



# Comportamento, Autoconceito e Experiências de Vergonha em Adolescentes

Ana Filipa Carvalho dos Santos

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Sónia Simões, Professora Auxiliar, Instituto Superior Miguel  
Torga

Coimbra, outubro de 2016

## Resumo

**Introdução:** A literatura refere que a adolescência é uma etapa do ciclo vital de transição e de construção da sua identidade, em que o comportamento poderá ser influenciado por diversos fatores como o autoconceito e as experiências de vergonha. Adolescentes expostos a fatores de risco tendem a desenvolver problemas de comportamento.

**Objetivo:** A presente investigação tem como objetivos verificar se existem diferenças nas experiências de vergonha, no autoconceito e no comportamento em função de algumas variáveis sociodemográficas, estudar as associações entre as experiências de vergonha, o autoconceito e os problemas de comportamento em adolescentes e analisar diferenças no comportamento em função do autoconceito e das experiências de vergonha.

**Método:** A amostra é constituída por 70 alunos do Instituto Pedro Hispano, 29 rapazes e 41 raparigas, com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos ( $M = 13,44$ ;  $DP = 1,00$ ). O protocolo é constituído por: Questionário Sociodemográfico, Inventário de Comportamento da Criança para Pais (CBCL) ambos preenchidos pelos pais; Escala de Autoconceito de *Piers-Harris* (PHCSCS-2) e Escala de Vergonha Externa – versão breve para Adolescentes (OASB – A), destinados ao preenchimento pelos adolescentes.

**Resultados:** As raparigas apresentam mais vergonha externa que os rapazes, apesar da diferença não ser significativa. Já os rapazes e os adolescentes sem retenções evidenciam níveis maiores de autoconceito. As raparigas apresentam mais problemas de comportamento (nomeadamente depressão, problemas sociais, queixas somáticas, isolamento, obsessivo/esquizoide e no índice dos problemas externalizantes), e são os adolescentes com retenções que tendem a desenvolver mais problemas de comportamento, tanto internalizantes como externalizantes. Por fim, existem diferenças nos problemas de comportamento em função do autoconceito e das experiências de vergonha. Assim, um autoconceito baixo associa-se a mais depressão e mais vergonha externa, e a mais problemas de comportamento (oposição/imaturidade, depressão, problemas sociais, queixas somáticas, isolamento, ansiedade, obsessivo/esquizoide, nos problemas de internalização e no total do CBCL).

**Conclusão:** Podemos concluir com este estudo que a vergonha externa parece influenciar de forma negativa o autoconceito e o comportamento dos adolescentes (nomeadamente a depressão, isolamento e problemas de internalização), assim como o autoconceito também parece ter influência no comportamento dos adolescentes.

**Palavras-chave:** adolescentes, autoconceito, vergonha externa, problemas de comportamento.

## Abstract

**Introduction:** The literature reports that adolescence is a stage of the life cycle of transition and construction of their identity. The behavior may be influenced by several factors such as self and shame experiences. Adolescents exposed to risk factors tend to develop behavioral problems.

**Purpose:** The goals of this research is check whether there are differences in shame experiences in self-concept and behavior according to some sociodemographic variables, analyze differences in conduct on the self and shame experiences and study the associations between experiences shame, self-concept and behavior problems in adolescents.

**Method:** The sample consists of 70 students of the Institute Pedro Hispano, 29 boys and 41 girls, aged between 12 and 16 years ( $M = 13.44$ ,  $SD = 1.00$ ). The protocol consists of: Sociodemographic Questionnaire, Child Behavior Inventory for Parents (CBCL) both completed by parents; Self Concept Scale Piers-Harris (PHCSCS-2) and scale External Shame - short version for Adolescents (OASB - A) intended to fill by adolescents.

**Results:** Girls have more external shame than boys, although the difference is not significant. As for the boys and adolescents without retentions show higher levels of self-concept. Girls have more behavior problems (such as depression, social problems, somatic complaints, isolation, obsessive / schizoid and content of externalizing problems), and are adolescents with retentions that tend to develop more behavior problems, both internalizing and externalizing. Finally, there are differences in behavior problems due to the self and shame experiences. Thus, a low self-concept is associated with more depression and more external shame, and more behavior problems (opposition / immaturity, depression, social problems, somatic complaints, isolation, anxiety, obsessive / schizoid in internalizing problems and in total CBCL).

**Conclusion:** We can conclude from this study that the external shame seem to influence negatively the self-concept and behavior of adolescents (particularly depression, isolation and internalizing problems) as well as the self-concept also seems to influence the behavior of adolescents.

**Keywords:** adolescents, self-concept, external shame, behavior problems.

## **Agradecimentos**

Ao Instituto Pedro Hispano pela disponibilidade e interesse demonstrado em colaborar na realização do estudo, e por todas as facilidades concedidas, e em particular à Dra. Sara Alegre, pelo seu apoio e disponibilidade.

A todos os Professores da Instituição que de alguma forma colaboraram no estudo.

A todas as famílias que participaram neste estudo, tornando-o concretizável.

À Professora Doutora Sónia Simões, orientadora desta tese, pela partilha de conhecimento, pela dedicação e empenho.

À Professora Doutora Margarida Pocinho pelo apoio estatístico prestado e que mesmo sobrecarregada de trabalho me acolheu.

Às minhas amigas, em especial à Rita e à Pollyana pela amizade e carinho e sobretudo pelo companheirismo ao longo desta etapa.

Ao Hugo, pelo apoio e pela compreensão da minha ausência.

Aos meus pais por tudo o que sou e pelo que alcancei, a eles o devo! Pelo apoio e amor incondicional que sempre demonstraram, pela força, pela coragem e incentivo, por terem acreditado em mim e por todos os sacrifícios que suportaram ao longo deste longo percurso, por nunca me deixarem desistir mesmo quando a força fraquejou.

Àqueles que partiram cedo demais, certamente estariam orgulhosos do meu percurso.

A Deus, por me ter guiado sempre neste longo trajeto, por ter aberto as portas necessárias de forma a que conseguisse sempre ir em frente mesmo quando parecia impossível.

A todos,

Muito obrigada!

## Introdução

### Adolescência

A Organização Mundial de Saúde (WHO) descreve a **adolescência** como o período de crescimento e desenvolvimento humano de transição entre a infância e o início da idade adulta, situando-se entre os 11 e 19 anos (World Health Organization [WHO], 1986). Este é um período caracterizado por mudanças biopsicossociais, a nível físico/fisiológico, intelectual, psicológico, emocional e social (Sprinthall e Collins, 1999). No que respeita às estruturas psicológicas, a adolescência é marcada pelo desenvolvimento do pensamento formal, pela exploração e construção da identidade do *eu* que conduzem o indivíduo da infância à idade adulta (Frydenberg, 2008).

Apesar de em termos cronológicos ser difícil estabelecer a idade de início e de fim da adolescência, nesta fase transitória “devem ser consideradas como ações reorganizativas internas e externas que o adolescente deve levar a cabo se quiser atingir a idade adulta” (Sampaio, 1993, p. 100). A adolescência é, então, uma etapa do desenvolvimento que ocorre entre a puberdade e a idade adulta, ou seja, desde a altura em que as alterações psicobiológicas iniciam a maturação até à idade em que um sistema de valores e crenças se enquadram em uma identidade estabelecida (Sampaio, 1995).

Posto isto, a família, a escola, o grupo de pares, entre outros, desempenham um papel importante na construção da identidade pessoal e social do adolescente e na independência emocional (Caldwell e Darling, 1999; Cunha, Matos, Faria e Zagalo, 2012). Em suma, esta etapa do ciclo vital é de extrema importância, uma vez que é nela que o sujeito constrói a sua identidade, a representação de si próprio e do outro. E, devido às alterações fisiológicas, psicológicas, relacionais e ambientais, esta é uma fase caracterizada pelo aumento da vulnerabilidade emocional. Estas mudanças transformam a adolescência em um período de vulnerabilidade com impacto em experiências adversas, em particular a vergonha (Cunha et al., 2012).

### Vergonha

A **vergonha** é uma emoção que desempenha um papel adaptativo e regulador da ligação social. É essencialmente uma experiência do *eu* relacionada com a forma como pensamos existir na mente dos outros (Gilbert e McGuire, 1989). Podemos considerar uma questão de sobrevivência a necessidade de representarmos para os outros um modelo atrativo e que provoca sentimentos positivos. A vergonha pode constituir uma ameaça ao ser rejeitado perante a qual o indivíduo reage com comportamentos defensivos. Gilbert (1989, 2002) designa esta

emoção como uma experiência social interna que se traduz numa resposta defensiva à ameaça de rejeição ou desvalorização como consequência da perda de atratividade do *eu* na mente dos outros. A comprovar este quadro teórico, num estudo de Cheung, Gilbert e Irons (2004) a vergonha e a posição social apareceram interligadas.

Os adolescentes que experienciam memórias traumáticas tendem a desenvolver um juízo de si mesmo negativo aos olhos dos outros (vergonha externa) e aos seus próprios olhos (vergonha interna) e estados emocionais negativos (depressão e ansiedade) (Gilbet, 2000). A este propósito, refira-se o estudo de Cunha et al. (2012), em que as memórias de vergonha (interna e externa) traumáticas apareceram fortemente ligadas à depressão e a sintomas de ansiedade.

O estudo de Matos e Pinto-Gouveia (2010) identifica que a memória traumática de experiências de vergonha na infância ou na adolescência estão relacionadas com a vergonha atual, o que significa que os indivíduos cujas experiências de vergonha estão associadas a traumas, tendem a acreditar que os outros o veem e o julgam como um ser inferior, incapaz, indesejável, mau. Portanto, experiências de vergonha em idades precoces revelam características de memória traumática que aparecem associadas à vergonha atual. Os resultados indicaram ainda que a extensão na qual uma memória emocional negativa era central na identidade e história de vida, estava positivamente relacionada com a psicopatologia, nomeadamente a depressão, ansiedade e a gravidade do *stress* pós-traumático.

As formas de lidar com a vergonha variam de acordo com o género e poderão estar relacionadas com aspetos culturais e com a socialização precoce com a vergonha, que se inicia na relação com os pais (Lewis, 1992; Mills, 2005). Apesar de não existir um consenso acerca da definição de vergonha, existem dois componentes associados à vergonha (Gilbert e Procter 2006), nomeadamente a vergonha externa e a vergonha interna.

A *vergonha interna* está relacionada com as dinâmicas internas do *eu* e com a forma como o *eu* julga e sente o próprio *eu* (Gilbert, 2003), sendo o foco a autoconsciência, o *self*. A atenção é autodirigida e as avaliações são de si mesmo (Lewis, 1992, 2003), isto é, emerge com o desenvolvimento da autoconsciência e como existimos para os outros. Na vergonha interna, a perceção do indivíduo sobre si próprio é negativa, auto avaliando-se como uma pessoa sem valor e não desejado pelos outros. A componente chave da vergonha interna é a auto desvalorização e autocrítica. A consequência da vergonha interna é que a pessoa experiencia o mundo exterior contra si mesmo e as suas autoavaliações (mundo interno) como crítico, hostil e perseguidor. Refira-se, ainda, que a vergonha interna se relaciona com o desenvolvimento da autoconsciência e como existimos para os outros (Lewis, 1992, 2003).

