

Maria Helena Moreira Rocha Neto

Autoconceito dos adolescentes que frequentam Terapia da Fala

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde, Portugal
Porto, 2013

Maria Helena Moreira Rocha Neto

Autoconceito dos adolescentes que frequentam Terapia da Fala

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde, Portugal
Porto, 2013

Maria Helena Moreira Rocha Neto

Autoconceito dos adolescentes que frequentam Terapia da Fala

Atesto a originalidade do trabalho:

“Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau de
Licenciatura em Terapêutica da Fala sob as orientadoras
Dr^a Eva Antunes e Dr^a Joana Rocha”

Sumário

Pretende-se com este estudo comparar o autoconceito dos adolescentes que frequentam Terapia da Fala com os que não frequentam. A investigação realizou-se com adolescentes do distrito do Porto e Braga, com idades compreendidas entre os 10 e 19 anos. Para tal dividiram-se os adolescentes em dois grupos: grupo experimental (GE), adolescentes que frequentam terapia da fala (n=31), e grupo de controlo (GC) adolescentes sem acompanhamento (n=65). Assim, para avaliar os adolescentes recorreu-se ao “Inventário Clínico do Autoconceito (ICAC)” (Vaz Serra, 1986). Os resultados alcançados neste estudo revelam que não existe diferença estatisticamente significativa do autoconceito dos dois grupos.

Palavras chave: Adolescentes, Autoconceito, Terapia da Fala.

Summary

The aim of this study was to compare the self-concept of adolescents attending Speech Therapy with not attending. The investigation was carried out with teenagers in the districts of Porto and Braga, aged between 10 and 19 years. The two groups were divided this way: experimental group (EG), teenagers who attend speech therapy (n = 31) and control group (CG) unaccompanied teenagers (n = 65). That way, to evaluate the teens, we used the "Self-Concept Clinical Inventory (ICAC)" (Vaz Serra, 1986). The results obtained in this study reveal that there is no statistically significant difference in the self concept of the two groups.

Keywords: Adolescents, Self-concept; Speech Therapy.

Agradecimentos

À Dr^o Eva Antunes por toda a orientação e disponibilidade, pois sem o seu apoio não seria possível finalizar este estudo.

À Dr^a Joana Rocha pela premissa inicial deste trabalho.

Um muito obrigada pela disponibilidade e cooperação de todos adolescentes e Terapeutas da Fala das diversas clínicas que fizeram parte deste estudo.

E por último, um enorme obrigada à minha Família e Amigos por todas as palavras de incentivo e pelo apoio condicional depositado em mim.

Índice

Introdução.....	1
I. Enquadramento teórico	3
1. Adolescência.....	3
2. Autoconceito.....	6
2.1. <i>Retrospectiva Histórica</i>	6
2.2. <i>Definição do autoconceito</i>	8
2.3. <i>Autoestima</i>	10
2.4. <i>Desenvolvimento do auto conceito e da autoestima nos adolescentes</i>	13
3. Linguagem e Comunicação	17
3.1. <i>Perturbações da linguagem/fala existentes nos adolescentes</i>	17
4. Autoconceito e autoestima dos adolescentes que frequentam Terapia da Fala	20
II. Enquadramento metodológico	26
1. Método	26
1.1. <i>Objetivos</i>	26
1.2. <i>Tipo de estudo</i>	26
1.3. <i>Participantes</i>	27
1.4. <i>Variáveis</i>	27
1.5. <i>Instrumentos</i>	28
1.6. <i>Procedimentos</i>	30
1.7. <i>Análise e tratamento de dados</i>	30
2. <i>Apresentação dos resultados</i>	33
3. <i>Discussão dos resultados</i>	36
Conclusão	39
Referências Bibliográficas	40
Anexos	

Índice de Figuras

Figura 1: O diagnóstico do autoconceito.....	34
Figura 2: Distribuição do autoconceito total pelos dois grupos.....	36

Índice de tabelas

Tabela 1: Caraterização da amostra quanto à idade, escolaridade e sexo em função do grupo.....	28
Tabela 2: Caraterização da amostra em função do grupo.....	32
Tabela 3: Caraterização da amostra em função dos antecedentes familiares.....	32
Tabela 4: Caraterização da amostra em função dos antecedentes clínicos.....	33
Tabela 5: Caraterização da amostra em função dos subdomínios do autoconceito.....	34
Tabela 6: Correlação entre os grupos e subdomínios do autoconceito.....	35
Tabela 7: Correlação de Spearman entre os subdomínios.....	35

Lista de abreviaturas

ICAC - Inventário Clínico do Autoconceito

GC - Grupo de Controlo

GE - Grupo Experimental

ORL-Otorrinolaringologia

Introdução

A linguagem apresenta-se como o mais poderoso e conhecido instrumento de comunicação que aprendemos de forma natural e espontânea, e permite comunicarmos uns com os outros (Correia, 2011). Se existir alguma lacuna ou dificuldade, o sistema da linguagem fica comprometido, o que por sua vez poderá acarretar problemas e provavelmente levará a consequências na sua vida, na dos professores, na sua família e ao nível da sociedade (Henriques, 2009) Por esta razão torna-se um assunto de extrema importância por parte de todos os intervenientes no processo educativo.

A adolescência é uma fase bastante crítica, em que o próprio adolescente se transforma, se modifica e se organiza, segundo Rousseau (*cit. in* Teixeira, 2005, p 2), que a define como um “segundo nascimento”. Nesta fase eles estão mais suscetíveis às mudanças não só do corpo, mas também na relação com os outros. Investem em novos conhecimentos, viram-se para as relações amorosas, para a noção do corpo, começam a comparar-se com ídolos ou com amigos. Porém, isto faz com que surge uma opinião acerca de si e o que os outros pensam dele. É desta forma, que surge o autoconceito. Este construto refere-se à forma como o indivíduo se vê a si próprio segundo a sociedade que o rodeia, atendendo às informações, opiniões da comunidade que o cerca, principalmente dos seus pares (Veiga, 1995).

Atendendo ao objetivo deste estudo, pretender-se-á focalizar a atenção nos adolescentes entre os 10 e 19 anos, para averiguar se existem diferenças no autoconceito dos adolescentes que são seguidos na valência de Terapia da Fala, comparativamente àqueles que não são. A questão de investigação deste estudo foi: “Existem diferenças no autoconceito dos adolescentes com perturbações da fala/linguagem relativamente aos que não têm perturbações?”. Foram posteriormente criadas duas hipóteses, sendo elas: hipótese nula – os dois grupos são iguais, não existindo diferenças no autoconceito; hipótese alternativa – os dois grupos são diferentes, apresentando diferenças no autoconceito.

As razões que me levaram à escolha deste tema são diversas: i) interesse pelos adolescentes; ii) perceber se os adolescentes que frequentam terapia da fala se sentem mais inferiorizados relativamente aos outros da mesma idade (bem estar do

adolescente), iii) apresentar os resultados a outros técnicos de saúde/educação e a colegas da mesma área, uma vez que este tema ainda se encontra por desmistificar.

O projeto de graduação encontrar-se-á dividido em duas partes. A primeira parte comportará o enquadramento teórico, tendo como base a revisão da literatura, por sua vez, a segunda parte, referar-se-á ao estudo empírico. Estas partes encontrar-se-ão divididas por subcapítulos. A estrutura do estudo será delineada em função do Manual de Estilo da Elaboração de Monografia da Universidade Fernando Pessoa. Relativamente ao capítulo I - o enquadramento teórico, este encontra-se dividido em quatro subcapítulos: 1- Adolescência; 2 – Autoconceito/Autoestima; 3: Linguagem e Comunicação; 4 – Autoconceito dos adolescentes com perturbações da fala/linguagem. Face ao capítulo II - o estudo empírico, apresenta-se o tipo de estudo, todos os procedimentos metodológicos que foram utilizados na pesquisa, os instrumentos utilizados para a recolha de dados, as variáveis em estudo, os resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Posteriormente serão apresentadas as referências bibliográficas consultadas para esta investigação, bem como os anexos relacionados com o estudo.

Os achados neste estudo revelam que não existe diferenças estatisticamente significativas do autoconceito nos grupos a comparar.

I. Enquadramento teórico

1. Adolescência

O conceito “adolescência” deriva do latim *adeseco* que significa “crescer”, desenvolver-se, tornar-se maior (Muss, 1976 cit in Ferreira & Nelas, 2006). A adolescência situa-se entre a infância e a vida adulta, e inicia-se com as primeiras manifestações físicas da maturidade sexual, finalizando com a realização social da situação de adulto independente (Ferreira, 2006). Tendo em conta o desenvolvimento humano, é necessário tomar em consideração vários fatores que colaboram para a caracterização desse mesmo período.

Sendo assim, é necessário avaliar o adolescente quer na sua relação com o meio, quer com os seus pares, para posteriormente agrupar o indivíduo numa fase de desenvolvimento (Henriques, 2009). A Organização Mundial da Saúde (OMS) compreende o limite etário para a adolescência entre os 10 e os 19 anos, embora existam vários autores a criticar esta visão “reduzida” devido à complexidade que abarca. Outro fator que a impede de definir é fato de estar relacionado com o género, a classe social, e os contextos sócio-culturais (Traverso-Yepez & Pinheiro, 2002). Por outro lado a Organização das Nações Unidas delimita entre os 15 e os 24 anos (ONU, cit. in Eisenstein, 2005 e Martins, 2003) define que inicia-se cerca dos 12-13 anos e terminará pelos 20/21/22 anos, com grandes variações culturais e individuais. Por fim, Tavares (2005), afirma que se estende dos 11/12 anos aos 19/20 anos (e devido às circunstâncias da sociedade dos nossos dias, tende-se a prolongar).

Blos (cit. in Dias & Fontaine, 2001) admite que qualquer divisão em fases é uma generalização e que no desenvolvimento real não existe uma compartimentalização nítida. Considera que nesta etapa (adolescência) podem-se identificar cinco estádios diferentes, nomeadamente: 1) *pré-adolescência*, que se define por um aumento quantitativo da pulsão (impulso energético interno que direciona o comportamento do indivíduo) e que põe fim ao período de infância; 2) *adolescência inicial*, caracteriza-se quando o adolescente vira-se para o “seu amigo”, seguindo a escolha objetal, o modelo

*narcisista*¹; 3) *adolescência propriamente dita*, nesta fase o adolescente faz uma introspeção mais profunda com um aumento da sensibilidade e da percepção, no qual está associada a novos objetos de amor (relações); 4) *final da adolescência*, fase que se descreve pelo facto de os processos iniciados na fase anterior adotarem uma estrutura definitiva; 5) *pós-adolescência*, a etapa final, de harmonização das partes componentes da personalidade. Por sua vez Tavares (2005), subdivide a adolescência dos 11-14 anos em 3 fases: *fase inicial* (puberdade ou pré-adolescência), uma *fase intermédia* (adolescência propriamente dita) entre os 13 e os 16 anos, e por fim uma *fase final* (juventude) que compreende os 15 aos 21 anos.

Desde a Antiguidade, vários autores tentam caracterizar a adolescência, mas o primeiro a definir foi Rausseul (*cit. in* Cole 2003, p. 263):

(...) um período de maior instabilidade e conflito emocional provocados pela maturação biológica (...) uma mudança de bruscas e frequentes ataques de raiva, uma perpétua agitação da mente que tornam a criança quase incontrolável.

Segundo Freud (*cit. in* Cole, 2003, p.624):

a adolescência compara-se a um estágio distinto do desenvolvimento da mente no qual os seres humanos podem finalmente realizar o imperativo biológico de se reproduzirem assegurando a espécie.

Para este autor, a adolescência era o “estágio genial” porque é uma época em que a relação sexual se torna um motivo fundamental do comportamento. A adolescência representa aquele período em que a modalidade de ocupar o mundo e o espaço é caracterizado por uma maior instabilidade, seja motiva ou efetiva ou comportamental (Paiva, 2003).

Esta etapa do ser humano (adolescência) é um período desenvolvimental, devido às grandes descobertas e transformações a diversos níveis. O indivíduo procura vivenciar intensamente novas situações (sexuais, sociais, profissionais, morais), sentimentos e

¹ O narcisismo evidencia-se por um sentimento de superioridade e uma excessiva admiração de si próprio. Pode atingir níveis patológicos dependendo do grau. Pessoas narcisistas revelam dificuldade de empatia, de manter relacionamentos sociais e tendências de explorar os outros com o objetivo de alcançarem privilégios pessoais (Ashe *et all*, 2005 *cit in* Primo, 2009).

formas de ver a realidade, escolhendo aquele que mais se identifica. Procura construir a sua própria forma de estar no mundo e de o compreender traçando a sua identidade. É um período em que o adolescente abandona a sua auto-imagem infantil para assim projetar-se no futuro (na vida adulta), e também obriga a reformular os conceitos que tem a respeito de si mesmo. Porém, leva a que o raciocínio seja mais abstrato e não tão concreto como na fase anterior da infância (Henrique, 2009).

