadas consistiram na consistência interna (Alfa de Cronbach e Ômega de McDonald), reprodutibilidade (reaplicação dos instrumentos após sete dias - coeficiente de correlação intraclasse [CCI]), validade convergente (correlação com a escala de depressão, ansiedade e estresse [DASS-21]), validade discriminante (associação com variáveis sociodemográficas), validade preditiva (associação com cárie dentária e aspectos oclusais) e validade fatorial (análise fatorial exploratória [AFE] e confirmatória [AFC]). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE: 60413722.0.0000.5187). Os dados foram analisados descritivamente e pelos testes de Mann-Whitney, Kruskal Wallis, Correlação de Spearman, AFE e AFC ($\alpha=5$). Os instrumentos BR-PHCSCS e B-OAS apresentaram, respectivamente, consistência interna (Alfa de Cronbach = .79 e .91 e Ômega de McDonald = .78 e .91) e reprodutibilidade satisfatórias (CCI = 0.97 e 0.96), bem como validade convergente ($r_s = -0,575, p < 0,001$; $r_s = 0,663 p < 0,001$). Houve associação estatisticamente significativa entre os escores do BR-PHCSCS e o tipo de escola ($p=0,033$), quantidade de filhos ($p=0,027$), escolaridade do responsável ($p=0,008$) e com a renda mensal ($p=0,018$) (validade discriminante). Os escores do B-OAS foram significativamente maiores em adolescentes do sexo feminino ($p=0,003$) e com renda mensal de até um salário mínimo ($p=0,025$) (validade discriminante). Não houve associação significativa entre os escores dos instrumentos com a cárie dentária, aspectos oclusais e necessidade de tratamento ortodôntico. A AFE sugeriu uma estrutura unifatorial para a B-OAS, (41,6% da variância explicada), que foi confirmada pela AFC ($X^2 = 345,504, df = 135, CFI = 0,096, TLI = 0,893, RMSEA = 0,069$ e $SRMR = 0,048$). O BR-PHCSCS apresentou estrutura fatorial multidimensional, com seis fatores, explicando 45,3% da variância. Os instrumentos

apresentaram propriedades psicométricas satisfatórias para o grupo de adolescentes brasileiros estudados, e apesar de não estarem associados às condições bucais analisadas, podem ser utilizados de forma confiável para outras situações que remetam a vergonha externa e autoconceito.

Palavras-chave: estudo de validação; confiabilidade e validade; epidemiologia; vergonha.

ABSTRACT

Self-concept can be considered a set of beliefs that individuals hold about themselves. Shame, on the other hand, is a profound, complex, and self-conscious emotion that emerges around the age of two, requiring self-awareness and an understanding of interpersonal relationships. This study's main objective is to validate the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCSV1-6) and Other as Shamer Scale (OAS) instruments for Brazilian Portuguese and test their psychometric properties. A methodological study was developed in two stages, with the first being the transcultural adaptation of the questionnaires. In the second stage, the psychometric properties of the Brazilian versions (BR-PHCSCS and B-OAS) were tested on a sample of 325 school adolescents aged 12 to 18 from two cities in Northeast Brazil. Psychometric properties of the BR-PHCSCS and B-OAS instruments were analyzed, including internal consistency (Cronbach's Alpha and McDonald's Omega), reproducibility (instrument reapplication after seven days - intraclass correlation coefficient [ICC]), convergent validity (correlation with the Depression, Anxiety, and Stress Scale [DASS-21]), discriminant validity (association with sociodemographic variables), predictive validity (association with dental caries and occlusal aspects), and factorial validity (exploratory [EFA] and confirmatory factor analysis [CFA]). The study was approved by the Research Ethics Committee with Human Beings of the State University of Paraíba (CAAE: 60413722.0.0000.5187). Data were analyzed descriptively and using Mann-Whitney, Kruskal Wallis, Spearman's Correlation, EFA, and CFA tests ($\alpha=5$). The BR-PHCSCS and B-OAS instruments showed satisfactory internal consistency (Cronbach's Alpha = .79 and .91 and McDonald's Omega = .78 and .91) and reproducibility (ICC = 0.97 and 0.96), as well as convergent validity ($r_s = -0.575$, $p < 0.001$; $r_s = 0.663$, $p < 0.001$). There was a statistically significant association between BR-PHCSCS scores and the type of school ($p = 0.033$), number of children ($p = 0.027$), caregiver's education level ($p = 0.008$), and monthly income ($p = 0.018$) (discriminant validity). B-OAS scores were significantly higher in female adolescents ($p = 0.003$) and those with a monthly income of up to one minimum wage ($p = 0.025$) (discriminant validity). There was no significant association between instrument scores and dental caries, occlusal aspects, and the need for orthodontic treatment. EFA suggested a unifactorial structure for B-OAS (41.6% of explained variance), confirmed by CFA ($X^2 = 345.504$, $df = 135$, $CFI = 0.096$, $TLI = 0.893$, $RMSEA = 0.069$, and $SRMR = 0.048$). BR-PHCSCS showed a multidimensional factorial structure with six factors explaining 45.3% of the variance. The instruments demonstrated satisfactory psychometric properties for the group of Brazilian adolescents studied, and despite not being associated with

the analyzed oral conditions, they can be reliably used for other situations related to external shame and self-concept.

Keywords: validation study; reproducibility of results; epidemiology; shame.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Localização geográfica do Estado da Paraíba e da cidade de Santa Luzia.....21

Figura 2- Localização geográfica do Estado da Paraíba e da cidade de Campina Grande....22

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios do ICDAS quanto a sua severidade e extensão.....	31
Quadro 2 - Critérios do ICDAS quanto a sua atividade de cárie.....	31
Quadro 3 - Categorização do DAI a partir dos pontos de corte.....	32
Quadro 4 - Categorização das variáveis de interesse.....	33
Quadro 5 - Categorização das variáveis de caráter exploratório.....	34

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1-	Comparação de média dos escores da B-OAS com características demográficas dos participantes e seus responsáveis.....	47
Tabela 2-	Médias de escala, variações de escala, correlação total do item, alfa de Cronbach se o item for excluído do B-OAS e cargas fatoriais para as soluções de fator único.....	48
Tabela 3-	Comparação de média dos escores da B-OAS com as variáveis de cárie dentária e do índice de estética dental.....	49

Artigo 2

Tabela 1-	Comparação da média (\pm DP) dos escores do BR-PHCSCS com características demográficas dos participantes e seus responsáveis.....	66
Tabela 2-	Médias de escala, variações de escala, correlação total do item, alfa de Cronbach se o item for excluído do BR-PHCSCS.....	68
Tabela 3 -	- Cargas fatoriais para as soluções de seis fatores do PHCSCS.....	68
Tabela 4-	Comparação de média (\pm DP) dos escores do PHCSCS com as variáveis de cárie dentária e do índice de estética dental.....	70

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	Objetivo geral.....	20
2.2	Objetivos específicos.....	20
3	MATERIAIS E MÉTODOS.....	21
3.1	Área do estudo.....	21
3.2	Desenho do estudo.....	22
3.2.1	<i>Adaptação Transcultural</i>	22
3.2.2	<i>Avaliação das Propriedades Psicométricas</i>	24
3.3	População do estudo.....	25
3.4	Cálculo amostral.....	25
3.5	Calibração.....	25
3.5.1	<i>Cárie dentária</i>	26
3.5.2	<i>Índice de estética Dental – DAI</i>	27
3.6	Estudo piloto.....	27
3.7	Crítérios de elegibilidade.....	28
3.8	Contato com as escolas.....	28
3.9	Coleta de dados e instrumentos.....	28
3.9.1	<i>Questionários direcionados aos adolescentes</i>	29
3.10	Exame clínico.....	30
3.10.1	<i>Crítérios para Diagnóstico de Cárie Dentária</i>	30
3.10.2	<i>Crítérios para Diagnóstico de Má oclusão</i>	31
3.11	Elenco de variáveis.....	32
3.12	Processamento e análise dos resultados.....	35
3.13	Considerações éticas.....	36
4	RESULTADOS.....	37
4.1	Artigo 1.....	37
4.2	Artigo 2.....	56
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
	REFERÊNCIAS.....	78
	APÊNDICE A - VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA DE AUTOCONCEITO.....	87
	APÊNDICE B - B-OAS – VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA.....	89
	APÊNDICE C- AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO.....	91
	APÊNDICE D - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO.....	92
	APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	93
	APÊNDICE F - TERMO DE ASSENTIMENTO.....	94

APÊNDICE G - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	95
APÊNDICE H - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA.....	96
APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO.....	97
ANEXO A – PARECER SUBSTANCIADO DO CEP.....	98
ANEXO B - FICHA CLÍNICA PARA CÁRIE DENTÁRIA – ICDAS..	101
ANEXO C - QUESTIONÁRIO DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SCALE (DASS-21)	102
ANEXO D - FICHA DO ÍNDICE DE ESTÉTICA DENTAL – DAI.....	104
ANEXO E -NORMAS DO PERIÓDICO REVISTA LATINO AMERICANA DE ENFERMAGEM.....	105
ANEXO F - NORMAS DO PERIÓDICO TEXTO E CONTEXTO EM ENFERMAGEM	110

1 INTRODUÇÃO

O autoconceito é um conjunto de sentimentos e rumações que um indivíduo tem de si, de forma que as experiências que estes vivenciam com outras pessoas e o mundo ao seu redor influenciam diretamente na sua formação, pois a partir disso, as pessoas conseguem ter maiores percepções quanto as habilidades e características de cada um (Pomerance, Converse; Moon, 2021; Fullwood, *et al.* 2016; Judge, 2009). Relaciona-se com as percepções das características do ‘eu’ e da compreensão das relações desse ‘eu’ com o mundo ao seu redor (Rogers, 1977), influenciando notavelmente uma gama de comportamentos e os mais variados resultados como o bem estar físico e mental, manutenção da autoestima, depressão, dentre outros (Schaubroeck, Kim, Peng, 2012; Pomerance, Converse; Moon, 2021; Vashetina, 2018).

Nessa perspectiva, a autoavaliação pode vir a afetar inúmeros aspectos relevantes das nossas emoções, comportamento e sentimentos, tornando-se o autoconceito um componente central da formação da personalidade dos indivíduos. Assim, este faz parte de um conjunto parcialmente estável de ações que irão refletir a avaliação do próprio comportamento (Piers, 1984; Rawat, 2011; Frade, Veiga, 2016), sendo essencial para a percepção da forma de estruturação de suas ações, interpretando-as conforme o seu autoconceito (Faria, Fontaine, 1992; Frade, Veiga, 2016).

Estudos relatam uma influência direta de problemas orais com quadros de bullying, por isso, o estudo mais aprofundado de emoções como o nível do autoconceito de crianças e adolescentes torna-se muito relevante, visto que diversos fatores que estão associados com a má oclusão aparentam ter forte influência na noção da estética facial (Perillo *et al.*, 2014; Silvola *et al.*, 2013; Brighth *et al.*, 2015; Al-Bitar *et al.*, 2013; Ford *et al.*, 2020).

O autoconceito, que é considerado como um conjunto multidimensional, pode ser encontrado contido em diversos instrumentos de pesquisa utilizados (Veiga, 2006). Existem mais de 200 medidas para o autoconceito, porém, a maior parte apresenta uma qualidade insatisfatória e que não atende aos mínimos critérios, tornando-as assim com pouca credibilidade (Erford, *et al.*, 2017; Hattie, Marsh, 1996; Blascovich, Tomaka, 1991).

Um dos instrumentos para a mensuração do autoconceito mais usado é o *Piers-Harris Children's Self-concept Scale (PHSCS)*, o qual foi idealizado e desenvolvido na década de 1960 por um psicólogo americano (Piers, Harris, 1964; Piers, 1969; 1984), apresentando a sua estrutura fatorial composta por seis fatores, sendo ansiedade (AN), aparência física (AF), aspecto comportamental (AC), popularidade (PO), felicidade (FE), estatuto intelectual (EI). O instrumento em sua primeira edição trazia 80 perguntas as quais deviam ser assinaladas com

resostas dicotômicas de sim ou não, e a cada resposta apontada para um autoconceito mais otimista, recebe-se um ponto (Veiga, 1989).

Desde a sua versão inicial, a PHCSCS (Piers, Harris, 1964; Piers, 1984) tem sido amplamente utilizada em estudos que visam medir, de forma eficiente, o autoconceito de crianças e adolescentes na área da psicologia e afins. Esta escala foi validada em diversos contextos e línguas, pois apresenta boas qualidades psicométricas, grande eficiência e facilidade, abrange uma larga faixa etária e apresenta uma estável estrutura fatorial (Veiga, Domingues, 2012; Verrastro *et al.* 2021; SU *et al.* 2002; Alexopoulos, Foudoulaki, 2002; Flahive, Chuang, LI, 2011; Long, Hamlin, 1988; Center, Ward, 1986; Jegede, 1982; Veiga, 1989). A versão atual do instrumento possui 30 itens e foi validada para o Inglês e Português de Portugal, contando com seis fatores (Veiga, Leite, 2016).

A vergonha é uma emoção individual e universal que exerce um papel fundamental no desenvolvimento psicológico, onde o foco desse sentimento é em si próprio, que tende a aparecer quando um indivíduo realiza autorreflexões e autoavaliações, gerando sentimentos negativos a respeito de si (Ferreira *et al.*, 2020; Cohen, Wolf, 2011; Tracy, Robins, 2004).

A vergonha pode ser classificada em dois tipos: vergonha externa e interna. Na vergonha externa o indivíduo imagina-se de forma negativa na cabeça dos demais, como se todas as suas ‘falhas’ e defeitos estivessem estampados naquela experiência, acreditando que os demais irão o rejeitar, focando em o que o outro está pensando (Gilbert, 2002; Cunha *et al.*, 2021). Por sua vez, a vergonha interna traz a maneira como o indivíduo se julga, cercado por sentimentos de isolamento, inferioridade, vazio existencial (Gilbert, 2003). Assim, os seus comportamentos constantemente relacionam-se a um alto grau de autocrítica, trazendo uma visão muito negativa de si (Cunha *et al.*, 2017). Apesar de que estas ideias se encontram intimamente relacionadas, uma pessoa pode apresentar um comportamento de vergonha externa, sendo julgado e criticado e ainda assim não apresentar vergonha interna (Balsamo *et al.*, 2015; Gilbert, 1997).

Durante a adolescência, sentimentos como o da vergonha são potencializados devido as transformações na aparência física, mentalidade, sexualidade, englobando, portanto, maiores desafios e uma constante preocupação com a aparência (De France *et al.*, 2017; De Rubeis, Hollenstein, 2009). Quando nessa fase, os adolescentes iniciam a comparar-se com determinados padrões culturais de aparência, o que tende a reduzir a sua satisfação pessoal com a própria aparência, aumentando a sua autocrítica (Vannatta *et al.*, 2009; DE France *et al.*, 2017).

Os adolescentes, portanto, apresentam uma maior vulnerabilidade às críticas e julgamentos das pessoas, principalmente quando de seus colegas. Sendo assim, essa fase pode ser crítica para a análise e acompanhamento do sentimento de vergonha, uma vez que determinadas experiências podem trazer resultados deletérios como isolamento, problemas na escola e uso de drogas (Cunha *et al.*, 2021; Duarte; Pinto-Gouveia; Rodrigues, 2015; Akince, Atintas, 2020).

Atualmente, a escala *Other as Shamer (OAS)* é uma das escalas mais usadas para avaliação da vergonha externa, apresentando 18 itens e com objetivo de explorar as expectativas de como as pessoas se vêem e julgam a si mesmo. Assim, essa escala original buscou trazer um indicador das concepções de cada um sobre como o 'eu' é avaliado pelos outros. Cada ítem apresenta a possibilidade de se avaliar em uma escala de cinco pontos (Goss, Gilbert, Allan, 1994). Posteriormente, Cunha *et al.* (2017) desenvolveram a versão OASB-A, instrumento que visa compreender o desempenho dessa versão agora voltada ao público adolescente

A escala *OAS* já foi traduzida e utilizada em diversos países desde o seu desenvolvimento, como: Itália (Balsamo *et al.*, 2015; Saggino *et al.*, 2017), Grécia (Briseniou *et al.*, 2021), Portugal (Cunha *et al.*, 2017, 2021; Matos *et al.*, 2015; Vagos *et al.*, 2016), Japão (Hiramatsu *et al.*, 2020), Turquia (Satici, Deniz, 2020).

Instrumentos sobre o autoconceito e a vergonha externa que possam ser compreendidos de forma eficaz pelos adolescentes são necessários, visto que se torna relevante o estudo de medidas confiáveis para a sua avaliação e entendimento, permitindo assim o seu emprego nos diversos contextos que se enquadram os adolescentes (Cunha *et al.*, 2017). Para que esses instrumentos possam exibir resultados cientificamente confiáveis, devem demonstrar adequadas propriedades psicométricas em populações distintas (Coluci, Alexandre, Milani, 2015; Alexandre, Coluci, 2011).

Nesse sentido, como o PHCSCSV1-6 e *OAS* foram elaborados na língua inglesa, para que possam ser empregados no contexto brasileiro, deve ser avaliado se os instrumentos têm a capacidade de mensurar com precisão no contexto brasileiro os constructos a seres estudados (Coluci, Alexandre, Milani, 2015).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Validar os instrumentos *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCSVI-6)* e *Other as Shamer Scale (OAS)* para a língua portuguesa do Brasil voltado aos adolescentes de 12 a 18 anos.

2.2 Objetivos específicos

- Adaptar transculturalmente os instrumentos *PHCSCSVI-6* e *OAS* para a língua portuguesa do Brasil;
- Testar as propriedades psicométricas (validade e confiabilidade) da versão brasileira dos instrumentos *PHCSCSVI-6* e *OAS*.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

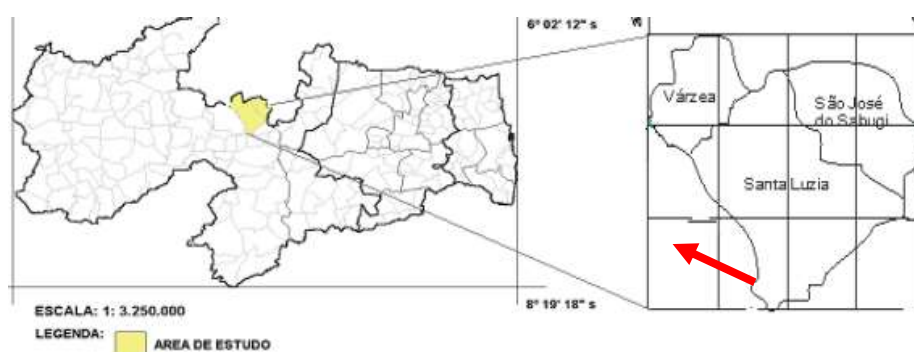
3.1 Área do estudo

O estudo foi conduzido em dois municípios Paraibanos, abrangendo as áreas de Santa Luzia e Campina Grande.

A primeira área objeto de estudo situa-se na Mesorregião da Borborema, Microrregião do Seridó Ocidental no Estado da Paraíba, destacado na Figura 1, mais especificamente no município de Santa Luzia.

Santa Luzia é um município brasileiro do estado da Paraíba, localizado na Região Geográfica Imediata de Patos e integrante da Região Metropolitana do mesmo município. De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no ano de 2017, sua população era de 15 401 habitantes. Possui área territorial de 442 km². Segundo o panorama de 2020 do IBGE, o município possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,682 e conta com 12 escolas públicas de ensino fundamental e 3 de ensino médio, com um total de 2342 alunos matriculados nestas no ano de 2020, além de 1 escola de ensino fundamental e médio particular (IBGE, 2010).

Figura 1 - Localização geográfica do estado da Paraíba e do município de Santa Luzia



Fonte: Damasceno e Souto, 2014.

A segunda área de estudo foi realizada no município de Campina Grande, localizado no interior do estado da Paraíba, agreste paraibano, na porção oriental do Planalto da Borborema. Possui uma área total de 2.124,80 km² e apresenta uma população estimada de 410.332 habitantes. Campina Grande é um dos principais polos de desenvolvimento econômico do interior do Nordeste. Visando a facilitação da programação local dos serviços de saúde, a vigilância sanitária subdivide o município em seis distritos sanitários (IBGE, 2018).

Figura 2 - Localização geográfica do estado da Paraíba e do município de Campina Grande.



Fonte: www.dec.ufcg.edu.br.

3.2 Desenho do estudo

Foi um estudo de validação, com abordagem transversal e analítica, para verificar as propriedades psicométricas dos questionários *PHCSCSVI-6* e *OAS* para a língua portuguesa do Brasil na faixa etária de adolescentes. Esse estudo foi realizado em duas etapas, sendo a primeira a adaptação transcultural dos questionários. Na segunda etapa foram testadas as propriedades psicométricas das versões brasileiras em uma amostra de adolescentes escolares de 12 a 18 anos dos municípios de Santa Luzia e Campina Grande, Paraíba.

3.2.1 Adaptação Transcultural

A adaptação transcultural de um instrumento de pesquisa autoadministrado que envolve condições de saúde para ser utilizado em outro país, com outra cultura e / ou idioma demanda o uso de um método específico, pleiteando alcançar a equivalência entre o questionário original e as versões alvo do instrumento. Dessa forma, se os questionários forem utilizados em culturas diferentes do original, os itens deste devem não unicamente ser muito bem traduzidos linguisticamente por profissionais treinados na área, mas conjuntamente precisam passar pela adaptação transcultural com o intuito de preservar a validade do conteúdo do instrumento em questão em um nível conceitual em culturas distintas (Beaton *et al.*, 2000).

À vista disso, a adaptação transcultural consiste em alcançar as equivalências semântica, operacional, conceitual, de mensuração, funcional e de itens do questionário. A equivalência semântica trata da equivalência gramatical e de vocabulário, onde o pesquisador deve atentar-se a transferência de significados entre os idiomas. A equivalência operacional se refere a

possibilidade de usar um instrumento semelhante considerando aspectos como o formato do questionário, instruções, método de aplicação e medidas de mensuração, alcançando a equivalência quando esses elementos não afetarem o seu resultado. Já a equivalência conceitual avalia a forma como as diferentes populações conceituam o assunto em interesse, de forma que alguns itens podem ser semelhantes em sua semântica e não ser equivalentes conceitualmente. (Guillemin *et al.*, 1993; Herdman *et al.*, 1998; Beaton *et al.*, 2000).

A equivalência de mensuração equivale ao estudo das propriedades psicométricas da versão que foi produzida, ao passo que a equivalência funcional é obtida a partir do conjunto das demais equivalências. Já na equivalência de itens preocupa-se em avaliar criticamente os itens do instrumento, analisando se estes são igualmente relevantes e pertinentes na nova cultura. A adaptação transcultural tem como finalidade assegurar a transferência dos significados do instrumento entre os idiomas para que sejam alcançados efeitos símiles nas diferentes culturas (Herdman *et al.*, 1998). Esse processo foi realizado por uma equipe composta por profissionais com experiência no constructo estudado e seguiu uma metodologia pré-estabelecida (Beaton *et al.*, 2000; Guillemin *et al.*, 1993; Herdman *et al.*, 1998), cujos passos serão descritos a seguir:

a) Tradução: realização da tradução dos instrumentos do Inglês para o idioma português do Brasil por dois tradutores independentes nativos nesse país. Um destes foi um tradutor profissional e o outro um cirurgião-dentista com experiência no conteúdo. Os tradutores foram informados quanto à natureza dos instrumentos e então orientados a usar termos que possam ser assimilados por adolescentes.

b) Unificação do questionário: nessa etapa uma equipe de especialistas unificou as duas versões traduzidas anteriormente, definindo assim a redação dos itens na versão unificada em português.

c) Retro-tradução: a versão que foi unificada dos instrumentos em português foi retro-traduzida para o inglês por um tradutor nativo da língua inglesa com amplo domínio da língua portuguesa do Brasil. Porém, nessa etapa o tradutor não teve conhecimento prévio dos questionários.

d) Revisão da retro-tradução e unificação do questionário: a versão retrotraduzida foi analisada pelo comitê de especialistas, que as comparou com a versão original dos instrumentos e produziu uma segunda versão unificada. Então esta nova versão unificada foi enviada aos

autores do instrumento original para sua apreciação. Após o consentimento e sugestões dos mesmos, os questionários foram adaptados.

e) Pré-teste dos questionários traduzidos: utilizando-se entrevistas cognitivas com perguntas de sondagem, a etapa de pré-teste foi realizada para identificar possíveis dificuldades de compreensão dos instrumentos pelos indivíduos, que foram encorajados a apontar as dificuldades de clareza e sugerir sinônimos para termos ou palavras de difícil entendimento. Nessa fase a nova versão unificada dos instrumentos traduzidos foi testada em um grupo de 25 adolescentes matriculados em uma escola selecionada por sorteio.

f) Discussão final do grupo de especialistas e produção do questionário final: a equipe de especialistas se reuniu, considerando as sugestões dos adolescentes entrevistados, assim como a dos autores do instrumento original, elaborando então a versão final dos instrumentos, os quais foram posteriormente testados quanto às suas propriedades psicométricas.

