

# Impacto de um Programa de Competências em Alunos do 2º Ciclo de Escolaridade

**Marta Melo**

*Universidade do Minho - Portugal*

**M. Graça Pereira**

*Universidade do Minho - Portugal*

**Jorge Silvério**

*Universidade do Minho – Portugal*

## Resumo

O objetivo do presente estudo consistiu em avaliar um programa de intervenção junto a alunos do 2º ciclo de escolaridade nas seguintes dimensões: tomada de decisão, conhecimentos sobre sexualidade, competências sociais, assertividade e autoconceito. Metodologia: Participaram 145 alunos, distribuídos pelos grupos controle e experimental. Os instrumentos utilizados foram: *TCU Decision-Making*; Questionário de Conhecimentos sobre Sexualidade; *Assertion Self-Statement Test- Revised*; Questionário de Competências Sociais; *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale*. Os resultados revelaram diferenças no pós-teste entre os grupos ao nível da sexualidade. Verificaram-se diferenças do pré-teste para o pós-teste no grupo experimental nos níveis da sexualidade, da assertividade e das competências sociais. No grupo experimental encontraram-se associações positivas entre tomada de decisão, competências sociais e assertividade, bem como entre sexualidade, competências sociais e autoconceito, no pós-teste. Os preditores da assertividade no pós-teste foram tomada de decisão, sexualidade e competências sociais. Como conclusão, os resultados enfatizam a importância de intervenção junto a adolescentes, particularmente na tomada de decisão, na sexualidade e nas competências sociais.

**Palavras-chave:** Habilidades sociais, sexualidade, autoconceito.

## *Impact of a Skill Development Intervention in 5<sup>th</sup> and 6<sup>th</sup> Grade Students*

### Abstract

In this study we evaluate an intervention program in the following dimensions: Decision Making, Knowledge on Sexuality, Social Skills, Assertiveness and Self-Concept with students in 5<sup>th</sup> and 6<sup>th</sup> grade. Methodology: 145 students participated in the study divided by control and experimental group. The instruments used were: Decision-Making TCU, Knowledge on Sexuality Questionnaire; Assertion Self-Statement Test-Revised; Social Skills Questionnaire, and Piers-Harris Children's Self-Concept Scale. The results indicate differences at post-test between the groups on knowledge regarding sexuality. There were also differences from pre-test to post-test in the experimental group on knowledge on sexuality, assertiveness and social skills. Positive associations among decision making, social skills and assertiveness were found as well as among knowledge on sexuality, social skills and self-concept, in the experimental group, in the post-test. Finally, the predictors of assertiveness regarding health behaviors, in the post-test were: decision making, knowledge regarding sexuality and social skills. The results emphasize the importance of intervention for adolescents in terms of health promotion particularly in decision making, sexuality and social skills.

**Key-words:** Social Skills, sexuality, self concept.

## *Impacto de un programa intervención em alunos del segundo ciclo*

### Resumen

El objetivo del presente estudio fue evaluar un programa de intervención con alumnos del 2º ciclo de escolaridad en las siguientes dimensiones: Toma de Decisión, Conocimientos sobre Sexualidad, Habilidades Sociales, Asertividad y Autoconceito. Metodología: Participaron 145 alumnos, distribuidos en grupo control y experimental. Los instrumentos utilizados fueron: TCU Decision-Making; Cuestionario de Conocimientos sobre Sexualidad; Assertion Self-Statement Test-Revised; Cuestionario de Habilidades Sociales; Piers-Harris Children's Self-Concept Scale. Los resultados mostraron diferencias en el post-test entre los grupos en cuanto a la sexualidad. Se verificaron diferencias del pre-test para el post-teste en el grupo experimental, cuanto a sexualidad, asertividad y habilidades sociales. Se encontraron asociaciones positivas entre toma de decisión, habilidades sociales y asertividad, así como entre sexualidad, habilidades sociales y autoconceito, en el post-test en el grupo experimental. Los predictores de la asertividad en el post-test fueron toma de decisión, sexualidad y habilidades sociales. Los resultados destacan la importancia de la intervención con adolescentes particularmente en la toma de decisiones, sexualidad y habilidades sociales.

**Palabras Clave:** Habilidades sociales, sexualidad, autoimagen.

## Introdução

Não existe um consenso quanto à definição de habilidade social. Para D' Zurilla (1986), a competência social é um traço ou atributo da personalidade que previne a psicopatologia, enquanto outros autores acreditam que a habilidade social não é parte integrante da personalidade (Caballo, 1982; Del Prette & Del Prette, 1996). Nesta linha de pensamento, Caballo (2007) defende que as competências sociais podem ser consideradas adequadas ou inadequadas, uma vez que os padrões de relacionamento interpessoal variam de cultura para cultura, de acordo com a idade, o sexo, o estatuto socioeconômico e a educação. Assim, é imprescindível ter em conta o contexto social, visto que este dita o uso da habilidade social, a idade do indivíduo, que determina o que é considerado aceitável, e o gênero, que indica o que é ou não adequado (Lopes, Rutherford, Cruz, Mathur & Quinn, 2006).

Alguns estudos verificaram que as habilidades sociais desenvolvidas na adolescência mantêm-se relativamente estáveis ao longo da vida e são um critério pertinente para avaliar o futuro ajustamento social (Rubin, Coplan, Chen, Buskirk, & Wojslawowicz, 2005). Os programas de treino de habilidades sociais têm como objetivo diminuir as dificuldades de comunicação, permitindo aos adolescentes enfrentar novas situações (Matos, 2007). Assim, estes programas passaram a ter como foco a preocupação em desenvolver capacidades pessoais e relacionais mediante a aquisição de competências sociais (Ramos, 2007). A carência de habilidades sociais pode comprometer o estabelecimento de novas amizades, a aceitação de críticas, o poder de lidar com provocações e pedir ajuda, e a resistência à pressão de pares na adolescência.

Ter saúde não é um objetivo individual, é também o objetivo de cada comunidade no cotidiano, incluindo aspectos relacionados com a saúde física, mental e interpessoal na adolescência. Adotar comportamentos de saúde não depende só da escolha individual do jovem, mas também do meio ambiente no qual ele está inserido e da capacidade deste meio ambiente de lhe permitir escolhas saudáveis. Deste modo, os programas de promoção e educação para a saúde desenvolvidos com adolescentes têm de consistir não somente em ações sobre os indivíduos, mas também em ações sobre o ambiente físico e o sistema social. Estes programas têm de incluir ações educativas que facilitem o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais que, por sua vez, promovam competências de vida, permitindo aos indivíduos preferir comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis (Matos, Simões, Carvalhosa, & Canha, 2000), o que gradualmente conduz à formação do autoconceito.