“O adolescente contemporâneo é um ser paradoxo”, ou seja, experimenta várias contradições, podendo afirmar-se que se encontra num período de contradições e paradoxos (Braconnier & Marcelli, 2000, p. 20). Todavia, o adolescente não compreende o que se passa consigo; ambiciona ser autónomo mas deseja que os pais o ajudem nas situações do dia-a-dia, não quer o que antes pretendia. Na grande maioria, adota verdades absolutas e incompreensíveis, mas ao mesmo tempo tem dúvidas acerca de si. Entende que é altruísta mas pode ser egoísta logo no momento seguinte, isto é, pode assumir que é individualista, como também se pode inserir num grupo, ou ainda o seu pensamento pode explorar o campo infinito das hipóteses e ao mesmo tempo o seu corpo modifica-se num sexo biologicamente definido (Henriques, 2009).

Os adolescentes de hoje em dia revelam-se perante as exigências e proibições da família. Apresentam-se indecisos e ansiosos, perturbados e com falta de segurança entre si e deste modo tentam adquirir a segurança no grupo de sujeitos da mesma idade. A aprovação dos mais velhos é fundamental para eles, perturba-os e preocupa-os tudo o que se expõe ao desempenho do seu papel (masculino/feminino) acerca do que fazer, do dizer e não dizer. Por último, o medo está presente quando se refere a relações amorosas e possuem um sentimento forte e de devoção para com o grupo (Braconnier & Marcelli 2000).

Para concluir, Amaral (1979, *cit. in* Henriques, 2009) afirma que existem inúmeras teorias que desejam explicar e auspiciar a adolescência, no entanto existe a dificuldade de conseguir limitar os marcos de cada etapa da adolescência, não havendo um acordo no indicador da idade cronológica e nas características psicológicas. Recordando as fases estabelecidas por Bloss, (Dias & Fontaine 2001) é de salientar que as fases, *final da adolescência* e a *pós-adolescência*, mais do que qualquer outra fase do período de

adolescência, contêm cronologias vagas, pois dependem muito dos processos de cada indivíduo. Medeiros (2000) vai ao encontro dos dois autores referidos anteriormente, quando este declara que existe consenso quanto ao início da adolescência (puberdade), porém para limitar não existe concordância com as inúmeras teorias.

2. Autoconceito

2.1. Retrospectiva Histórica

O termo *self*, ou autoconceito, corresponde a uma parte de nós da qual estamos conscientes. Ou seja, é aquilo que o indivíduo sabe acerca de si próprio e a forma como se vê a si mesmo (Peixoto, 1999 *cit. in* Magalhães, 2011). Contudo, antes de aprofundar em que consiste o autoconceito e outros termos que se associam a este, é preciso contextualizar as suas origens.

Teremos que mencionar que o primeiro autor a descrever sobre o ponto de vista psicológico foi Williams James. Este autor referiu que o autoconceito ostenta quatro componentes, *self espiritual, social, corporal e material*, os quais são importantes para autoestima do sujeito (James, 1890 *cit. in* Veiga 1995; Henriques, 2009). O mesmo autor abordou ainda outros aspetos: um *self* enquanto *sujeito* (ou *I*), e o *self* enquanto *objeto* (ou *Me*).

Outro autor que fez referência a um dos pioneiros, L'Écuyer, foi Castelo-Branco (2006 *cit. in* Henriques, 2009) em que este desenvolveu o Modelo Integrado, após averiguar diferentes modelos do autoconceito. Este autor considera que existem outras dimensões para além das apresentadas por William James, sendo eles: *self-material* (*self-somático e self-possessivo*); *self-pessoal* (imagem e identidade do *self*), *self-adaptativo* (valor e atividade do *self*); *self-social* (preocupações e atitudes sociais e referência ao sexo) e o *self* e não *self* (referência aos outros e opinião dos outros sobre si). Segundo Castelo-Branco (2006 *cit. in* Henriques, 2006), é através da interação que se desenvolve a construção do *self*, ou seja, resulta das relações pessoais que o sujeito suporta nas atividades sociais e nas suas experiências.

Por outro lado, o autoconceito passou a estar relacionado com as dimensões motoras, afetivas e cognitivas. Vaz Serra (1986) vai de encontro a William James (1980 *cit. in*

Henriques, 2009) quando determinou a bifurcação entre o *self*, como sendo, o Eu do indivíduo no qual dissocia-se em *I-self* (o que é o indivíduo) e *Me-self* (o que pertence ao sujeito). Por esta razão, o (*I-self*) é o conhecedor de si próprio, que organiza e interpreta a experiência do indivíduo de forma subjetiva. O *Me-self* representa o Eu enquanto conhecido, sendo constituído pelos aspetos materiais (bens, corpo e família), pelas características (estados de consciência, faculdades psíquicas) e pelos aspetos sociais (personalidade, relações). Por outras palavras, é quem percebe, atua, pensa, observa o exterior e a si próprio, experiencia sentimentos e sensações do *I*. O *Me* é o *self* que é descoberto, sentido, observado a agir (Dias & Fontaine, 2001).

Em suma, o autoconceito é particularmente uma decisão pessoal e imprevisível e na maioria das vezes é inculcado pela sociedade que o sujeito está inserido (Marsh & Shalvenson, 1985 *cit. in* Henriques, 2009).

2.2. Definição do autoconceito

Há uma grande variedade de trabalhos realizados nesta área, o que faz com que exista uma diversidade de termos relacionados com a representação de si próprio, tornando difícil estabelecer uma definição universal e clara (Byrne, 1996a; Harter, 1999; Hattie, 1992 *cit. in* Peixoto 2003). No entanto, iremos apenas focar os que apresentaram mais contributos e maior relevância na comunidade científica.

Dias & Fontaine (2001) definem o autoconceito como um construto multidimensional. Outros autores alegam que o autoconceito tem as seguintes características: organizado e estruturado, multifacetado, hierárquico, estável, desenvolvimental, avaliativo e diferenciável (Shalvelson, Hubner & Stanton, 1976; Gecas, 1982; Shalvelson & Bolus, 1982; Marsh & Shalvelson, 1985 *cit. in* Henriques, 2009). Normalmente a pessoa desenvolve várias convicções acerca de si, mas nem todas são relevantes. O indivíduo pode considerar se essas crenças, aquando de uma ação externa, são ameaças ou se, se pode modificá-las de acordo com a importância que essas têm sobre ele.

Portanto, “a perceção que o sujeito tem de si próprio, com o conhecimento das suas capacidades, competências e aceitabilidade social, pode ter influência no seu comportamento e na sua ação, que por sua vez vão influenciar na forma como a pessoa se percebe” (Henriques, 2009, p. 43). Quando Harter (1999), se refere ao autoconceito geral, muitas vezes designado de outros conceitos (autoimagem, autovalor, autoavaliação, autorrepresentação, autoperceção, autoesquemas, autoeficiência e automonitorização), este pretende demonstrar a imagem que o indivíduo tem de si. Por outro lado, Hattie (1992), utiliza outros termos semelhantes (autoestimulação, autoidentidade, autoimagem, autoconsciência, autoconhecimento e autoperceção), atribuindo o mesmo significado do que Harter (1999). Por sua vez, Osborne (1996) relata que muitas vezes os termos de autoconceito e auto estima são utilizados indiscriminadamente e também como se tivessem o mesmo significado. No entanto, Burns (1979 *cit. in* Henriques, 2009), não concorda com a mistura de termos e confirma que auto imagem é a forma como nos descrevemos e auto estima é a forma como os outros nos vêem – dimensão avaliativa.

O autoconceito é apreciado como um construto de grande utilidade, permite perceber-se e considerar-se a si-mesma em função de variáveis específicas para explicar e predizer a adequação sócio-ambiental dos seus próprios comportamentos (Musitu, 1984; Marsh, Bryne&Shavelson, 1988; Veiga, 1988, 1989 *cit. in* Veiga 1995). O autoconceito foi nomeado como a auto percepção que o indivíduo tem de si próprio, em relação com os outros, ou seja é baseada nas experiências com o meio, nas atribuições que a pessoa faz dos seus comportamentos, nas interpretações das suas experiências, nas avaliações e reforços que têm significado para o indivíduo (Veiga, 1995). Faria (2002) acrescenta ainda que podem estar relacionados com as atitudes, os sentimentos, o auto conhecimento acerca das suas capacidades, as competências, a aparência física e a aceitabilidade social (Faria, 2002 *cit. in* Faria 2005).

Purkey (1988 *cit. in* Dias & Fontaine, 2001) descreve como o conjunto de crenças que uma pessoa imagina serem verdadeiras. No entanto, Hattie (1992) caracteriza como sendo avaliações cognitivas que envolvem as crenças ou conhecimentos sobre as descrições, prescrições e avaliações de nós próprios. Campbell & Lavalley (1993 *cit in* Peixoto, 2003) definem o autoconceito como o conjunto de crenças que os sujeitos possuem acerca de si próprios, alcançando um carácter fundamentalmente cognitivo. Já Vaz Serra (1986), decreta que o autoconceito é a forma como o individuo se vê a si próprio nos vários contextos, social, emocional, física e académica. De um modo geral, é a percepção que o sujeito tem de si próprio nas várias dimensões, social, emocional, física ou académica. Para além das definições apresentadas, Rosemberg (1965) afirma que o autoconceito é constituído por várias auto-imagens, que correspondem a um conjunto de percepções relativas ao próprio sujeito, quando este se coloca como objeto da sua própria observação. (Rosemberg, 1965 *cit. in* Vaz Serra, 1986). De uma forma, geral podemos afirmar novamente que as percepções acerca de si próprio e o autoconhecimento constroem-se a partir da influência das experiências nos vários contextos da vida (Dias & Faria, 2005).

Por esta razão, se o sujeito alega um autoconceito positivo, significa que tem uma percepção positiva da sua identidade e não sente os outros como ameaça, isto é, desenvolve e pratica estratégias de *coping* mais adequadas e sente-se melhor consigo próprio e com os outros. Um fraco autoconceito está interligado a fracas relações

interpessoais, alterações emocionais, ansiedade social e stress o que conduz na maioria dos casos ao insucesso escolar (Henriques, 2009). Á medida que o sujeito vivencia diferentes situações de interação nos diferentes contextos, possibilita-lhe a realização de um julgamento das suas competências pessoais e sociais (Jardim, 2006), e consciência da dimensão do seu autoconceito social (Vagos, 2008).

2.3. Autoestima

Ultimamente existem vários estudos sobre a autoestima devido a este construto ter sofrido uma evolução (Henriques, 2009) e de continuar a surgir certas confusões injustificadas. Até porque os pioneiros do tema demarcaram concetualmente os dois termos (autoconceito e auto estima) (Cooley, 1902; James, 1980; Mead, 1934 cit in Veiga, 1995). Segundo Castello-Branco (2001 *cit. in* Henriques, 2009), a autoestima reporta-se aos sentimentos valorativos que o individuo elabora acerca de si próprio. Isto quer dizer como o próprio se sente satisfeito com a forma como leva a sua vida e da forma como se sente satisfeito com aquilo que tem realizado e com aquilo que é no dia-a-dia.

A adolescência é um período de inúmeras auto análises em relação a si e com os pares que partilham consigo o mesmo espaço e relações, desta forma o adolescente vai constituindo o seu self (diferente papeis, posturas, de acordo com os contextos em que está inserido). Nesta faixa etária, dá-se ênfase à autoestima, pois constitui um ajustamento psicológico e social para o desenvolvimento saudável do jovem. Contudo, esta componente avaliativa do autoconceito (autoestima) é essencial para que o adolescente atinga um bem estar com ele próprio e também ao nível académico. Quanto maior a valorização sobre as suas capacidades, mais facilmente superam as suas dificuldades e por conseguinte há uma aumento da autoestima. Caso apresente sucesso académico, será relevante quer em termos pessoais, quer em termos familiares pois, permite manter ou aperfeiçoar o estatuto familiar ou social (Henriques, 2009).