A *vergonha externa* refere-se à forma como se pensa que os outros veem o *self* (Allan et al., 1994; Goss, Gilbert e Allan, 1994), estando a pessoa focada sobre o que está a passar na mente das outras pessoas sobre ela própria. Relaciona-se com pensamentos e sentimento que os outros veem, com sentimentos de raiva, desprezo e com características que o tornam pouco atraente, rejeitável ou vulnerável a ataques de outras pessoas, que fazem com que a pessoa não queira ser vista (Gilbert, 1998). Portanto, na vergonha externa o foco de atenção é sobre o que está na mente das outras pessoas sobre si (Lewis, 1992, 2003). A vergonha externa incide sobre o que os outros pensam e sentem acerca de nós, pelo que advém da capacidade de construir modelos internos de como somos vistos pelos outros, e corresponde ao que se sente quando se percebe que, ao contrário de estarmos a gerar afeto positivo na mente do outro, estamos, antes, a criar desinteresse, desejo de rejeitar, evitar ou magoar (Gilbert, 2003, 2006).

Num episódio de vergonha, a pessoa experiencia o mundo externo e interno contra ela, como sendo um mundo hostil e perseguidor. Vivencia a intensidade da hostilidade do mundo externo e interno e levanta questões sobre se será possível ele ajudar-se a si mesmo a criar um foco auto calmante e assim, lidar com a vergonha (Gilbert e Procter, 2006).

### **Autoconceito na adolescência**

A investigação das últimas décadas tem elevado a importância do estudo do **autoconceito** na psicologia (Veiga e Domingues, 2012). O autoconceito é o conhecimento que o indivíduo tem de si próprio, incluindo aspetos afetivos, cognitivos e comportamentais definidos pela interação entre o meio ambiente e o si próprio (Sisto e Martinelli, 2004b). Segundo Faria e Fontaine (1990) apesar da diversidade de definições, aceita-se o autoconceito como sendo, em termos gerais, a percepção que o sujeito tem de si próprio, e em termos específicos, o conjunto de atitudes, sentimentos e conhecimento acerca das capacidades, competências, aparência e aceitabilidade social próprias. Ou, nas palavras de Saldanha, Oliveira e Azevedo (2011) remete para representações mentais das características pessoais utilizadas pelo indivíduo para a definição de si mesmo e regulação do seu comportamento, sendo denominadas de esquemas cognitivos ou autoesquemas.

O conceito que os indivíduos elaboram deles próprios é proveniente dos processos cognitivos e é caracterizado como um sistema complexo e dinâmico de percepções, crenças e atitudes de um indivíduo sobre si mesmo, que atua na interpretação e organização das experiências dos sujeitos, estando passível a influência de fatores internos e externos (D’Affonseca, 2005). Pode, então, ser definido como um conjunto de atribuições cognitivas que um indivíduo faz a respeito de si, das suas características pessoais e do seu comportamento em situações objetivas (Cadieux, 1996).

A formação do autoconceito é um processo lento, que se desenvolve nas experiências pessoais e com a relação dos outros ao seu comportamento. Assim, a formação do autoconceito em crianças e adolescentes pode estar associada a aspetos sociais tais como a família, a escola, idade, género, raça e aspeto físico (Sisto e Martinelli, 2004b). A forma como os outros reagem ao comportamento da criança, aprovando-o ou desaprovando-o, influencia as características do autoconceito que se desenvolverá. Assim, o autoconceito da criança é geralmente influenciado pelos adultos importantes na sua vida, como os pais e professores que, na maioria, exercem algum controle sobre a criança e cujas opiniões têm influência sobre ela. Cada pessoa tem variadas conceções sobre si e é racional crer que a criança se apercebe de diferentes características, ao longo do seu desenvolvimento. Este facto pode ser justificado pela evolução e riqueza das suas vivências, que se vão diversificando e tornando mais complexas à medida que ela cresce, pois, o leque de pessoas com quem vai interagindo vai aumentando (amigos, colegas, professores) (Peixoto e Mata, 1993).

A capacidade de poder expressar-se sem o medo de ser ridicularizado ou criticado constrói-se na adolescência. É nesta etapa que emergem as verdadeiras relações de amizade baseadas na intimidade (Cordeiro, 2006). Tem sido referido que o adolescente desenvolve diferentes autoconceitos em função dos diferentes papéis sociais que tem que assumir. Assim, as várias medidas de avaliação do autoconceito abrangem múltiplas dimensões, que vão aumentando à medida que avançamos no ciclo de vida (Faria, 2005). Peixoto e Almeida (2011) sustentaram a ideia de uma organização hierárquica do autoconceito no decorrer da adolescência, subdividindo-se em quatro fatores de ordem superior: autoconceito de apresentação, autoconceito social, autoconceito académico verbal e autoconceito académico matemático. Já Piers (1969) identifica seis dimensões de autoconceito: aparência física, ansiedade, popularidade, satisfação e felicidade, estatuto intelectual e aspeto comportamental.

Em continuidade, se a criança vivencia experiências fracassadas, provavelmente ela incorporará essa ideia sobre o seu autoconceito, mesmo que não seja condizente com a realidade (Carneiro, Martinelli e Sisto, 2003).

A aceitação do autoconceito como um processo torna possível delinear estratégias facilitadoras da sua promoção. A relação entre a perceção de si mesmo e o comportamento de crianças e adolescentes constitui-se como fator fundamental da promoção do autoconceito nas suas múltiplas dimensões, logo, na melhoria do seu bem-estar físico, psicológico e social (Faria, 2005).

A literatura tem referido diferenças no autoconceito dependendo das variáveis género, idade, rendimento escolar, aceitação social dos pares e autoridade materna.



No que respeita ao *género*, Piers (1969) afirma que, das dimensões por si estudadas, o género masculino apresenta níveis superiores de autoconceito apenas nas dimensões popularidade, aparência física e ausência de ansiedade. Existem estudos diferenciais que demonstram que na adolescência as raparigas têm menor autoconceito físico do que os rapazes nos domínios da aparência física e da competência atlética (Faria e Fontaine, 1995; Fontaine, 1991).

Apesar de existirem alguns estudos que apresentam uma tendência para autoavaliações globais mais positivas por parte dos indivíduos do sexo masculino, segundo Peixoto (2003) a variável género não diferencia rapazes e raparigas pois parece não produzir um impacto significativo na avaliação que o indivíduo realiza sobre si próprio. A este propósito, Veiga (1995) defende que, no que respeita ao género, é necessário ter em conta alguns fatores, como a cultura, família e contexto social, que poderão condicionar o indivíduo na sua autoafirmação, bem como a construção do autoconceito poderá estar relacionada com processos de socialização diferenciados.

No que respeita à relação entre autoconceito e *idade*, Peixoto e Mata (1993) referem que a influência dos diferentes domínios do autoconceito vai depender não só das vivências dos sujeitos e das suas características individuais, mas também da sua idade. A este propósito, Clemente (2008) sugere que as crianças mais novas tendem a ser percecionadas como apresentando mais problemas de comportamento. Por seu lado, Marsh (1989) defende que há uma diminuição no decorrer da pré-adolescência e um aumento do autoconceito, no final da adolescência e início da idade adulta.

Por seu lado, Veiga (1995) verificou, num estudo com 578 alunos do 7º, 8º e 9º anos, alguma estabilidade em metade das dimensões da escala de autoconceito de Piers-Harris, enquanto nas restantes (satisfação/felicidade, ansiedade, comportamento, motivação, confiança nas capacidade e autoconceito académico) os alunos mais velhos obtinham resultados que indicavam um autoconceito inferior. Neste resultado existe a influência das reprovações, concluindo o autor que a diminuição nos níveis de autoconceito se pode dever às reprovações e não à idade. Já Peixoto, Martins, Pereira, Amaral e Pedro (2001), no seu estudo realizado com 651 adolescentes portugueses entre os 13 e os 15 anos, concluíram que os efeitos principais introduzidos pela idade apenas incidiram na dimensão atracção romântica, na qual os alunos mais velhos apresentam auto-perceções mais elevadas. Assim, Veiga (1995), resume que a maioria de estudos que utilizaram a escala de autoconceito de Piers-Harris não encontram diferenças significativas introduzidas pela idade, sendo que durante a infância e a pré-adolescência, as avaliações do *eu* permanecem relativamente estáveis.

Os estudos têm vindo a comprovar que o baixo *rendimento escolar* afeta de forma negativa o autoconceito (Veiga, 1988). Porém, segundo Carneiro et al. (2003) o facto de a criança ter baixo rendimento escolar nem sempre interferirá no seu autoconceito dentro de sua família, nas suas relações sociais mais amplas ou mesmo no que diz respeito a si mesmo, visto que as relações e vivências que se estabelecem nesses outros contextos também são muito importantes. Neste seguimento, destaca-se o estudo de Faria e Fontaine (1995) com 236 alunos a frequentarem o 5º, 7º e 9º anos de escolaridade, em que descreve que a influência sobre o autoconceito académico encontra efeitos moderadores quanto ao género, pressupondo o modelo efeitos do baixo rendimento académico sobre o autoconceito das raparigas.

O autoconceito é influenciado pelas relações sociais que o indivíduo trava com o meio no decorrer de sua existência (Sisto e Martinelli, 2004a). Refira-se a investigação de Emídio, Santos, Maia, Monteiro e Veríssimo (2008), que estudaram a relação entre o autoconceito e a *aceitação social dos pares*, concluindo que crianças que se percebem como aceites pelos pares, tendem a ser mais aceites no grupo de pares, bem como o seu inverso. Assim, as crianças põem em prática, através do seu comportamento, a sua expectativa face à relação com os outros e, possivelmente, face às suas competências. Por sua vez, a relação com os pares também influencia a percepção do *self*, podendo funcionar como um elemento de risco ou de proteção no desenvolvimento. A formação de auto percepção e a contribuição das avaliações positivas vão influenciar a noção e características do *self*, determinando o sentimento em relação a si e orientando as suas ações no meio em que está inserido e com os outros.

### **Problemas de Comportamento, Autoconceito e Vergonha Externa**

Os **problemas do comportamento** foram classificados por Achenbach e Edelbrock (1979) em comportamentos internalizantes (retraimento, depressão, ansiedade e queixas somáticas) e comportamentos externalizantes (impulsividade, agressão, agitação, características desafiantes e antissociais).

Um estudo de Sapienza e Pedromônico (2005) comprovou que os problemas de comportamento são, na sua maioria, resultantes da combinação de múltiplos fatores de risco. Os fatores que podem proteger crianças e adolescentes de um risco isolado, e mesmo de mecanismos de risco, são descritos como fatores que favorecem o desenvolvimento e previnem problemas de comportamento. Por seu turno, alguns fatores que tornam um indivíduo vulnerável são prematuridade, desnutrição, baixo peso, lesões cerebrais, atraso no desenvolvimento, família desestruturada, minoria social, desemprego, pobreza, dificuldade de acesso à saúde e educação. É importante salientar que os fatores de risco por si só não

constituem uma causa específica, mas indicam um processo complexo que pode justificar a consequência de uma psicopatologia na criança (Holden, Geffner e Jouriles, 1998).

Algumas variáveis podem promover o surgimento e a manutenção de problemas de comportamento, aumentando a probabilidade de ocorrência, nomeadamente práticas parentais, história psiquiátrica dos pais e familiares, relacionamento conjugal, características sociodemográficas e relacionamento com colegas e pares (Bolsoni-Silva e Del Prette, 2003).