O autoconceito poderá ser percebido como a concepção que cada indivíduo tem acerca de si próprio, das suas capacidades, atitudes e valores nas diferentes áreas existenciais, como a física, a social e a moral (Carapeta, Ramirez, & Viana, 2001). O autoconceito pode ser definido como uma estrutura mental de caráter psicossocial que exerce influência sobre outros aspectos afetivos, comportamentais

e físicos, com a capacidade de comprometer a sua ação relativamente ao meio (Manjarrez & Nava, 2002).

Só recentemente se iniciou o estudo da relação do autoconceito com a saúde (Albuquerque & Oliveira, 2002). Numa investigação que pretendia determinar se algumas características psicológicas (autoconceito, locus de controle) se associavam à saúde (estilo de vida, estado de saúde, percepção geral de saúde) em estudantes do Ensino Superior, Albuquerque (1999) verificou que existem indícios de forte associação entre as variáveis de saúde e as variáveis psicológicas estudadas. Os estudantes que apresentaram valores mais elevados no nível do autoconceito apresentavam também melhor percepção de saúde. Constatou-se ainda que as variáveis estilo de vida, estado de saúde e percepção geral de saúde foram mais influenciadas pelas dimensões social e emocional do autoconceito.

Segundo Almanza e Pillon (2004), o desejo de ser aceito e pertencer a um grupo é fundamental durante a adolescência, e para lidar com as pressões inerentes aos membros dos grupos é necessário desenvolver certas habilidades que permitam aos adolescentes identificar quando estão sendo pressionados. Um dos construtos que integram estas habilidades é o da assertividade, conceito que tem evoluído ao longo do tempo e se encontra associado a uma postura ou atitude inerente à forma de se comunicar com o outro. Deluty (1995) e Del Prette e Del Prette (2005) afirmam que o comportamento assertivo precisa ser ensinado tanto no conteúdo como na forma e que a expressão de pensamentos e sentimentos perde força se não for feita num tom de voz firme e em contato visual com o interlocutor. A assertividade é consensualmente associada ao desempenho social, inserindo-se na categoria de competência social e nas aptidões emocionais, sociais e cognitivas necessárias para que o indivíduo seja capaz de construir uma adaptação social bem-sucedida (Bandeiras, Quaglia, Bachetti, Ferreira, & Souza, 2005). A ansiedade demonstrou ter uma relação negativa com a assertividade, pois existe um déficit de desempenho social quando situações sociais previamente emparelhadas com estímulos aversivos provocam ansiedade no indivíduo, inibindo as respostas assertivas (Bandeiras e cols., 2005). Os programas de treino de aptidões sociais ao nível dos comportamentos de saúde têm sido dirigidos aos mais diversos objetivos, entre os quais o aumento do uso do preservativo, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a prevenção do consumo de álcool (Goldberg-Lillehoj, Spoth, & Trudeau, 2005). Agir assertivamente é condição para o bem-estar pessoal e a aceitação e valorização de si próprio, fatores muito importantes, particularmente ao nível dos comportamentos de saúde na adolescência (Prette & Prette, 2003).

Ultimamente vem sendo dada muita ênfase à educação para a saúde na comunidade escolar. Este interesse parece estar relacionado com o fato de a adolescência ser uma fase importante na determinação do futuro comportamento de saúde do indivíduo. Assistimos a uma aceleração do desenvolvimento físico e sexual, com antecipação da menarca e um início mais precoce das relações sexuais (Vilaça,

2006). Segundo os dados de investigação disponíveis sobre a saúde sexual dos adolescentes em Portugal, a maioria iniciou a atividade sexual na adolescência ou quando jovens adultos, contudo o início da atividade sexual tem vindo a acontecer em idades cada vez mais precoces (Vilaça, 2006). Os estudos demonstram que os adolescentes iniciam a atividade sexual cada vez mais cedo e casam mais tarde, daí existir uma maior probabilidade de terem relações sexuais com um maior número de parceiros (Vilaça, 2006).

Durante a adolescência a sexualidade modifica-se, e é nesta fase que surge o primeiro amor, intensifica-se o conhecimento do próprio corpo e do corpo do outro e multiplicam-se as experiências, que são vividas com extrema intensidade. É ainda descoberta uma relação de intimidade, partilha e confiança com outra pessoa, o que contribui para o desenvolvimento psicológico do jovem (Matos, 2008). O comportamento sexual é influenciado por diversas situações, crenças, atitudes e comportamentos que constituem fatores de risco e fatores protetores. Sabe-se que a relação entre a informação e a ação não é necessariamente positiva (Camargo & Botelho, 2007), pois o fato de o sujeito ter um grau avançado de informação sobre as vantagens da utilização do preservativo não garante que, numa relação sexual, esse indivíduo o irá utilizar (Tamayo, Lima, Marques, & Martins, 2001). Kirby (2001) identificou mais de cem razões que levam um adolescente a adotar comportamentos de risco em relação à sexualidade, entre as quais se podem citar fatores económicos, características da comunidade, estrutura familiar, influência dos pares, características biológicas, relação com a escola, perturbações emocional, crenças e atitudes sobre sexualidade e outras.

A família tem um papel fundamental na escolha, por parte do adolescente, de comportamentos sexuais saudáveis ou de risco, apesar de nem sempre considerar que a sua influência seja de fato importante (Albert, 2007). A partilha de informações adequadas sobre sexualidade pode contribuir para que os adolescentes façam escolhas mais seguras em relação ao seu comportamento sexual (Kirby & Miller, 2002). Alguns estudos demonstram que a educação sexual e o aconselhamento sobre a sexualidade estão igualmente associados a uma maior utilização de contraceptivos e menor probabilidade de gravidez precoce (Lonczak, Abbott, Hawkins, Kosterman, & Catalano, 2002), menor número de parceiros sexuais, início mais tardio da vida sexual (Johnson, Carey, Marsh, Levin & Scott-Sheldon, 2003) e melhores conhecimentos sobre fertilidade e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (Danielson, Marcy, Plunkett, Wiest, & Merwyn, 1990). Na opinião dos jovens, a educação sexual não deve cingir-se apenas às informações sobre aspectos físicos do ato sexual, pois é essencial para a abordagem de outros fatores, como os sentimentos e os afetos (Aquilino & Bragadottir, 2000). A partilha de informações adequadas sobre sexualidade pode contribuir para que os adolescentes façam escolhas mais seguras em relação ao seu comportamento sexual (Kirby & Miller, 2002). Existe uma relação próxima entre saúde, comportamento de risco, bem-estar e condições económicas, pois quanto melhor o

estatuto socioeconómico, melhor é a percepção de saúde, felicidade e autoconfiança (WHO, 2000), o que significa que os fatores *socioeconómicos* podem influenciar a sexualidade dos indivíduos.

A tomada de decisão é uma atividade na qual todos os indivíduos estão envolvidos diariamente, mas frequentemente não se apercebem da sua relevância. Para Uris (1989), os fatores que influenciam a tomada de decisão iniciam-se pela quantidade de informações a respeito do problema, que é tida como um fator de extrema importância para o processo de tomada de decisão. Quanto mais informações o indivíduo tiver, melhor será a compreensão e, conseqüentemente, a solução do problema (Uris, 1989). A tomada de decisão (TD) pode ser compreendida como uma função cognitiva essencial para uma boa interação do sujeito com o contexto social (Palmini, 2004). Os indivíduos são solicitados diariamente a decidir-se entre diversas ações nas quais nem sempre a opção mais favorável se encontra evidente (Palmini, 2004). Isto exige do ser humano perspicácia no momento de solucionar problemas do dia a dia, como também flexibilidade ao considerar cada situação individualmente (Palmini, 2004).

Gati e Saka (2001) realçam o fato de os mais jovens poderem envolver mais do que os mais velhos em conflitos com as pessoas mais significativas. Por outro lado, a indecisão pode ocorrer em qualquer momento da vida, mas sobretudo em momentos de transição (Gati & Tal, 2008), quando os indivíduos são confrontados com a necessidade de tomar uma decisão, como é o caso das decisões relacionadas com os comportamentos de saúde. Gati e Tal (2008) referem que, do ponto de vista cognitivo, as situações de tomada de decisão podem ser influenciadas de diversas formas, inclusive pela importância da decisão, pela informação necessária para as decisões e pela clarificação das preferências e capacidades individuais.

O processo de tomada de decisão poderá tornar-se estressante para muitas pessoas e regularmente está associado a níveis elevados de ansiedade, visto que uma decisão inapropriada poderá afetar aspectos da vida, com conseqüências financeiras e até psicológicas (Santos, 2009). Intervenções destinadas a alterar o conhecimento, atitudes e crenças permitem reduzir nos adolescentes o risco de tomada de decisão (Steinberg, 2004). Adolescentes e adultos avaliam os riscos de formas semelhantes e diversos investigadores acreditam que as diferenças na tomada de decisão devem-se apenas à quantidade de informações de que cada um disponha. Steinberg (2004) desenvolveu uma nova perspectiva, a qual parte da premissa de que a tomada de decisão é produto tanto do raciocínio lógico como de fatores psicossociais; no entanto as competências de raciocínio lógico parecem estar totalmente desenvolvidas aos 15 anos, enquanto as capacidades psicossociais que melhoram a tomada de decisão continuam a amadurecer na idade adulta. Deste modo, segundo o autor, os aspectos psicossociais podem prejudicar uma tomada de decisão competente na adolescência. Avanços na neurociência do desenvolvimento apoiam esta nova maneira de pensar sobre a tomada de decisão dos adolescentes. Um dos motivos é que a transição

para a adolescência e as consequentes alterações hormonais implicam que a tomada de decisão nos adolescentes é baseada numa rede socioemocional, sensível a estímulos emocionais e sociais, acarretando, por isso, um maior risco para os próprios adolescentes. Outro motivo é que o controle cognitivo, que inclui funções como o planejamento, pensamento no futuro e autorregulação, amadurece ao longo da adolescência. Daí a importância de programas de intervenção na tomada de decisão na adolescência.

Este estudo teve como foco a avaliação de uma intervenção em grupo denominada “Programa de Desenvolvimento Pessoal: Ser Pessoa!”, aplicado em ambiente escolar a alunos do 2º ciclo de escolaridade numa escola do Norte de Portugal. Neste sentido foram testadas as diferenças entre os grupos controle e experimental nas variáveis psicológicas Assertividade e Comportamentos de saúde, Conhecimentos sobre sexualidade, Competências sociais, Autoconceito, Tomada de decisão, a relação, no pós-teste, entre as variáveis psicológicas no grupo experimental, e finalmente, o conhecimento dos preditores da assertividade nesse mesmo grupo.

## Método

### Participantes

A amostra é de conveniência e formada por 145 alunos de oito turmas que frequentavam o 5º e 6º anos de escolaridade num agrupamento de escolas públicas em Braga (Portugal). O grupo de controle é formado por quatro turmas, duas delas pertencentes ao 5º ano e outras duas ao 6º ano, totalizando 90 alunos (54,5%); e o grupo experimental é constituído por outras quatro turmas, sendo duas do 5º ano e as restantes do 6º ano, correspondendo, no total, a 75 alunos (45,5%). O estudo envolveu 91 participantes do sexo masculino (55,2%) e 74 participantes do sexo feminino (44,8%) de nacionalidade maioritariamente portuguesa (97%). A média das idades dos participantes foi de 11,34, sendo a idade mínima registada a de dez anos, e a máxima, de quinze anos. A maioria dos alunos vive com a família nuclear (pais e irmãos) (95,2%) e, em média, cada aluno tem 1,35 irmãos, sendo atingido, nesta amostra, o máximo de seis irmãos. A maioria dos participantes não estava tomando nenhuma medicação (85,5%), não estava recebendo apoio psicológico (76,4%) nem havia sido reprovada em qualquer ano de escolaridade (81,8%) no momento da coleta de dados.

A média de idades dos pais dos alunos foi de 41,5 anos (SD= 10,2) e a das mães foi de 39,05 anos (SD= 9,3). Em relação à escolaridade da mãe, 24,8% dos alunos responderam “Não sei”, 17,4% assinalaram “Ensino secundário” e em seguida encontram o 1º e 2º ciclos de escolaridade, respectivamente com 14,9% e 14,3%.

O programa de intervenção teve a duração de seis semanas; deste modo, apenas um mês e meio distancia os dois momentos de avaliação (pré e pós-teste).

## Instrumentos

### Questionário de Competências Sociais (Pereira & Melo, 2010)

Este questionário tem como objetivo avaliar um conjunto de competências sociais em alunos do 2º ciclo de escolaridade (5º e 6º anos). A sua construção foi baseada no Questionário de Competências Sociais para Crianças e Adolescentes, traduzido por Parente (2001), e ainda no livro “Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social” (Matos, 2000). É constituído por vinte itens, que formam uma única escala e avaliam competências sociais como, por exemplo, pedir e aceitar ajuda e dar e receber elogios. As questões indagam acerca de dificuldades sociais e as possibilidades de resposta são “sim” e “não”. As respostas “não” são cotadas com 1 (um) ponto e as respostas “sim”, com zero ponto, o que indica que quanto maior a pontuação melhores são as competências sociais. A consistência interna do questionário na amostra foi de 0,77 e o questionário foi validado na amostra do presente estudo.

### Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHSCS-2, Piers, 1969, 1988)

O PHSCS é um instrumento de medida do autoconceito que inclui sessenta itens. Foi utilizada a versão portuguesa reduzida de Veiga (2006), que apresenta na sua versão seis fatores: aspecto comportamental (AC); estatuto intelectual e escolar (EI); aparência e atributos físicos (AF); ansiedade (AN); popularidade (PO); satisfação e felicidade (SF). Trata-se de uma escala de tipo *Thurstone* (itens dicotómicos). A cada resposta que se obtiver na direção de um autoconceito positivo é atribuído um ponto. Só foi utilizada a escala total. Um resultado elevado significa um autoconceito positivo. Na presente amostra o alfa de Cronbach da escala total foi de 0,89.

### Assertion Self-Statement Test- Revised (ASST-R, Heimberg, Chiauuzzi, Becker, & Madrazo-Peterson, 1983).

Este instrumento tem por objetivo avaliar a assertividade. Foi utilizada a versão de Investigação portuguesa de Pereira e Melo (2009a). O ASST-R é um instrumento composto por 24 itens que se ramificam em doze autoafirmações positivas e doze autoafirmações negativas. Cada item é avaliado por frequência numa escala Likert de zero (quase nunca) a cinco (quase sempre) pontos e os itens individuais são somados pelas pontuações obtidas nas dimensões positivas e negativas. Pontuações totais não são utilizadas. Quanto mais elevada for a pontuação na dimensão positiva da assertividade, maior é o número de comportamentos assertivos, enquanto na dimensão negativa da assertividade, quanto mais elevada a pontuação, maior é o número de comportamentos não assertivos. Na presente amostra, a subescala positiva apresentou um alfa de Cronbach de 0,77 e a subescala negativa de 0,71



### Questionário de Conhecimentos sobre Sexualidade (Pereira & Melo, 2009b)

Este instrumento tem como objetivo avaliar os conhecimentos que um grupo específico de alunos do 2º ciclo de escolaridade possuía ao nível da sexualidade. A sua construção baseou-se nos manuais escolares da disciplina de Ciências da Natureza do 5º e 6º anos de escolaridade e ainda no livro Educação Sexual em Meio Escolar - linhas orientadoras, do Ministério da Educação e Ministério da Saúde, publicado no ano 2000. O questionário é composto por trinta itens que permitem avaliar os conhecimentos que alunos do 2º ciclo possuem sobre sexualidade. Os itens abordam temáticas relacionadas aos órgãos sexuais, fecundação e adolescência. O instrumento é composto por trinta afirmações, nas quais o aluno tem de classificar com V (verdadeiro), F (falso), ou, caso não saiba a resposta, NS (não sei). Quanto mais elevada for a pontuação na dimensão positiva da assertividade, maior é o número de comportamentos assertivos, enquanto na dimensão negativa da assertividade, quanto mais elevada a pontuação, maior é o número de comportamentos não assertivos. O valor de alfa de Cronbach encontrado na presente amostra foi de 0,86, em relação ao estudo da validade, tendo sido validado para a amostra portuguesa no presente estudo.

### TCU *Decision-Making* (TCU-DM, Joe, Knezek, Watson, & Simpon, 1991)

Este questionário foi desenvolvido com o objetivo de medir a depressão e tomada de decisão com adolescentes e adultosusuários de drogas intravenosas. Foi utilizada a versão portuguesa de Pereira e Gonçalves (2008). O instrumento é constituído de duas partes, com um total de quinze itens, que podem ser usados como uma escala única ou divididos em duas subescalas: depressão (itens 3,6,10-12,15) e tomada de decisão (itens 1,2,4,5,7-9,13,14). Quanto mais elevada for a pontuação obtida, maior é a capacidade de tomada de decisão, em que a resposta “nunca” corresponde à pontuação mínima de 0 e a resposta “quase sempre” corresponde à pontuação máxima de 4. No presente estudo só foi utilizada a subescala *tomada de decisão*, que apresentou um alfa de Cronbach de 0,67. Embora baixo, visto que se se encontrava muito próximo de 0,70, foi mantida a variável no teste de hipóteses, dada a sua relevância clínica.

### Procedimentos

O presente estudo é de carácter quase-experimental, pelo fato de a seleção dos grupos na escola não ter sido aleatória (Almeida & Freire, 2003). A seleção do agrupamento escolar para efetuar o programa de intervenção realizou-se através do Instituto Português da Juventude, no Norte de Portugal, de acordo com o protocolo que as escolas mantinham com esta instituição. Após efetuar a triagem da escola, estabeleceu-se o contato com a Coordenadora de Saúde da escola em questão. Uma vez demonstrado o seu interesse

pelo programa e pelas suas temáticas, foi solicitada ao agrupamento escolar a implementação do programa de intervenção e futura recolha de dados. Os critérios de inclusão incluíam alunos entre de idade entre zero e doze anos, porque o programa foi desenvolvido com esta faixa etária em mente.

Em seguida foram seleccionadas as oito turmas (quatro turmas do 5º ano e quatro turmas do 6º ano) de acordo com a disponibilidade dos professores para dispensarem as suas aulas, no sentido de um horário semanal comum às oito turmas. Assim a escolha se deu por conveniência da escola. Como a investigadora só tinha disponibilidade para aplicar o programa uma vez por semana, o número de turmas (oito) teve em consideração o número de participantes necessário para o teste de hipóteses. O programa foi aplicado a quatro turmas (grupo experimental) escolhidas aleatoriamente do grupo das oito turmas. Na fase seguinte foram distribuídos consentimentos informados para as respectivas turmas, para que os encarregados da educação autorizassem a participação dos alunos no programa em questão, e ainda informações sobre o conteúdo do programa de intervenção. Todos os alunos que frequentavam estas oito turmas foram convidados a participar no programa. Todos os encarregados da educação consentiram na participação dos seus educandos. O programa de desenvolvimento pessoal denominado “Ser Pessoa!” foi composto por seis sessões (uma sessão por semana), sendo em cada uma abordado um tema: Planear o Futuro; Resistir às Pressões Negativas; Proteção em relação ao Poder dos Mass Media; Competências Sociais; Assertividade e Comportamentos de Saúde; Sexualidade. O programa teve duração de seis semanas. A intervenção em grupo teve como objetivo primordial promover o desenvolvimento saudável dos adolescentes. A primeira sessão, “Planear o Futuro”, abordou a importância de planear e definir objetivos para o seu futuro. Na segunda sessão, o tema abordado foi “As Pressões Negativas”, o que permitiu a cada aluno perceber o conceito, identificar diversas situações do seu cotidiano e, ainda, aprender a tomar decisões sob pressão. A sessão 3 abordou o tópico como “Nos Proteger dos Massmedia” e, consequentemente, o poder e influência desses meios de divulgação, na vida cotidiana, ao nível da tomada de decisão, da sexualidade e da assertividade. Na quarta sessão, as “Competências Sociais” foram o assunto principal da sessão, e a sessão 5, “Ser Assertivo”, abordou os estilos de comunicação (passivo, assertivo, agressivo) aplicados aos comportamentos de saúde. Posteriormente, na sexta sessão, “Sexualidade”, foram debatidos aspectos físicos relacionados aos órgãos sexuais, fecundação e período de adolescência.

A aplicação do programa ocorreu nas respectivas salas de aula, durante as disciplinas “Área de Projeto” e “Formação Cívica”, e cada sessão durou cerca de noventa minutos.

## Análise dos dados

Para testar as diferenças no grupo experimental entre o pré-teste e o pós-teste nas variáveis Tomada de decisão, “Conhecimentos sobre sexualidade”, “Competências sociais”,

“Assertividade” e “Autoconceito” foram usados testes T para amostras emparelhadas. Para avaliar o grupo experimental, no pós-teste, a relação entre as variáveis psicológicas foi utilizado o teste de correlação de *Pearson*. Finalmente, para conhecer os preditores da assertividade no pós-teste (controlando a assertividade no pré-teste), foi realizada uma regressão hierárquica utilizando-se o método *enter*, após terem sido verificados os pressupostos para a sua realização. Ao nível das variáveis psicológicas introduzidas no modelo, foram utilizadas a diferença entre os momentos pré-teste e pós-teste.

## Resultados

### Diferenças entre o grupo-controle e o grupo experimental na Tomada de decisão, Sexualidade, Assertividade, Competências sociais e Autoconceito

Considerando-se a interação entre o grupo de controle e o experimental e os momentos pré-teste e pós-teste, os resultados encontrados revelaram que os participantes do grupo experimental apresentam maiores conhecimentos sobre sexualidade. Em relação às restantes variáveis não se verificaram diferenças significativas, como é vislumbrado na Tabela 1.

### Relação entre Tomada de decisão, Assertividade, Competências sociais, Conhecimentos sobre sexualidade, Competências sociais e Autoconceito, no grupo experimental

No grupo experimental, os resultados obtidos no pós-teste mostram correlações significativas (tabela 2) entre as variáveis psicológicas *tomada dedecisão, dimensão positiva da assertividade e competências sociais*. Assim, quem possui mais tomada de decisão, possui também mais

Tabela 1. Resultados das diferenças (Test-T para amostras emparelhadas) entre o pré-teste e o pós-teste no grupo experimental.

Variáveis	Pré-Teste Média (D.P.)	Pós-Teste Média (D.P.)	T(59)
Tomada de Decisão	19.01 (4.5)	19.92(5.04)	-1.323
Sexualidade	14.10 (6.24)	25.63(4.88)	-13.788***
Assertividade Positiva	36.70 (7.76)	39.13(8.11)	-2.333*
Assertividade Negativa	30.77(6.84)	30.75(7.58)	.026
Competências Sociais	15.52 (3.80)	16.75 (3.69)	-3.156**
Autoconceito	37.90 (8.35)	39.45 (7.8)	-1.911

Legenda: \*p< .05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.000

Tabela 2. Resultados do coeficiente de correlação de Pearson entre as variáveis psicológicas no pós-teste do grupo experimental (n=145).

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Tomada de Decisão						
2. Sexualidade	.143					
3. AssertividadeNegativa	.150	-.177				
4. Assertividade Positiva	.392**	.183	.668**			
5. Competências Sociais	.277*	.412**	-.148	.152		
6. Autoconceito	.138	.356**	-.370**	-.242	.514**	

\*p< .05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.000

assertividade e competências sociais. Verificaram-se, também, correlações positivas entre conhecimentos ao nível da sexualidade, competências sociais e autoconceito. Deste modo, podemos concluir que os participantes que detêm mais conhecimentos acerca da sexualidade apresentam mais competências sociais e autoconceito (positivo). A dimensão negativa da assertividade apresentou uma correlação negativa com a variável autoconceito, o que nos permite afirmar que indivíduos com elevada assertividade negativa possuem baixo autoconceito. Por último, a variável *competências sociais* relaciona-se positivamente com a variável *autoconceito*, de modo que podemos inferir que pessoas que possuem mais competências sociais, possuem também melhor autoconceito (positivo).

### Preditores da assertividade no grupo experimental

Os resultados obtidos no pós-teste no grupo experimental permitem dizer que as variáveis correlacionadas com a dimensão positiva da assertividade são tomada de decisão, sexualidade e competências sociais. Ao nível das variáveis independentes utilizou-se a mudança do pré-teste para o pós-teste nas variáveis psicológicas (tomada de decisão, sexualidade e competências sociais), controlando-se a assertividade no pré-teste, como verifica-se na Tabela 3. A mudança na tomada de decisão ( $\beta=1,98, p <0,01$ ) e nos conhecimentos sobre sexualidade ( $\beta =1,56, p <0,05$ ) predizem a assertividade na sua dimensão positiva. O modelo de regressão final explica 22% da variância, sendo a mudança

na tomada de decisão o preditor mais significativo da assertividade na dimensão positiva, depois da assertividade no pré-teste. Não se realizou uma regressão para a dimensão negativa da assertividade, pois apenas a variável autoconceito estava correlacionada com essa dimensão.

## Discussão

Uma vez que o objectivo do presente estudo é avaliar um programa de intervenção nas dimensões de Tomada de decisão, Conhecimentos sobre sexualidade, Competências sociais, Assertividade e Comportamentos de saúde e Autoconceito, os resultados obtidos mostram que a única variável com diferenças significativas em ambos os grupos, tendo-se em conta os momentos de intervenção, foram os conhecimentos sobre a sexualidade. Em relação às outras variáveis (competências sociais, assertividade, tomada de decisão e autoconceito), as diferenças não se mostraram significativas, provavelmente por incidirem na mudança de atitudes e comportamentos e ter sido dedicada apenas uma sessão do programa a cada tema.

Pensamos que o fato de a diferença significativa se ter observado na sexualidade se deve, possivelmente, ao fato de incidir sobre mudanças de conhecimentos, e não de atitudes ou comportamentos, como as outras variáveis.

O sucesso da sessão da sexualidade pode dever-se também ao fato de o programa ser oferecido na idade ideal para o início da educação sexual, uma vez que esta se deve iniciar antes que os adolescentes iniciem a sua vida sexual

Tabela 3. Predictores da Assertividade Positiva (Pós-teste) controlando a assertividade no pré-teste (n= 145).

VARIÁVEIS	Dimensão Positiva da Assertividade Pós-Teste											
	Bloco 1			Bloco 2			Bloco 3			Bloco 4		
	$\beta$	T	p	B	t	p	B	t	p	B	t	P
Assertividade Pré-Teste	.405	5.29	.000	.412	5.49	.000	.408	5.47	.000	.421	5.69	.000***
Mudança na Tomada de Decisão				.195	2.59	.010	.201	2.68	.008	.198	2.69	.008**
Mudança nas Competências Sociais							-.118	-1.58	.116	-.120	-1.62	.107
Mudança na Sexualidade										.156	2.11	.037*
R <sup>2</sup>	.164			.202			.215			.240		
Adjusted R <sup>2</sup>	.158			.190			.199			.218		

\*p< .05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.000

(Matos, 2008). Uma das falhas de muitos programas de educação sexual reside no fato de ocorrerem muito depois do início das primeiras relações sexuais (Matos, 2008). Quando questionados sobre o melhor momento para iniciar programas de educação sexual, os próprios adolescentes afirmam preferir os primeiros anos de escolaridade. Os adolescentes encontram-se numa fase de desenvolvimento pessoal em que os pares são frequentemente membros que têm em comum a sua inexperiência na sexualidade, recebendo pouca informação sobre sexualidade por parte dos adultos, e muitas vezes improvisam as suas condutas baseados em conhecimentos muito parciais e imprecisos (Vilaça, 2006). Grande parte da aprendizagem do adolescente ocorre em contexto social, daí a aquisição de competências sociais ter um papel importante no seu desenvolvimento a médio e longo prazo, interferindo em outras áreas de aprendizagem (Botelho, 2007). Não obstante, o domínio social por parte dos adolescentes passa por um desenvolvimento progressivo ao longo do ciclo de vida, incutindo mudanças no conhecimento de si mesmos, dos outros e da sociedade (Botelho, 2007). Nem sempre é possível alterar ou provocar mudanças em pouco tempo, como neste caso, em que a aplicação do programa de intervenção teve a duração de um mês e meio e a sessão de competências sociais durou noventa minutos.

Em relação às competências sociais, a intervenção tem de ser vista como positiva pelo aluno e este tem de querer participar e concordar que é desejável uma modificação do comportamento (Lopes e cols., 2006). De acordo com estes autores, os programas de treino de aptidões sociais terão escasso impacto, a não ser que exista uma forte relação com os resultados académicos e sociais que os estudantes valorizam, particularmente aqueles que dizem respeito ao seu funcionamento na escola, na sociedade, na comunidade, na sua família, nas relações com os pares e professores. Assim, se o estudante não considerar compensadores os resultados da intervenção, provavelmente não efetuará mudanças. Este é, possivelmente, um dos motivos de não se verificarem diferenças significativas ao nível das competências sociais. Daí a importância e o realce dado a estes programas de intervenção com objetivos de mudanças de comportamentos e atitudes, mesmo que estes se cumpram a longo prazo.

O autoconceito é um fenómeno essencialmente interpessoal, pois é influenciado pelos nossos próprios pensamentos, sentimentos e ações, e também pelos pensamentos, sentimentos e ações que os outros possuem em relação a nós (Serra, Gonçalves, & Firmino, 1986). De acordo com Manjarrez e Nava (2002), o autoconceito tem a sua origem nas fases iniciais do desenvolvimento, sendo influenciado por todas as experiências positivas e negativas de vida, do indivíduo. Este constructo vai-se desenvolvendo ao longo de cada etapa de desenvolvimento, sendo muitas vezes modificado devido a diferentes experiências vivenciadas pelo indivíduo. Ao formar uma opinião acerca de si próprio, o adolescente, incorpora também a opinião dos outros, o que pode resultar numa distorção das opiniões, sobretudo quando entram em conflito com o seu autoconceito (Harter, 1993). Considerando-se o complexo processo anteriormente referido, de todas

as variáveis estudadas, a mudança no autoconceito é a que mais tempo exige, daí a necessidade de um *follow-up*.

Verificou-se que as variáveis *tomada de decisão*, *assertividade positiva* e *competências sociais*, assim como *conhecimentos sobre sexualidade*, *competências sociais* e *autoconceito*, correlacionavam-se positivamente entre si. O autoconceito apresenta-se como uma variável importante em contexto escolar, já que numerosas investigações comprovam a sua relação com o rendimento escolar dos alunos (Faria & Fontaine, 1990). Vaz Serra (1988) afirma que o autoconceito ocupa um papel importante em todas as áreas de funcionamento do indivíduo. Seu estudo parte do pressuposto que a sua compreensão pode facilitar a promoção de outras dimensões da personalidade e permitir prever, descrever e explicar o comportamento humano (Veiga, citado por Simões & Meneses, 2006).

Tomada de decisão, conhecimentos sobre sexualidade e competências sociais são preditores da assertividade na sua dimensão positiva. De fato, nas últimas décadas tem-se dedicado mais atenção ao desenvolvimento de competências sociais, o que se deve a diversas investigações terem encontrado relações entre competências sociais dos jovens e funcionamento social, académico e psicológico (Santos, 1998).