Para a formação da nossa autoestima é relevante o que os outros pensam acerca de nós próprios. Ora o fator social desencadeia um papel importante, uma vez que é baseado naquilo que nós pensamos, e no que os outros pensam acerca de nós. Mais uma vez é de

referir que a autoestima está associada aos aspetos avaliativos e emocionais do autoconceito (Henriques, 2009). Assim, é importante clarificar um pouco mais o significado de autoestima e, por esta razão, serão patenteadas algumas definições de acordo com alguns autores.

Harter (1993a) caracteriza a autoestima como sendo a visão global que a pessoa tem de si própria, enquanto Rosemberg (1979 *cit. in* Peixoto, 2003) sublinha a auto estima como uma atitude global no qual a pessoa tem em relação a si própria (auto valor), e onde as avaliações são consideradas de acordo com as pessoas que são importantes para ela (família, amigos, professores), assim como as suas perceções nas diversas áreas (familiar, física, social). Este autor divide a autoestima em três partes; como o indivíduo se vê a si mesmo (o *eu* existente), como gostaria de ser (o *eu* desejado) e por fim como se tenta mostrar aos outros (o *eu* revelado). Na mesma linha, Campbell e Lavallo (1993) referem que a autoestima é a representação que a pessoa constrói sobre si e advém da componente afetiva (Campbell&Lavallo 1993, *cit. in* Peixoto, 2003). Por outro lado Marsh (1993a) não diferencia o autoconceito e auto estima, uma vez que na sua investigação sublinha a diferença entre componentes globais e componentes que confrontam com domínios particulares do autoconceito (ou autoestima). Mais uma vez, declara que existem trabalhos que usam o mesmo instrumento de recolha de dados, em que num é obtido como auto estima e noutros como autoconceito (Marsh 1993a *cit. in* Peixoto, 2003).

Para além dos autores referenciados anteriormente, Osborne (1996) realça a componente afetiva da auto estima como um sentimento negativo ou positivo sobre si próprio, que pode converter-se mais ou menos positivo ou negativo, uma vez que os indivíduos se confrontam e interpretam os sucessos e falhanços do seu dia-a-dia. Não obstante, James (1890 *cit. in* Henriques, 2009) pondera que é o resultado entre os objetivos individuais caracterizados e os objetivos individuais pretendidos nos diferentes domínios (material, social e emocional). Para este autor existem domínios mais valorizados, por isso nem todas as dimensões têm o mesmo valor porque varia de acordo com as prioridades/necessidades de cada um. Se forem bem sucedidas então a autoestima será mais alta.

No entanto, para Coopersmit (1957 *cit. in* Peixoto 2003) a autoestima é uma decisão das atitudes que o sujeito aprova ou reprovava em relação a si próprio, dependendo do juízo pessoal que faz. Assim, as atitudes podem ser expressas tanto a nível verbal como a nível não verbal, de acordo com o que o sujeito julga ser capaz de atingir com sucesso. Neste caso, para este autor a autoestima tem quatro componentes: poder (habilidade de influenciar e controlar o outro), outros significativos (aceitação, atenção e afeição dos outros); virtudes (princípios morais e éticos pelos quais se rege) e a competência (tentativa de atingir os objetivos propostos e altos níveis de inteligência).

Contrapondo-se, Vaz Serra (2001; Castelo-Branco, 2006 *cit. in* Henriques, 2009, p. 56), declara que é forma avaliativa do autoconceito e que se refere aos sentimentos sobre o próprio valor. Este construto manifesta duas componentes,

sentido de competência relacionado com o desempenho eficaz, tendo em conta a consideração dos processos de auto atribuição e comparação social; a virtude como forma representativa do valor pessoal em função dos valores do comportamento pessoal e interpessoal.

Segundo Wells e Marwell (1976 *cit. in* Figueiredo, 2000) a autoestima dissocia-se em dois tipos, sendo uma delas a auto estima direcionada num sentido de competência, poder ou eficácia, e a outra como a auto estima baseada num sentido de virtude ou de moral. Assim sendo, a primeira informa que os processos de auto atribuição e de competência social estão ligados completamente à execução eficaz. Enquanto o segundo subtipo direciona-se para os valores representantes do comportamento pessoal e interpessoal, em termos de justiça, reciprocidade e de honra (Vaz Serra, 1986).

Importa ainda salientar que a auto estima é a faceta mais importante do autoconceito e conduz à avaliação que o indivíduo faz sobre as suas próprias qualidades ou desempenhos. Mais uma vez, a auto estima é a parte afetiva do autoconceito, no qual a pessoa faz julgamentos de si próprio, em que liga sentimentos de bom e de mau aos diferentes dados da sua própria identidade (Vaz Serra, 1986). Em suma, quase todos os autores mencionados anteriormente vão ao encontro que a autoestima é a forma como as pessoas se vê a si próprias e o valor que atribuem a si.

2.4. Desenvolvimento do auto conceito e da autoestima nos adolescentes

O desenvolvimento do autoconceito e da autoestima são influenciados pelo desenvolvimento cognitivo e por fatores sociais, uma vez que a representação de si próprio consiste na capacidade do sujeito representar o real, dependendo das estruturas cognitivas individuais (Peixoto, 2003). Porém Henriques (2009) refere que a autoestima vai desenvolvendo-se e modificando-se ao longo das várias etapas conforme as experiências vivenciadas pelo ser humano.

Para alguns autores a evolução do autoconceito varia de acordo com as idades, porém Antunes & Fontaine (1996 *cit. in* Figueiredo 2000) afirmam que o autoconceito começa a evoluir a partir do início/meio da adolescência, enquanto O'Malley e Bachman (1983 *cit. in* Figueiredo 2000) certificam que é a partir do 7º ano (13/14 anos). Marsh, Parker e Barnes (1985 *cit. in* Figueiredo 2000) reportam que é a partir do 9º ano de escolaridade. De acordo com os seguintes autores Marsh & Hattie (1996) & Shavelson Hubner & Stanton (1976), o desenvolvimento do autoconceito está relacionado com as percepções acerca de si próprio e da idade. Esse auto conhecimento organiza-se a partir da influência das experiências nos vários contextos de vida, nomeadamente com os seus pares, a escola, a família. É também com ajuda das interpretações que os indivíduos fazem dessas próprias experiências; os reforços; as avaliações e as atribuições/explicações (Marsh & Hattie, 1996; Shavelson Hubner & Stanton, 1976 *cit. in* Peixoto 2003).

Na grande maioria, os adolescentes fazem uma introspeção de si próprios, através de afetos, de sentimentos interpessoais, de pensamentos e de atitudes, enquanto as crianças têm maior probabilidade de descreverem o seu Eu em termos morais, comportamentais, com fatos objetivos, preferências e características físicas (Dias & Fontaine, 2001). Além disso, Harter (1999) salienta que as auto descrições das crianças mais novas são descritas por alguma falta de organização, apoiando-se unicamente em características observáveis e concretas de si própria (Peixoto, 2003). De uma forma geral denota-se que a identidade ao longo do desenvolvimento transforma-se cada vez menos num objeto inteligível, dando um lugar a um sistema conceptual de traços, sendo estes como características de competências interpessoais e não somente como traços absolutos.

Como reforça Harter (1999, *cit. in* Dias, 2005) as auto descrições dos adolescentes tornam-se mais abstratas e centradas em aspetos internos e psicológicos dos comportamentos em comparação com as da infância. Destaca-se que o adolescente é capaz de fazer uma introspeção e assim defronta o Eu do ponto de vista psicológico interior, do que as crianças. Pois estas encaram-no em termos de realidade social exterior (Rosenberg, 1979 *cit. in* Dias & Fontaine 2001). Apesar de serem abstrato essas auto descrições, estão sujeitas a distorções e a enviesamentos cognitivos e, por vezes, originam um autoconceito imaginário e até conduzir a comportamentos desajustados (Faria, 2005).

Para que o adolescente tenha um autoconceito diferenciado, é necessário integração, organização e estruturação, para assim o adolescente poder construir um *Eu* uno e consistente ao longo de várias situações da vida. E ainda no desempenho dos diferentes papéis sociais, como os diversos autoconceitos que por vezes o levam a questionar-se acerca de qual será o seu verdadeiro *Eu* (Faria, 2005). Contudo, o adolescente necessita de fazer a respetiva integração num todo coerente, organizado e consistente que podemos descrever e designar como a tarefa de construção de uma teoria pessoal acerca do *Eu* (Epstein, 1973 *cit. in* Faria, 2005).

Desta forma, é necessário explicar e compreender como se processa a construção/desenvolvimento do autoconceito no global e, para isso, decidiu-se recorrer a um dos autores mais mediáticos desta área. Assim, na génese do autoconceito Vaz Serra (2001; Santos 2009) alega a existência de quatro fatores fundamentais para a formação da identidade (como o indivíduo se vê a si próprio).

- a) A forma como os indivíduos observam o próprio sujeito;
- b) A consciência que o sujeito tem do seu desempenho em situações específicas;
- c) O confronto que efetua entre o seu comportamento e o daqueles que consideram os seus pares sociais;
- d) A avaliação de um comportamento específico em função de valores transmitidos por grupos normativos (religiosos, políticos)

Em relação ao primeiro fator, uma pessoa tende a observar-se como os outros a olham. Isto significa que qualquer sujeito não fica indiferente aos comentários/observações que

a sociedade lhe fazem, especialmente as pessoas significativas do seu meio ambiente. Por vezes, existem comentários mais do género depreciativo que podem causar consequências dramáticas, caso o sujeito se encontre num período em que “não desenvolveu por completo a capacidade do pensamento lógico” (Serra, 2001, p.12). Os pais têm a possibilidade de influenciar os filhos ao longo de vários anos, quer nos sentimentos (a seu próprio respeito) quer na pessoa que eles gostariam que o filho fosse. Devido às influências múltiplas que o indivíduo recebe, o autoconceito é diferenciado, e o autor ramifica entre autoconceito real e autoconceito ideal. Desta forma, o autoconceito real corresponde à forma como uma pessoa se percebe e se autoavalia tal como é (na realidade), enquanto o autoconceito ideal refere-se ao que o indivíduo gostaria/deveria de ser. Quando estes dois construtos (autoconceito real e ideal) coincidem, o indivíduo encontra-se com o índice de satisfação pessoal. Caso suceda o inverso, ou seja, uma discrepância acentuada entre os dois autoconceitos, estamos perante um índice de insatisfação (Vaz Serra, 2001).

Relativamente ao segundo fator (feedback que o sujeito guarda do seu próprio desempenho), o autor quer mostrar que este refere ao bom autoconceito que é desenvolvido quando as tarefas são bem executadas pelo sujeito, devido a este acreditar no seu êxito. Se porventura acontecer o inverso também é aceitável e verdadeiro. A sensação de ter sucesso é acompanhada por uma emoção positiva, agradável, que propicia o envolvimento em ações futuras. Se ocorrerem sentimentos de fracasso estes são acompanhados por emoções negativas, desagradáveis, o que faz inibir tarefas futuras. Consequentemente, estas sensações de êxitos ou de fracassos não dependem apenas de um desempenho isolado, mas sim de um número frequente de vezes que o sujeito tem a percepção de ter cumprido bem ou mal a tarefa pretendida/proposta (Vaz Serra, 2001).

O terceiro fator (o autoconceito depende também da assemelhação que o indivíduo faz entre o seu comportamento e o daqueles que considera os seus pares sociais) equivale à comparação que o indivíduo faz do seu comportamento com os seus pares sociais. Uma vez que o sujeito e os outros são dispostos em posições relativas, faz com que o indivíduo pense se é capaz ou não, se é melhor ou pior do que os outros, consoante o julgamento mais próximo ou afastado do comportamento desejável (Vaz Serra, 2001).

Por último, o quarto fator (o julgamento que o indivíduo estabelece ao seu comportamento tendo em conta as regras estabelecidas pelos diferentes grupos) menciona se o sujeito considerar a forma como se conduz com as normas, levá-lo-á a uma realização plena, isto quer dizer, que sentir-se-á realizado/satisfeito (Vaz Serra, 2001).

Deste modo, os diferentes autoconceitos que os adolescentes desenvolvem, exigem coerência e integração para testar as diferentes hipóteses com o objetivo de procurarem o seu “verdadeiro eu”. Contudo, há que possuir a capacidade de se observar e autoavaliar. Portanto, o adolescente é levado a considerar as suas experiências como únicas e diferentes na busca da separação das fronteiras entre o *Eu* e os outros (Harter, 1999 *cit. in* Faria, 2005).