Os jovens com comportamento considerado desviante, têm muitas vezes resultados escolares baixos, conduzindo ao entendimento de que a indisciplina é um problema educativo associado permanentemente a quadros de insucesso educativo (Senos e Diniz, 1998). Assim, os problemas escolares são frequentemente associados aos problemas de comportamento de crianças e adolescentes (Sapienza e Pedromônico, 2005). A este propósito, sublinhe-se que o facto de as crianças mais novas apresentarem mais problemas de comportamento, em geral, pode interferir na relação com os pares, provocando um maior isolamento e, eventualmente, mais ansiedade (Clemente, 2008).

O estudo de Simões, Matos, Ferreira e Tomé (2010) destaca que os rapazes têm maior tendência para comportamentos de risco, como o envolvimento em lutas e o consumo de drogas ilícitas, e as raparigas apresentam mais sintomas psicológicos e uma maior tendência para problemas com a sua imagem corporal. Num estudo transcultural entre doze culturas de Crijnen, Achenbach e Verhulst (1997), os meninos obtiveram em geral resultados mais altos no total de problemas e também na externalização, e resultados mais baixos na internalização, quando comparados com as meninas. Também no estudo de Maturano, Toller e Elias (2005) as meninas apresentaram mais sintomas de ansiedade e depressão e queixas somáticas, resultados que contribuíram para a maior média na escala de internalização. No mesmo sentido, Elias (2003), usando o Inventário de Comportamento da Criança para Pais (CBCL), de Achenbach (1991), sublinhou uma tendência de as meninas apresentarem mais problemas internalizantes.

A literatura tem evidenciado uma associação negativa entre autoconceito e problemas de comportamento na infância e adolescência. Por exemplo, Clemente (2008) diz que as crianças que têm um autoconceito global mais baixo são também aquelas que apresentam um nível mais elevado de problemas de comportamento. Assim, quanto mais a criança é percecionada como tendo problemas de comportamento, mais ela tende a percecionar-se como menos popular entre os pares, como menos feliz e como menos adequada ao nível do comportamento. De modo semelhante, Durrant, Cunningham e Voelker (1990) compararam o autoconceito global, social e académico e verificaram que os grupos sem problemas de

comportamento obtiveram um autoconceito global mais elevado, comparativamente com ambos os grupos que apresentavam problemas de comportamento. Também Senos e Diniz (1998) concluem que os alunos mais indisciplinados, para além de piores resultados escolares, mostram igualmente valores mais baixos para o autoconceito e a autoestima.

Estes estudos sugerem que os problemas de comportamento têm um papel de extrema importância no que respeita ao autoconceito de crianças. As crianças que apresentem problemas de comportamento poderão ter o seu autoconceito comprometido, já que os problemas de comportamento, quer internalizantes quer externalizantes, podem colocar dificuldades à interação social dessas crianças e, portanto, limitar a possibilidade de reparação ou de compensação de um autoconceito (Durrant et al., 1990).

Em suma, Adolescentes que vivenciam problemas de comportamento experienciam maior isolamento e ansiedade, que podem estar associados a experiências de vergonha. Alunos mais indisciplinados apresentam valores mais baixos de autoconceito.

A *vergonha* é uma emoção dolorosa que afeta as relações interpessoais e relaciona-se com as dinâmicas competitivas e de manutenção da reputação, quer pessoal, quer social (Tangney, 2002), relacionando-se com sentimentos negativos, indesejáveis e/ou incorretos associados à vivência de fracasso, fazendo-se acompanhar de sentimentos de desvalorização, impotência, sensações de inadequação, sucedidos do sentimento de exposição real ou imaginária (Tangney e Dearing, 2002). A vergonha influencia a forma como os indivíduos em geral pensam e sentem, não só em relação a si mesmos, mas também em relação à sua aceitação social, o que conseqüentemente tem um grande impacto no seu comportamento em contextos sociais (Gilbert, 1998).

A vergonha e a culpa têm sido implicadas como fatores que contribuem para várias perturbações psicológicas, como depressão, ansiedade, neuroses obsessivas, perturbação bipolar, esquizofrenia, abuso de substâncias e perturbações alimentares (Tangney, 2001). Assim, a literatura tem enfatizado que os níveis de vergonha sentidos estão significativamente relacionados com o desenvolvimento de psicopatologia (Matos e Pinto-Gouveia, 2010).

Segundo Morrison e Gilbert (2001), indivíduos que evidenciem características psicopáticas são intolerantes a sentimentos de vergonha, o que, conseqüentemente os faz endossar em comportamentos de culpabilização do outro e os torna incapazes de reconhecer culpa em toda e qualquer situação. Estes autores demonstraram ainda que sujeitos com traços psicopáticos tendem a lidar de forma diferente com a vergonha, adotando sobretudo estratégias externalizantes de ataque ao outro no sentido de passar uma imagem de superioridade. Portanto, a psicopatologia que surge associada aos níveis experienciados de vergonha, tal como

as características psicopáticas, pode decorrer do modo que os indivíduos utilizam para lidar com a vergonha (Campbell e Elison, 2005).

## **Objetivos**

A presente dissertação de mestrado teve como principal objetivo analisar a relação entre as experiências de vergonha, o autoconceito e os problemas de comportamento de adolescentes do 2º ciclo e 3º ciclo do ensino básico.

Os objetivos específicos são: 1) verificar se existem diferenças nas experiências de vergonha, no autoconceito e no comportamento em função das variáveis sociodemográficas (sexo, idade e retenções dos adolescentes); 2) estudar as associações entre as experiências de vergonha, o autoconceito e os problemas de comportamento em adolescentes; 3) analisar diferenças no comportamento em função do autoconceito e das experiências de vergonha.

## **Materiais e Métodos**

### **Procedimentos**

Foi enviado um pedido de autorização ao Conselho Diretivo do Instituto Pedro Hispano para realizar o estudo junto dos alunos (Apêndice A).

Os procedimentos para a aplicação e recolha dos protocolos iniciaram-se com a numeração dos protocolos, e com o envio prévio de um pedido de autorização aos encarregados de educação dos alunos (Apêndice B) com informação breve sobre os objetivos da investigação, enfatizando que a cooperação dos mesmos era voluntária. Foi garantida a confidencialidade dos dados e a sua utilização exclusiva para os fins desta investigação.

Após a receção do consentimento informado assinado pelos encarregados de educação dos alunos, seleccionámos os alunos cujos pais autorizaram a participação no estudo e enviámos o protocolo para o encarregado de educação preencher. Em simultâneo, os referidos alunos preencheram o protocolo no estabelecimento de ensino, em contexto de sala de aula e na presença da investigadora. Das 204 autorizações distribuídas apenas 86 pais autorizaram o estudo. Numa primeira triagem, os protocolos que apresentaram omissões de resposta ou os que mostravam erros de preenchimento que impossibilitavam a sua leitura ou a tornavam dúbia, foram eliminados da amostra. Dos 86 protocolos enviados (taxa de 42%) foram validados 70 (taxa de 34%).

Na inserção dos dados foram eliminados os protocolos que apresentavam omissões de resposta. Por isso, dos 86 sujeitos iniciais, a amostra ficou composta por 70 sujeitos.

A recolha de dados foi efetuada no estabelecimento de ensino entre março e abril de 2015, durante o período letivo e em contexto de sala de aula na presença da investigadora.

O protocolo de investigação é composto por: Consentimento Informado (Apêndice 2), Questionário Sociodemográfico (Apêndice 3), Escala de Vergonha Externa – versão breve para Adolescentes (OASB-A) (Anexo 1), Escala de Autoconceito de Piers-Harris (PHSCS-2) (Anexo 2) e o Inventário de Comportamento da Criança para Pais (CBCL) (Anexo 3).

## Participantes

Dos participantes, 29 são do sexo masculino (41,4%) e 41 são do sexo feminino (58,6%), com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos e com uma média de idades de 13,44 anos ( $DP = 1,00$ ) sendo que mais de metade dos alunos têm idades compreendidas entre os 12 e os 13 anos (54,3%).

No que diz respeito ao percurso escolar dos alunos, verifica-se que apenas um aluno ficou retido três ou mais vezes, sendo que mais de 50% da nossa amostra nunca ficou retida

A amostra deste estudo é probabilística aleatória, constituída por 70 alunos de uma escola do distrito de Coimbra.

A participação na investigação abrangia os seguintes critérios de inclusão: a) alunos a frequentar o mesmo estabelecimento de ensino com idades compreendidas ente os 12 e os 16 anos; b) não serem referenciados como tendo NEE (Necessidades Educativas Especiais); c) preenchimento completo dos instrumentos de avaliação selecionados para o estudo. (Tabela 1).

**Tabela 1**

*Caracterização da Amostra de Alunos de uma Escola do Distrito de Coimbra (n = 70)*

		<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Sexo</b>	Masculino	29	41,4
	Feminino	41	58,6
<b>Idade</b>	[12 – 13]	38	54,3
	[14 – 16]	32	45,7
	<i>M ± DP</i>	13,44 ± 1,00	
<b>Escolaridade</b>	6º Ano	15	21,4
	7º Ano	26	37,1
	8º Ano	13	18,6
	9º Ano	16	22,9
	<i>M ± DP</i>	7,43 ± 1,07	
<b>Retenções</b>	Não	55	78,6
	Sim	15	21,4

*Notas: M = Média; DP = Desvio Padrão.*

Na Tabela 2 é apresentada a caracterização da amostra dos pais dos adolescentes, que preencheram os instrumentos para si destinados.

Verifica-se que as idades tanto dos pais como das mães varia maioritariamente entre os 31 e os 50 anos.

Quanto ao nível de instrução dos pais, é de frisar que apenas 10% tem formação de nível superior, existindo um pai que não é alfabetizado.

As mães apresentam um nível de instrução superior ao dos pais sendo que 22,9% tem formação de nível superior.

Ao nível da situação profissional, mais de 50% quer dos pais e das mães estão empregados. Em situação de desemprego temos uma maior prevalência nas mães (18,5%) do que nos pais (5,7%).

**Tabela 2**

*Caracterização da Amostra de Pais de Alunos de uma Escola do Distrito de Coimbra (n = 70)*

		Pai		Mãe	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Idade</b>	[20 – 30]	—	—	2	2,9
	[31 – 40]	16	22,9	28	40,0
	[41 – 50]	40	57,1	34	48,6
	[51 – 60]	12	17,1	5	7,1
	[61 – 70]	2	2,9	1	1,4
<b>Escolaridade</b>	Sem escolaridade	1	1,4	—	—
	Básico	39	55,7	27	38,6
	Secundário	23	32,9	27	38,6
	Superior	7	10,0	16	22,9
<b>Situação Profissional</b>	Empregado	63	90,0	57	81,4
	Desempregado	4	5,7	13	18,5
	Reformado	3	4,3	—	—
<b>Diferenças culturais</b>		<i>n</i>		%	
	Pais com as mesmas habilitações	22		31,4	
	Pai com escolaridade superior	16		22,9	
	Mãe com escolaridade superior	32		45,7	

Quanto à situação familiar dos adolescentes sobressai que, conforme se observa na Tabela 3, mais de metade dos casos (80%) a família é nuclear, repartindo-se os restantes por famílias alargadas (5,7%), reconstruídas (4,3%) e monoparentais (10%).