Os programas de treino de competências sociais surgem como evolução das terapias comportamentais e têm como objetivo diminuir as dificuldades de comunicação, permitindo aos sujeitos enfrentar novas situações (Matos, 2007). Resumindo, investir no ensino e desenvolvimento de competências sociais permite reduzir muitos dos problemas de comportamento que impedem os alunos de aprender (Lopes e cols., 2006). Deve-se acentuar a ideia de que o objetivo de um programa de treino de aptidões sociais consiste em oferecer ao indivíduo um aumento das suas opções e oportunidades de expressar adequadamente as suas emoções para torná-lo capaz de decidir, diminuir ou eliminar o seu desconforto em situações de relacionamento interpessoal (Lopes e cols., 2006). Não se trata, assim, de ensinar os adolescentes a comportar-se ou de lhes oferecer solução para a resolução dos seus problemas ou ainda de assegurar o sucesso em todas as situações (Silva, 2004). A infância e a adolescência são etapas críticas para aprender e praticar competências assertivas, pois delas dependem o bem-estar e o desenvolvimento (Silva, 2004). É na infância que a pessoa inicia relações horizontais, que serão a base dos relacionamentos quando adulto; é na adolescência que o indivíduo toma consciência e valoriza o fato de ser alvo de avaliação e aceitação por parte dos pares (Silva, 2004). Ser capaz de estabelecer relações assertivas nestas fases de desenvolvimento parece ser um fator protetor para relacionamentos saudáveis na idade adulta (Silva, 2004). Destarte, assertividade positiva está presente em toda a vivência humana, em todos os momentos em que o indivíduo se relaciona consigo mesmo e com o outro (Silva, 2004). Por sua vez, em relação ao autoconceito, na adolescência esta mudança do concreto e observável para o abstracto (não observável e hipotético) é considerada um avanço em termos cognitivos,



mas também pode representar uma faca de “dois gumes”, pois traz consigo o abstracto, logo as autodescrições estão mais sujeitas a distorções e a enviesamentos cognitivos, o que pode implicar que o autoconceito do adolescente se torne mais irrealista e até conduzir a comportamentos desajustados (Harter, 1993).

## Limitações

Uma das limitações deste estudo foi que apenas um mês e meio separou os dois momentos de avaliação. A duração do programa de intervenção é também uma limitação. Os fatos de os instrumentos utilizados neste estudo serem de autorrelato, a amostra ser de conveniência e pertencer exclusivamente à Zona Norte de Portugal são também questões a referir que limitam a generalização dos resultados. Finalmente, cumpre referir que o alfa de Cronbach do instrumento que avaliou a tomada de decisão foi inferior a 0,70 (0,67), motivo pelo qual, em investigações futuras com adolescentes, seria importante avaliar a adequação deste instrumento a esta população.

## Conclusão

O presente programa de intervenção demonstrou algum impacto ao nível dos conhecimentos sobre sexualidade e os resultados obtidos revelaram que a mudança na tomada de decisão, nas competências sociais e nos conhecimentos sobre sexualidade são bons preditores da dimensão positiva da assertividade. Assim, em futuras intervenções, como a assertividade é uma competência fundamental ao nível das escolhas de comportamentos sexuais saudáveis, seria importante que os programas nesta faixa etária se centrassem nas competências sociais e na tomada de decisão. Seria também relevante que estes programas incluíssem um período de avaliação de *follow-up* superior a três meses.

## Referências

Albert, B. (2007). *With One Voice: America's Adults and Teens Sound Off About Teen Pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

Albuquerque, C. M. (1999). *Características Psicológicas Associadas à Saúde em Estudantes do Ensino Superior*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Altos Estudos – Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.

Albuquerque, C. M. S., & Oliveira, C. P. F. (2002). Características psicológicas associadas à saúde: a importância do autoconceito. *Millenium – Revista do ISPV*, 26.

Almanza, S. C. P., & Pilon, S. C. (2004). Programa para fortalecer factores protectores que limitan el consumo de tabaco y alcohol

em Estudantes de educação média. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12, 324-332.

Almeida, L. S., & Freire, T. (2003). *Metodologia de investigação em Psicologia e educação*. Braga, Portugal: Psiquilibrios.

Aquilino, M., & Bragadottir, H. (2000). Adolescent pregnancy: Teen perspectives on prevention. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 25, 192-197.

Bandeiras, M., Quaglia, M., Bachetti, L., Ferreira, T., & Souza, G. (2005). Comportamento assertivo e a sua relação com a ansiedade, locus de controlo e auto-estima em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 22, 111-121.

Botelho, H. (2007). *Promoção das competências sociais da criança com necessidades educativas especiais*. Instituto de Estudos da Criança. Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Caballo, E. (1982). Los componentes conductuales de la conducta assertiva. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 37(3), 473-486.

Caballo, E. (2007). *Manual de Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales (7a Ed.)*. Madrid: Siglo XXI Editores, S.A.

Camargo, B. V., & Botelho, L. J. (2007). Aids, sexualidade e atitudes sobre a proteção contra o HIV. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 61-68.

Carapeta, C., Ramires, A., & Viana, M. (2001). Autoconceito e participação desportiva. *Análise Psicológica*, 1, 51-58.

Danielson, R., Marcy, S., Plunkett, A, Wiest, W., & Merwyn, G. (1990). Reproductive Health Counseling For Young Men: What Does It Do? *Family Planning Perspectives*, 22(3), 115-121.

Family Planning Perspectives, 22, 3, 115-121

D’Zurilla, T. J. (1986). *Problem-solving therapy: a social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (1996). Habilidades sociais: Uma área em desenvolvimento. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 9(2), 233-255.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: Terapia e educação*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Deluty, R. H. (1995). Assertiveness vs aggressiveness: What’s the difference? *Maryland Family Magazine*, August, 26-27.

Faria, L. (2005). Desenvolvimento do autoconceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 4, 361-371.

Faria, L., & Fontaine, M. (1990). Avaliação do conceito de si próprio de adolescentes: adaptação do SDQ I de Marsh à população portuguesa. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 6, 97-105.

- Gati, I., & Saka, N. (2001). High Scholl Student's Career-Related Decision-Making Difficulties. *Journal of Counseling & Development*, 79(3), 331-340.
- Gati, I., & Tal, S. (2008). Decision-Making Models and Career Guidance. Em J. A. Athanasou & V. Esbroeck (Eds.), *International Handbook of Career Guidance* (pp. 157-185). Berlím: Springer Media.
- Goldberg-Lillehoj, C. J., Spoth, R., & Trudeau, L. (2005). Assertiveness among young rural adolescents: Relationship to alcohol use. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 14(3), 39-63.
- Harter, S. (1993). Self and identity development. Em S. S. Feldman & G. R. Elliott (Eds.), *At the threshold. The developing adolescent* (pp. 352-387). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Heimberg, R. G., Chiauuzzi, E. J., Becker, R. E., & Madrazo-Peterson, R. (1983). Cognitive mediation of assertive behavior: an analysis of the self-statement patterns of college students, psychiatric patients and normal adults. *Cognitive therapy and research*, 7, 455-463.
- Joe, G. W., Knezek, L. D., Watson, D. D., & Simpson, D. D. (1991). Depression and decision-making among intravenous drug users. *Psychological Reports*, 68, 339-347.
- Johnson, B., Carey, M., Marsh, K., Levin, K., & Scott, S. (2003). Interventions to reduce sexual risk for the human immunodeficiency virus. A research synthesis. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157, 381-388.
- Kirby, D. (2001). Understanding What Works and What Doesn't In Reducing Adolescent Sexual Risk-Taking. *Family Planning Perspectives*, 33(6), 276-281.
- Kirby, D., & Miller, B. (2002). Interventions Designed to Promote Parent-Teen Communication About Sexuality. Em S. Feldman & D. Rosenthal (Eds.), *Talking Sexuality: Parent-Adolescent Communication* (pp. 93-110). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Lonzak, H. S., Abbot, R. D., Hawkin, J. D., Kosterman, R., & Catalano, R. F. (2002). Effects of Seattle social development Project on sexual behavior, pregnancy, birth, and sexually transmitted disease outcomes at age 21 years. *Archives of pediatric and adolescent medicine*, 156, 438-447.
- Lopes, J., Rutherford, R., Cruz, M., Mathur, S., & Quinn, M. (2006). *Competências Sociais: aspectos comportamentais, emocionais e de aprendizagem*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Manjarrez, A. E., & Nava, B. C. (2002). *Autoconceito e autoestima em crianças maltratadas e crianças de famílias intactas*. Recuperado: 15 jul 2010. Disponível: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/imprimir.php?codigo=A0104>
- Matos, M. (2007). Social Cohesion for mental well-being among adolescents. *WHO/HBSC Forum: Copenhagen*, WHO Regional Office for Europe.
- Matos, M. (2008). Sexualidade, segurança e sida - estado da arte e propostas em meio escolar. *Análise Psicológica*, 26(2), 251-263.
- Matos, M., Simões, C. Carvalhosa, S., & Canha, L. (2000). *A saúde dos adolescentes*. Lisboa: FMH /PEPT-Saúde.
- Palmini, A. (2004). O Cérebro e a Tomada de Decisões. Em P. Knapp (Org), *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica* (pp. 71-88). Porto Alegre: Artmed.
- Pereira M. G., & Gonçalves, A. C. (2008). Versão de Investigação do Questionário de Depressão e Tomada de Decisão. Braga, Portugal: Universidade do Minho, Escola de Psicologia.
- Pereira M. G., & Melo, M. (2009a). *Versão de Investigação do Teste de Auto Afirmações de Assertividade Revisito (ASST-R)*. Braga, Portugal: Universidade do Minho, Escola de Psicologia.
- Pereira M. G., & Melo, M. (2009b). *Versão de Investigação do Questionário de Conhecimentos sobre a Sexualidade*. Braga, Portugal: Universidade do Minho, Escola de Psicologia.
- Pereira M. G., & Melo, M. (2010). *Versão de Investigação do Questionário de Competências Sociais*. Braga, Portugal: Universidade do Minho, Escola de Psicologia.
- Piers, E. V. (1988). *Manual for the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (The Way I Feel About Myself)* (2ª Ed. rev.). Tennessee: Counselor Recording and Tests.
- Prette, A., & Prette, Z. (2003). Assertividade, sistema de crenças e identidade social. *Psicologia em Revista*, 9, 125-136.
- Ramos, M. (2007). *A educação artística e o desenvolvimento de competências sociais de crianças em risco*. Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Rubin, K. H., Coplan, R. J., Chen, X., Buskirk, A., & Wojslawowicz, J. (2005). *Peer relationships in childhood*. Em M. Bornstein & M. Lamb (Eds.), *Developmental science: An advanced textbook* (5th Edition). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Santos, M. (1998). *O contributo das expressões artísticas para a aquisição de competências sociais na infância*. Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Santos, A. (2009). *Exploração e dificuldades de tomada de decisão vocacional: Avaliação do impacto no tempo de uma intervenção em classe*. Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Serra, A. (1988). O autoconceito. *Análise Psicológica*, 2, 101-110.
- Serra, A. (1986). A importância do autoconceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 57-66.1,103-108.

- Serra, A., Gonçalves, S., & Firmino, H. (1986). Autoconceito e ansiedade social. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 103-108.
- Silva, A. (2004). *Desenvolvimento de Competências Sociais nos Adolescentes*. Lisboa: Climepsi.
- Silva, B. (2009). *O autoconceito de crianças e pré-adolescentes com e sem história de maus-tratos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Simões, D., & Meneses, R. (2006). *Autoconceito em crianças com e sem obesidade*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Steinberg, L. (2004). Risk-taking in adolescence: What changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 51-58.
- Tamayo, A., Lima, A., Marques, J., & Martins, L. (2001). Prioridades axiológicas e uso do preservativo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 167-175.
- WHO. (2000). *Health and Health Behaviour among young people. Health Behaviour in Schoolaged Children: A WHO Cross-National Study (HBSC) International Report*. Geneva: WHO.
- Uris, A. (1989). *O Livro de Mesa do Executivo*. São Paulo, Editora Pioneira.
- Veiga, F. (1995). *Transgressão e autoconceito dos jovens na escola*. Lisboa, Portugal: Fim de Século.
- Veiga, F. H. (2006). Uma nova versão da escala de autoconceito: Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHSCS-2). Poster apresentado na XI Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e contextos. Braga: Universidade do Minho.
- Vaz Serra, A., Firmino, H., & Matos, A. (1987). Autoconceito e locus de controlo. *Psiquiatria Clínica*, 8(3), 143-146.
- Vilaça, M. (2006). *Ação e competência de ação em educação sexual: uma investigação com professores e alunos do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário*. Tese de doutoramento, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Recebido em: 27/08/2012  
 Reformulado em: 04/12/2012  
 Aprovado em: 28/01/2013

#### **Sobre os autores**

**Marta Melo** (martapombomelo@hotmail.com)

Universidade do Minho – Escola de Psicologia - Braga, Portugal

**M. Graça Pereira** (gracep@psi.uminho.pt)

Universidade do Minho – Escola de Psicologia - Braga , Portugal

**Jorge Silvério** (jmas@psi.uminho.pt)

Universidade do Minho – Escola de Psicologia - Braga, Portugal