3. Linguagem e Comunicação

Antes de iniciar propriamente o tema, é importante abordar alguns conceitos fundamentais, para uma visão integrada e alargada das diferenças entre comunicação e linguagem. Nos nossos dias, ainda existe uma certa confusão entre os conceitos linguagem e comunicação. A comunicação é entendida como um processo ativo de permuta de informação que envolve a codificação, a transmissão e a decodificação de uma mensagem entre dois ou mais interlocutores. Para que esta seja bem sucedida, é necessário que os intervenientes dominem um código comum e utilizem o canal de comunicação apropriado à situação (Sim-Sim, 1998).

Por seu turno, a linguagem é entendida como o mais poderoso e conhecido instrumento de comunicação, que aprendemos de forma natural e espontânea. É apresentada como uma capacidade própria e específica do ser humano, que nos permite comunicar, utilizando um sistema arbitrário, que inicialmente surge através da oralidade (acústica) e posteriormente também através da escrita (visual) (Lima, 2000). Porém, é um conjunto de signos usados pelas pessoas num contexto social, para comunicarem entre si ideias, necessidades e emoções, e a sua aquisição e habilidade é um desafio grandioso para a criança nos seus primeiros anos de vida (Sim-Sim, 1998). Viana (2000) cita que é um processo de desenvolvimento padronizado de aquisição e linguagem na infância, que abrange o desenvolvimento da fala (linguagem expressiva), e o desenvolvimento da compreensão (linguagem recetiva). Para alguns atores como Bernstein (2002) e Franco (2003), a linguagem é um sistema convencional de símbolos arbitrários e de regras de combinação dos mesmos, representando ideias que queiram transmitir através do seu uso e de um código socialmente partilhado, a língua.

3.1. Perturbações da linguagem/fala existentes nos adolescentes

Tendo em conta as explicações das definições anteriores, iremos focar-nos na adolescência visto que é a faixa etária desejada para o nosso estudo. Nos nossos dias, existe um leque de diagnósticos prováveis, quer em contexto clínico, quer em contexto escolar, nomeadamente Perturbação da Linguagem (Morfofossintaxe, Pragmática, Fonologia e Semântica), Perturbação Específica da Linguagem, Perturbação da

Comunicação (Autismo, Síndrome de Asperger...), Perturbação da Fala/Articulação e por fim Perturbação de Leitura e Escrita. Os diferentes diagnósticos podem estar relacionados com alguns fatores: distúrbios de ansiedade, deficit de atenção, hiperatividade, comportamentos disruptivos. Além disso pode haver a co-existência de abuso de substâncias/fármacos e índices de depressões (Patel, 2010; Ek, 2012).

É importante referir que há uma escassa informação no que diz respeito aos problemas de linguagem no adolescente (Mendoza, 2009). Desta forma, apenas serão abordadas as perturbações da linguagem/fala, de leitura e escrita, uma vez que não existem muitos estudos realizados nesta área, e também pelo fato de nesta idade serem as perturbações mais comuns.

Mendoza (2009) e Ek (2012), afirmam que as perturbações advêm desde a infância. Segundo Tomblin & Buckwalter (2000), essas crianças quando atingem a fase da adolescência ainda manifestam várias lacunas, ou seja, os problemas linguagem persistem na adolescência, o que afeta as relações pessoais (Botting, 2008) o êxito académico (Carballo, 2005), a orientação profissional e o seu trabalho (Tomblin & Buckwalter, 2000, Botting, 2008, Carballo, 2005 cit. in Mendoza, 2009).

Owens (2007) refere que na adolescência podem ocorrer algumas dificuldades, nomeadamente, “problemas de aprendizagem da linguagem devido à existência de quadros de hiperatividade/deficit de atenção e danos cerebrais. Em termos de linguagem recetiva manifestam dificuldades ao nível do discurso e da compreensão da leitura, enquanto na linguagem expressiva, as competências ao nível da narrativa e da pragmática podem estar afetadas”.

Muitos adolescentes com distúrbios de aprendizagem e perturbações da linguagem apresentam dificuldades no relacionamento com os seus pares, devido à ausência das habilidades sociais (Novak, 2002). Segundo Gallagher (1993), estes apresentam dificuldades em interpretar quer a comunicação verbal, quer a não verbal. Não compreendem a linguagem mais abstrata, dificuldades na linguagem expressiva (comentar algum assunto, manifestar os seus sentimentos, pedir ajuda aos seus pares para o auxiliarem) (Gallagher, 1993 *cit. in* Novak, 2002). Para além que estes

adolescentes manifestam dificuldades para resolver os problemas bem como aplicar estratégias, quando são confrontados com situações que envolvem o conhecimento ou o relacionamento com pessoas. Outra característica evidenciada é a falta de organização de tarefas, tais como escrever, pois as ideias estão desorganizadas, e ocorre uma escassez no vocabulário. Ressalta-se ainda a dificuldade em verbalizar uma narrativa como, por exemplo, contar uma história (Singer & Bashir, 1999 *cit in* Novak, 2002).

As dificuldades de leitura subsistem principalmente na compreensão, na diminuição da taxa de leitura, na definição de palavras, uma vez que estas provavelmente estão relacionadas com problemas de linguagem, memória, pensamento e raciocínio. Muitas vezes a estas dificuldades associam-se o deficit de atenção, o que faz diminuir o rendimento do próprio adolescente. Segundo Novak (2002), podem existirem dificuldades metacognitivas e metalinguísticas, o que impede ao adolescente de compreender e de analisar situações. Os problemas matemáticos também são refletidos nas dificuldades no cálculo, no raciocínio e na execução de problemas matemáticos (Novak, 2002).

Uma perturbação da leitura/escrita é caracterizada por dificuldades da precisão e/ou fluência da palavra, e por uma baixa capacidade de escrita e descodificação (Lyon, 2003 *cit in* Grizzle, 2009). Estes adolescentes apresentam dificuldades na sonoridade (descodificação fonética), capacidades pobres em relação á leitura (lenta e esforçada) e muitas vezes surgem em contextos normais de funcionamento cognitivo. De acordo com os psicólogos, a perturbação de leitura e escrita, é chamada de dislexia, assim sendo o Comité on Dyslexia of the Health Council of the Netherlands (*cit. in* Esteves 2011) refere que a dislexia está patente na automatização do reconhecimento das palavras (leitura) e/ou da escrita de palavras no qual não desenvolve ou se desenvolve de uma forma incompleta com imensas dificuldades. Por outro lado, a British Dyslexia Association (*cit. in* Esteves 2011, p. 25) alega que:

uma pessoa disléxica é alguém com uma incapacidade linguística específica, a qual afeta a ortografia, a leitura e outras habilidades linguísticas, caracterizando-se por uma incongruência entre o seu potencial mental e o seu nível educativo.

A capacidade de leitura é avaliada com base nos fatores do desenvolvimento (idade/grau) e cognitivos (inteligência [QI] e/ou compreensão oral) (Esteves, 2011).

A existência das dificuldades de leitura e de escrita podem estar relacionadas com todas as componentes da linguagem sendo elas, a fonologia, a morfologia, a semântica e a pragmática. Tanto podem ocorrer problemas a nível da compreensão, como da expressão e da consciencialização que o adolescente tem da sua própria língua materna. Nomeadamente lacunas ao nível da consciência fonológica (manipulação, adição, omissão silábica, rimas), do significado da palavra da frase e do discurso. Estes adolescentes, de uma forma geral, têm dúvidas em usar a linguagem estrategicamente (American Speech-Language-Hearing Association, 2001). A habilidade de ler palavras simples está devidamente comprometida pois a velocidade e a precisão da leitura é lenta (Grizzle, 2009).

Num estudo realizado por Patel et al. (2010), este constatou a existência de perturbação da escrita, bem como perturbações de leitura em adolescentes com menos de 19 anos (com uma taxa significativa de 6,9%-14,7%). Estes realçam que os rapazes são mais predispostos (25%) do que raparigas, há uma relação de 2-3:1. Efetivamente, o autor comparou um grupo de adolescentes com dificuldades de leitura e outro grupo sem dificuldades e ressaltou que os primeiros são muito instáveis, apresentando mal comportamento para com os outros, humor perturbado, auto mutilação e pensamentos alterados (Patel, 2010).

Concluindo, a adolescência é uma fase propícia de grandes mudanças e variabilidades de comportamentos. Sendo assim os profissionais de saúde devem ter em atenção as diversas áreas que afetam, antes de determinar o diagnóstico do adolescente, tendo em conta o desenvolvimento normal da aquisição da linguagem (Novak, 2002).

4. Autoconceito e autoestima dos adolescentes que frequentam Terapia da Fala

Após uma revisão bibliográfica, constatamos que a investigação sobre o autoconceito em relação aos adolescentes que frequentam terapia da fala, é muito escassa, sobretudo quando procuramos estudos realizados no âmbito do contexto escolar e clínico.

O autoconceito depende da idade como afirma Marsh (1991 *cit in* Figueiredo, 2008), verificando-se uma diminuição durante a pré adolescência, e um aumento no início ou durante a adolescência. Para Crain, 1996 (*cit. in* Figueiredo, 2008, p. 84) a diminuição do autoconceito está relacionada uma vez que nesta fase existe

uma visão mais realista e objetiva do autoconceito, que surge como resultado da maturação cognitiva e da experiência da vida.

Depois de se perceber que o autoconceito está influenciado pela idade, ou seja, varia de acordo com a faixa etária, serão mencionados estudos que circunscrevem a relação do autoconceito em adolescentes com perturbações da linguagem. Um estudo realizado por Silverman & Paulus (1989), cuja finalidade era avaliar a reação dos colegas com adolescentes com problemas de fala, revelou que os adolescentes que fazem a substituição dos fonemas, reagem negativamente às circunstâncias do seu quotidiano, levando-os a apresentar um autoconceito baixo.

Segundo alguns autores, os adolescentes com perturbações do desenvolvimento da linguagem apresentam uma baixa auto estima e um autoconceito fraco (Lindsay, Dockrell, 2002; Wadman, 2008 *cit. in* Lindsay, 2012). Num estudo realizado com crianças e adolescentes, os autores verificaram problemas emocionais graves para além das dificuldades da linguagem (Botting, 2008 *cit in* Conti-Ramsden). Contudo, noutro estudo com uma amostra de crianças/adolescentes com perturbações específicas da linguagem, verificou-se ausência desses problemas emocionais (Lindsay, Tomblin 2000; Botting, 2008 *cit in* Lindsay, 2012).

Existe uma forte ligação entre o autoconceito e o insucesso escolar nos adolescentes. Vários investigadores relatam que as perceções negativas dos sujeitos se repercutam na escola, levando ao insucesso escolar. Assim, os indivíduos com autoconceito elevado diferenciam-se dos que têm autoconceito baixo. Ou seja, os primeiros empregam formas de auto avaliações nas quais o self intervêm ligado a identidades, a comportamentos e a resultados positivos, enquanto os segundos aglomeram-se em auto avaliações em que o self aparece sobretudo ligado ao lado negativo daquelas variáveis (Brown, 1988 *cit. in*

Veiga, 1995). Bruniks (1978) nos seus estudos sobre alunos com dificuldades de aprendizagem, investigou que normalmente são menos rivais entre os colegas e manifestam um baixo autoconceito (Bruniks, 1978 *cit. in* Negrão 2007).

Estes adolescentes ao frequentarem o ensino, desempenham um autoconceito académico negativo, por serem ridicularizados pelos colegas, pela incapacidade de aprender algo novo devido aos problemas existentes quer seja da linguagem quer seja da fala, pela escassez de ajuda proveniente dos familiares, ou até mesmo pelo método que os professores delineiam o programa curricular. No entanto, os estudos visam que os adolescentes quando progredam nos estudos e são confrontados com outras regras e métodos de aprendizagem, o autoconceito começa a melhorar positivamente (Lindsay, 2012).

Na grande maioria, os alunos com dificuldades de aprendizagem expressam um autoconceito mais baixo, pois estes sujeitos têm consciência de que as suas aprendizagens não correspondem às expectativas dos pais e professores (Siulverman e Zigmond, 1983; Simões & Serra, 1897 *cit. in* Esteves, 2011). Mais um estudo de Lagae (2008) destacou que os adolescentes com distúrbios de aprendizagem aumentaram 40% e que estes acabaram por abandonar o ensino, por aduzir uma conduta menos adequada. O risco para o desenvolvimento de um transtorno psiquiátrico tem maior probabilidade nestes adolescentes (Lagae 2008 *cit in* Patel, 2012).