3.2.2 Avaliação das Propriedades Psicométricas

Esta fase do estudo consistirá na análise da confiabilidade e validade da versão em português do Brasil do PHCSCSV1-6 e OAS. A confiabilidade diz respeito à capacidade do instrumento de exibir um resultado de modo consistente, ou o quanto um instrumento mantém-se livre do erro padrão, sendo esta avaliada precipuamente pela consistência interna e pela confiabilidade teste-reteste (Lohr *et al.*, 1996; Souza, Alexandre, Guirardello, 2017). A primeira, também chamada de homogeneidade, indica o quanto os itens do instrumento estão relacionados, ou seja, se todos mensuram a mesma característica, enquanto que a segunda mede o grau pelo qual um instrumento apresenta escores regulares com o tempo, contanto que o estado analisado do indivíduo permaneça imutável. Dessa forma, deseja-se que se uma pessoa responder o instrumento e repetir com o tempo, os resultados permaneçam símiles (Souza, Alexandre, Guirardello, 2017; Lohr *et al.*, 1996; Terwee *et al.*, 2007). Por isso, para avaliar esse critério, 20% dos adolescentes responderão uma segunda vez aos instrumentos após 15 dias, mensurando assim a estabilidade temporal ou confiabilidade teste-reteste.

A validade refere-se ao grau pelo qual o instrumento mensura exatamente o que ele foi proposto a medir quando desenvolvido (Souza, Alexandre, Guirardello, 2017), sendo caracterizada sobretudo pela validade de critério (concorrente e preditiva) e pela validade do

constructo (convergente e divergente) (Gorenstein et al., 2016; Herdman *et al.*, 1998; Terwee *et al.*, 2007). Para avaliar estas propriedades nesse instrumento, serão aplicados os questionários a uma amostra de estudantes adolescentes com idade entre 12 e 18 anos de idade regularmente matriculados em escolas públicas do município de Santa Luzia.

3.3 População do estudo

Adolescentes com idades entre 12 e 18 anos, matriculadas em escolas públicas e/ou privadas dos municípios de Santa Luzia e Campina Grande, Paraíba. O primeiro município apresenta 15 escolas públicas e 02 privadas, com cerca de 2.500 alunos matriculados (IBGE, 2020). Segundo o INEP (2015), a cidade de Campina Grande possui 73 escolas públicas e 58 privadas. Ao todo, estiveram matriculados regularmente nesses dois tipos de instituições no ano de 2015 cerca de 41 mil adolescentes dentre o ensino fundamental e médio.

3.4 Cálculo amostral

A amostra do estudo foi representada por 325 escolares entre 12 a 18 anos de idade provenientes de escolas públicas e privadas de Santa Luzia e Campina Grande. Este tamanho amostral é grande o suficiente para detectar coeficientes de correlação tão baixos quanto 0,20, com base em um teste bilateral, um alfa de 0,05 e um poder de teste de 95% (Hulley *et al.*, 2007).

3.5 Calibração

O treinamento e calibração acontecerá de forma distinta para a avaliação da cárie dentária e do índice de estética dental.

3.5.1 Cárie Dentária

Para esta fase da calibração foi seguida a metodologia proposta por Peres, Traebert e Marcenes (2001), dividida em quatro etapas:

Primeira Etapa: procedeu inicialmente com um momento teórico onde foi apresentado o índice de diagnóstico para a cárie dentária. Em seguida, foram apresentadas imagens das condições clínicas que podem ser visualizadas no exame clínico projetadas por um minuto,

solicitando ao examinador que diagnostique as alterações observadas. A partir daí foi executado o estudo da ficha clínica e da rotina a ser realizada no exame clínico.

Segunda Etapa: ocorreu a realização dos exames clínicos, pelo examinador e pelo padrão ouro (cirurgião-dentista com experiência clínica em odontopediatria e em estudos epidemiológicos), em 40 adolescentes entre 12 e 18 anos de idade matriculados em uma escola pública selecionada por sorteio. Em caso de divergências no diagnóstico um novo exame poderia ser realizado. Os exames podiam ser repetidos até que o examinador padrão-ouro julgasse que os critérios tenham sido satisfatoriamente atendidos. Ao final, o padrão ouro fez a escolha das crianças de acordo com a variação dos índices, para que o examinador pudesse executar o exame clínico. Com os resultados das fichas clínicas obtidas, foram montadas matrizes para comparação dos diagnósticos e o coeficiente *Kappa de Cohen*.

Terceira Etapa: Sete dias após o exame inicial foram realizados novos exames clínicos nas mesmas crianças selecionadas na etapa anterior. As crianças foram então avaliadas duas vezes pelo examinador. Os resultados serviram para medir a calibração intra e interexaminadores. Novamente foram montadas as matrizes e o teste *Kappa de Cohen* foi realizado.

Quarta etapa: discussão final dos resultados.

A consistência dos diagnósticos será mensurada através do coeficiente *Kappa de Cohen* para a obtenção dos valores de concordância, a partir da seguinte fórmula:

$$K = \frac{Po - Pe}{100 - Pe}$$

Onde:

Po - porcentagem de casos com concordância diagnóstica.

Pe - porcentagem de concordância esperada.

Os resultados numericamente obtidos representarão (BULMAN; OSBORN, 1989):

- *k* igual a zero: baixíssima confiabilidade;
- *k* maior que zero e menor que 0,40: baixa confiabilidade;
- *k* entre 0,41 e 0,60: moderada confiabilidade;
- *k* entre 0,61 e 0,80: substancial confiabilidade;
- *k* acima de 0,81: boa confiabilidade.

Diante disso, o examinador será considerado apto para a realização dos exames clínicos, quando da obtenção de valores de *Kappa* $\geq 0,81$.

Dessa forma, para essa avaliação os valores do coeficiente Kappa de Cohen entre o padrão ouro e o examinador 1 foi de 0,88 ($p = 0,022$), com o examinador 2 de 0,81 ($p = 0,022$) e com o examinador 3 de 0,82 ($p = 0,022$). Para a concordância intra-examinadores os valores do coeficiente Kappa de Cohen foram de 0,96 ($p = 0,021$) para o examinador 1, de 0,95 ($p = 0,023$), para o examinador 2 e de 0,96 ($p = 0,022$) para o examinador 3.

3.5.2 Índice de estética Dental – DAI

A calibração dos pesquisadores foi realizada em duas etapas, uma teórica e outra prática, com 40 escolares na faixa etária de 12 a 18 anos, matriculados em uma escola da rede pública. Um pesquisador com experiência em diagnóstico de má oclusão foi considerado Padrão-Ouro, para a avaliação clínica. Foram realizados dois exames com intervalo de 7 dias entre as avaliações. Os resultados obtidos foram submetidos ao Teste Kappa (K) interexaminador e intraexaminador, para cada exame, admitindo-se uma confiabilidade substancial ou ótima ($Kappa \geq 0,81$) (Bulman; osborn, 1989).

Para essa avaliação os valores do coeficiente Kappa de Cohen entre o padrão ouro e o examinador 1 foi de 0,90 ($p = 0,022$), com o examinador 2 de 0,92 ($p = 0,022$) e com o examinador 3 de 0,91 ($p = 0,022$). Para a concordância intra-examinadores os valores do coeficiente Kappa de Cohen foram de 0,95 ($p = 0,021$) para o examinador 1, de 0,92 ($p = 0,023$), para o examinador 2 e de 0,94 ($p = 0,022$) para o examinador 3

3.6 Estudo piloto

Antes da realização do estudo principal foi realizado um estudo piloto com o intuito de testar e avaliar a metodologia proposta, além de avaliar a dinâmica da coleta de dados, por meio da realização dos exames clínicos e aplicação dos questionários. Após o contato inicial com a instituição e autorizações por parte da mesma, o estudo piloto foi realizado em 40 adolescentes matriculados em uma escola da rede pública de ensino selecionadas por conveniência. Os adolescentes que participaram do estudo piloto, não foram incluídos na amostra do estudo principal.

3.7 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos na pesquisa adolescentes de 12 a 18 anos de ambos os sexos matriculados em escolas públicas e privadas dos municípios de Santa Luzia e Campina Grande, Paraíba, com ausência de doenças sistêmicas e/ou deficiências físicas e de aprendizagem relatada pelos professores que estivessem presentes no momento da coleta. Foram excluídos os escolares que estavam realizando tratamento ortodôntico no momento da coleta de dados, uma vez que dificultava a visualização de lesões de cárie durante o exame clínico no ambiente escolar.

3.8 Contato com as escolas

Buscando ampliar a validade externa dos resultados, foram selecionadas por conveniência escolas públicas e privadas dos municípios. As instituições escolhidas foram contactadas pelo pesquisador, que esclareceu ao responsável pela escola os objetivos da pesquisa, assim como a forma que seriam desenvolvidas as atividades naquele local. Ao contato inicial foram apresentados os documentos de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, bem como a autorização da Secretaria de Educação do Município e da 6ª Gerência Regional de Educação do Estado da Paraíba. Em caso de rejeita da participação, outra instituição era selecionada para participar do estudo.

3.9 Coleta de dados e instrumentos

A coleta dos dados foi realizada nas escolas selecionadas para o estudo e desenvolvida por um examinador previamente calibrado e os dados anotados por um anotador devidamente treinado.

Para a coleta de dados, primeiramente foi obtida a Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com os pais/responsáveis, assim como a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido pelos adolescentes. Na sequência foi aplicado o questionário com os adolescentes, e em seguida foi realizado o exame clínico. Para coleta dos dados foram necessários os seguintes instrumentos de pesquisa:

- *Versão brasileira da escala de autoconceito Pier-Haris (BR-PHCSCS);*

- *Versão brasileira da escala de vergonha externa (B-OAS)*;
- Questionário Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21);
- Ficha clínica do índice de Estática Dental – DAI;
- Ficha clínica para anotação dos dados clínicos;
- Questionário demográfico e socioeconômico;

3.9.1 Questionários direcionados aos adolescentes

- ***Versão brasileira da escala de autoconceito Pier-Haris (BR-PHCSCS):***

Foi utilizado um questionário dirigido aos adolescentes, sobre a percepção que o adolescente tem a cerca de si próprio. A escala é composta de 30 itens e apresenta uma estrutura fatorial composta por seis fatores, sendo ansiedade (An), aparência física (Af), comportamental (Co), popularidade (Po), felicidade (Fe), estatuto intelectual (Ei). Para calcular a pontuação de cada participante se atribuí o valor por ele selecionado, que varia de um a seis. Para alguns itens inversos foi realizada a reversão do valor numérico e posteriormente esses entraram na soma final dos scores (Veiga, Leite, 2016).

- ***Versão brasileira da escala de vergonha externa (B-OAS):***

A Escala de Vergonha Externa (OAS), conhecida como *Other as Shamer Scale*, busca avaliar os julgamentos globais acerca de como os sujeitos pensam que os outros os veem, por meio de uma escala composta de 8 itens de resposta de cinco pontos cada. Quanto mais alta a pontuação nesta escala, maior o nível de vergonha externa. Foi aplicado aos adolescentes para identificar o seu grau de vergonha externa (Cunha *et al.*, 2017).

- **Questionário Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21):**

Este instrumento foi dirigido aos adolescentes para identificar o nível desses transtornos a partir de sensações e condutas vivenciadas pelos adolescentes. Esse é um instrumento claro e de simples aplicação tanto em ambientes clínicos, como em estudos epidemiológicos, que foi traduzido e validado no Brasil para adolescentes (Patias *et al.*, 2016). É composto por 21 itens capazes de avaliar os três transtornos simultaneamente (depressão, ansiedade e estresse). Os

itens correlacionam-se com os três transtornos, os quais foram experimentados pelo participante na última semana, e a sua pontuação varia entre 0 (não se aplicou de maneira alguma) até 4 (aplicou-se muito, ou n maioria do tempo).

3.10 Exame clínico

Previamente a realização do exame clínico, foi realizada a entrega de kits de higiene oral seguido de uma escovação supervisionada para a realização dos exames clínicos.

Posteriormente, foram realizados os exames clínicos em uma sala da escola, próximo a uma fonte de luz natural, com auxílio de lanternas para uma melhor avaliação. O examinador e anotador utilizaram equipamentos de proteção individual (EPI), além de sondas preconizadas pela OMS (Trinity Indústria e Comércio Ltda., São Paulo, SP, Brasil), espelhos bucais (Golgran Indústria e Comércio de Instrumental Odontológico, São Caetano do Sul, SP, Brasil) e gazes esterilizadas para obtenção de uma superfície seca e de boa visualização (Who, 2013).

- **Ficha clínica para anotação dos dados clínicos:**

Durante o exame clínico para diagnosticar a presença de cárie dentária e má oclusão nos escolares, foi utilizada uma ficha clínica para anotação dos dados referentes aos exames realizados assim como os scores correspondentes.

3.10.1 Critérios para Diagnóstico de Cárie Dentária

Foi utilizado como critério de diagnóstico para a cárie dentária o índice *International Caries Detection and Assesment System* – ICDAS (ISMAEL *et al.* 2007). Os códigos são representados conforme seguem nos quadros a seguir (Quadros 1 e 2).

Quadro 1 - Critérios do ICDAS quanto a sua severidade e extensão.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
0	Sadio, após secagem com ar; sem lesão de cárie;
1	Mancha branca visível no esmalte (vista somente após secagem prolongada ou confinada dentro de uma fóssula ou fissura);
2	Mancha branca visível no esmalte sem secagem;
3	Ruptura localizada no esmalte, sem dentina visível;
4	Sombra escura subjacente à dentina, com ou sem ruptura em esmalte;
5	Cavidade com dentina exposta na base ocupando menos da metade da superfície;
6	Cavidade extensa, visível, em dentina, na base e nas paredes, ocupando mais da metade da superfície.

Fonte: Elaborada pelo autor, 2023.

Quadro 2 - Critérios do ICDAS quanto a sua atividade de cárie.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
1	Sem atividade (superfície do esmalte com mancha branca, marrom ou enegrecida brilhante, lisa; ou cavidade brilhante e com tecido endurecido de difícil remoção)
2	Com atividade (superfície do esmalte esbranquiçado ou amarelada, opaca e rugosa; ou cavidade com tecido amolecido e de fácil remoção).

Fonte: Elaborada pelo autor, 2023.

3.10.2 Critérios para Diagnóstico de Má oclusão

Foi utilizado como critério de diagnóstico para a má oclusão o *Índice de Estética Dental* – DAI (Cons, Jenny, 1986) com o intuito de avaliar o grau do impacto estético na dentição dos participantes. Os códigos são representados conforme seguem no quadro a seguir (Quadro 3).

Quadro 3 - Categorização do DAI a partir dos pontos de corte.

PONTOS DE CORTE	DESCRIÇÃO
13 a 25	Oclusão normal ou mínima má oclusão
26 a 30	Má oclusão definida (tratamento eletivo)
31 a 35	Má oclusão grave (tratamento altamente desejável)
36 a mais	Má oclusão muito grave ou incapacitante (tratamento obrigatório)

Fonte: Elaborada pelo autor, 2023.

3.11 Elenco de variáveis

As variáveis utilizadas no estudo foram detalhadas de acordo com a seguinte categorização: variáveis de interesse, apresentadas no Quadro 4, e variáveis exploratórias, apresentadas no Quadro 5.

Quadro 4 -Categorização das variáveis de interesse.

VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO DA VARIÁVEL	MENSURAÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Confiabilidade Teste-reteste	Grau pelo qual o instrumento provê escores estáveis com o passar do tempo, desde que o estado de saúde não mude (TERWEE <i>et al.</i> , 2007)	Aplicação e reaplicação dos BR- PHCSCS e B-OAS em toda a amostra, seguido pelo cálculo do coeficiente de correlação intra-classe (ICC)	Fraca (ICC ≤ 0,40) Moderada (ICC = 0,41 a 0,60) Boa (ICC = 0,61 a 0,80) Excelente (ICC = 0,81 a 1,00) (Bartko, 1966; Wilson <i>et al.</i> , 2001)
Consistência interna	O quanto os itens do instrumento estão correlacionados, medindo o mesmo constructo (TERWEE <i>et al.</i> , 2007).	Cálculo do α de Cronbach e Ω de McDonald	Aceitável ($\alpha \geq 0,70$) Não aceitável ($\alpha < 0,70$)
Validade Convergente	O quão bem o instrumento se correlaciona com outra medida que mede o mesmo constructo (TERWEE <i>et al.</i> , 2007).	Correlação dos escores do BR- PHCSCS e B-OAS com os escores do DASS-21 (Correlação de Spearman)	Aceitável ($r \geq 0,7$) Não aceitável ($r < 0,7$)
Validade Divergente	O quão o instrumento não se correlaciona bem com outra medida que mede um constructo diferente (TERWEE <i>et al.</i> , 2007).	Comparação dos escores dos BR- PHCSCS e B-OAS com as variáveis sociodemográficas (Teste de Mann-Whitney)	Presente ($p < 0,05$) Ausente ($p \geq 0,05$)
Validade Preditiva	Capacidade de a escala prever o estado futuro do indivíduo a quem foi aplicada (GORENSTEIN <i>et al.</i> , 2016)	Comparação dos escores dos BR- PHCSCS e B-OAS com cárie e aspectos oclusais	Presente ($p < 0,05$) Ausente ($p \geq 0,05$)
Autoconceito – PHCSCSV1-6	Percepção que o adolescente tem a cerca de si próprio segundo a versão brasileira do PHCSCSV1-6.	Aplicação do BR- PHCSCS aos adolescentes	Somatório dos Escores
Vegonha externa – B-OAS	Avaliar os julgamentos globais acerca de como os sujeitos pensam que os outros os veem segundo a versão brasileira do OAS.	Aplicação do B-OAS aos adolescentes	Somatório dos Escores
Depressão, ansiedade e estresse – DASS- 21	Grau de depressão, ansiedade e estresse do adolescente segundo o questionário DASS-21.	Aplicação do DASS-21 aos adolescentes	Somatório dos Escores

Fonte: Elaborada pelo autor, 2023.

Quadro 5 - Categorização das variáveis de caráter exploratório.

VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO DA VARIÁVEL	MENSURAÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Sexo	Sexo da criança.	Relato do adolescente	0- Feminino 1- Masculino
Idade	Idade da criança em anos.	Relato do adolescente	Contínuo
Tipo de escola	Tipo de escola que a criança está matriculada.	0- Municipal 1- Estadual	Tipo de escola
Cárie dentária - ICDAS	Presença de cárie dentária segundo o exame clínico aplicando o ICDAS	Exame clínico por examinador calibrado segundo os critérios da WHO, 2013	0= saudável 1= mancha branca visível no esmalte seco 2= mancha branca visível no esmalte molhado 3= ruptura em esmalte sem dentina visível 4= sombra escura adjacente ao dente com ou sem ruptura do esmalte 5= cavidade com dentina exposta em menos da metade da superfície 6= cavidade extensa em dentina em mais da metade da superfície
Má oclusão	Presença de malocclusão dentária segundo o Índice de Estética Dental DAI	Exame clínico por examinador calibrado	13 a 25 = oclusão normal ou mínima má oclusão 26 a 30 = má oclusão definida 31 a 35 = má oclusão grave 36 a mais = má oclusão muito grave ou incapacitante

Fonte: Elaborada pelo autor, 2023.

3.12 Processamento e análise dos dados

Foi realizada a verificação da confiabilidade e validade da versão brasileira dos instrumentos PHCSCSV1-6 e OAS. A confiabilidade foi definida com base na consistência interna e da confiabilidade teste-reteste. A consistência interna foi analisada a partir do coeficiente Alfa de Cronbach (α) e Ômega de McDonald, sendo os índices $\geq 0,70$ considerados satisfatórios (Cronbach, 1951; Nunnally & Bernstein, 1994). Já a confiabilidade teste-reteste foi determinada através do Índice de Correlação Intra-classe (ICC) para os escores dos instrumentos, considerando os intervalos de confiança de 95%. A interpretação do ICC foi dada com base na seguinte faixa de valores: $< 0,40$ fraca correlação; $0,41-0,60$ moderada correlação; $0,60-0,80$ boa correlação e $0,81-1,00$ excelente correlação (Wilson *et al.*, 2001; Bartko, 1966). Dessa forma, os instrumentos foram aplicados duas vezes em 20% dos adolescentes da amostra com um intervalo de 15 dias entre as aplicações.

A validade do constructo foi definida a partir das validades convergente, divergente ou discriminante e preditiva. A convergente foi avaliada a partir da correlação entre os escores do BR- PHCSCS e B-OAS com os escores do questionário DASS-21. Para este cálculo utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman ($p < 0,05$). Já a validade divergente foi determinada comparando os escores do BR- PHCSCS e B-OAS com as variáveis sociodemográficas, a partir do teste t de Student ou de Mann-Whitney, a depender da normalidade dos dados ($p < 0,05$). A validade preditiva foi analisada a partir da comparação dos escores dos BR- PHCSCS e B-OAS com a cárie e os aspectos oclusais, a partir do teste de Mann-Whitney ($p < 0,05$).

A validade fatorial foi avaliada por meio da análise fatorial exploratória e confirmatória, com adequação do conjunto de dados que será verificada através da medida de Kayser-Meyer-Olkin (KMO) ($> 0,50$) e Teste de Esfericidade de Barlett ($p < 0,05$). O método Promax foi usado para rotação. Cargas fatoriais iguais ou superiores a $0,40$ foram consideradas adequadas (Nunnally, Bernstein, 1994).

Para confirmar a dimensionalidade dos instrumentos sugeridos na AFE, bem como para avaliar o ajuste do modelo, realizou-se uma análise fatorial confirmatória (AFC). A qualidade do ajuste do modelo foi ainda avaliada pelos seguintes parâmetros estatísticos: estatística Qui-quadrado (X^2), Índice de Ajuste Comparativo (CFI), Índice de Tucker Lewis (TLI) e Erro Quadrado Médio da Aproximação (RMSEA). Valores de CFI e TLI $\geq 0,95$ e valores de RMSEA $\leq 0,06$ indicam um excelente ajuste do modelo (Kline, 2015).

A análise dos dados foi realizada utilizando o software SPSS Statistics (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 25.0, IBM Corp., Armonk, NY, EUA, e o programa Mplus (versão 8.2; Muthén & Muthén).

3.13 Considerações éticas

Após o delineamento metodológico, o projeto foi encaminhado à Secretaria Municipal de Educação e à 6ª Gerência Regional de Educação do Estado da Paraíba para apreciação e obtenção da autorização, possibilitando assim a realização da pesquisa com os escolares dos municípios. Como contrapartida, as alterações bucais diagnosticadas foram divulgadas aos gestores das escolas por escrito.

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, de acordo com a resolução CNS Nº 466/2012 sob o número de parecer 60413722.0.0000.5187 (ANEXO A). Um documento oficial explicando a natureza da pesquisa foi encaminhado e aprovado pela à Secretaria de Educação Estadual e Municipal e, posteriormente, foi enviado à direção das escolas. Depois de obtidas as aprovações, foram destinadas cartas de autorização aos pais e/ou responsáveis e as crianças para a participação destas na pesquisa. Os pesquisadores envolvidos estão cientes das obrigações cabidas.

4 RESULTADOS

Os resultados deste trabalho serão apresentados na forma de dois artigos, dispostos a seguir.

4.1 Artigo 1

Periódico: Revista Latino-Americana de Enfermagem

Fator de Impacto: 1,725/ Qualis A2

Artigo formatado segundo às normas de publicação do periódico (ANEXO E)

VALIDAÇÃO PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL DA ESCALA OTHER AS SHAMER EM ADOLESCENTES (B-OAS)

Rafaella Araújo Amancio de Lima Medeiros¹, Ramon Targino Firmino², Ana Flávia Granville-Garcia^{3*}

¹ Mestranda em Clínicas Odontológicas do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, PB, Brasil.

² Professor da Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Patos, PB, Brasil.

³ Professora do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, PB, Brasil.

Endereço do correspondente:

Ana Flávia Granville-Garcia

Rua. Pedro Feitosa Neves, nº465, ap. 502c, CEP: 58428-757 Campina Grande-PB, Brasil.

Email: anaflaviagg@gmail.com

VALIDAÇÃO PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL DA ESCALA OTHER AS SHAMER EM ADOLESCENTES (B-OAS)

RESUMO

O objetivo do estudo foi validar o instrumento *Other as Shamer* – OAS para a língua portuguesa do Brasil voltado aos adolescentes. A versão adaptada transculturalmente para o Brasil (B-OAS) foi aplicada em 325 adolescentes entre 12 e 18 anos de escolas públicas e privadas de duas cidades do Nordeste brasileiro no ano de 2022 e 2023. As propriedades psicométricas foram analisadas a partir da consistência interna (Alfa de Cronbach e Ômega de McDonald), reprodutibilidade (coeficiente de correlação intraclassa - CCI), validade convergente (escala de depressão, ansiedade e estresse DASS-21), validade discriminante (variáveis sociodemográficas), validade preditiva (cárie dentária e aspectos oclusais) e validade fatorial (análise fatorial exploratória - AFE). Análise fatorial confirmatória (AFC) avaliou a dimensionalidade da B-OAS. ($\alpha=5\%$). O instrumento apresentou boa consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,91; Ômega de McDonald = 0,91), uma boa confiabilidade teste-reteste (CCI= 0,96). Houve uma correlação positiva e significativa entre os escores do B-OAS e os do DASS-21 ($r_s=0,663$ $p<0,001$). A AFE sugeriu a solução unifatorial como mais adequada, explicando 41,6% da variância. Na validade preditiva não houve associação entre os escores do OAS com a presença de cárie ou com a necessidade de tratamento ortodôntico ($p=0,55$). Os escores foram significativamente maiores em adolescentes do sexo feminino ($p=0,003$) e que apresentavam renda mensal de até 1 salário mínimo ($p=0,025$). O B-OAS apresentou propriedades psicométricas satisfatórias para o grupo de adolescentes brasileiros de 12 a 18 anos de idade, e apesar de não estar associado às condições bucais analisadas, pode ser utilizado de forma confiável para outras situações que remetam a vergonha externa.