Mais de metade dos casos tem 1 irmão (64,3%), um quarto é filho único (25,7%), sendo que os casos com 2 irmãos (8,6%) ou mais de 3 irmãos (1,4%) são menos frequentes.

**Tabela 3**

*Caracterização do Agregado Familiar de Alunos de uma Escola do Distrito de Coimbra (n = 70)*

		<i>n</i>	%
<b>Tipo de Família</b>	Nuclear	56	80,0
	Alargada	4	5,7
	Reconstituída	3	4,3
	Monoparental	7	10,0
<b>Irmãos Coabitantes</b>	Sem irmãos	18	25,7
	1 irmão	45	64,3
	2 irmãos	6	8,6
	3 ou mais irmãos	1	1,4

## **Instrumentos**

### **Questionário Sociodemográfico (Apêndice C)**

O questionário sociodemográfico dirigido ao encarregado de educação foi elaborado com o objetivo de recolher informações pessoais acerca do aluno e da sua família/agregado familiar. Relativamente ao aluno as questões incidem sobre a idade, sexo, número de irmãos, tipo de família em que está inserido, ano de escolaridade, se já teve retenções, o seu comportamento até aos 12 anos, comportamento atual e modo de guarda durante a infância. No que respeita ao agregado familiar foram colocadas questões como a idade dos pais, estado civil, habilitações literárias, profissão e situação profissional dos mesmos.

**Escala de Vergonha Externa – Versão breve para Adolescentes** [Others As Shamers (OASB – A) de Goss et al., 1994; versão portuguesa (para adolescentes) de Cunha, Xavier, Cherpe e Pinto-Gouveia, 2014] (Anexo 1)

É um instrumento de autorresposta, constituído por 8 itens que procuram avaliar a vergonha externa, ou seja, a forma como o indivíduo pensa que as outras pessoas o veem. Pedese aos participantes que classifiquem a frequência com que vivenciaram o sentimento descrito em cada item, numa escala de Likert de 5 pontos (0 - Nunca; 1 - Raramente; 2 - Às vezes; 3 - Frequentemente; 4 - Quase sempre). O resultado total é obtido mediante o somatório das



respostas dadas aos 8 itens da escala, sendo que as pontuações mais elevadas indicam níveis mais elevados de vergonha externa (Cunha et al., 2014).

Na versão original, as qualidades psicométricas da OAS mostraram ser muito boas. Assim, o estudo da sua fidelidade apresentou valores de consistência interna alta refletidos pelo alfa de Cronbach igual a 0,92 (Goss et al., 1994). Na população portuguesa, as qualidades psicométricas da OAS evidenciaram ser igualmente muito boas, apresentando um alfa de Cronbach de 0,91 (Lopes, Pinto-Gouveia e Castilho, 2005).

No presente estudo, o valor de consistência interna, medida através do alfa de Cronbach, foi de 0,95 podendo ser considerada uma fidedignidade muito boa, segundo Murphy e Davidshofer (1988).

### **Escala de Autoconceito de Piers-Harris [Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCS-2) de Piers e Herzberg, 2002; versão portuguesa de Veiga, 2006] (Anexo 2)**

A Escala de Autoconceito de Piers-Harris (PHCSCS) foi criada e desenvolvida na década de 60 pelo psicólogo americano Piers. Após uma revisão, surgiu a versão do PHCSCS-2 (Piers e Herzberg, 2002), que avalia o conhecimento sobre o autoconceito e a sua relação com o comportamento (Veiga, 2006). O PHCSCS-2 é formado por 60 itens, havendo alguns invertidos (itens 1, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 17, 19, 20, 21, 23, 25, 27, 29, 30, 32, 35, 36, 37, 38, 40, 43, 45, 47, 48, 51, 52, 56, 57, 58 e 59). Este instrumento é composto por itens de carácter dicotómico (escala de Thurstone), onde a pontuação de cada item pode ser de 1 ou 0 pontos, dependendo se está associada a uma atitude positiva ou negativa sobre si mesmo, respetivamente (Veiga, 2006).

A versão portuguesa deste instrumento é constituída por seis fatores: Aspeto comportamental (AC) (itens 12, 13, 14, 18, 19, 20, 27, 30, 36, 38, 45, 48 e 58), que avalia a percepção que o indivíduo tem do seu próprio comportamento em determinados contextos, tais como em casa e na escola, e a responsabilidade pelos próprios seus atos; Ansiedade (ANS) (itens 4, 7, 10, 17, 23, 29, 56 e 59), que se associa aos receios, preocupações e insegurança sobre si mesmo e situações relacionadas com expectativas e emoções negativas; Estatuto Intelectual e Escolar (EI) (itens 5, 16, 21, 22, 24, 25, 26, 34, 39, 43, 50, 52 e 55), que avalia a forma como o indivíduo percebe o seu desempenho intelectual, assim como a admiração que pensa que lhe seja atribuída na turma, em virtude das suas capacidades; Popularidade (PO) (itens 1, 3, 6, 11, 32, 37, 41, 47, 51 e 57), que se relaciona com a socialização, nomeadamente na facilidade em estabelecer relações de amizade, ao nível da popularidade e à sua integração em atividades de grupo; Aparência e Atributos Físicos (AF) (itens 8, 9, 15, 33, 44, 46, 49 e 54),

que avalia a percepção do sujeito relativamente ao seu aspeto físico; Satisfação e Felicidade (SF) (itens 2, 28, 31, 35, 40, 42, 53 e 60, que se associa à satisfação que o sujeito tem de si próprio, estando igualmente relacionada com o nível de felicidade de forma geral (Veiga, 1988, 2006). Quanto mais elevado for o resultado em todos os fatores, maior é o nível de autoconceito e, quanto maior é a pontuação no fator Ansiedade, menor é a ansiedade sentida pelo sujeito.

Relativamente à fidedignidade do PHCSCS-2, o coeficiente de consistência interna da amostra total da versão portuguesa tende a ser elevado, autoconceito global ( $\alpha = 0,90$ ), a qual resulta da soma dos resultados obtidos em seis fatores: Aspeto Comportamental (AC) ( $\alpha = 0,74$ ), Estatuto Intelectual e Escolar (EI) ( $\alpha = 0,75$ ), Aparência e Atributos Físicos (AF) ( $\alpha = 0,72$ ), Ansiedade (ANS) ( $\alpha = 0,62$ ), Popularidade (PO) ( $\alpha = 0,70$ ) e Satisfação e Felicidade (SF) ( $\alpha = 0,67$ ). Os valores da consistência interna são considerados aceitáveis, possivelmente porque existe um menor número de itens (Veiga, 2006).

No nosso estudo, o alfa de Cronbach para a escala total foi de 0,93, indicador de uma consistência interna muito boa. Para cada subescala apresentou os seguintes valores: ( $\alpha = 0,85$ ) Aspeto Comportamental (AC); ( $\alpha = 0,76$ ) Estatuto Intelectual e Escolar (EI); ( $\alpha = 0,76$ ) Aparência e Atributos Físicos (AF); ( $\alpha = 0,72$ ) Ansiedade (ANS); ( $\alpha = 0,78$ ) Popularidade; ( $\alpha = 0,77$ ) Satisfação e Felicidade (SF), valores que refletem uma consistência interna baixa a moderada segundo Murphy e Davidshofer (1988).

**Inventário de Comportamento da Criança para Pais** [Child Behavior Checklist (CBCL) de Achenbach e Edelbrock, 1983; Achenbach, 1991; versão portuguesa de Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira e Cardoso, 1994] (Anexo 3)

O Inventário de Competências Sociais e de Problemas do Comportamento em Crianças e Adolescentes foi adaptado e validado por Fonseca et al. (1994) à população portuguesa, designando-se em português por Inventário do Comportamento da Criança para Pais (ICCP). É um questionário constituído por uma lista de 120 frases, em que cada frase descreve um problema da criança ou do adolescente evidenciado nos últimos seis meses. Os pais atribuem a cada frase valores que variam entre 0 (não verdadeira), 1 (às vezes verdadeira) e 2 (muitas vezes verdadeira). A soma dos valores obtidos em cada item permite obter o valor de cada uma das subescalas e o valor global do inventário. Assim, 31 itens são relativos a problemas de Externalização e 34 itens a problemas de Internalização. Foram definidas nove subescalas: Oposição/Imaturidade; Agressividade; Hiperatividade/Atenção; Depressão; Problemas

Sociais; Queixas Somáticas; Isolamento; Ansiedade e Obsessivo/Esquizóide. Há 42 itens que não se incluem na composição fatorial do inventário.

Na versão de Achenbach (1991) são apresentados os seguintes alfas: ( $\alpha = 0,91$ ) Oposição/Imaturidade; ( $\alpha = 0,99$ ) Agressividade; ( $\alpha = 0,95$ ) Hiperatividade/Atenção; ( $\alpha = 0,99$ ) Depressão; ( $\alpha = 0,86$ ) Problemas sociais; ( $\alpha = 0,92$ ) Queixas somáticas; ( $\alpha = 0,76$ ) Isolamento; ( $\alpha = 0,81$ ) Obsessivo/Esquizóide. Na versão portuguesa de Fonseca et al. (1994) Oposição/Imaturidade ( $\alpha = 0,83$ ); Agressividade ( $\alpha = 0,83$ ); Hiperatividade/Problemas de atenção ( $\alpha = 0,77$ ); Depressão ( $\alpha = 0,79$ ); Problemas sociais ( $\alpha = 0,53$ ); Queixas somáticas ( $\alpha = 0,73$ ); Isolamento ( $\alpha = 0,66$ ); Ansiedade ( $\alpha = 0,65$ ); Obsessivo/esquizoide ( $\alpha = 0,61$ ) sendo que foi encontrado um alfa de Cronbach de 0,95 para o total da escala (120 itens).

Na presente investigação, o alfa de Cronbach para as subescalas foi de: ( $\alpha = 0,83$ ) Oposição/Imaturidade; ( $\alpha = 0,77$ ) Agressividade; ( $\alpha = 0,80$ ) Hiperatividade/Atenção; ( $\alpha = 0,82$ ) Depressão; ( $\alpha = 0,62$ ) Problemas sociais; ( $\alpha = 0,75$ ) Queixas somáticas; ( $\alpha = 0,75$ ) Isolamento; ( $\alpha = 0,77$ ) Ansiedade; ( $\alpha = 0,59$ ) Obsessivo/Esquizóide. O alfa de Cronbach para a dimensão de Problemas Internalizantes foi de 0,90, na dimensão de Problemas Externalizantes foi de 0,85 e, por fim, para o Total de Problemas de Comportamento foi de 0,95. Assim, todos os valores de alfa de Cronbach são indicadores de uma consistência interna baixa a moderada (Murphy e Davidshofer, 1988), com exceção dos valores da Depressão e Ansiedade que apresentam um alfa definitivamente inaceitável, atendendo a que segundo Nunnally (1967, citado por Bean, 1980), em estudos exploratórios, alfas superiores a 0,5 podem ser considerados como aceitáveis.

### **Análise Estatística**

Para a análise estatística recorreu-se ao programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24.0.

Em primeira análise, dado o *tamanho da amostra* ( $n$ ) ser superior a 30 e considerando o teorema do limite central, recorreu-se a estatísticas paramétricas, visto que segundo Murphy e Davidshofer (1988) está dispensado o teste de normalidade caso a amostra tenha mais de 30 indivíduos. De seguida, calculámos a consistência interna dos instrumentos usados, através de alfas de Cronbach, recorrendo à classificação de Murphy e Davidshofer (1988):  $\leq 0,6$  inaceitável; 0,7 a 0,8 baixa; 0,8 e 0,9 moderada e  $\geq 0,9$  muito boa.

Realizaram-se análises estatísticas descritivas das escalas em estudo, incluindo médias ( $M$ ) e desvios-padrão ( $DP$ ).

Também se estudaram as diferenças nas experiências de vergonha, no autoconceito e nos problemas de comportamento pelas variáveis (sexo, idade e retenção escolar dos adolescentes). Para se verificar se existiam diferenças significativas relativas ao sexo e à idade, foi realizado um teste *t* de Student para amostras independentes. A interpretação da magnitude nas diferenças (*d* de Cohen) seguiu a revisão de Espirito-Santo e Daniel (2015, p. 9): *d* < 0,20 *insignificante*; *d* = 0,20 *pequeno*; *d* = 0,50 *médio*; *d* = 0,80 *grande*; *d* > 1,29 *muito grande*). Porém, na análise das diferenças dependendo da retenção escolar dos adolescentes recorreu-se à análise da variância a um fator (ANOVA). Na ANOVA, determinou-se a homogeneidade das variâncias segundo o teste de Levene; no caso da existência de homogeneidade (*p* > 0,05) recorreu-se ao teste *post hoc* Hochberg, não sendo esse o caso foi utilizado o teste *post hoc* Games-Howell, ambos com a correção de Bonferroni (*p* / nº de comparações par-a-par).

Foram, igualmente, observadas as diferenças nos problemas de comportamento em função do autoconceito e das experiências de vergonha. E para esse propósito, houve a necessidade de estabelecer pontos de corte. No autoconceito, dividiu-se a amostra em três grupos (grupo baixo, médio e alto), de acordo com os quartis. Nas experiências de vergonha, optou-se por dividir a amostra em duas partes iguais através da mediana, sendo que metade dos valores ficaram abaixo desta (grupo da vergonha baixa), e a outra metade acima (grupo da vergonha alta).

Por fim, foram testadas as associações entre os problemas de comportamento, o autoconceito e as experiências de vergonha, através do coeficiente de correlação de Pearson. As correlações que se situam entre 0,10 e 0,29 são consideradas *baixas*; entre 0,30 a 0,49 *moderadas* e entre 0,50 e 1 *altas* (Cohen, 1988).

## Resultados

Iremos apresentar uma análise estatística descritiva (médias e desvios-padrão) das escalas supramencionadas e, de seguida, o estudo das diferenças sociodemográficas dos adolescentes da nossa amostra no que diz respeito às suas experiências de vergonha, autoconceito e problemas de comportamento.

### Análises estatísticas descritivas

Começando pela OASB-A (Tabela 4, Apêndice D), e considerando os valores mínimos e máximos foi possível observar que, em termos médios, os valores apontaram para níveis baixos de vergonha externa. Quanto mais alto, maior a vergonha.

Prosseguindo para a PHCSCS-2 (Tabela 5, Apêndice D) e tendo em consideração a amplitude dos valores de cada subescala e escala total foi possível observar que, em termos médios, os valores apontaram para níveis médios de autoconceito. Quanto mais alto, melhor o autoconceito.

Por fim, através do CBCL (Tabela 6, Apêndice D) pode observar-se as médias e desvios-padrão de cada subescala e pontuações parciais e total. De acordo com a análise feita, também através da amplitude dos valores de cada subescala e escala total, os adolescentes aparentaram ter um bom comportamento. Quanto mais alto, pior o comportamento.

### **Diferenças sociodemográficas relativas às variáveis em estudo**

Na Tabela 7 podemos observar as diferenças nas pontuações das experiências de vergonha, autoconceito e problemas de comportamento dos adolescentes entre os grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas. Desta forma, no que concerne a OASB-A não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no sexo [ $p > 0,05$ ;  $d$  de Cohen = 0,44 (efeito pequeno)] e na idade [ $p > 0,05$ ;  $d$  de Cohen = 0,22 (efeito pequeno)].

Na PHCSCS-2, em relação ao sexo, verificaram-se que existiam diferenças estatisticamente significativas nas subescalas da ansiedade [ $p < 0,001$ ;  $d$  de Cohen = 0,26 (efeito pequeno)], da popularidade [ $p < 0,001$ ;  $d$  de Cohen = 0,25 (efeito pequeno)], da aparência e atributos físicos [ $p < 0,05$ ;  $d$  de Cohen = 0,16 (efeito insignificante)] e no total da PHCSCS-2 [ $p < 0,001$ ;  $d$  de Cohen = 0,16 (efeito médio)]. Assim, o sexo masculino obteve resultados superiores, significativo de um autoconceito mais alto nas dimensões referidas, em relação ao sexo feminino. Quanto à idade, verificámos que não havia diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

Foram testadas igualmente as diferenças nos problemas de comportamento (avaliados através do CBCL) em função do sexo e da idade. Relativamente à primeira variável, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas, com as raparigas a terem pontuações mais altas do que os rapazes, nas subescalas depressão [ $p < 0,01$ ;  $d$  de Cohen = 0,51 (efeito médio)], problemas sociais [ $p < 0,05$ ;  $d$  de Cohen = 0,27 (efeito pequeno)], queixas somáticas [ $p < 0,05$ ;  $d$  de Cohen = 0,43 (efeito pequeno)], isolamento [ $p < 0,01$ ;  $d$  de Cohen = 0,83 (efeito grande)], obsessivo/esquizóide [ $p < 0,01$ ;  $d$  de Cohen = 0,73 (efeito médio)] e nos problemas externalizantes [ $p < 0,01$ ;  $d$  de Cohen = 2,52 (efeito muito grande)]. Quanto à idade, não se observaram diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) nos problemas de comportamento em função desta variável.

**Tabela 7**

*Diferenças nas Pontuações da Escala de Vergonha Externa, da Escala do Autoconceito de Piers-Harris para Crianças e do Inventário de Comportamento da Criança para Pais entre os Grupos Definidos em Função do Sexo e da Idade (n = 70)*

	Sexo		<i>t</i>	Idade		<i>t</i>
	Masculino	Feminino		[12 – 13]	[14 – 16] (n = 32)	
	(n = 29)	(n = 41)		(n = 38)		
	<i>M ± DP</i>	<i>M ± DP</i>		<i>M ± DP</i>		
<b>Total OASB-A</b>	5,31 ± 5,44	8,56 ± 8,54	1,94	6,45 ± 7,25	8,13 ± 7,89	0,93
<b>Aspeto Comportamental</b>	10,62 ± 2,62	10,90 ± 2,95	0,41	11,08 ± 2,82	10,44 ± 2,79	0,95
<b>Ansiedade</b>	5,41 ± 1,90	3,39 ± 1,93	<b>4,34***</b>	4,37 ± 1,94	4,06 ± 2,41	0,59
<b>Estatuto Intelectual e Escolar</b>	8,07 ± 1,85	7,41 ± 2,19	1,31	8,08 ± 2,03	7,22 ± 2,04	1,76
<b>Popularidade</b>	8,45 ± 1,68	6,46 ± 2,63	<b>3,85***</b>	7,37 ± 2,66	7,19 ± 2,28	0,30
<b>Aparência e Atributos Físicos</b>	6,03 ± 1,78	4,78 ± 2,35	<b>2,42*</b>	5,45 ± 2,27	5,13 ± 2,15	0,61
<b>Satisfação e Felicidade</b>	6,55 ± 0,83	6,22 ± 1,49	1,09	6,37 ± 1,05	6,34 ± 1,49	0,08
<b>Total PHCSCS-2</b>	45,14 ± 6,00	39,17 ± 10,08	<b>3,10***</b>	42,71 ± 8,35	40,38 ± 9,84	1,08
<b>Oposição/Imaturidade</b>	3,66 ± 3,73	4,07 ± 4,14	-0,43	3,84 ± 3,70	3,97 ± 4,29	-0,13
<b>Agressividade</b>	2,14 ± 2,94	1,05 ± 1,38	1,86	1,29 ± 1,77	1,75 ± 2,65	-0,87
<b>Hiperatividade/Atenção</b>	2,76 ± 3,21	2,95 ± 2,88	-0,26	3,03 ± 3,17	2,69 ± 2,83	0,47
<b>Depressão</b>	0,90 ± 1,42	2,59 ± 3,32	<b>-2,91**</b>	1,68 ± 2,22	2,13 ± 3,41	-0,65
<b>Problemas Sociais</b>	1,72 ± 1,51	2,61 ± 2,19	<b>-2,00*</b>	2,26 ± 2,14	2,22 ± 1,79	0,09
<b>Queixas Somáticas</b>	0,55 ± 1,18	1,34 ± 1,82	<b>-2,04*</b>	0,87 ± 1,51	1,19 ± 1,77	-0,82
<b>Isolamento</b>	1,66 ± 1,67	3,17 ± 2,49	<b>-2,85**</b>	2,45 ± 2,38	2,66 ± 2,24	-0,38
<b>Ansiedade</b>	1,59 ± 1,59	2,17 ± 2,52	-1,10	1,97 ± 2,48	1,88 ± 1,83	0,19
<b>Obsessivo/Esquizóide</b>	1,28 ± 1,39	2,61 ± 2,28	<b>-3,04**</b>	2,00 ± 1,80	2,13 ± 2,35	-0,25
<b>Internalização</b>	4,69 ± 4,23	9,27 ± 8,35	<b>-3,01**</b>	6,97 ± 7,49	7,84 ± 7,09	-0,50
<b>Externalização</b>	4,90 ± 5,62	4,00 ± 3,96	0,78	4,32 ± 4,65	4,44 ± 4,84	-0,11
<b>Total CBCL</b>	18,45 ± 4,79	26,07 ± 0,72	-1,70	21,50 ± 8,02	24,59 ± 9,76	-0,69

*Notas: M = Média; DP = Desvio Padrão; t = teste t de Student; p = nível de significância estatística.*

*\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.*

Na Tabela 8, o número de retenções escolares dos adolescentes [ $p > 0,05$ ;  $d$  de Cohen = 0,56 (efeito médio)] não influenciou a OASB-B.

Na PHCSCS-2 apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas subescalas do aspeto comportamental ( $d$  de Cohen = 0,81; efeito grande), do estatuto intelectual e escolar ( $d$  de Cohen = 0,64; efeito médio) e no total da PHCSCS-2 ( $d$  de Cohen = 0,59; efeito médio), todas estas com um nível de significância inferior a 0,05. É de salientar que adolescentes que nunca reprovaram têm um autoconceito mais alto que aqueles que já reprovaram pelo menos uma vez.

No CBCL verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em cinco das nove subescalas. Nomeadamente, nas subescalas da oposição/imaturidade [ $p < 0,05$ ;  $d$  de Cohen = 0,82 (efeito grande)], da agressividade [ $p < 0,05$ ;  $d$  de Cohen = 0,96 (efeito grande)], da hiperatividade/atenção [ $p < 0,001$ ;  $d$  de Cohen = 1,11 (efeito grande)], depressão [ $p < 0,05$ ;  $d$  de Cohen = 1,08 (efeito grande)] e no isolamento [ $p < 0,01$ ;  $d$  de Cohen = 0,80 (efeito grande)]. Também se verificaram diferenças nas pontuações parciais: problemas internalizantes ( $d$  de Cohen = 0,94; efeito grande) e problemas externalizantes ( $d$  de Cohen = 1,19; efeito grande), ambas com um  $p$  de 0,01. E, ainda, na pontuação total do CBCL [ $p < 0,01$ ;  $d$  de Cohen = 1,19 (efeito grande)]. É de destacar que adolescentes que já reprovaram pelo menos uma vez durante o percurso escolar demonstraram ter, de acordo com as pontuações no CBCL, mais problemas de comportamento do que aqueles que nunca reprovaram.

**Tabela 8**

*Diferenças nas Pontuações da Escala de Vergonha Externa, da Escala do Autoconceito de Piers-Harris para Crianças e do Inventário de Comportamento da Criança para Pais entre os Grupos Definidos em Função da Retenção Escolar (n = 70)*

	Retenção Escolar		<i>t</i>
	Não (n = 55)	Sim (n = 15)	
	<i>M ± DP</i>	<i>M ± DP</i>	
<b>Total OASB-A</b>	6,33 ± 6,50	10,47 ± 10,16	<b>1,49</b>
<b>Aspeto Comportamental</b>	11,25 ± 2,30	9,07 ± 3,79	<b>2,13*</b>
<b>Ansiedade</b>	4,36 ± 2,04	3,73 ± 2,55	1,00
<b>Estatuto Intelectual e Escolar</b>	7,96 ± 2,04	6,67 ± 1,91	<b>2,21*</b>
<b>Popularidade</b>	7,40 ± 2,42	6,87 ± 2,72	0,74
<b>Aparência e Atributos Físicos</b>	5,40 ± 2,24	4,93 ± 2,12	0,72
<b>Satisfação e Felicidade</b>	6,38 ± 1,06	6,27 ± 1,87	0,31
<b>Total PHCSCS-2</b>	42,76 ± 8,42	37,53 ± 10,44	<b>2,02*</b>
<b>Oposição/Imaturidade</b>	3,24 ± 3,40	6,33 ± 4,94	<b>2,29*</b>
<b>Agressividade</b>	1,08 ± 1,60	3,07 ± 3,31	<b>2,27*</b>
<b>Hiperatividade/Atenção</b>	2,22 ± 2,45	5,27 ± 3,68	<b>3,81***</b>
<b>Depressão</b>	1,29 ± 2,01	4,07 ± 4,10	<b>2,54*</b>
<b>Problemas Sociais</b>	2,02 ± 1,96	3,07 ± 1,87	1,86
<b>Queixas Somáticas</b>	0,84 ± 1,38	1,67 ± 2,26	1,78
<b>Isolamento</b>	2,13 ± 2,23	4,07 ± 1,95	<b>3,06**</b>
<b>Ansiedade</b>	1,75 ± 2,26	2,60 ± 1,80	1,35
<b>Obsessivo/Esquizóide</b>	1,84 ± 1,80	2,87 ± 2,72	1,75
<b>Internalização</b>	6,00 ± 6,70	12,40 ± 7,28	<b>3,22**</b>
<b>Externalização</b>	3,29 ± 3,54	8,33 ± 6,26	<b>2,99**</b>
<b>Total CBCL</b>	18,87 ± 16,29	37,73 ± 20,30	<b>3,77***</b>

*Notas: M = Média; DP = Desvio Padrão; t = teste t de Student; p = nível de significância estatística.*

*\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.*



### **Associações entre as variáveis em estudo**

No que respeita ao estudo das correlações das variáveis em estudo (Tabela 9), a vergonha externa (OASB-A) correlaciona-se de forma estatisticamente significativa com todas as subescalas/total da PHCSCS-2. Estas correlações são na sua maioria fortes e todas de sinal negativo.

O OASB-A correlaciona-se significativamente, de forma baixa com a subescala da oposição/imaturidade; de forma moderada com as subescalas da depressão, e isolamento e da dimensão dos problemas de internalização; de forma alta com a pontuação total do CBCL.

A PHCSCS-2 só se correlaciona de forma estatisticamente significativa e negativa com as subescalas da depressão, dos problemas sociais e com a dimensão da Internalização do CBCL, de forma moderada e baixa.

**Tabela 9***Correlações entre a Escala de Vergonha Externa,, a Escala de Autoconceito de Piers-Harris para Crianças e o Inventário de Comportamento da Criança para Pais (n = 70)*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<b>1. Total OASB-A</b>	—	-0,57**	-0,49**	0,39**	-0,72**	-0,65**	-0,52**	-0,81**	0,26*	0,13	0,18	0,59**	0,23	0,19	0,38**	0,14	0,21	0,43**	0,18	0,38**
<b>2. Aspeto Comportamental</b>		—	0,38**	0,16	0,26*	0,27*	0,54**	0,64**	-0,30*	-0,48**	-0,44**	-0,45**	-0,31**	-0,19	-0,25*	-0,18	-0,11	-0,35**	-0,51**	-0,43**
<b>3. Ansiedade</b>			—	0,20	0,53**	0,38**	0,40**	0,68**	-0,12	0,11	-0,12	-0,45**	-0,35**	-0,36**	-0,41**	-0,31**	-0,38**	-0,48**	-0,03	-0,36**
<b>4. Estatuto Intelectual e Escolar</b>				—	0,52**	0,49**	0,27*	0,63**	0,03	0,10	-0,02	-0,25*	-0,01	-0,04	-0,16	-0,16	-0,22	-0,20	0,04	-0,13
<b>5. Popularidade</b>					—	0,59**	0,41**	0,80**	-0,13	0,11	-0,11	-0,54**	-0,34**	-0,21	-0,34**	-0,25*	-0,43**	-0,44**	-0,02	-0,36**
<b>6. Aparência e Atributos Físicos</b>						—	0,49**	0,76**	0,14	0,07	0,10	-0,26*	-0,11	0,02	-0,08	0,02	-0,08	-0,11	0,10	-0,02
<b>7. Satisfação e Felicidade</b>							—	0,69**	0,08	-0,03	-0,13	-0,49**	-0,27*	0,01	-0,10	-0,08	-0,16	-0,24*	-0,10	-0,19
<b>8. Total PHCSCS-2</b>								—	-0,11	-0,06	-0,19	-0,58**	-0,34**	-0,21	-0,34**	-0,24*	-0,33**	-0,45**	-0,15	-0,38**
<b>9. Oposição/Imaturidade</b>									—	0,69**	0,75**	0,48**	0,43**	0,44**	0,65**	0,50**	0,36**	0,64**	0,81**	0,81**
<b>10. Agressividade</b>										—	0,62**	0,34**	0,32**	0,39**	0,24*	0,28*	0,13	0,38**	0,87**	0,59**
<b>11. Hiperatividade/Atenção</b>											—	0,50**	0,49**	0,38**	0,46**	0,52**	0,31**	0,58**	0,93**	0,75**
<b>12. Depressão</b>												—	0,60**	0,47**	0,63**	0,49**	0,57**	0,84**	0,48**	0,78**
<b>13. Problemas Sociais</b>													—	0,49**	0,45**	0,42**	0,53**	0,61**	0,46**	0,66**
<b>14. Queixas Somáticas</b>														—	0,49**	0,66**	0,68**	0,76**	0,43**	0,73**
<b>15. Isolamento</b>															—	0,53**	0,54**	0,83**	0,40**	0,77**
<b>16. Ansiedade</b>																—	0,69**	0,81**	0,47**	0,76**
<b>17. Obsessivo/Esquizóide</b>																	—	0,75**	0,26*	0,71**
<b>18. Internalização</b>																		—	0,55**	0,93**
<b>19. Externalização</b>																			—	0,75**
<b>20. Total CBCL</b>																				—

Notas: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ . Total OASB-A = soma de pontuações da escala de vergonha externa; Do 2 ao 7 = subescalas da escala de autoconceito de Piers-Harris; Total PHCSCS-2 = soma de pontuações da escala de autoconceito de Piers-Harris; Do 11 ao 17 = subescalas do Inventário de Comportamento da Criança para Pais; 18 e 19 = resultados parciais do *Inventário de Comportamento da Criança para Pais*; Total CBCL = soma de pontuações do *Inventário de Comportamento da Criança para Pais*.

**Problemas de comportamento em função do autoconceito e das experiências de vergonha**

Há diferenças nos problemas de comportamento em função do autoconceito, nomeadamente nas subescalas da depressão ( $p < 0,01$ ), problemas sociais ( $p < 0,05$ ), isolamento ( $p < 0,05$ ), obsessivo/esquizóide ( $p < 0,05$ ), nos problemas de externalização ( $p < 0,01$ ) e no total da CBCL ( $p < 0,05$ ). Comparações *a posteriori* entre pares de médias, realizadas através do teste de *post hoc* Games-Howell com a correção de Bonferroni, revelaram que apenas havia diferenças estatisticamente significativas em função do autoconceito na subescala da depressão. Assim, os adolescentes com um autoconceito alto pontuam menos na escala da depressão do que adolescentes com um autoconceito baixo (Tabela 10).

Também existem diferenças nos problemas de comportamento em função das experiências de vergonha, nomeadamente nas subescalas da oposição/imaturidade [ $p < 0,05$ ;  $d$  de Cohen = 1,31 (efeito muito grande)], da depressão [ $p < 0,01$ ;  $d$  de Cohen = 1,26 (efeito grande)], problemas sociais [ $p < 0,05$ ;  $d$  de Cohen = 0,55 (efeito médio)], queixas somáticas [ $p < 0,05$ ;  $d$  de Cohen = 0,58 (efeito médio)], isolamento [ $p < 0,05$ ;  $d$  de Cohen = 0,79 (efeito médio)], ansiedade [ $p < 0,05$ ;  $d$  de Cohen = 0,58 (efeito médio)], obsessivo/esquizóide [ $p < 0,05$ ;  $d$  de Cohen = 0,66 (efeito médio)], nos problemas de internalização [ $p < 0,01$ ;  $d$  de Cohen = 3,20 (efeito muito grande)] e no total da CBCL [ $p < 0,01$ ;  $d$  de Cohen = 7,38 (efeito muito grande)]. Verifica-se, então, que quanto mais experiências de vergonha externa o adolescente evidencia, maior os seus problemas de comportamento (nomeadamente os mencionados anteriormente).

**Tabela 10**

*Diferenças nas Pontuações do Inventário de Comportamento da Criança para Pais entre os Grupos Definidos em Função do Autoconceito e das Experiências de Vergonha (n = 70)*

	Autoconceito			F	Experiências de Vergonha		
	Baixo	Médio	Alto		Baixa	Alta	t
	(n = 24)	(n = 25)	(n = 21)		(n = 35)	(n = 35)	
M ± DP	M ± DP	M ± DP	M ± DP	M ± DP			
<b>Oposição/Imaturidade</b>	4,71 ± 4,25	3,56 ± 3,64	3,38 ± 4,00	0,77	2,71 ± 3,08	5,09 ± 4,39	<b>-2,61*</b>
<b>Agressividade</b>	1,83 ± 2,60	1,20 ± 1,68	1,48 ± 2,34	0,50	1,14 ± 2,07	1,86 ± 2,32	-1,36
<b>Hiperatividade/Atenção</b>	3,63 ± 3,44	2,28 ± 2,39	2,71 ± 3,08	1,28	2,40 ± 2,78	3,34 ± 3,18	-1,32
<b>Depressão</b>	3,50 ± 3,62	1,36 ± 2,10	0,67 ± 1,35	<b>7,90**</b>	0,74 ± 1,22	3,03 ± 3,44	- <b>3,70**</b>
<b>Problemas Sociais</b>	3,04 ± 2,05	2,04 ± 1,82	1,57 ± 1,83	<b>3,56*</b>	1,74 ± 1,70	2,74 ± 2,12	<b>-2,18*</b>
<b>Queixas Somáticas</b>	1,54 ± 2,13	0,60 ± 0,87	0,90 ± 1,58	2,16	0,49 ± 0,85	1,54 ± 2,02	- <b>2,85**</b>
<b>Isolamento</b>	3,42 ± 2,55	2,48 ± 2,14	1,62 ± 1,86	<b>3,70*</b>	1,83 ± 1,58	3,26 ± 2,68	- <b>2,71**</b>
<b>Ansiedade</b>	2,71 ± 2,37	1,40 ± 1,26	1,67 ± 2,65	2,51	1,40 ± 1,44	2,46 ± 2,66	<b>-2,07*</b>
<b>Obsessivo/Esquizóide</b>	3,04 ± 2,54	1,48 ± 1,36	1,62 ± 1,77	<b>4,66*</b>	1,46 ± 1,29	2,66 ± 2,48	<b>-2,54*</b>
<b>Internalização</b>	11,17 ± 8,38	5,84 ± 4,96	4,86 ± 6,73	<b>5,74**</b>	4,46 ± 3,97	10,29 ± 8,60	- <b>3,64**</b>
<b>Externalização</b>	5,46 ± 5,41	3,48 ± 3,79	4,19 ± 4,80	1,11	3,54 ± 4,47	5,20 ± 4,84	-1,49
<b>Total CBCL</b>	32,13 ± 20,96	18,28 ± 13,66	17,90 ± 18,17	<b>4,90*</b>	16,20 ± 11,95	29,63 ± 21,88	- <b>3,19**</b>

*Notas:* M = Média; DP = Desvio Padrão; F = ANOVA; t = teste t de Student.

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.

## Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo analisar a relação entre as experiências de vergonha, o autoconceito e os problemas de comportamento dos adolescentes, numa amostra compreendida entre os 12 e os 16 anos de idade.

Com este intuito pretendeu-se, assim, observar as possíveis diferenças nas escalas que avaliam estes construtos (vergonha e autoconceito) em função do sexo, da idade e retenção escolar. Procurou-se, também, averiguar de que forma o comportamento do adolescente pode ser influenciado pelo autoconceito e pelas experiências de vergonha. Em última apreciação, averiguou-se se as escalas em estudo se correlacionavam entre si (vergonha, autoconceito e problemas de comportamento).

No que concerne à vergonha externa (OASB-A), podemos verificar que em termos médios a nossa amostra apresenta níveis baixos. Quanto às variáveis sexo, idade e retenção escolar, parece não existir uma influência significativa estatisticamente, contudo verificamos que o sexo feminino apresenta níveis mais elevados de vergonha que o sexo masculino. Este resultado vai ao encontro do estudo de Harper e Arias (2004) que também defendem que as mulheres tendem a experienciar níveis mais elevados de vergonha do que os homens. É de salientar, também, que os adolescentes da nossa amostra que nunca reprovaram têm níveis mais baixos de vergonha externa do que aqueles que já reprovaram pelo menos uma vez. Segundo Burns (1979) alunos com uma atitude positiva face às suas tarefas escolares, apresentam melhores resultados e, conseqüentemente, um autoconceito reforçado. Assim sendo, a indisciplina parece surgir como último recurso relativamente à necessidade de preservar um sentimento de valor próprio perante o insucesso (Senos e Diniz, 1998).

Relativamente ao autoconceito (PHSCS-2), verificamos que existem níveis médios de autoconceito, sendo que o sexo masculino, comparativamente ao sexo feminino, apresenta um autoconceito mais elevado nas subescalas da ansiedade, da popularidade, da aparência e atributos físicos e na globalidade da escala. Estes resultados estão de acordo com a literatura, que revela que os adolescentes do sexo masculino têm um autoconceito total superior, ou seja, são menos ansiosos, têm um melhor estatuto escolar e intelectual e mais satisfação e felicidade, em comparação com o sexo feminino (Veiga, 2012). De acordo com Veiga (2012, p.77), “teoricamente, parte-se do suposto que, nas sociedades onde se considera mais valioso pertencer a um sexo do que a outro, os sujeitos do sexo mais valorizado apresentarão níveis de autoconceito superiores aos dos sujeitos pertencentes ao sexo oposto”. Os adolescentes que não apresentam retenções têm um autoconceito mais elevado do que aqueles que já reprovaram,

apresentando pontuações mais elevadas em todas as subescalas e total do autoconceito. Em consonância com estes dados, o estudo de Peixoto (2012) revela que alunos com insucesso no seu percurso escolar, tendem a revelar um baixo autoconceito.

No que se refere a problemas de comportamento (CBCL), o sexo feminino apresenta valores mais elevados do que o sexo masculino em todas as subescalas (com exceção da subescala de Agressividade e da dimensão de Externalização). No que toca à soma do total de problemas de comportamento é, também, no sexo feminino que prevalece um maior número de pontuações, o que diverge do estudo de Simões et. al. (2010) que refere que os rapazes têm maior tendência para comportamentos de risco. O mesmo estudo refere que as raparigas apresentam mais sintomas psicológicos, o que vai ao encontro do nosso estudo. Na amostra total, e de acordo com os valores médios observados, os adolescentes do nosso estudo aparentam ter bons indicadores comportamentais.

Verificámos ainda que os adolescentes que reprovaram pelo menos uma vez demonstram ter mais problemas de comportamento do que os adolescentes sem retenções, apresentando diferenças significativas na maioria das subescalas bem como nas dimensões de problemas externalizantes e internalizantes e na soma do total de problemas de comportamento. Este resultado corrobora o estudo de Senos e Diniz (1998) que refere que os jovens com comportamentos considerados desviantes, têm muitas vezes resultados escolares baixos, conduzindo ao entendimento de que a indisciplina é um problema educativo associado permanentemente a quadros de insucesso escolar. Os autores defendem ainda que a indisciplina surge como um recurso de preservar um sentimento de autovalorização perante o insucesso escolar.

É ainda possível sublinhar que há diferenças nos problemas de comportamento em função do autoconceito, com evidências significativas na depressão, dado que os adolescentes do nosso estudo com um autoconceito baixo pontuam mais na subescala da depressão, comparativamente aos adolescentes com um autoconceito alto. Ou seja, tratam-se de adolescentes que desvalorizam as suas capacidades, que não acreditam em si próprios e que, por isso, abandonam, desistem e evitam as situações que os desafiam e que podem pôr em causa o seu autoconceito, desenvolvendo reações emocionais desajustadas, ansiedade e depressão (Faria e Fontaine, 1990). Assim, possivelmente os alunos com resultados escolares mais negativos desenvolvem comportamentos inadequados como estratégia de defesa do autoconceito (Senos e Diniz 1998).

No que diz respeito aos problemas de comportamento em função das experiências de vergonha, verificam-se diferenças significativas com maior incidência nas subescalas da

oposição/imaturidade e nos problemas de internalização. Este resultado vai ao encontro do estudo de Tangney (2001) que defende que a vergonha tem sido implicada como fator que contribui para várias perturbações psicológicas. No estudo de Matos e Pinto-Gouveia (2010) estes referem que experiências de vergonha da infância e da adolescência têm impacto traumático e aparecem associadas a vergonha atual e a psicopatologia, em especial à depressão. Assim, quanto mais experiências de vergonha o adolescente vivencia maior os seus problemas de comportamento.

O presente estudo apresenta algumas limitações, sobre as quais convém refletir. Uma dificuldade sentida relacionou-se com o processo de preenchimento do protocolo, dado que nem todos os pais devolveram o consentimento informado, o que diminuiu o tamanho da amostra possível de ser recolhida na escola onde o estudo foi desenvolvido. Em continuidade, considera-se uma limitação deste estudo a amostra apresentar dimensões reduzidas ( $n = 70$ ), o que poderá ter influenciado as respostas dos adolescentes. Os dados foram recolhidos junto de uma única instituição de ensino, sendo importante que em estudos futuros se possa alargar a pesquisa a mais instituições de ensino, de preferência estando estas inseridas noutros meios socioeconómicos e culturais.

Por fim, no que concerne a sugestões para futuras investigações, seria interessante realizar comparações em função da residência e obter um maior número de adolescentes por ano de escolaridade por forma a comparar os níveis de autoconceito e experiências de vergonha em adolescentes que vivem numa cidade, vila ou aldeia. A diferença quantitativa ao nível do género, com maior prevalência do sexo feminino, pode também ter comprometido os resultados. Um dos fatores de exclusão da amostra foram alunos com Necessidades Educativas Especiais, pelo que seria interessante num próximo estudo comparar dois grupos de alunos onde estes alunos fossem incluídos como um grupo em estudo. Por fim, também seria pertinente incluir a opinião dos professores no que respeita às variáveis do comportamento dos alunos.

Com este estudo verificamos que o objetivo inicial a que nos propusemos foi cumprido, tendo sido possível observar se existe uma relação entre a vergonha, o autoconceito e os problemas de comportamento. Deste modo, a vergonha externa correlaciona-se de forma negativa com o autoconceito e com os problemas de comportamento (total e algumas subescalas). Por fim, o autoconceito total e suas dimensões correlaciona-se negativamente com o total e grande parte das subescalas dos problemas do comportamento.

Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de desenvolver programas desenvolvimentais específicos, como por exemplo, programas de prevenção e intervenção que

permitam minimizar ou melhorar as adversidades na infância e a auxiliar o adolescente a enfrentar, bem como a ajustar-se às exigências individuais e sociais típicas desta etapa. Seria também interessante apostar na prevenção em contexto escolar e, considerando os resultados do presente estudo, trabalhar o autoconceito dos alunos que apresentem problemas de comportamento derivados de um baixo autoconceito e/ou experiências de vergonha.

## Bibliografia

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles*. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M. e Edelbrock, C. S. (1979). The child behavior profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 223–233.
- Achenbach, T. M. e Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised behavior profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Allan, S., Gilbert, P. e Goss, K. (1994). An exploration of shame measures—II: Psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 17(5), 719-722. doi: 10.1016/0191-8869(94)90150-3
- Goss, K., Gilbert, P. e Allan, S. (1994). An exploration of shame measures—I: The other as shamer scale. *Personality and Individual Differences*, 17(5), 713–717. doi:10.1016/0191-8869(94)90149-X
- Bean, J.P. (1980). Dropouts and turnover: The synthesis and test of a causal model of student attrition. *Research in higher Education*, 12(2), 155-187. Doi: 10.1007/BF00976194
- Bolsoni-Silva, A. T. e Del Prette, A. (2003). Problemas de comportamento: um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 91–103.
- Burns, R. B. (1979). *The self concept. Theory, measurement, development and behavior* (4.<sup>a</sup> ed.). Harlow: Longman.
- Cadieux, A. (1996). Psychometric properties of a pictorial self-concept scale among young learning disabled pupils. *Psychology in the Schools*, 33(3), 221-229. doi: 10.1002/(sici)1520-6807(199607)33:3<221:aid-pits5>3.0.co;2-s
- Caldwell, L. e Darling, N. (1999). Leisure context, parental control, and resistance to peer pressure as predictors of adolescent partying and substance use: an ecological perspective. *Journal of Leisure Research*, 31(1), 57-77.
- Campbell, J. S. e Elison, J. (2005). Shame coping styles and psychopathic personality traits. *Journal of Personality Assessment*, 84(1), 96–104. doi: 10.1207/s15327752jpa8401\_16.
- Carneiro, G. R., Martinelli, S. C. e Sisto, F. F. (2003). Autoconceito e dificuldade de aprendizagem na escrita. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 427–434.
- Cheung, M. S.-P., Gilbert, P. e Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences*, 36, 1143–1153. doi: 10.1016/S0191-8869(03)00206-X
- Clemente, I. F. (2008). *Autoconceito e problemas de comportamento em crianças com dificuldades de aprendizagem* [tese de mestrado]. Obtido em <http://hdl.handle.net/10451/3079>



- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.<sup>a</sup> ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cordeiro, R. (2006). Aparência física e amizade íntima na adolescência: Estudo num contexto pré-universitário. *Análise Psicológica*, 24(4), 509–517. doi: 10.14417/ap.548
- Cunha, M., Matos, M., Faria, D. e Zagalo, S. (2012). Shame memories and psychopathology in adolescence: The mediator effect of shame. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 203–218.
- Cunha, M., Xavier, A., Cherpe, S. e Pinto-Gouveia, J. (2014). Psychometric studies of the Other as Shamer Scale for Adolescents - brief version (OASB-A). *Revista de Saúde Pública*, 48(n.esp.), 428.
- Crijnen, A. A., Achenbach, T. M. e Verhulst, F. C. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: total problems, externalizing, and internalizing. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1269-277. doi:10.1097/00004583-199709000-00020
- D’Affonseca, S. M. (2005). *Prevenindo fracasso escolar: Comparando o autoconceito e desempenho acadêmico de filhos de mães que trabalham fora e donas de casa* [tese de mestrado não publicada]. Universidade Federal de São Carlos, São Paulo.
- Durrant, J. E., Cunningham, C. e Voelker, S. (1990). Academic, social, and general self-concepts of behavioral subgroups of learning disabled children. *Journal of Educational Psychology*, 82(4), 657–663. doi: 10.1037/0022-0663.82.4.657
- Emídio, R., Santos, A. J., Maia, J., Monteiro, L. e Veríssimo, M. (2008). Auto-conceito e aceitação pelos pares no final do período pré-escolar. *Análise Psicológica*, 26(3), 491–499.
- Elias, L. C. S. (2003). Crianças que apresentam baixo rendimento escolar e problemas de comportamento associados: caracterização e intervenção. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras/USP, Ribeirão Preto.
- Espirito-Santo, H. e Daniel, F. (2015). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (1): As limitações do  $p < 0,05$  na análise de diferenças de médias de dois grupos [Folha de cálculo suplementar]. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(1), 3-16.
- Faria, L. (2005). Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 23(4), 361–371. doi:10.14417/ap.554
- Faria, L. e Fontaine, A. M. (1990). Avaliação do conceito de si próprio de adolescentes: Adaptação do SDQ I de Marsh à população portuguesa. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 6, 97–105.
- Faria, L. e Fontaine, A. M. (1995). Adaptação do Self Perception Profile for Children (SPPC) de Harter a crianças e pré-adolescentes. *Psicologia*, 10(3), 129–142.
- Fonseca, A. C., Simões, A., Rebelo, J., Ferreira, J. e Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas do comportamento em crianças e adolescentes - o Child Behaviour Checklist de Achenbach (CBCL). *Psychologica*, 12, 55-78.
- Fontaine, A. M. (1991). Desenvolvimento do conceito de si próprio e realização escolar na adolescência. *Psychologica*, 5, 13–31.
- Frydenberg, E. (2008). *Adolescent coping: advances in theory, research and practice*. New York: Psychology Press.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. Em P. Gilbert e B. Andrews (Eds). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 3-38). New York: Oxford University Press.

- Gilbert, P. (2000). *Social mentalities: Internal "social" conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy*. Em P. Gilbert e K. G. Bailey (Eds). *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp.118-150). New York: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualisation and overview, with treatment implications. Em P. Gilbert e J.
- Gilbert, P. e McGuire, M. T. (1998). *Shame, status, and social roles: Psychobiology and evolution*. Em P. Gilbert e B. Andrews (Eds). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 99-125). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P., e Miles, J. (2002). Body shame: Conceptualization, research, and treatment. *New York: Brunner-Routledge*.
- Gilbert, P. e Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353–379. doi:10.1002/cpp.507
- Harper, F. e Arias, I. (2004). The Role of Shame in Predicting Adult Anger and Depressive Symptoms Among Victims of Child Psychological Maltreatment. *Journal of family Violence*, 19, 367-375. doi:10.1007/s10896-004-0681-x.
- Holden, G. W., Geffner, R. e Jouriles, E. N. (1998). *Children exposed to marital violence: theory, research, and applied issues*. Washington: American Psychological Association. doi:1037/10257-000
- Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. New York: The Free Press.
- Lewis, M. (2003). No Title. *The role of the self in shame. Social Research: An International Quarterly*, 70(4), 1181–1204.
- Lopes, B., Pinto-Gouveia, J. e Castilho, P. (2005). *Portuguese version of the Others as Shamer Scale*. Manuscrito não publicado.
- Marsh, H. W. (1989). Age and sex effects in multiple dimensions of self-concept: Preadolescence to early adulthood. *Journal of Educational Psychology*, 81(3), 417-430.
- Matos M., Pinto Gouveia, J. e Gomes, P. (2010). A centralidade das experiências de vergonha: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Escala de Centralidade do Acontecimento. *Psicologia*, 24(1), 73–95.
- Matos, M. e Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a Traumatic Memory. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(4), 299–312. doi:10.1002/cpp.659
- Marturano, E. M., Toller, G. P. e Elias, L. C. D. S. (2005). Gênero, adversidade e problemas socioemocionais associados à queixa escolar. *Estudos de psicologia (Campinas)*, 22(4), 71-380
- Mills, R. S. L. (2005). Taking stock of the developmental literature on shame. *Developmental Review*, 25(1), 26-63. doi:10.1016/j.dr.2004.08.001.
- Morrison, D. e Gilbert, P. (2001). Social rank, shame and anger in primary and secondary psychopaths. *Journal of Forensic Psychiatry*, 12(2), 330–356. doi:10.1080/09585180110056867
- Murphy, K. R. e Davidshofer, C. O. (2004). *Psychological testing: Principles and applications* (6.<sup>a</sup> ed). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Peixoto, F. (2012). Qualidade das relações familiares, auto-estima, autoconceito e rendimento académico. *Análise Psicológica*, 22(1), 235-244. doi: 10.14417/ap.144

- Peixoto, F. e Almeida, L. S. (2011). A organização do autoconceito: Análise da estrutura hierárquica em adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3) 533–541. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.12/1143>
- Peixoto, F., Martins, M. A., Pereira, M., Amaral, V. e Pedro, I. (2001). Os grupos de adolescentes na escola: Percepções intra e inter-grupais. *Psicologia – Teoria, Investigação e Prática*, 6, 79–93.
- Peixoto, F. J. B. (2003). *Autoestima, Autoconceito e Dinâmicas Relacionais em Contexto Escolar* [tese de doutoramento]. Obtido em <http://hdl.handle.net/10400.12/4>
- Peixoto, F. e Mata, L. (1993). Efeitos da idade, sexo e nível socioeconómico no auto-conceito. *Análise Psicológica*, 11(3), 401–413.
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS* (6.ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Piers, E. V. (1969). *Manual for the Piers-Harris children's self concept scale (The way I feel about myself)*. Nashville, TN: Counselor Recordings and Tests.
- Piers, V. e Herzberg, S. (2002). *Piers-Harris 2: Piers-Harris children's self-concept scale* (2.ªEd). Wilshire Boulevard, C.A: Western Psychological Services.
- Saldanha, A. A. W., Oliveira, I. C. V. e Azevedo, R. L. W. D. (2011). O autoconceito de adolescentes escolares. *Paidéia*, 21(48), 9–19. doi: 10.1590/S0103-863X2011000100003
- Sampaio, D. (1995). *Inventem-se novos pais*. Lisboa. Editorial Caminho.
- Sampaio, D. e Santos, N. (1993). *Vozes e ruídos: Diálogos com adolescentes*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sapienza, G. e Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209–216.
- Senos, J. e Diniz, T. (1998). Auto-estima, resultados escolares e indisciplina. Estudo exploratório numa amostra de adolescentes. *Análise Psicológica*, 16(2), 267–276.
- Simões, C., Matos, M. G., Ferreira, M. e Tomé, G. (2010). Risco e resiliência em adolescentes com necessidades educativas especiais: Desenvolvimento de um programa de promoção da resiliência na adolescência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 101–119.
- Sisto, F. F. e Martinelli, S. C. (2004a). *Escala de autoconceito infanto-juvenil (EAC-IJ)*. São Paulo: Editora Vetor.
- Sisto, F. F. e Martinelli, S. C. (2004b). Estudo preliminar para a construção da Escala de autoconceito infanto-juvenil (EAC-IJ). *Interação em Psicologia*, 8(2), 181–190. doi: 10.5380/psi.v8i2.3254
- Sprinthall, N., e Collins, W. (1999). *Psicologia do Adolescente. Uma abordagem desenvolvimentista*. Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa.
- Tangney, J. P. (2001). Constructive and destructive aspects of shame and guilt. Em A. C. Bohart e D. J. Stipek (Eds), *Constructive and destructive behavior: Implications for family, school, and society* (pp. 127-145). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tangney, J. P. (2002). Self-conscious emotions: The self as a moral guide. Em J. V. Wood (Ed.), *Self and motivation: Emerging psychological perspectives* (pp.97-117). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tangney, J. P. e Dearing, R. L. (2002). *Shame and Guilt*. New York: Guilford Press.
- Veiga, F. H. (1988). Disciplina materna, autoconceito e rendimento escolar. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 4, 47–56.
- Veiga, F. H. (1995). *Transgressão e autoconceito dos jovens na escola*. Lisboa: Fim de Século Edições.

- Veiga, F. H. (2006). Uma nova versão da escala de autoconceito Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCS-2). *Psicologia e Educação*, 5(1), 39-48.
- Veiga, F. e Domingues, D. (2012). A Escala Piers-Harris Children's Self-Concept Scale: uma versão com repostas de um a seis. *Livro de Atas do 12º Colóquio de Psicologia, Educação, Aprendizagem e Desenvolvimento: Olhares contemporâneos através da investigação e da prática*. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa.
- World Health Organization (1986). Young people's health: A challenge for society. Report of a *WHO study group on young people and health for all by the year*. Technical report series 731. Geneva: World Health Organization Obtido em [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_731.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731.pdf)