Como não foram encontrados mais estudos que relacionam diretamente o autoconceito/autoestima do adolescente com perturbações da fala/linguagem, considerou-se oportuno referir estudos que debatem outros aspetos da adolescência, que podem influenciar a autoestima, tais como: o sexo, a aparência física, a altura, ou a atividade física.

Batista (1995 *cit. in* Henriques, 2009) num estudo realizado com adolescentes constatou que as raparigas apresentam autoestima superior aos rapazes. Na mesma linha, outro estudo com sujeitos dos 10-19 anos, de ambos os sexos, cujo objetivo foi avaliar a maturidade e a prática desportiva, concluiu que as raparigas também apresentavam níveis de autoestima mais elevados (Rodrigues 1997 *cit. in* Henriques, 2009). Por outro lado,

existem autores que contradizem esta ideia, um deles Antunes (2006 *cit in* Henriques, 2009), que afirma que a autoestima das raparigas é menor do que os rapazes entre os 12-16 anos, principalmente a partir dos 14 anos. Arznar et al. (2003 *cit. in* Henriques, 2009) reportam, mais uma vez, que a autoestima é geralmente superior nos rapazes. Para além das apresentadas Jaquish & Savin-Williams (1981 *cit. in* Henriques, 2009) também partilham da opinião dos autores referidos anteriormente, ou seja, a autoestima dos rapazes é maior do que nas raparigas.

Para além dos estudos referenciados, existem inúmeros artigos realizados em Portugal que estudam o autoconceito/autoestima com a aparência física (Faria, 2005). Desta forma, um estudo realizado com 629 raparigas adolescentes com excesso de peso, permitiu verificar que os valores de autoestima tendem a baixar, e o contrário também acontecia, ou seja, quanto mais tivessem de acordo com o seu peso corporal, mais os níveis de autoestima eram satisfatórios (Batista, 1995). Na mesma linha, Harmatz (1987 *cit. in* Henriques, 2009) ao efetuar um estudo com adolescentes do sexo feminino, umas com peso normal e outras mais obesas, examinou que as que tinham peso a mais, apresentavam níveis de autoestima inferiores às outras. Não obstante, outros autores como Martin *et al*, (1988 *cit. in* Henriques, 2009) concluíram que os adolescentes com mais peso apresentam valores de autoestima inferiores, comparativamente aos indivíduos com peso normal. Por seu turno, Faria (2005) salienta que as raparigas têm menor autoconceito do que os rapazes nos domínios da aparência física e desportivas. Isto acontece porque as raparigas valorizam a aparência física e sentem-se mais insatisfeitas com a mesma. Uma auto-imagem é negativa quando esta está associada à aparência física e ao desenvolvimento do corpo, devido á importância que a rapariga deposita na popularidade e a aceitação no grupo dos seus pares (Faria, 2005).

Salientado estudos que relacionam a altura com a autoestima, verificamos que indivíduos baixos apresentam níveis de autoestima baixos (Csapo, 1991 *cit in* Batista, 1995), ressaltando que outros autores já consideram não existir nenhuma relação entre a altura e os níveis de autoestima (Coopermsmith 1966 *cit. in* Batista, 1995).

Estudos que fazem a associação entre peso, altura e autoestima (Martim et al, 1988 *cit. in* Batista, 1995) constataram que as meninas entre os 14-16 anos que apresentam um

peso e uma altura média, ostentam níveis elevados de autoestima. Henriques (2009) é da opinião que a percepção da altura e do peso ideal são variáveis que podem influenciar mais a autoestima. Por esta razão, o conceito de “corpo ideal” pode influenciar negativamente ou positivamente a autoestima dos adolescentes.

Se os adolescentes praticarem uma atividade física, dependendo do desporto, isto acarreta efeitos positivos na autoestima (Rodrigues 1997 *cit. in* Henriques, 2009). Se o indivíduo praticar uma atividade física ajuda a manter uma atitude positiva perante a vida e, assim, o autoconceito melhora como também melhora a satisfação com a imagem corporal (Henriques, 2009). O adolescente aumenta a confiança em si e adquire um papel social, através das habilidades físicas. No sexo masculino, quando estes têm uma maturidade física precoce, ou seja, quando os rapazes desde cedo apresentam boas capacidades desportivas, existe uma maior e os seus pares aceitam-nos facilmente, o que causa um autoconceito positivo devido ao prestígio que têm de si próprios (Faria, 2005). Efetivamente, adolescentes não atletas apresentam níveis de autoestima mais baixos do que adolescentes atletas (Almeida, 1995 *cit. in* Henriques, 2009). De acordo com Gruber (1986 *cit. in* Henriques, 2009), realizou vários estudos com crianças, com o objetivo de avaliar se haveria alterações significativas entre a autoestima e atividade física, e demonstrou que a autoestima foi melhorada positivamente em 61% dos casos.

De destacar que ainda existem adolescentes problemáticos, com comportamentos antissociais, que desenvolvem um fracasso escolar devido à falta de atenção/concentração. Apresentam um baixo rendimento académico e, por conseguinte, aumenta a probabilidade de desmotivação académica de desenvolver um baixo autoconceito, e associando-se a grupos onde seja normal comportamentos antissociais (Gouveia, 2010).

Assim, os problemas de linguagem nos adolescentes é um tema de extrema importância, não só por acarretar consequências negativas no rendimento académico, mas também por trazer implicação no plano social e da comunicação interpessoal. Se porventura existirem fatores associados, nomeadamente a aparência física, isso irá agravar seriamente o caso. Nesta linha, os pais e professores têm um papel primordial no desenvolvimento do autoconceito dos adolescentes (Esteves, 2011). Implica que os

professores conheçam bem os seus alunos e adotam estratégias de atuação mais corretas para promover um autoconceito aceitável a cada jovem, e assim trabalhar em equipa multidisciplinar com os pais (Henriques, 2009).

II. Enquadramento metodológico

1. Método

1.1. Objetivos

Este estudo pretende comparar se o autoconceito dos adolescentes que são acompanhados em terapia da fala é diferente dos adolescentes que não frequentam esta valência. Desta forma, foram criadas duas hipóteses: a hipótese nula, sendo os dois grupos são iguais e não existe diferenças no autoconceito; e a hipótese alternativa, os dois grupos são diferentes e apresentam diferenças no autoconceito.

1.2. Tipo de estudo

Tendo em conta o objetivo de mesmo, recorreu-se a uma metodologia quantitativa. Assim sendo este método pretende tratar de dados observáveis e qualificáveis nos quais referem a acontecimentos e fenómenos que não dependem do investigador. Como refere a autora Fortin (2006), estes estudos contribuem para o progresso e validação do conhecimento e para a generalização, vaticínio e controle dos resultados.

Em relação a esta pesquisa encontramos neste trabalho, um estudo não experimental, transversal, correlacional e por fim descritivo. Entende-se por estudo não experimental, aquele que não faz nenhuma experiência com variáveis. Segundo Pina (2005), o estudo experimental é caracterizado por distribuir uma população em dois grupos, e posteriormente ocorrer manipulação das variáveis explicativas num grupo de forma a estudar o seu efeito nas variáveis resultado. Por esta razão o nosso estudo não obedece a estas regras, assim sendo é “não experimental”. É transversal, pois a avaliação é aplicada num dado momento, ou seja, a variável de exposição/independente (perturbação da linguagem/fala/leitura e escrita) não é persistente ao longo do tempo. E por fim, é correlacional e descritivo pois pretende explorar possíveis relações entre as variáveis, com o intuito de descrever essas mesmas. Porém temos a oportunidade de relacionar diversas variáveis e descrever essas mesmas de forma a obter uma visão genérica da população, segundo os conceitos expostos por Fortin (2006).

1.3. Participantes

A amostra de estudo recolheu-se nos diferentes concelhos do distrito do Porto e Braga. E para proceder à comparação do autoconceito formaram-se dois grupos. O grupo de controlo (GC) corresponde a adolescentes sem terapia da fala (N=65) e o grupo experimental (GE) constituído por adolescentes que frequentam terapia da fala (N=31). Para a caracterização da amostra foram delineados critérios de inclusão e de exclusão. Desta forma os critérios de inclusão teriam de estar de acordo com i) apresentar língua materna o Português, ii) compreender a faixa etária dos dez aos dezanove anos, iii) acompanhamento na valência de Terapia da Fala. E como fator de exclusão, adolescentes que poderiam apresentar défice auditivo, visual e mental que interferissem no preenchimento do Inventário Clínico do Autoconceito (ICAC).

Tabela 1 – Caracterização da amostra quanto á idade, escolaridade e sexo em função do grupo

	Idade				Escolaridade (em anos)				Sexo	
	Média	DP	Min.	Máx.	Média	DP	Min.	Máx.	Rapazes	Raparigas
GC	13,9	2,4	10	19	8,3	2,2	5	13	22	43
CE	13.0	2,5	10	19	6,5	2,4	4	14	17	14

1.4. Variáveis

Segundo as hipóteses formuladas teremos que considerar o papel das variáveis na investigação existentes neste estudo. Desta forma a variável independente refere-se á perturbação da linguagem/fala/leitura e escrita, enquanto a variável dependente é o autoconceito. Fortin (2009) declara que a “variável dependente é geralmente influenciada pelas outras variáveis, e é a que sofre o efeito esperado da variável independente”. Contudo a variável independente é aquela que explica um dado acontecimento (Quivy & Campenhoudt, 1992). As variáveis sócia demográficas é a idade e o sexo.

1.5. Instrumentos

Para avaliar o desenvolvimento do autoconceito face aos dois grupos, recorreu-se ao auxílio de um questionário sócio demográfico (cf. anexo I), ao ICAC de Vaz Serra (1986) e a uma ficha de caracterização para ser aplicado aos adolescentes que frequentam Terapia da Fala (cf. anexo II).

O questionário sócio demográfico foi aplicado aos indivíduos para caracterizar a amostra. De acordo com Fortin (1999, p. 249),

o questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita da resposta escrita a um conjunto de questões por parte do sujeito.

Todavia este método permite elaborar, normalizar e controlar os dados para que estes sejam recolhidos com rigor científico. O questionário sócio demográfico, faz referência a dados pessoais do indivíduo, dados em relação á família, a antecedentes familiares e clínicos. Contudo, nem todas as informações serão estudadas, no entanto, irão ajudar a descrever a população alvo.

O ICAC é um dos instrumentos de medida mais utilizado no campo clínico para avaliar o autoconceito. Foi criado pelo Professor Adriano Vaz Serra em 1985 (Vaz Serra, 1986). Este inventário é constituído por 20 questões com uma escala de resposta do tipo *likert*, que podem ser cotadas de 1 a 5 (1- *não concordo*; 2 – *concordo pouco*; 3 – *concordo moderadamente*; 4 – *concordo muito*; 5 – *concordo muitíssimo*). A cotação de três itens de orientação negativa é invertida de forma que os resultados mais elevados traduzam maiores níveis de pontuação. Quanto mais alta for a pontuação, melhor será o autoconceito do adolescente. É uma escala de avaliação de aspetos emocionais e sociais, encontrando-se dividido em quatro partes (Aceitação/Rejeição Social, Maturidade Psicológica, Autoeficácia; Impulsividade-Atividade).

A ficha de caracterização do adolescente é aplicada somente ao grupo experimental, neste caso, ao grupo de adolescentes que frequentam Terapia da Fala. Consiste em caracterizar o adolescente em função dos dados, como por exemplo, sexo, data de nascimento, idade, profissão. Permite saber em que local é que o adolescente está a ser

acompanhado (clínica ou hospital). E por fim, faz referência ao diagnóstico do adolescente, podendo ser: perturbação dos sons da fala, perturbação da linguagem oral ou perturbação da linguagem escrita. Dependendo do diagnóstico, o terapeuta da fala assinala aquele que se enquadra melhor no adolescente.