Palavras-chave: Saúde bucal, Vergonha, Estudo de validação, Reprodutibilidade dos Testes.

VALIDATION FOR BRAZILIAN PORTUGUESE OF THE OTHER AS SHAMER SCALE IN ADOLESCENTS (B-OAS)

ABSTRACT

The aim of the study was to validate the Other as Shamer (OAS) instrument for Brazilian Portuguese, focusing on adolescents. The transculturally adapted version for Brazil (B-OAS) was administered to 325 adolescents aged 12 to 18 from public and private schools in two cities in Northeast Brazil in the years 2022 and 2023. Psychometric properties were analyzed based on internal consistency (Cronbach's Alpha and McDonald's Omega), reproducibility (intraclass correlation coefficient - ICC), convergent validity (Depression, Anxiety, and Stress Scale - DASS-21), discriminant validity (sociodemographic variables), predictive validity (dental caries and occlusal aspects), and factorial validity (exploratory factor analysis - EFA). Confirmatory factor analysis (CFA) assessed the dimensionality of B-OAS. ($\alpha=5\%$). The instrument showed good internal consistency (Cronbach's Alpha = 0.91; McDonald's Omega = 0.91) and good test-retest reliability (ICC= 0.96). There was a positive and significant correlation between B-OAS scores and DASS-21 scores ($r_s=0.663$ $p<0.001$). EFA suggested a unifactorial solution as more appropriate, explaining 41.6% of the variance. In predictive validity, there was no association between OAS scores and the presence of dental caries or the need for orthodontic treatment ($p=0.55$). Scores were significantly higher in female adolescents ($p=0.003$) and those with a monthly income of up to 1 minimum wage ($p=0.025$). B-OAS demonstrated satisfactory psychometric properties for the group of Brazilian adolescents aged 12 to 18, and despite not being associated with the analyzed oral conditions, it can be reliably used for other situations related to external shame.

Keywords: Oral Health, Shame, Validation Study, Reproducibility of Results.

INTRODUÇÃO

A vergonha é caracterizada como uma emoção profunda, complexa e autoconsciente que aparece por volta dos dois anos de idade. Após este período a vergonha exige uma consciência sobre si e as relações interpessoais, ajudando os seres humanos a avaliarem o comportamento e se estão adequados socialmente (1-4).

Estudos evidenciaram uma associação entre vergonha e problemas de saúde mental. Assim, sentimentos como a vergonha necessitam ser mais exploradas em cada cultura em particular (1,5). Considerando a relevância deste sentimento no período da adolescência, a ideia de análise da vergonha deve receber atenção tanto no campo da pesquisa quanto da prática clínica. Porém, não se torna uma tarefa fácil para os indivíduos conseguir expressá-la em palavras, dificultando até mesmo o conhecimento das maneiras de lidar com esse sentimento (5,1).

Devido à complexidade deste sentimento, autores desenvolveram instrumentos com o intuito de mensurar este constructo, a exemplo do “*Internalized Shame Scale (ISS)*” (6,7), *Experience of Shame Scale - ESS* (8), *Other as Shamer – OAS* (9) e a sua versão resumida para adolescentes *OASB-A* (5), além do *Test of Self-Conscious Affect for Adolescents (TOSCA-A)* (10), o qual não apresenta um foco principal na mensuração da vergonha, mas também em outros constructos como culpa, e orgulhos *alpha* e *beta* (11). Além disso, a escala citada não é aplicável para alguns grupos populacionais e apresenta uma confiabilidade e consistência interna insatisfatória para determinadas subescalas (11-13).

Hoje, a escala *Other as Shamer (OAS)* é uma das escalas mais usadas (4,5 14-16), apresentando 18 itens com objetivo de explorar as expectativas de como as pessoas se veem e julgam a si mesmo. Assim, essa escala buscou trazer um indicador das concepções de cada um sobre como o ‘eu’ é avaliado pelos outros. O questionário abrange uma escala com cinco possíveis respostas e quanto mais alta for a sua pontuação final, maior o nível de vergonha externa (17). A versão original apresentou excelentes propriedades psicométricas (18), demonstrando ser uma medida válida e confiável (19). Contudo, a escala ainda não se encontra validada para o contexto Brasileiro.

Instrumentos preconizados para avaliação padronizada são aliados valorosos para o auxílio na prática clínica e para definição do comportamento do seu público alvo (20). Entretanto, poucos instrumentos validados e com boas propriedades psicométricas são encontrados hoje no Brasil voltados para a análise de sentimentos como o da vergonha, em especial para adolescentes, os quais vivenciam o processo de formação e afirmação de suas personalidades (21,22).

A Adolescência é uma fase de transição, no qual há uma maior prevalência de hábitos de risco à saúde bucal, que podem gerar uma maior quantidade de lesões cáries. Uma outra condição com prevalência considerável nesta idade é a maloclusão. Estes aspectos podem induzir um aumento da consciência e busca por estética (23) podendo a vergonha exercer um papel de grande impacto na insatisfação com a autoimagem nesta faixa etária (15).

Assim, o objetivo do estudo foi validar o instrumento *OAS* para a língua portuguesa do Brasil voltado aos adolescentes. A obtenção da versão brasileira do *OAS* possibilitará um maior entendimento dos sentimentos vivenciados pelos adolescentes visando o enfrentamento das demandas identificadas, especialmente pelos profissionais de saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, de acordo com a resolução CNS Nº 466/2012 sob o número de parecer 60413722.0.0000.5187.

Foi executado um estudo de validação, com abordagem transversal e analítica dos dados, para validação do questionário *Other as Shamer – OAS* para português do Brasil. A população do estudo foi constituída por adolescentes com idades entre 12 e 18 anos de idade matriculados em instituições de ensino públicas e privadas dos municípios de Santa Luzia e Campina Grande, Paraíba, Brasil. Foi levantada a hipótese de que o instrumento a ser validado possui adequadas propriedades de validade e confiabilidade para a faixa etária e população supracitada.

A amostra total do estudo foi composta por 325 escolares com idades entre 12 e 18 anos provenientes de escolas públicas ou privadas dos municípios de Santa Luzia e Campina Grande. Este tamanho de amostra é grande o suficiente para detectar coeficientes de correlação tão baixos quanto 0,20, com base em um teste bilateral, um alfa de 0,05 e um poder de teste de 95% (24).

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram incluídos no estudo os adolescentes entre 12 e 18 anos de idade, de ambos os sexos, devidamente matriculados em escolas públicas ou privadas dos municípios de Santa

Luzia e Campina Grande, Paraíba, com ausência de doenças sistêmicas e/ou deficiências físicas e de aprendizagem relatada pelos professores que estivessem presentes no momento da coleta. Foram excluídos aqueles que estavam realizando tratamento ortodôntico no momento da coleta de dados, uma vez que poderia dificultar o diagnóstico de lesões de cárie durante o exame clínico.

CALIBRAÇÃO

A calibração para cárie dentária do examinador seguiu a metodologia proposta por Peres, Traebert e Marcenes (25), utilizando o índice *International Caries Detection and Assessment System* (ICDAS). O valor do coeficiente Kappa de Cohen foi $\geq 0,81$ ($p < 0,05$).

A má oclusão foi avaliada a partir do Índice de Estética Dental (DAI). Foi realizado um treinamento e calibração do examinador, obtendo como valor do coeficiente Kappa de Cohen $\geq 0,90$ ($p < 0,05$). Para o instrumento OAS não foi necessária a calibração do pesquisador, apenas treinamento durante a realização do estudo piloto.

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

Previamente o início do processo de adaptação transcultural os autores originais do estudo foram contactados, autorizando a realização da tradução e validação do instrumento para o português do Brasil.

Esse processo foi realizado por uma equipe composta por profissionais com experiência no constructo estudado e seguiu uma metodologia pré-estabelecida (26), cujos passos serão descritos a seguir:

- g) Tradução: realização da tradução do instrumento do Inglês para o idioma português do Brasil por dois tradutores independentes nativos nesse país.
- h) Unificação do questionário: uma equipe de especialistas unificou as duas versões traduzidas anteriormente, definindo assim a redação dos itens na versão unificada em português.
- i) Retro-tradução: a versão unificada do instrumento em português foi retro-traduzida para o inglês por um tradutor nativo da língua inglesa com amplo domínio da língua portuguesa do Brasil sem o conhecimento prévio do questionário.
- j) Revisão da retro-tradução e unificação do questionário: a versão retrotraduzida foi analisada pelo comitê de especialistas, comparado à versão original do instrumento e produziu uma

segunda versão unificada a qual foi enviada aos autores do instrumento original para sua apreciação.

k) Pré-teste do questionário: entrevistas cognitivas com perguntas de sondagem, foram realizadas em um grupo de 25 adolescentes matriculados em uma escola pública para identificar possíveis dificuldades de compreensão do instrumento pelos indivíduos, que foram encorajados a apontar as dificuldades de clareza e sugerir sinônimos para termos ou palavras de difícil entendimento.

Discussão final do grupo de especialistas e produção do questionário final: a equipe de especialistas se reuniu, considerando as sugestões dos adolescentes entrevistados e dos autores do instrumento original, elaborando então a versão final do instrumento (B-OAS).

ESTUDO-PILOTO

Anteriormente ao início do estudo principal foi realizado um estudo piloto com o intuito de testar a metodologia proposta. Essa fase foi realizada em duas escolas (uma pública e uma privada) selecionadas por conveniência. Participaram dessa fase 40 adolescentes não incluídos na amostra principal.

COLETA DE DADOS NÃO-CLÍNICOS

O responsável pelo adolescente respondeu previamente um questionário sociodemográfico com questões relacionadas a ele mesmo (sexo, etnia, estado civil, grau de parentesco com a criança, número de filhos, nível de escolaridade, renda e ocupação principal) e ao adolescente (idade, série, tipo de escola, sexo, data de nascimento e se a criança esteve doente nos últimos 15 dias).

Posteriormente, os adolescentes foram conduzidos em grupos de cinco até outra sala, na própria escola, para aplicação da versão brasileira do *OAS* e do questionário *Depression, Anxiety and Stress Scale – DASS-21* de forma autoaplicada.

A versão brasileira da Escala de Vergonha Externa (B-OAS) avalia os julgamentos globais acerca de como os sujeitos pensam que os outros os veem, por meio de uma escala composta de 18 itens com resposta de cinco pontos cada. Quanto mais alta a pontuação nesta

escala, maior o nível de vergonha externa. Foi aplicado aos adolescentes para identificar o seu grau de vergonha externa (17).

O questionário para avaliação de depressão, ansiedade e estresse, DASS-21, é um instrumento dirigido aos adolescentes visando identificar o nível desses transtornos a partir de possíveis sensações vivenciadas pelos participantes. É composto por 21 itens capazes de avaliar os três transtornos simultaneamente (depressão, ansiedade e estresse) e é considerado como um instrumento claro e de simples aplicação, o qual foi traduzido e validado no Brasil para adolescentes (27).

A escala DASS-21 é composta por sete itens para cada um dos três constructos avaliados (ansiedade, depressão e estresse) e, ao final, a soma da sua pontuação é multiplicada por 2 a fim de corresponder a escala original DASS-42 (27). Para cada subescala avaliada, a pontuação é comparada e categorizada em normal, leve, moderado, severo e extremamente severo. Quanto mais alto o escore final de cada constructo mais sintomas o paciente apresenta (28).

COLETA DE DADOS CLÍNICOS

Após responderem os questionários, os participantes realizaram uma escovação supervisionada e posteriormente foram coletados dados clínicos de cárie dentária e má oclusão para realização das análises de validade divergente.

Os adolescentes foram avaliados individualmente, em sala reservada e próximos a uma fonte de iluminação natural. O exame clínico foi realizado com o participante sentado em frente ao examinador e anotador que estavam devidamente paramentados com equipamentos de proteção individual (EPI) e com o auxílio de uma lanterna de cabeça (Petzl Zoom head lamp, Petzl America, Clearfield, UT, USA). Foram utilizadas além de sondas preconizadas pela OMS (Trinity Indústria e Comércio Ltda., São Paulo, SP, Brasil), espelhos bucais (Golgran Indústria e Comércio de Instrumental Odontológico, São Caetano do Sul, SP, Brasil) e gazes esterilizadas para obtenção de uma superfície seca e de boa visualização. Foi utilizado o critério de diagnóstico de cárie dentária o índice ICDAS, o qual inclui lesões não-cavidades e cavidades, e lesões inativas e ativas. Os códigos que entraram como variáveis deste estudo variavam entre 2 (lesão de mancha branca visível com umidade) a 6 (lesão de cárie com dentina exposta ocupando mais da metade da superfície) (29).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A consistência interna do instrumento foi analisada a partir do coeficiente Alfa de Cronbach (α) e do coeficiente Ômega de McDonald (30). Já a confiabilidade teste-reteste foi determinada através do Índice de Correlação Intra-classe (ICC), considerando os intervalos de confiança de 95%. Por isso, os instrumentos foram reaplicados uma segunda vez com um intervalo de 15 dias entre as aplicações em 20% dos adolescentes da amostra (31).

A validade do constructo foi avaliada a partir das validades convergente, divergente e preditiva. A validade convergente foi avaliada a partir da correlação entre os escores do B-OAS e do DASS-21. O Coeficiente de Correlação de Spearman foi empregado, visto que os escores totais do B-OAS e do DASS-21 apresentaram distribuição não paramétrica. A validade divergente foi investigada comparando os escores do B-OAS entre as variáveis sociodemográficas por meio dos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. A validade preditiva foi determinada comparando os escores do B-OAS entre adolescentes com e sem cárie dentária, com presença ou ausência de cárie em dente anterior e alterações na oclusão a partir do teste de Mann-Whitney. A hipótese foi que adolescentes com mais vergonha externa apresentariam maior experiência de cárie dentária e problemas oclusais.

A validade fatorial foi avaliada por meio da análise fatorial exploratória e confirmatória, cuja viabilidade foi verificada através da medida de Kayser-Meyer-Olkin (KMO) ($>0,50$) e Teste de Esfericidade de Barlett ($p < 0,05$). O método Promax foi usado para rotação (30).

Realizou-se uma análise fatorial confirmatória (AFC) para confirmar a dimensionalidade do instrumento sugerido na AFE, bem como para avaliar o ajuste do modelo sugerido. A qualidade do ajuste do modelo foi avaliada pelos seguintes parâmetros estatísticos: estatística Qui-quadrado (X^2), Índice de Ajuste Comparativo (CFI), Índice de Tucker Lewis (TLI) e Erro Quadrado Médio da Aproximação (RMSEA) (30). Todo o processo de análise estatística foi realizado utilizando o software IBM SPSS Statistics (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 25.0, IBM Corp., Armonk, NY, EUA, e o programa Mplus (versão 8.2; Muthén & Muthén).

RESULTADOS

Adaptação para o português do Brasil

Um total de 25 adolescentes entre 12 e 18 anos de ambos os sexos responderam ao B-OAS na presença do pesquisador com o intuito de verificar se os itens e suas instruções estavam compreensíveis. Ao final foi constatado que os estudantes compreenderam bem os itens do instrumento, e foram sugeridas pequenas alterações na redação de alguns termos empregados

no questionário. As sugestões foram acatadas, visto que modificavam apenas algumas palavras sem comprometer o sentido geral da frase.

Não foram necessárias alterações na estrutura do questionário, apenas uma adequação linguística em duas perguntas que apresentavam um difícil entendimento dentro do contexto brasileiro, optando-se assim por pequenas alterações nas frases visando alcançar uma maior equivalência semântica e cultural. A versão brasileira sofreu as seguintes alterações para facilitar o seu entendimento: Item 10 – “As pessoas veem que me esforço por perfeição, mas sou incapaz de atingir minhas próprias expectativas” foi substituída por: “As pessoas acham que eu tento fazer o meu melhor, mas sou incapaz de atingir as minhas próprias expectativas” e item 16 – “As pessoas me acham insatisfeito” substituído por “As pessoas me acham insatisfeito com a vida”.

Após esse procedimento, os autores originais do instrumento foram contactados para avaliar e assentir a versão final do instrumento para a língua portuguesa do Brasil.

Características dos participantes do estudo

Participaram do estudo um total de 325 adolescentes e seus respectivos pais/responsáveis. A média da idade foi 13 anos ($\pm 1,3$ anos) e sua mediana foi 13 anos. Na Tabela 1 observa-se que dos responsáveis entrevistados a maioria eram de sexo feminino (88,3%), autodeclarados não brancos (73,2%), com nível de escolaridade de ensino médio completo ou superior (64,9%) e renda familiar mensal de até um salário mínimo (64,5%). A maior parte dos adolescentes estudavam em escola pública (90,2%), no turno da manhã (43,4%), eram de sexo feminino (53,2%) e com idade de até 13 anos (69,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Comparação de média ($\pm DP$) dos escores da B-OAS com características demográficas dos participantes e seus responsáveis.

Variáveis		N (%)	B-OAS Média ($\pm DP$)	P
Sexo do responsável	Feminino	287 (88,3)	27,08 (15,40)	0,575
	Masculino	38 (11,7)	24,66 (13,72)	
Raça do responsável	Branco	87 (26,8)	25,93 (14,05)	0,779
	Não branco	238 (73,2)	27,14 (15,65)	
Estado civil do responsável	Com companheiro	140 (43,1)	26,88 (14,85)	0,061
	Sem companheiro	185 (56,9)	26,76 (15,51)	
Grau de parentesco com a criança	Pai	37 (11,4)	26,76 (14,52)	0,927
	Mãe	257 (79,1)	26,81 (15,34)	
	Outros	31 (9,5)	28,65 (16,47)	
Turno em que a criança estuda	Manhã	141 (43,4)	26,7 (16,0)	0,468
	Tarde	118 (36,3)	26,0 (14,3)	

	Integral	66 (20,3)	28,3 (15,1)	
Tipo de escola	Pública	293 (90,2)	27,2 (15,1)	0,167
	Privada	32 (9,8)	23,1 (15,7)	
Sexo da criança	Masculino	152 (46,8)	23,7 (13,4)	0,003
	Feminino	173 (53,2)	29,5 (16,2)	
Idade da criança	até 13 anos	226 (69,5)	26,76 (14,9)	0,807
	Acima de 13 anos	99 (30,5)	27,49 (16,1)	
Sua criança esteve doente nos últimos 15 dias?	Sim	50 (15,4)	27,96 (15,4)	0,430
	Não	275 (84,6)	26,60 (15,2)	
Você tem outros filhos ou já cuidou de outras crianças além dessa?	Sim	266 (81,8)	27,70 (15,3)	
	Não	59 (18,2)	22,73 (13,9)	
Se sim, quantos?	Até 2	59 (18,2)	25,7(15,0)	0,113
	Acima de 2	99 (30,5)	19,6(15,5)	
Escolaridade de quem respondeu ao questionário	Até fundamental completo	114 (35,1)	29,04 (15,6)	0,112
	Médio ou mais	211 (64,9)	25,66 (14,9)	
Renda mensal	Até 1 salário mínimo	200 (64,5)	27,66 (14,84)	0,025
	+ que 1 salário mínimo	110 (35,5)	25,25 (15,82)	

Fonte: Elaborada pelo autor, 2023.

Teste U de Mann-whitney / * Teste de Kruskal Wallis

Propriedades psicométricas

O instrumento apresentou excelente confiabilidade com elevada consistência interna (alfa de Cronbach = 0,91 e Ômega de McDonald = 0,91) e confiabilidade teste-reteste (ICC = 0,96; IC 95% - 0,94-0,97). Quanto a correlação item-total, todos os valores permaneceram próximos a 0,40 ou acima, indicando uma correlação adequada de todos os itens com a escala (33). A tabela 2 mostra a média total e a variância da escala caso um item seja deletado. O alfa de Cronbach não aumentou caso algum item fosse removido.

Tabela 2 – Médias de escala, variações de escala, correlação total do item, alfa de Cronbach se o item for excluído do B-OAS e cargas fatoriais para as soluções de fator único.

Item	Média total se um item for deletado	Variância se um item for deletado	Correlação total do item	Alfa de Cronbach se um item for deletado	Cargas fatoriais fator único
Q1	25,09	219,19	0,46	0,91	0,51
Q2	25,77	210,39	0,64	0,91	0,70
Q3	25,43	209,03	0,66	0,91	0,71
Q4	25,19	212,38	0,51	0,91	0,56
Q5	25,41	213,49	0,53	0,91	0,59
Q6	25,94	210,91	0,61	0,91	0,67
Q7	25,42	211,63	0,59	0,91	0,64
Q8	25,73	212,76	0,59	0,91	0,65
Q9	25,41	211,84	0,58	0,91	0,64
Q10	25,59	211,17	0,60	0,91	0,65
Q11	25,17	214,43	0,49	0,91	0,55
Q12	25,31	206,95	0,65	0,91	0,70

Q13	25,60	207,80	0,64	0,91	0,69
Q14	25,33	211,24	0,56	0,91	0,61
Q15	25,59	214,11	0,47	0,91	0,53
Q16	25,87	208,87	0,62	0,91	0,67
Q17	25,56	206,29	0,68	0,90	0,73
Q18	25,63	206,75	0,62	0,91	0,67

Fonte: Elaborada pelo autor, 2023.

Os pré-requisitos para a AFE foram obtidos (KMO=0,936; Teste de esfericidade de Barlett significativo [$p<0,001$]). A AFE sugeriu a solução unifatorial como a mais adequada, que explicou 41,6% da variância.

A fim de confirmar a unidimensionalidade do B-OAS foi realizada a AFC. As cargas fatoriais encontradas na AFC foram altas ($>0,51$) para todos os itens. Os índices de qualidade de ajuste foram $\chi^2= 345,504$, $df=135$, CFI= 0,096, TLI= 0,893, RMSEA= 0,069 e SRMR= 0,048, apontando excelente ajuste do modelo.

A validade divergente foi avaliada a partir dos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Foi constatada que houve associação entre os escores do B-OAS e algumas variáveis sociodemográficas. Os escores foram significativamente maiores em adolescentes do sexo feminino ($p=0,003$) e que apresentavam renda mensal de até 1 salário mínimo ($p=0,025$) (Tabela 1).

Para avaliação da validade convergente foi realizado o teste de correlação de Spearman. Os escores do B-OAS apresentaram uma correlação positiva com os do DASS-21 ($r_s=0,663$, $p<0,001$), demonstrando uma correlação moderada e estatisticamente significativa. Na avaliação da validade preditiva não houve associação estatisticamente significativa entre os escores do B-OAS com a presença de cárie ou mesmo com a necessidade de tratamento ortodôntico ($p=0,55$). Entretanto, observou-se que adolescentes com presença de cárie, lesões de cárie cavitada, lesões de cárie em dentes anteriores e com diastema na linha média superior apresentaram maiores escores do B-OAS quando comparados aqueles sem essas alterações bucais (Tabela 3).

Tabela 3 – Comparação de média ($\pm DP$) dos escores da B-OAS com as variáveis de cárie dentária e do índice de estética dental.

Variáveis		N (%)	B-OAS Média ($\pm DP$)	P
Presença de cárie	Não	66 (20,3)	26,2 (15,6)	0,657
	Sim	259 (79,7)	27,1 (15,2)	
Há cárie cavitada?	Não	126 (38,8)	26,4 (15,8)	0,561
	Sim	199 (61,2)	27,3 (15,0)	

Há lesão de cárie na região anterior?	Não	112 (34,5)	25,91 (15,3)	0,540
	Sim	213 (65,5)	27,29 (15,1)	
Escore final DAI	Até 25 (sem necessidade de tratamento ortodôntico)	319 (98,2)	27,0 (15,4)	0,625
	+ 25 (com necessidade de tratamento ortodôntico)	6 (1,8)	23,1 (11,0)	
Diastema na linha média superior	Não	257(79,3)	26,5(15,3)	0,306
	Sim	67(20,7)	28,8(15,5)	

Fonte: Elaborada pelo autor, 2023.

Teste U de Mann-whitney / * Teste de Kruskal Wallis

DISCUSSÃO

O B-OAS apresentou propriedades psicométricas adequadas, seguindo as mesmas características do instrumento original desenvolvido na língua inglesa. Esse instrumento apresentou um coeficiente Alfa de Cronbach de ,91 semelhante ao encontrado no instrumento original (0,92) (19), e aos validados na Itália (0,87), Portugal (0,91), Japão (0,94), Grécia (0,85), Turquia (0,82). Instrumentos que apresentam um coeficiente (α) $\geq 0,70$ são considerados admissíveis (32).

Os especialistas envolvidos no processo de adaptação e equivalência semântica e transcultural dos 18 itens do instrumento, optaram por realizar pequenas alterações na construção de duas questões (Q10 e Q16) visando facilitar o entendimento dos participantes do estudo. Após a etapa de retrotradução, o instrumento assemelhou-se muito ao original. Salienta-se que as mudanças citadas foram justificadas pela dificuldade de compreensão do sentido final da questão buscada no instrumento original, relatada durante a etapa de pré-teste.

Uma das possibilidades de se medir a confiabilidade dos instrumentos é por meio da realização do teste-reteste (24). Neste sentido, foi avaliado o ICC, que comprovou uma excelente estabilidade temporal no B-OAS. Estudos que validaram o OAS em Portugal (33), Itália (34), Estados Unidos (19) e Japão (35) não avaliaram a estabilidade temporal, limitando a comparação com nossos achados. O nosso resultado aparenta ser superior a uma das validações em Portugal, em que os autores encontraram uma correlação positiva e forte entre as respostas do teste e reteste com intervalo de aplicação de três semanas ($r=0,76$) (5). Entretanto, a comparação do nosso resultado com o estudo citado deve ser cautelosa visto que foram empregadas diferentes abordagens estatísticas para testar esta propriedade.

Em relação à validade discriminante, adolescentes do sexo feminino apresentam um maior nível de vergonha externa que os do sexo masculino, atestando a validade discriminante do B-OAS. Este resultado demonstra que adolescentes do sexo feminino acreditam que os

demais as veem de forma inferior ou negativamente. Isto pode ser justificado devido ao sexo feminino estar exposto a maiores vulnerabilidades no período da adolescência, podendo experienciar mais situações de vergonha (36). Além disso, em faixas etárias mais jovens a insatisfação com a imagem corporal pode refletir na sua visão geral de si e em sua autoimagem (37).

Foi observado nesse estudo uma associação entre um maior nível de vergonha externa e uma menor condição socioeconômica dos adolescentes. Não é do nosso conhecimento outros estudos disponíveis na literatura que avaliem esse aspecto. Indivíduos em deprivação social podem vivenciar uma sensação exacerbada de sofrimento psíquico, sugerindo que a condição socioeconômica influencia no bem-estar biopsicossocial (38).

Não houve uma associação estatisticamente significativa entre o nível de vergonha externa e variáveis como idade, tipo de escola e com a escolaridade, corroborando com outros estudos (10, 36), que sugerem que ocorre uma certa mudança na vivência de situações de vergonha apenas no período de transição para a idade adulta.

Durante a avaliação da validade convergente observou-se que os escores do B-OAS foram positivamente correlacionados com os do DASS-21. Dessa forma, quanto maior a vergonha externa, maiores os níveis de depressão, ansiedade e estresse. Este achado é consistente com o de estudos prévios (10, 18). Adolescentes com maior histórico de casos de vergonha, particularmente mais traumáticos, presumem mais que as outras pessoas o enxergam como inferior, vivenciando mais sintomas de depressão, ansiedade e estresse (17). Nesse sentido, uma atenção especial deve ser dada aos indivíduos nesse período, pois a vergonha pode tornar-se um obstáculo no processo de construção de sua autoimagem e suas relações interpessoais, interferindo diretamente no seu bem-estar.

Uma das hipóteses do presente estudo (validade preditiva) é que indivíduos com maior experiência de cárie dentária, aqueles com lesões de cárie em dentes anteriores (lesões de mancha branca e/ou cavitadas), ou com problemas de oclusão dentária apresentariam maiores níveis de vergonha externa. Observou-se maiores escores do B-OAS em adolescentes com lesão de cárie em dente anterior e naquelas com diastemas entre os incisivos, contudo, sem diferença estatisticamente significativa. Esse fato pode ser justificado porque o instrumento pode não ser sensível para estes tipos de questões. Isso remete a uma importante reflexão para a seleção criteriosa de instrumentos que possam atender os objetivos almejados dos estudos.

A análise fatorial exploratória demonstrou que o instrumento B-OAS é unidimensional. Uma estrutura fatorial semelhante também foi observada em versões da escala que foram validadas no Japão (35) e em Portugal (17, 33), os quais apresentaram um adequado

ajustamento dos itens em um único fator. Os resultados da análise fatorial confirmatória (AFC) garantiram que o instrumento é unidimensional, não apresentando nenhum item com cargas fatoriais baixas ($> 0,516$), constatando a mesma estrutura que foi obtida em outros estudos (Matos 18, 33).

Algumas limitações precisam ser destacadas, como a falta de estudos que realizaram uma associação entre as condições de saúde oral e o sentimento de vergonha, limitando as nossas comparações. Além disso, o instrumento não apresentou uma sensibilidade a variável pesquisada na validade preditiva, necessitando de uma avaliação mais acurada deste constructo. Estudos futuros investigando outras faixas etárias e incluindo avaliações qualitativas para complementar e ampliar a avaliação das validades convergente, divergente e preditiva de uma emoção tão complexa quanto a vergonha são necessários.

Ainda que esse instrumento não tenha apresentado uma associação significativa com a cárie dental e estética dental, o B-OAS aponta ser um instrumento confiável e de grande importância para o auxílio da avaliação da influência da vergonha externa nos diversos contextos da adolescência. Além disso, pode ser empregado para uma melhor compreensão dos sentimentos experienciados por adolescentes e fomentar ações de saúde voltadas para o enfrentamento das demandas identificadas.

REFERÊNCIAS

- 1 AKINCI, I., ATINTAS, M. C. Psychometric properties of Turkish compass of Shame scale. *Psikoloji Çalışmaları - Studies in Psychology*, v. 40, n. 2, p. 361–383. 2020
- 2 LEWIS, M. *Shame: The exposed self*. New York, NY, US: Free Press. 1995.
- 3 TANGNEY, J. P., TRACY, J. L. (2012). Self-conscious emotions. *In: LEARY, M. R., TANGNEY, J. P. (Eds.), Handbook of self and identity (pp. 446–478)*. New York, Guilford Press, 2012. p. 446-478
- 4 BALSAMO, M. *et al.* Measurement of External Shame: An Inside View. *Journal of Personality Assessment*, v. 97, n. 1, p. 81–89. 2015
- 5 CUNHA, M. *et al.* Measuring Shame in Adolescents: Validation Studies of the External and Internal Shame Scale in a Community Sample. *Child & Youth Care Forum*. v. 50, p. 971–989. 2021
- 6 COOK, D. R. (1996). Empirical studies of shame and guilt: The Internalized Shame Scale. *In: NATHANSON, D. L. (Ed.), Knowing feeling: Affect, script and psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company. 1996. p. 132-165

- 7 COOK, D. R. (2001). *Internalised shame scale: Technical manual*. New York: Multi-Health Systems. 2001
- 8 ANDREWS, B., QIAN, M., VALENTINE, J. D. Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, v. 41, n. 1, p. 29–42. 2002.
- 9 GOSS, K., GILBERT, P., ALLAN, S. An exploration of shame measures - I: The “Other as Shamer Scale”. *Personality and Individual Differences*, v.17, n. 5, p. 713–717. 1994.
- 16 CUNHA, M. *et al.* Avaliação da Vergonha em Adolescentes: ‘The Other as Shamer Scale’. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. v. 33, p. 1-9. 2017
- 10 TANGNEY J. P., *et al.* (1991). *The Test of Self-Conscious Affect for Adolescents (TOSCA-A)*. Fairfax, VA: George Mason University. 1991
- 11 LOTTA MJS, HENNINGSSON, M, HOLM, U, SUNDBOM E. Assessment of self-conscious emotions: A Swedish psychometric and structure evaluation of the Test of Self-Conscious Affect (TOSCA). *Scandinavian Journal of Psychology*, 2009, 50, 71–77. DOI: 10.1111/j.1467-9450.2008.00674.x.
- 12 Dennison, S. M. & Stewart, A. (2006). Facing rejection: New relationships, broken relationships, shame, and stalking. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 50, 324–377
- 13 Thompson, T., Altman, R. & Davidson, J. (2004). Shame-proneness and achievement behaviour. *Personality & Individual Differences*, 36, 613–627.
- 14 BRISENIUO E, SKENTERIS N, HATZOGLOU C, TSITSAS G, DIAMANTOPOULOS E, DRAGIOTI E, GOUVA M. The effects of psychopathology and shame on social representations of health and lifestyle behaviours via free association: a graph analysis approach. *BMC Psychol* (2021) 9:168. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00671-x>
- 15 DUARTE, C., PINTO-GOUVEIA, J., RODRIGUES, T. Being bullied and feeling ashamed: Implications for eating psychopathology and depression in adolescent girls. *Journal of Adolescence*, v. 44, p. 259–268. 2015.
- 16 FERREIRA, C. *et al.* A new measure to assess external and internal shame: development, factor structure and psychometric properties of the External and Internal Shame Scale. *Current Psychology*. v. 39, Mar. 2020
- 17 CUNHA, M. *et al.* Avaliação da Vergonha em Adolescentes: ‘The Other as Shamer Scale’. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. v. 33, p. 1-9. 2017
- 18 Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2011). *Other as Shamer: Versão portuguesa e propriedades psicométricas de uma medida de vergonha externa*. Manuscript submitted for publication.
- 19 GOSS, K., GILBERT, P., ALLAN, S. An exploration of shame measures - I: The “Other as Shamer Scale”. *Personality and Individual Differences*, v.17, n. 5, p. 713–717. 1994.

- 20 COLUCI, M.Z.O; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência saúde coletiva*, v. 20, n. 3, p. 925-36, 2015
- 21 MOSCARITOLO, A. M. F., ROCHA, M. M., SILVARES, E. F. M. Indicadores de autoconceito em adolescentes: autorrelato sobre aspectos positivos e preocupações. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, v. 15, n. 3, p. 134-150, set.-dez. 2013.
- 22 SARRIERA, J. C. *et al.* Propriedades psicométricas da Escala de Autoconceito Multidimensional em adolescentes brasileiros. *Avaliação Psicológica*, v. 14, n. 2, p. 281-290. 2015
- 23 KAUR P, SINGH S, MATHUR A, MAKKAR DK, AGGARWAL VP, BATRA M, SHARMA A, GOYAL N. Impact of Dental Disorders and its Influence on Self Esteem Levels among adolescents. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2017 Apr, Vol-11(4): ZC05-ZC08. DOI: 10.7860/JCDR/2017/23362.9515
- 24 Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Designing clinical research*. 2007. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 386p.
- 25 PERES, M.A.; TRAEBERT, J.; MARCENES, W. Calibração de examinadores para estudos epidemiológicos de cárie dentária. *Cad Saude Publica*, v. 17, n. 1, p. 153-159, 2001
- 26 GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.
- 27 PATIAS, N. D. *et al.* Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) – Short Form: adaptação e validação para adolescentes brasileiros. *Psico-USF*, v. 21, n. 3, p. 459-469. set./dez. 2016.
- 28 Al Saadi, Tareq; Zaher Addeen, Sarah; Turk, Tarek; Abbas, Fatima; Alkhatib, Mahmoud (2017). *Psychological distress among medical students in conflicts: a cross-sectional study from Syria*. *BMC Medical Education*, 17(1), 173–. doi:10.1186/s12909-017-1012-2
- 29 ISMAEL, A. I. *et al.* The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 35, p. 170–178. 2007.
- 30 WILSON, K. A.; DOWLING, A. J.; ABDOLELL, M.; TANNOCK, I.F. Perception of quality of life by patients, partners and treating physicians. *Quality of Life Research*, v. 9, n. 9, p. 1041-1052, 2001
- 31 BARTKO, J.J. The intraclass correlation coefficient as a measure of reliability. *Psychological Reports*, v. 19, n. 1, p. 3-11, 1966
- 32 NUNNALLY, J.C. & BERNSTEIN, I.R. *Psychometric theory* (3ª Ed.). New York: McGraw-Hill, 1994

33 Matos, M., Pinto-Gouveia, J., Gilbert, P., Duarte, C., & Figueiredo, C. (2015). The Other As Shamer Scale–2: Development and validation of a short version of a measure of external shame. *Personality and Individual Differences*, 74, 6-11. doi:10.1016/j.paid.2014.09.037

34 SAGGINO A, CARLUCCI L, SERGI MR, D'AMBROSIO I, FAIRFIELD B, CERA N, BALSAMO M. A Validation Study of the Psychometric Properties of the Other As Shamer Scale–2. *SAGE Open*. April-June. 2017. 1-10. <https://doi.org/10.1177/2158244017704241>.

35 HIRAMATSU Y, ASANO K, KOTERA Y, SENSUI T, ENDO A, SHIMIZU E, BARSAN J, GOSS K. Development of the Japanese version of the Other As Shamer Scale using item response theory. *BMC Res Notes* (2020) 13:200. <https://doi.org/10.1186/s13104-020-05027-z>

36 De Rubeis, S. & Hollenstein, T. (2009). Individual differences in shame and depressive symptoms during early adolescence. *Personality and Individual*

37 WEBSTER J, TIGGEMANN M. The Relationship Between Women's Body Satisfaction and

Self-Image Across the Life Span: The Role of Cognitive Control. *The Journal of Genetic Psychology*, 2003, 164(2). 241-252.

38 SOUZA LB, PANÚNCIO-PINTO MP, FIORATI RG. Children and adolescents in social vulnerability: well-being, mental health and participation in education. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, v. 27, n. 2, p. 251.

4.2 Artigo 2

Periódico: Texto & Contexto Enfermagem

Fator de Impacto: 0,266/ Qualis A3

Artigo formatado segundo às normas de publicação do periódico (ANEXO F)

VALIDAÇÃO DO PIER HARRIS CHILDREN SELF CONCEPT SCALE – PHCSCSV1-6 PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL EM ADOLESCENTES

Rafaella Araújo Amancio de Lima Medeiros¹, Ramon Targino Firmino², Ana Flávia Granville-Garcia^{3*}

¹ Mestranda em Clínicas Odontológicas do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, PB, Brasil.

² Professor da Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Patos, PB, Brasil.

³ Professora do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, PB, Brasil.

Endereço do correspondente:

Ana Flávia Granville-Garcia

Rua. Pedro Feitosa Neves, nº465, ap. 502c, CEP: 58428-757 Campina Grande-PB, Brasil.

Email: anaflaviagg@gmail.com

VALIDAÇÃO DO PIER HARRIS CHILDREN SELF CONCEPT SCALE – PHCSCSV1-6 PARA PORTUGUÊS DO BRASIL EM ADOLESCENTES

RESUMO

O objetivo do estudo foi validar o instrumento de avaliação do autoconceito Pier Haris Children Self Concept Scale (*PHCSCSV1-6*) para a língua portuguesa do Brasil para adolescentes. A versão adaptada transculturalmente para o Brasil (BR- *PHCSCS*) foi aplicada em 325 adolescentes entre 12 e 18 anos de escolas públicas e privadas de duas cidades do Nordeste brasileiro no ano de 2022 e 2023. As propriedades psicométricas foram analisadas a partir da consistência interna (Alfa de Cronbach e Ômega de McDonald), reprodutibilidade (coeficiente de correlação intraclasse - CCI), validade convergente (escala de depressão, ansiedade e estresse - DASS-21), validade discriminante (variáveis sociodemográficas), validade preditiva (cárie dentária e aspectos oclusais) e validade fatorial (análise fatorial exploratória - AFE). O instrumento apresentou aceitável consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,79; Ômega de McDonald = 0,78), e uma boa confiabilidade teste-reteste (CCI= 0,97). Houve uma correlação negativa e significativa entre os escores da BR- *PHCSCS* e os do DASS-21 ($r_s = -0,575$, $p < 0,001$). A AFE sugeriu uma multidimensionalidade, a solução com seis fatores como mais adequada, explicando 45,3% da variância. Na validade preditiva não houve associação entre os escores do instrumento com a presença de cárie ou com a necessidade de tratamento ortodôntico ($p = 0,51$). Na validade discriminante o instrumento apresentou associação estatística com o tipo de escola ($p = 0,033$), a quantidade de filhos ($p = 0,027$), escolaridade do responsável ($p = 0,008$) e com a renda mensal ($p = 0,018$). A BR- *PHCSCS* apresentou propriedades psicométricas satisfatórias para o grupo de adolescentes brasileiros de 12 a 18 anos de idade, e apesar de não estar associado às condições bucais analisadas, pode ser utilizado de forma confiável para outras situações que influenciem o autoconceito.

Palavras-chave: Saúde bucal, Autoimagem, Estudos de validação, Reprodutibilidade dos Testes.

VALIDATION OF THE PIER HARRIS CHILDREN SELF-CONCEPT SCALE – PHCSCSV1-6 FOR BRAZILIAN PORTUGUESE IN ADOLESCENTS

ABSTRACT

The aim of the study was to validate the Pier Harris Children Self-Concept Scale (PHCSCSV1-6) for Brazilian Portuguese in adolescents. The transculturally adapted version for Brazil (BR-PHCSCS) was administered to 325 adolescents aged 12 to 18 from public and private schools in two cities in Northeast Brazil in the years 2022 and 2023. Psychometric properties were analyzed based on internal consistency (Cronbach's Alpha and McDonald's Omega), reproducibility (intraclass correlation coefficient - ICC), convergent validity (Depression, Anxiety, and Stress Scale - DASS-21), discriminant validity (sociodemographic variables), predictive validity (dental caries and occlusal aspects), and factorial validity (exploratory factor analysis - EFA). The instrument showed acceptable internal consistency (Cronbach's Alpha = 0.79; McDonald's Omega = 0.78), and good test-retest reliability (ICC= 0.97). There was a negative and significant correlation between BR-PHCSCS scores and DASS-21 scores ($r_s = -0.575$, $p < 0.001$). EFA suggested multidimensionality, with a solution of six factors as more appropriate, explaining 45.3% of the variance. In predictive validity, there was no association between instrument scores and the presence of dental caries or the need for orthodontic treatment ($p = 0.51$). In discriminant validity, the instrument showed a statistically significant association with the type of school ($p = 0.033$), the number of children ($p = 0.027$), caregiver's education level ($p = 0.008$), and monthly income ($p = 0.018$). BR-PHCSCS demonstrated satisfactory psychometric properties for the group of Brazilian adolescents aged 12 to 18, and despite not being associated with the analyzed oral conditions, it can be reliably used for other situations influencing self-concept.

Keywords: Oral Health, Shame, Validation Study, Reproducibility of Results.

INTRODUÇÃO

O autoconceito é delineado como sendo uma percepção de si, ou, os sentimentos com referência a si próprio e em relação aos que estão ao seu redor (1,2). Esse pensamento deriva-se da percepção sobre as relações com os demais seres humanos, avaliando suas habilidades, personalidade e particularidades.

O termo ‘autoconceito’ surgiu na área da psicologia e trouxe então percepções das características do ‘eu’ e da compreensão das relações desse ‘eu’ com o mundo ao seu redor (3). Indivíduos que apresentam uma menor clareza do autoconceito normalmente possuem também uma autoestima mais baixa e tendem a manter autodescrições não muito estáveis com o passar do tempo (4,5). Este aspecto pode ser importante para a utilização na fase da adolescência, uma vez que é um período de grandes questionamentos pessoais (6).

Alguns instrumentos que avaliam o autoconceito já foram validados (7-10), porém, um merece destaque em relação não apenas de suas características psicométricas, mas também por ser um dos questionários mais utilizados para a avaliação desse constructo. A escala *Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale (PHCSCS)* (11) foi originalmente desenvolvida na década de 1960 com o intuito de originar um instrumento breve de auto relato que pudesse avaliar o autoconceito em crianças e adolescentes (11,12).

Esse instrumento apresenta a sua estrutura fatorial composta por seis fatores, sendo ansiedade (AN), aparência física (AF), aspecto comportamental (AC), popularidade (PO), felicidade (FE), estatuto intelectual (EI). O instrumento em sua primeira edição trazia 80 perguntas as quais deviam ser assinaladas com respostas dicotômicas de sim ou não, e a cada resposta apontada para um autoconceito mais otimista, recebe-se um ponto (13).

A escala PHCSCS passou por revisões, chegando à versão PHCSCS-2 (14), com 60 itens com padrão de resposta dicotômica (sim e não). Após algumas pesquisas surgiu uma nova versão com respostas estruturadas como uma escala likert com seis opções (discordo totalmente- concordo totalmente), porém mantinha ainda inalterada o número de questões (15).

A sua última formulação surgiu em Portugal, quando Veiga e Leite (2016) decidiram buscar uma melhora das qualidades psicométricas do instrumento (15). Após novas análises, foi desenvolvida e validada uma versão reduzida a 30 itens, a PHCSCSV1-6. Nessa versão, publicada em português de Portugal e em Inglês, o instrumento foi aprimorado e o número de questões foi reduzida, e, conseqüentemente, um menor tempo de resposta. O questionário mantém a sua escala com seis possíveis respostas e quanto mais alta for a sua pontuação final, maior o nível de autoconceito (12).

A saúde oral tem grande impacto na qualidade de vida e na saúde dos adolescentes (16,17). Na adolescência observa-se um período em que a estética dental pode impactar diretamente na auto imagem e causar consequências emocionais (18). Dessa forma, o objetivo do estudo foi validar o instrumento *Pier Harris Children Self Concept Scale – PHCSCSVI-6* para a língua portuguesa do Brasil voltado aos adolescentes de 12 a 18 anos, considerando a hipótese de que a versão brasileira do *PHCSCSVI-6* será compatível com a cultura e idioma do Brasil e apresentará adequadas propriedades psicométricas (confiabilidade e validade).

MATERIAIS E MÉTODOS

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, de acordo com a resolução CNS Nº 466/2012 sob o número de parecer 60413722.0.0000.5187 e realizado de acordo com a Declaração de Helsinki.

DELINEAMENTO

Foi realizado um estudo de validação, com abordagem transversal e analítica dos dados, afim de validar o questionário *Pier Harris Children Self Concept Scale PHCSCSVI-6* para português do Brasil em adolescentes.

PARTICIPANTES

A população foi composta por adolescentes de 12 a 18 anos de idade devidamente matriculados em instituições de ensino públicas ou privadas dos municípios de Santa Luzia e Campina Grande, Paraíba, Brasil. Optou-se por incluir participantes de dois municípios diferentes com o intuito de obter percepções de indivíduos de distintas realidades a respeito do constructo abordado no instrumento. Foi realizado a partir da hipótese de que o instrumento em questão possui propriedades de validade e confiabilidade para a faixa etária e população descrita.

CÁLCULO AMOSTRAL

A amostra total do estudo foi representada por 325 escolares entre 12 a 18 anos de idade provenientes de escolas públicas e privadas dos municípios de Santa Luzia e Campina Grande. Este tamanho de amostra é grande o suficiente para detectar coeficientes de correlação tão baixos quanto 0,20, com base em um teste bilateral, um alfa de 0,05 e um poder de teste de 95% (19).

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram incluídos na pesquisa adolescentes de 12 a 18 anos de ambos os sexos matriculados em escolas públicas e privadas dos municípios de Santa Luzia e Campina Grande, Paraíba, com ausência de doenças sistêmicas e/ou deficiências físicas e de aprendizagem relatada pelos professores que estivessem presentes no momento da coleta. Foram excluídos os escolares que estavam realizando tratamento ortodôntico no momento da coleta de dados, uma vez que dificultava a visualização de lesões de cárie durante o exame clínico no ambiente escolar.

CALIBRAÇÃO

Para avaliação da cárie dentária usada na análise de validade preditiva por meio do índice ICDAS, a calibração do examinador seguiu a metodologia proposta por Peres, Traebert e Marcenes (2001) (20). O valor do coeficiente Kappa de Cohen foi $\geq 0,81$ ($p < 0,05$).

A fim de avaliar a má oclusão dental foi utilizado o Índice de Estética Dental (DAI), sendo precedida pelo treinamento e calibração do examinador, obtendo o valor do coeficiente Kappa de Cohen $\geq 0,90$ ($p < 0,05$). Para a aplicação do instrumento *Pier Harris Children Self Concept Scale – PHCSCSVI-6* não foi necessária calibração dos aplicadores do instrumento, apenas treinamento durante a realização do estudo piloto.

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

Antes de iniciar o processo de adaptação transcultural os autores do estudo original foram contactados, autorizando então a realização da tradução e validação do instrumento para o português do Brasil

O processo de adaptação transcultural foi executado por uma equipe de profissionais com um vasto conhecimento sobre o constructo em questão e seguiu uma metodologia pré-estabelecida (21), descritos a seguir:

l) Tradução: execução da tradução do instrumento do Inglês para o português do Brasil por dois tradutores distintos nativos nesse país.

m) Unificação do questionário: uma equipe de profissionais unificou as duas versões anteriormente traduzidas, definindo a redação dos itens na versão unificada no português.

n) Retro-tradução: a última versão unificada do questionário em português foi retro-traduzida para o inglês por um tradutor nativo da língua com amplo domínio da língua portuguesa do Brasil sem o conhecimento prévio do instrumento.

o) Revisão da retro-tradução e unificação do questionário: a versão retrotraduzida foi avaliada pela equipe de especialistas, comparando-a à versão original do questionário e produziu-se uma segunda versão unificada. Esta foi enviada aos autores do questionário original para sua apreciação.

p) Pré-teste do questionário: foram realizadas entrevistas com um grupo de 25 adolescentes matriculados em uma escola pública e realizadas perguntas de sondagem, para apontar possíveis dificuldades de entendimento do instrumento pelos indivíduos. Os participantes foram encorajados a apontar as dificuldades de compreensão e sugerir sinônimos para termos de difícil assimilação.

Discussão final do grupo de especialistas e produção do questionário final: o grupo de especialistas se reuniu, levando em consideração as sugestões dos adolescentes entrevistados e dos autores do instrumento original, elaborando assim a versão final do instrumento em português (BR-PHCSCS).

ESTUDO-PILOTO

Previamente o início do estudo principal foi realizado um estudo piloto a fim de testar e avaliar a metodologia de coleta de dados proposta além de testar a aplicabilidade dos instrumentos. Essa fase foi realizada em duas escolas (uma pública e uma privada) selecionadas por conveniência. Participaram 40 adolescentes que não foram incluídos na amostra do estudo principal.

COLETA DE DADOS NÃO-CLÍNICOS

O pai/responsável respondeu inicialmente um questionário sócio-demográfico com questões relacionadas a ele mesmo, como sexo, etnia, estado civil, grau de parentesco com a criança, número de filhos, nível de escolaridade, renda e ocupação principal, e ao adolescente questões sobre idade, série, tipo de escola, sexo, data de nascimento e se a criança esteve doente nos últimos 15 dias.

Em seguida, os questionários foram recolhidos e os adolescentes conduzidos em grupos de cinco até outra sala, silenciosa, na própria escola para aplicação da versão brasileira da escala de autoconceito Pier-Haris (BR- *PHCSCS*) e do questionário *Depression, Anxiety and Stress Scale - DASS-21* de forma autoaplicada.

A versão brasileira da escala de autoconceito Pier-Haris (BR- *PHCSCS*) é um instrumento dirigido aos adolescentes, sobre a percepção que o adolescente tem a cerca de si próprio. A escala é composta de 30 itens e apresenta uma estrutura fatorial composta por seis fatores: ansiedade (An), aparência física (Af), comportamental (Co), popularidade (Po), felicidade (Fe), estatuto intelectual (Ei). Para calcular a pontuação de cada participante era realizado o somatório dos itens individuais, os quais variam de um a seis. Para alguns itens inversos (Q01, Q03, Q04, Q07, Q09, Q10, Q11, Q13, Q15, Q16, Q19, Q20, Q21, Q22, Q25, Q27, Q28, Q29, Q30) foi realizada a reversão do valor numérico e posteriormente esses entraram na soma final dos scores. (12).

O DASS-21 é um instrumento também dirigido aos adolescentes para identificar o nível de depressão, ansiedade e estresse a partir de sensações e condutas vivenciadas pelos adolescentes. É um instrumento claro e de simples aplicação tanto em ambientes clínicos, como em estudos epidemiológicos, que foi traduzido e validado no Brasil para adolescentes (22). É composto por 21 itens capazes de avaliar os três transtornos simultaneamente (depressão, ansiedade e estresse). Ao final, a soma da sua pontuação é multiplicada por 2 a fim de corresponder a escala original DASS-42 (23). Para cada subescala avaliada (depressão, ansiedade e estresse), a pontuação é comparada e classificada em normal, leve, moderado, severo e extremamente severo. Assim sendo, quanto mais alto o escore final de cada constructo mais sintomas o paciente apresenta (24).

COLETA DE DADOS CLÍNICOS

Após a aplicação do questionário e escovação supervisionada, foram coletados dados clínicos de má oclusão e cárie dentária para realização das análises de validade divergente.

Os adolescentes foram examinados individualmente em uma sala reservada e bem iluminada. O exame clínico foi realizado com o participante sentado em frente ao examinador e anotador que estavam devidamente paramentados com Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e com o auxílio de uma lanterna de cabeça (Petzl Zoom head lamp, Petzl America, Clearfield, UT, USA). Para os exames intraorais foram utilizados espelhos bucais estéreis (PRISMA, São Paulo, SP, Brasil), sondas OMS estéreis (OMS-621-Trinity, Campo Mourão, PA, Brasil) e gaze para secar os dentes. Foi utilizado o critério de diagnóstico de cárie dentária o índice *International Caries Detection and Assesment System* – ICDAS (25), o qual inclui lesões cavitadas e não-cavitadas, e lesões ativas e inativas, contemplando a avaliação da cárie em três dimensões, como: quanto a sua severidade e extensão e quanto a sua atividade. Os códigos que entraram como variáveis deste estudo foram os códigos de 2 (lesão de mancha branca visível sem secagem) a 6 (lesão de cárie com dentina exposta em mais da metade da superfície) que indicaram a presença de lesão cariiosa ativa e inativa, com ou sem cavidade, podendo ou não ter envolvimento pulpar. (25).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A consistência interna foi analisada a partir do coeficiente Alfa de Cronbach (α) e do coeficiente Ômega de McDonald (26,27). Já a confiabilidade teste-reteste foi determinada através do Coeficiente de Correlação Intra-classe (ICC) para os escores dos instrumentos, considerando os intervalos de confiança de 95%, dessa forma, o instrumento foi reaplicado novamente em 20% dos adolescentes da amostra com um intervalo de 15 dias entre as aplicações (28).

A validade do constructo se diferencia em convergente, divergente e preditiva. A validade convergente foi avaliada a partir da correlação entre os escores do BR-PHCSCS e do DASS-21. Esta avaliação foi feita a partir do Coeficiente de Correlação de Spearman, uma vez que as variáveis BR-PHCSCS e DASS-21 apresentaram distribuição não paramétrica.

A validade divergente foi determinada comparando os escores do PHCSCSV1-6 entre as variáveis sociodemográficas, a partir do teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Já a validade preditiva foi avaliada a partir da comparação dos escores do BR-PHCSCS entre adolescentes com alterações na oclusão, com e sem cárie dentária e com presença ou ausência de cárie em dentes anteriores por meio do teste de Mann-Whitney. A hipótese investigada era que adolescentes com um menor índice de autoconceito poderiam exibir uma maior quantidade de problemas oclusais e experiência de cárie dentária.

A validade fatorial foi avaliada por meio da análise fatorial exploratória com adequação do conjunto de dados verificada através da medida de Kayser-Meyer-Olkin (KMO) ($>0,50$) e Teste de Esfericidade de Barlett ($p<0,05$). O método Promax foi usado para rotação. Cargas fatoriais iguais ou superiores a 0,40 foram consideradas adequadas (27).

Todo o procedimento foi realizado utilizando o software SPSS Statistics (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 25.0, IBM Corp., Armonk, NY, EUA, e o programa Mplus (versão 8.2; Muthén & Muthén) considerando um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

3.1 Adaptação para o português do Brasil

Foi realizada com 25 adolescentes com idades entre 12 e 18 anos, de ambos os sexos, que responderam à versão brasileira da escala de autoconceito Pier-Harris (BR- *PHSCS*) na presença do aplicador a fim de verificar se os quesitos do instrumento e suas instruções estavam simples e compreensíveis. Ao final, foi constatado que os estudantes compreenderam bem os itens do instrumento, e não foram sugeridas alterações na redação do questionário.

Não foram necessárias alterações na estrutura do questionário ou mesmo adequações linguísticas nas perguntas, conseguindo alcançar uma boa equivalência semântica e cultural. Os autores do instrumento original foram contactados para analisar e assentir a versão final do instrumento para a língua portuguesa do Brasil.

3.2 Características dos participantes do estudo

Participaram desse estudo 325 adolescentes e seus responsáveis. Na Tabela 1 pode-se observar que a maioria dos adolescentes estudavam em escola pública (90,2%), no turno da manhã (43,4%), eram de sexo feminino (53,2%) e com idade até 13 anos (69,5%). Em relação aos responsáveis, a maioria era do sexo feminino (88,3%), com nível de escolaridade de ensino médio completo ou superior (64,9%), autodeclarados não brancos (73,2%) e renda familiar mensal de até um salário mínimo (64,5%). (Tabela 1).

Tabela 1 – Comparação de média (\pm DP) dos escores do PHSCS com características demográficas dos participantes e seus responsáveis.

Variáveis		N (%)	OAS Média (\pm DP)	P
Sexo do responsável	Feminino	38 (11,7)	116,57 (18,22)	,718
	Masculino	287 (88,3)	118,00 (19,69)	
Raça do responsável	Branco	87 (26,8)	118,39 (17,22)	,397

	Não branco	238 (73,2)	116,57 (19,04)	
Estado civil do responsável	Com companheiro	140 (43,1)	118,57 (18,84)	,345
	Sem companheiro	185 (56,9)	115,98 (18,31)	
Grau de parentesco com a criança	Pai	37 (11,4)	118,79 (18,80)	,760
	Mãe	257 (79,1)	116,74 (18,48)	
	Outros	31 (9,5)	117,90 (19,35)	
Turno em que a criança estuda	Manhã	141 (43,4)	119,27 (18,25)	,106
	Tarde	118 (36,3)	116,55 (18,47)	
	Integral	66 (20,3)	113,41 (18,96)	
Tipo de escola	Pública	293 (90,2)	116,44 (18,62)	,033
	Privada	32 (9,8)	122,50 (17,24)	
Sexo da criança	Masculino	152 (46,8)	119,70 (18,14)	,080
	Feminino	173 (53,2)	114,73 (18,65)	
Idade da criança	até 13 anos	226 (69,5)	117,36 (18,64)	,696
	Acima de 13 anos	99 (30,5)	116,43 (18,44)	
Sua criança esteve doente nos últimos 15 dias?	Sim	50 (15,4)	117,36 (20,79)	,851
	Não	275 (84,6)	117,02 (18,16)	
Você tem outros filhos ou já cuidou de outras crianças além dessa?	Sim	266 (81,8)	116,14 (18,44)	,133
	Não	59 (18,2)	121,29 (18,62)	
Se sim, quantos?	Até 2	237 (72,9)	118,31 (17,65)	,027
	Acima de 2	88 (27,1)	113,73 (20,53)	
Escolaridade de quem respondeu ao questionário	Até fundamental completo	114 (35,1)	113,76 (18,29)	,008
	Médio ou mais	211 (64,9)	118,76 (18,50)	
Renda mensal	Até 1 salário mínimo	200 (61,5)	115,60 (18,62)	,018
	+ que 1 salário mínimo	110 (33,8)	119,75 (18,20)	

Fonte: Elaborada pelo autor, 2023.

Teste U de Mann-whitney / * Teste de Kruskal Wallis

3.3 Propriedades psicométricas

O instrumento apresentou uma ótima confiabilidade, com boa consistência interna (alfa de Cronbach = 0,79 e Ômega de McDonald = 0,786) e confiabilidade teste-reteste (ICC = 0,97; IC 95% - 0,96-0,98). Na correlação item-total, a maior parte dos valores permaneceram próximos ou acima de 0,40, indicando uma correlação adequada dos itens com a escala. A tabela 2 exibe a média total e a variância da escala caso um item seja deletado., O alfa de Cronbach não aumentou caso algum item fosse removido.

Os pré-requisitos para a AFE foram obtidos (KMO=0,764; Teste de esfericidade de Barlett significativo [$p < 0,001$]). A AFE sugeriu a solução com seis fatores como sendo a mais adequada, explicando 45,3% da variância. A apresentação de cada fator e seus respectivos itens

foi: I. Ansiedade (Q1, Q7, Q13, Q19, Q25) alfa de Cronbach = 0,599, II Aparência física (Q2, Q8, Q14, Q20, Q26) alfa de Cronbach = 0,656, III Comportamento (Q3, Q9, Q15, Q21, Q27) alfa de Cronbach = 0,63, IV Popularidade (Q4, Q10, Q16, Q22, Q28) alfa de Cronbach = 0,451, V Felicidade (Q5, Q11, Q17, Q23, Q29) alfa de Cronbach = 0,53 e VI Status intelectual (Q6, Q12, Q18, Q24, Q30) alfa de Cronbach = 0,532 (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2 – Médias de escala, variações de escala, correlação total do item, alfa de Cronbach se o item for excluído do PHCSCS.

Item	Média total se um item for deletado	Variância se um item for deletado	Correlação total do item	Alfa de Cronbach se um item for deletado
Q1	113,17	326,45	,20	,79
Q2	112,36	314,00	,42	,78
Q3	112,92	322,42	,25	,78
Q4	112,96	314,90	,37	,78
Q5	11186	319,59	,38	,78
Q6	112,29	322,43	,32	,78
Q7	113,13	317,69	,31	,78
Q8	112,81	313,94	,44	,77
Q9	112,21	326,80	,19	,79
Q10	112,56	324,54	,22	,78
Q11	111,99	320,30	,30	,78
Q12	112,91	318,56	,37	,78
Q13	113,79	323,72	,24	,78
Q14	112,21	323,23	,26	,78
Q15	113,19	319,16	,32	,78
Q16	112,24	319,51	,32	,78
Q17	112,03	315,45	,43	,78
Q18	113,28	321,38	,19	,79
Q19	113,14	324,78	,21	,78
Q20	112,55	314,00	,43	,78
Q21	111,91	321,24	,37	,78
Q22	112,62	313,62	,39	,78
Q23	113,30	329,80	,13	,79
Q24	113,50	321,81	,28	,78
Q25	113,37	330,35	,11	,79
Q26	112,72	328,90	,17	,79
Q27	111,82	328,12	,21	,78
Q28	112,65	322,39	,22	,78
Q29	113,40	307,65	,49	,77
Q30	113,25	314,50	,37	,78

Fonte: Elaborada pelo autor, 2023.

Tabela 3- Cargas fatoriais para as soluções de seis fatores do PHCSCS.

Item	Fator I	Fator II	Fator III	Fator IV	Fator V	Fator VI
Q1 - Muitas vezes eu tenho medo	,606					
Q4 - Eu sinto que sou deixado de lado (excluído) das coisas	,566					
Q7 - Eu choro com facilidade	,683					
Q13 - Eu sou nervoso(a)	,642					
Q19 - Eu fico nervoso(a) quando o professor me faz perguntas	,475					
Q25 - Eu sou tímido(a)	,359					
Q29 - Muitas vezes eu fico triste	,620					
Q2 - Eu sou bonito(a)		,722				

Q8 - Eu tenho um rosto agradável	,728	
Q10 - Eu sou um dos últimos(as) a ser esolhido(a) para as brincadeiras e esportes	,328	
Q14 - Eu tenho um cabelo bonito	,634	
Q20 - A minha aparência me incomoda	,449	
Q5 - Eu sou feliz		,743
Q11 - Eu sou infeliz		,623
Q17 - Eu sou alegre		,724
Q3 - Muitas vezes eu me meto em problemas		,675
Q9 - Eu me meto em muitas brigas		,702
Q16 - Os meus colegas zombam/mangam de mim		,568
Q27 - Eu me comporto mal em casa		,407
Q15 - Eu fico distraído durante as aulas na escola		,614
Q21 - Eu faço muitas coisas ruins		,454
Q22 - Eu acho difícil fazer amigos		,479
Q28 - Nas brincadeiras e esportes, eu assisto ao invés de jogar		,492
Q30 - Eu esqueço o que eu aprendo		,567
Q6 - Eu sou bom(boa) com as minhas tarefas escolares		,426
Q12 - Os meus colegas da escola acham que eu tenho boas ideias		,492
Q18 - Eu consigo fazer uma boa apresentação na frente da minha classe		,392
Q23 - Eu sou sortudo(a)		,628
Q24 - Eu sou uma pessoa importante da minha turma		,647
Q26 - Eu sou forte		,348

Fonte: Elaborada pelo autor, 2023.

Fator I: Ansiedade; Fator II: Aparência física; Fator III: Comportamento; Fator IV: Popularidade; Fator V: Felicidade; Fator VI: Status intelectual.

A validade divergente foi avaliada a partir dos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Foi constatada que houve uma associação entre os escores da BR- *PHCSCS* e algumas variáveis sociodemográficas. Os escores foram significativamente menores em adolescentes que estudavam em escola pública ($p=0,033$), em que os responsáveis tinham mais que dois filhos ($p=0,027$), que possuíam escolaridade até o fundamental completo ($p=0,008$) e que apresentavam renda mensal de até 1 salário mínimo ($p=0,018$) (Tabela 1).

Para avaliação da validade convergente foi realizado o teste de correlação de Spearman. Os escores da BR- *PHCSCSVI-6* apresentaram uma correlação negativa com os do DASS-21 ($r_s = -0,575$, $p < 0,001$), demonstrando uma correlação moderada e estatisticamente significativa. A avaliação da validade preditiva demonstrou que não houve associação estatisticamente significativa entre os escores da BR- *PHCSCS* com a presença de cárie ativa ($p=0,243$) ou com a necessidade de tratamento ortodôntico ($p=0,51$), mas houve associação com a presença de espaçamento anterior (diastema) ($p=0,040$). Adolescentes que apresentavam lesões de cárie (cavidades ou não), lesões cariosas em região anterior, necessidade de tratamento ortodôntico e com diastema na linha média superior apresentaram menores escores da BR- *PHCSCS* quando comparados aqueles sem essas alterações bucais (Tabela 4).

Tabela 4 – Comparação de média (\pm DP) dos escores do PHCSCS com as variáveis de cárie dentária e do índice de estética dental.

Variáveis		N (%)	PHCSCS Média (\pm DP)	P
Presença de cárie	Não	66 (20,3)	119,33 (17,52)	,243
	Sim	259 (79,7)	116,08 (18,56)	
Há cárie cavitada?	Não	126 (38,8)	118,37 (17,64)	,205
	Sim	199 (61,2)	115,71 (18,79)	
Há lesão de cárie na região anterior?	Não	112 (34,5)	118,56 (17,49)	,195
	Sim	213 (65,5)	115,78 (18,79)	
Número de dentes cavitados	Até 2 dentes	223 (68,6)	116,76 (18,62)	,892
	Mais que 2 dentes	102 (31,4)	116,70 (17,89)	
Escore final DAI	Até 25 (sem necessidade de tratamento)	319 (98,2)	116,83 (18,48)	,510
	+ 25 (com necessidade de tratamento)	6 (1,8)	111,83 (10,53)	
Diastema na linha média superior	Não	222 (68,3)	118,16 (18,00)	,040
	Sim	103 (31,7)	113,67 (18,87)	

Fonte: Elaborada pelo autor, 2023.

Teste U de Mann-whitney / * Teste de Kruskal Wallis

DISCUSSÃO

A versão brasileira do PHCSCS apresentou adequadas propriedades psicométricas, acompanhando as características do questionário original desenvolvido em Inglês. Este instrumento evidenciou um coeficiente Alfa de Cronbach de ,79 semelhante ao encontrado no instrumento original (0,90) (15), e aos validados em Portugal (0,87), Grécia (0,86) e Taiwan (0,93). Os instrumentos que evidenciam um coeficiente (α) $\geq 0,70$ são considerados admissíveis (27).

Uma das maneiras de mensurar a confiabilidade dos instrumentos é por meio da execução do teste-reteste (29). Dessa maneira, foi avaliado o ICC da versão brasileira do PHCSCS, que demonstrou uma excelente estabilidade temporal, superior a outros estudos de validação da escala (11-13). A estabilidade temporal é um importante aspecto a ser avaliado nos estudos, assumindo que não haverá mudança no constructo mensurado. Estudos que validaram o PHCSCS na Índia (30), Grécia (31) e em Taiwan (32) realizaram a avaliação dessa medida, porém, apenas o último trouxe o resultado geral da sua estabilidade (.87), considerada de moderada a forte. Long (1988) (30) encontrou uma estabilidade temporal variando entre .65 e .81 para alunos de escolas públicas. Outros estudos como o realizado em Portugal (12) não chegou a avaliar a estabilidade temporal, limitando a comparação com nossos achados.

Nas avaliações da validade discriminante, encontramos uma associação estatisticamente significativa entre adolescentes que estudavam em escolas públicas e um menor índice de autoconceito, assim como demonstrado por Mendes *et al.* (2017) (33). Além disso, o nível de autoconceito neste estudo foi significativamente maior para os alunos cujos pais possuíam até dois filhos, escolaridade nível médio ou mais e renda mensal maior que um salário mínimo, corroborando com o que foi encontrado em outros estudos (34,35). Os nossos achados denotam que fatores socioeconômicos podem influenciar no nível de autoconceito dos jovens, já que pessoas em deprivação social tendem a experienciar uma sensação aumentada de sofrimento psíquico, afetando o seu bem estar (36).

A partir da hipótese levantada para avaliação da validade convergente observou-se que os escores da versão brasileira do PHCSCSV1-6 se correlacionaram de forma negativa e moderada com os resultados do DASS-21. Estudos anteriores baseados na avaliação do autoconceito de forma unidimensional ou multidimensional sugerem que adolescentes com um maior nível de ansiedade apresentam uma maior propensão a uma percepção negativa do seu autoconceito (37-39). Nessa perspectiva, os indivíduos no período da adolescência merecem uma atenção particular, já que o desenvolvimento da sua personalidade e a sua autoimagem estão diretamente relacionadas a sua visão de si e ao seu autoconceito, podendo influenciar as suas relações interpessoais.

Em relação à validade preditiva do estudo, observou-se uma associação entre um menor índice de autoconceito e a presença de diastema na linha média superior. Bayat *et al.* (2012) (40) cita que indivíduos que apresentam uma má estética dental e problemas odontológicos se utilizam estratégias para não sorrir (18), justificando o menor nível de autoconceito encontrado neste estudo. Porém, a hipótese da relação entre autoconceito e necessidade de tratamento ortodôntico não foi confirmada, equiparando-se aos achados de um estudo anterior de, em que a autoestima aparentou ser um fator atenuador da necessidade de tratamento ortodôntico em indivíduos com uma maloclusão menor (41). A existência de associação entre má-oclusão e impacto na qualidade de vida em adolescentes é comprovada, em especial em idade mais avançada (42). A não associação entre autoconceito e necessidade de tratamento ortodôntico pode ser uma decorrência da maior parte da amostra ser representada por indivíduos no início da adolescência.

A associação entre a experiência de cárie dentária, lesões de cárie em dentes anteriores e o autoconceito não foi significativa, porém, aqueles adolescentes que apresentavam essas condições exibiram um menor nível de autoconceito. Uma possível explicação para a não associação observada é que talvez este instrumento não seja sensível para avaliar questões

odontológicas, e sim para condições existenciais mais profundas. Portanto, recomenda-se critério ao selecionar questionários que devem ser compatíveis e sensíveis para responder aos questionamentos dos estudos.

A análise fatorial exploratória apresentou uma multidimensionalidade da versão brasileira do PHCSCS, atribuindo uma solução de seis fatores como a mais adequada. De forma semelhante outros estudos encontraram resultados similares, como nas versões validadas em Taiwan (32), Portugal (12, 43), Índia (30) e Grécia (31), apresentando um ajustamento satisfatório dos itens em seis fatores.

Uma investigação mais profunda dos possíveis fatores influenciadores do autoconceito precisa ser realizada, investigando outras faixas etárias e também incluindo análises qualitativas a fim de incrementar e ampliar a avaliação das validades preditiva, convergente e divergente desse constructo de avaliação tão complexa.

Algumas limitações podem ser destacadas, como a escassez de pesquisas que busquem a interrelação entre as condições de saúde bucal e a vergonha, restringindo as nossas comparações. Ademais, o instrumento não demonstrou uma sensibilidade na avaliação das condições de saúde oral, carecendo de uma análise mais acurada deste constructo. Estudos futuros avaliando outras faixas etárias e incluindo análises qualitativas para complementar e ampliar a avaliação das validades de uma emoção tão complexa quanto a vergonha são necessários.

Apesar de o instrumento em questão não ter apresentado uma associação significativa com a estética dental e a cárie dentária, a versão brasileira do BR-PHCSCS aparenta ser um questionário confiável e útil para uma análise aprofundada do autoconceito de adolescentes. O instrumento pode ainda contribuir para investigar a percepção dos sentimentos e experiências vivenciados pelos adolescentes além de contribuir para promoção de ações voltadas a este público.

REFERÊNCIAS

1 VEIGA, F., DOMINGUES, D. A Escala Piers-Harris Children's Self Concept Scale: uma versão com repostas de um a seis. *In*: 12º Colóquio de Psicologia, Educação, Aprendizagem e Desenvolvimento: Olhares Contemporâneos através da Investigação, ISPA, Lisboa, 2012. p. 223-238

- 2 FRADE, A., VEIGA, F. H. Assessment scale for trainee self-concept In the portuguese navy: Psychometric properties. *In: ICEEPSY 2016: 7th International Conference on Education and Educational Psychology*. Future Academy, 2016. p. 838-848
- 3 ROGERS, C. (1977). *Personal Power: Inner Strength and Its revolutionary*. N.Y.: Impact. 1977.
- 4 FULLWOOD, C. *et al.* Self-concept clarity and online self-presentation. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. v. 19, n. 12. 2016.
- 5 MOLINA, M. F., CELSI, I., SCHMIDT, V. Escala de claridad en el autoconcepto: adaptación y validación para su uso com adolescentes de Argentina. *Acción Psicológica*, v. 17, n. 2, p. 43–56. 2020.
- 6 SALDANHA AAW, OLIVEIRA ICV, AZEVEDO RLW. O autoconceito de adolescente escolares. *Paidéia*. Jan-abr. 2011. V.21,n.48,p.9-19.
- 7 FITTS, W. H. (1965). *Tennessee Self-concept Scale: Manual*. Tennessee: Counsellor Recordings and Tests. 1965.
- 8 COOPERSMITH, S. (1967). *The antecedentes of self-esteem*. S. Francisco, CA: W. H. Freeman. 1967.
- 9 MARSH, H. W. (1988). *The Self-Description Questionnaire (SDQ): A theoretical and empirical basis for the measurement of multiple dimensions of preadolescent self-concept. A test manual and research monograph*. San Antonio, TX: the Psychological Corporation. 1988
- 10 CAMPBELL, J. D., *et al.* Self-concept clarity: measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 70, p. 141–156. 1996.
- 11 PIERS, E., HARRIS, D. Age and others correlates of self-concept in children. *Journal of Educational Psychology*, v. 55, n. 2, p. 91-95. 1964.
- 12 VEIGA, F. H., LEITE, A. Adolescents Self-concept Short Scale: A version of PHCSCS. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, p. 631-637. 2016
- 13 VEIGA, F. H. Escala de autoconceito: adaptação portuguesa do “Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale”. *Psicologia*, v. 7, n. 3, p. 275-284. 1989.
- 14 PIERS, E., HERZBERG, D. (2002). *Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale (2ª Ed.)*. Wilshire Boulevard, CA: Western Psychological Services. 2002
- 15 VEIGA, F., DOMINGUES, D. A Escala Piers-Harris Children’s Self Concept Scale: uma versão com repostas de um a seis. *In: 12º Colóquio de Psicologia, Educação, Aprendizagem e*

Desenvolvimento: Olhares Contemporâneos através da Investigação, ISPA, Lisboa, 2012. p. 223-238

16 CARTES-VELÁSQUEZ, R. NAUDUAM-ELGUETA Y, SANDOVAL-BUSTOS G, CAMPOS V, LEÓN-MANCO RA, LUENGO L. Factors Associated with Oral Health-Related Quality of Life in Preschoolers of Concepción, Chile: A Cross-Sectional Study. *Pesqui Bras em Odontopediatria Clín Integr*. 2022; 22:e210245. <https://doi.org/10.1590/pboci.2022.074>

17 COLUSSI PRG, HUGO FN, MUNIZ FWMG, Rösing CK. Oral Health-Related Quality of Life and Associated Factors in Brazilian Adolescents. *Brazilian Dental Journal* (2017) 28(1): 113-120 ISSN 0103-6440 <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6440201701098>.

18 MILITI A, SICARI F, PORTELLI M, MERLO EM, TERRANOVA A, FRISONI F, NUCERA R, ALIBRANDI A, SETTINERI S. Psychological and Social Effects of Oral Health and Dental Aesthetic in Adolescence and Early Adulthood: An Observational Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 9022. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179022>

19 Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Designing clinical research*. 2007. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 386p.

20 PERES, M.A.; TRAEBERT, J.; MARCENES, W. Calibração de examinadores para estudos epidemiológicos de cárie dentária. *Cad Saude Publica*, v. 17, n. 1, p. 153-159, 2001

21 GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.

22 PATIAS, N. D. *et al.* Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) – Short Form: adaptação e validação para adolescentes brasileiros. *Psico-USF*, v. 21, n. 3, p. 459-469. set./dez. 2016.

23 Lovibond S, Lovibond P: *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation; 1995. ISBN 7334–1423-0; 1995

24 Al Saadi, Tareq; Zaher Addeen, Sarah; Turk, Tarek; Abbas, Fatima; Alkhatib, Mahmoud (2017). *Psychological distress among medical students in conflicts: a cross-sectional study from Syria*. *BMC Medical Education*, 17(1), 173–. doi:10.1186/s12909-017-1012-2

25 ISMAEL, A. I. *et al.* The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 35, p. 170–178. 2007.

26 CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, v. 16, n. 3, p. 297-334. 1951.

- 27 NUNNALLY, J.C. & BERNSTEIN, I.R. Psychometric theory (3^a Ed.). New York: McGraw-Hill, 1994
- 28 WILSON, K. A.; DOWLING, A. J.; ABDOLELL, M.; TANNOCK, I.F. Perception of quality of life by patients, partners and treating physicians. *Quality of Life Research*, v. 9, n. 9, p. 1041-1052, 2001
- 29 STREINER, D. L., NORMAN, G. R. (2008). *Health Measurement Scales: a practical guide to their development and use* (4^a Ed). New York: Oxford University. 2008
- 30 LONG, K. A., HAMLIN, C. M. Use of the Piers-Harris Self-Concept Scale with Indian children: Cultural considerations. *Nursing Research*, v. 37, p. 42-46. 1988
- 31 ALEXOPOULOS, D. S., FOUDOULAKI, E. Construct validity of the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale. *Psychological Reports*, v. 91, p. 827-838. 2002
- 32 FLAHIVE, M. W., CHUANG, Y. C., LI, C. M. Reliability and Validity Evidence of the Chinese Piers–Harris Children’s Self-Concept Scale Scores Among Taiwanese Children. *Journal of Psychoeducational Assessment*, v. 29, n. 3, p. 273–285. 2011
- 33 MENDES DC, CASTELANO KL, MARTINS LM, ANDRADE CCF. A influência da autoestima no desempenho escolar. *Educação em Debate*, Fortaleza, ano 39, nº 73 - jan./jun. 2017
- 34 DAHIE, A. M., MOHAMED, M. O., & MOALIM, A. A. (2016). Socioeconomic status and academic achievement at secondary schools in Mogadishu-Somalia. *International Journal in Management and Social Science*, 4(1), 300–313.
- 35 IGBO, J. N., OKAFOR, R. A., & EZE, J. U. (2014). The role of socio-economic background on self-concept and academic achievement of in-school adolescents in Nigeria. *IMPACT: International Journal of Research in Humanities, Arts and Literature*, 2 (2), 1–10.
- 36 SOUZA LB, PANÚNCIO-PINTO MP, FIORATI RG. Children and adolescents in social vulnerability: well-being, mental health and participation in education. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, v. 27, n. 2, p. 251.
- 37 JONG, P. J., SPORTEL, B. E., HULLU, E., Y NAUTA, M. H. (2012). Co-occurrence of social anxiety and depression symptoms in adolescence: differential links with implicit and explicit self-esteem? *Psychological Medicine*, 42, 475-484. doi: 10.1017/S0033291711001358.
- 38 UHRLASS, D. J., SCHOFIELD, C. A., COLES, M. E., Y GIBB, B. E. (2009). Self-perceived competence and prospective changes in symptoms of depression and social anxiety.

Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40, 329-337. doi: 10.1016/j.jbteb.2009.01.001

39 DELGADO, B., INGLÉS, C. J., GARCÍA-FERNÁNDEZ, J. Social anxiety and self-concept in adolescence. *Revista de Psicodidáctica*, 2013, 18(1), 179-194. DOI: 10.1387/RevPsicodidact.6411.

40 BAYAT, J.T.; HALLBERG, U.; LINDBLAD, F.; HUGGARE, J.; MOHLIN, B. Daily life impact of malocclusion in Swedish adolescents: A grounded theory study. *Acta Odontol. Scand.* 2012, 71, 792–798.

41 Herkrath, Ana P. C. Q.; Vettore, Mario V.; de Queiroz, Adriana C.; Alves, Paula L. N.; Leite, Sarah D. C.; Pereira, Juliana V.; Rebelo, Maria A. B.; Herkrath, Fernando J. (2019). *Orthodontic treatment need, self-esteem, and oral health-related quality of life among 12-yr-old schoolchildren*. *European Journal of Oral Sciences*, (), eos.12611–. doi:10.1111/eos.12611

42 Göranson E, SONESSON M, NAIMI-AKBAR A, DIMBERG L. Malocclusions and quality of life among adolescents: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Orthodontics*, 2023, 45, 295–307 <https://doi.org/10.1093/ejo/cjad009>.

43 VEIGA, F. H. Uma nova versão da escala de autoconceito Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCS-2). *Psicologia e Educação*, v. 5, n. 1, Jun. 2006.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de validação demonstrou que a versão brasileira das escalas de autoconceito Pier-Haris (BR-PHCSCS) e de vergonha externa (B-OAS) apresentaram adequadas propriedades psicométricas para as idades entre 12 e 18 anos, podendo ser utilizada nessa população para se investigar o nível de vergonha externa e de autoconceito de adolescentes e suas associações.

Ainda que esses instrumentos não tenham apresentado uma associação significativa com a cárie dental e estética dental, a versão brasileira dos instrumentos BR-PHCSCS e B-OAS apontam ser confiáveis e de grande importância para o auxílio da avaliação da influência da vergonha externa e do nível de autoconceito nos diversos contextos da adolescência.

É importante salientar que há uma escassez na literatura de investigações sobre a influência da saúde oral no nível de autoconceito e de vergonha, o que dificultou uma contextualização dos resultados encontrados nessa faixa etária. Portanto, estudos futuros que associem esses constructos para a tomada de decisões em saúde bucal podem ser relevantes para a Saúde Pública do país.

Essa pesquisa pode ser empregada para uma melhor compreensão dos sentimentos experienciados por adolescentes e servir de subsídio para o fomento ações de saúde voltadas para o enfrentamento das demandas identificadas.

REFERÊNCIAS

- AKINCI, I., ATINTAS, M. C. Psychometric properties of Turkish compass of Shame scale. **Psikoloji Çalışmaları - Studies in Psychology**, v. 40, n. 2, p. 361–383. 2020.
- AL-BITAR, Z. B. *et al.* Bullying among Jordanian school children, its effects on school performance, and the contribution of general physical and dentofacial features. **Am J Orthod Dentofac Orthop**. v. 144, n. 6, p. 872–878. 2013.
- ALEXANDRE, N. M. C., COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 7, p. 3061-3068. 2011.
- ALEXOPOULOS, D. S., FOUDOULAKI, E. Construct validity of the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale. **Psychological Reports**, v. 91, p. 827-838. 2002.
- ANDREWS, B., QIAN, M., VALENTINE, J. D. Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. **British Journal of Clinical Psychology**, v. 41, n. 1, p. 29–42. 2002.
- BALSAMO, M. *et al.* Measurement of External Shame: An Inside View. **Journal of Personality Assessment**, v. 97, n. 1, p. 81–89. 2015.
- BARASUOL, J. C. *et al.* Untreated dental caries is associated with reports of verbal bullying in children 8-10 years old. **Caries Res**. v. 51, n. 5, p. 482–488. 2017.
- BARTKO, J.J. The intraclass correlation coefficient as a measure of reliability. **Psychological Reports**, v. 19, n. 1, p. 3-11, 1966.
- BEATON, D. E. *et al.* Guidelines for the Process of Cross -Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **SPINE**, v. 25, n. 24, p. 3186–3191. 2000.
- BLASCOVICH, J., TOMAKA, J. (1991). **Measures of self-esteem**. In: ROBINSON, J. P., SHAVER, P. R., L. S. WRIGHTMAN, L. S. (Eds.), *Measures of personality and social psychology attitudes*. New York, NY: Academic Press. 1991. p. 115-160.
- BRACKEN, B. A. *et al.* Child and adolescent multi-dimensional self-concept: A five-instrument factor analysis. **Psychology in the Schools**, v. 37, p. 483–493. 2000.
- BRIGHT, M. A., *et al.* Adverse childhood experiences and dental health in children and adolescents. **Community Dent Oral Epidemiol**. v. 43, p. 193–9. 2015.
- BRISENIU, E. *et al.* The effects of psychopathology and shame on social representations of health and lifestyle behaviours via free association: a graph analysis approach. **BMC Psychol**, v. 9, n. 168. 2021.
- BULMAN, J. S.; OSBORN, J. F. Measuring diagnostic consistency. **Br Dent J**, v. 166, n. 10, p. 377-381, 1989.

- BYRNE, B., SHAVELSON, R. On the structure of social self-concept for pre-, early, and late adolescents: A test of the Shavelson, Hubner, and Stanton (1976) model. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 70, p. 599-613. 1996.
- CAMPBELL, J. D., *et al.* Self-concept clarity: measurement, personality correlates, and cultural boundaries. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 70, p. 141–156. 1996.
- CARTES-VELÁSQUEZ, R. R., MACHUCA, L. L. Adaptation and validation of the oral health literacy instrument for the Chilean population. *International Dental Journal*, v. 67, p.215–220. 2017.
- CENTER, Y., WARD, J. A note on the use of two self-esteem inventories with Australian schoolchildren. **Australian Psychologist**, v. 21, p. 473-476. 1986.
- CHAN, A. *et al.* Accounts of bullying on Twitter in relation to dentofacial features and orthodontic treatment. **Journal of Oral Rehabilitation**. v. 44, p. 244–250. 2017.
- COHEN, T. R., WOLF, S. T. Introducing the GASP Scale: A New Measure of Guilt and Shame Proneness. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 100, n. 5, p. 947-966. 2011.
- COLUCI, M.Z.O; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência saúde coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-36, 2015.
- COOK, D. R. (1987). Measuring shame: The internalized shame scale. **Alcoholism Treatment Quarterly**, v. 4, p. 197-215. 1987. [http:// dx.doi.org/10.1300/J020v04n02_12](http://dx.doi.org/10.1300/J020v04n02_12)
- COOK, D. R. (1996). **Empirical studies of shame and guilt: The Internalized Shame Scale**. In: NATHANSON, D. L. (Ed.), *Knowing feeling: Affect, script and psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company. 1996. p. 132-165.
- COOK, D. R. (2001). **Internalised shame scale: Technical manual**. New York: Multi-Health Systems. 2001.
- COOPERSMITH, S. (1967). **The antecedentes of self-esteem**. S. Francisco, CA: W. H. Freeman. 1967.
- COVERT, M. V., *et al.* Shame-proneness, guilt-proneness, and interpersonal problem solving: A social cognitive analysis. **Journal of Social and Clinical Psychology**, v. 22, n. 1, p. 1–12. 2003.
- CROCETTI, E., VAN DIJK, M. P. (2016). **Self-concept clarity**. In: BROWN, B. B., PRINSTEIN, M. J. (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence*. Springer, Chams. 2016. v.1-3, p.1-5.
- CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, v. 16, n. 3, p. 297-334. 1951.
- CUNHA, M. *et al.* Avaliação da Vergonha em Adolescentes: ‘The Other as Shamer Scale’. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 33, p. 1-9. 2017.

- CUNHA, M. *et al.* Measuring Shame in Adolescents: Validation Studies of the External and Internal Shame Scale in a Community Sample. **Child & Youth Care Forum**. v. 50, p. 971–989. 2021.
- CUNNINGHAM, S. J. The psychology of facial appearance. **Dental Update**. v. 26, n. 10, p. 438–43. 1999.
- DAMASCENO, J., SOUTO, J. S. Indicadores biológicos do núcleo de desertificação do Seridó Ocidental Da Paraíba. **Revista de Geografia (UFPE)**, v. 31, n. 1. 2014.
- DE FRANCE, K. *et al.* A New Measure of the Expression of Shame: The Shame Code. **J Child Fam Stud**. v. 26, p. 769–780. 2017.
- DE RUBEIS, S., HOLLENSTEIN, T. Individual differences in shame and depressive symptoms during early adolescence. **Personality and Individual Differences**, v. 46, n. 4, p. 477–482. 2009.
- DEARING, R. L., TANGNEY, J. P. (Eds.). (2011). *Shame in the therapy hour*. Washington DC: APA Books, 2011. 428p.
- DUARTE, C., PINTO-GOUVEIA, J., RODRIGUES, T. Being bullied and feeling ashamed: Implications for eating psychopathology and depression in adolescent girls. **Journal of Adolescence**, v. 44, p. 259–268. 2015.
- EKINCE, O. *et al.* Self-concept in children and adolescents with epilepsy: The role of family functioning, mothers' emotional symptoms and ADHD. **Brain & Development**. v. 38, p. 714–722. 2016.
- ERFORD, B. T. *et al.* The Self-Evaluation Scale–Self-Report (SES-S) Version: Studies of Reliability and Validity. **Measurement and Evaluation in Counseling and Development**, v. 50, n. 1-2, p. 27-34. 2017.
- ERFORD, B. T. *et al.* The Self-Evaluation Scale–Self-Report (SES-S) Version: Studies of Reliability and Validity. **Measurement and Evaluation in Counseling and Development**. v. 50, n. 1-2, p. 27-34.
- FARIA, L., FONTAINE, A. M. Estudo de adaptação do Self-Description Questionnaire III (SDQ III) a estudantes universitários portugueses. **Psychologica**, v. 8, p. 41-49. 1992.
- FERNANDÉZ-BUSTO, J. G. *et al.* Effect of Physical Activity on Self Concept: Theoretical Model on the Mediation of Body Image and Physical Self-Concept in Adolescents. **Frontiers in Psychology**. v. 10, Jul. 2019.
- FERREIRA, C. *et al.* A new measure to assess external and internal shame: development, factor structure and psychometric properties of the External and Internal Shame Scale. **Current Psychology**. v. 39, Mar. 2020.

- FIRMINO, R. T. et al. Validation for Brazilian Portuguese language of the Hong Kong Oral Health Literacy Assessment Task for Pediatric Dentistry (HOHLAT-P). **Int J Pediatr Dent.** v.00, p.1-10. 2019.
- FITTS, W. H. (1965). **Tennessee Self-concept Scale: Manual.** Tennessee: Counsellor Recordings and Tests. 1965.
- FLAHIVE, M. W., CHUANG, Y. C., LI, C. M. Reliability and Validity Evidence of the Chinese Piers–Harris Children’s Self-Concept Scale Scores Among Taiwanese Children. **Journal of Psychoeducational Assessment,** v. 29, n. 3, p. 273–285. 2011.
- FRADE, A., VEIGA, F. H. Assessment scale for trainee self-concept In the portuguese navy: Psychometric properties. *In: ICEEPSY 2016: 7th International Conference on Education and Educational Psychology.* Future Academy, 2016. p. 838-848.
- FORD, K. *et al.* Understanding the association between self-reported poor oral health and exposure to adverse childhood experiences: a retrospective study. **BMC Oral Health.** v. 20, n. 1, p. 51. 2020.
- FULLWOOD, C. *et al.* Self-concept clarity and online self-presentation. **Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking.** v. 19, n. 12. 2016.
- GATTO, R. C. J. *et al.* The relationship between oral health-related quality of life, the need of orthodontic treatment and bullying, among Brazilian teenagers. **Dental Press J Orthod.,** v. 24, n. 2, p. 73-80, Abril. 2019.
- GILBERT, P. (2002). **Body shame: A biopsychosocial conceptualisation and overview, with treatment implications.** *In:* P. Gilbert, P., Miles, J. (Eds.), *Body shame: Conceptualisation, research and treatment.* New York: Brunner-Routledge. 2002. p. 3-54.
- GILBERT, P. (2007). **The evolution of shame as a marker for relationship security.** *In:* TRACY, J. L., ROBINS, R. W., TANGNEY, J. P. (Eds.). *The self-conscious emotions: Theory and research.* New York: Guilford Press. 2007. p. 283-309.
- GILBERT, P. Evolution, social roles and the differences in shame and guilt. **Social Research,** v. 70, n. 4, p. 1205–1230. 2003.
- GILBERT, P. The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. **British Journal of Medical Psychology,** v. 70, n. 2, p. 113–147. 1997.
- GILBERT, P. **What is shame? Some core issues and controversies.** *In:* GILBERT, P., ANDREWS, B. (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* New York, NY: Oxford University Press. 1998. p. 3–36.
- GORENSTEIN, C.; WANG, Y.P.; HUNGERGUHLER, I. (Org). **Instrumentos de avaliação em saúde mental.** Porto Alegre: Artmed, 2016.
- GOSS, K., GILBERT, P., ALLAN, S. An exploration of shame measures - I: The “Other as Shamer Scale”. **Personality and Individual Differences,** v.17, n. 5, p. 713–717. 1994.

- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol**, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.
- HAMBLETON, R. K. (2005). **Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and culture**. In: HAMBLETON, R. K., MERENDA, P. F., SPIELBERGER, C. D. *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. Mahwah: Lawrence Erlbaum. 2005. p. 3-38.
- HATTIE, J., MARSH, H. (1996). **Future directions in self-concept research**. In: Bracken, B (Ed.). *Handbook of self concept: Developmental, social and clinical considerations*. New York, NY: Wiley. 1996. p.421-443.
- HERDMAN, M., FOX-RUSHBY, J., BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universal approach. **Qual Life Res**, v. 7, n. 4, p. 323-335, 1998.
- HIRAMATSU, Y. *et al.* Development of the Japanese version of the Other As Shamer Scale using item response theory. **BMC Res Notes**, v. 13, n. 200. 2020.
- Hulley, S.B., Cummings, S.R., Browner, W.S., Grady, D.G., Newman, T.B. *Designing clinical research*. 2007. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 386p.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Primeiros resultados do censo 2010**. 2012. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/dadosdivulgados/index.php?uf=25>>.
- ISMAIL, A. I. *et al.* The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 35, p. 170–178. 2007.
- JACKSON, S. A., THOMAS, P. R., MARSH, H. W. Relationships between flow, self-concept, psychological skills, and performance. **Journal of Applied Sport Psychology**, v. 13, p. 129-153. 2001.
- JEGEDE, R. O. A cross-sectional study of self concept development in Nigerian adolescents. **Journal of Psychology**, v. 110, p. 249-261. 1982.
- JUDGE, T. A. Core self-evaluations and work success. **Current Directions in Psychological Science**. v. 18, n. 1, p. 58-62. 2009.
- KESSLER, R. C. *et al.* Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Archives of General Psychiatry**, v. 62, n. 6, p. 593–602. 2005.
- KLINE, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modelling (4^a Ed.)*. New York: Guilford Press. ISBN-13:978-1462523344.
- LEWIS, M. **Shame: The exposed self**. New York, NY, US: Free Press. 1995.

LODI-SMITH, J., DEMARREE, K. G. (Eds.). (2017). **Self- Concept Clarity**. Perspectives on Assessment, Research, and Applications. Springer. 2017.

LOHR, K.N.; AARONSON, N.K.; ALONSO, J.; BURNAM, M.A.; PATRICK, D.L.; PERRIN, E.B.; ROBETS, J.S. Evaluating quality-of-life and health status instruments: development of scientific review criteria. **Clin Ther**, v. 18, n. 5, p. 979-922, 1996.

LONG, K. A., HAMLIN, C. M. Use of the Piers-Harris Self-Concept Scale with Indian children: Cultural considerations. **Nursing Research**, v. 37, p. 42-46. 1988.

MARKUS, H., NURIUS, P. Possible selves. **American Psychologist**.v. 41, n. 9, p. 954–969. 1986.

MARSH, H. W. (1988). **The Self-Description Questionnaire (SDQ): A theoretical and empirical basis for the measurement of multiple dimensions of preadolescent self-concept**. A test manual and research monograph. San Antonio, TX: the Psychological Corporation. 1988.

MARSH, H. W., RELICH, J. D., SMITH, I. D. Self-Concept: The construct validity of interpretations based upon the SDQ. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 45, p. 173-187. 1983.

MATOS, M. *et al.* The other as Shamer scale - 2: Development and validation of a short version of a measure of external shame. **Personality and Individual Differences**, v. 74, p. 6–11. 2015.

MATOS, M., PINTO-GOUVEIA, J., GILBERT, P. The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety. **Clinical Psychology and Psychotherapy**, v. 20, p. 334–349. 2013.

MIYAHARA, M., PIEK, J. Self-esteem of children and adolescents with physical disabilities: Quantitative evidence from meta-analysis. **Journal of Developmental and Physical Disabilities**. v. 18, p. 219–234. 2006.

MOLINA, M. F., CELSI, I., SCHMIDT, V. Escala de claridad en el autoconcepto: adaptación y validación para su uso com adolescentes de Argentina. **Acción Psicológica**, v. 17, n. 2, p. 43–56. 2020.

MOSCARITOLO, A. M. F., ROCHA, M. M., SILVARES, E. F. M. Indicadores de autoconceito em adolescentes: autorrelato sobre aspectos positivos e preocupações. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 15, n. 3, p. 134-150, set.-dez. 2013.

NUNNALLY, J.C. & BERNSTEIN, I.R. **Psychometric theory (3ª Ed.)**. New York: McGraw-Hill, 1994.

PATIAS, N. D. *et al.* Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) – Short Form: adaptação e validação para adolescentes brasileiros. **Psico-USF**, v. 21, n. 3, p. 459-469. set./dez. 2016.

- PEIXOTO, F. *et al.* Validação da Escala de Autoconceito e Autoestima para Pré-adolescentes (EAAPA) e Análise da Estrutura Organizativa do Autoconceito. **RIDEP**. v. 1, n. 43, p. 71-87. 2017.
- PERAZZO, M. F. *et al.* Trait Emotional Intelligence Questionnaire-Short Form: Brazilian Validation and Measurement Invariance between the United Kingdom and Latin-American Datasets. **Journal of Personality Assessment**, v. 103, n. 3, p. 342-351. 2020.
- PERES, M.A.; TRAEBERT, J.; MARCENES, W. Calibração de examinadores para estudos epidemiológicos de cárie dentária. **Cad Saude Publica**, v. 17, n. 1, p. 153-159, 2001.
- PERILLO, L. *et al.* Orthodontic treatment need for adolescents in the Campania region: the malocclusion impact on self-concept. **Patient Preference and Adherence**. v. 8. 2014.
- PIERS, E. V. (1969). **Manual for Piers-Harris Children's Self-concept Scale**. Nashville, Tennessee: Counselor Recordings and Tests. 1969.
- PIERS, E. (1984). **Manual for the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (The Way I Fell About Myself)**. (2ª edição). Tennessee: Counselor Recording and Tests. 1984.
- PIERS, E., HARRIS, D. Age and others correlates of self-concept in children. **Journal of Educational Psychology**, v. 55, n. 2, p. 91-95. 1964.
- PIERS, E., HERZBERG, D. (2002). **Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (2ª Ed.)**. Wilshire Boulevard, CA: Western Psychological Services. 2002.
- POMERANCE, M. H., CONVERSE, P. D., MOON, N. A. Self-concept content and structure: motivation and performance implications. **Emerald Publishing Limited**. v. 50, n. 6, p. 1514-1529. 2021.
- RAWAT, S. Enhancing Self-esteem of the soldier. **Journal of defense Studies**, v. 5, p. 122-137. 2011.
- ROGERS, C. (1977). **Personal Power: Inner Strength and Its revolutionary**. N.Y.: Impact. 1977.
- ROSENBERG, M. Self-concept and psychological well-being in adolescence. *In*: LEARY, R. L. **The development of the self**. New York: Academic Press, 1985. p. 205-246.
- SAGGINO, A. *et al.* A Validation Study of the Psychometric Properties of the Other As Shamer Scale–2. **SAGE Open**. P. 1-10, Apr./Jun. 2017.
- SALDANHA, A. A. W., OLIVEIRA, I. C. V., AZEVEDO, R. L. W. O autoconceito de adolescentes escolares. **Paidéia**, v. 21, n. 48, p. 9-19. 2011.
- SARRIERA, J. C. *et al.* Propriedades psicométricas da Escala de Autoconceito Multidimensional em adolescentes brasileiros. **Avaliação Psicológica**, v. 14, n. 2, p. 281-290. 2015.