1.6. Procedimentos

O plano de investigação seguido neste projeto aponta para as seguintes etapas: pedido de uma autorização aos serviços éticos da Faculdade das Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa – Porto (a fim de este ser credível e reconhecido). Após a aprovação, decidiu-se procurar e contactar adolescentes que compreendessem a faixa etária pretendida no concelho de Paredes. Posteriormente alargou-se para outras cidades, com o objetivo de abranger adolescentes de outros locais (grupo de controlo). É importante frisar que estes não foram sujeitos a uma avaliação por parte do investigador para comprovar se realmente necessitavam de acompanhamento na valência de terapia da fala, no entanto o adolescente foi questionado se frequentava ou não esta valência. Em relação aos restantes adolescentes (grupo experimental), estabeleceu-se contacto com todas as clínicas de vários concelhos do Porto e Braga para facultar informação face aos mesmos. Depois da aprovação do pedido por parte dos terapeutas, realizou-se uma triagem dos adolescentes que poderiam compor o grupo da amostra deste estudo, de acordo com os critérios de exclusão e inclusão já previamente definidos. Por opção não foram realizadas provas/avaliações por parte do investigador para certificar se os adolescentes correspondiam ao pretendido. O consentimento informado, o questionário sócio demográfico e o ICAC foram entregues ao terapeuta da fala para este explicar e entregar ao adolescente. Acerca do consentimento informado o terapeuta da fala estabeleceu contacto com os pais/cuidadores do adolescente de modo a ficarem esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos do estudo. A questão de salvaguarda e confidencialidade de toda a informação recolhida foi devidamente resguardada, bem como a hipótese do adolescente poder desistir em qualquer momento. No que diz respeito ao preenchimento dos instrumentos supracitados, os adolescentes preencheram-nos num local propício e confortável para a realização dos mesmos, á exceção da ficha de caracterização do adolescente.

1.7. Análise e tratamento de dados

Para analisar os dados estatísticos recorreu-se ao programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21.0 para o Windows. Foi utilizado esta ferramenta uma vez que esta facilita a análise estatística e as relações das variáveis pretendidas. Os testes utilizados foram não paramétricos uma vez que os dados não seguem uma distribuição normal, de acordo com o teste Kolmogorov-Smirnov, o mais utilizado para calcular a normalidade (Maroco, 2003).

Para averiguar se existe diferenças do autoconceito dos dois grupos recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis. Este só pode ser utilizado caso existam apenas duas amostras a comparar, e é semelhante ao teste de Wilcoxon-Man-Whitney (Maroco, 2003). Este teste refere se existem diferenças entre os grupos e não os melhores/piiores resultados (Hicks, 2006). Desta forma relacionaram-se os subdomínios do ICAC com os dois grupos (GC e GE). O nível adotado para este teste é de $p \leq 0,05$ para as significâncias estatísticas.

Para analisar especificamente a relação entre os domínios aplicou-se o teste de Spearman uma vez que este possibilita a relação entre duas variáveis. Para a correlação, os valores variam de -1 a 1. Desta forma quanto mais próximo o número estiver entre -1 e 1, mais forte é a relação, ou seja, maior o grau de dependência estatística linear entre as variáveis. E quanto mais próximo for o número de 0, mais fraca é a relação (Hicks, 2006).

2. Apresentação de resultados

Os resultados de estudo serão expostos seguidamente em tabelas e gráficos, usando-se para tal as análises estatísticas que foram realizadas. Como foi referido anteriormente e como podemos observar na tabela 2, a amostra do estudo é formada por 96 adolescentes.

Tabela 2: Caraterização da amostra em função do grupo

	N	%	DP
GC	65	67,7%	
GE	31	32,3%	0,4

Na tabela 3, estão expostas questões relacionadas com os problemas de linguagem/fala que podem co-existir na família do participante. Pode-se constatar que a maioria das famílias não apresenta complicações na linguagem/fala.

Tabela 3 – Caraterização da amostra em função dos antecedentes familiares

	N	Média	N	Média
Alguém da família direta do adolescente apresenta perturbação da linguagem/fala.	70 (não)	72,9%	7 (irmã)	7,3%
	26 (sim)	27,1%	5 (irmão)	5,2%
			4 (pai)	4,2%
			3 (primo)	3,1%
			2 (mãe)	2,1%
			2 (avó)	2,1%
			2 (tio)	2,1%
			1 (prima)	1,0%
			4 (pai)	4,2%
A aquisição e o desenvolvimento da linguagem/fala dos pais foi normal?	6 (não)	6,3%	1 (mãe)	1,0%
	90 (sim)	93,8%	1 (ambos)	1,0%
A aquisição e o desenvolvimento da linguagem/fala dos irmãos do adolescente foi normal?	76 (sim)	79,2%	7 (irmão)	7,5%
	9 (não)	9,4%	2 (irmã)	2,1%
	11 (não tem irmãos)	11,5%		

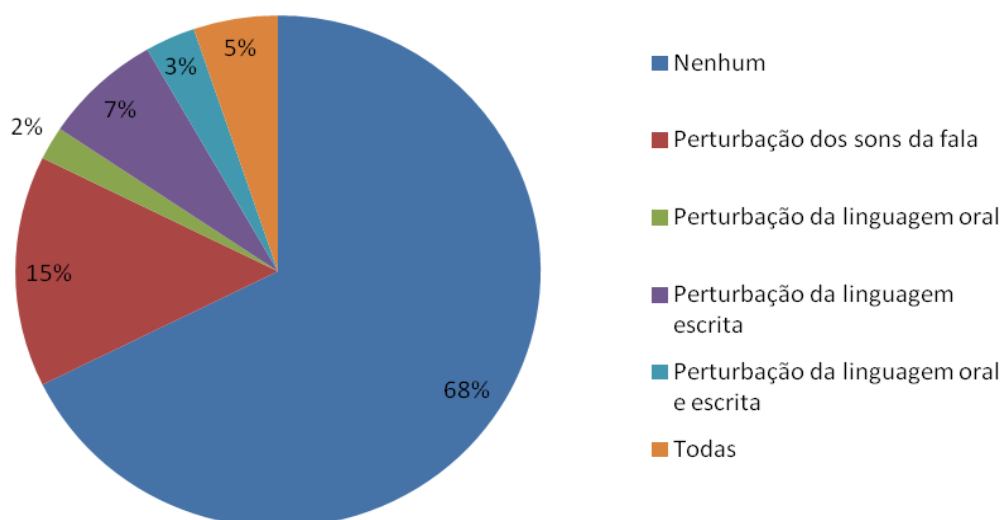
A próxima tabela (tabela 4), faz referência aos antecedentes clínicos de cada participante. Como se pode analisar, uma grande parte dos adolescentes não demonstram complicações na área de otorrinolaringologia, não possuem acompanhamento numa especialidade médica, e não usufruem de terapias complementares.

Tabela 4 – Caraterização da amostra em função dos antecedentes clínicos

	N	Média	N	Média
Perturbação do foro ORL	62 (não)	64,6%	14 (várias)	14,6%
	34 (sim)	35,4%	7 (amigdalites)	7,3 %
			6 (otites)	6,3%
			5 (alergias)	5,2%
			2 (outras)	2,1%
Especialidade médica	53 (sim)	55,2%	17 (méd, família)	17,7%
	43 (não)	44,8%	17 (pediatria)	17,7%
			10 (várias)	10,4%
			5 (outras)	5,2%
			3 (pedopsiquiatria)	3,1%
		1 (otorrino)	1,0%	
Medicação	80 (não)	83,3%		
	16 (sim)	16,7%		
Terapia Complementar	63 (não)	66,6%	17 (várias)	17,7%
	33 (sim)	34,4%	1 (psicologia)	1,0%
			1 (ed. especial)	1,0%

De seguida, no gráfico 1 serão apresentados os resultados para os tipos de diagnósticos existentes na amostra. Assim sendo, no grupo de controlo os adolescentes não apresentam qualquer perturbação, mas no entanto no grupo experimental o diagnóstico mais frequente é a perturbação da fala e o menos observado é a perturbação oral e escrita.

Gráfico 1 – Diagnósticos da amostra



Como se pode verificar na tabela 5, estão resumidas as médias obtidas por cada domínio bem como a pontuação máxima e mínima face ao mesmo. Quanto maior for a pontuação maior será o autoconceito do participante e vice-versa. O domínio que alcançou uma pontuação mais alta foi a auto eficiência e por outro lado o menos pontuado foi a maturidade psicológica.

Tabela 5 – Caracterização da amostra em função dos subdomínios do autoconceito

	N	Média	DP	Min.	Máx.
Aceitação/Rejeição Social	96	18,48	3,36	9	25
Autoeficácia	96	20,46	3,71	10	29
Maturidade Psicológica	96	13,89	3,23	4	20
Impulsividade - Atividade	96	11,57	1,99	5	15

Para averiguar se existem diferenças do autoconceito recorreu-se à comparação dos diferentes subdomínios dos dois grupos: grupo de controlo (GC) e grupo experimental (GE), como se pode constatar na tabela 6.

Tabela 6 – Correlação entre os grupos e subdomínios do autoconceito

	Aceitação	p	Autoeficácia	p	Maturidade	p	Impulsividade	p
GC	48,8%	0,90	50,0%	0,45	51,7%	0,10	50,1%	0,40
GE	48,0%		45,4%		41,9%		45,1%	

Depois de ser submetido o teste de Kruskal-Wallis, verifica-se que todos os subdomínios apresentam valores superiores no GC do que no GE. Em relação ao subdomínio, aceitação, existe apenas uma ligeira diferença entre os dois grupos. Como $p \geq 0,05$ se verifica em todos os subdomínios, pode-se concluir que os resultados não são estatisticamente significativos. Isto sugere que não existe diferenças do autoconceito dos dois grupos, o que leva a não rejeitar a hipótese nula.

Depois de conhecidos os valores dos subdomínios entre grupos, foi pesquisada a existência de relação significativa entre elas, através da correlação de Spearman (tabela 7).

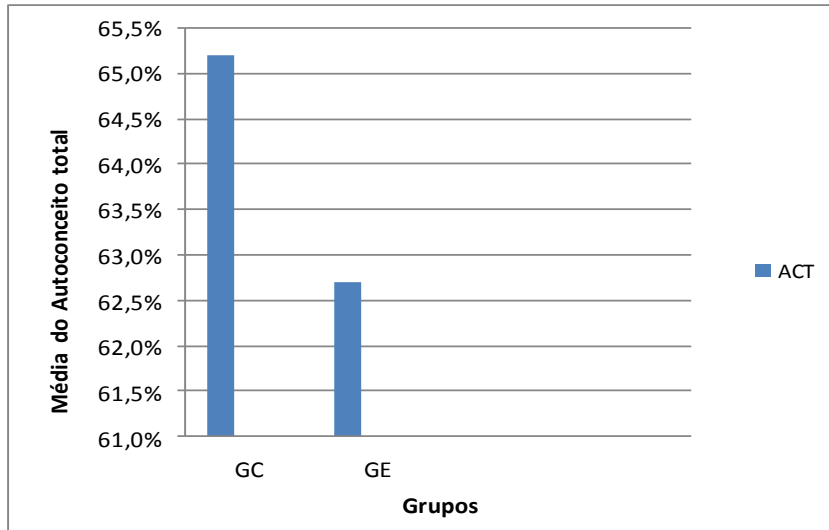
Tabela 7 – Correlação de Spearman entre os subdomínios

	Aceitação	Maturidade	Impulsividade	Autoeficácia
Aceitação	1	0,5	0,5	0,5
Maturidade	0,5	1	0,6	0,5
Impulsividade	0,5	0,6	1	0,3
Autoeficácia	0,5	0,5	0,5	1

Como foi referido anteriormente, quanto mais próximos os valores se aproximam de 1 mais forte é a correlação, por outro lado quando estes se aproximam de 0 mais fraca é essa correlação (Hicks, 2006). Deste modo verifica-se que a correlação mais alta refere-se à impulsividade com a maturidade ($r=0,62$). Segundo Dancey & Reidy (2005 *cit in* Filho & Júnior, 2009), é uma correlação moderada visto que $r = 0,40$ até $0,6$ (corresponde a uma correlação moderada), no entanto se $r = 0,70$ até 1 (é uma correlação forte). Por outro lado a correlação mais baixa diz respeito à impulsividade e a auto eficácia ($0,3$). De acordo com os mesmos autores é uma correlação fraca, $r = 0,10$ até $0,30$ (fraco). Pode-se concluir que os subdomínios têm uma correlação moderada

entre eles, por exemplo o subdomínio impulsividade não influencia a aceitação bem como a maturidade com a autoeficácia.

Gráficos 2 – Distribuição do autoconceito total pelos dois grupos



Como se pode verificar no gráfico 2, este apresenta a média da soma das 20 perguntas do ICAC por grupo. O GC (N=65, M=65,2%, DP=9,3) apresentou uma média mais alta do que o GE (N=31, M=62,7%, DP=10,9). A pontuação mais alta obtida no grupo de controlo foi de 85 pontos enquanto a mais baixa foi de 37 pontos. Em relação ao grupo experimental alcançou uma pontuação mínima de 37 pontos e um máximo de 80 pontos. Denota-se que não há diferenças significativas entre os dois grupos, o que leva a que os adolescentes que frequentam terapia da fala não exprimem um autoconceito inferior quando comparados com os restantes adolescentes (grupo de controlo).

3. Discussão dos resultados

Os dados obtidos não permitiram rejeitar a hipótese nula, logo não foi possível averiguar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos estudados. Estes resultados contrapõem-se a estudos realizados por Lindsay et al. (2002 *cit. in* Lindsay 2012), em que estes alegam a existência de valores de autoconceito baixos nos adolescentes com perturbações da linguagem. Um dos motivos que poderia levar a cabo estes resultados é o facto de os adolescentes do grupo de controlo não terem sido sujeitos a uma observação/avaliação por parte do investigador. Uma vez que não existem garantias que os adolescentes deste grupo não necessitam de acompanhamento de terapia da fala. Como por exemplo, pode existir um indivíduo com perturbações dos sons da fala (perturbação fonética) e não frequentar terapia da fala. Por outro lado, este estudo, poderia abranger mais elementos do grupo experimental com outros tipos de dificuldades, das quais, perturbações neurológicas (disfluências), adolescentes com défices auditivos, para assim assumir valores mais plausíveis.

Importa salientar que Lindsay et al, (2012), realizaram um estudo longitudinal e experimental, no qual abrangeram crianças e adolescentes dos 8, 10, 12, 16 e 17 anos. A autora recorreu ao SDQ (Questionário das Capacidades e Dificuldades (Stivanin, 2008)), que tem como objetivo rastrear sinais psicopatológicos (saúde mental infantil). Para além do instrumento apresentado, foram utilizados mais testes, para avaliar o autoconceito nas diferentes faixas etárias. Assim sendo para os 8, 10, 12 anos recorreu-se ao SPPC (Escala de autoconceito para crianças e pré adolescentes (Harter, 1985 *cit. in* Lopes, 2001)), para os 16 anos utilizou-se o SPPA (Perfil autoperceção para adolescentes (Harter, 1988 *cit. in* Cigarro, 2011)) e para os 17 anos, o SPPCS (Perfil de autoperceção para estudantes universitários (Neemann & Harter, 1986 *cit. in* Barros, 2012)). Relativamente a este estudo os autores procuraram compreender de que modo é que as experiências nas diversas situações do quotidiano poderia influenciar o autoconceito. Para tal, o SPPA é um questionário que permite avaliar diversas áreas, dentro das quais, a competência escolar ou académica, aceitação social, competência atlética, aparência física, competência no trabalho, relações românticas, comportamento e amizades íntimas. Comparando com o instrumento utilizado neste estudo pode-se considerar que o ICAC é limitado uma vez que avalia somente aspetos emocionais e

sociais do dia a dia do adolescente. Quando equiparado a outros instrumentos, denota-se que esses abrangem mais domínios, como se pode constatar no SPPA.

Apesar de não estar relacionado diretamente com o presente estudo, existe um estudo que compara o autoconceito com a disfluência. Em que demonstraram que a maioria dos adolescentes gagos sentem-se inferiores aos seus colegas, encontrando-se mais predispostos a serem vítimas de bullying no meio escolar (Blood & Blood, 2004). Os autores utilizaram dois grupos para comparem os efeitos, e desta forma recorreram a dois instrumentos de avaliação do autoconceito, sendo eles o SPCC (Escala do autoconceito de Susan Harter (McCroskey & McCroskey, 1988 *cit. in* Blood & Blood, 2004)) e RSES (escala de autoestima de Rosemberg (Rosenberg, 1965 *cit. in* Blood & Blood, 2004)). O SPCC tem como objetivo avaliar os subdomínios do que o SPPA.

No entanto, existe um estudo realizado em terapia ocupacional que tem como premissa avaliar o autoconceito dos adolescentes com paralisia cerebral, espinha bífida, lábio leporino, fissura do palato nas diversas tarefas diárias. Os autores concluíram que não existem diferenças da autoestima do grupo em questão quando comparados com outros adolescentes da mesma idade (King, et al. 1993). Apesar de não estar diretamente relacionado com presente estudo, é oportuno demonstrar que estes autores encontraram os mesmos resultados obtidos nesta investigação. Para além do questionário sócio demográfico aplicaram mais instrumentos, dos quais o SPPA. Este instrumento é comum em todos os estudos referidos anteriormente. O facto de aplicar unicamente um instrumento poderia ter sido outro fator condicionante para os resultados deste estudo.

Outro aspeto que pode estar relacionado é o facto do questionário poder ter varias interpretações por parte dos inquiridos, isto incorre o risco de influenciar os resultados, uma vez que o investigador não acompanhou o processo de preenchimento. Este é outro fator que poderia ter influencia nos achados deste estudo.

Conclusão

O presente estudo teve como premissa analisar como os adolescentes que andam em terapia da fala enfrentam o autoconceito na sociedade, quando estes são comparados aos seus pares. A primeira parte deste trabalho permitiu-nos ampliar e clarificar os conhecimentos relativamente à adolescência, autoconceito, autoestima, desenvolvimento destes dois construtos e perturbações da linguagem/comunicação. Também ampliamos os conhecimentos ao analisar outros estudos a que estão parcialmente ou não na mesma linha do relacionamento dos nossos conceitos.

Quanto á segunda parte do trabalho foi efetuado o estudo empírico através da sua análise estatística, bem como a discussão de resultados de acordo com o enquadramento teórico. Verificou-se que os adolescentes com perturbações da fala/linguagem leitura e escrita não manifestam um autoconceito inferior em relação aos restantes adolescentes. Depois da visualização de alguns estudos em que relacionam os dois construtos autoconceito/autoestima, considera-se oportuno fazer uma síntese dessas conclusões.

Salientamos como principais resultados: na maioria dos casos, o autoconceito tende a descer com a idade; os rapazes apresentam autoconceito mais elevado do que o sexo feminino na prática desportiva; verifica-se que os indivíduos baixos apresentam níveis inferiores em relação aos mais altos. O fato de apresentarem insucesso escolar é um fator de desencadeamento de um autoconceito baixo; adolescentes que praticam desporto apresentam um autoconceito superior relativamente aos que não exercem nenhuma atividade.

Para concluir este tema o autoconceito é uma estrutura cognitiva que organiza as experiências passadas, reais ou imaginárias de um indivíduo, controlando o processo informativo relacionado consigo próprio, além de exercer uma função de auto regulação (Tamayo et al., 2001). A autoestima desenvolve-se e modifica-se ao longo das várias etapas do desenvolvimento humano, segundo as experiências vivenciadas pelo sujeito e o valor atribuído por essas mesmas experiências (Henriques, 2009). Por esta razão teria toda a pertinência que os professores e pais surgissem como um incentivo no desenvolvimento do autoconceito dos jovens. Sem dúvida seria importante que os

professores conheçam bem os seus alunos para poderem aplicar estratégias de atuação mais corretas que promovam o seu desenvolvimento. Além que os terapeutas da fala devem adotar um papel de facilitador para ajudar os adolescentes a adquirir a capacidade de pensar por si mesmos. Se os adolescentes forem capazes de melhorar as suas capacidades, aumentam a vontade de assumir novos desafios, e conseqüentemente são capazes de tomar decisões e preparando-os para se tornarem adultos competentes e responsáveis (Novak, 2002).

Numa abordagem crítica ao nível das dificuldades encontradas para a realização deste estudo, refere-se a falta de informação disponível relativamente à temática em causa, nomeadamente em estudos realizados na população portuguesa. E também pelo facto de não existirem mais estudos recentes para comparar os resultados. Em termos metodológicos é de referir que a seleção da amostra de conveniência deveria contemplar um maior número de elementos, e que todas as faixas etárias abarcassem o mesmo número de participantes, com o objetivo de averiguar se poderiam ou não encontrar os mesmos resultados. Pois assim os dados poderiam ir de encontro com alguns autores que comprovaram o contrário em relação aos resultados obtidos neste trabalho. Outro aspeto importante é a elaboração de um questionário de raiz, caso não exista instrumentos de medidas apropriados para responder ao objetivo da investigação. Assim sendo é necessário formular questões para ser respondidas tendo em conta as variáveis, a pergunta de partida e o objetivo. Desta forma um questionário consta apenas na recolha de dados necessários (Fortin, 1999), o que comparando com o questionário aplicado neste estudo verifica-se que é muito extenso e existem perguntas desnecessárias. Por isso mesmo é extremamente importante ter em conta qual o instrumento a utilizar para a recolha de informação antes de proceder à recolha de dados. Como investigações futuras seria importante, serem realizados estudos comparativos entre diferentes zonas de Portugal (zona norte, centro e sul) para verificar uma melhor consistência dos resultados.

Referências Bibliográficas

ASHA - American Speech-Language-Hearing Association. (2001). *Roles and responsibilities of speech-language pathologists with respect to reading and writing in children and adolescents*. [Em linha]. Disponível em < www.asha.org/policy>. [Consultado em 30/11/2012];

Barros, A.F. (2012). Características psicométricas da adaptação portuguesa do perfil de auto percepção para estudantes universitários – SPPCS. *Riedp Lisboa*. 1(33), pp. 93-110;

Batista, P. M. F. (1995). *Satisfação com a imagem corporal e autoestima – Estudo comparativo de adolescentes envolvidos em diferentes níveis de actividade física*. Dissertação de Mestrado em Ciência do Desporto, na área de especialização de Desporto para Crianças e Jovens. Porto. F. C. D. E. F., Universidade do Porto.

Bernstein, D.K., Tiegerman-Farber, E. (2002). *Language and communication disorders in Children*. Boston. Allynand Bacon;

Blood, G.W., Blood, I.M. (2004). Bullying in adolescents who stutter: communicative competence and self – esteem. *Contemporary issues in communication science and disorders*. 31.pp. 69-79;

Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As Mil Faces da Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores;

Cigarro, A.F.M., (2011). *Vinculação, memória de cuidados na infância, autoconceito e depressão em adolescentes*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa;

Cole. M. (2003). *O desenvolvimento da criança e do adolescente*. 4ª edição. Porto Alegre. Artmed;

Conti-Ramsden, G., Durkin K. (2008). Language and Independence in Adolescents With and Without a History of Specific Language Impairment (SLI). *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 51 pp.70–83:

Correia, S.F.M. (2011). *Desenvolvimento da linguagem em crianças inseridas em ambiente familiar e institucionalizadas*. Universidade Fernando Pessoa. Porto;

Dias, M.G.F., Fontaine, A.M. (2001). *Tarefas desenvolvimentalistas e bem-estar de jovens universitários*. Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas. Fundação Calouste Gulbenkian. Ministério da Ciência e da Tecnologia;

Ek, U., Norrelgens, et al (2012). Teenage outcomes after speech and language impairment at preschool age. *Department of Special Education, Sweden Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 8 pp, 221–227;

Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definição, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde*. 2(2);

Esteves, M.L.M. (2011). *Leitura vs Autoconceito de Alunos com Dificuldades de Aprendizagem*. Dissertação de Mestrado Educação Especial, na área de Especialização em dificuldades de aprendizagem específica. Aveiro. Universidade de Aveiro;

Faria, L. (2005). Desenvolvimento do autoconceito físico em crianças e adolescentes. *Análise Psicológica*, 4 (XXIII), pp. 361-371;

Ferreira, M., Nelas, P. (2006). Adolescência. adolescentes. Disponível em <<http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/11.pdf>>, [consultado em 20/03/2013];

Figueiredo, M.H.A. (2000). *Estudo comparativo do autoconceito em alunos com necessidades educativas especiais*. Porto. Faculdade de Ciências do Desporto de Educação Física;

Filho, D.B.S., Júnior, J.A.S. (2009). Desvendando os Mistérios de Correlação de Pearson (r), *Revista Política Hoje*, 18(1), pp. 115-146;

Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação: da cocepção à realização*. 2ªEd. Loures, Lusociência;

Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures Lusodidata;

Franco, M.G., Reis, M.J., Gil, T.M.S. (2003). *Perturbações Específicas de Linguagem contexto escolar*. Lisboa. Edições Ministério da Educação;

Gouveia, L.J.A. (2010). *A elação entre a coesão familiar, o rendimento académico, o autoconceito e o comportamento antissocial na adolescência*. Dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica. Vila Real. Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro;

Grizzle, K.L., Simms, M.P. (2009). Language and Learning: a Discussion of Typical and Disordered and Learning Developmental. Department of Pediatrics, *Medical College of Wisconsin, Children's*;

Harter, S. (1993a). *Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents*. New York, Plenum Press;

Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York, The Guilford Press;

Hattie, J. (1992). *Self-concept*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates;

Henriques, P.C.M. (2009). *Imagem corporal, autoconceito e rendimento escolar nos pré-adolescentes*. Departamento de Ciências e Educação. Aveiro. Universidade de Aveiro;

Hicks, C.M. (2006). *Métodos de investigação para Teraoeutas Clínicos: Concepção de Projetos de Aplicação e Análise*. 3ªEd. Loures, Lusociência;

Jardim, J., Pereira, A.M.S. (2006). *Competências Pessoais e Sociais. Guia Prático para a Mudança Positiva*. Porto, Asa;

King, G.A., Shultz, I.Z., Steel, K., Gilpin, M., *et al* (1993). Self –Evaluation and Self – concept of adolescents with physical disabilities. *The Americam Journal og Occupational Therapy*, 47(2), pp. 132-145;

Lima, R. (2000). *Linguagem Infantil da Normalidade à Patologia*. Braga. APPACDM;

Lindsay, G., Dockrell, J,E. (2012). Language and Communication Disorders in Adolescents: Longitudinal Patterns of Behavioral, Emotional, and Social Difficulties and Self-Concepts in Adolescents with a History of Specific Language Impairment, *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 43, p.445-460.