SATICI, B., DENIZ, M. E. External shame, loneliness, psychological distress, and well-being: insights from the Turkish adaptation of the Other as Shamer Scale-2. **Current issues in personality psychology**, v. 8, n. 2. 2020.

SCHAUBROECK, J., KIM, Y., J., PENG, A.C. “The self-concept in organizational psychology: clarifying and differentiating the constructs. **International Review of Industrial and Organizational Psychology**, v. 27, p. 1-38. 2012.

SEEHRA, J. *et al.* Bullying in orthodontic patients and its relationship to malocclusion, self-esteem, and oral health-related quality of life. **J Orthod.** v. 38, n. 4, p. 247–56. 2011.

SILVA, M. L. A., TAQUETTE, S. R., COUTINHO, E. S. F. Senses of body image in adolescents in Elementary school. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 438-44, junho. 2014.

SILVOLA, A. S. *et al.* Dental esthetics and quality of life in adults with severe malocclusion before and after treatment. **Angle Orthod.** Epub dec. 5, 2013.

SOUZA, A. C., ALEXANDRE, N.M. C., GUIRARDELLO, E. B. Psychometric properties in instruments evaluation of reability and validity. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 26, n. 3, jul/sep. 2017.

SOUZA, M. G. S., PUENTE-PALACIOS, K. Validação de Testagem de uma Escala de Autoconceito Profissional. **RPOT**, v. 7, n. 2, p. 95-114, jul./dez. 2007.

STREINER, D. L., NORMAN, G. R. (2008). **Health Measurement Scales: a practical guide to their development and use (4th Ed)**. New York: Oxford University. 2008.

SU, L., *et al.* Norms of the Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale of Chinese urban children. **Chinese Mental Health Journal**, v. 16, p. 31-34. 2002.

TANGNEY J. P., *et al.* (1991). **The Test of Self-Conscious Affect for Adolescents (TOSCA-A)**. Fairfax, VA: George Mason University. 1991.

TANGNEY, J. P., DEARING, R. L. (2002). **Shame and guilt**. New York: The Guilford Press. 2002.

TANGNEY, J. P., TRACY, J. L. (2012). Self-conscious emotions. *In*: LEARY, M. R., TANGNEY, J. P. (Eds.), **Handbook of self and identity** (pp. 446–478). New York, Guilford Press, 2012. p. 446-478.

TERWEE, C.B. *et al.* Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **J Clin Epidemiol**, v. 60, n. 1, p. 34-42, 2007.

TRACY, J. L., ROBINS, R. W. Putting the self into self-conscious emotions: A theoretical model. **Psychological Inquiry**. v. 15, p. 103–125. 2004.

UJI, M., KITAMURA, T., NAGATA, T. Self-conscious affects: Their adaptive functions and relationship to depressive mood. **American Journal of Psychotherapy**, v. 65, n. 1, p. 27–46. 2011.

VAGOS, P. *et al.* Dimensionality and measurement invariance of the Other as Shamer Scale across diverse adolescent samples. **Personality and Individual Differences**, v. 98, p. 289–296. 2016.

VANNATTA, K., *et al.* Peer acceptance and social behavior during childhood and adolescence: How important are appearance, athleticism, and academic competence? **International Journal of Behavioral Development**, v. 33, n. (4), p. 303–311. 2009.

VASHETINA, O. V. The development of students' professional self-concept. *In*: **4th International Forum on Teacher Education**. 2018.

VEIGA, F. H. Escala de autoconceito: adaptação portuguesa do “Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale”. **Psicologia**, v. 7, n. 3, p. 275-284. 1989.

VEIGA, F. H. Uma nova versão da escala de autoconceito Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale (PHSCS-2). **Psicologia e Educação**, v. 5, n. 1, Jun. 2006.

VEIGA, F. H., LEITE, A. Adolescents Self-concept Short Scale: A version of PHSCS. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, p. 631-637. 2016.

VEIGA, F., DOMINGUES, D. A Escala Piers-Harris Children’s Self Concept Scale: uma versão com repostas de um a seis. *In*: **12º Colóquio de Psicologia, Educação, Aprendizagem e Desenvolvimento: Olhares Contemporâneos através da Investigação**, ISPA, Lisboa, 2012. p. 223-238.

VERRASTRO, V. *et al.* Contributo alla validazione italiana della Piers-Harris children’s self-concept scale 2 su un campione non clinico di bambini e preadolescenti italiani. **Psicologia clinica dello sviluppo**. n. 1, p. 69-95, apr. 2021.

VIGNOLA, R. C. B. **Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS): Adaptação e Validação para o Português do Brasil**. 2013. 72f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo. Santos, 2013.

WAETJEN, W. (1972). **Procedure for the analysis of the Self-concept as a Learner Scale**. Mimeo, 5pp. 1972.

WILSON, K. A.; DOWLING, A. J.; ABDOLLELL, M.; TANNOCK, I.F. Perception of quality of life by patients, partners and treating physicians. **Quality of Life Research**, v. 9, n. 9, p. 1041-1052, 2001

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Oral health surveys: basic methods**. 3ª ed. Geneva: WHO Press, 2013.

APÊNDICE A - VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA DE AUTOCONCEITO

Versão brasileira da escala de autoconceito Pier-Haris (BR-PHCSCS)

Este questionário deseja saber como você vê as outras pessoas e como você acha que as outras pessoas veem você. Por favor, responda às questões de acordo com suas experiências, pensamentos e sentimentos. Não há respostas certas ou erradas.

As suas respostas serão usadas apenas para essa pesquisa e suas informações pessoais serão mantidas em segredo. Por favor, marque com um “X” no número que melhor representa a sua opinião, de acordo com às seguintes opções: 1) discordo totalmente, 2) discordo, 3) discordo mais do que concordo, 4) concordo mais do que discordo, 5) concordo, 6) concordo totalmente

	Discordo totalmente	Discordo	Discordo mais que concordo	Concordo mais que discordo	Concordo	Concordo totalmente
1.Muitas vezes eu tenho medo	1	2	3	4	5	6
2.Eu sou bonito(a)	1	2	3	4	5	6
3.Muitas vezes eu me meto em problemas	1	2	3	4	5	6
4.Eu sinto que sou deixado de lado (excluído) das coisas	1	2	3	4	5	6
5.Eu sou feliz	1	2	3	4	5	6
6.Eu sou bom(boa) com as minhas tarefas escolares	1	2	3	4	5	6
7.Eu choro com facilidade	1	2	3	4	5	6
8.Eu tenho um rosto agradável	1	2	3	4	5	6
9.Eu me meto em muitas brigas	1	2	3	4	5	6
10.Eu sou um dos últimos(as) a ser esolhido(a) para as brincadeiras e esportes	1	2	3	4	5	6
11.Eu sou infeliz	1	2	3	4	5	6
12.Os meus colegas da escola acham que eu tenho boas ideias	1	2	3	4	5	6
13.Eu sou nervoso(a)	1	2	3	4	5	6
14.Eu tenho um cabelo bonito	1	2	3	4	5	6
15.Eu fico distraído durante as aulas na escola	1	2	3	4	5	6
16.Os meus colegas zombam/mangam de mim	1	2	3	4	5	6

17.Eu sou alegre	1	2	3	4	5	6
18.Eu consigo fazer uma boa apresentação na frente da minha classe	1	2	3	4	5	6
19.Eu fico nervoso(a) quando o professor me faz perguntas	1	2	3	4	5	6
20.A minha aparência me incomoda	1	2	3	4	5	6
21.Eu faço muitas coisas ruins	1	2	3	4	5	6
22.Eu acho difícil fazer amigos	1	2	3	4	5	6
23.Eu sou sortudo(a)	1	2	3	4	5	6
24.Eu sou uma pessoa importante da minha turma	1	2	3	4	5	6
25.Eu sou tímido(a)	1	2	3	4	5	6
26.Eu sou forte	1	2	3	4	5	6
27.Eu me comporto mal em casa	1	2	3	4	5	6
28.Nas brincadeiras e esportes, eu assisto ao invés de jogar	1	2	3	4	5	6
29.Muitas vezes eu fico triste	1	2	3	4	5	6
30.Eu esqueço o que eu aprendo	1	2	3	4	5	6

APÊNDICE B - B-OAS – VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA

B-OAS – Versão Brasileira da escala *Other as Shamer*

Instruções:

Abaixo está uma lista de frases que descrevem sentimentos ou experiências que você pode ter de forma frequente ou que já teve em algum momento da sua vida. A maioria dessas frases descreve sentimentos e experiências que geralmente são dolorosas ou negativas de alguma forma. Todo mundo já teve alguns desses sentimentos em algum momento. Seja honesto ao responder o questionário.

Leia cada afirmação cuidadosamente e marque um “X” o número do item que indica a frequência com que você sente ou experimenta o que está descrito na frase. Use a escala abaixo.

Responda todos os itens.

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1. Eu sinto que as pessoas não me acham bom (boa) o suficiente	0	1	2	3	4
2. Eu acho que as pessoas me desprezam	0	1	2	3	4
3. Muitas vezes as pessoas me colocam para baixo	0	1	2	3	4
4. Eu me sinto inseguro com a opinião dos outros sobre mim	0	1	2	3	4
5. As pessoas não me acham tão bom (boa) quanto elas	0	1	2	3	4
6. As pessoas me acham inferior e insignificante	0	1	2	3	4
7. As pessoas acham que de alguma forma tenho defeitos/falhas	0	1	2	3	4
8. As pessoas me acham sem importância em comparação aos outros	0	1	2	3	4
9. As pessoas procuram os meus defeitos	0	1	2	3	4
10. As pessoas acham que eu tento fazer o meu melhor, mas sou incapaz de atingir as minhas próprias expectativas	0	1	2	3	4
11. Eu acho que as pessoas são capazes de ver os meus defeitos	0	1	2	3	4
12. As pessoas me criticam e condenam quando eu cometo um erro	0	1	2	3	4
13. As pessoas se afastam de mim quando eu cometo erros	0	1	2	3	4
14. As pessoas sempre lembram dos meus erros	0	1	2	3	4
15. As pessoas me acham frágil	0	1	2	3	4
16. As pessoas me acham insatisfeito com a vida	0	1	2	3	4

17.As pessoas acham que falta algo em mim	0	1	2	3	4
18.As pessoas acham que perdi o controle do meu corpo e dos meus sentimentos	0	1	2	3	4

APÊNDICE C- AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO

AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

CARTA DE ANUÊNCIA

Ilma. Sra. Genilúcia Medeiros de Araújo

Estamos realizando uma pesquisa que tem como título AUTOCONCEITO E VERGONHA EXTERNA EM ADOLESCENTES: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA O BRASIL. Essa pesquisa tem o objetivo de realizar a validação dos instrumentos *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCSVI-6)* e *Other as Shamer Scale (OAS)* para a língua portuguesa do Brasil na Cidade de Santa Luzia-PB. Essa pesquisa será realizada pelos professores da Universidade Estadual da Paraíba, alunos de mestrado e doutorado, com finalidade acadêmica.

O estudo será realizado mediante exame clínico de adolescentes de 12 a 18 anos no próprio ambiente escolar em sala reservada, apresentando riscos como o tempo para realização e o constrangimento durante o exame, sendo estes minimizados com o treinamento e calibração do pesquisador, o qual será realizado se o mesmo e o pai/responsável permitir. Também será realizada aplicação de questionário a estes mesmos adolescentes, sendo que este questionário apresenta riscos mínimos como o tempo gasto para responder as questões (cerca de 20 minutos) e/ou constrangimento durante a resposta.

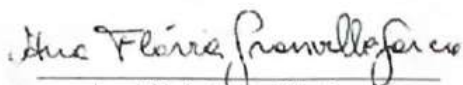
Salienta-se que todas as informações obtidas serão guardadas e resguardadas, não sendo revelada sob qualquer pretexto a identificação dos adolescentes. Deixamos claro, desde já, que não haverá nenhuma forma de benefício financeiro ou pessoal para os pesquisadores, nem para as instituições.


Solicitamos então, por gentileza, sua autorização para examinar esses adolescentes e entrevistar os mesmos. Informamos que, na medida do possível, não iremos interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas das escolas, nem dos adolescentes. Será feita aplicação tópica de flúor nestes, como também serão fornecidos escovas dentárias. Salientamos ainda, que em retorno, forneceremos os resultados dessa pesquisa para os pais/responsáveis e para Secretaria da Educação.

Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição bioética para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Atenciosamente,

Patos/PB, 04 de julho de 2022.


Ana Flávia Granville-Garcia
Profª do Programa de Pós-Graduação em
Odontologia da UEPB
Pesquisadora responsável


Genilúcia Medeiros de Araújo
Gerente da 6ª Gerência Regional de
Educação do Estado da Paraíba

Genilucia Medeiros de Araujo
Gerente Regional de Educação
Mat. 183.828-8

APÊNDICE D - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

CARTA DE ANUÊNCIA

Ilma. Sra. Maria de Fátima Sales Dantas Medeiros

Estamos realizando uma pesquisa que tem como título AUTOCONCEITO E VERGONHA EXTERNA EM ADOLESCENTES: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA O BRASIL. Essa pesquisa tem o objetivo de adequar os questionários *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCSV1-6)* e *Other as Shamer Scale (OAS)* para a língua portuguesa do Brasil na Cidade de Santa Luzia-PB. Essa pesquisa será realizada pelos professores da Universidade Estadual da Paraíba, alunos de mestrado e doutorado, com finalidade acadêmica.

O estudo será realizado mediante exame clínico de adolescentes de 12 a 18 anos, no próprio ambiente escolar em sala reservada, apresentando riscos como o tempo para realização e o constrangimento durante o exame, sendo estes minimizados com o treinamento e calibração do pesquisador, o qual será realizado se o mesmo e o pai/responsável permitir. Também será realizada aplicação de questionário a estes mesmos adolescentes, sendo que este questionário apresenta riscos mínimos como o tempo gasto para responder as questões (cerca de 20 minutos) e/ou constrangimento durante a resposta.

Salienta-se que todas as informações obtidas serão guardadas e resguardadas, não sendo revelada sob qualquer pretexto a identificação dos adolescentes. Deixamos claro, desde já, que não haverá nenhuma forma de benefício financeiro ou pessoal para os pesquisadores, nem para as instituições.

Solicitamos então, por gentileza, sua autorização para examinar esses adolescentes e entrevistar os mesmos. Informamos que, na medida do possível, não iremos interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas das escolas, nem dos adolescentes. Será feita aplicação tópica de flúor nos adolescentes, como também serão fornecidas escovas dentárias. Salientamos ainda, que em retorno, fornecemos os resultados dessa pesquisa para os pais/responsáveis e para Secretaria da Educação.

Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição bioética para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução N° 510/16 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Atenciosamente,

Santa Luzia/PB, 03 de Maio de 2022.

Ana Flávia Granville-Garcia
 Profª do Programa de Pós-Graduação em
 Odontologia da UEPB
 Pesquisadora responsável

Maria de Fátima Sales Dantas Medeiros
 Secretária Municipal de Educação – Santa
 Luzia /PB

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a), responsável, pedimos o favor de dedicar alguns minutos do seu tempo para ler este comunicado. Estamos realizando uma pesquisa que tem como título: **AUTOCONCEITO E VERGONHA EXTERNA EM ADOLESCENTES: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA O BRASIL**. Esta pesquisa tem finalidade acadêmica. Será realizada mediante aplicação de três questionários aos adolescentes, sendo que este procedimento não apresenta quaisquer tipos de risco ou desconforto, exceto o tempo gasto para responder as questões (cerca de 20 minutos); e exame clínico do adolescente, o qual apresenta baixo risco ou desconforto ao mesmo e apenas será realizado se ele permitir. Salienta-se que todas as informações obtidas serão guardadas e resguardadas, não sendo revelada sob qualquer pretexto a identificação dos adolescentes e dos seus responsáveis. Deixamos claro, desde já, que não haverá nenhuma forma de benefício financeiro ou pessoal, e que esta declaração de concordância em participar do estudo poderá ser retirada a qualquer época, não acarretando em danos. A sua colaboração, autorizando no quadro abaixo a realização do exame e da entrevista, é importante para avaliar a necessidade de realização de programas de saúde bucal. Esclarecemos que sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgarem necessárias. Você não será prejudicado de qualquer forma caso sua vontade seja de não colaborar, até mesmo onde haja submissão à autoridade. Se quiser informações sobre nosso trabalho, por favor, ligue para Ana Flávia Granville-Garcia, professora responsável pela pesquisa no telefone 33153300, ou então, fale com ela pessoalmente na Av. das Baraúnas, s/n Bodocongó, no horário comercial de 2ª a 6ª feiras. Esperamos contar com o seu apoio, desde já agradecemos.

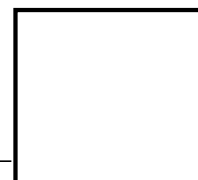
Ana Flávia Granville-Garcia
Ana Flávia Granville-Garcia
(Pesquisadora Responsável)

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa: “**AUTOCONCEITO E VERGONHA EXTERNA EM ADOLESCENTES: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA O BRASIL**”, autorizo a realização do exame clínico no adolescente e entrevista em:

Santa Luzia, ___ de _____ 2022

Responsável _____ RG _____



APÊNDICE F - TERMO DE ASSENTIMENTO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Termo de Assentimento

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **AUTOCONCEITO E VERGONHA EXTERNA EM ADOLESCENTES: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA O BRASIL**. Neste estudo pretendemos realizar a validação dos instrumentos *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCSVI-6)* e *Escala Other as Shamer (OAS)* para a língua portuguesa do Brasil. Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): Exame clínico bucal para avaliar a presença ou ausência de cárie dentária e a aplicação de questionários. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo não apresenta quaisquer tipos de risco ou desconforto, exceto o tempo gasto para responder as questões (cerca de 20 minutos), isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, exames clínicos bucais etc. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada, sendo que seu nome ou o material que indique sua participação será mantido em sigilo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Este termo foi elaborado em conformidade com o Art.228 da Constituição Federal de 1988; Arts.2º e 104 do Estatuto da Criança e do Adolescente; e Art.27 do Código Penal Brasileiro; sem prejuízo dos Arts.3º,4ºe5º do Código Civil Brasileiro.

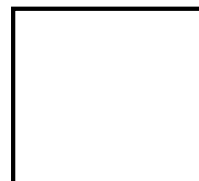
Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, residente _____, fone _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações junto ao pesquisador responsável lista do abaixo, telefone: 33153300 ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba, telefone (83)3315-3373. Estou ciente que o meu responsável poderá modificar a decisão da minha participação na pesquisa, se assim desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Santa Luzia, ____ de _____ de 2022.

Assinatura do participante

Ana Flávia Gonçalves

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável



APÊNDICE G - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CNS/MS**

Pesquisa: Autoconceito e vergonha externa em adolescentes: validação de instrumentos para o Brasil.

Eu, Ana Flávia Granville-Garcia, Professora do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, portador(a) do RG: 1326944 e CPF: 646.880.704-20, comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por verdade, assino o presente compromisso.

Campina Grande, 08 de junho de 2022.

A handwritten signature in black ink, reading 'Ana Flávia Granville-Garcia', is written over a horizontal line.

Ana Flávia Granville-Garcia
(Pesquisadora Responsável)

APÊNDICE H - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA



DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA

Pesquisa: Autoconceito e vergonha externa em adolescentes: validação de instrumentos para o Brasil.

Eu, **Ana Flávia Granville-Garcia**, Pesquisadora responsável, Professora de Pós-Graduação de Odontologia, da Universidade Estadual da Paraíba, portador(a) do RG: 1326944 e CPF: 646.880.704-20, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em acompanhar o seu desenvolvimento no sentido de que se possam cumprir integralmente as diretrizes da resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, 08 de junho de 2022.

A handwritten signature in blue ink, reading 'Ana Flávia Granville-Garcia', is positioned above a horizontal line.

Ana Flávia Granville-Garcia
Orientadora

A handwritten signature in blue ink, reading 'Rafaella Araújo Amancio de Lima Medeiros', is positioned above a horizontal line.

Rafaella Araújo Amancio de Lima Medeiros
Orientanda

APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO

1. Idade: _____
2. Sexo: Masculino Feminino
3. Etnia: Amarelo Branco Indígena Pardo Negro
4. Estado civil: solteiro casado divorciado viúvo mora com parceiro(a)
5. Grau de parentesco com a criança: pai mãe avó avô outros
_____.
6. Quantos anos tem sua criança? _____.
7. Sexo da criança: M F
8. Qual a data de nascimento de sua criança? ____/____/____.
9. Sua criança esteve doente nos últimos 15 dias? Sim Não. Se SIM, o quê ela teve?
_____.
10. Você tem outros filhos ou já cuidou de outras crianças além dessa? Sim Não. Se SIM, quantos (as)? _____.
11. Sua escolaridade (em anos de estudo completos):
 Nenhuma escolaridade
 primário incompleto (1ª a 3ª série)
 primário completo (4ª série)
 fundamental incompleto (5ª a 7ª série)
 fundamental completo (8ª série)
 ensino médio incompleto (1º-2º ano)
 ensino médio completo (3º ano)
 superior incompleto
 superior completo
 pós-graduado
12. Renda familiar por mês (a soma da renda de todos os membros da família, incluindo Bolsa Família, seguro desemprego e “bicos”): _____.
13. Ocupação principal: _____

ANEXO A – PARECER SUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AUTOCONCEITO E VERGONHA EXTERNA EM ADOLESCENTES: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA O BRASIL

Pesquisador: Ana Flávia Granville Garcia

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60413722.0.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.539.253

Apresentação do Projeto:

O projeto apresenta-se bem elaborado, com objetivos relevantes, todos os anexos preenchidos corretamente. Metodologia exequível e bem detalhada. Em consonância com as Resoluções 466/12 e 510/16.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Principal

Validar os instrumentos Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCSV1-6) e Other as Shamer Scale (OAS) para a língua portuguesa do Brasil.

Objetivo Secundário:

Adaptar transculturalmente os instrumentos PHCSCSV1-6 e OAS para a língua portuguesa do Brasil;

Testar as propriedades psicométricas (validade e confiabilidade) da versão brasileira dos instrumentos PHCSCSV1-6 e OAS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

a pesquisa traz como riscos o tempo para a avaliação e o constrangimento com o exame, sendo estes minimizados com o treinamento e calibração do pesquisador, bem como com a sua realização em uma sala separada.

Como benefícios terá uma melhor compreensão da influência dos conceitos trabalhados nesse

Endereço: Av. dos Barões, 351 - Campus Universitário
Bairro: Bodocórgo CEP: 58.109-750
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@reitor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 5.039.250

estudo sobre essa população, podendo servir como subsídio para consulta para fomentar o desenvolvimento de estratégias e políticas públicas voltadas a esse público.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta as etapas exigidas pela Plataforma Brasil, está seguindo as Resoluções 466/12 e 510/16.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

ETodos os termos encontram-se em consonância com o desenvolvimento da pesquisa e o solicitado pelo CEP2 e 510/16 do MS, apresenta num texto de fácil entendimento e uma sequência lógica de metodologia

Recomendações:

Solicitamos que concluída a pesquisa, os resultados sejam enviados em forma de relatório a este CEP

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto é viável, está embasado cientificamente e conforme preconiza as Resoluções 466/12 e 510/16 do MS . Portanto, emitimos parecer favorável.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1978099.pdf	05/07/2022 14:05:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_assentimento.docx	05/07/2022 14:04:34	Ana Flávia Granville Garcia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_consentimento.docx	05/07/2022 14:04:18	Ana Flávia Granville Garcia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDePesquisa.docx	05/07/2022 14:03:49	Ana Flávia Granville Garcia	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	05/07/2022 14:02:35	Ana Flávia Granville Garcia	Aceito

Endereço: Av. das Bananeiras, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.100-750
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 5.536/202

Declaração de concordância	declaracao_concordancia.pdf	05/07/2022 14:02:03	Ana Flávia Granville Garcia	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_compromisso.pdf	05/07/2022 14:01:50	Ana Flávia Granville Garcia	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Sec_mun_educ.jpg	05/07/2022 13:53:42	Ana Flávia Granville Garcia	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOSECESTADUAL.jpg	05/07/2022 13:53:13	Ana Flávia Granville Garcia	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	05/07/2022 13:51:14	Ana Flávia Granville Garcia	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	05/07/2022 13:45:24	Ana Flávia Granville Garcia	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 21 de Julho de 2022

Assinado por:

Gabriela Maria Cavalcanti Costa
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Banzeiras, 351 - Campus Universitário
Bairro: Rodocão CEP: 56.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@reitor.uepb.edu.br

**ANEXO C - QUESTIONÁRIO DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SCALE
(DASS-21)**

Instruções: Por favor, leia cuidadosamente cada uma das informações abaixo e circule o número apropriado **0, 1, 2 ou 3** que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

0	Não se aplicou de maneira alguma
1	Aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo
2	Aplicou-se em algum grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
3	Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

Nos últimos sete dias:

1	Achei difícil me acalmar	0 1 2 3
2	Senti minha boca seca	0 1 2 3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0 1 2 3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0 1 2 3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0 1 2 3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0 1 2 3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0 1 2 3
8	Senti que estava sempre nervoso	0 1 2 3
9	Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo(a)	0 1 2 3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0 1 2 3
11	Senti-me agitado(a)	0 1 2 3
12	Achei difícil relaxar	0 1 2 3
13	Senti-me depressivo(a) e sem ânimo	0 1 2 3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0 1 2 3
15	Senti que ia entrar em pânico	0 1 2 3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0 1 2 3

17	Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0	1	2	3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
20	Senti medo sem motivo	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

ANEXO D - FICHA DO ÍNDICE DE ESTÉTICA DENTAL - DAI

COMPONENTES DO DAI	VALORES
1. Quantidade de dentes ausentes (pré-molar direito ao pré-molar esquerdo)	Max. _____ Mand. _____
2. Apinhamento anterior (0- ausente; 1- um segmento; 2- dois seguimentos)	
3. Espaçamento anterior (0- ausente; 1- um segmento; 2- dois seguimentos)	
4. Diastema na linha média superior (mm)	
5. Maior desalinhamento na maxila (mm)	
6. Maior desalinhamento na mandíbula (mm)	
7. Overjet maxilar – sobressaliência (mm)	
8. Overjet mandibular – mordida cruzada anterior (mm)	
9. Overbite Negativo – mordida aberta anterior (mm)	
10. Overbite – Sobremordida (mm)	
11. Mordida cruzada posterior (0- ausente, 1- presente)	Esq. _____ Dir. _____
12. Relação molares (0- normal, 1- ½ cúspide, 2- 1 cúspide)	Esq. _____ Dir. _____

ANEXO E -NORMAS DO PERIÓDICO REVISTA LATINO AMERICANA DE ENFERMAGEM

1. Preparação do texto científico (manuscrito)

1.1. Guias para apresentação do texto

Para melhorar a qualidade e a transparência das investigações em saúde, os textos devem seguir as orientações dos guias da Rede *Equator*, conforme o tipo de estudo:

- Para todos os tipos de estudos de melhoria de qualidade, consultar o guia *Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence* (SQUIRE 2.0 - *checklist*);
- Para ensaio clínico randomizado, utilizar o guia CONSORT (*checklist e fluxograma*);
- Para as revisões sistemáticas e de metanálise, utilizar o guia PRISMA (*checklist e fluxograma*);
- Para os demais tipos de revisão (metassíntese, *scoping review*, *mapping review*, *overview*, revisão integrativa, entre outros), utilizar as extensões do guia PRISMA, disponíveis em <http://www.prisma-statement.org/Extensions/>;
- Para estudos observacionais em epidemiologia, consultar o guia STROBE (*checklist*);
- Para estudos qualitativos, recomenda-se o guia COREQ (*checklist*).

Observação: em relação ao Guia CONSORT, informa-se que é obrigatório o registro **prospectivo** dos ensaios clínicos em uma das entidades mencionadas no tópico 2.1.

1.2. Estrutura

O texto deve conter a seguinte estrutura: título, resumo, descritores em português, *descriptors* em inglês, *descriptores* em espanhol, introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências. Os nomes das seções **Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências** deverão ser apresentados em negrito, com caixa alta somente na primeira letra (Exemplo: Resultados).

Os agradecimentos deverão constar apenas na Title Page (download).

1.3. Formatação

Os Artigos Originais e de Revisão deverão conter até 5000 palavras; as Cartas ao Editor até 500 palavras e no máximo cinco referências. Na contagem das palavras, não serão considerados o resumo, as tabelas, as figuras e as referências.

O texto científico deverá ser enviado de acordo com as seguintes instruções:

- Arquivo no formato .doc ou .docx (Microsoft Word).
- Tamanho A4 (21 cm x 29,7 cm ou 8,27" x 11,7"), com margens superiores, inferiores e laterais de 2,5 cm (1").
- Fonte *Times New Roman* tamanho 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas).
- Espaçamento duplo entre as linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas, que devem ter espaçamento simples.
- Para destacar termos no texto, utilizar itálico.
- Não são permitidas no texto: palavras em negrito, sublinhado, caixa alta ou marcadores do Microsoft Word.

1.4. Título

O título deve ser conciso e informativo, no idioma em que o texto científico for submetido, com até 15 palavras e em negrito. A utilização de caixa alta, siglas, abreviações e localização geográfica da pesquisa não será permitida.

1.5. Resumo

O resumo deve ser estruturado em: **Objetivo, Método, Resultados e Conclusão**. Deverá ser redigido em parágrafo único, com até 200 palavras, no idioma em que o texto for submetido, em espaçamento duplo entre as linhas e com a fonte *Times New Roman* tamanho 12. Citações de autores, local e ano da coleta de dados e siglas, não devem ser apresentadas. O **Objetivo** deve ser claro, conciso e descrito no tempo verbal infinitivo. O **Método** deve conter o tipo de estudo, amostra, variáveis, instrumentos utilizados na pesquisa e o tipo de análise. Os **Resultados** devem ser concisos, informativos e apresentar os principais resultados descritos e quantificados, inclusive as características dos participantes e análise final dos dados. A **Conclusão** deve responder estritamente ao objetivo, expressar as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas do estudo e as suas principais contribuições para o avanço do conhecimento científico.

Os **Ensaio Clínico** devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo. O número desse registro não será computado no número de palavras do resumo.

1.6. Descritores

Os descritores em português, inglês e espanhol deverão ser selecionados da lista do *Medical Subject Headings (MeSH)* ou *vocabulário dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)*. Devem ser incluídos **seis** descritores, separados entre si por ponto e vírgula. A primeira letra de cada palavra do descritor deve estar em caixa alta, exceto artigos e preposições.

1.7. Introdução

Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas (dos últimos três anos) e de abrangência nacional e internacional. Descrever as hipóteses do estudo, quando aplicável, e o objetivo no final dessa seção. O objetivo deve ser idêntico no resumo e ao final da introdução.

As siglas deverão ser descritas por extenso na primeira vez em que aparecerem no texto e acompanhadas de sua abreviatura.

1.8. Método

Subdividir a seção nos tópicos: Tipo ou delineamento do estudo; Local ou Cenário em que aconteceu a coleta de dados (cidade, sigla do estado e país); Período; População; Critérios de seleção; Definição da amostra, se for o caso, ou Participantes; Variáveis do estudo; Instrumentos utilizados para a coleta das informações; Coleta de dados; Tratamento e Análise dos dados e Aspectos éticos. Todos os subtítulos devem ser destacados em negrito. Os estudos de abordagem qualitativa devem explicitar o referencial ou quadro conceitual no corpo do texto científico.

1.9. Resultados

Descrever os resultados encontrados, sem incluir interpretações, comentários ou comparações. O texto não deverá repetir o que está descrito nas tabelas e nas figuras.

1.10. Discussão

Deve se restringir aos resultados obtidos e alcançados. Enfatizar aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as concordâncias e as divergências com outras pesquisas com evidências científicas atualizadas, publicadas em periódicos nacionais e internacionais. Apresentar, ao final deste tópico, as limitações do estudo e as implicações para o avanço do conhecimento científico para a área de saúde e enfermagem.

1.11. Conclusão

Responder aos objetivos do estudo, de forma clara, direta e objetiva, restringindo-se aos dados encontrados, sem a citação de referências.

2. Tabelas e figuras

O texto científico deve conter, no máximo, cinco tabelas e/ou figuras.

As tabelas devem conter título informativo, claro e completo, localizado acima do seu conteúdo, indicando o que se pretende mostrar. O título deve conter as informações: participantes do estudo, variáveis, local (cidade, sigla do estado, país) e ano da coleta de dados. O ponto final após a descrição do título da tabela não deve ser incluído. O “n” deverá ser incluído logo após os participantes do estudo.

2.1. Formatação das tabelas

As tabelas deverão ser elaboradas com a ferramenta de tabelas do Microsoft Word, em fonte *Times New Roman* tamanho 12, com espaçamento simples entre as linhas. Os dados deverão ser separados por linhas e colunas, de forma que cada dado esteja em uma célula. As tabelas não devem conter células vazias e cada coluna deve ser identificada. Os traços internos deverão ser inseridos somente abaixo e acima do cabeçalho e na última linha das tabelas.

2.2. Menção e inserção das tabelas no texto

Todas as tabelas e figuras deverão ser mencionadas no texto científico e inseridas logo após a sua primeira menção. Exemplo: “...conforme a Tabela 1...”.

Cabeçalho e fonte de informação das tabelas para dados secundários

O cabeçalho deverá estar em negrito. A fonte de informação para dados secundários deverá ser mencionada em nota de rodapé, nas próprias tabelas.

2.3. Notas de rodapé das tabelas

As notas de rodapé das tabelas devem ser restritas ao mínimo necessário. Essas notas deverão ser indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, || e ¶, os quais deverão ser apresentados tanto no interior da tabela quanto em sua nota de rodapé.

2.4. Siglas

A utilização de siglas deve ser restrita ao mínimo necessário.

As siglas presentes nas tabelas e/ou figuras deverão ser apresentadas por extenso em nota de rodapé das, utilizando os símbolos sequenciais: *, †, ‡, §, || e ¶, sem a utilização de ponto final.

Exemplo: *GC = Grupo controle; †GI = Grupo intervenção

Os símbolos sequenciais devem ser reiniciados para cada tabela e/ou figura, sendo apresentados desde o título/cabeçalho, corpo da tabela/figura e nota de rodapé, em sistema de leitura ziguezague (da esquerda para a direita, de cima para baixo).

Quando houver necessidade de utilizar mais de seis indicações na mesma tabela e/ou figura, símbolos sequenciais duplicados deverão ser utilizados após os seis símbolos iniciais. Se houver necessidade de utilizar mais símbolos, obedecer à mesma lógica, ou seja, utilizar símbolos triplicados, quadruplicados, etc., conforme exemplo a seguir: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, §§, |||, ¶¶, ***, †††, ‡‡‡, §§§, ||||, ¶¶¶, ****, ††††, ‡‡‡‡, §§§§, |||||, ...

2.5. Valores monetários

Deverão ser apresentados em dólares dos Estados Unidos (USD) ou em salários mínimos no país da pesquisa na época da coleta de dados.

Se apresentados em dólares (USD), a cotação do dólar e a data da cotação devem ser informadas em nota de rodapé.

Exemplo: *Cotação do Dólar EUA = R\$ 4,6693, em 10/03/2020

Se apresentados em salários mínimos, o valor, ano e país da pesquisa referentes ao salário mínimo devem ser informados em nota de rodapé.

Exemplo: *Salário mínimo vigente = R\$ 1.045,00, Brasil, 2020

2.6. Formatação não permitida

Quebras de linhas utilizando a tecla *ENTER*, recuos utilizando a tecla *TAB*, espaços para separar os dados, caixa alta, sublinhado, marcadores do Microsoft Word, cores nas células e tabelas com mais de uma página não serão permitidos. As tabelas de apenas uma ou duas linhas deverão ser convertidas em texto.

3. Figuras

São consideradas figuras: quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos. Todos estes itens devem ser denominados apenas como “figura” no texto científico (Exemplo: Figura 1, Figura 2, etc.).

O título da figura deve estar localizado logo abaixo da mesma. Se houver nota de rodapé, o título virá imediatamente abaixo.

As figuras devem estar em alta resolução, com um mínimo de 900 DPI (*Dots Per Inch* ou Pontos por Polegada, em português), sendo, sempre que possível, editáveis.

3.1. Figuras: Quadros

Os quadros deverão conter dados textuais e não numéricos, serem fechados nas laterais e com linhas internas. Quadros, quando construídos com a ferramenta de tabelas do Microsoft Word, poderão ter o tamanho máximo de uma página e não, somente, 16x10 cm como as demais figuras. A inserção de quadros, quando extraídos de outras publicações, exige a indicação da fonte em nota de rodapé.

3.2. Figuras: Gráficos

Os gráficos deverão estar legíveis e nítidos, com o tamanho máximo de 16x10 cm. Se optar por utilizar cores, elas devem ser de tons claros. Vários gráficos em uma única figura somente serão aceitos se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura.

3.3. Figuras: Desenhos, esquemas e fluxogramas

Os desenhos, esquemas e fluxogramas deverão ser construídos com ferramentas adequadas, de preferência com a intervenção de um profissional de artes gráficas. Eles deverão ser de fácil compreensão, legíveis, nítidos e no tamanho máximo de 16x10 cm.

Desenhos, esquemas e fluxogramas inseridos, quando extraídos de outras publicações, exigem a indicação da fonte em nota de rodapé da figura.

3.4. Figuras: Fotos

As fotos deverão estar nítidas, em alta resolução e de tamanho máximo de 16x10 cm. Caso contenham imagens de pessoas deverão ser tratadas, para que não haja possibilidades de identificação das que foram retratadas.

3.5. Notas de rodapé das figuras

As notas de rodapé das figuras devem ser restritas ao mínimo necessário; deverão ser indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, || e ¶, os quais deverão ser apresentados tanto no interior da figura quanto na nota de rodapé.

4. Depoimentos de participantes dos estudos

Os depoimentos devem ser apresentados em itálico, na fonte *TimesNew Roman* tamanho 10, sem aspas e na sequência do texto.

É obrigatória a identificação por código de cada depoimento citado no manuscrito, entre parênteses, sem itálico e ao final do depoimento.

5. Notas de rodapé no texto

As notas de rodapé deverão ser indicadas pelo sinal gráfico asterisco, iniciadas a cada página e restritas a um máximo de três por página. Utilizar a sequência *, **, ***.

6. Formatação das citações

6.1. Citações de referências no texto

Enumeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico ou de método). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen. Ex.: (1-4); quando intercaladas, deverão ser separados por vírgula. Ex.: (1-2,4).

Entre a citação numérica e a palavra que a antecede, não deve existir espaço. Exemplo: Cândida albicans^(3-6,16,21).

A indicação da página consultada da referência citada no artigo não deve ser mencionada.

6.2. Citações de referências "ipsis literis"

Essas citações deverão ser apresentadas entre aspas, sem itálico, com fonte *Times New Roman* tamanho 12 e na sequência do texto.

7. Referências

A RLAE adota as referências em conformidade com o Estilo Vancouver.

Inexiste limite máximo do número de referências, desde que pertinentes ao texto e com *link* de acesso para sua averiguação. Os autores devem seguir a proporcionalidade de, no mínimo, 80% de artigos de periódicos indexados em bases de dados internacionais e dos últimos três anos. Os links para a averiguação devem estar com datas de acesso atualizadas.

As referências citadas deverão estar no idioma inglês sempre que disponível. O *DOI (Digital Object Identifier)* ou o *link* de acesso devem ser inseridos ao final de todas as referências citadas no artigo.

Para se ter exemplos de como citar artigos publicados na RLAE, recomenda-se a consulta ao *site* <http://rlae.eerp.usp.br/section/9/como-citar-artigos-da-rlae>

ANEXO F - NORMAS DO PERIÓDICO TEXTO E CONTEXTO EM ENFERMAGEM

Podem ser submetidos para avaliação inicial, manuscritos que não estejam formatados de acordo com as normas da Texto & Contexto. No entanto, a submissão inicial do manuscrito deve seguir o padrão de artigo científico e incluir todos os arquivos de submissão necessários para revisão. Os artigos revisados ou com aceite final deverão ser formatados pelos autores de acordo com os requisitos específicos da Texto & Contexto (padrão das referências, tabelas e figuras etc.).

Preparo dos documentos: manuscrito e estrutura dos textos

Para submissão do manuscrito, os autores deverão compor dois documentos: 1) Página de identificação; e 2) Documento principal (*Main document*).

1) Página de Título (Modelo 1)

Deve conter título do manuscrito (conciso, mas informativo, com no máximo 15 palavras em negrito e caixa alta) somente no idioma original; nome completo de cada autor, registro do ORCID ativo na conta do author no *ScholarOne*, afiliação institucional, cidade, estado, país; nome e endereço eletrônico do autor correspondente.

Origem do manuscrito: extraído de tese, dissertação, trabalho de conclusão de curso, projetos de pesquisa, informando o título do trabalho, programa vinculado e ano da apresentação.

Agradecimentos: incluem instituições que, possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

Contribuição de autoria: Os critérios devem corresponder às deliberações do ICMJE nos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto, coleta, análise, interpretação dos dados e participação ativa na discussão dos resultados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Revisão e aprovação final da versão a ser publicada; 4. Concordância com todos os aspectos do manuscrito em termos de veracidade ou integridade das informações. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

Fontes de financiamento: informar o nome das instituições públicas ou privadas que deram apoio financeiro, assistência técnica e outros auxílios.

Aprovação de Comitê de ética em Pesquisa: informar o número de parecer do Comitê de ética em Pesquisa da instituição e do Certificado de Apresentação para Apreciação ética (CAAE), quando pesquisa envolvendo seres humanos.

Conflito de interesses: relacionar, se houver, os conflitos de interesse de todos os autores.

2) Manuscrito (Documento principal) (Modelo 2)

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço entrelinhas de 1,5 cm, justificado, recuo inicial de parágrafo 1,25, sem espaço entre parágrafos em papel A4 e com numeração no rodapé das páginas, margem 2 cm. Letra *Arial* tamanho 12, utilizando editor *Word* ou compatíveis.

Estrutura/seções

- Título somente no idioma do manuscrito
- Resumo estruturado somente no idioma do manuscrito
- Descritores somente no idioma do manuscrito
- Introdução
- Método
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Referências

Observação: O manuscrito deverá ser encaminhado no idioma original do primeiro autor. Caso o manuscrito esteja versado na língua inglesa e os autores sejam brasileiros, o manuscrito deve ser encaminhado também na versão em português para avaliação da qualidade da tradução pelo corpo editorial da **Texto & Contexto Enfermagem**.

Resumo: o resumo deve ser apresentado na primeira página, somente no idioma do manuscrito, com limite máximo de 250 palavras. Deve ser estruturado com as seguintes seções: objetivo(s), método, resultados e conclusão. Os ensaios clínicos e as revisões sistemáticas devem apresentar o número de registro do respectivo do protocolo ao final do resumo. Itens **não** permitidos no resumo: siglas e citações de autores.

Descritores: abaixo do resumo, incluir cinco a oito descritores no idioma original. Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em <http://decs.bvs.br> ou o *Medical Subject Headings* (MeSH) do *Index Medicus*, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = *A cura pela prece*

Ilustrações: as tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a cinco no total. Configuradas na mesma fonte do texto, com espaçamento simples entre linhas, negrito

apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais da variável, exceto tabelas e quadros, todas as demais ilustrações devem ser designadas como figuras.

Tabelas: devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível

em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

devem apresentar dado numérico como informação central;

título informativo, conciso e claro, contendo “o que”, “de quem”, cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados, seguido e ponto. Na sequência, informar o tamanho da amostra estudada entre parênteses precedido da letra n;

exemplo: **Tabela 1 - Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Salvador, BA, Brasil, 2014. (n=209)**

os dados devem estar separados corretamente por linhas e colunas de forma que esteja, cada dado, numa casela;

devem possuir traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior. Devem ser abertas lateralmente;

não são permitidos: quebras de linhas utilizando a tecla *Enter*, recuos utilizando a tecla *Tab*, espaços para separar os dados, sublinhado, marcadores do *Microsoft® Office Word* e cores nas células;

evitar tabelas extensas, com mais de uma página;

tabelas curtas devem ser convertidas em texto;

As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na sequência: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.

as legendas devem estar localizadas após a linha inferior da tabela, restritas ao mínimo necessário, sem negrito, apresentando o termo em caixa alta separado da descrição por dois pontos (ex.: VCM: volume corpuscular médio). Entre as legendas, deve-se usar ponto e vírgula e fonte *Arial*, tamanho 10;

o teste estatístico utilizado deve ser mencionado na legenda;

o título dos resultados não devem ser colocados no corpo da tabela, mas sim no cabeçalho sob a forma de %, n, média, mediana, p-valor, entre outros;

citar a fonte no rodapé da tabela, abaixo da legenda (se existir) ou abaixo da linha inferior da tabela. Ex.: Fonte: DATASUS¹².

Quadros: devem apresentar as informações na forma discursiva, contendo:

título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte superior do quadro;

difere das tabelas principalmente por conter dados textuais, são fechados nas laterais e contém linhas internas;

evitar quadros extensos, com mais de uma página;

quando o quadro não for de autoria própria, deve ter a fonte citada em rodapé. A legenda, se existir, segue o mesmo formato que o descrito para tabelas e deve estar localizada antes da fonte do quadro, em linha diferente.

Figuras: não devem repetir os dados representados em textos ou tabelas. Além de estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária à publicação. Se forem extraídas de outra fonte, publicada ou não, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para sua utilização. Devem conter legenda, quando necessário, e fonte, sempre que for extraída de obra publicada, que deverá constar nas referências.

título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte inferior;

devem estar totalmente legíveis, nítidas e autoexplicativas;

vários gráficos em uma só figura serão aceitos somente se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura;

devem possuir alta resolução (mínimo de 300 dpi);

podem estar em preto e branco ou coloridas;

fotos de pessoas devem ser tratadas para impedir a identificação;

se a foto tiver proteção de direitos autorais, deverá ser acompanhada de uma carta de autorização para publicação.

Citações no texto

Citações indiretas: deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada depois da numeração em sobrescrito, sem espaço entre ponto final e número da citação. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal⁷.

Quando as citações oriundas de dois ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (por exemplo, 1, 2, 3, 4 e 5), deverão estar em sobrescrito, separadas por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador¹⁻⁵.

Citações diretas (transcrição textual): devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independentemente do número de linhas. Exemplo: [...] “o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmagava os homens e as culturas, para fins insensatos”^{1:30-31}.

Verbatins: as citações de pesquisa qualitativa devem estar em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. A identificação da autoria

deve ser **sem** itálico. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade* (e7).

Notas de rodapé: o texto deverá conter, no máximo, três notas de rodapé, que serão indicadas por: * primeira nota, ** segunda nota, ***terceira nota.

REFERÊNCIAS

As referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com o (*International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE*). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

O número de referências nos manuscritos limita-se a 30, exceto em artigos de Revisão de Literatura.

Atentar para: atualidade das referências (preferencialmente dos últimos cinco anos); prioridade de referências de artigos publicados em periódicos científicos.

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), os autores deverão converter as referências para texto.

Referências de artigos publicados na Revista Texto & Contexto Enfermagem e em outros periódicos brasileiros bilíngues devem ser citadas no idioma INGLÊS e no formato eletrônico.

Devem ser citados responsáveis de dados de pesquisa, bem como métodos e programas de computador.

Literatura cinzenta: devem ser evitadas citações de publicações, não convencionais, não indexadas, de difusão restrita e que em regra geral não apresentem ISBN, ISSN, ISAN ou DOI (teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, apostilas, anais, portarias e publicações oficiais).

Os manuscritos extraídos de teses, dissertações e TCCS não devem citar o trabalho original nas referências. Esta informação deverá ser inserida na página de identificação.

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências,

consultar: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português, consultar: <http://www.ibict.br>.

Errata: após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata devem enviá-la imediatamente à Secretariada Revista por *e-mail*

Taxas de Processamento de Artigos

A cobrança de **taxas de processamento de artigos** é necessária para subsidiar todo o processo editorial da Revista Texto & Contexto. Entre os custos está o repasse de recursos para o SciELO, pelo contrato de prestação de serviços de apoio à editoração, publicação, indexação e disseminação de periódicos científicos na coleção Rev@Enf, da qual a Texto & Contexto Enfermagem faz parte.

- A **Taxa de Avaliação de Conformidade** deverá ser paga no momento da submissão do manuscrito. O comprovante de pagamento deverá ser anexado como “Arquivo complementar que NÃO é para avaliação”. O valor de R\$ 350,00 por manuscrito não será devolvido caso o manuscrito for rejeitado, independente do momento do processo de avaliação e *peer review*.
- A **Taxa de Publicação** será de R\$1.600,00, cujo pagamento será efetuado no momento do aceite do manuscrito para publicação.
- O **pagamento da tradução** do manuscrito para o inglês; do abstract e resumen são responsabilidade do autor, a partir da escolha do tradutor dentre os diversos que a **Texto & Contexto Enfermagem** disponibiliza para esta finalidade.
- Durante o processo de avaliação será solicitada revisão de gramática/linguagem de responsabilidade dos autores.
- São isentos de pagamento editoriais convidados.
- A taxa de publicação também será aplicada no caso de necessidade de publicação de errata.