Lopes, C.A. (2001). *Autoconceito e estatuto da criança*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Educacional. Lisboa. Instituto Superior de Psicologia Aplicada;

Magalhães, M.S.N. (2011). *Autoconceito de competência e auto-aprendizagem em alunos do secundário: Comparação de cursos científico-humanísticos com cursos profissionais*. Porto. Universidade Fernando Pessoa. Porto;

Maroco, J. (2003). *Análise Estatística: com utilização do SPSS*. 2ªEd. Lisboa, Sílabo;

Martins, P. O., Trindade, Z. A., & Almeida, A. M. O. (2003). O Ter e o Ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (3), pp.555-568;

Medeiros, M.T. (2000). *Conceito da Adolescência, Adolescência: abordagens, investigações e contextos de desenvolvimento*. Açores, Direção Regional de Educação;

Mendoza, E. (2009). Las dificultades del Language em adolescentes: un reto para la logopedia, *Logopedia, Foniatria y Audiologia, Granada*, 29(4), pp. 221-224;

Negrão, R., Seabra, P. (2007). Dificuldades de aprendizagem em crianças e adolescentes filhos de toxicodependentes, *Toxicodependências IDT*, 2(2), pp. 41-54;

Novak, J.M. (2002). Improving Communication in Adolescents with Language/Learning Disorders: Clinician Considerations and Adolescent Skills, *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 29, pp.79-90;

Organização Mundial de Saúde (2012). Salud del adolescente. Disponível em <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/>. [Consultado em 19/10/2012];

Osborne, R. E. (1996). *Self – an eclectic approach*. Massachussets: Needham Heights;

Owens, R.E., Metz, D.E., Haas A. (2007). *Introduction to Communication Disorders – a Lifespan Perspective*. 3ªEd.. EUA. Pearson Education;

Paiva (2003). *Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Porto*, 4(3);

Patel, D.R. Greydanus, D.E., Calles, J.L., Pratt, H.D.(2010). Developmental Disabilities Across the Lifespan. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20515667>>. [30/01/2013];

Peixoto, F.G.B. (2003). *Auto-estima, Autoconceito e Dinâmicas Relacionais em Contexto Escolar – Estudo das relações entre auto-estima, autoconceito, rendimento académico e dinâmica relacionais com a família e com os pares em alunos do 7º, 9º e 11º anos de escolaridade*. Braga. Universidade do Minho. Disponível em <repositorio.ispa.pt > ... > PEDU - Tese de doutoramento>. [Consultado em 29/01/2013];

Pina, A.P.B. (2009). Investigação estatística com epilnfo. Instituto de Droga e Toxicodependente. Delegação Regional do Algarve. Disponível em <

www.idt.pt/PT/DelegacoesRegionais/.../InvestigaçãoEstatística.pdf>. [Consultado em 22/05/2013];

Primo, A. (2009). A busca por forma na Web: reputação e narcisismo na grande mídia, em blogs e no Twitter. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/limc/PDFs/fama.pdf>>. [Consultado em 21/01/2013];

Quivy, R. & Champenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências sociais*. Trajectos, Lisboa: Gradiva;

Santos, P,M,G,R. (2009). *A interferência do rendimento escolar no auto-conceito dos alunos do 1º e 2º ciclo do ensino básico e do ensino secundário*. Porto. Universidade Fernando Pessoa. Porto. Disponível em <bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1050/2/patriciasantos.pdf>. [Consultado em 23/05/2013];~

Sim-Sim, I. (1998). *Desenvolvimento de Linguagem*. Lisboa, Universidade Aberta;

Silverman, F.H., Paulus, P.G. (1899). Peer reactions to teenagers who substitute /W/ for /R/. *American Speech – Language – Hearing Services Association.*, 20, pp. 219-221. Disponível em <<http://lshss.asha.org/cgi/content/abstract/20/2/219>>. [Consultado em 19/062013];

Stivanin. L. (2008). SDQ (Strengths and difficulties Questionnaire): Identificação da caraterísticas comportamentais de crianças leitoras, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), pp. 407-413. Disponível em < www.scielo.br/pdf/ptp/v24n4/03.pdf>. [Consultado em 20/06/2013];

Tavares, J., & Alarcão, I. (2005). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Coimbra, Almedina;

Traverso-Yepez, M. A., & Pinheiro, V. S. (2002). Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicologia & Sociedade, 14* (2), pp. 133-147. Disponível em < <http://www.scielo.br/scielo.php>>. [Consultado em 2/03/2013];

Teixeira, V. (2005). *A adolescência. Excerto da Licenciatura*. Loulé. INUAF;

Vagos, P., Pereira, A.M.S. (2008). Dimensão do auto-conceito Social: Um estudo exploratório. INFAD. *Psicologia, 1*(1), pp. 175-184;

Vaz Serra, A. (1986). O Inventário Clínico de Autoconceito. Disponível em < <http://www.rihuc.huc.min-saude.pt>>. [Consultado em 2/04/2012];

Vaz Serra, A., Pocinho, F. (2001). Autoconceito, coping e ideias de suicídio, *Psiquiatria Clínica, 22* (1) 2001. pp 11-15;

Viana, F. (2000). Despistar, orientar e intervir: As contingências de um sistema. In: Actas do Congresso Internacional “Os mundos sociais da infância”. Braga. Universidade do Minho;

Veiga, F. (1995). *Transgressão e autoconceito dos jovens da escola*. Lisboa. Fim de século.

Anexos

Anexo I

QUESTIONÁRIO SÓCIO - DEMOGRÁFICO

O presente questionário tem como objectivo a recolha de dados sócio – demográficos sobre os participantes neste estudo. As respostas são, maioritariamente, de resposta fechada (Sim/Não), na qual deve ser seleccionada uma delas. Nos casos de resposta aberta, agradecemos o uso de respostas directas. Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais. Contamos com a sua colaboração para a realização deste estudo.

Questionário preenchido por: Pai _ Mãe _ Outro _ Qual? _____ Data:

1 - Dados sobre o adolescente

Sexo: Masculino __ Feminino __ Data de Nascimento:

Naturalidade: _____ Língua materna do
adolescente: _____

Ano de escolaridade que o adolescente frequenta: _____

2 - Dados sobre a mãe

Data de Nascimento: __/__/____ Naturalidade:

Língua materna: _____ Profissão:

Escolaridade: _____

Apresenta alguma doença do foro psiquiátrico? Sim __ Não __

3 - Dados sobre o pai

Data de Nascimento: __/__/____ Naturalidade:

Língua materna: _____ Profissão:

Escolaridade: _____

Apresenta alguma doença do foro psiquiátrico? Sim __ Não __

4 - Dados sobre fratria

O adolescente tem irmãos? Sim __ Não __

Se sim, preencha pf,

Peencha o seguinte quadro:

	Sexo	Data de Nascimento
Irmão 1		
Irmão 2		
Irmão 3		
Irmão 4		
Irmão 5		

Responda a estas perguntas tendo como referência o adolescente pelo qual é responsável.

6 - Antecedentes familiares

	Sim		Não	
Algum membro da família direta do adolescente apresenta perturbações na linguagem/ fala?				Se sim, quem?
A aquisição e o desenvolvimento da linguagem/fala dos pais foi normal?	Mãe			
	Pai			
A aquisição e desenvolvimento da linguagem/fala dos irmãos do adolescente foi normal? <i>(se o adolescente não tem irmão, não preencha este item)</i>				Se não, qual dos irmãos apresenta as referidas dificuldades? <i>(consulte o quadro sobre fratria e indique o número do irmão)</i> _____

7 - Antecedentes Clínicos

	Sim	Não	
O adolescente tem/teve alguma perturbação do foro otorrinolaringológico?			Se sim, qual/quais? <i>(pode assinalar mais do que uma opção)</i> Otites _____ Amigdalites _____ Alergias _____ Traumatismos _____ Perda Auditiva _____ Outra _____ Qual? _____
O adolescente é acompanhada por alguma especialidade médica?			Se sim, qual? Médica de Família _____ Pediatria _____ Pedopsiquiatria _____ Otorrinolaringologia _____ Outro _____ Qual? _____
Atualmente, o adolescente toma alguma medicação?			Se sim, qual? _____
			Qual o motivo dessa medicação? _____
O adolescente usufrui de alguma terapia complementar?			Se sim, qual? <i>(pode assinalar mais do que uma opção)</i> Terapia da Fala _____ Terapia Ocupacional _____ Psicologia _____ Fisioterapia _____ Hidroterapia _____ Hipoterapia _____ Psicomotricidade _____ Musicoterapia _____ Educação Especial _____ Outra _____ Qual? _____

Grata pela colaboração!

Anexo II



Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Terapêutica da Fala, 3º ano, 6º semestre
Projeto de Graduação

Ficha de caracterização do adolescente

Nome: _____
Sexo: M ____ F ____
Data de Nascimento: _____ Idade: _____
Profissão: _____
Data: _____
Clínica _____ Hospital _____

Diagnóstico do seu utente (selecione dentro das opções a que se enquadra melhor):

- Perturbação dos sons da fala: _____
- Perturbação da linguagem oral: _____
- Perturbação da linguagem escrita: _____

Observações:

Anexo III

Exmos. Srs. Encarregados de Educação,

Eu, Maria Helena Neto, sou estudante finalista do curso de Terapêutica da Fala na Universidade Fernando Pessoa. O trabalho de investigação que me encontro a realizar sob a orientação da Dra. Joana Rocha (Docente da Licenciatura em Terapia da Fala da Universidade Fernando Pessoa) está subordinado ao estudo do auto-conceito em adolescentes com perturbações da fala/ linguagem.

O estudo pretende caracterizar o perfil de auto-conceito de adolescentes com perturbações da fala/ linguagem, assim como comparar este com adolescentes sem perturbações. O procedimento da recolha de dados passará pela aplicação de um questionário de auto-conceito. Este instrumento consiste em avaliar aspetos emocionais e sociais dos jovens com e sem perturbações da fala/linguagem, tendo a duração de 10 a 15 minutos (aproximadamente). Será pedido ainda aos pais que preencham um breve questionário sócio-demográfico (cf. anexo). No caso do grupo de utentes com perturbações da fala/ linguagem, será questionado ao terapeuta da fala que o acompanha sobre o seu parecer relativamente ao seu perfil linguístico.

A recolha de informações tem fins meramente científicos, sendo que a confidencialidade e o anonimato dos participantes será sempre assegurada.

Sem mais nenhum assunto de momento, despeço-me com os melhores cumprimentos,

A investigadora:

E - mail: helenabneto@gmail.com

Contacto de telemóvel: 916565899

Declaração de Consentimento Informado

Eu, abaixo-assinado(a) _____, responsável pelo adolescente participante no estudo _____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da avaliação do auto conceito nos adolescentes que irá ser realizada, tendo tido a oportunidade de colocar as perguntas que julguei necessárias.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da declaração de Helsínquia, a informação ou explicação prestada versou os objectivos e os métodos da avaliação que será realizada. Foi-me igualmente garantido que os procedimentos não causarão qualquer risco à saúde ou bem-estar da criança, que a sua participação poderá ser suspensa em qualquer momento sem prejuízos individuais ou institucionais e que os dados serão tratados de forma confidencial, sendo usados exclusivamente para fins científicos.

Por isso consinto na participação neste estudo, permitindo a recolha de informações.

_____, _____ de _____ de 20____

O(A) responsável pelo(a) participante:
