



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Medo e Auto-conceito Infantil: Estudo comparativo entre crianças portadoras de doença oncológica e crianças sem doença

Inês Raquel Antunes Ramos Sequeira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre na especialidade de
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professor Doutor Manuel Joaquim da Silva Loureiro

Covilhã, Outubro de 2011

Dedicatória

Às crianças que lutam todos os dias pela vida...

Especialmente àquelas que com um sorriso me receberam e que, com o olhar cheio de esperança aceitaram fazer parte deste trabalho.

"As crianças aprendem o que vivem"

Dorothy Law Nolte

Resumo

Os anos intermédios da infância, entre os 5/6 e os 11/12 anos, são frequentemente designados por anos escolares e dizem respeito a uma fase marcante do desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial da criança, sendo um período de importantes aquisições e aprendizagens. Mesmo perante os recentes avanços da medicina, o diagnóstico e a vivência da doença oncológica infantil representam acontecimentos inesperados e devastadores.

Tendo a comparação de grupos como objectivo principal, esta investigação pretende analisar, compreender e caracterizar os medos desenvolvimentais em função de diferentes variáveis sócio-demográficas e compreender se a doença oncológica representa um factor determinante no desenvolvimento dos medos e na formação do auto-conceito infantil.

Para cumprir os objectivos propostos foi realizada a avaliação das variáveis psicológicas, através das escalas *Fear Survey Schedule for Children - Revised* e *Piers-Harris Self Concept Scale - 2*. Apresenta-se assim um estudo de natureza descritiva, correlacional e comparativa.

A investigação incide sobre uma amostra de 307 participantes com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos de idade, pertencentes aos dois géneros e a frequentar entre o 2.º e o 6.º ano de escolaridade. Para realizar a comparação entre crianças foram constituídos dois grupos de participantes diferenciados pela condição de saúde. O grupo normativo ($n=292$) foi recolhido em três agrupamentos de escolas do concelho da Covilhã e o grupo clínico ($n=15$) recolhido em colaboração com as Consultas Externas e o Hospital de Dia do serviço de Hemato-Oncologia do Hospital Pediátrico de Coimbra.

As principais conclusões do nosso estudo sugerem que as crianças com cancro se encontram bem ajustadas do ponto de vista psicológico, apresentando níveis de medo mais baixos e um auto-conceito mais elevado do que as crianças sem cancro. Em linhas gerais, os nossos resultados vieram confirmar a tendência observada nos últimos anos, que evidenciam a boa capacidade de adequação psicossocial destas crianças à doença em estudo.

Palavras-chave: Doença oncológica infantil; Medo; Auto-conceito;

Abstract

The intermediate childhood age between 5/6 and 11/12 years old, usually designated as school age is an important physical, cognitive and psychosocial development phase, where learning and acquisitions are accomplished. Even with the recent advances on medical care and treatment, the childhood oncologic disease diagnosis and experience represent unaware and devastating events.

Considering the group comparison as the main objective, this research work intends to analyse, understand and characterize the different socio-demographic variables dependencies on the developmental fears and to understand if the oncologic disease represents an important factor in the development of fears and in the children self-concept formation.

To pursue the proposed objectives, the psychological variables evaluation was achieved using the *Fear Survey Schedule for Children - Revised* scale and the *Piers-Harris Self Concept Scale - 2*, introducing a descriptive, correlational and comparative study. This research is focused over a sample with 307 participants with ages between 7 and 12 years old, of both genders, attending school between the second and the sixth grade. Children were divided into two groups based on their health condition, for comparison purposes. The normative group with 292 participants was collected in three schools of Covilhã county. The clinic group with 15 participants was collected with the cooperation of the External Consultations and Day Care Hospital of the Hematology-Oncology service of the Pediatric Hospital of Coimbra.

The main conclusions of this study reveal that children with cancer are well adjusted from the psychological point of view, representing lower fear levels and higher self-concept than children without cancer. In general, these results confirmed the trend observed in recent years, and reveal the good psychosocial adaptation capacity of the children, to the studied disease.

Keywords: Childhood oncological disease; Fear; Self-concept;

Agradecimentos

Um primeiro agradecimento ao Professor Manuel Loureiro, pelo apoio incansável, disponibilidade e tranquilidade que sempre me soube transmitir nos momentos mais críticos. Obrigada, por todos os ensinamentos que levarei para a vida e pela forma como me ajudou a concretizar esta dissertação.

A toda a equipa do Serviço de Hemato-Oncologia do Hospital Pediátrico de Coimbra, pela vontade com que integraram este trabalho. À Dra. Fátima por ter permitido a minha presença contínua no seu serviço e à Educadora Dulce pela amabilidade com que sempre me recebeu.

À Dra. Luísa Simão, pelos preciosos conselhos e colaboração, na fase inicial deste trabalho.

A todos os elementos das direcções dos Agrupamentos de Escolas a Lã e a Neve, Tortosendo e Teixoso pela receptividade demonstrada. Aos docentes, pelo tempo e disponibilidade dispensados.

A todas as crianças que tornaram este estudo possível, um agradecimento carinhoso pela paciência e compreensão.

À minha família e amigos pela tolerância, compreensão e carinho demonstrados ao longo do último ano. De uma forma muito especial à Carolina, à Filipa e à Maria João, eternas amigas e companheiras de luta. Obrigada pela partilha de sorrisos e lágrimas, alegrias e angústias ao longo destes cinco anos. Por nunca me terem deixado sentir só... Vou levar um pedacinho de cada uma para a vida.

Ao Nuno, por ter suportado e relativizado, muitas vezes, a minha ausência quase real e por respeitar os meus momentos de solidão exigidos.

Ao meu pai que sempre respeitou o meu tempo e espaço, presenteando-me com o seu enorme orgulho em todas as etapas da minha vida, nunca esquecendo de dizer o quanto me ama.

À minha mãe e irmã, pelo apoio permanente, expresso ou silencioso, pelas más disposições e nervosismo de tantas horas e pelo carinho com que sempre as suportaram. Obrigada pelo equilíbrio, cumplicidade, paciência e incentivo, pelos sorrisos e lágrimas que soubemos partilhar.

Um último agradecimento, ou apenas homenagem, à minha avó, que entretanto partiu, deixando a certeza que este, seria para si mais um momento feliz!

Índice

Resumo	v
Abstract	vii
Introdução	1
Parte I - Enquadramento Teórico	3
Capítulo I - Ansiedade Infantil	5
1.1 Ansiedade: Definição.....	7
1.2 Ansiedade na infância	7
1.2.1 Medo: Definição	8
1.2.2 Medos desenvolvimentais	9
1.3 Duração do medo.....	17
1.4 Medos contemporâneos.....	18
Capítulo II - Auto-conceito Infantil	21
2.1 Auto-conceito: Definição	23
2.2 Componentes e dimensões do auto-conceito	24
2.3 Auto-conceito infantil	25
2.3.1 Formação e desenvolvimento do auto-conceito	25
2.3.2 Influência das variáveis sócio-demográficas na formação do auto-conceito	27
Capítulo III - Doença oncológica pediátrica.....	29
3.1 Doença Oncológica: Contextualização.....	31
3.1.1 Definição e etiologia.....	31
3.2 Doença Oncológica Pediátrica.....	32
3.2.1 Epidemiologia	33
3.2.2 Tipologia	34
3.2.3 Consequências psicossociais do cancro na criança	36
3.2.4 Intervenção Psicológica na Oncologia Pediátrica	41
3.3 Sistema Nacional de Saúde Português: Contextualização.....	47
Parte II - Corpo Empírico	49
Capítulo IV - Metodologia.....	51
4.1 Natureza do estudo	53
4.2 Objectivos da investigação	53
4.3 Variáveis consideradas no estudo	53
4.4 Participantes	54

4.4.1	Caracterização da amostra	55
4.5	Instrumentos	59
4.5.1	Questionário Sócio-Demográfico.....	59
4.5.2	Fear Survey Schedule for Children Revised.....	59
4.5.3	Piers-Harris Children's Self-Concept Scale-2	60
4.6	Procedimentos	61
4.7	Análise estatística.....	62
4.8	Resultados.....	65
4.8.1	Fiabilidade dos instrumentos.....	65
4.8.2	Análise descritiva	66
4.8.3	Análise inferencial	69
4.9.	Discussão dos resultados.....	86
4.9.1	Grupo normativo: Medo e Auto-conceito	87
4.9.2	Considerações clínicas na caracterização geral da amostra normativa	91
4.9.3	Grupo clínico: Medo e Auto-conceito	91
4.9.4	Comparação entre grupos.....	95
4.9.5	Correlações entre instrumentos	97
	Considerações Finais	99
	Referências Bibliográficas	103
	Anexos.....	115

Lista de Figuras

Figura 1. Distribuição dos valores médios obtidos nos factores do FSSC-R, para os dois grupos de participantes.....	67
Figura 2. Distribuição dos valores médios obtidos nas dimensões do PHSCS-2, para os dois grupos de participantes.....	68
Figura 3. Comparação dos valores médios, em notas T, entre os dois grupos de participantes para o FSSC-R.....	83

Lista de Tabelas

Tabela 1. Medos desenvolvimentais segundo várias concepções teóricas.....	10
Tabela 2. Fases de desenvolvimento do medo.....	15
Tabela 3. Principais respostas emocionais e psicossociais de crianças com cancro.....	37
Tabela 4. Intervenção psicológica em oncologia pediátrica.....	42
Tabela 5. Caracterização da amostra segundo a variável idade.....	56
Tabela 6. Teste de ajustamento à normalidade para a variável idade.....	56
Tabela 7. Caracterização da amostra segundo a variável género.....	56
Tabela 8. Caracterização da amostra segundo o Nível de Escolaridade.....	57
Tabela 9. Caracterização da amostra segundo o Estado Civil dos pais.....	57
Tabela 10. Caracterização da amostra segundo o Subsistema Fraternal.....	58
Tabela 11. Caracterização da amostra segundo o diagnóstico clínico.....	58
Tabela 12. Caracterização do grupo clínico segundo o acompanhamento recebido.....	58
Tabela 13. Caracterização do grupo clínico segundo a Situação de Internamento.....	59
Tabela 14. Coeficiente de consistência interna do FSSC-R.....	65
Tabela 15. Coeficiente de consistência interna do PHSCS-2.....	65
Tabela 16. Caracterização dos factores e dimensões dos dois instrumentos.....	66
Tabela 17. Estatística descritiva - FSSC-R.....	67
Tabela 18. Estatística descritiva - PHSCS-2.....	68
Tabela 19. Teste de ajustamento à normalidade - FSSC-R.....	69
Tabela 20. Teste de ajustamento à normalidade - PHSCS-2.....	69
Tabela 21. Diferenças de médias, segundo a variável género - FSSC-R.....	70
Tabela 22. Diferenças de médias segundo a variável idade - FSSC-R.....	71
Tabela 23. Diferenças de médias segundo a variável escolaridade - FSSC-R.....	72
Tabela 24. Diferenças de médias segundo a variável género - PHSCS-2.....	72
Tabela 25. Diferenças de médias segundo a variável idade - PHSCS-2.....	73
Tabela 26. Diferenças de médias segundo a variável escolaridade - PHSCS-2.....	74
Tabela 27. Diferenças nas categorias segundo a variável género - FSSC-R.....	75
Tabela 28. Diferenças nas categorias segundo a variável idade - FSSC-R.....	75
Tabela 29. Diferenças nas categorias segundo a variável escolaridade - FSSC-R.....	76
Tabela 30. Os dez medos mais intensos do grupo normativo (n=292).....	76
Tabela 31. Diferenças nas categorias segundo a variável género - PHSCS-2.....	77
Tabela 32. Diferenças nas categorias segundo a variável idade - PHSCS-2.....	78
Tabela 33. Diferenças nas categorias segundo a variável escolaridade - PHSCS-2.....	78
Tabela 34. Diferenças de médias segundo o diagnóstico clínico - FSSC-R.....	79
Tabela 35. Diferenças de médias segundo o diagnóstico clínico - PHSCS-2.....	80
Tabela 36. Diferenças de médias segundo a situação de internamento - FSSC-R.....	81
Tabela 37. Diferenças de médias segundo a situação de internamento - PHSCS-2.....	81
Tabela 38. Dez medos mais intensos do grupo clínico (n=15).....	82

Tabela 39. Diferenças de médias segundo o grupo de participantes - FSSC-R.....	83
Tabela 40. Diferenças de médias segundo o grupo de participante - PHSCS-2.....	84
Tabela 41. Correlação entre os instrumentos FSSC-R e PHSCS-2.....	85

Lista de Acrónimos

FSSC-R	Fear Survey Schedule for Children-Revised
PHCSCS-2	Piers-Harris Children's Self-Concept Scale - Second Edition
HPC	Hospital Pediátrico de Coimbra
FSSC-II	Fear Survey Schedule for Children and Adolescents-II
FSSC-AM	American Fear Survey Schedule for Children
IARC	International Agency for Research on Cancer
OMS	Organização Mundial de Saúde
SEER	Epidemiology and End Results
RORENO	Registo Oncológico Regional do Norte
RORCENTRO	Registo Oncológico Regional do Centro
RORSUL	Registo Oncológico Regional do Sul
SNC	Sistema Nervoso Central
LLA	Leucemia Linfoblástica Aguda
LAM	Leucemia Aguda Mielóide
CNDO	Coordenador Nacional para as Doenças Oncológicas
SIOP	International Society of Pediatric Oncology

Introdução

O medo é definido como uma resposta normal a uma ameaça real ou imaginária e faz parte integrante do desenvolvimento humano. Davidson, White, Smith, & Poppen (1989), referem que os medos evoluem através de um contínuo, entre o imaginário e o real (Burnham, Schaefer & Giesen, 2006). Apesar dos vários contributos teóricos acerca da aquisição, desenvolvimento e manutenção dos medos, Ollendick (1979) afirma não existir uma única orientação teórica adequada (Gullone, 2000).

São vários autores que afirmam que a existência de investigações sobre os medos normais ou desenvolvimentais demonstra-se indispensável devido à possibilidade de se obter informação relevante acerca dos padrões de desenvolvimento, da frequência e intensidade dos medos e ainda identificação de factores que poderão levar ao desenvolvimento de perturbações de ansiedade (Ollendick, King & Murris, 2002).

No que respeita aos instrumentos de avaliação psicológica, e perante a existência de inúmeras escalas e questionários, pode afirmar-se que o *Fear Survey Schedule for Children-Revised* (FSSC-R), se tornou a escala de medo mais estudada e aplicada por todo o mundo. Os estudos realizados em Portugal acerca desta temática têm-se demonstrado bastante escassos ao contrário do que acontece nos outros países.

Ao contrário do medo, o auto-conceito infantil diz respeito a uma variável psicológica amplamente estudada ao nível da Psicologia da Educação. O auto-conceito é um construto hipotético, muitas vezes considerado como variável mediadora e facilitadora da consecução de outros resultados, como um bom rendimento académico, um bom desempenho desportivo e uma boa adaptação profissional (Veiga, 1989). Deste modo, podemos afirmar que as representações que construímos acerca de nós próprios permitem interpretar e dar significado às experiências quotidianas, possibilitando a manutenção de uma imagem coerente de nós próprios (Peixoto, 2003).

A idade escolar, assim designada devido à importância que escola assume nesta fase, é uma idade também caracterizada por um vasto leque de aprendizagens que a criança reúne acerca de si. O meio escolar assume uma importância indiscutível no desenvolvimento infantil.

Ultrapassando a normalidade funcional da fase da infância e sabendo que a doença oncológica assume hoje uma importância significativa no estado de saúde dos portugueses, considerou-se oportuno avaliar o impacto de experiências associadas à doença oncológica no desenvolvimento infantil, nomeadamente ao nível do medo e do auto-conceito. A evolução e eficácia das técnicas de diagnóstico e tratamento do cancro, tem permitido identificar com maior rigor as consequências psicológicas e emocionais de quem vivencia esta doença. Na oncologia pediátrica, o avanço da medicina tem contribuído para um aumento significativo da taxa de sobrevivência.

A importância do estudo advém da divergência existente entre a realidade médica e a realidade psicológica no que respeita ao acompanhamento de crianças com cancro. Enquanto os tratamentos médicos têm evoluído significativamente nos últimos trinta anos, o acompanhamento psicológico a crianças com cancro não tem acompanhado a evolução nesta área, tendo em conta o aumento das taxas de sobrevivência. Por outro lado, a literatura tem privilegiado essencialmente aspectos relativos à fase terminal da doença (McGrath 2001 cit in Griépy & Howe, 2003).

O simples reconhecimento dos medos mais comuns e o impacto que a doença exerce na formação do auto-conceito, poderá futuramente elucidar os profissionais para a prevenção e promoção de cuidados de saúde a estes níveis, prevenindo o aparecimento de medos patológicos e perturbações ao nível das auto-representações. As diferenças de idade e género têm implicações importantes não só para as teorias de desenvolvimento, mas também para intervenções clínicas, sendo por isso são analisadas neste estudo (Henker, Whalen & O'Neil, 1995).

O medo foi o construto considerado como primordial para a realização do estudo, no entanto sabendo que elevados níveis de ansiedade são prejudiciais ao desenvolvimento humano e neste caso particular à formação do auto-conceito, considerou-se oportuno estudar a relação entre estes dois conceitos.

A pertinência da realização desta investigação assenta ainda na insuficiência de estudos empíricos que focam as dimensões em análise - medos desenvolvimentais e o auto-conceito Infantil - e a relação entre elas. Não obstante a sua extrema importância, esta é uma área que apresenta ainda muitas lacunas na investigação actual. A presente investigação pretende contribuir para um melhor conhecimento da mesma.

Na primeira parte do estudo os principais temas - ansiedade infantil, auto-conceito infantil e oncologia pediátrica - são enquadrados do ponto de vista teórico. Relativamente ao primeiro tema, apresenta-se uma breve definição da problemática da ansiedade e da ansiedade na infância. Seguidamente é realizada uma contextualização mais extensa e particularizada sobre os medos desenvolvimentais. No que respeita ao auto-conceito, apresenta-se também uma breve definição do construto e de seguida é dada uma maior atenção ao processo de formação do mesmo. O terceiro tema é contextualizado através de informação sobre a epidemiologia, tipologia, consequências no funcionamento psicológico e na formação do auto-conceito de crianças com cancro, bem como intervenções de natureza psicológicas. O estudo empírico constitui a segunda parte deste trabalho. Neste ponto encontram-se os objectivos e a metodologia do estudo, bem como caracterização da amostra, a apresentação e discussão dos resultados. O trabalho será finalizado com uma conclusão sobre os resultados obtidos.

Parte I - Enquadramento Teórico

Capítulo I - Ansiedade Infantil

1.1 Ansiedade: Definição

O conceito de ansiedade não corresponde a um construto unitário e excepcionalmente bem definido no campo da psicologia e da psicopatologia. A ansiedade manifesta-se em todas as idades, de forma generalizada ou de forma específica (Silva, 2003).

A ansiedade é uma resposta normal e adaptativa perante ameaças reais ou imaginadas, preparando o indivíduo para reagir a situações de perigo (Odriozola, 2001).

Segundo Garcia e Garcia (1992), a ansiedade define-se como uma resposta subjectiva e desagradável a uma ameaça real ou potencial, interna ou externa, física ou psicológica, mas sempre acompanhada de medo e tensão (Santos, 2006). Segundo o modelo de Clark & Watson (1991), a ansiedade pode ser identificada através do sentimento de mal-estar do indivíduo e dos elevados níveis de activação fisiológica (Baptista, 2000).

De acordo com Lang (1968), a ansiedade apresenta três componentes distintos, o relato verbal, o comportamento motor e os padrões de activação somática ou visceral. O relato verbal está relacionado com a descrição subjectiva do estado do indivíduo bem como, a sua intensidade. O comportamento motor relaciona-se com respostas de evitamento, fuga, hipervigilância e imobilidade. Por último, a activação somática refere-se, por exemplo, ao batimento cardíaco ou à resposta galvânica da pele. Todos os componentes acima descritos apresentam-se relacionados com uma estrutura que faz parte da memória humana, o protótipo emocional. Este, armazena a informação que o indivíduo retém de uma determinada situação ou acerca de determinado objecto bem como, das possíveis respostas. A ansiedade representa assim um complexo de estratégias que se desenvolvem entre a percepção e a execução de respostas motoras perante uma situação de perigo ou ameaça (Baptista, 2000).

A maioria dos estudos desenvolvidos no campo da ansiedade, encontram-se habitualmente divididos pelas diversas faixas etárias, a infância, a adolescência e a idade adulta. Este facto deve-se à divergência das manifestações de ansiedade de acordo com a idade dos indivíduos. No entanto, sabe-se que a maioria das perturbações de ansiedade manifestadas na idade adulta apresenta a sua génese no período da infância ou adolescência (Odriozola, 2001).

1.2 Ansiedade na infância

Nos últimos anos, têm sido muitos os investigadores que apresentaram como objecto de estudo a saúde mental infantil. Este facto deve-se à crescente preocupação para com o aumento significativo de perturbações de ansiedade nesta faixa etária (Martin, Pescosolido & Olafsdottir, 2007).

Os problemas de ansiedade são considerados normais e frequentes durante a infância (Muris, Mayer, Freher, Duncan & Hout, 2010), sendo que as crianças apresentam elevados níveis de medo mas uma minoria de sintomas de perturbações de ansiedade (Broeren & Muris, 2009). Apesar deste facto, é oportuno mencionar que a ansiedade durante a infância está

associada a consequências negativas na dimensão pessoal, social e escolar das crianças. Estudos apontam para o facto de a ansiedade na infância poder ser considerada um factor de risco para o desenvolvimento de outras psicopatologias (Silva, 2003).

As perturbações de ansiedade são as mais comuns em crianças de idade escolar e estima-se que a prevalência mundial se encontre entre os quatro e os dezanove por cento. A ansiedade encontra-se, na maior parte dos casos, em comorbilidade com outras psicopatologias como a depressão, comportamentos disruptivos ou ainda associada a *life events* específicos (Graczyk & Connolly, 2008).

1.2.1 Medo: Definição

O medo e a ansiedade fazem parte da vivência humana. Normalmente são estados transitórios (Silva, 2003), no entanto apesar das diferenças consideradas, os conceitos de medo e ansiedade são amplamente utilizados para descrever estados emocionais caracterizados por sensações desagradáveis, de apreensão ou tensão, sempre acompanhados por reacções fisiológicas intensas (Baptista, 2000).

O medo é definido como uma reacção adaptativa, perante uma ameaça que pode ser real ou imaginária, advertindo o indivíduo para o perigo (Gullone, 1999). Diz respeito a um padrão de respostas motoras, psicofisiológicas e cognitivas que são adaptativas e permitem preservar a integridade física e psicológica, conferindo protecção e segurança (Baptista, 2000; Rodríguez, 2001; Mansell, 2008).

Mesmo que a existência de um certo nível de medo seja aparentemente saudável, este pode tornar-se demasiado intenso ou irracional começando a interferir com o funcionamento normal do indivíduo, neste caso da criança. É assim importante que os medos normais sejam diferenciados dos medos clínicos ou fobias (Fisher, Schaefer, Watkins, Worrell & Hall, 2006). A distinção feita entre os dois conceitos tem por base diversos critérios. Os medos clínicos ou fobias são medos que persistem por um longo período de tempo e interferem com o funcionamento normal do indivíduo, limitando-o em diversas áreas da sua vida. A existência de desproporção entre o perigo objectivo e o comportamento apresentado, a presença de medos não específicos de uma idade, a dificuldade em explicar ou racionalizar o comportamento, o automatismo do mesmo e a elevada intensidade, são características que podem auxiliar na determinação da classificação dos medos clínicos ou fobias (Gullone, 2000; Rodríguez, 2001; Muris, Merckelbach, Jong & Ollendick, 2002; Ollendick, King & Muris, 2002; Mansell, 2008). Marks (1969), afirma que as fobias são desproporcionais às exigências da situação, mantendo-se os sintomas mesmo com a distância do objecto fóbito ou com o culminar da situação ameaçadora (Ollendick, King & Muris, 2002).

O medo pode ser despoletado através de uma estimulação presente no campo perceptivo do indivíduo, através da imaginação ou ainda através antecipação de que algo perigoso pode ocorrer. Não pode ser considerado como uma lacuna do comportamento humano mas sim como um sistema protector, objectivo e eficaz na preservação da espécie humana. A

totalidade dos autores estudados refere o medo como um elemento normal e necessário para o desenvolvimento humano uma vez que, proporciona a aquisição de habilidades e capacidades para lidar de uma forma adaptativa com situações adversas (Joyce-Moniz, 1993; Rodríguez, 2001; Mansell, 2008).

1.2.2 Medos desenvolvimentais

Diversas investigações afirmam que enquanto na maioria dos casos os medos são apenas parte do processo de desenvolvimento, cerca de 23% das crianças preenchem critérios para uma perturbação de ansiedade (Fisher et al., 2006). As mesmas investigações apresentam concordância no que respeita à existência e vivência de medos comuns a todos os humanos, com mais ou menos intensidade, durante a infância. Estes medos podem ser, entre muitos outros, o medo de cair, o medo de ruídos fortes, o medo de rostos desconhecidos, o medo de animais e o medo do escuro (Filliozat, 2001). A diversidade dos medos está relacionada com a fase de desenvolvimento em que a criança se encontra e com o desempenho de tarefas desenvolvimentais. Esta ideia reporta para o facto de os medos apresentarem uma função facilitadora no desempenho de determinadas tarefas desenvolvimentais, como acontece no primeiro ano de vida uma vez que os medos se relacionam com a presença de figuras estranhas e com a separação das figuras de vínculo. Assim, as crianças demonstram comportamentos de evitação ou alarme a estas figuras, podendo este comportamento ser positivo. Outro medo que pode ser facilitador e protector é o medo das alturas, presente na fase de desenvolvimento da locomoção (Baptista, 2000).

Por fim, sabendo que todas as crianças experimentam medo durante o seu desenvolvimento, estes apresentam-se, na literatura, designados por medos desenvolvimentais (Ollendick, Langley, Jones & Kephart, 2001; Ollendick, King & Muris, 2002; Broeren & Muris, 2009). O conhecimento dos medos normais ou desenvolvimentais revela a sua utilidade quando se pretende perceber se o medo é adaptativo e normal ou psicopatológico e clínico. Uma ansiedade na fase pré-escolar da infância poderá ser avaliada como uma expressão clínica na fase escolar (Silva, 2003).

Não existe uma lista exaustiva e descritiva de todos os medos desenvolvimentais, no entanto são muitos os investigadores que tentam acordar uma classificação universal. Sabendo que as emoções se encontram em mudanças constantes e tendo em conta que estas dependem do ritmo de cada criança, não é uma tarefa fácil definir os medos desenvolvimentais e a idade em que estes surgem (Edward Coburn, 2004). Pode referir-se que os medos apresentados por investigações passadas diferem significativamente dos medos identificados na actualidade (Gullone & King, 1992; Shore & Rapport, 1998 cit in Burnham, 2009). Independentemente, do sistema de classificação, um grande número de estudos apresenta uma forte consistência no que diz respeito às idades em que se iniciam, mantêm e diminuem os medos (Baptista, 2000).

A Tabela 1 apresenta algumas das classificações mais utilizadas na investigação e na prática clínica, com crianças.

Tabela 1.
Medos desenvolvimentais segundo várias concepções teóricas.

Autor (es)	Medos desenvolvimentais	Idade
Adler (1994)	Medo de crimes Medo da pobreza Medo do divórcio dos pais Medo da fome existente no mundo Medo da morte Medo de ferimentos Medo de ficar sozinho em casa	Não específica
Marks & Sadín (1997)	Ruídos, Alturas, Pessoas e objectos estranhos, Separação das figuras de vínculo.	Zero aos doze meses
	Tempestades naturais, Animais pequenos	Um ano aos dois anos e meio
	Escuro, Animais em geral, Ficar sozinho, Seres imaginários	Dois anos e meio aos seis anos
	Acontecimentos sobrenaturais, Feridas, Sofrimento físico, Saúde, Morte, Aspectos escolares	Dos seis aos onze anos
	Relacionamentos interpessoais, Auto-imagem	Dos onze anos treze anos
	Sexualidade	Dos treze aos dezoito anos
Edward Coburn (2004)	Medo de cair, Ruídos altos	Recém-nascidos
	Medo de estranhos	Três meses aos três anos

	Medo de separação dos pais, medo de animais grandes, escuro, máscaras e acontecimentos sobrenaturais	Idade pré-escolar
	Medo de morte na família, medo de insucesso escolar, medo de guerras, medo de ataques terroristas, medo de sequestro.	Idade escolar
	Medo relacionado com temáticas sexuais, medos sociais, medo do futuro e do mundo.	Adolescência
Ollendick & King (1989)	Medo do desconhecido Medo de animais Medo do perigo, morte e ferimentos Medo relacionado com actos médicos Medo de falhar e da crítica	Contínuo: da infância à adolescência

1.2.2.1 Aquisição e desenvolvimento dos medos: modelos explicativos

No que respeita ao desenvolvimento dos medos, reconhece-se a existência de um número significativo de modelos explicativos. Gullone (1996), afirma a existência de 100 estudos que examinam o desenvolvimento do medo (Burnham, Schaefer & Giesen, 2006).

Quanto ao surgimento do medo, pode referir-se que os seus sinais são praticamente inexistentes antes dos seis meses de vida. Posteriormente a esta idade emergem um conjunto de medos específicos que poderão corresponder aos diferentes estádios desenvolvimentais (Soares, 2000). É clinicamente aceitável referir que os medos da infância são comuns e que ocorrem mudanças sistemáticas ao longo do desenvolvimento (Ollendick, Langley, Jones & Kephart, 2001; Ollendick, King & Muris, 2002; Broeren & Muris, 2009). Este facto permite acentuar a perspectiva desenvolvimental como principal explicação que propõe uma continuidade temporal da resposta ansiosa, sendo que as diferenças manifestadas nos diversos períodos de desenvolvimento dependem da própria função da ansiedade nesses mesmos períodos (Baptista, 2000).

Um outro modelo explicativo, o Modelo Multifactorial proposto por Muris, Merckelbach, Jong e Ollendick, encontra a sua fundamentação na existência de um contínuo entre o desenvolvimento de medos normais e fobias específicas durante a infância. Para além desta ideia, o modelo assenta ainda em quatro pressupostos. O primeiro pressuposto refere que a maioria das crianças apresenta medos normais que tendem a desaparecer de acordo com o tempo. O segundo pressuposto menciona que uma minoria das crianças apresenta vulnerabilidade genética face ao desenvolvimento dos medos desadaptativos. No que respeita a este pressuposto, estudos comportamentais genéticos, realizados com gémeos mono e dizigóticos, verificaram que os medos eram similares apenas no primeiro tipo de gémeos. Taylor (1998), distinguiu dois tipos de influências genéticas, que podem contribuir para o desenvolvimento dos medos sendo eles o factor genético geral e o factor genético específico. O primeiro factor contribui para a vulnerabilidade da criança face a uma ampla e vasta gama de medos fóbicos enquanto, o segundo factor contribui para a predisposição da criança face a medos mais específicos. Assim, o terceiro pressuposto do modelo declara que a vulnerabilidade genética é manifestada através de determinados comportamentos padronizados. O quarto e último pressuposto assegura que os factores ambientais interagem com os medos desenvolvimentais e com a vulnerabilidade genética, produzindo assim medos persistentes que podem culminar em fobias específicas. No caso de existir uma fobia específica, esta poderá ser mantida devido às distorções cognitivas. Existem, de facto predisposições cognitivas que promovem a manutenção do medo. Estudos têm demonstrado que a hiper-atenção a estímulos fóbicos constitui um factor potencial para o desenvolvimento destes. Os autores não conferem ao seu modelo todos os méritos de um modelo científico mas encaram-no como o princípio de uma longa investigação e compreensão da etiologia dos medos, sendo necessários mais estudos longitudinais acerca do tema (Muris, Merckelbach, Jong & Ollendick, 2002)

A teoria evolutiva das emoções, considera o medo uma propriedade que emerge e se desenvolve porque produz benefícios ou soluciona problemas inerentes ao bem-estar e à sobrevivência humana (Baptista, 2000). De acordo com esta perspectiva, o medo faz parte do evoluído repertório comportamental humano perante situações de perigo iminente e ameaça (Waters, Lipp & Spence, 2008) e desenvolvem-se de acordo com as tarefas evolutivas e desenvolvimentais específicas de cada estágio (Baptista, 2000).

Rachman (1977), realçou diversos factores ambientais como preponderantes no desenvolvimento dos medos sendo eles a experiência própria, a modelagem e transmissão de informação negativa (Field & Storksen-Coulson, 2007). A experiência funciona de acordo com as leis do condicionamento, ou seja, através da associação entre acontecimentos aversivos e situações previamente neutras que passam a desencadear o medo e a ansiedade. Segundo a modelagem, o medo desenvolve-se através da observação de comportamentos de medo e de pessoas significativas e por último, a transmissão de informação negativa é na maioria das vezes difundida por fontes próximas como familiares, amigos, meios de comunicação e até os próprios costumes e crenças de uma sociedade. A informação transmitida leva à aquisição de

expectativas que irá mediar as experiências e o condicionamento negativo (Field & Storksen-Coulson, 2007).

Embora exista um apoio considerável à contribuição individual dos percursos propostos por Rachman para o desenvolvimento do medo, eles não operam isoladamente. Como tal, uma situação de experiência própria e directa com um estímulo negativo combinada com informações negativas sobre esse mesmo estímulo apresentam um efeito maior na aquisição do medo. Embora seja plausível que os três factores propostos por Rachman contribuam para a aquisição de medo em crianças de todas as idades, é certo que outras experiências de aprendizagem são relevantes. Referente a este assunto apresenta-se o trabalho de Chorpita e Barlow (1998). Os autores sugerem que as primeiras experiências e eventos de vida negativos e incontroláveis podem corresponder a um caminho primário para o desenvolvimento do medo e da ansiedade. Assim, conhecendo a relação entre eventos de vida negativos e níveis elevados de medo, pode ser importante explorar como as crianças explicam esses acontecimentos. De acordo com alguma literatura, as crianças expressam um estilo atribucional negativo, isto é, atribuições internas, estáveis e globais para os eventos negativos, mas atribuições externas, instáveis e específicas para eventos positivos (Ollendick, Langley, Jones & Kephart, 2001; Muris, Merckelbach, Jong & Ollendick, 2002).

Relativamente às práticas educativas parentais, sabe-se que um controle parental desadequado - excessivo ou demasiado permissivo - poderá levar a uma transformação dos medos desenvolvimentais a medos patológicos (Baptista, 2000; Ollendick, Langley, Jones & Kephart, 2001; Muris, Merckelbach, Jong & Ollendick, 2002). A forma como os pais, ou pessoas significativas, lidam com os medos das crianças exercerá também uma grande influência na evolução dos mesmos. Pais que assumem práticas baseadas no conforto, na compreensão e que se disponibilizam a ouvir os filhos, ajudam-nos a lidar com os seus medos. Por outro lado, pais que super-protegem os filhos de uma forma ansiosa e atemorizada (Odriozola, 2011) de perigos reais acabam por privá-los de vivenciar situações de aprendizagem, dificultando a aquisição de competências para lidar com situações futuras. Estas práticas parentais face à expressão de medo das crianças tornam-nas mais vulneráveis ao desenvolvimento de medos patológicos (Mansell, 2008).

Alguma literatura assegura que pais e mães desempenham funções diferentes no processo de desenvolvimento dos medos. Enquanto as mães exibem mais comportamentos e atitudes de protecção perante os filhos, os pais acabam por inculcar nos mesmos ideias e atitudes de confronto perante as situações que lhes provocam ansiedade (Muris & Rijke, 2010).

Seguindo esta linha de investigação, Bogels, Van Dongen & Muris (2003) e Cobham (1998), desenvolveram estudos acerca da influência da ansiedade dos pais nos medos das crianças. Estes estudos apresentaram como resultados o facto de a ansiedade ser transmitida pelas figuras paternas, através do processo de modelagem das respostas de medo ou através das interpretações disfuncionais dos próprios pais perante as situações ou estímulos. Assim, de forma geral, as principais conclusões dos estudos foram as seguintes: as interpretações negativas das crianças encontram-se relacionadas com o nível de ansiedade dos pais, as

interpretações negativas que as crianças apresentam face a situações ambíguas são substancialmente relacionadas com os relatos de ansiedade das mães, as interpretações negativas das crianças encontram-se moderadamente relacionadas com as atribuições negativas dos pais para com a própria criança e ainda que as interpretações negativas das crianças diminuem significativamente, após uma discussão de ideias com os pais (Bogels, Van Dongen & Muris, 2003).

Tem crescido de uma forma significativa o interesse pelos processos cognitivos que se encontram subjacentes aos medos da infância e da adolescência. A interpretação que se faz do objecto ameaçador encontra-se, na maioria dos casos, enviesada pela condição ansiosa da criança. Embora não haja provas suficientes de que as crianças ansiosas apresentam um enviesamento na interpretação das ameaças, são vários os estudos que demonstram que crianças confrontadas com situações ambíguas ou pouco ameaçadoras interpretam os estímulos de uma forma disfuncional (Bogels, Van Dongen & Muris, 2003; Broeren & Muris, 2009).

Do ponto de vista cognitivo, a principal função do medo é a avaliação das ameaças e das competências individuais para lidar com as mesmas (Soares, 2000). Segundo o Modelo de Vulnerabilidade Cognitiva, o que determina directamente o medo é a percepção da existência de um estímulo incontrolável, imprevisível e perigoso. Este modelo justifica a distribuição desigual do medo, dentro de uma população, como sendo uma consequência directa das diferentes percepções de incontrolabilidade, imprevisibilidade e perigosidade, dos estímulos ou de situações específicas (Armfiel, 2007). Owen (1998), afirma que as alterações do conteúdo dos medos das crianças se relacionam com o seu crescimento paralelo ao desenvolvimento cognitivo, perceptivo e emocional (Meltzer, Vostanis, Dogra, Ford & Goodman, 2008). A maturidade emocional pressupõe que o desenvolvimento das capacidades cognitivas e motoras e as experiências de aprendizagem estão responsáveis pelas mudanças e desaparecimento dos medos (Odriozola, 2001).

Bauer (1980), assume também a existência de uma relação entre alterações de conteúdo nos medos das crianças e mudanças cognitivas que permitem passar do concreto para o abstracto. O mesmo autor postula que o desenvolvimento da compreensão acerca do espaço, tempo e causalidade se correlaciona ao desenvolvimento dos medos de morte e de separação. Revelaram ainda que com o aumento dos níveis de habilidades cognitivas, as crianças tornam-se mais capazes de desenvolver pensamentos acerca dos seus medos (Broeren & Muris, 2009).

O medo pode ser compreendido através de um ciclo de desenvolvimento natural, caracterizado por diversas etapas (Mansell, 2008). Na Tabela 2 são apresentadas as etapas bem como, as funções que cada uma exerce no desenvolvimento do medo.

Tabela 2.
Fases de desenvolvimento do medo.

Fase de desenvolvimento	Funções específicas
Detectar	Alteração de nível corporal ou mental
Interpretar	Compreender a alteração
Resposta	Reacção corporal
Respostas fisiológicas	Taquicardia
Optimização da fuga ao perigo	Processo de fuga

Na primeira fase o sujeito detecta alguma alteração que pode ocorrer no mundo exterior, a nível corporal ou mental. Quando ocorre esta detecção a atenção é direccionada para a alteração percebida. Passada esta fase, o que ocorre depois é tentar perceber o que realmente aconteceu e compreender essa alteração. Esta interpretação pode ocorrer em segundos e termina, na maioria das vezes, em sensações de medo. As investigações têm demonstrado que pessoas com fobias ou mais propensas ao seu desenvolvimento encontram explicações de natureza mais ameaçadora para clarificar os acontecimentos. Seguidamente encontra-se a fase denominada por resposta, sabe-se que após a interpretação do perigo é desencadeada uma reacção corporal que prepara os indivíduos para a fuga. A forma como o organismo executa todo este processo, advém de um químico denominado por adrenalina e provoca diversas reacções no organismo como taquicardia, respiração mais ofegante, sentidos mais apurados e menos sangue no estômago. O sangue é desviado para partes do corpo mais importantes no processo de fuga como os músculos de forma a oxigená-los mais (Mansell, 2008).

Em forma de conclusão, pode referir-se que os vários modelos explicativos integrados apresentam um maior poder explicativo face ao desenvolvimento dos medos, no período da infância. Pode afirmar-se que o conjunto de medos que as crianças vão aprendendo, são integrados através da própria experiência, da observação da experiência dos outros, das suas consequências negativas e da informação que lhes é transmitida pelos seus significativos. A herança cultural é transmitida de geração em geração e refere-se à educação, ao que se espera em função do género, às regras que determinam os comportamentos, os recursos disponíveis na sociedade, a forma de vestir, as crenças orientadoras, entre outros (Rodríguez, 2001). As reacções actuais são consequência de inúmeros ensaios prévios dos nossos antepassados para enfrentar situações de perigo (Meltzer, Vostanis, Dogra, Ford & Goodman, 2008).

1.2.2.2 Influência das variáveis sócio-demográficas no desenvolvimento do medo

De acordo com os numerosos estudos realizados ao longo dos últimos sessenta anos, sabe-se que os medos variam significativamente de acordo com variáveis individuais, familiares e sociais (Fonseca, 1993). Embora apresentem grande relevância nos estudos, é certo que existe alguma inconsistência nos resultados das investigações.

No que diz respeito à variável idade, embora não de uma forma clara, os estudos proferem que há uma tendência natural para a diminuição da quantidade e intensidade de medos ao

longo dos anos. Na infância, as crianças são, geralmente, bastante sensíveis aos estímulos ambientais imediatos. Com o aumento da idade, os medos das crianças apontam para a ausência de medos de natureza imaginária, centrando-se em medos relacionados com antecipação de acontecimentos futuros (Gullone, 2000).

A maioria dos investigadores tem demonstrado algum nível de concordância quando a questão colocada é a relação entre o conteúdo dos sonhos infantis e a idade. Durante os primeiros anos de vida, os medos prevalentes são os medos de animais, do escuro e de seres imaginários e estão relacionados com o que as crianças sonham. A maior parte destes medos são resultado da atribuição de características animistas e psicológicas e acontecimentos de natureza física (Joyce-Moniz, 1993; Gullone, 1999, 2000). Com o avançar da idade os sonhos passam a estar directamente relacionados com a vida social, situações sociais e problemas do quotidiano, alterando assim a sua natureza (Rodríguez, 2001; Meltzer, Vostanis, Dogra, Ford & Goodman, 2008).

Por volta do primeiro ano de idade surge o medo de pessoas e objectos estranhos e consequentemente o medo de separação de figuras de vínculo e ainda o medo de animais. Por volta dos dois anos surge o medo do escuro, de estar sozinho e de animais. Entre os seis e os doze anos de idade, os medos mais prevalentes dizem respeito ao medo de avaliação social, lesões, ferimentos corporais e doença (Gullone, 2000). Segundo Ollendick e King (1989) é na fase da adolescência que prevalecem os medos relacionados com o perigo e a morte que pode prolongar-se para toda a vida (Burnham, Schaefer & Giesen, 2006)

A idade escolar representa apenas uma designação, não específica, de um período da infância, no entanto, e com algum acordo entre autores, o período escolar corresponde a uma faixa etária compreendida entre os cinco/seis e os onze/doze anos em que a escola constitui a experiência central desta fase. A grande maioria das crianças que inicia a escola, acarreta um vasto leque de competências e capacidades bastante desenvolvidas no entanto, a adaptação a este meio depende de cada criança, do seu desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental (Combrinck-Graham, 1995, Papalia, Olds & Feldman, 2001).

Durante os anos escolares, o desenvolvimento cognitivo permite às crianças centrar o seu pensamento de uma forma mais analítica. Por volta dos sete anos de idade, as crianças entram num estágio de desenvolvimento cognitivo denominado por estágio das operações concretas (Papalia, Olds & Feldman, 2003; Papalia, Olds & Feldman, 2001). De acordo com este pensamento, as crianças obtêm um raciocínio lógico acerca das coisas e dos acontecimentos ocorridos porque podem considerar mais aspectos de uma situação ao invés de se centrarem apenas num dos aspectos (Combrinck-Graham, 1995; Berger & Thompson, 1997; Papalia, Olds & Feldman, 2001).

No que diz respeito aos medos, sabe-se que nos primeiros anos escolares ou a partir dos sete anos de idade, este inicia-se como uma emoção real. Nesta fase do desenvolvimento as crianças começam a desenvolver a capacidade de separar o real da fantasia (Kushnir & Sadeh, 2010). Os anos escolares coincidem com o surgimento de medos relacionados com fenómenos sobrenaturais, falhas e críticas, e lesões corporais (Gullone, 2000).

Respeitante ao género, a literatura refere que existe uma maior prevalência de medos no género feminino, não existindo explicações exactas para justificar este facto, no entanto a interacção entre variáveis biológicas e culturais poderá usufruir de algum poder explicativo perante esta diferença. As experiências de socialização podem contribuir significativamente para a diferença encontrada entre os dois géneros, uma vez que as crianças do sexo feminino apresentam uma maior liberdade social para exprimir o que sentem. Esta ideia assenta na existência de padrões sociais e culturais relativamente aos comportamentos, características e habilidades correspondentes ao género feminino e masculino (Odriozola, 2001; Rodríguez, 2001; Meltzer, Vostanis, Dogra, Ford & Goodman, 2008; Muris & Rijkee, 2010).

Um estudo realizado por Gullone e King, através da aplicação do FSSC-R, permitiu publicar resultados concordantes com a ideia acima apresentada. Os resultados remetiam para o facto de as raparigas apresentarem pontuações significativamente mais elevadas nas cinco dimensões do instrumento. Os itens que mais diferiram estavam relacionados com aranhas, cobras, ratos, estar sozinho e ter pesadelos (Gullone, 2000).

Quanto aos factores relacionados com variáveis familiares e ambientais, sabe-se que a estrutura e o funcionamento familiar modelam as primeiras experiências vividas e que estas se encontram na base do desenvolvimento dos medos, durante a infância. A forma como a família encara o surgimento do sentimento de individualidade da criança desempenha um papel preponderante, segundo os teóricos comportamentais, na aquisição e desenvolvimento dos medos (Marcelli, 2005). Estudos têm demonstrado ainda que eventos de vida negativos, tais como o divórcio dos pais ou morte de familiares constituem factores significativos para o desenvolvimento do medo (Baptista, 2000; Ollendick, Langley, Jones & Kephart, 2001; Muris, Merckelbach, Jong & Ollendick, 2002).

1.3 Duração do medo

Como já foi referido anteriormente, os medos desenvolvimentais, ou normais, apresentam uma duração relativamente curta.

Jersil & Holmes, referiram que os medos normais em crianças com idades compreendidas entre os dois e os seis anos apresentam diminuições significativas dos mesmos, após alguns meses depois. Esta diminuição encontra-se entre os treze e os trinta e cinco meses após o início do medo. Cummings, apresenta também a sua ideia perante a questão da durabilidade dos medos. Segundo um estudo deste autor, as crianças mais novas tendem a apresentar um maior declínio do medo comparativamente a crianças mais velhas (Gullone, 2000).

Dong, Xia, Lin, Yang and Ollendick (1995), investigaram a instabilidade dos medos normais em 492 crianças com idades compreendidas entre os sete e os dezassete anos de idade. Suportados pelos dados obtidos no FSSC-R, os autores do estudo referem que os medos relativo aos cinco factores, que compõem o instrumento, diminuem significativamente, ao longo do tempo. Por último, e segundo Gullone & King (1997), a diminuição dos medos é mais acentuada entre os sete e os dez anos de idade. A partir dos onze anos os autores afirmam a

existência de um elevado grau de estabilidade nos medos tidos como normais para a mesma idade, exceptuando os medos relacionados com actos médicos (Gullone, 2000).

Retira-se como principal conclusão, a ideia de que a diminuição dos medos é mais acentuada em crianças mais novas e que por volta dos onze anos de idade é evidente um certo grau de estabilidade. Este facto parece aplicar-se a todos os medos que constituem o FSSC-R, exceptuando o medo relacionado com actos médicos (Gullone, 2000).

Perante todos os dados acima apresentados, as explicações para a diminuição dos medos remetem para o aumento da idade e consequentemente da maturidade das crianças.

1.4 Medos contemporâneos

As preocupações e medos das crianças e adolescentes têm sido uma constante na investigação científica. É do conhecimento geral e científico que as crianças e adolescentes da geração actual são constantemente expostas a informações preocupantes sobre as mais diversas temáticas, no entanto, muito pouca é a informação disponível acerca de como as crianças e jovens interpretam essas informações e as incorporam no quotidiano.

Com o objectivo de identificar os medos actuais e de realizar avaliações mais precisas, os instrumentos de avaliação têm sido sujeitos a alterações (Burnham, 2005).

Um dos instrumentos que tem sofrido várias alterações e adaptações, ao longo dos anos, diz respeito ao *Fear Survey Schedule for Childrens-Revised* (FSSC-R). Segundo Burnham (1995, 2000), as adaptações decorrem da necessidade de adaptar os instrumentos à modificação dos medos das crianças. O mesmo autor procedeu à adaptação do *Fear Survey Schedule for Children and Adolescents-II* (FSSC-II) à população americana, adicionando vinte novos medos, designados por medos contemporâneos que reflectem preocupações recentes e características do século XXI. O medo de ser raptado, conduzir com tiros, ter que lutar na guerra, engravidar ou a namorada engravidar, ter um acidente de carro, tiroteio, afogar-se, ir para a cadeia, ataques terroristas, cultos satânicos/voodoo, pessoas com armas de fogo ou facas, *gangs*, violência perto de casa, ser pobre, crime, os pais perderem o emprego, medo de falhar e não ser bem sucedido, motins, roubos, não ter dinheiro são alguns dos medos que reflectem as novas preocupações das crianças, especialmente na cultura americana (Burnham, 2006). Perante a importância da cultura na nomeação de novos medos, o FSSC-II passou a ser denominado, na América, por FSSC-AM - *American Fear Survey Schedule for Children* (Burnham, Schaefer & Giesen, 2006).

Os *itens* adicionados, relativos aos medos contemporâneos, foram correlacionados com os cinco factores presentes nas versões anteriores do instrumento. Os resultados indicaram que quinze dos vinte medos apresentaram uma elevada correlação com o medo do perigo, morte e ferimentos. Os restantes medos apresentam correlações mais elevadas como o medo de falhar e da crítica e ainda com uma nova dimensão relacionada com questões escolares (Burnham, 2005 & Burnham, Schaefer & Giesen, 2006).

Tal como para os medos já existentes, também para os medos contemporâneos não existe uma lista exaustiva que determine os mais prevalentes no século XXI. As principais causas do surgimento de novos medos dizem respeito à exposição frequente, por parte dos *media*, de temáticas preocupantes, a que as crianças assistem com regularidade, e a alterações constantes na estrutura e funcionalidade da sociedade (Burnham, 2009). Para avaliar e confirmar o impacto dos acontecimentos, no relato de novos medos, foi realizado um estudo com crianças que nasceram antes do 11 de Setembro de 2001, e crianças que nasceram após essa data. Burnham, referiu a existência de diferenças significativas no relato de medos dos dois grupos de crianças (Burnham, 2005).

A frequente exposição aos meios de comunicação, principalmente à televisão, tem contribuído para o aumento do medo em crianças, nas últimas décadas. Jersild e Holmes (1935), revelam que antes do acesso universal à televisão, os principais medos reportavam para acontecimentos referentes a filmes, livros, histórias contadas ou até programas de rádio. Respeitante às mudanças sociais, afirma-se que estas sejam a terceira principal causa de medos contemporâneos. Adler (1994), procedeu à categorização das mudanças sociais que influenciam o desenvolvimento das crianças. As principais categorias deste autor são as mudanças na dinâmica familiar (e.g. divórcios, famílias monoparentais, maior investimento das mulheres no campo profissional) e influências externas (e.g. aumento significativos no relato da violência, do abuso sexual, crimes violentos, crises políticas e governamentais) (Burnham, 2009). No contexto escolar pode salientar-se a violência escolar directa (*bulliying*) e a violência indirecta através de meios de comunicação (*cyberbulliying*) (Burnham, 2006, 2009; Henker, Whalen & O'Neil, 1995).

Capítulo II - Auto-conceito Infantil

2.1 Auto-conceito: Definição

Do ponto de vista histórico a investigação na área do auto-conceito iniciou-se através do interesse de filósofos, teólogos e profissionais não relacionados com a Psicologia. Por volta dos anos quarenta este conceito surge como um tópico essencial no domínio da Psicologia e da Sociologia. William James (1980) e Harry Sullivan (1953) são referenciados como os primeiros autores a analisar este conceito sob o ponto de vista da Psicologia (Simões, 2001; Neto, 1998). A crescente preocupação dos investigadores em relação ao auto-conceito, permitiu alargar o conhecimento científico deste constructo relacionando-o com outras variáveis e levando, posteriormente, à construção de instrumentos que permitam a sua avaliação (Faria, 2005; Simões, 2001).

Segundo Gottfredson (1985), o auto-conceito consiste numa constelação de percepções e avaliações de si próprio tendo por isso duas dimensões, a identidade do indivíduo e a auto-estima. A primeira diz respeito ao conteúdo das auto-percepções e a segunda a auto-avaliações e emoções (Oliveira, 2007).

Faria e Fontaine (1990), descrevem o auto-conceito como sendo a percepção que o indivíduo tem de si mesmo e o conjunto de sentimentos, conhecimentos, atitudes, aparência e aceitabilidade das próprias características e capacidades (Martins, 2005).

Piers-Harris, define o constructo como sendo um conjunto de atitudes relativamente estáveis que reflectem a forma como o indivíduo se vê e a forma como ele se avalia (Butler & Gasson, 2005).

Por sua vez, Burns (1986), refere-se ao auto-conceito como a imagem do que pensamos que somos, do que podemos ser, do que podemos seguir e do que os outros pensam de nós. Para Laurence (1987), o auto-conceito diz respeito à soma das características mentais e físicas do ser humano, como as características cognitivas (pensamento), afectivas (sentimentos) e comportamentais (acção). Segundo Hattie (1992), todos os aspectos anteriormente enunciados são constituintes essenciais do auto-conceito e demonstram a capacidade de cada indivíduo em realizar uma auto-análise através da observação dos próprios comportamentos e dos comportamentos dos outros (Martins, 2005).

Na opinião de Vaz Serra, o auto-conceito refere-se à percepção que o indivíduo constrói de si próprio nos mais diversos contextos e papéis que assume e desempenha na sua vida, sejam eles de natureza social, emocional, física ou académica. Segundo o autor, é um constructo que integra múltiplas dimensões, conduzindo ao reconhecimento da identidade pessoal e coerência do comportamento, independentemente da influência do meio (Silva, 2009).

O auto-conceito é então definido como um sistema complexo e dinâmico de crenças a respeito de si mesmo sendo também referenciado como o conteúdo da consciência que está relacionada com a parte conhecida do *self* - “eu”. Comumente, e independente das teorias e autores que ditam o auto-conceito, este, diz respeito à imagem que temos de nós próprios e ao que acreditamos ser. O auto-conceito tem por base uma estrutura cognitiva caracterizada por emoções, comportamentos e um sistema de representações auto-descritivas e auto-

avaliativas. São estas as componentes que determinam o modo como nos sentimos acerca de nos próprios (Neto, 1998; Papalia, Olds & Feldman, 2001).

2.2 Componentes e dimensões do auto-conceito

São múltiplos os componentes que fazem parte do auto-conceito. Segundo William James (1980), o auto-conceito é formado por dois componentes básicos os pensamentos e as crenças que possuímos acerca de nos próprios. Estas crenças encontram-se dispostas em esquemas construídos pela própria pessoa, organizam tudo aquilo que conhecemos, pensamos e sentimos acerca de nós próprios e influenciam o modo como vemos o mundo e como retemos informação acerca do que vivemos e experienciamos. (Neto, 1998).

Shavelson, Hubner & Stanton (1976), afirmam que o auto-conceito apresenta sete componentes na sua constituição, uma vez que é organizado, estruturado, multifacetado, apresenta-se de forma hierárquica, é estável, possui um carácter desenvolvimental, é avaliativo e diferenciável. A estrutura e organização relacionam-se com a capacidade do indivíduo em organizar as experiências e em categorizá-las, fornecendo-lhes assim um sentido e significado. Tendo em conta que as experiências constituem diversas facetas específicas do conceito de si mesmo. Os autores identificam ainda um modelo hierarquizado para o auto-conceito, sendo que no topo da hierarquia se situa o auto-conceito global, considerado o mais estável, e de forma descendente se vão estruturando dimensões menos estáveis, como o auto-conceito académico, social, físico, social e emocional. Tendo em conta a variável idade e o processo desenvolvimental, o auto-conceito vai sendo modificado e alterado tanto na sua estrutura como na sua organização. Com o avançar da idade, aumenta também a capacidade de substituir as categorias mais gerais e indiferenciadas, utilizadas para a auto-descrição e auto-avaliação, por categorias mais específicas e bem definidas (Martins, 2005).

Para além das múltiplas definições existentes do auto-conceito, também o carácter unidimensional ou multidimensional do constructo tem levantado algumas divergências entre autores. Piers-Harris, na sua teoria inicial apresentava o conceito como unidimensional, tendo posteriormente assumido uma posição teórica multidimensional, sendo esta posição ilustrada pelas seis dimensões presentes na sua escala de avaliação do auto-conceito. Tal como Piers-Harris, Rosenberg (1965), Bracken (1992) e Harter (1985), partilham da sua linha teórica (Butler & Gasson, 2005). A perspectiva unidimensional é fortemente defendida por Rogers, partindo da concepção de que as experiências são vividas tendo em conta a concepção da pessoa como um todo. Por outro lado, a perspectiva multidimensional assenta na ideia de que o auto-conceito se encontra dividido em três componentes, o *self* real (o que somos), o *self* ideal (o que gostaríamos de ser) e o *self* moral (o que deveríamos ser). O termo multidimensional é também aplicável pela diversidade de contextos em que o indivíduo actua e desempenha diferentes tarefas, levando à composição de diferentes cognições acerca de si próprio e do seu desempenho (Martins, 2005).

Consideram-se, essencialmente, dois períodos fundamentais na formação do auto-conceito: a infância e a adolescência (Simões, 2001).

2.3 Auto-conceito infantil

A actividade social da criança desenvolve-se no espaço e no tempo perante uma realidade material e interpessoal que lhe permite estabelecer uma relação recíproca, onde as pessoas são capazes de se descentrar de si mesmo se colocar-se no lugar dos outros (Alarcão, 1991 cit in Simões, Rodrigues, Esgalhado & Guimarães, 2008). A relação estabelecida entre o Eu e o Outro pressupõe que o Eu se conheça e se identifique consigo próprio mas se diferencie do outro (Simões, Rodrigues, Esgalhado & Guimarães, 2008). A integração e a diferenciação fazem parte de duas componentes essenciais para o desenvolvimento social da criança. A integração é um processo fundamental para que a criança cresça integrada na sociedade e desenvolva competências sociais. No que respeita à diferenciação, este processo remete para a importância de a criança se diferenciar dos outros elementos que constituem a sociedade e o seu espaço relacional (Simões, 1997).

Harter (1999), refere que a possibilidade de a criança conseguir uma auto-representação e uma auto-caracterização enquanto pessoa, implica que do ponto de vista cognitivo consiga elaborar categorizações e definições de ordem dita superior (Peixoto, 2003). Assim, com o aumento da idade e das capacidades cognitivas, espera-se que as ideias e concepções sobre si próprio se vão alterando e complexificando (Papalia, Olds & Feldman, 2001). O autor afirma que as auto-descrições das crianças mais novas são caracterizadas por alguma falta de organização, baseando-se quase exclusivamente em características observáveis e concretas de si própria. As auto-descrições das crianças mais pequenas caracterizam-se, também, por serem extremamente positivas em todas as dimensões avaliadas (Peixoto, 2003).

2.3.1 Formação e desenvolvimento do auto-conceito

A formação do auto-conceito é considerada um processo lento e dependente da reacção e atitudes dos pais e de pessoas significativas ao comportamento inicial da criança (Silva, 2006).

A influência das nossas experiências, nos vários contextos de vida, as interpretações que os indivíduos fazem das mesmas, as avaliações que os outros fazem do nosso comportamento e as atribuições causais, elaboradas face a esses mesmos comportamentos, dizem respeito a factores preponderantes na construção do auto-conceito (Faria, 2005 & Martins, 2005).

Outras variáveis que influenciam o desenvolvimento do auto-conceito dizem respeito ao próprio desenvolvimento cognitivo, aos factores ambientais e sociais. O desenvolvimento cognitivo actua directamente no desenvolvimento do auto-conceito, pois a representação que cada indivíduo faz de si próprio depende da capacidade do mesmo para perceber e reconhecer o que é real e o que é imaginário. O reconhecimento e entendimento de si mesmo dependem das estruturas cognitivas individuais. No que respeita às variáveis sociais ou

ambientais, sabe-se que estas determinam desenvolvimento do auto-conceito em vários aspectos. A informação disponível do ponto de vista cultural e social torna-se cada vez mais acessível com o avançar da idade e com o desenvolvimento cognitivo. Para além deste facto, as interacções sociais e a partilha de informação constituem um importante factor para o desenvolvimento do auto-conceito. Sabe-se que na cultura ocidental a concepção de pessoa é mais direccionada para as necessidades, desejos e vontades individuais e nas culturas orientais, a concepção de pessoa centra-se na relação social, ou seja, concebe a ideia de que o comportamento e imagem de cada pessoa são mediados pelo que o indivíduo identifica como pensamentos, sentimentos e acções dos outros nas relações sociais estabelecidas. Para além deste aspecto, a comparação social apresenta-se como outra forma de influência social na formação e desenvolvimento do auto-conceito porque as auto-avaliações são elaboradas através de determinados grupos de referência, que fornecem bases comparativas para a avaliação de si mesmo. Este processo de comparação leva a que o auto-conceito possa diferir em função dos contextos em que o indivíduo se insere. Perante este facto, alguns autores acreditam que a mesma pessoa poderá apresentar diferenças no auto-conceito, embora que não elevadas, de acordo com a pertença a diferentes grupos de referência (Peixoto, 2003).

Em suma, pode afirmar-se que o desenvolvimento do auto-conceito só poderá ser completamente entendido através de um paradigma que contemple, simultaneamente, a influência dos factores sociais e cognitivos, uma vez que ambos condicionam o desenvolvimento das representações que cada pessoa tem acerca de si próprio (Oliveira, 2007).

A experiência pessoal do EU vai também adquirindo importância através do processo de separação, em relação aos outros e isto implica uma auto-avaliação emocional, física e cognitiva e o estabelecimento de uma identidade estável. Tanto a separação como a identidade estável representam dois aspectos básicos do auto-conhecimento. De acordo com o modelo do desenvolvimento, a auto-compreensão surge como a interacção entre o *Eu-sujeito*, constituído pelo Eu físico, Eu activo, Eu social e o Eu psicológico, e o *Eu-objecto* formado por características materiais (bens, corpo e família), características espirituais (estados de consciência e faculdades psíquicas) e características sociais (papéis, relações interpessoais e personalidade). Esta interacção interfere na compreensão crescente da continuidade, distinção, vontade, auto-reflexão, compreensão que ocorre devido a um progresso qualitativo gradual tendo como variáveis as dimensões do *Eu* e a idade (Simões, 2001; Faria, 2005).

Por fim, pode afirmar-se que a formação do auto-conceito diz respeito a um processo interpessoal, sendo também influenciado pelos comportamentos, sentimentos e pensamentos dos outros. É através do *feedback* social que o indivíduo confirma, ou não, a ideia de si mesmo (Martins, 2005).

2.3.2 Influência das variáveis sócio-demográficas na formação do auto-conceito

Num artigo de revisão, na década de setenta, Wylie refere que os resultados entre a variável género e a auto-avaliação são fortemente díspares, não sendo possível chegar a qualquer conclusão. Hattie (1992), baseando-se numa meta-análise sobre 77 estudos, refere a existência de diferenças que acabam por favorecer os sujeitos do sexo masculino, no entanto o autor alega que a diferença é muito pequena, pelo que a conclusão a retirar deverá ser a da inexistência de diferenças no auto-conceito global relativamente à variável género. Também os estudos realizados em Portugal têm demonstrado esta inexistência. Deste modo, é possível concluir que a variável género produz um impacto diminuto nas avaliações globais que o indivíduo realiza sobre si próprio. A avaliação multidimensional do constructo permitiu verificar a existência de diferenças nas dimensões do auto-conceito. A maioria das conclusões remete para uma interpretação baseada nos estereótipos sexuais, no entanto os estudos dividem-se na apresentação de resultados mais positivos. Na dimensão respeitante à aparência física, as pontuações mais elevadas são maioritariamente atribuídas a crianças do género masculino devido ao facto de os rapazes serem considerados como mais aptos para as actividades físicas e atléticas que as raparigas. Já no que se refere às dimensões sociais do auto-conceito, apesar de alguns autores considerarem que as mulheres estão mais direccionadas para o relacionamento interpessoal, os resultados não são totalmente claros (Peixoto, 2003).

Embora as conclusões acima descritas apresentem um elevado grau de consonância entre os investigadores, no que respeita à relação da idade com as dimensões do auto-conceito, as opiniões são mais divergentes.

As alterações introduzidas pela vida escolar, podem contribuir para redefinições do auto-conceito (Peixoto, 2003). O período escolar é, na maior parte dos casos, a primeira fase do desenvolvimento em que a criança passa mais tempo na escola, com os amigos e professores do que em casa, com os pais. Sendo assim, este é um período considerado crítico para o desenvolvimento do sentimento de amizade e para a auto e hetero-avaliação (Combrinck-Graham, 1997).

O desenvolvimento cognitivo característico da fase escolar possibilita, às crianças, um auto-conhecimento mais realista e preciso de si mesmos (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

A progressiva capacidade de pensamento abstracto leva a que as auto-descrições passem a incorporar características mais genéricas, baseadas na integração de aspectos comportamentais mais específicos, o que se traduz numa maior organização das descrições de si próprias. Ilustrando esta afirmação, diversas investigações têm demonstrado que as auto-descrições dos adolescentes se tornam mais abstractas em comparação com as da infância (Peixoto, 2003). Com a aquisição das capacidades cognitivas e resolução de tarefas desenvolvimentais, o auto-conceito torna-se mais claro e preciso para a própria criança. De acordo com o desenvolvimento cognitivo específico desta idade, a criança é capaz de formar

sistemas representacionais mais realistas que os da idade pré-escolar. Estes sistemas referem-se a auto-conceitos amplos e inclusivos em que integram diversos aspectos do mesmo. A comparação entre o auto-conceito real e o auto-conceito ideal já é possível nesta fase (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

Porque na escola não se vivenciam apenas sucessos, este espaço permite a frustração e experiências negativas afectando assim, as auto-representações construídas pelas próprias crianças. Para além disso, também as vivências se vão multiplicando e diversificando, uma vez que à medida que o indivíduo cresce, vai aumentando o leque de pessoas com que interage (amigos, colegas, professores) (Peixoto, 2003). É no contexto escolar que se pode constituir um grupo de referência com o qual a criança estabelece comparações que se vão reflectir no seu auto-conceito (Peixoto, 2003).

Um dos elementos-chave que formam parte do desenvolvimento psicossocial das crianças em idade escolar é o desenvolvimento da cognição social, ou seja a compreensão das outras pessoas e grupos. Este progresso evolutivo manifesta-se de uma forma explícita sendo que as crianças estão mais conscientes das convenções existentes na sociedade (Berger & Thompson, 1997). Nesta idade a criança verifica a existência de valores morais e convenções sociais e compreende que estes dois conceitos se sobrepõem algumas vezes, ou seja, obedecemos com maior facilidade às convenções sociais do que aos nossos valores morais. As convenções sociais são os costumes e tradições que caracterizam uma sociedade em concreto e referem-se às formas adequadas de vestir, comer, conversar e comportar, especialmente em lugares públicos (Berger & Thomson, 1997). No período correspondente à idade escolar ocorre uma grande necessidade de assumir as características masculinas e femininas. As cores, as brincadeiras, as roupas, os comportamentos e atitudes adoptadas e os interesses tornam-se mais firmes e inflexíveis. Seguindo a mesma linha de raciocínio sabe-se que é durante esta faixa etária que valorizamos e integramos as características que nos tornam socialmente meninos ou meninas ou seja, as características associadas à masculinidade e à feminilidade. O género é representado por esquemas mentais internos que tendem a organizar a informação recolhida do exterior. As crianças em idade escolar encontram-se mais conscientes para a integração desta informação, avaliando-a de uma forma subjectiva. Verifica-se nesta fase a aceitação dos papéis sociais atribuídos a cada género sexual. Estes esquemas relativos ao género são formados a partir de informações que advêm dos comportamentos, atitudes, emoções, aquisição de objectos, preferências, brincadeiras, entre outras. Esta aquisição de características femininas ou masculinas ocorre devido ao processo de socialização e ao constante contacto com a sociedade (Combrinck-Graham, 1997).

Capítulo III - Doença oncológica pediátrica

3.1 Doença Oncológica: Contextualização

“Amanhã? Pois...é um dos meus maiores problemas após ter estado doente é estar SEMPRE, constantemente a pensar no AMANHÃ e principalmente sempre com medo! MUITO MEDO! Toda a gente me diz que não posso ter medo porque ninguém sabe o dia de amanhã e se viver com medo é pior, mas eu não consigo controlar, e já não sei o que fazer! Mas enfim...É a vida, eu espero vir a conseguir superar isto de VEZ e tudo relacionado com a doença de VEZ MESMO! Tenho mesmo que me livrar destes fantasmas e só espero que não haja mais ninguém que esteja a viver um momento como o meu. E eu até me posso arriscar a dizer que me sinto pior do que quando estava doente...

Mas não me pode faltar a esperança não é? Então muito bem!”

(S. 12 anos)

3.1.1 Definição e etiologia

O cancro diz respeito a uma doença que se demarca das demais devido ao impacto que esta doença tem na sociedade e pelo facto de poder atingir toda as pessoas, independentemente da classe social, idade e género a que pertence (Silva, 2009).

Descrito pela primeira vez por Hipócrates, no século V a. C., o cancro diz respeito a um crescimento incontrollável das células anormais que produzem tumores chamados neoplasias.

As células dizem respeito a unidades microscópicas que se dividem com a finalidade de substituir as já envelhecidas ou mortas, assegurando assim o bom funcionamento dos diversos órgãos. O cancro representa um conjunto de, aproximadamente, duzentas patologias que têm em comum o acontecimento anteriormente referido (Silva, 2007; Ogden, 2004 & Lameiro, 2009).

Relativamente à etiologia da doença sabe-se que são vários os agentes que podem estar na base do surgimento de qualquer tipo de cancro. Agentes infecciosos como vírus e bactérias, agentes ambientais como poluentes químicos, agentes derivados do consumo excessivo de substâncias nocivas como o tabaco e o álcool ou agentes hereditários, dizem respeito aos principais agentes apontados pela literatura. Nas últimas décadas a investigação tem-se centrado ainda na relação entre características de personalidade e a incidência de diversos tipos de cancro. Embora não existam estudos conclusivos, são vários os autores que encontram correlações positivas entre aspectos psicológicos e o aparecimento de doenças

oncológicas. A qualidade dos relacionamentos interpessoais diz respeito a outra variável estudada no estudo da etiologia da doença. Segundo um estudo desenvolvido por Graves, Phil, Mead & Pearson (1986), estudantes com relacionamentos interpessoais de pouca qualidade e menos satisfatórios demonstraram maior propensão, durante a meia-idade, ao desenvolvimento da doença (Justo, 1996).

Em Portugal, o cancro começou a ser verdadeiramente estudado pelo Dr. Francisco Soares Branco Gentil, Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa, juntamente com o Professor Dr. João Emídio Raposo, da Faculdade de Medicina de Coimbra (Ferreira, 2011).

As principais doenças que afectam a população pediátrica diferem significativamente das doenças dos adultos no entanto, o cancro corresponde a uma doença crónica que poderá afectar crianças e adultos (Kreitler & Arush, 2004).

3.2 Doença Oncológica Pediátrica

Para a maioria das pessoas, o cancro na infância é uma doença relativamente desconhecida e comumente associada ao adulto e não à criança devido às suas características de grande vulnerabilidade e sofrimento. A doença oncológica pediátrica remete inevitavelmente para um contexto onde predominam sentimentos e emoções intensas devido à gravidade da situação. Ao redor da criança gera-se um movimento centrípeto, difícil de contrariar. Cuidar da saúde da criança é uma constante preocupação dos familiares, amigos e profissionais de saúde. A criança saudável e com um projecto de vida, passa a ser uma criança com diferentes condicionalismos e desafios tanto a nível físico como desenvolvimental (Silva, 2009).

Normalmente nas crianças, o cancro surge em tecidos e órgãos que se desenvolvem mais rapidamente durante a fase da embriogénese e o período pós-natal sendo por este motivo que muitos dos cancros diagnosticados evoluem de uma forma abrupta, ou seja, sem a presença de pré lesões ou sintomas (Kreitler & Arush, 2004). Na sua generalidade, o cancro infantil aparece em localizações anatómicas profundas, não afecta os epitélios e não apresenta hemorragias superficiais nem esfoliação das células tumorais. Os sintomas do cancro infantil são facilmente confundidos com sintomas de outras doenças comuns no período da infância, podendo este facto dificultar e retardar o diagnóstico correcto (Cardoso, 2007).

Todos estes factos contribuem para a dificuldade de se obter um diagnóstico precoce em população pediátrica (Pacheco & Madero, 2003).

Embora o cancro apresente um prognóstico considerado reservado, as elevadas taxas de sobrevivência de crianças com cancro têm possibilitado retratar o melhor do avanço da medicina. A diversidade da patologia, o aumento do número de casos, a carência e a falta de efectividade, relativamente aos tratamentos, desencadeou o desenvolvimento de inúmeras perspectivas, técnicas e terapêuticas mais eficazes (Wiener, Battles, Bernstein, Long, Derdak, Mackall & Mansky, 2006 & Macedo *et al.*, 2008; Silva, Pires, Gonçalves & Moura, 2002). De facto, os recentes avanços no tratamento do cancro pediátrico alteraram significativamente a

sua taxa de sobrevivência, no entanto o cancro é ainda frequentemente associado à morte, e muito dificilmente associado a crianças e adolescentes (Meitar, 2004 cit in Vilhena, 2007).

Apesar de todos os factos que apontam para resultados cada vez mais positivos, sabe-se que a doença oncológica pediátrica acarreta dificuldades a curto e longo prazo no que respeita aos tratamentos e ao ajuste psicossocial da criança (Gariépy & Howe, 2003).

O cancro na infância, como qualquer outra doença crónica, tem um ciclo de vida mais ou menos previsível ao longo do qual a criança e a família vão ter de enfrentar diferentes problemas, mobilizar recursos e desenvolver respostas adaptativas (Silva, 2009).

A doença oncológica pediátrica não diz respeito apenas a uma doença diagnosticável e passível de ser tratada mas também a um acontecimento que ocorre num determinado momento da história de vida da criança (Oppenheim & Hartmann, 2000). As crianças com cancro passam a conviver diariamente com os sintomas da doença (Salas, Gabaldón, Mayoral, Arce & Amayra, 2004).

3.2.1 Epidemiologia

O cancro é actualmente uma das principais causas de morte em todo o mundo e por isso considerado um problema de saúde pública. Em Portugal, as doenças oncológicas constituem a segunda principal causa de morte e têm um profundo impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade em geral, sendo provavelmente a doenças mais temidas pela população em geral (Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, 2005).

O conhecimento de dados e estatísticas precisas sobre a incidência do cancro na população mundial são essenciais tanto para a investigação como para o desenvolvimento de avaliações e programas de intervenção primária, secundária ou terciária (Ferlay, Shin, Bray, Forman, Mathers & Parkin, 2010).

São vários os métodos de registo oncológico sobre a incidência do cancro a nível mundial. As principais bases de dados internacionais acerca das taxas de incidência e sobrevivência da doença dizem respeito à *International Agency for Research on Cancer* (IARC) da Organização Mundial de Saúde (OMS), *Surveillance, Epidemiology and End Results* (SEER), *International Agency for Research on Cancer* e à GLOBOCAN. Os últimos dados e estimativas publicadas pela GLOBOCAN remetem para o ano de 2008 e apontam para 12,7 milhões de novos casos de cancro e 7,6 milhões de mortes em todo o mundo, no referido ano (Macedo, Andrade, Moital, Moreira, Pimentel, Barroso, Dinis, Afonso & Bonifill, 2008; Ferlay *et. al*, 2010; Terracini, 2011).

Apesar das limitações apontadas à qualidade dos dados e métodos de estimativa, os valores apresentados pela GLOBOCAN 2008, são considerados os mais precisos da actualidade sendo por isso os mais utilizados na definição e planeamento de intervenções na área da saúde e política (Ferlay, *et. al* 2010).

A incidência do cancro na população pediátrica é considerada rara, pela OMS. Embora as taxas variem por todo o mundo, é consensual que nos países industrializados menos de 1% dos cancros ocorre em crianças no entanto, são vários os investigadores que apontam para um

aumento significativo na incidência do cancro antes dos quinze anos de idade. Na Europa, estima-se que as taxas de incidência de cancro pediátrico tenham aumentado entre 1 e 2 % (Gillespie & Scagliola, 2008 & Terracini, 2011).

Na Europa, estima-se que sejam diagnosticados 13 mil novos casos de cancro pediátrico por ano, sendo que dos cinco aos quinze anos a prevalência seja maioritariamente no género masculino (Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, 2010).

Em Portugal existem três importantes registos oncológicos regionais, o Registo Oncológico Regional do Norte - RORENO-, o Registo Oncológico Regional do Centro - RORCENTRO - e o Registo Oncológico Regional do Sul - RORSUL. Apesar do plano desenvolvido relativo ao registo da incidência da doença em Portugal, os dados não têm sido completos e sistemáticos (Macedo *et al.*, 2008). De acordo com o Instituto Português de Oncologia, em 2005 a incidência do cancro pediátrico, segundo o grupo etário, revela-se superior entre os dois e os quatro anos de idade, com uma taxa de 21,76%. Dos zero ao um ano de idade a taxa de incidência corresponde a 14,73%, seguida por crianças com idades compreendidas entre os cinco e os nove anos de idade. Por último, dos dez aos catorze anos de idade a taxa é de 13,98% (Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, 2010).

A *American Psychological Association* nomeia o cancro pediátrico como a principal causa de morte, não acidental, após o primeiro ano de vida. Esta associação estima que, em todo o mundo, sejam diagnosticadas com cancro nove mil crianças e que aproximadamente mil e quinhentas morram em consequência da doença (Norton & Bento, 2006; & Toro, 2007).

As informações sobre a epidemiologia do cancro pediátrico em Portugal, referentes ao ano de 2003, apresentam como dados principais um predomínio de tumores embrionários no primeiro ano de vida, maior incidência de leucemia entre o primeiro e quarto ano de vida, existindo a predominância de linfomas e tumores do Sistema Nervoso Central (SNC). Verifica-se, tal como nos dados europeus, um predomínio no sexo masculino e uma semelhante distribuição dos diferentes tipos de tumor pelos mesmos grupos etários. A partir da mesma referência, sabe-se que para o ano de 2010 foi estimada uma taxa de sobrevivência de aproximadamente 70% (Norton & Bento, 2006).

Segundo a Rede de Referência Hospitalar de Oncologia, em Portugal surgem 300 novos casos de cancro pediátrico, por ano (Ministério da Saúde, 2002).

3.2.2 Tipologia

De acordo com as denominações da anatomia patológica o cancro, dependendo do tipo de células, apresenta diversas denominações, sendo as mais comuns, os carcinomas, sarcomas, melanomas, leucemias e linfomas. O carcinoma diz respeito a aproximadamente 85% um tumor maligno que tem origem na membrana que cobre os órgãos. O sarcoma é um tumor maligno que se origina nas células de músculos e cartilagens. O melanoma corresponde a um tumor maligno que tem origem nas células que produzem a coloração da pele. A leucemia é um cancro que ataca os tecidos sanguíneos e componentes do sangue. A Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) é o tipo de leucemia mais comum em crianças. Conduz a uma

proliferação de glóbulos brancos que torna o sistema imunológico debilitado. Por último, o linfoma, trata-se de um cancro no sistema linfático. Os dois tipos de linfomas mais comuns dizem respeito ao linfoma de *Hodgkin* - tipo de linfoma raro que se espalha a partir de um único nódulo - e ao linfoma não *Hodgkin* - as células malignas são encontradas em diversos pontos do corpo (Silva, 2007). O linfoma de *Hodgkin*, constitui um grupo de entidades de curso e prognóstico variável. Com o visível avanço das tecnologias, este linfoma apresenta actualmente uma taxa de sobrevivência de aproximadamente 70%. Os linfomas e as leucemias podem também ser designados por tumores líquidos (Silva, 2007).

Dos tumores líquidos a LLA é a forma mais comum de cancro em idade infantil com uma incidência anual de 3,5 por cada 100.000 crianças. Apesar deste facto, a taxa de sobrevivência deste tipo de cancro aproxima-se dos 50% (Pacheco & Madero, 2003). Em Portugal, pode referir-se que as neoplasias que apresentam melhores taxas de sobrevivência dizem respeito a linfomas e leucemias, com 96% e 78%, respectivamente. De entre as leucemias, a LLA é o tipo de cancro pediátrico que apresenta melhores taxas, 82%, seguido pela Leucemia Aguda Mielóide (LAM). Nos tumores do SNC a sobrevivência é de aproximadamente 69%.

Os restantes tipos de cancro são na sua generalidade denominados por tumores sólidos, no entanto pode ser considerada outra categoria, os tumores do SNC. Este tipo é a segunda forma de cancro mais frequente em crianças e a primeira entre os tumores sólidos. Supõe-se que 20% dos tumores em idade oncológica correspondam a tumores no SNC (Pacheco & Madero, 2003). Os Gliomas do Nervo Óptico ou Gliomas do Quiasma Óptico são tumores que permanecem localizados no nervo ou quiasma óptico e afecta, maioritariamente, crianças e adolescentes. A sintomatologia clássica deste tipo de tumor é diminuição da acuidade visual. Esta sintomatologia está associada à extensão intra-cerebral do tumor. O prognóstico da doença encontra-se relacionado com a idade de aparecimento dos sintomas (Torres, Medeiros, Noronha, Pedroso & Ramina, 1996). O meduloblastoma diz respeito a outro tipo de tumor do SNC, de origem embrionária, que se desenvolve no cerebelo. Na infância, o meduloblastoma, diz respeito à neoplasia maligna mais comum no SNC. Nos primeiros dez anos de vida, verifica-se uma maior incidência entre os três e cinco anos de idade e os oito e os dez anos (Franco, Malheiros & Gabbai, 1999).

Dos tumores sólidos fazem parte o tumor de Ewing (tumor ósseo), sendo comum em crianças do sexo masculino e raça caucasiana, e o tumor de Wilms (tumor renal) (Cardoso, 2007).

O tumor de Ewing, é o segundo tumor ósseo mais comum em crianças e adolescentes. O factor mais importante para a definição de um, bom ou mau, prognóstico relaciona-se com a localização do tumor e com o volume do mesmo. Para este tipo de cancro a taxa de sobrevivência é aproximadamente 70%. O neuroblastoma, tumor sólido mais frequente em crianças, apresenta uma taxa de sobrevivência de aproximadamente 73% (Silva, 2007; Pacheco & Madero, 2003).

3.2.3 Consequências psicossociais do cancro na criança

Sendo a infância um período de importantes aquisições e aprendizagens, a vivência da doença pode comprometer o desenvolvimento de competências sociais, psicológicas e emocionais das crianças. Enfrentar o cancro implica deparar-se com situações completamente novas como hospitalizações, separação da família, escola e amigos, procedimentos médicos e cirúrgicos que acarretam sofrimento físico, emocional e psicológico (Silva, *et al.*, 2002). A interrupção das rotinas, a presença de elementos estranhos e ameaçadores e a impossibilidade de controlar os acontecimentos são factores que dificilmente poderão ser eliminados (Barros, 1998).

Melamed & Busch (1985), referem que uma elevada percentagem de crianças que se depara com situações adversas, no que respeita à sua condição de saúde, sofrem consequências psicológicas moderadas (Barros, 1998). O notável crescimento a que se tem assistido relativamente à investigação na área da oncologia pediátrica tem permitido um melhor conhecimento e entendimento dos aspectos psicossociais das crianças com cancro (Kreitler & Arush, 2004).

Apesar de todas as afirmações anteriores, as investigações têm apresentado alguma dissonância no que respeita às consequências psicológicas da vivência do cancro. Diversos estudos apontam para o facto de existir uma maior vulnerabilidade, face ao ajustamento psicossocial, incluindo uma baixa auto-estima, auto-conceito pobre, ansiedade, depressão entre outras. Por outro lado, outros investigadores têm apontado para um funcionamento psicológico ajustado nas mesmas crianças no que respeita aos níveis de ansiedade, depressão, imagem corporal e auto-estima (Bessel, 2001; Bragado, 2009).

Alguns investigadores sugerem, através dos seus estudos, que crianças sobreviventes de cancro demonstram um ajustamento psicológico normal ou superior, em comparação com crianças sem esta doença (Zebrack, Zeltzer, Whitton, Mertens, Odom, Berkow & Robinson, 2002). A resiliência diz respeito a um constructo psicológico que, segundo alguns autores, pode justificar os níveis de ajustamento acima mencionados (Bragado, 2009).

Segundo Meleis (2000), a condição de saúde da criança com cancro pode ser vivida como uma experiência positiva ou como uma transição saudável, podendo levar à aquisição de novas capacidades de confronto, cognitivas, emocionais e sociais (Silva, 2009).

Os resultados contraditórios têm sido justificados ainda através da heterogeneidade da população pediátrica, da não existência de uma linha orientadora de intervenção comum (Bessel, 2001) e ainda com a inadequação dos instrumentos de avaliação psicológica aplicados, como é o caso de questionários de auto-resposta. Outros autores, Noll & Kupst (2007), propõe a teoria da evolução como modelo explicativo da ausência de psicopatologia em crianças com cancro. Segundo esta teoria, a capacidade de adaptação demonstrada pelas crianças diz respeito a respostas naturais e funcionais para a sobrevivência individual e da espécie (Bragado, 2009).

Não existem estatísticas mundiais que permitam estimar a prevalência dos sintomas e consequências psicológicas em crianças com cancro (Salas *et al.*, 2004) mas são inúmeros os estudos realizados com esse mesmo objectivo.

A Tabela seguinte apresenta de uma forma sintética os principais estudos e seus autores que procuraram identificar e compreender as principais consequências psicológicas, sociais e emocionais da vivência do cancro em idade pediátrica.

Tabela 3.

Principais respostas emocionais e psicossociais de crianças com cancro.

Autor (es)	Principais consequências
Ogden (2004)	Respostas emocionais Depressão grave Luto Falta de controlo Mudanças de personalidade Fúria Ansiedade
Silva, Loureiro, Moreira & Alves (2004)	Respostas emocionais Ansiedade Depressão Raiva Culpa Medo
Oppenheim (2004)	Aspectos psicossociais Distorção da imagem corporal Conflitos familiares Isolamento social Perda de auto-estima
Lazarus & Folkman (1994)	<i>Stress</i>
Greer	Perda de controlo Ansiedade Raiva Culpa Isolamento Social

	Medo
Kreitler & Arush (2004)	Ansiedade Depressão
Moody <i>et al.</i> (2006)	Isolamento social Medo

As respostas identificadas, na tabela acima apresentada, não são específicas de crianças que sofrem algum tipo de doença crónica e especialmente de cancro. Estas respostas surgem de forma natural e de acordo com o nível de desenvolvimento infantil, no entanto apresentam-se com maior frequência e exigência, em crianças com cancro. Temáticas relacionadas com a identidade, a doença e o tratamento, relações interpessoais, família e escola apresentam-se como temas principais nas respostas das crianças perante a sua condição de saúde (Cardoso, 2007).

De acordo com o objectivo do estudo, de seguida serão abordadas com maior pormenor e exactidão as respostas emocionais e psicossociais relativas à ansiedade e ao auto-conceito.

3.2.3.1 Ansiedade e medo

A ansiedade em crianças com cancro encontra-se principalmente relacionada com o prognóstico da doença e com os tratamentos, no entanto a maioria dos sintomas são insuficientes para se realizar um diagnóstico psiquiátrico (Kreitler & Arush, 2004). A ansiedade pode evoluir ao longo de um contínuo com o avançar da doença e pode apresentar repercussões negativas no funcionamento psicológico da criança. Esta evolução depende em grande parte do acompanhamento que é feito à criança em termos sociais, psicológicos, médicos e familiares (Gariépy & Howe, 2003).

Crianças com cancro têm muitas vezes uma melhor compreensão da sua situação do que os próprios pais percebem. Segundo a literatura, muitas das respostas ansiosas das crianças são apresentadas sob a forma de comportamentos alterados, ansiosos ou mesmo medos específicos (Penson, Partridge, Shah, Giansiracusa, Chabner & Lynch, 2005).

Por volta dos quatro ou cinco anos de idade, os medos das crianças que se encontram perante uma doença crónica, relacionam-se essencialmente com a separação das suas figuras de vínculo. A partir dos seis anos, até sensivelmente aos treze, a criança desenvolve o medo de lesões corporais e de métodos e procedimentos cirúrgicos (Penson *et al.*, 2005).

Os actos médicos, estes são apontados como a experiência mais desagradável e temida por todas as crianças. Estatísticas mundiais referem que os procedimentos terapêuticos e de

diagnóstico apresentam-se com um significado fortemente negativo, superando o medo da própria doença (Salas, *et al.*, 2004).

Não é incomum para uma criança, a elevada sensibilidade apresentada perante vários procedimentos e técnicas que estão associados à dor ou ao medo (Kreitler e Arusch, 2004) como é o caso das punções venosas, aspiração da medula óssea, punções lombares e introdução de cateteres. Estes actos geram elevados níveis de ansiedade (Bragado, 2009) devido ao seu carácter invasivo e doloroso (Cardoso, 2007).

A dor é definida como uma percepção complexa mediada por dimensões sensoriais, cognitivas e emocionais, sendo uma experiência frequente em crianças com cancro (Monsalve, Gómez-Carretero & Soriano, 2006). As três dimensões permitem à criança estabelecer a relação existente entre o estímulo nocivo e o desenvolvimento de respostas condicionadas, como a ansiedade (Celmas, 2009). A expressão da dor depende em grande parte da idade da criança. Crianças mais novas podem expressar a dor através de alterações comportamentais. Alguns autores afirmam que a dor deve ser definida através de elementos psicológicos e emocionais e por isso, analgésicos ou medicamentos que suprimam a dor não demonstram sempre o resultado esperado (Kreitler & Arush, 2004).

Outro medo significativo em crianças com cancro diz respeito ao medo da morte. Num estudo orientado por Collins (2002), crianças até aos sete anos de idade apresentaram como principal sintoma de ansiedade o medo da morte enquanto crianças até doze anos de idade mencionam como principal sintoma, o medo dos procedimentos médicos (Salas *et al.*, 2004).

Entre os seis e os sete anos inicia-se o desenvolvimento de um novo conceito de morte para cada criança, abandonando as crenças e as explicações mágicas e egocêntricas, deixando a morte de ser reversível e limitada no tempo. Até aos doze anos espera-se que a criança, através do pensamento lógico, adquira a noção de irreversibilidade da morte. Nesta fase, já existe uma relação causa-efeito entre a doença e a morte. Segundo alguns autores, o desenvolvimento cognitivo acerca do conceito de morte é acelerado pela preocupação constante e pela exigência da própria doença. Independentemente do nível cognitivo da criança, a ideia da sua própria morte acarreta consequências a nível emocional que devem ser trabalhadas pela família e pelos profissionais de saúde (Núñez-Polo, González, Palacio, Cabrera, Alba, López & Martínez, 2009).

O medo do desconhecido está presente na maioria das crianças com cancro e encontra-se sempre relacionado com a hospitalização e tratamentos (Cardoso, 2007).

O esforço para encontrar um significado para a sua doença é considerado importante para facilitar o diálogo com a criança (Kreitler & Arush, 2004).

3.2.3.2 Auto-conceito

A par das alterações emocionais e psicológicas, a formação de um auto-conceito pobre é também descrito como uma das consequências possíveis na presença de uma doença oncológica em idade pediátrica.

Os estudos realizados por Bessel (2001), demonstram que crianças com cancro, mesmo depois do tratamento completo, apresentam baixas pontuações em questões relativas ao seu auto-conceito. Estas mudanças obrigam a criança a realizar um ajuste psicológico intenso, relativamente ao seu próprio auto-conceito (Bragado, Hernandez-Llóreda, Sánchez-Bernardos & Urbano, 2008).

O vivenciar de uma doença oncológica constitui uma experiência perturbadora no que concerne à aparência física através da relação que a criança estabelece com o seu corpo, às relações interpessoais através da relação que a criança estabelece com a família, com o grupo de pares e com a sociedade (Kreitler & Arush, 2004). A incontroabilidade das consequências da doença e dos tratamentos, essencialmente as mudanças verificadas na própria imagem ou aparência física, para além de constituírem potenciais fontes de stress e ansiedade (Bragado, 2009), afecta também o auto-conceito da criança (Silva, 2009).

Tendo em conta a importância que a sociedade atribui à imagem corporal, era de esperar que crianças com cancro apresentassem mais problemas relacionados com a sua imagem física, e consequentemente com o auto-conceito físico porém, os resultados têm sido inconclusivos (Bessel, 2001; Bragado *et al.*, 2008).

Segundo Eiser (2004), crianças com cancro encontram-se, normalmente, mais vulneráveis a experienciar sentimentos de constrangimento, ansiedade e ambivalência face à percepção de suporte disponível, sentimentos e pensamentos de que se é diferente dos outros. Podem por isso sentir-se isolados dos outros ou por outro lado, isolarem-se (Gillespie & Scagliola, 2008).

A nível social, o isolamento das crianças face ao grupo de pares é uma das consequências apontada por diversos investigadores. Moody *et al.* revelaram através do seu estudo que grande parte das crianças com cancro relata sentimentos e demonstra comportamentos de isolamento e solidão social. Esta consequência pode levar a criança a experienciar sofrimento emocional uma vez que, leva à perda de experiências inerentes à infância. Muitas crianças demonstraram sentimentos de raiva perante esta condição de saúde (Moody, Meyer, Macuso, Charlson & Robbins, 2006).

Investigadores da Universidade da Turquia desenvolveram um estudo que tinha como objectivo identificar o nível de auto-conceito em crianças com doença crónica, determinando os factores que influenciam o auto-conceito. Verificaram que, durante a hospitalização os processos desenvolvimentais das crianças são alterados. Os efeitos variam com a idade, com o tipo e gravidade da doença e com as características da própria criança (Gültekin & Baran, 2007).

3.2.4 Intervenção Psicológica na Oncologia Pediátrica

Desde 1965 que se têm implementado programas de intervenção especializados no contexto da oncologia pediátrica. Nos Estados Unidos existem, na actualidade, mais de quatrocentos programas específicos sendo que 95% dos hospitais beneficiam dos mesmos. Estes programas são aplicados nas várias valências de prestação de serviços, ou seja, não são referentes apenas a situações de internamento mas também a situações de ambulatório, emergência e cuidados paliativos (American Academy of Pediatrics, 2006).

A oncologia pediátrica evoluiu significativamente nas últimas décadas. O trabalho desenvolvido nesta área assenta o seu interesse não só na cura do cancro como também no bem-estar físico, social, emocional e psicológico na sua vida adulta (López-Ibor, 2009).

A relevância dos aspectos psicológicos no processo de adoecimento e tratamento tem sido cada vez mais reconhecido na área da psicologia clínica e da saúde em contexto hospitalar, remetendo para a importância de compreender o sujeito em contexto pediátrico (Lameiro, 2009). Os aspectos emocionais têm sido o principal foco de atenção por parte dos psicólogos que acompanham crianças com cancro porque na grande maioria dos casos é a própria doença que desencadeia o sofrimento emocional (Cardoso, 2007).

Durante a maior parte do século XX, perante a ausência de tratamentos eficazes, a taxa de mortalidade de crianças com cancro era bastante elevada. Assim, as intervenções psicológicas com a criança e família centravam-se na preparação da morte. Na actualidade, sabe-se que a doença oncológica pode ameaçar de uma forma severa a integridade física e psicológica da criança e daqueles que a rodeiam (Silva, 2007).

Os profissionais e as instituições de saúde sejam elas públicas ou privadas, devem dispor de recursos para ajudar as crianças a lidar com o sofrimento físico e psicológico (Salas *et al.*, 2004) em qualquer uma das fases da doença, seja ela, segundo Lima (1995), a fase do diagnóstico, período de remissão ou controlo da doença, possível recaída e fase terminal (Menezes, Passareli, Drude & Santos, 2007).

De acordo com Celma (2009), é cada vez mais imprescindível a introdução de técnicas e estratégias que permitam responder às dificuldades emocionais, psicológicas e sociais das crianças com cancro. Assim, é de extrema importância intervir de uma forma multidisciplinar (Celma, 2009).

Existem várias formas de intervir psicologicamente, no universo das doenças oncológicas. As várias alternativas dependem do autor e da área específica em que se pretende intervir. A Tabela 4 apresenta, de uma forma sucinta, alguns tipos de intervenção possíveis de realizar na área da oncologia pediátrica.

Tabela 4.
Intervenção psicológica em oncologia pediátrica.

Autor (es)	Área a intervir	Intervenção Psicológica
Cardoso (2007)	Aspectos emocionais Ansiedade	Facilitar a expressão emocional; Falar sobre medos e angústias; Tornar a criança num agente activo no processo de tratamento; Tornar a vivência positiva através dos acontecimentos traumáticos; Facilitar a relação entre a criança, o hospital e os tratamentos.
Kasak (1998; 2001; 2005)	Ansiedade da criança; Família; Lidar com os procedimentos cirúrgicos	Intervenção complexa, sistémica e dinâmica; Intervenção centrada na família, na dor, nas possíveis sequelas psicológicas da sobrevivência; Psicoterapia de apoio; Técnicas de identificação e modificação do estímulo ambiental e dos acontecimentos consequentes.
Almeida <i>et al.</i> (1999)	Ansiedade	<i>Playtherapy</i> como técnica de distração e confronto, para lidar com a ansiedade: Jogo social, Jogo cognitivo, Jogo construtivo, Jogo dramático.
Gariépy & Howe (2003)	Medo e <i>stress</i> face a procedimentos médicos	Estratégias cognitivo-comportamentais; Estratégias e competências de confronto.
Sloman <i>et al.</i> (1994) Elliot & Pedroche (2000)	Ansiedade, Depressão, Medo	Modelo cognitivo-comportamental: Distração cognitiva e comportamental; Técnicas de imagéticas; Reestruturação cognitiva; Relaxamento; Dessensibilização sistemática; Jogo terapêutico.

Alegre (2007)	Ansiedade	Psicoterapia de apoio: Grupo terapêutico.
Fawzy (1994)	Ansiedade, Perturbações de Humor	Grupo terapêutico: Gestão de stress; Educação para a saúde; Capacidades de confronto.
Spiegel <i>et al.</i> (1989), Rimer <i>et al.</i> (1987), Ferrel <i>et al.</i> (1995)	Dificuldades de adaptação à condição médica e tratamento	Psicoeducação.
Baraka (2003)	Dificuldades de relacionamento interpessoal	Treino de habilidades e competências sociais.
Arrambide, Gabaldón, Miravete, Pereda & Caro (2003)	Stress e ansiedade prévia e durante os procedimentos médicos	Técnicas de respiração, Técnicas de distracção, Reforço, Terapia comportamental.

Na sua generalidade todas as linhas orientadoras de intervenção psicoterapêutica assentam em aspectos comuns como o contexto emocional, a informação acerca da doença e tratamento, estratégias de coping, estratégias comportamentais e estratégias cognitivas. Como principais alvos da intervenção psicológica identificam-se as respostas psicológicas e emocionais como a depressão, a ansiedade e o medo, as respostas físicas como o cansaço, a fadiga, perturbações alimentares e de sono (Silva, Loureiro, Moreira & Alves, 2004). É possível definir como funções do psicólogo a avaliação clínica e a intervenção psicoterapêutica. Na área da avaliação pretende-se explorar as capacidades cognitivas (atenção, linguagem, pensamento, orientação, memória), a adaptação à doença e ao tratamento, a satisfação sobre a informação clínica e seu nível de esclarecimento, papel do paciente nas tomadas de decisão, confiança na equipa médica, adesão à medicação, estado emocional, qualidade de vida e apoio familiar e social disponível. No que respeita à intervenção, esta assenta na psicoeducação, aconselhamento psicológico, orientação sobre estratégias de distracção e confronto, necessidade da comunicação emocional, controlo de sentimentos negativos como a depressão, ansiedade, culpa, medo, hostilidade, negação, entre outros, facilitar a expressão

de sentimentos e emoções negativas, intervir nas perturbações associadas à imagem corporal, planificar actividades e assistir na procura de soluções para problemas (Cruzado, 2003).

Com o crescer das investigações na área da oncologia pediátrica, reconhece-se a importância de conjugar e combinar intervenções médicas e psicológicas com o objectivo de aliviar a dor e o medo associados aos procedimentos médicos (Barros, 1998).

Sabendo que a nível europeu não existem programas sistemáticos de intervenção psicológica na área da oncologia pediátrica, foi desenvolvido por Arrambide, Gabaldón, Miravete, Pereda & Caro (2003), no Serviço de Pediatria do Hospital Donostia, um programa focado em sintomas de ansiedade provocados pela condição de saúde e procedimentos médicos. As técnicas de respiração podem ser utilizadas com materiais lúdicos como é o caso de bolas ou bolhas de sabão e nas técnicas de distração pode pedir-se à criança que seleccione um boneco ou uma personagem preferida, criando depois um cenário em que essa personagem ultrapassou e enfrentou uma situação médica igual à da criança. O objectivo é que a criança se recorde deste episódio durante os procedimentos médicos. No que respeita ao reforço, este é aplicado se a criança aplicar de uma forma eficaz as duas técnicas acima descritas. Por último, procede-se às estratégias comportamentais quando a criança utiliza adequadamente as estratégias de distração e as técnicas de respiração. Nesta fase, o que se pretende é que a criança brinque aos médicos e realize com um boneco os procedimentos médicos e lhe ensine as técnicas aprendidas. As sessões de terapia comportamental implicam a utilização de estratégias como a dessensibilização, recolha de informação sobre os procedimentos e *role-playings*. Com o seguimento da terapia, obtiveram-se resultados satisfatórios. O nível de *stress* global diminuiu cerca de 50%. De uma forma específica sabe-se que o nível de *stress*, durante o tempo de espera para o tratamento médico, diminuiu 42,86%. Na fase em que se inicia o tratamento médico observou-se uma diminuição de cerca de 62,5%. Durante a realização dos procedimentos médicos (desde a introdução até a extracção da agulha) os níveis diminuíram, após o segundo ensaio, 75%. Os resultados da intervenção para a ansiedade e dor demonstraram resultados surpreendentes com uma diminuição de 100% da ansiedade antecipatória, mantendo-se durante e após a realização do tratamento (Arrambide, Gabaldón, Miravete, Pereda & Caro, 2003).

Outra actividade possível de ser desenvolvida neste contexto diz respeito à psicoterapia de apoio. Esta tem como principal objectivo estimular a capacidade das crianças discutirem e expressarem os seus sentimentos, preocupações e problemas. Os doentes oncológicos apresentam significativas melhorias nos indicadores de ansiedade e depressão quando sujeito a psicoterapia de apoio (Justo, 1996). Os profissionais de saúde ajudam as crianças com cancro a diminuir os seus medos de procedimentos dolorosos e assustadores, criando um relacionamento com a criança (Enskär *et al*, 1997 cit in Silva, 2007).

Na psicoterapia de grupo é possível fornecer apoio psicológico, explorar a problemática do cancro nos seus diversos níveis, promover a partilha de sentimentos, pensamentos, medos e preocupações comuns. Nos grupos de pacientes com cancro acredita-se que a intervenção grupal deverá produzir resultados muito significativos pois, todos os indivíduos podem servir

como modelo de identificação uns dos outros. O benefício da identificação relaciona-se com a adopção de uma posição activa face ao tratamento da doença, reduzindo sentimentos de inutilidade e impotência perante a condição física e psicológica. Os sentimentos de pertença a um grupo social permite combaterem eficazmente os sentimentos de isolamento e solidão que tantas vezes caracterizam os pacientes oncológicos. De acordo com diversos teóricos e investigadores, os efeitos de pertencer a um grupo terapêutico produzem efeitos notoriamente positivos nos primeiros doze meses de terapia essencialmente na redução dos elevados níveis de perturbações emocionais, ansiedade entre outros. Spiegel e cols. Vão mais longe afirmando que a pertença a um grupo terapêutico exercer grande influência na taxa de sobrevivência dos indivíduos. No seu estudo, o autor refere que passados dez anos após o tratamento o grupo experimental (indivíduos com cancro que beneficiaram de grupo terapêutico) a média de sobrevivência era bastante superior ao grupo de controlo que era formado por indivíduos com cancro obtiveram acompanhamento psicológico individual (Justo, 1996).

Os grupos psicoterapêuticos apresentam um carácter multimodal por incluírem diversas formas de intervenção psicológica. A gestão do stress e a redução da ansiedade, são dois aspectos importantes a trabalhar durante a intervenção realizada (Silva, Loureiro, Moreira & Alves, 2004).

No que respeita a resultados, a psicoterapia de grupo tem apresentado resultados positivos. Os objectivos fundamentais são o de fornecer apoio psicológico, explorar a problemática no presente, promover a partilha de medos, preocupações e experiências. O benefício explícito da constituição de grupos terapêuticos diz respeito à possibilidade de a criança adoptar um outro elemento como modelo identificador e assim desenvolver as suas capacidades de relacionamento interpessoal e de relacionamento com a própria condição física e doença oncológica. Outro dos objectivos desta forma de intervir diz respeito á atitude da criança perante a sua situação. Os membros dos grupos podem ajudar-se mutuamente na adopção de atitudes activas e de valorização pessoal. Os efeitos desta terapia têm sido documentados como eficientes no decurso dos primeiros doze meses sobretudo no que diz respeito à redução de sintomas de ansiedade no entanto, dado mais relevante refere-se ao aumento da taxa de sobrevivência em pacientes que beneficiaram deste acompanhamento (Justo, 1996).

A terapia cognitivo-comportamental é tida como uma das mais benéficas no alívio dos sintomas físicos e psicológicos da criança (Salas, *et al.*, 2004).

O jogo terapêutico diz respeito a um instrumento utilizado com o objectivo de ajudar a criança a adquirir e desenvolver as competências necessárias para enfrentar e lidar com a situação, o melhor possível (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009).

As técnicas de distracção, são das estratégias psicológicas mais utilizadas e mais eficazes no alívio dos sintomas de ansiedade, também devido à facilidade em aplicar em contexto hospitalar. O objectivo desta técnica consiste em redireccionar a atenção da criança e diminuir as experiências ansiogénicas, através da focalização da atenção da criança em outro

objecto ou actividade desenvolvida. Esta estratégia é definida como uma técnica activa pois, quanto mais elevados forem os níveis de atenção dispensada para o objecto ou actividade, mais eficaz será a intervenção. Assim, é possível alterar a percepção cognitiva da situação ou da dor uma vez que, diminuem os impulsos neuronais provenientes dos estímulos aversivos e dolorosos. As estratégias imagéticas requerem que a criança se concentre intensamente em imagens mentais que permitam emergir sentimentos, sensações e emoções positivas (Bragado, 2009).

De entre muitas linhas orientadoras de intervenção psicológica em crianças com cancro, pode afirmar-se que as principais funções dos psicólogos no serviço de oncologia pediátrica dizem respeito ao apoio e ajuda face às dificuldades relacionadas com a gestão da informação médica sobre a doença, às dificuldades de adaptação à doença, nas suas diferentes fases, intervir na ansiedade, medos e alterações comportamentais. A intervenção não é focada apenas na criança mas também na família e equipa médica (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009).

De acordo com Kazak (2007), a intervenção psicológica com crianças não se encontra de alguma forma estruturada e definida pois, cada instituição apresenta as suas directrizes de funcionamento e acompanhamento psicológico (Bragado, 2009).

Não é claro qual o principal foco da intervenção psicológica e como esta deve ser dirigida e realizada no entanto, alguns autores afirmam não existir uma necessidade específica de intervir com todas as crianças que apresentem qualquer doença oncológica (Bragado, 2009). Existem várias formas de intervenção psicológica utilizadas nas doenças oncológicas no entanto, em Portugal, esta diz respeito a uma área por explorar pois ainda não existem resultados que permitam avaliar a eficácia das mesmas no combate à doença (Dias & Durá, 2002).

3.2.4.1 Psico-Oncologia Pediátrica

Como já foi referido anteriormente, na área da oncologia, assistiu-se ao reconhecimento da importância da intervenção psicológica no tratamento da doença. De forma simultânea, a Psicologia da Saúde desenvolveu um especial interesse pela área clínica da oncologia, investigando os factores psicológicos que se encontram associados a esta condição de saúde.

A Psico-Oncologia é “ *um campo interdisciplinar da psicologia e das ciências biomédicas dedicado à prevenção, diagnóstico, avaliação, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e etiologia do cancro, assim como a melhoria das competências comunicativas e de interacção dos profissionais, optimizando os recursos para promover serviços oncológicos eficazes e de qualidade*” (Cruzado, 2003, p. 11).

Surgiu na década de cinquenta quando o reconhecimento de que o aparecimento, manutenção e remissão do cancro poderiam ser mediados por factos psicossociais. Segundo Hollan (1989), o campo de estudo e intervenção desta área encontra-se associado ao desenvolvimento de perturbações psicológicas, emocionais e comportamentais que advêm das várias fases da doença. Segundo esta linha, as funções do psicólogo são a de facilitar e

promover a adaptação à doença, reduzir os níveis de stress, ansiedade e depressão, intervir ao nível da adesão aos tratamentos e intervir ao nível dos efeitos secundários dos tratamentos, aliviando sintomas (Silva, Loureiro, Moreira & Alves, 2004).

Esta ciência interessa-se especialmente pela investigação do impacto da doença oncológica e dos tratamentos no funcionamento psicológico das crianças e famílias, durante e após o período de acompanhamento médico. O objectivo desta área prende-se com o interesse em desenvolver intervenções psicológicas eficazes que ajudem as crianças a enfrentar e lidar com a doença (Bragado, 2009).

Embora seja uma área recente e em desenvolvimento, a Psico-Oncologia na área da pediatria vem confirmar a necessidade de se criar uma disciplina de formação específica com o objectivo de delinear intervenções também elas específicas (Silva, 2009).

A qualidade de vida de crianças e adultos sobreviventes de cancro e os efeitos psicológicos da doença e tratamento, dizem respeito a dois importantes focos dos estudos actuais da oncologia pediátrica e do recente campo da Psico-Oncologia (Kreitler & Arush, 2004).

Segundo Holland e Almanza-Muñoz (2007), a Psico-oncologia tem como objectivo principal proporcionar uma maior qualidade de vida, através de uma abordagem psicossocial (Cardoso, 2007).

A formação nesta área é essencial para os cuidados prestados aos pacientes já que representa a união entre Psicologia e Oncologia, resultando assim num maior conhecimento e respeito destas duas áreas de trabalho. Este conhecimento possibilita a integração destas duas especialidades dentro de uma perspectiva de trabalho, valorizando os aspectos emocionais do paciente oncológico e a inclusão destes no tratamento (Cardoso, 2007).

O especialista em Psico-Oncologia pediátrica é sem dúvida o profissional com melhores conhecimentos e competências desenvolvidas para delinear uma intervenção baseada nas características individuais, familiares e sociais de cada criança (Celma, 2009).

3.3 Sistema Nacional de Saúde Português: Contextualização

Os serviços que prestam cuidados de saúde à população portuguesa têm sofrido consideráveis melhorias ao longo dos últimos trinta anos no entanto, a avaliação do mesmo aponta ainda muitas fragilidades na sua estrutura e funcionalidade.

A elaboração do Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010, surge através da “necessidade de estabelecer uma estratégia global de acção nas diferentes áreas relacionadas com a prevenção e tratamento do cancro” (Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010, p.5).

Uma das principais lacunas no que respeita ao seguimento do cancro, diz respeito a uma deficitária vigilância epidemiológica incapacitando, em parte, o sistema na intervenção na doença oncológica (Ferreira, 2011).

Em 2005, é dado o primeiro grande passo para modificação desta situação com a criação do programa vertical para as doenças oncológicas e a nomeação dum Coordenador Nacional

para as Doenças Oncológicas (CNDO). A existência de uma Rede de Referência Integrada em Oncologia, diz respeito a um sistema que integra diferentes instituições que, articuladas entre si permitem a prestação de serviços e cuidados especializados. A oncologia pediátrica, reveste-se de especificidades que são contempladas no âmbito dessa rede (Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010).

O sistema de saúde português carece ainda de uma organização global que permita atingir os objectivos mais importantes como, a diminuição da mortalidade e da morbilidade das doenças cancerígenas (Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010).

Em Portugal, o cancro pediátrico assume, tal como noutros países da Europa, números poucos expressivos levando, assumindo-se por isso grandes dificuldades na prevenção e rastreio desta doença. O número de serviços especializados em oncologia pediátrica é consideravelmente limitado, havendo apenas quatro Unidades de Oncologia Pediátrica - Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, HPC e Hospital de São João (Ministério da Saúde, 2002 & Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010).

Segundo a *International Society of Pediatric Oncology* (SIOP), todas as unidades de oncologia pediátrica devem corresponder a diversos requisitos como, oferecer a todas as crianças com cancro condições específicas para o diagnóstico, tratamento, recuperação e seguimento posterior; funcionar com base em equipas de trabalho multidisciplinar; o espaço funcionar numa unidade especial integrada num departamento de pediatria ou funcionar num Centro de Oncologia Geral; ter ligações privilegiadas com Serviços de Pediatria e condições de apoio específico às crianças hospitalizadas, incluindo serviço social, educadores e de atendimento psicossocial; integrar ou ter ligação a organizações nacionais e ou internacionais de Oncologia Pediátrica de estrutura multidisciplinar, de forma a facilitar a comunicação de novos métodos de tratamento e a coordenação da respectiva investigação; possuir recursos humanos e técnicos para um tratamento correcto e eficaz, de forma a poder fornecer elementos e dados para os Registos Oncológicos e integrar especialistas devidamente treinados de forma a assegurar a assistência adequada vinte e quatro horas (Ferreira, 2011).

Parte II - Corpo Empírico

Capítulo IV - Metodologia

4.1 Natureza do estudo

De acordo com a literatura, o desenho da presente investigação é definido como descritivo, correlacional e de comparação entre grupos, pois descreve e fornece informação sobre acontecimentos que ocorrem de forma natural, sem intervenção do investigador, nas populações em estudo. Para além disto, permite comparar dois grupos que diferem no facto de um possuir determinada característica e o outro não e ainda analisar possíveis relações existentes entre os instrumentos de medida das duas dimensões avaliadas (Ribeiro, 1999; Coté & Fillion, 2006).

O estudo foi desenvolvido sob uma orientação de natureza quantitativa, permitindo assim responder aos objectivos propostos. De uma forma geral, o método quantitativo pretende explicar e prever um fenómeno através da medida de variáveis e pela análise numérica, através de testes e procedimentos estatísticos (Fortin, 2006).

4.2 Objectivos da investigação

Após a exposição teórica acerca das temáticas centrais deste estudo, é possível definirem-se vários objectivos. Como objectivo geral pretende-se compreender/analisar a relação entre variáveis psicológicas (medo e auto-conceito) e variáveis sócio-demográficas e clínicas dos dois grupos de crianças pertencentes à amostra total do estudo. De forma mais específica, para o grupo normativo os objectivos consistem em analisar a relação entre a variável género e as variáveis medo e auto-conceito, analisar a relação entre categorias de idade e as variáveis medo e auto-conceito, analisar a relação entre categorias de escolaridade e as variáveis medo e auto-conceito e ainda avaliar os dez medos mais comuns. Para o grupo clínico, as variáveis psicológicas foram analisadas tendo em conta as variáveis clínicas, diagnóstico e experiência de internamento. Após a avaliação do grupo normativo e do grupo clínico, separadamente, foi realizada a comparação entre os mesmos com o objectivo de se verificar se existem diferenças ao nível do medo e auto-conceito, entre os dois grupos. Como último objectivo definiu-se análise dos graus de associação entre os instrumentos de avaliação FSSC-R e PHSCS-2.

4.3 Variáveis consideradas no estudo

Um tratamento estatístico adequado requer classificar e identificar as escalas ou níveis de medidas de variáveis (Pestana & Gageiro, 2008).

A qualidade da investigação científica depende em grande parte da definição e medição dos conceitos e da possibilidade de estes se distribuírem por categorias ou valores. A medição diz respeito à atribuição de números e valores às variáveis definidas (Ribeiro, 1999).

As variáveis em psicologia podem dividir-se em qualitativas (atributos ou categorias), permitindo apenas descrever sujeitos ou situações, ou quantitativas (características

mensuráveis e que se podem exprimir em valores numéricos reportados a uma unidade de medida ou de ordem), permitindo já uma avaliação tomando critérios de frequência, de grau ou de intensidade (variáveis intervalares) ou critérios de sequência ou ordem (variáveis ordinais) (Morais, 2005).

No presente estudo as variáveis podem ser classificadas de nominais, ordinais e de intervalo. As variáveis de escala nominal ou ordinal podem também ser classificadas de qualitativas, pois são caracterizadas por meio de uma descrição e não comportam uma escala dimensional rígida e as escalas de intervalo podem ser definidas como quantitativas (Pallant, 2005). As variáveis nominais baseiam-se na diferenciação qualitativa, uma vez que os números servem para identificar ou categorizar (Pestana & Gageiro, 2008) e identificam-se neste estudo como variáveis nominais o género, a escola, estado civil dos pais, diagnóstico clínico e o acompanhamento.

A escala ordinal corresponde a um sistema de classificação mais complexo que o anterior (Ribeiro, 1999). Existe uma relação de ordem expressa pela distinção dos diferentes graus da própria variável. As variáveis ordinais na investigação dizem respeito à idade, ao nível de escolaridade das crianças e os resultados dos instrumentos de avaliação psicológica (Pestana & Gageiro, 2008).

Nas escalas de intervalo, os números significam, de forma quantitativa, que uns apresentam mais que outros (Ribeiro, 1999). Como exemplo de escalas de intervalo pode identificar-se a idade, o número de pessoas que constituem o agregado familiar e o tempo de diagnóstico.

4.4 Participantes

Com base nos objectivos e natureza do estudo, definiu-se como população de interesse, crianças do 2.º, 3.º, 4.º, 5.º e 6.º ano de escolaridade de várias escolas do concelho da Covilhã e crianças com doença oncológica com cuidados prestados no HPC. No que respeita às escolas, estas fazem parte do Agrupamento de Escolas a Lã e a Neve, Agrupamento de Escolas do Tortosendo e Agrupamento de Escolas do Teixoso.

A selecção dos participantes foi realizada a partir de um processo de amostragem não probabilístico ou intencional. Através deste tipo de amostragem, a probabilidade que qualquer elemento tem de ser incluído no estudo é desconhecida. A intencionalidade da amostra. O que pretende é que o investigador escolha, intencionalmente, o contexto e a amostra de modo a compreender aquilo a que se propõe (Fortin, 2006). Constituídas a partir das intenções ou necessidades do investigador para estudar uma situação particular, baseiam-se em opiniões de uma ou mais pessoas que conhecem características específicas que se pretendem analisar da população em estudo (Morais, 2005).

Os critérios de inclusão e exclusão permitem determinar se o sujeito deve, ou não, pertencer ao grupo de participantes do estudo. Como critério de inclusão, para a totalidade dos participantes, optou-se pela restrição da faixa etária e nível de escolaridade. Quanto à

idade, delimitou-se como mínimo os 7 anos e como máximo 12. A selecção de crianças com idades compreendidas nesta faixa etária recaiu sobre as idades mínimas de aplicabilidade dos instrumentos propostas pelos autores e também pela capacidade de responder aos questionários de forma autónoma. Por outro lado, esta situação pode ainda ser justificada tendo em conta a perspectiva desenvolvimental. Como já foi sendo referenciado ao longo do enquadramento teórico, o período escolar compreende crianças entre os 5/6 e os 11/12 anos de idade com características desenvolvimentais específicas desta fase, o que nos levou a não contemplar no estudo crianças pertencentes a outra fase desenvolvimental ou mesmo adolescentes. Especificamente no grupo clínico, foram apresentados mais 2 critérios para que os participantes pudessem constituir a amostra. Os critérios remetem para facto de as crianças apresentarem doença oncológica e de se encontrarem em situação de tratamento periódico em contexto hospitalar. Inicialmente o estudo previa incluir crianças em situação de internamento, no entanto para além do número de crianças ser demasiado pequeno, estas encontravam-se em condições consideradas como muito debilitadas. Assim, os critérios de exclusão foram aplicados a crianças com idade inferior a 7 e superior a 12, e que frequentassem o 1.º ano ou acima do 6.º ano de escolaridade. Acrescentou-se ainda, a presença de psicopatologia, condição física, emocional e psicológica debilitada.

4.4.1 Caracterização da amostra

A caracterização da amostra total será feita tendo em conta as variáveis sócio-demográficas como a idade, género, escolaridade e a escola frequentada, variáveis de contexto familiar como a constituição do agregado familiar a presença, ou não, do subsistema fraterno. Para o grupo clínico apresentar-se-á ainda alguns dados clínicos referentes à natureza do diagnóstico, experiência de internamento e acompanhamento recebido pela criança. A caracterização será sempre efectuada primeiramente para a amostra total e para os dois grupos de participantes. A investigação incidiu sobre uma amostra de 307 ($n=307$) crianças, sendo que 292 ($n=292$) pertencem ao grupo normativo (crianças sem doença oncológica) e 15 ($n=15$) ao grupo clínico (crianças com doença oncológica). De forma global, as idades dos participantes da amostra total oscilam entre os 7 e os 12 anos de idade, apresentando uma média de 9.14 e um desvio padrão correspondente a 1.57 ($\bar{x}=9.14$; $s'=1.57$). Relativamente ao grupo normativo, este apresenta, para a mesma variável, uma média de 9.19 e desvio padrão de 1.55 ($\bar{x}=9.19$; $s'=1.55$). Para o grupo clínico, as idades encontram-se entre os 7 e os 11 anos de idade, verificando-se uma média de 8.07 e desvio padrão igual a 1.58 ($\bar{x}=8.07$; $s'=1.58$) (cf. Tabela 5).

Tabela 5.

Caracterização da amostra segundo a variável idade.

	Amostra Total	Grupo normativo	Grupo clínico
Média	9.14	9.19	8.07
Desvio Padrão	1.57	1.55	1.58
Mediana	9	9	7
Moda	8	8	7
Mínimo	7	7	7
Máximo	12	12	11

Através da aplicação do Teste Kolmogorov-Smirnov, pode referir-se que a variável idade não segue uma distribuição normal para os dois grupos de participantes da amostra. Para o grupo normativo e para o grupo clínico, apresenta-se um $P_{valor}=.000$ e $P_{valor}=.027$, respectivamente. Assim sendo rejeita-se a hipótese nula referente à normalidade da distribuição da variável idade (cf. Tabela 6).

Tabela 6.

Teste de ajustamento à normalidade para a variável idade.

Grupo de participantes	Estatística	GL/gl	Significância/ p_{valor}
Grupo normativo	0.180	292	.000
Grupo clínico	0.233	15	.027

Das 307 crianças (amostra total), pode referir-se que 140 são do género masculino e 167 do género feminino o que corresponde, em termos de percentagem a 45.6% e 54.4%, respectivamente. Para a população normativa identificam-se 131 crianças (44.9%) pertencentes ao género masculino e 161 (55.1%) ao género feminino. A população clínica contém 9 crianças do género masculino e 6 do género feminino obtendo-se assim uma percentagem de 60% e 40%, respectivamente (cf. Tabela 7).

Tabela 7.

Caracterização da amostra segundo a variável género.

	Amostra Total		Grupo normativo		Grupo clínico	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Masculino	140	45.6	131	44.9	9	60
Feminino	167	54.4	161	55.1	6	40

Nota: *n* corresponde à frequência absoluta; % corresponde à frequência relativa.

No que respeita ao nível de escolaridade, para a amostra total, pode referir-se que 200 (65.1%) crianças frequentam o 1.º ciclo e 106 (34.5%) o 2.º ciclo. Do 1.º ciclo é possível afirmar que 86 (28%) crianças frequentam o segundo ano escolar, 61 (19.9%) frequentam o terceiro ano, 53 (17.3%) crianças estudam no quarto ano. Para o 2.º ciclo, o quinto ano é frequentado por 41 (13.4%) crianças e o sexto ano por 61 (21.2%). Para o grupo normativo sabe-se que 188 (64.4%) crianças frequentam o 1.º ciclo, sendo que 76 (26%) correspondem ao segundo ano de escolaridade, 61 (20.9%) o terceiro ano e 51 (17.5%) o quarto ano. Relativamente ao 2.º ciclo, este é frequentado por 103 (35.3%), onde 39 (13.4%) estudam no quinto ano e 64 (21.9%) no sexto ano. Por último, referindo os participantes do grupo clínico, pode afirmar-se que 12 crianças (80%) frequentam o 1.º ciclo e 3 (20%) o 2.º ciclo. Para o segundo ano de

escolaridade correspondem 10 (66.7%) crianças, o quarto ano é frequentado por 2 (13.3%) crianças, o quinto ano por 2 (13.3%) crianças e o sexto ano por 1 (6.7%) criança (cf. Tabela 8).

Tabela 8.

Caracterização da amostra segundo o Nível de Escolaridade.

	Amostra total		Grupo normativo		Grupo clínico	
	n	%	n	%	n	%
Válido						
1.º Ciclo	200	65.1	188	64.4	12	80
Segundo ano	86	28	76	26	10	66.7
Terceiro ano	61	19.9	61	20.9	0	0
Quarto ano	53	17.3	51	17.5	2	13.3
2.º Ciclo	106	34.5	103	35.3	3	20
Quinto ano	41	13.4	39	13.4	2	13.3
Sexto ano	65	21.2	64	21.9	1	6.7
Omisso	1		1	0.3	0	0
Total	306	99.7	291	99.7	15	100

Nota: n corresponde à frequência absoluta; % corresponde à frequência relativa.

No que respeita ao estado civil dos pais, embora da amostra total três crianças não tenham respondido a esta questão, pode referir-se que 257 (83.7%) crianças afirmam que os pais são casados, 39 (12.7%) têm pais divorciados e 2 (0.7%) apresentam-se como filhos de pais solteiros. O mesmo número de crianças, 2 (0.7%), refere que os pais se encontram em união de facto e por último, 4 crianças afirmam que um dos progenitores se encontra em situação de viúvez. Para caracterizar o grupo normativo, duas crianças não responderam à questão, pode afirmar-se que 244 (83.6%) crianças têm os pais casados, 38 (13%) são filhos de pais divorciados e 2 (0.7%) crianças referem que os pais são solteiros. Com o mesmo número apresentam-se crianças que afirmam que os pais vivem em união de facto e 4 (1.4%) são filhos de pais viúvos. Para o grupo clínico, 14 (93.3%) das crianças referem que os pais são casados e 1 (6.7%) que os pais são solteiros (cf. Tabela 9).

Tabela 9.

Caracterização da amostra segundo o Estado Civil dos pais.

	Amostra Total		Grupo normativo		Grupo clínico	
	n	%	n	%	n	%
Válido						
Casados	257	83.7	244	83.6	14	93.3
Divorciados	39	12.7	38	13.0	0	0
Solteiros	2	0.7	2	0.7	1	6.7
União de Facto	2	0.7	2	0.7	0	0
Viúvos	4	1.3	4	1.4	0	0
Total	304	99.0	290	99.3	14	93.3
Omisso	3	1	2	0.7	1	6.7

Nota: n corresponde à frequência absoluta; % corresponde à frequência relativa.

No que respeita ao subsistema fraterno, pode referir-se que 229 (74.6%) crianças pertencentes à amostra total afirmam a existência de um elemento fraterno na sua estrutura familiar, enquanto 78 (25.4%) responde negativamente. Para o grupo normativo, 218 (74.5%) crianças respondem de forma afirmativa e 74 (25.3%) de forma negativa. No grupo clínico, 11 (73.3%) crianças referem ter irmãos e 4 (26.7%) respondem não ter (cf. Tabela 10).

Tabela 10.
Caracterização da amostra segundo o Subsistema Fraterno.

	Amostra Total		Grupo normativo		Grupo clínico	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	229	74.6	218	74.7	11	73.3
Não	78	25.4	74	25.3	4	26.7

Nota: n corresponde à frequência absoluta; % corresponde à frequência relativa.

Os 15 sujeitos pertencentes ao grupo clínico apresentam diferenças no que respeita a variáveis de natureza clínica.

Relativamente ao tipo de cancro pode verificar-se que 10 (66.7%) crianças foram diagnosticadas com 1 tipo de tumor líquido. Da análise dos questionários pode afirmar-se que todas elas apresentam como tumor líquido, a leucemia. No que respeita ao tumor sólido (sarcoma de Ewing), este está presente em 2 (13.3%) das crianças e 3 (20.0%) apresentam algum tipo de tumor do SNC (glioma do nervo óptico, meduloblastoma) (cf. Tabela 11).

Tabela 11.
Caracterização da amostra segundo o diagnóstico clínico.

	Grupo Clínico	
	<i>n</i>	%
Tumor Líquido	10	66.7
Tumor Sólido	2	13.3
Tumor SNC	3	20

Nota: n corresponde à frequência absoluta; % corresponde à frequência relativa.

No que respeita ao acompanhamento, pode verificar-se que a pessoa que mais acompanha a criança na ida ao hospital é a figura materna, 66.7%. Seguidamente encontra-se o pai e a mãe, em simultâneo, com uma percentagem de 20 % e por último, com percentagem igual a 6.7%, encontra-se a figura paterna ou outro familiar (cf. Tabela 12).

Tabela 12.
Caracterização do grupo clínico segundo o acompanhamento recebido.

	Grupo clínico	
	<i>n</i>	%
Mãe	10	66.7
Pai	1	6.7
Mãe e pai	3	20
Outros	1	6.7

Nota: n corresponde à frequência absoluta; % corresponde à frequência relativa.

No que diz respeito à condição clínica, sabe-se que a amostra foi recolhida em contexto de ambulatório, onde funcionam as consultas da especialidade e o hospital de dia, onde são realizados os tratamentos. Apesar desta informação, pretendeu-se saber se as crianças inquiridas já tinham experienciado situação de internamento. Apesar de dois sujeitos não terem respondido à questão, sabe-se que a maior parte das crianças já se encontrou em situação de internamento. Assim, afirma-se que 8 (53.3%) crianças já estiveram internadas enquanto 5 crianças (33.3%) nunca estiveram internadas (cf. Tabela 13).

Tabela 13.
Caracterização do grupo clínico segundo a Situação de Internamento.

		Grupo clínico	
		<i>n</i>	%
Válido	Sim	8	53.3
	Não	6	40
	Total	14	93.3
Omisso		1	6.7

Nota: n corresponde à frequência absoluta; % corresponde à frequência relativa.

4.5 Instrumentos

Sendo a recolha de dados uma etapa fundamental em qualquer trabalho de investigação, esta requer a elaboração ou selecção de instrumentos apropriados e adequados aos objectivos propostos (Fortin, 2006). Neste estudo, os instrumentos utilizados foram questionários, uma vez que se pretendia obter uma amostra ampla, mantendo o rigor das informações colhidas com os recursos humanos e materiais disponíveis.

4.5.1 Questionário Sócio-Demográfico

Após uma breve revisão bibliográfica, o Questionário Sócio-Demográfico foi construído e aplicado às 307 crianças com o objectivo de recolher informação acerca de diversas variáveis consideradas pertinentes para o estudo em questão. O questionário apresenta algumas diferenças tendo em conta o seu destinatário. O questionário aplicado a crianças sem doença contém oito questões relativas a características individuais, familiares e escolares. Por sua vez, e devido à necessidade de recolher mais informações, o questionário aplicado às crianças com doença oncológica, para além das questões individuais, escolares e familiares contém ainda algumas questões referentes à história e condição de saúde.

4.5.2 Fear Survey Schedule for Children Revised

A administração de escalas de avaliação do medo tem sido o método mais comum no que diz respeito à investigação científica no campo da ansiedade infantil. Os mais recentes investigadores aliaram à sua pesquisa, a administração de escalas de avaliação de auto-resposta substituindo gradualmente os instrumentos preenchidos por outros, como pais e professores. Grande parte da investigação realizada na área da psicologia é praticada através da administração directa de instrumentos de avaliação às crianças (Gullone, 1999; 2000).

O instrumento seleccionado para avaliar o conceito de medo diz respeito ao *Fear Survey Schedule for Children - Revised* (FSSC-R). O instrumento diz respeito a uma medida de auto-relato e foi construído a partir da Escala de Medo de Scherer e Nakamura para adultos, em 1968 (Ollendick, 2006; Fischer *et al.*, 2006; Dias & Gonçalves, 1999 & Burhnam, 2005).

Em 1983, Thomas Ollendick fez uma revisão à escala já existente, alterando a forma de resposta de cinco para três pontos, tornando-a mais apropriada para crianças e populações

clínicas (Ollendick & Gullone, 1990). Da revisão, surge o actual FSSC-R. A aplicabilidade desta escala era inicialmente para crianças com idades compreendidas entre os oito e onze anos de idade, no entanto após a sua revisão foi permitida alargou-se a faixa etária permitindo a sua aplicação entre os sete e os dezasseis anos de idade (Westenberg, M. P., Drewes, J. M., Goedhart, W. A., Siebelink, M. B. & Treffers, A. D. P., 2004; Ollendick, 2006).

O FSSC-R é composto por oitenta itens, distribuídos por cinco factores distintos. Os factores dizem respeito ao medo de falhar e da crítica (“Parecer disparatado”; “Ser mandado ao director da escola”), medo do perigo, morte e ferimentos (“Morte ou pessoas mortas”; “Ser atropelado por um carro ou camião”), medo do desconhecido (“Ser deixado em casa com alguém a tomar conta”; “Lugares escuros”), medo de animais (“Cobras”; “Formigas ou carochas”) e medos relacionados com actos médicos (“Ter de ir para o hospital”; “Ver sangue”) (Westenberg, M. P., Drewes, J. M., Goedhart, W. A., Siebelink, M. B. & Treffers, A. D. P., 2004).

O instrumento apresenta como sistema de resposta uma escala de tipo *Likert*, tendo como valores possíveis 0, 1 e 2 sendo as opções de resposta, “Nenhum”, “Algum” e “Muito”, respectivamente. Através do FSSC-R é possível aceder a duas informações importantes acerca dos medos, a prevalência e a intensidade. A prevalência calcula-se tendo em conta a presença dos medos e a intensidade de acordo com a opção da resposta “Algum” ou “Muito”. O FSSC-R pode ser analisado através da sua prevalência, através da presença dos medos e da sua intensidade (Sampaio, Martins & Oliveira, 2007).

Ao nível da análise psicométrica, a escala original apresenta uma elevada consistência interna sendo o alfa de *Cronbach* superior a 0.90, para a escala total. A fidelidade da versão portuguesa da escala foi avaliada através da análise da consistência interna, apresentando uma alfa de *Cronbach* de 0.91. No que respeita à versão portuguesa, esta foi avaliada de duas formas, através da correlação com a ansiedade-traço e através da análise factorial. Esta análise levou a uma ligeira alteração na disposição dos cinco factores da escala proposta por Ollendick (Dias & Gonçalves, 1999). A análise da validade da escala original foi ainda apoiada pela realização de comparações de pontuações de instrumentos relacionados, nomeadamente o *Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale* (Ollendick, 1990).

4.5.3 Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale-2

Decorrentes das diversas definições e teorias sobre o auto-conceito surgem também diferentes instrumentos que o avaliam. Para a realização da presente investigação foi seleccionado o *Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale - 2* (PHCSCS-2). Este é um instrumento de auto-relato e auto-avaliação recomendado por vários autores e frequentemente utilizado na investigação nacional e internacional. A escala pretende avaliar e medir o auto-conceito como constructo psicológico, (Veiga, 1989; 2006). Pode ser aplicado a crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos ou com níveis de escolaridade entre o 2.º e o 12.º ano (Puckett, 2008).

O PHCSCS foi desenvolvido por Piers e Harris em 1964, sendo que foi criada uma edição revista na década de oitenta (Piers, 1984 cit in Veiga, 2006). No presente estudo foi aplicada a mais recente escala revisada e reduzida por Piers e Hertzberg em 2002, o *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale* (PHCSCS-2) e adaptada à população portuguesa em 2006, por Feliciano Veiga. A nova versão do instrumento contém sessenta itens, podendo assim ser mais facilmente integrada em pesquisas e avaliações clínicas (Veiga, 2006) e é constituída por 25 questões positivas e 35 negativas acerca de si próprio (Puckett, 2008). Tal como no instrumento anterior, os sessenta itens são distribuídos por seis dimensões, sendo elas o Aspecto Comportamental (AC), o Estatuto Intelectual (EI), a Aparência Física (AF), a Ansiedade (AN), a Popularidade (PO) e a Satisfação-Felicidade (SF). O AC é composto por quinze itens referentes à percepção que o sujeito tem do seu comportamento, em diversas situações, e da responsabilidade das suas acções nomeadamente, em casa e na escola. O EI diz respeito a um conjunto de catorze itens relacionados com a forma como a pessoa se vê face ao rendimento obtido em tarefas do domínio intelectual, com a importância e atenção que lhe é conferida no contexto escolar de acordo com as suas capacidades intelectuais. A AF, é um factor avalia que a pessoa pensa acerca da sua imagem de cariz estético, através de seis itens. O factor AN inclui doze itens que remetem para questões de insegurança, preocupações e medos com os quais a pessoa se confronta em diversas situações da sua vida. Está intimamente relacionado com emoções e expectativas negativas. O PO constituído por dez itens e refere-se à percepção que a pessoa tem das suas relações com os colegas, à facilidade em fazer amigos, ao grau de popularidade e ao modo como se sente incluído e desejado nas actividades desenvolvidas em contexto de grupo. Por último, o factor SF tem como objectivo avaliar a satisfação que a pessoa tem consigo mesma, ou seja, a felicidade geral relativamente à sua forma de ser (Veiga, 2006). A escala contém ainda uma pontuação total que permite comunicar a natureza global do auto-conceito (Puckett, 2008).

As respostas apresentam-se em escala de tipo *Thurstone*, com itens dicotómicos, sendo que as crianças ou adolescentes respondem “SIM” ou “NÃO”, face à questão colocada. No que respeita ao sistema de cotação, é atribuído 1 ou 0 pontos conforme a resposta dada seja reveladora, respectivamente, de uma atitude positiva ou negativa face a si mesmo. Relativamente à consistência interna do PHCSCS-2 original, o coeficiente de consistência interna, para o factor geral, apresenta um valor igual a 0.90 para a população total. Relativamente à versão portuguesa, o factor geral apresenta igualdade na sua consistência interna com um valor de alfa igual a 0.90 (Veiga, 2006).

4.6 Procedimentos

Após uma breve revisão da literatura e decisão acerca do tema em estudo, foram definidas as questões metodológicas que visam a planificação da investigação. Após terem sido definidos os participantes de interesse para o estudo, foram realizados os procedimentos

necessários para os pedidos de autorizações, relativamente aos instrumentos de recolha de dados (cf. Anexo 1) e dos participantes do contexto escolar (cf. Anexo 2) e hospitalar.

De forma mais particular, e tendo em conta a que também nos referimos a um contexto clínico, o projecto de investigação e a solicitação do pedido de autorização para o Serviço de Hemato-Oncologia do Hospital Pediátrico de Coimbra foram efectuados segundo alguns requisitos estipulados pela Comissão de Avaliação de Propostas para Trabalhos Académicos, sendo posteriormente sujeito a avaliação pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Coimbra (cf. Anexo 3).

Posteriormente às autorizações (cf. Anexo 4) procedeu-se à aplicação dos instrumentos nos dois contextos. Para o contexto escolar, a primeira etapa desta fase correspondeu à entrega dos pedidos de autorização efectuados para os pais, através de um protocolo de consentimento informado (cf. Anexo 5). Após a recolha destes documentos foram entregues às escolas os instrumentos de avaliação, tendo ficado acordado que os questionários iriam ser administrados em contexto de sala de aula. Já no contexto hospitalar, foi possível contactar directamente com os pais e aplicar os questionários às crianças logo a seguir à autorização recebida (cf. Anexo 5). Importa referir que a selecção das crianças para o grupo clínico foi realizada com a ajuda da Educadora de Infância do Serviço de Hemato-Oncologia. Após a recolha e organização dos dados, foi realizado o tratamento estatístico através do *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 19. A última etapa da diz assim respeito à análise estatística e à interpretação dos resultados obtidos bem como, a sua discussão.

4.7 Análise estatística

Relativamente à análise estatística e procedimentos utilizados pode, no presente estudo, identificar-se duas áreas diferentes, no entanto complementares. A primeira área diz respeito à estatística descritiva e a segunda área à estatística inferencial. A primeira consiste num conjunto de métodos estatísticos que visam sumariar e descrever atributos e/ou características da realidade que se pretende estudar (Martinez & Ferreira, 2010). Diz respeito a um acontecimento básico que incluído em todas as investigações (Ribeiro, 1999).

É oportuno referir que para a realização dos procedimentos estatísticos procedeu-se primeiramente à padronização dos resultados brutos, ou seja, à conversão das pontuações brutas em notas/resultados T, definidas pelos autores da escala original e adaptadas para a população portuguesa. A conversão foi realizada através de folhas de perfil, permitindo fazer a correspondência entre os resultados brutos dos factores e dimensões da escala em notas padronizadas.

O primeiro procedimento estatístico remeteu para a caracterização da amostra total e dos dois grupos de participantes, tendo em conta as variáveis sócio-demográficas incluídas no estudo. Para esta análise recorreu-se a medidas de localização de tendência central (média, moda e mediana), medidas de variabilidade (máximos e mínimos), medidas de dispersão (desvio padrão), frequências absolutas e relativas.

De seguida, já na parte dos resultados, pretendeu-se analisar as características psicométricas dos instrumentos seleccionados para o estudo. A fiabilidade dos instrumentos foi avaliada através do cálculo do coeficiente *alpha* de *Cronbach*. Este coeficiente fornece a medida de consistência interna e baseia-se nas intercorrelações de todos os itens do teste (Ribeiro, 1999). A análise da consistência interna de uma medida psicológica é uma necessidade aceite na comunidade científica (Maroco & Marques, 2006). O valor obtido através do *alpha* de *Cronbach* varia entre 0 e 1, sendo que valores abaixo de 0.6 são considerados inadmissíveis, entre 0.6 e 0.7 a consistência é fraca, entre 0.7 e 0.8 é razoável, entre 0.8 e 0.9 a consistência interna é boa e acima de 0.9 muito boa (Pestana & Gageiro, 2008). Após este processo partiu-se para uma análise dos factores ou dimensões constituintes dos instrumentos e respectivos. O objectivo foi a verificar se cada um dos factores contribuía de forma significativa para o constructo que se pretendia medir e conhecer a correlação do item com a escala a que pertence (Pallant, 2005).

O procedimento seguinte diz respeito à estatística descritiva dos instrumentos, tendo em conta os dois grupos de participantes. Para a realização desta análise recorreu-se a diferentes medidas estatísticas como medidas de localização de tendência central (média), medidas de localização de tendência não central (percentis), medidas de variabilidade (máximos e mínimos) e medidas de dispersão (desvio padrão).

Posteriormente, com o objectivo de analisar a aderência/ajustamento à normalidade da distribuição de uma variável de nível ordinal ou superior foi aplicado o teste Kolmogorov-Smirnov para o grupo normativo. Em alternativa a este teste e tendo em conta o facto de o grupo clínico apresentar um *n* pequeno aplicou-se o Shapiro-Wilk. Sabendo que os procedimentos estatísticos devem ser escolhidos com o objectivo de conferir credibilidade à investigação, esta análise revela-se importante para a escolha dos testes a aplicar (Pestana & Gageiro, 2008). A escolha poderá recair sobre testes de natureza paramétrica (para distribuições normais) ou de natureza não paramétrica (para distribuições que não seguem a normalidade) (Ribeiro, 1999). A não rejeição da hipótese nula (H_0) pressupõe que a variável siga uma distribuição normal e a sua rejeição que a variável não siga uma distribuição normal. A rejeição ou não rejeição depende do valor de probabilidade de significância (P_{valor}). Para um nível de significância de 5%, a não rejeição de H_0 terá que apresentar p_{valor} igual ou superior a .05 ($P_{valor} > .05$ ou $P_{valor} = .05$). Para rejeição de H_0 (hipótese nula), p_{valor} deve ser inferior a .05 ($P_{valor} < .05$) (Pestana & Gageiro, 2008).

Terminando a análise descritiva, prosseguiu-se com a análise de dados referente à estatística inferencial. Esta, compreende um conjunto de métodos que visam caracterizar ou inferir sobre uma população, a partir de uma amostra (Martinez & Ferreira, 2010).

A análise estatística relativa à análise bivariada, ou cruzamento de variáveis, foi realizada em primeiro lugar apenas para o grupo normativo. A disparidade do *n* entre os dois grupos de participantes levou a optar-se, em primeiro lugar, pela realização de uma análise pormenorizada do grupo normativo, tendo em conta os objectivos propostos para o estudo. Com o objectivo de comparar as médias obtidas nos factores e dimensões entre géneros

diferentes e categorias de idade e escolaridade também diferentes aplicou-se o teste *t-student*. Este teste permite verificar se existem, ou não, diferenças estatisticamente significativas entre as situações. A hipótese nula (H_0) do teste *t-student* remete para a igualdade entre as médias e como hipótese alternativa remete para a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias. Considerando um nível de significância de 5%, não se rejeita H_0 se $p_{valor} > .05$, caso contrário, se $p_{valor} < .05$ rejeita-se esta hipótese.

A escolha do teste *t-student* independentemente da distribuição da amostra recaiu sobre o Teorema do Limite Central. Este afirma que à medida que o n da amostra aumenta, a distribuição da amostra tende para a normalidade. A partir de amostras com $n < 30$, aceita-se a tendência para a normalidade dessa mesma amostra, logo é correcta a utilização de testes estatísticos de natureza paramétrica (Maroco, 2007).

O teste seguinte diz respeito ao teste de independência do Qui-quadrado que analisa a relação entre duas variáveis qualitativas, nominais ou ordinais. Contrariamente ao teste anterior, o teste do Qui-quadrado apresenta os seus resultados através de frequências absolutas e frequências relativas, permitindo assim quantificar o número de ocorrências numa determinada categoria da variável (Martinez & Ferreira, 2010). A hipótese nula deste teste (H_0) remete para a independência das variáveis estudadas e a hipótese alternativa para a existência de dependência entre as mesmas. Tal como para o teste *t-student* a rejeição ou não rejeição de H_0 depende do valor da probabilidade de significância (p_{valor}).

Com a intenção de se cumprir os objectivos propostos relativamente à comparação entre grupo normativo e grupo clínico, optou-se pela selecção de 15 crianças do primeiro grupo, equiparadas ao nível da variável género, idade e escolaridade, de forma a tornar a amostra mais homogénea possível. Para a comparação de médias entre as 15 crianças do grupo normativo e as 15 crianças do grupo clínico, aplicou-se a alternativa não paramétrica do teste *t-student*, o teste de Mann-Whitney (Martinez & Ferreira, 2010). A H_0 deste teste, tal como para o teste *t-student*, remete para a igualdade entre as médias e o valor de probabilidade de significância (p_{valor}) permitirá rejeitar ($p_{valor} > .05$) ou não rejeitar ($p_{valor} < .05$) H_0 (hipótese nula).

O último procedimento refere-se ao cálculo das correlações de *Pearson*. Este teste avalia o grau de associação entre variáveis quantitativas. O coeficiente varia entre -1 e +1, indicando assim o sentido e o grau de associação entre as variáveis. (Maroco, 2007). “A associação pode ser negativa se a variação entre variáveis for em sentido contrário, isto é, se os aumentos de uma variável estão associados, em média, a diminuições da outra; ou pode ser positiva, se a variação entre as variáveis for no mesmo sentido” (Pestana & Gageiro, 2008, p.181).

Considerando a nomenclatura convencional da bibliografia, sabe-se que uma associação linear muito baixa se encontra abaixo de 0,2; uma associação baixa encontra-se entre 0,2 e 0,39; uma associação moderada entre 0,4 e 0,69, entre 0,7 e 0,89 a associação é tida como alta e por fim, uma associação muito alta encontra-se em valores entre 0,9 e 1 (Pestana & Gageiro, 2008).

4.8 Resultados¹

4.8.1 Fiabilidade dos instrumentos

Como se encontra referido anteriormente, o primeiro procedimento estatístico direccionou-se para a avaliação da consistência interna dos instrumentos. Para o FSSC-R pode considerar-se, segundo a literatura, que o instrumento apresenta uma fiabilidade muito boa com um alfa igual a 0.961. O alfa de *Cronbach* foi ainda utilizado para verificar ou avaliar a consistência interna do grupo de *itens* que constituem os cinco factores do FSSC-R. Para o factor F1 (medo de falhar e da crítica), F3 (medo do desconhecido) e F4 (medo de animais) do FSSC-R a consistência interna é considerada boa, uma vez que os valores se encontram entre 0.8 e 0.9. Para o factor F2 (medo do perigo, morte e ferimentos) a consistência é considerada muito boa, apresentando valores acima de 0.9 e por último, o factor F5 (medo relacionado com actos médicos) apresenta uma consistência interna razoável com valor de alfa igual a 0.720 (cf. Tabela 14).

Tabela 14.
Coeficiente de consistência interna do FSSC-R.

Factores	Número de <i>itens</i>	Alfa de <i>Cronbach</i>
F1 - Medo de falhar e da crítica	18	0.867
F2 - Medo do perigo, morte e ferimentos	25	0.924
F3 - Medo do desconhecido	18	0.864
F4 - Medo de animais	10	0.855
F5 - Medos relacionados com actos médicos	5	0.720
Ftotal- Escala global	76	0.961

Para o instrumento PHCSC-2, pode afirmar-se que apresenta um bom grau de fiabilidade com um valor de *alpha* igual a 0.880. Para o *PHSCS-2*, pode afirmar-se que a dimensão AC (aspecto comportamental) e EI (estatuto intelectual) apresentam valores razoáveis de 0.750 e 0.760, respectivamente. A dimensão SF (satisfação-felicidade) apresenta uma consistência fraca, com 0.673, e com valores mais baixos encontram-se as dimensões AN (ansiedade), PO (Popularidade) e AF (aspecto físico) (cf. Tabela 15).

Tabela 15.
Coeficiente de consistência interna do PHSCS-2.

Factores	Número de <i>itens</i>	Alfa de <i>Cronbach</i>
AC - Aspecto Comportamental	10	0.750
AN - Ansiedade	6	0.593
EI - Estatuto Intelectual	13	0.760
SF- Satisfação-Felicidade	8	0.673
AC Global - Auto-conceito global	51	0.880

Os resultados obtidos na análise do alfa de *Cronbach* permitiram verificar que alguns itens não contribuíam para consistência do próprio instrumento. As baixas correlações indicam que os itens não revelam estar a medir o que os factores ou dimensões se propõe

¹ A análise estatística é efectuada com base nas notas padronizadas (notas T) calculadas a partir das repostas dadas por cada sujeito, através da “Folha de Perfil” dos respectivos instrumentos.

medir (Pallant, 2005). Assim, os itens dos dois instrumentos que apresentaram correlações inferiores a 0.25 e as dimensões do PHSCS-2 que apresentaram uma baixa consistência interna foram excluídos, de forma a aumentar a fiabilidade da escala e conseqüentemente do instrumento (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

É importante referir que os instrumentos deste estudo apresentam algumas diferenças, na sua estrutura, quando comparados com os instrumentos originais. A tabela seguinte apresenta as diferenças na estrutura ou composição dos factores (cf. Tabela 16).

Tabela 16.
Caracterização dos factores e dimensões dos dois instrumentos.

		Versão original portuguesa (Dias & Gonçalves, 1999)	Versão deste estudo
FSSC-R	F3	2, 12, 13, 16, 17, 19, 27, 36, 39, 42, 45, 53, 55, 60, 62, 65, 67, 68, 69, 71, 74, 75	13, 16, 17, 19, 27, 36, 45, 53, 55, 60, 62, 65, 67, 68, 69, 71, 74, 75
		Versão original portuguesa (Veiga, 2006)	Versão deste estudo
	AC	12, 13, 14, 18, 19, 20, 27, 30, 36, 38, 45, 48, 58	12, 18, 19, 20, 27, 36, 38, 45, 48, 58
PHSCS-2	AN	4, 7, 10, 17, 23, 29, 56, 59	4, 7, 17, 23, 56, 59
	PO	1, 3, 6, 11, 32, 37, 41, 47, 51, 57	1, 3, 11, 32, 37, 41, 47, 51, 57
	AF	8, 9, 15, 33, 44, 46, 49, 54	15, 33, 44, 49, 54

Nota: a negrito encontram-se os itens excluídos nesta investigação.

4.8.2 Análise descritiva

De seguida apresenta-se a estatística descritiva do FSSC-R e do PHSCS-2 através do cálculo da média, desvio padrão, máximos, mínimos e percentis.

Relativamente ao FSSC-R sabe-se que para o grupo normativo o factor que apresenta a média mais elevada diz respeito ao factor F2 (medo do perigo, morte e ferimentos) com $\bar{x}=50,99$ ($s'=9.82$). Contrariamente ao F2, o F5 (medos relacionados com actos médicos) é o factor que apresenta valores mais baixos relativamente à mesma medida de localização, com $\bar{x}=47.13$ ($s'=7.93$). Relativamente às oscilações verificadas, pode afirmar-se que o valor máximo obtido, em notas T, corresponde ao factor F3 (medo do desconhecido) com um valor igual a 83. No que respeita ao valor mínimo, este corresponde a um valor de 28 e está relacionado com o factor F2 (medo do perigo, morte e ferimentos). Importa ainda referir que a média do factor geral do instrumento é de 48.37 ($s'=10.41$), apresentando uma pontuação máxima de 80 e mínima de 0. No grupo clínico o factor F2 (medo do perigo, morte e ferimentos) apresenta a média mais elevada, $\bar{x}=49.00$ ($s'=7.63$) enquanto o factor F5 (medo relacionado com actos médicos) apresenta valores mais baixos, $\bar{x}=45.33$ ($s'=4.84$). No que concerne aos valores máximos e mínimos, são apresentados pelos factores F2 (medo do perigo, morte e ferimentos) e F1 (medo de falhar e da crítica), respectivamente. O valor máximo corresponde a 68 e o valor mínimo a 33. Para o factor geral, o grupo clínico apresenta uma $\bar{x}=46.27$ ($s'=8.40$) (cf. Tabela 17).

Tabela 17.
Estatística descritiva - FSSC-R.

Grupo de sujeitos	Estatística	Factores					FSSC-R Total
		F1	F2	F3	F4	F5	
Grupo Normativo	Média	47.35	50.99	47.69	50.49	47.13	48.37
	Desvio Padrão	9.77	9.82	8.45	10.36	7.93	10.41
	Mínimo	30	28	38	35	41	0
	Máximo	76	71	83	77	82	80
	Percentil 25	39	44	41	42	41	41
	50	47	52	46	49	45	48
75	54	59	53	57	49	55	
Grupo clínico	Média	45.40	49.00	46.80	46.93	45.33	46.27
	Desvio Padrão	8.36	7.63	7.24	6.30	4.84	8.40
	Mínimo	33	37	40	40	41	34
	Máximo	64	68	67	59	58	66
	Percentil 25	39	43	43	43	41	39
	50	45	48	44	44	45	46
75	50	53	50	51	49	52	

Através da representação gráfica das médias obtidas pelos dois grupos de participantes, pode aferir-se que o grupo normativo pontua ligeiramente acima do grupo clínico, para todos os factores do instrumento FSSC-R (cf. Figura 1).

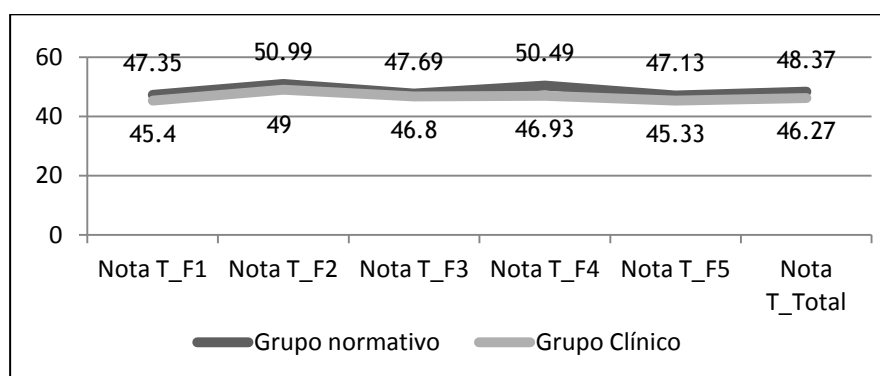


Figura 1. Distribuição dos valores médios obtidos nos factores do FSSC-R, para os dois grupos de participantes.

Relativamente à escala de auto-conceito pode referir-se que para as 4 dimensões avaliadas, a média mais elevada apresentada pelo grupo normativo corresponde à dimensão SF (satisfação-felicidade) com um valor de $\bar{x}=46.82$ ($s'=6.94$). Contrariamente a esta dimensão, a que apresenta valores de média mais baixos corresponde à AN (ansiedade) com $\bar{x}=35.87$ ($s'=5.13$). Analisando os valores máximos e mínimos obtidos, pode referir-se que o valor máximo obtido corresponde à dimensão AC (aspecto comportamental) com 53, enquanto o mínimo corresponde à dimensão SF (satisfação-felicidade) e EI (estatuto intelectual), com o valor de 19. Para a escala global do instrumento apresenta-se uma média de $\bar{x}=41.54$ ($s'=4.50$).

Tal como para o grupo normativo, também o grupo clínico apresenta valores mais elevados e na dimensão, SF (satisfação-felicidade) e valores mais baixos na AN (ansiedade). Para a

dimensão SF (satisfação-felicidade) corresponde uma $\bar{x}=46.20$ ($s'=5.70$) e para a dimensão AN (ansiedade) apresenta-se uma $\bar{x}=36.33$ ($s'=4.66$). O grupo clínico apresenta como valor máximo obtido 52, nas dimensões EI (estatuto intelectual) e SF (satisfação-felicidade) e como valor mínimo apresenta 24, na dimensão AN (ansiedade). Para a escala global apresenta uma $\bar{x}=41.47$ ($s'=4.17$) (cf. Tabela 18).

Tabela 18.
Estatística descritiva - PHSCS-2.

Grupo de sujeitos	Estatística	Dimensões				
		AC	AN	EI	SF	AC Global
Grupo Normativo	Média	39.99	35.87	44.70	46.82	41.54
	Desvio Padrão	4.30	5.13	6.64	6.94	4.50
	Mínimo	23	21	19	19	25
	Máximo	53	41	52	52	47
	Percentil 25	39	31.75	41	47	39.25
	50	41	38	45	47	43
	75	43	41	50	52	45
Grupo Clínico	Média	38.33	36.33	45.93	46.20	41.47
	Desvio Padrão	4.30	4.66	6.14	5.70	4.17
	Mínimo	31	24	30	30	32
	Máximo	43	41	52	52	48
	Percentil 25	35	34	43	42	38
	50	41	38	47	47	43
	75	41	41	50	52	45

A partir da Figura 2, pode reconhecer-se que para a dimensão AN (ansiedade) e EI (estatuto intelectual) o grupo clínico pontua ligeiramente acima do grupo normativo. Pelo contrário, para a dimensão AC (aspecto comportamental), SF (satisfação-felicidade) e AC Global (escala total), é o grupo normativo que apresenta valores de média superiores (cf. Figura 2).

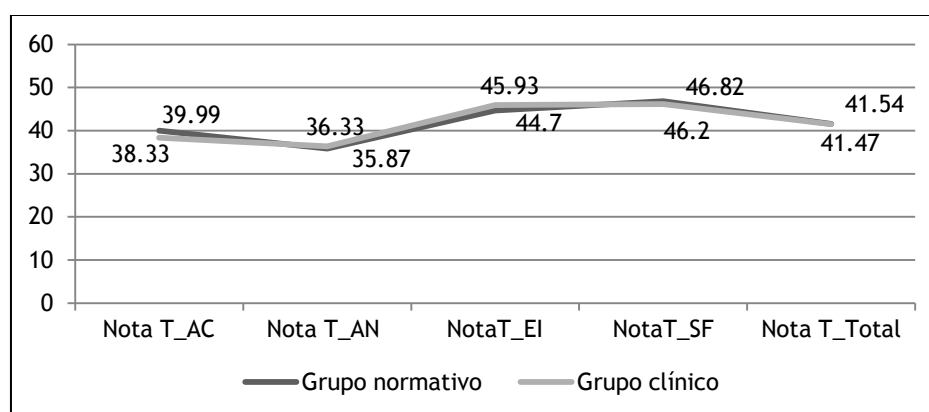


Figura 2. Distribuição dos valores médios obtidos nas dimensões do PHSCS-2, para os dois grupos de participantes.

4.8.3 Análise inferencial

Analisando a distribuição da normalidade para os factores do FSSC-R, tendo em conta os dois grupos de participantes, e partindo do pressuposto que a H_0 (hipótese nula) remete para uma distribuição normal das variáveis, verifica-se que para o grupo normativo o $p_{valor} < .05$ para todos os factores e para a escala total. Visto que o p_{valor} oscila entre .000 e .005 pode rejeitar-se H_0 (hipótese nula) e assumir-se a violação do princípio da normalidade. Para o grupo clínico foi realizado o teste Shapiro-Wilk devido ao n da amostra ser inferior a 30. O teste permitiu concluir que para o factor F1 (medo de falhar e da crítica), F2 (medo do perigo, morte e ferimentos), F4 (medo de animais) e Ftotal encontram-se graus de significância superiores a .05 ($p_{valor} > .05$) com valores de $p=.742$, $p_{valor}=.255$, $p_{valor}=.055$ e $p_{valor}=.464$, respectivamente. Estes resultados permitem não rejeitar H_0 , verificando-se assim a normalidade dos factores. Como excepção à normalidade encontra-se o factor F3 (medo do desconhecido) e F5 (medo relacionado com actos médicos) com $p_{valor}=.005$ e $p_{valor}=.006$, sendo este valor inferior a .05 (cf. Tabela 19).

Tabela 19.
Teste de ajustamento à normalidade - FSSC-R.

Factor	Teste de Kolmogorov-Smirnov ^a Grupo Normativo			Shapiro-Wilk Grupo Clínico		
	Estatística	GL/gl	p_{valor}	Estatística	GL/gl	p_{valor}
F1	0.07	292	.001	0.96	15	.742*
F2	0.07	292	.002	0.93	15	.255*
F3	0.15	292	.000	0.81	15	.005
F4	0.12	292	.000	0.88	15	.055*
F5	0.24	292	.000	0.82	15	.006
Ftotal	0.07	292	.005	0.95	15	.464*

Nota: * $p > .05$

Para o PHSCS-2 verifica-se, para o grupo normativo, que todas as dimensões apresentam $p_{valor} < .05$, $p_{valor}=.000$. Assim, rejeita-se H_0 que remete para a normalidade das dimensões e da escala total. O teste Shapiro-Wilk aplicado ao grupo clínico permitiu não rejeitar H_0 (hipótese nula) apenas para a dimensão AC Global com um valor superior a .05, $p_{valor}=.237$ (cf. Tabela 20).

Tabela 20.
Teste de ajustamento à normalidade - PHSCS-2.

Dimensão	Teste de Kolmogorov-Smirnov ^a Grupo Normativo			Shapiro-Wilk Grupo Clínico		
	Estatística	GL/gl	p_{valor}	Estatística	GL/gl	p_{valor}
AC	0.26	292	.000	0.86	15	.028
NA	0.24	292	.000	0.85	15	.015
EI	0.15	292	.000	0.85	15	.015
SF	0.26	292	.000	0.60	15	.003
AC Global	0.16	292	.000	0.93	15	.237*

Nota: * $p > .05$

4.8.3.1 Grupo normativo

Seguidamente serão apresentados os resultados obtidos através da aplicação do teste *t-student* que permite comparar as médias, em notas T, dos vários factores dos instrumentos, tendo em conta a variável género, idade e escolaridade. Como já foi referido, apesar de se ter violado o pressuposto da normalidade e verificado que o grupo normativo não segue uma distribuição normal, a opção pelo teste paramétrico *t-student* foi baseada no teorema do limite central (Pestana & Gageiro, 2008).

Primeiramente procedeu-se à comparação das médias entre as crianças do género masculino e género feminino. Relativamente ao género masculino, pode referir-se que no global a média dos factores varia entre 45.32, $\bar{x}=45.32$ ($s'=7.94$), para o factor F4 (medo de animais) e 47.53, $\bar{x}=47.53$ ($s'=9.40$), para o factor F2 (medo do perigo, morte e ferimentos). Mais elevadas, encontram-se as médias obtidas pelas crianças do género feminino, oscilando os valores entre 48.11, $\bar{x}=48.11$ ($s'=8.07$), para o factor F5 (medo relacionado com actos médicos) e 54.69, $\bar{x}=54.69$ ($s'=10.22$), para o factor F4 (medo de animais). Partindo do princípio que a H_0 (hipótese nula) remete para a existência de igualdade entre as médias dos diferentes géneros, pode referir-se que para qualquer um dos factores, excepto o factor total, do FSSC-R esta hipótese é rejeitada, uma vez que $p_{valor} < .05$. Estes dados permitem evidenciar a existência de diferenças estatisticamente significativas nos valores médios dos factores entre géneros, com excepção do factor total. Mais, permite concluir que as crianças do género feminino apresentam, em média, valores mais elevados nestes factores comparativamente com as crianças do género masculino (cf. Tabela 21).

Tabela 21.
Diferenças de médias, segundo a variável género - FSSC-R.

Factores	Género	n	Média	Desvio Padrão	p_{valor}
F1	Masculino	131	45.47	9.53	.003*
	Feminino	161	48.88	9.72	
F2	Masculino	131	47.53	9.40	.000*
	Feminino	161	53.80	9.26	
F3	Masculino	131	45.65	8.33	.000*
	Feminino	161	49.35	8.19	
F4	Masculino	131	45.32	7.94	.000*
	Feminino	161	54.69	10.22	
F5	Masculino	131	45.93	7.61	.020*
	Feminino	161	48.11	8.07	
Ftotal	Masculino	131	49.20	10.22	.218
	Feminino	161	47.69	10.54	

Nota: * $p < .05$

Prosseguindo com o mesmo teste estatístico foi realizada a comparação das médias obtidas, tendo em conta a variável idade que apresenta duas categorias, idade igual e inferior a 9 e idade superior a 9 anos. No que respeita à primeira categoria da idade, sabe-se que os valores oscilam entre valores médios mínimos de 47.79, $\bar{x}=47.79$ ($s'=7.89$), para o factor F5 (medo relacionado com actos médicos) e valores médios máximos iguais a 53.02, $\bar{x}=53.02$ ($s'=9.93$), para o factor F2 (medo do perigo, morte e ferimentos). Para a segunda categoria de idade, apresenta-se com uma média mais baixa, $\bar{x}=46$ ($s'=9.61$) para o factor F1 (medo de

falhar e da crítica) e com média mais elevada, $\bar{x}= 49.78$ ($s' =9.89$) para o factor F4 (medo de animais). Tendo em conta os valores de probabilidade de significância obtidos (p_{valor}), pode rejeitar-se H_0 (hipótese nula) para todos os factores, excepto para o factor F4 (medo de animais) e F5 (medos relacionados com actos médicos) uma vez que apresentam um $p_{valor} > .05$. Assim, pode afirmar-se a existência de diferenças estatisticamente significativas, entre crianças com idade inferior e igual a 9 e crianças com idade superior a 9 anos, apenas para os valores médios de medo de falhar e da crítica (F1), o medo do perigo, morte e ferimentos (F2), medo do desconhecido (F3) e FTotal. Conclui-se que as crianças mais novas, em média, apresentam pontuações mais elevadas nestes factores comparativamente com as crianças com mais de 9 anos (cf. Tabela 22).

Tabela 22.
Diferenças de médias segundo a variável idade - FSSC-R.

Factores	Idade	n	Média	Desvio Padrão	p_{valor}
F1	<9	159	48.47	9.79	.031*
	>9	133	46	9.61	
F2	<9	159	53.02	9.93	.000*
	>9	133	48.56	9.14	
F3	<9	159	49.07	9.08	.002*
	>9	133	46.05	7.32	
F4	<9	159	51.08	10.73	.289
	>9	133	49.78	9.89	
F5	<9	159	47.79	7.89	.119
	>9	133	46.34	7.95	
FTotal	<9	159	50.05	10.81	.002*
	>9	133	46.35	9.56	

Nota: * $p < .05$

A variável escolaridade apresenta uma categoria referente às crianças que frequentam o 1.º Ciclo e outra referente às crianças do 2.º Ciclo. No que respeita às oscilações das médias dos factores, verifica-se para as crianças do 1.º Ciclo uma média mínima de 47.75, $\bar{x}= 47.75$ ($s' =7.83$), para F5 (medo relacionado com actos médicos) e máxima de 52.79, $\bar{x}= 52.79$ ($s' =9.62$) para F2 (medo do perigo, morte e ferimentos). As crianças de 2.º Ciclo apresentam uma média mínima de 45.50, $\bar{x}=45.50$ ($s' =7.54$), para F3 (medo do desconhecido) e máxima de 49.22, $\bar{x}=49.22$ ($s' =10.03$), para o factor F4 (medo de animais). Verifica-se que todos os factores, excepto o F4 (medo de animais) e o F5 (medos relacionados com actos médicos) apresentam $p_{valor} < .05$ o que permite rejeitar H_0 (hipótese nula). As diferenças dos valores obtidos entre médias de crianças do 1.º e 2.º ciclo são consideradas estatisticamente significativas, no entanto esta afirmação não se verifica para o factor F4 (medo de animais) e F5 (medos relacionados com actos médicos). Conclui-se deste modo que as crianças do 1º ciclo apresentam, em média, valores mais elevados nos factores F1, F2, F3 e FTotal comparativamente com as crianças que frequentam o 2º Ciclo (cf. Tabela 23).

Tabela 23.
Diferenças de médias segundo a variável escolaridade - FSSC-R.

Factores	Escolaridade	n	Média	Desvio Padrão	p _{valor}
F1	1.º Ciclo	188	48.28	9.51	.036*
	2.º Ciclo	103	45.78	10.03	
F2	1.º Ciclo	188	52.79	9.62	.000*
	2.º Ciclo	103	47.81	9.37	
F3	1.º Ciclo	188	48.93	8.69	.001*
	2.º Ciclo	103	45.50	7.54	
F4	1.º Ciclo	188	51.20	10.52	.120
	2.º Ciclo	103	49.22	10.03	
F5	1.º Ciclo	188	47.75	7.83	.076
	2.º Ciclo	103	46.02	8.07	
Ftotal	1.º Ciclo	188	49.77	10.52	.002*
	2.º Ciclo	103	45.87	9.79	

Nota: * p < .05

Desenvolvendo o mesmo objectivo, pretende-se a realização da mesma análise estatística para o instrumento PHSCS-2. Tal como nas análises anteriores, foram calculados os valores médios de cada dimensão para o género masculino e género feminino. No que respeita ao primeiro género, verificam-se oscilações de valores médios entre 36.41, $\bar{x}=36.41$ ($s'=5.01$), para a dimensão AN (ansiedade) e 46.15, $\bar{x}=46.15$ ($s'=7.77$), para a dimensão SF (satisfação-felicidade). Para o género feminino encontra-se uma média mínima de 35.43, $\bar{x}=35.43$ ($s'=5.20$), para a dimensão AN (ansiedade) e máxima de 47.37, $\bar{x}=47.37$ ($s'=6.16$), para a dimensão SF (satisfação-felicidade). Relativamente ao auto-conceito geral, este apresenta valores médios mais elevados para as crianças pertencentes ao género feminino. O cálculo do p_{valor} permite rejeitar H₀ (hipótese nula) para a dimensão AC (aspecto comportamental) e Actotal (auto-conceito global) pois apresentam-se valores inferiores a .05 (p_{valor} < .05). Para todas as outras dimensões H₀ (hipótese nula) não é rejeitada. Conclui-se então que, para a variável género, existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios obtidos na dimensão AC (aspecto comportamental) e no auto-conceito global, apresentando as crianças do género feminino em média valores mais elevados comparativamente com as do género masculino (cf. Tabela 24).

Tabela 24.
Diferenças de médias segundo a variável género - PHSCS-2.

Dimensões	Género	n	Média	Desvio Padrão	p _{valor}
AC	Masculino	131	39.16	5.08	.003*
	Feminino	161	40.66	3.42	
AN	Masculino	131	36.41	5.01	.106
	Feminino	161	35.43	5.20	
EI	Masculino	131	44.39	6.99	.479
	Feminino	161	44.94	6.35	
SF	Masculino	131	46.15	7.77	.133
	Feminino	161	47.37	6.16	
AC Global	Masculino	131	40.87	5.05	.021*
	Feminino	161	42.09	3.92	

Nota: * p < .05

A comparação realizada entre as médias referentes às duas categorias de idade, possibilitam identificar as oscilações entre valores médios mínimos e médios máximos. Para a

dimensão AN (ansiedade) as crianças com idades iguais ou inferiores a 9 anos apresentam um valor médio mínimo de 36.47, $\bar{x}=36.47$ ($s'=4.99$). O mesmo grupo de crianças apresenta como valor médio máximo $\bar{x}=46.87$ ($s'=7.21$) para SF (satisfação-felicidade). As crianças que apresentam idade acima dos 9 anos, obtiveram um valor médio mínimo de 35.17, $\bar{x}=35.17$ ($s'=5.23$), e médio máximo de 46.76, $\bar{x}=46.76$ ($s'=6.64$). O valor mínimo encontra-se para a dimensão AN (ansiedade) e o valor máximo para a dimensão SF (satisfação-felicidade). Atendendo ao valor de probabilidade de significância (p_{valor}), apenas para a dimensão AN (ansiedade) se verifica um $p_{valor} < .05$ ($p_{valor}=.031$). Assim, rejeita-se H_0 (hipótese nula) e afirma-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias referentes às duas categorias de idade para a mesma dimensão (cf. Tabela 25).

Tabela 25.
Diferenças de médias segundo a variável idade - PHSCS-2.

Dimensões	Idade	n	Média	Desvio Padrão	p_{valor}
AC	<9	159	39.82	4.54	.482
	>9	133	40.18	4.01	
AN	<9	159	36.47	4.99	.031*
	>9	133	35.17	5.23	
EI	<9	159	45.04	6.19	.336
	>9	133	44.29	7.14	
SF	<9	159	46.87	7.21	.888
	>9	133	46.76	6.64	
AC Global	<9	159	41.58	4.62	.876
	>9	133	41.50	4.37	

Nota: $p < .05$

Por último, relativamente às categorias de escolaridade, tal como nas variáveis acima analisadas, apresentam-se oscilações entre os valores médios das dimensões. Para as crianças que frequentam qualquer nível de escolaridade pertencente ao 1.º Ciclo identificam-se valores médios mínimos e máximos de 36.44, $\bar{x}=36.44$ ($s'=4.90$), e 46.77, $\bar{x}=46.77$ ($s'=7.22$), respectivamente. O valor médio mínimo está presente na dimensão AN (ansiedade) e o valor médio máximo na dimensão SF (satisfação-felicidade). No que concerne aos alunos do 2.º Ciclo, estes obtiveram um valor médio mínimo de 34.85, $\bar{x}=34.85$ ($s'=5.42$), para a AN (ansiedade) e valor médio máximo de 46.91, $\bar{x}=46.91$ ($s'=6.47$), para SF (satisfação-felicidade). Consultando o valor da probabilidade de significância (p_{valor}) para cada dimensão, pode afirmar-se que as diferenças entre médias são estatisticamente significativas apenas para a dimensão AN (ansiedade) uma vez que $p_{valor} < .05$, rejeitando-se por isso H_0 (hipótese nula). Neste sentido, verifica-se que as crianças com o 1º ciclo apresentam em média valores mais elevados de ansiedade comparativamente com as crianças que frequentam o 2º ciclo (cf. Tabela 26).

Tabela 26.
Diferenças de médias segundo a variável escolaridade - PHSCS-2.

Factores	Escolaridade	<i>n</i>	Média	Desvio Padrão	<i>p</i> _{valor}
AC	1.º Ciclo	188	39.78	4.48	.300
	2.º Ciclo	103	40.33	3.97	
AN	1.º Ciclo	188	36.44	4.90	.012*
	2.º Ciclo	103	34.85	5.42	
EI	1.º Ciclo	188	44.69	6.50	.993
	2.º Ciclo	103	44.70	6.96	
SF	1.º Ciclo	188	46.77	7.22	.869
	2.º Ciclo	103	46.91	6.47	
AC Global	1.º Ciclo	188	41.49	4.58	.833
	2.º Ciclo	103	41.61	4.38	

Nota: **p* < .05

De seguida apresentam-se os resultados obtidos através da aplicação do teste do Qui-quadrado para o instrumento FSSC-R. Nos casos em que este teste não pode ser aplicado com rigor recorreu-se ao teste de Qui-quadrado corrigido. Note-se que, o teste de qui-quadrado só pode ser aplicado quando se verificam as três condições seguintes: $n > 20$; todos os valores esperados superiores a 1; e pelos menos 80% dos valores esperados sejam superiores ou iguais a 5 (Maroco, 2007, p.107).

Iniciando a análise para a variável género, pode referir-se que existe para todos os factores, uma maior incidência de frequências relativas e absolutas na faixa normativa que corresponde à categoria dos medos normais. Tendo em conta os factores que apresentam diferenças estatisticamente significativas, pode mencionar-se na faixa normativa, para F2 (medo do perigo, morte e ferimentos) a maior incidência se encontra no género feminino, $n=113$ (70.19%) e para F4 (medo de animais), na mesma faixa, a maior incidência ocorre no género masculino com um valor de 125 (9.42%). Para o factor F2 (medo do perigo, morte e ferimentos), apesar de não se verificar maior incidência na faixa dos medos clínicos, são as crianças do género feminino que maior valor de incidências apresenta, $n=48$ (15.27%) e ocorre de igual forma para o factor F4 (medo de animais), com $n=53$ (32.91%). Os valores da probabilidade de significância (*p*_{valor}) obtidos para F2 (medo do perigo, morte e ferimentos) e F4 (medo de animais) apresentam-se como inferiores a .05, *p*_{valor} < .05, o que leva à rejeição de H_0 (hipótese nula), ou seja, à rejeição da independência entre categorias de severidade e género (cf. Tabela 27).

Tabela 27.
Diferenças nas categorias segundo a variável género - FSSC-R.

Factor	Género	Categorias				P _{valor}
		Medos normais		Medos Clínicos		
		0 - 59		60 - 86		
		n	%	n	%	
F1	Masculino	120	91.60	11	8.39	.169
	Feminino	138	85.71	23	14.28	
F2	Masculino	111	84.73	20	15.27	.005*
	Feminino	113	70.19	48	29.81	
F3	Masculino	121	92.37	10	7.63	.252
	Feminino	141	87.59	20	12.42	
F4	Masculino	125	95.42	6	4.58	.000*
	Feminino	108	67.08	53	32.91	
F5	Masculino	121	92.37	10	7.63	1
	Feminino	148	91.93	13	8.07	
Ftotal	Masculino	112	85.47	19	14.50	1
	Feminino	138	85.71	23	14.29	

Nota: $p < .05$; n corresponde à frequência absoluta; % corresponde à frequência relativa

Considerando a variável idade, verifica-se uma maior incidência de crianças nos medos normais, para todos os factores avaliados. A partir de uma análise mais particular e tendo em conta apenas os valores estatisticamente significativos, pode referir-se que para o factor F2 (medo do perigo, morte e ferimentos) a incidência na faixa normativa é maior em crianças com idade superior a 9, $n=113$ (84.97%). Na faixa clínica, embora não se assuma nesta a maior incidência, verificam-se frequências absolutas e relativas para todos os factores do instrumento e particularmente para o F2 (medo do perigo, morte e ferimentos) a maior incidência diz respeito às crianças com idade inferior ou igual a 9 anos. O factor F2 (medo do perigo, morte e ferimentos) apresenta $p_{valor}=.004$, respectivamente. Tendo em conta que este valor é inferior a .05, H_0 (hipótese nula) que remete para a independência das variáveis é rejeitada (cf. Tabela 28).

Tabela 28.
Diferenças nas categorias segundo a variável idade - FSSC-R.

Factor	Idade	Categorias				P _{valor}
		Medos normais		Medos clínicos		
		0 - 59		60 - 86		
		n	%	n	%	
F1	<9	135	84.90	24	15.09	.068
	>9	123	92.48	10	7.52	
F2	<9	111	69.81	48	30.19	.004*
	>9	113	84.97	20	15.03	
F3	<9	138	86.79	21	13.21	.107
	>9	124	93.23	9	6.77	
F4	<9	124	77.99	35	22.01	.487
	>9	109	81.95	24	18.05	
F5	<9	145	91.19	14	8.81	.670
	>9	124	93.23	9	6.77	
Ftotal	<9	130	81.76	29	18.24	.059
	>9	120	90.23	13	9.77	

Nota: $p < .05$; n corresponde à frequência absoluta; % corresponde à frequência relativa

Relativamente à variável escolaridade a maior incidência verifica-se também nos medos normais, para os cinco factores da escala e para o factor total. Para F2 (medo do perigo, morte e ferimentos) são as crianças do 1.º Ciclo as que apresentam frequência absoluta ($n=134$) e relativa (71.28%) mais elevada. Para a faixa clínica, embora com menor incidência, verifica-se que são as mesmas crianças que apresentam também um maior número de ocorrências para o factor F2 (medo do perigo, morte e ferimentos). Apenas este factor apresenta um $p_{valor} < .05$, $p_{valor} = .004$, logo rejeita-se H_0 (hipótese nula) que se relaciona com a independência entre as categorias de severidade e de escolaridade (cf. Tabela 29).

Tabela 29.
Diferenças nas categorias segundo a variável escolaridade - FSSC-R.

Factor	Escolaridade	Categorias				P_{valor}
		Medos normais		Medos clínicos		
		0 - 59		60 - 86		
		n	%	n	%	
F1	1.º Ciclo	162	86.17	26	13.83	.177
	2.º Ciclo	95	92.23	8	7.77	
F2	1.º Ciclo	134	71.28	54	28.72	.006*
	2.º Ciclo	89	86.41	14	13.59	
F3	1.º Ciclo	166	88.29	22	11.70	.393
	2.º Ciclo	95	92.23	8	7.77	
F4	1.º Ciclo	147	71.19	41	21.81	.467
	2.º Ciclo	85	82.52	18	17.48	
F5	1.º Ciclo	172	91.49	16	8.51	.771
	2.º Ciclo	96	93.20	7	6.80	
Ftotal	1.º Ciclo	157	83.51	31	16.49	.240
	2.º Ciclo	92	89.32	11	10.68	

Nota: * $p < .05$; n corresponde à frequência absoluta; % corresponde à frequência relativa

Foram analisadas estatisticamente as respostas das crianças a cada um dos itens do questionário, no sentido de se obter informação mais pormenorizada sobre a intensidade dos medos. Para este procedimento teve-se em conta a opção de resposta “MUITO” uma vez que reporta para um medo mais intenso, logo clinicamente significativo. Com a análise da tabela seguinte pode constatar-se que 9 dos 10 medos mais intensos correspondem ao factor F2 (medo do perigo, morte e ferimentos). Não incluído nesta lista encontra-se apenas o medo 9 que corresponde ao medo dos animais (cf. Tabela 30).

Tabela 30.
Os dez medos mais intensos do grupo normativo ($n=292$).

	Itens do FSSC-R	n	%
1	Fogo ou ficar queimado (item 34)	193	66.1
2	Ser atropelado por um carro ou camião (item 41)	185	63.4
3	Um ladrão entrar na nossa casa (item 26)	178	61
4	Ataques com bombas - ser invadido (item 20)	157	53.8
5	Tremores de terra (item 72)	155	53.1
6	Não ser capaz de respirar (item 76)	140	47.9
7	Cair de locais altos (item 58)	140	47.9
8	Apanhar um choque eléctrico (item 59)	135	46.2
9	Armas (item 32)	135	46.2
10	Morte ou pessoas mortas (item 9)	116	39.7
	Cobras (item 11)	115	39.4
	Entrar numa luta (item 33)	104	35.6

Nota: n corresponde à frequência absoluta; % corresponde à frequência relativa.

Contemplando a variável género e voltando à concretização do teste do Qui-quadrado para o instrumento que avalia o auto-conceito, PHSCS-2, é possível afirmar que as dimensões apresentam a sua incidência distribuída entre a categoria muito baixo, baixo, médio baixo e médio. O auto-conceito global apresenta maior incidência no médio baixo, sendo as crianças do género feminino que manifestam mais ocorrências em termos de frequências absolutas e relativas. Considerando apenas os factores com diferenças estatisticamente significativas, pode referir-se que para a dimensão AC (aspecto comportamental) as maiores ocorrências são relativas ao género feminino para a categoria médio baixo, com $n=115$ (71.43%). Relativamente a H_0 (hipótese nula), esta é rejeitada apenas para a dimensão AC, com um $p_{valor}=.021$ (cf. Tabela 31).

Tabela 31.

Diferenças nas categorias segundo a variável género - PHSCS-2.

		Categorias										p_{valor}				
		Muito Baixo		Baixo		Médio Baixo		Médio		Médio Alto						
Género		<29		30-39		40-44		45-55		>56						
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%					
AC	M	10	7.63	41	31.30	80	61.07	0	0	0	0	.021*				
	F	2	1.24	43	26.71	115	71.43	1	0.62	0	0					
AN	M	11	8.40	71	54.20	49	37.40	0	0	0	0	.145				
	F	20	12.42	97	60.25	44	27.33	0	0	0	0					
EI	M	4	3.05	23	17.56	23	17.56	81	61.83	0	0	.929				
	F	3	1.86	28	17.39	28	17.39	102	63.35	0	0					
SF	M	6	4.58	17	13	13	9.92	95	72.52	0	0	.106				
	F	3	1.86	14	8.7	18	11.18	126	78.26	0	0					
		Muito Baixo		Baixo		Médio Baixo		Médio		Médio Alto		Alto		Muito Alto		p_{valor}
		≤ 29		30-39		40-44		45-55		56-59		60-69		≥ 7		
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
AC Global	M	5	3.82	35	26.72	50	38.17	41	31.30	0	0	0	0	0	0	.106
	F	1	0.62	32	19.88	73	45.34	55	34.16	0	0	0	0	0	0	

Nota: $p < .05$; n corresponde à frequência absoluta; % corresponde à frequência relativa

Analisando a tabela seguinte, para a variável idade, pode referir-se a existência de alguma heterogeneidade relativamente à incidência das dimensões nas categorias de auto-conceito. As dimensões oscilam entre valores relativos à categoria baixo, médio baixo e médio. Para o auto-conceito global, a incidência encontra-se na categoria médio baixo tendo como maior número de ocorrências, crianças com idade superior a 9. Particularizando a dimensão EI (estatuto intelectual), as frequências relativas e absolutas são relativas a crianças com idade inferior ou igual a 9 anos, com $n=98$ (61.64%). É para este factor que o p_{valor} se apresenta inferior a .05 ($p_{valor} < .05$), com $p_{valor} = .03$. Assim, rejeita-se H_0 (hipótese nula) referente à independência das variáveis. Para terminar é relevante do ponto de vista clínico apontar para o facto de existirem ocorrências, embora não prevalentes, na categoria muito baixo (cf. Tabela 32).

4.8.3.2 Grupo clínico

Com o objectivo de verificar se existem diferenças estatisticamente significativas em relação ao diagnóstico clínico, foi realizado o teste de Mann-Whitney. Os participantes foram divididos em duas categorias tendo em conta o tipo de tumor que apresentam.

Na Tabela 34 seguinte é possível verificar que as crianças que apresentam como diagnóstico um qualquer tumor líquido revelam um valor médio mais elevado para o factor F2 (medo do perigo, morte e ferimentos), $\bar{x}=46.50$ ($s'=5.97$) e valor médio mais baixo para o factor F1 (medo de falhar e da crítica), $\bar{x}=43.50$ ($s'=6.47$). Para as crianças que apresentam tumor sólido ou do SNC, pode referir-se que a média mais elevada corresponde ao factor F2 (medo do perigo, morte e ferimentos), $\bar{x}=54.00$ ($s'=8.75$) e média mais baixa para o factor F5 (medos relacionados com actos médicos), $\bar{x}=47.60$ ($s'=6.47$). Para o factor total da escala pode ainda afirmar-se que são as crianças com diagnóstico de tumor sólido ou do SNC que apresentam média mais elevada, $\bar{x}=49.40$ ($s'=10.74$). Relativamente aos resultados do valor de probabilidade de significância (p_{valor}) obtidos através do teste de Mann-Whitney pode afirmar-se que para um nível de significância de 5%, apenas o factor F2 (medo do perigo, morte e ferimentos) apresenta $p_{valor}<.05$, logo rejeita-se H_0 (hipótese nula) referente à igualdade entre médias. Assim, conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas para o factor F2 (medo do perigo, morte e ferimentos) entre as médias das crianças que apresentam tumores líquidos e tumores sólidos ou SNC (cf. Tabela 34).

Tabela 34.
Diferenças de médias segundo o diagnóstico clínico - FSSC-R.

Factores	Diagnóstico	n	Média	Desvio Padrão	p_{valor}
F1	Tumor Líquido	10	43.50	6.47	.390
	Tumor sólido e SNC	5	49.20	11.10	
F2	Tumor Líquido	10	46.50	5.97	.049*
	Tumor sólido e SNC	5	54.00	8.75	
F3	Tumor Líquido	10	45.30	5.33	.266
	Tumor sólido e SNC	5	49.80	10.13	
F4	Tumor Líquido	10	44.90	3.78	.174
	Tumor sólido e SNC	5	51.00	8.69	
F5	Tumor Líquido	10	44.20	3.68	.302
	Tumor sólido e SNC	5	47.60	6.47	
Ftotal	Tumor Líquido	10	44.70	7.09	.461
	Tumor sólido e SNC	5	49.40	10.74	

Nota:* $p < .05$

Da mesma forma pretende-se avaliar se as médias das dimensões do PHSCS-2 apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de crianças. Para o grupo de crianças com tumor líquido encontra-se uma média mais elevada para a dimensão EI (estatuto intelectual), $\bar{x}=46.70$ ($s'=5.08$) e mais baixa para a dimensão AC (aspecto comportamental), $\bar{x}=37.50$ ($s'=4.84$). Relativamente às crianças com diagnóstico de tumor sólido ou do SNC, identificou-se uma média mais elevada para a dimensão SF (satisfação-felicidade), $\bar{x}=45.60$ ($s'=9.07$) e média mais baixa para a dimensão AN (ansiedade), $\bar{x}=33.60$ ($s'=6.59$). Analisando as médias da dimensão global do auto-conceito verifica-se que a média mais elevada

corresponde às crianças com diagnóstico de tumor líquido. No que concerne ao p_{valor} , nenhuma das dimensões apresentadas obteve $p_{valor} < .05$, logo a hipótese nula não é rejeitada para nenhuma das dimensões o que leva a considerar que existe igualdade entre as médias (cf. Tabela 35).

Tabela 35.
Diferenças de médias segundo o diagnóstico clínico - PHSCS-2.

Dimensão	Diagnóstico	n	Média	Desvio Padrão	p_{valor}
AC	Tumor Líquido	10	37.50	4.84	.415
	Tumor sólido e SNC	5	40	2.65	
AN	Tumor Líquido	10	37.70	2.87	.204
	Tumor sólido e SNC	5	33.60	6.59	
EI	Tumor Líquido	10	46.70	5.08	.617
	Tumor sólido e SNC	5	44.40	8.33	
SF	Tumor Líquido	10	46.50	3.69	.600
	Tumor sólido e SNC	5	45.60	9.07	
AC Global	Tumor Líquido	10	41.90	3.84	.709
	Tumor sólido e SNC	5	40.60	5.13	

Nota: * $p < .05$

Tendo em conta a situação de internamento, ou seja, se a criança já passou por algum período de hospitalização, ou não, a tabela seguinte demonstra que as crianças que responderam afirmativamente a essa questão apresentam médias mais elevadas para todos os factores do instrumento FSSC-R. O factor F2 (medo do perigo, morte e ferimentos) é o que apresenta média mais elevada, $\bar{x}=49.11$ ($s'=8.02$), no grupo de crianças que já esteve internada, sendo que a média mais baixa, $\bar{x}=45.56$ ($s'=5.73$) corresponde ao factor F4 (medo de animais). As crianças que apresentaram resposta negativa à questão do internamento, apresentam valores médios mais elevados também para o factor F2 (medo do perigo, morte e ferimentos), $\bar{x}=48.83$ ($s'=8.11$), e mais baixos para o factor F3 (medo do desconhecido), $\bar{x}=43.50$ ($s'=2.26$). Para o factor total da escala pode ainda afirmar-se que são as crianças com experiência de internamento que apresentam média mais elevada, $\bar{x}=47.22$ ($s'=9.34$). Obtidos os resultados do p_{valor} , pode afirmar-se que para um nível de significância de 5%, que todos os factores da escala apresentam valores superiores a .05 ($p_{valor} > .05$), logo não se rejeita H_0 (hipótese nula) referente à igualdade entre médias. Assim, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para todos os factores (cf. Tabela 36).

Tabela 36.
Diferenças de médias segundo a situação de internamento - FSSC-R.

Factores	Internamento	n	Média	Desvio Padrão	p _{valor}
F1	Sim	9	46.44	8.83	.555
	Não	6	43.83	8.11	
F2	Sim	9	49.11	8.02	.678
	Não	6	48.83	7.73	
F3	Sim	9	49.00	8.66	.212
	Não	6	43.50	2.26	
F4	Sim	9	47,56	6.37	.634
	Não	6	46.00	6.66	
F5	Sim	9	45.56	5.73	.901
	Não	6	45.00	3.58	
Ftotal	Sim	9	47.22	9.34	.768
	Não	6	44.83	7.25	

Nota: *p < 0,05

Efectuando a mesma análise para o instrumento PHSCS-2, verifica-se que são as crianças sem experiência de internamento as que apresentam valores de auto-conceito mais elevados, para todas as dimensões. De forma específica, as crianças com experiência de internamento apresentam valores médios mais elevados para a dimensão EI (estatuto intelectual), $\bar{x}=44.67$ ($s'=7.35$) e valores médios mais baixos para a dimensão AN (ansiedade), $\bar{x}=36.47$ ($s'=5.03$). Para o grupo correspondente às crianças sem experiência de hospitalização sabe-se que apresentam uma média mais elevada para a dimensão SF (satisfação-felicidade), $\bar{x}=49.50$ ($s'=2.74$) e valores mais baixos para a dimensão AN (ansiedade), $\bar{x}=38.38$ ($s'=2.79$). O auto-conceito global verifica-se mais elevado para as crianças que não experienciaram situação de internamento. Tendo em conta o p_{valor}, pode afirmar-se que apenas a dimensão SF (satisfação-felicidade) apresenta p_{valor} < .05, logo em conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias para a dimensão referida (cf. Tabela 37).

Tabela 37.
Diferenças de médias segundo a situação de internamento - PHSCS-2.

Dimensão	Internamento	n	Média	Desvio Padrão	p _{valor}
AC	Sim	9	37.56	3.91	.184
	Não	6	39.50	4.97	
AN	Sim	9	36.47	5.03	.067
	Não	6	38.38	2.79	
EI	Sim	9	44.67	7.35	.508
	Não	6	47.83	3.43	
SF	Sim	9	44.00	6.21	.038*
	Não	6	49.50	2.74	
AC Global	Sim	9	40.00	4.18	.094
	Não	6	43.67	3.33	

Nota: *p < .05

Para conhecer os dez mais intensos relativamente ao grupo clínico, para além da opção de resposta “MUITO” foi também considerada a resposta “ALGUM”, visto não terem sido identificados 10 medos com a intensidade máxima. Desta forma admite-se que dos 5 medos avaliados pela resposta “MUITO” todos correspondem ao medo do perigo, morte e ferimentos (F2). Os restantes medos apresentam maior prevalência também para o factor F2 (medo do

perigo, ferimentos e morte), embora alguns correspondam também ao F1 (medo de falhar e da crítica) e F4 (medo de animais) (cf. tabela 38).

Tabela 38.
Dez medos mais intensos do grupo clínico (n=15).

	Itens do FSSC-R	n	%
Muito			
1	Ataques com bombas - ser invadido (item 20)	10	66.7
2	Ser atropelado por um carro ou camião (item 41)	9	60
3	Um ladrão entrar na nossa casa (item 26)	8	53.3
	Cortar ou ferir-me (item 35)		
4	Tremores de terra (item 72)	7	46.7
	Entrar numa luta (item 33)		
5	Cair de locais altos (item 58)	6	40
Algum			
	Tirar más notas (item 29)		
6	Pesadelos (item 57)	10	66.7
	Ser mandado ao Director da escola (item 15)		
7	Micróbios ou ficar muito doente (item 70)	9	60
	Pessoas com ar "estranho" (item 49)		
8	Não ser capaz de respirar (item 76)	8	53.3
	Perder-me num lugar estranho (item 10)		
9	Fogo - ficar queimado (item 34)	7	46.7
	Cobras (item 11)		
10	Ser chamado pela professora (item 28)	6	40
	Ser castigado pela mãe (item 3)		

Nota: n corresponde à frequência absoluta; % corresponde à frequência relativa

4.8.3.3 Comparação entre grupos

A tabela 36 apresenta a distribuição dos valores médios dos factores FSSC-R segundo o grupo de participantes e a probabilidade de significância associada à aplicação do teste não paramétrico de Mann-Whitney para a comparação de médias entre os dois grupos de participantes. Com base nesta tabela é possível constatar que no grupo normativo os valores médios oscilam entre valores máximos de 55.40, $\bar{x}=55.40$ ($s'=8.51$) e valores mínimos de 47.67, $\bar{x}=47.67$ ($s'=6.37$). A média mais elevada corresponde ao factor F2 (medo do perigo, morte e ferimentos) e a média mais baixa ao factor F5 (medos relacionados com actos médicos). O grupo clínico apresenta para o factor F2 (medo do perigo, morte e ferimentos) o valor médio mais elevado, $\bar{x}=49.00$ ($s'=7.63$) e para o factor total um valor médio mais baixo, $\bar{x}=45.33$ ($s'=4.84$). Neste sentido, e recorrendo simultaneamente à análise do gráfico de linhas para a apresentação dos valores médios (cf. Figura 3), é possível verificar que as crianças do grupo normativo, em média, registaram pontuações em nota T mais elevadas nos diferentes factores comparativamente com as crianças do grupo clínico. Porém, avaliando os valores de probabilidade de significância obtidos, para um nível de significância de 5%, apenas se confirma a existência de diferenças estatisticamente significativas de valores médios para o factor F2 (medo do perigo, morte e ferimentos) com $p_{valor}=.036$, logo $p_{valor}<.05$ e Ftotal com $p_{valor}=.017$, logo $p_{valor}<.05$ (cf. Tabela 39).

Tabela 39.
Diferenças de médias segundo o grupo de participantes - FSSC-R.

Factores	Grupo de participantes	n	Média	Desvio Padrão	p _{valor}
F1	Grupo normativo	15	50.80	8.51	.053*
	Grupo clínico	15	45.40	8.36	
F2	Grupo normativo	15	55.40	9.02	.036*
	Grupo clínico	15	49.00	7.63	
F3	Grupo normativo	15	49.20	9.21	.478
	Grupo clínico	15	46.80	7.24	
F4	Grupo normativo	15	53.20	9.65	.077*
	Grupo clínico	15	46.93	6.30	
F5	Grupo normativo	15	47.67	6.37	.313
	Grupo clínico	15	45.33	4.84	
Ftotal	Grupo normativo	15	54.00	9.49	.017*
	Grupo clínico	15	46.27	8.40	

Nota: p < .05

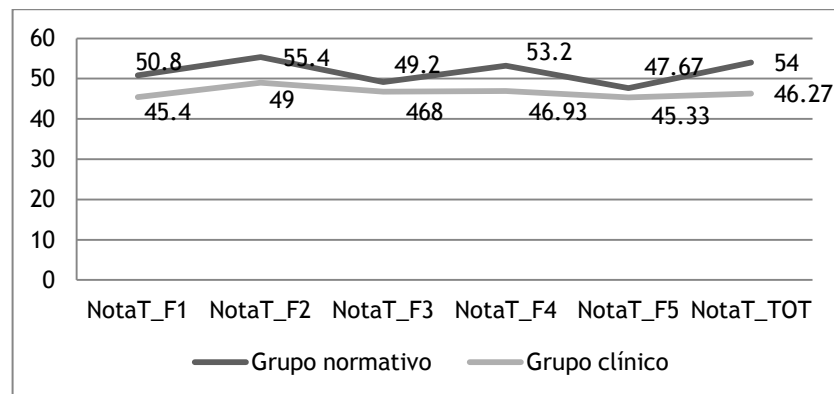


Figura 3. Comparação dos valores médios, em notas T, entre os dois grupos de participantes para o FSSC-R.

Analisando agora os valores descritivos das dimensões do PHSCS-2, verifica-se que os valores médios do grupo normativo oscilam entre 45.47, $\bar{x}=45.47$ ($s'=13.28$) e 34.07, $\bar{x}=34.07$ ($s'=10.15$). A média mais elevada corresponde à dimensão SF (satisfação-felicidade) e a média mais baixa à dimensão AN (ansiedade). O grupo clínico apresenta para a dimensão SF (satisfação-felicidade) o valor médio mais elevado, $\bar{x}=46.20$ ($s'=5.70$) e para a dimensão AN (ansiedade) um valor médio mais baixo, $\bar{x}=36.33$ ($s'=4.66$). Deste modo, e como se encontra ilustrado na figura 4 (cf. Figura 4), é possível verificar que, ao contrário do que ocorria para as dimensões do FSSC-R, as crianças do grupo clínico em geral parecem registar valores médios mais elevados nas dimensões do PHSCS-2 comparativamente com as crianças do grupo normativo. Aplicando o teste não paramétrico de Mann-Whitney, conclui-se que efectivamente estas diferenças não são estatisticamente significativas. De facto, para o nível de significância de 5%, conclui-se pela não rejeição da H_0 para qualquer uma das dimensões, pois $p_{valor} > .05$, isto é, não se registaram diferenças nos valores médios para as dimensões do PHSCS-2 por grupo de participantes (cf. Tabela 40).

Tabela 40.
Diferenças de médias segundo o grupo de participante - PHSCS-2.

Dimensões	Grupo de participantes	n	Média	Desvio Padrão	p _{valor}
AC	Grupo normativo	15	38.20	10.89	.172
	Grupo clínico	15	38.33	4.30	
AN	Grupo normativo	15	34.07	10.15	.669
	Grupo clínico	15	36.33	4.66	
EI	Grupo normativo	15	42.60	13.26	.721
	Grupo clínico	15	45.93	6.14	
SF	Grupo normativo	15	45.47	13.28	.276
	Grupo clínico	15	46,20	5.70	
AC Global	Grupo normativo	15	39.27	11.60	.770
	Grupo clínico	15	41.47	4.17	

Nota: *p < .05

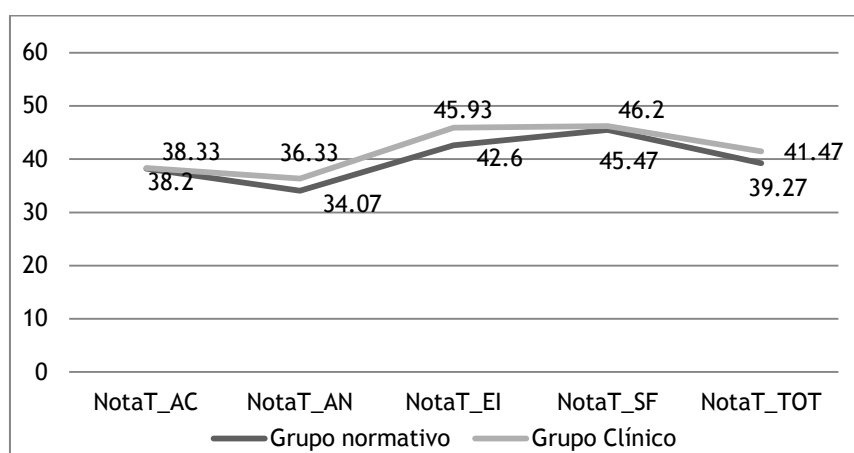


Figura 4. Comparação dos valores médios, em notas T, entre os dois grupos de participantes para o PHSCS-2.

4.8.3.4 Correlação entre os instrumentos FSSC-R e PHSCS-2

Com o objectivo de analisar a intensidade e direcção da associação entre as variáveis psicológicas medo e auto-conceito para os dois grupos de participantes, aplicou-se o Coeficiente de Correlação de *Pearson*.

Relativamente ao grupo normativo, para um nível de significância de 1%, verifica-se a existência de associações estatisticamente significativas entre a dimensão AN (ansiedade) e o factor F1 (medo de falhar e da crítica) ($r = -.318$, $p < .01$), F2 (medo do perigo, morte e ferimentos) ($r = -.268$, $p < .01$), F3 (medo do desconhecido) ($r = -.325$, $p < .01$), F4 (medo de animais) ($r = -.268$, $p < .01$), F5 (medo relacionado com actos médicos) ($r = -.184$, $p < .01$) e Ftotal (factor total da escala) ($r = -.243$, $p < .01$). Verifica-se ainda associação entre AC Global (dimensão global do auto-conceito) e o factor F1 (medo de falhar e da crítica) ($r = -.198$, $p < .01$). Relativamente à natureza da associação, considera-se que são todas baixas excepto para as associações entre a AN (ansiedade) e o F5 (medo relacionado com actos médicos) e entre a AC Global (dimensão global do auto-conceito) e F1 (medo de falhar e da crítica). Estas últimas associações são consideradas muito baixas. Considerando um nível de significância de

5%, verificam-se associações estatisticamente significativas muito baixas entre a dimensão de auto-conceito EI (estatuto intelectual) e o factor F1 (medo de falhar e da crítica) ($r=-.132$, $p < 0.5$) e F3 (medo do desconhecido) ($r=-.115$, $p < .05$). A dimensão SF (satisfação-felicidade) apresenta associação estatisticamente significativa muito baixa com o factor F1 (medo de falhar e da crítica) ($r=-.154$, $p < .05$) e o factor F3 (medo do desconhecido) ($r=-.130$, $p < .05$). Para a dimensão AC Global (dimensão global do auto-conceito) verifica-se a existência de associações com os factores F3 (medo do desconhecido) ($r=-.145$, $p < .05$) e Ftotal (factor total da escala) ($r=-.134$, $p < .05$) (cf. Tabela 41).

Para o grupo clínico, quando se considera o nível de significância de 1%, verifica-se a existência de associações altas entre a dimensão AN (ansiedade) e o factor F2 (medo do perigo, morte e ferimentos) ($r=-.704$, $p < .01$) e entre a dimensão ansiedade e o factor F3 (medo do desconhecido) ($r=-.771$, $p < .01$). Entre a dimensão AN (ansiedade) e o factor total da escala ($r=-.693$, $p < .01$) a relação é considerada como moderada. Para um grau de significância de 5%, observou-se a existência de associações moderadas entre a dimensão AC (aspecto comportamental) e Ftotal (factor total da escala de medo) ($r=-.584$, $p < .05$), entre a dimensão AN (ansiedade) e o factor F1 (medo de falhar e da crítica) ($r=-.639$, $p < .05$) e entre a dimensão AN (ansiedade) e o factor F5 (medo relacionado com actos médicos) ($r=-.577$, $p < .05$) (cf. Tabela 41).

Tabela 41.
Correlação entre os instrumentos FSSC-R e PHSCS-2.

		Grupo Normativo FSSC-R					
		F1	F2	F3	F4	F5	FTotal
PHSCS-2	AC	-.073	.005	-.058	-.004	-.024	-.043
	AN	-.318**	-.268**	-.325**	-.268**	-.184**	-.243**
	EI	-.132*	-.065	-.115*	-.111	-.112	-.115
	SF	-.154*	-.022	-.130*	-.036	-.082	-.099
	AcGlobal	-.198**	-.053	-.145*	-.060	-.101	-.134*
		Grupo Clínico FSSC-R					
		F1	F2	F3	F4	F5	FTotal
PHSCS-2	AC	-.324	-.239	-.137	.185	-.016	-.584*
	AN	-.639*	-.704**	-.771**	-.489	-.577*	-.693**
	EI	.221	-.266	-.312	-.270	-.030	-.177
	SF	-.027	-.293	-.390	-.364	-.197	-.231
	AC Global	-.123	-.442	-.425	-.295	-.182	-.481

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$

4.9. Discussão dos resultados

Após a apresentação dos resultados interessa destacar a importância dos mesmos, através de uma discussão organizada em função dos objectivos do estudo. Na primeira parte será feita uma alusão sucinta aos resultados obtidos na avaliação do grupo normativo e do grupo clínico tendo em conta as variáveis psicológicas medo e auto-conceito, bem como as variáveis sócio-demográficas e clínicas que caracterizam os diferentes grupos. A segunda parte irá remeter para a apresentação e discussão dos resultados pertencentes aos procedimentos estatísticos de comparação entre os dois grupos de participantes do estudo. Cada um dos resultados será obviamente discutido tendo em conta estudos já realizados na mesma área de investigação. O objectivo é efectuar a integração dos resultados mais significativos com a teoria relevante e fazer a sua comparação com outros estudos empíricos, sendo posteriormente efectuada a sua apreciação à luz dos conhecimentos disponíveis e dos referenciais teóricos. É de salientar que os estudos que serão citados são necessariamente aqueles que avaliaram os mesmos construtos através da utilização de instrumentos iguais ou semelhantes, de modo a garantir validade do ponto de vista estatístico e clínico.

Antes de iniciar a primeira parte importa lembrar quais os objectivos que definiram todo o trabalho até aqui exposto.

A presente investigação propôs-se, em primeiro lugar, à caracterização dos dois grupos de participantes relativamente aos dois conceitos de dimensão psicológica, o medo e o auto-conceito. Para o cumprimento deste objectivo geral, subsistem objectivos mais específicos que remetem para a análise das relações entre as variáveis demográficas, como o género, a idade e a escolaridade, clínicas como o diagnóstico e experiência de hospitalização e variáveis psicológicas, como o medo e auto-conceito. De seguida realizou-se a discussão da análise dos resultados obtidos através da comparação entre crianças do grupo normativo e crianças do grupo clínico. Por último, e uma vez que se pretendeu analisar a correlação entre as duas escalas de avaliação psicológica, serão também estes resultados discutidos.

Para o cumprimento dos referidos objectivos, o estudo englobou, no seu total, 307 crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos de idade. Relativamente ao género sabe-se que 140 (45.6%) pertencem ao género masculino e 167 (54.4%) ao género feminino. Caracterizando ainda a amostra para a variável escolaridade, pode afirmar-se que 200 (65.1%) frequentam o 1.º Ciclo e 106 (34.5%) o 2.º Ciclo. A amostra encontra-se dividida em dois grupos de participantes, tendo em conta a presença ou ausência de doença oncológica. O grupo clínico é formado por 15 crianças e o grupo normativo por 292. Para a realização da comparação entre grupos foram seleccionadas 15 crianças do grupo normativo, tendo em conta as variáveis sócio-demográficas género, idade e escolaridade, de forma a obter um grupo relativamente homogéneo face a estas características.

Os instrumentos aplicados à amostra demonstraram, tal como em outros estudos, boas qualidades psicométricas. Relativamente à consistência interna dos instrumentos administrados, pode considerar-se para o FSSC-R, um alfa de *Cronbach* muito bom uma vez

que apresentou um valor de 0.961. Para o instrumento PHCSC-2, pode afirmar-se que apresenta um bom grau de fiabilidade com um valor de alfa igual a 0.880.

4.9.1 Grupo normativo: Medo e Auto-conceito

Tendo em conta a exposição dos resultados deste estudo, pode depreender-se que para os 5 factores da escala de medo foram as raparigas que apresentaram médias significativamente mais elevadas. Em conformidade com o nosso estudo, várias são as investigações que apresentam resultados semelhantes relativamente à variável género. Embora não existam conclusões exactas para explicar esta diferença reconhece-se que as variáveis sociais poderão ser determinantes no entendimento da mesma. Com resultados similares aos do nosso estudo, Burnham, Schaefer & Giesen (2006), referem que as crianças do género feminino através do processo de socialização apresentam uma maior liberdade social para exprimir o que sentem. Esta ideia assenta na existência de padrões sociais e culturais relativamente aos comportamentos, características e habilidades correspondentes ao género feminino e masculino (Odriozola, 2001; Rodríguez, 2001; Meltzer, Vostanis, Dogra, Ford & Goodman, 2008; Muris & Rijke, 2010). A teoria da socialização das emoções tem sido a explicação mais comum e que mais concordância demonstra entre os autores. Esta teoria remete para o facto de as crianças do género feminino aprenderem desde cedo a expressar as emoções de uma forma natural, enquanto as crianças do género masculino são ensinados a “ter coragem” e “não ter medo” (Ollendick, Yang, Dong, Xia & Lin, 1995).

Tal como refere Gullone, os rapazes tendem a manifestar medos mais relacionados com lesões corporais, enquanto as meninas apresentam mais medos de animais. Os nossos resultados assemelham-se aos enunciados, uma vez que as crianças do género feminino apresentaram para o medo de animais o valor médio mais elevado, enquanto as crianças do género masculino apresentaram para o medo do perigo morte e ferimentos (Gullone, 2000). De forma a complementar o entendimento sobre a natureza dos medos verificou-se que para os 5 factores e para o factor total há uma maior incidência dos medos na faixa normativa verificando-se, tal como na literatura, que para o medo de animais existem diferenças significativas entre géneros favorecendo a pontuação para as crianças do género feminino (Gullone & King, 1992, Gullone, 1999; Graczyk & Connolly, 2003).

Os nossos resultados e os resultados apresentados por Muris & Ollendick (2002), são unânimes em afirmar que a maioria das crianças exhibe medos dentro ou abaixo da média, indicando assim que muitas delas demonstram uma baixa probabilidade de desenvolver perturbações de ansiedade relacionadas com os domínios medidos pelo FSSC-R (Burnham, Schaefer & Giesen, 2006).

Considerando a análise das variáveis idade e escolaridade, optou-se pela realização de uma discussão simultânea devido ao facto de estas variáveis apresentarem um elevado grau de complementaridade na explicação dos medos infantis. Ao analisar a variável idade, necessariamente recorreremos à faixa etária que tem sido designada por idade escolar. Partindo dos resultados obtidos observou-se que as crianças mais novas, com idade inferior ou

igual a 9 anos, e as que frequentam níveis de escolaridade referentes ao 1.º Ciclo, são as que apresentam valores médios significativamente mais elevados para o medo de falhar e da crítica, o medo do perigo, morte e ferimentos, o medo do desconhecido e para o factor total.

A literatura profere que a diminuição dos medos à medida que a idade avança é uma tendência natural e que faz parte do processo desenvolvimental. A iniciação da escola e a adaptação ao contexto escolar nas crianças com idades inferiores a 9 anos depende de alguma forma das capacidades e competências de cada uma (Gullone, 2000). Avaliando os resultados sob este prisma, pode apontar-se o processo de maturação e uma análise cognitiva e emocional mais realista como factores preponderantes na diminuição dos medos. Com o desenvolvimento das habilidades cognitivas, as crianças tornam-se mais capazes de desenvolver pensamentos acerca dos seus próprios medos (Broeren & Muris, 2009).

Elbedour (1997) e Gullone (2000), demonstram nos seus estudos conclusões que vão de encontro aos resultados por nós apresentados. Os autores para além de considerarem o processo de maturação referem também a tendência existente para a interiorização das emoções com o avançar da idade (Burnham, Schaefer & Giesen, 2006). Kushnir & Sadeh (2010) e Ollendik (1983), partilham dos mesmos resultados enfatizando a ideia de que nos primeiros anos escolares o medo inicia-se como uma emoção real (Kushnir & Sadeh, 2010; Ollendick, 2006). A capacidade para distinguir o real da fantasia torna-se mais precisa com o avançar da idade e nível de escolaridade, possibilitando às crianças reconhecer aquilo que é irreal (Berger & Thomson, 1997). A vivência das emoções no início do período escolar acarreta um vasto leque de experiências complexas. À medida que as crianças crescem passam a compreender melhor os seus estados emocionais e percebem a diferença entre “ter” uma emoção e exprimi-la. Crianças que frequentam o 5.º ano de escolaridade, em norma encontram-se mais conscientes das regras sociais relativas à exteriorização das emoções (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

Relativamente à categorização dos medos verificou-se que a maior incidência ocorreu na faixa normativa para as cinco dimensões e para o factor total, verificando-se diferenças significativas para o medo do perigo, morte e ferimentos. As maiores ocorrências dizem respeito às crianças mais velhas, para a variável idade, e às crianças que frequentam o 1.º Ciclo, para a variável escolaridade. De forma semelhante num estudo realizado com crianças em idade escolar, Burnham, Schaefer & Giesen, expõem como principais resultados o facto de grande percentagem de crianças em idade escolar apresentarem médias mais baixas daquilo que é considerado como categoria clínica (Burnham, Schaefer & Giesen, 2006).

Relativamente ao tipo de medos apresentados, os resultados deste estudo demonstram-se concordantes com as principais investigações, que demonstram que as crianças mais novas tendem a pontuar de forma mais elevada nos medos de animais. Para as crianças mais velhas os nossos resultados demonstram uma posição oposta. Na literatura facilmente se percebe que as crianças com idade superior a 10 anos tendem a pontuar de forma mais elevada no medo do perigo, morte e ferimentos (Gullone, 2000), enquanto o nosso estudo refere que são as crianças mais novas que apresentam valores mais elevados para este factor. De modo a

justificar as diferenças encontradas, revela-se importante considerar que a idade escolar coincide com o emergir de novas preocupações relacionadas com o medo de falhar e da crítica, do perigo, ferimentos e doença (King et al. 1989 cit in Gullone, 2000), pois com a passagem para a idade escolar a natureza dos medos afasta-se dos conteúdos infantis e imaginários, aproximando-se de forma gradual daquilo que são os estímulos imediatos e de natureza concreta. Com o avançar da idade os sonhos passam a estar directamente relacionados com a vida social, situações sociais e problemas do quotidiano, alterando assim a sua natureza (Rodríguez, 2001; Meltzer, Vostanis, Dogra, Ford & Goodman, 2008). Embora os nossos resultados se apresentem consistentes com os da maior parte da literatura, são muitos os estudos que afirmam que para a variável idade dificilmente se poderá criar um padrão de desenvolvimento estável em relação ao medo (Burnham, 2005).

Em conformidade com investigações anteriormente desenvolvidas, avaliaram-se os dez medos mais intensos apontados pelo grupo normativo. Pode afirmar-se que os medos identificados apresentam um posicionamento semelhante aos resultados presentes na literatura (Ollendick, Yang, Dong, Xia & Lin, 1995), apontando para uma maior intensidade e significado, do ponto de vista clínico, para o medo do perigo, morte e ferimentos, sendo que apenas um item corresponde ao medo de animais. Comparando com um estudo nacional, verificou-se que os dez medos mais intensos coincidem na sua totalidade, porém diferem na ordem em que se encontram (Sampaio, Martins & Oliveira, 2007).

Relativamente à segunda variável psicológica, procedendo a uma análise global dos resultados e da literatura verificou-se que embora as variáveis sócio-demográficas apresentem uma influência diminuta no desenvolvimento do auto-conceito, no nosso estudo foi possível constatar a existência de algumas diferenças em dimensões específicas. Os resultados por nós obtidos permitiram em grande parte encontrar, a nível teórico, as suas justificações e entendimentos necessários, embora algumas vezes a escassez dos resultados tenha dificultado a sua discussão e interpretação.

Um último argumento, de certo modo relacionado com o anterior, tem a ver com o facto de a maior parte dos estudos revistos, procurar um padrão de desenvolvimento que se adapte a todos os indivíduos. Alguns trabalhos recentes têm precisamente demonstrado que, relativamente ao auto-conceito, diferentes crianças podem seguir “trajectórias” de desenvolvimento diferentes (Peixoto, 2003).

Na análise dos dados do nosso estudo verifica-se que ao nível do auto-conceito global e da dimensão aspecto comportamental se apresentam diferenças significativas entre géneros, sendo as crianças do género feminino que apresentam um auto-conceito mais elevado nestas dimensões. De acordo com as categorias de auto-conceito verificou-se a existência de diferenças significativas entre géneros e uma maior incidência das raparigas na categoria de auto-conceito médio baixo, relativamente à dimensão que corresponde à percepção que as mesmas têm do seu comportamento nas mais diversas situações e da responsabilidade pelas suas próprias acções - aspecto comportamental. Muitos investigadores como Connel, Spencer & Aber (1994), tendem a descrever a relação entre género e auto-conceito como inconclusiva,

sendo igualmente possível encontrar estudos que favoreçam crianças tanto do género masculino como do género feminino (Peixoto, 2003). Embora o nosso estudo tenha demonstrado diferenças entre rapazes e raparigas, a maior parte da literatura refere a inexistência de diferenças substanciais nas auto-avaliações globais, no entanto quando as diferenças se verificam elas tendem a favorecer os rapazes, ao contrário do que o nosso estudo demonstrou (Alsaker & Olweus, 1993). Hattie (1992), refere que esta tendência é justificada pelo facto de as investigações apresentarem maior número de rapazes ao invés de raparigas (Peixoto, 2003). Relativamente à dimensão aspecto comportamental do auto-conceito, tendo o nosso estudo verificado a existência de diferenças entre géneros, essas podem ser interpretadas à luz dos estereótipos sexuais (Fontaine, 1991 cit in Peixoto, 2003). Apresentando argumentos da mesma natureza, sabe-se que as raparigas são consideradas como sendo melhor comportadas que os rapazes (Peixoto & Mata, 1993) facto que poderá explicar o auto-conceito mais elevado nas crianças do género feminino para esta dimensão.

Tal como para a análise dos resultados relativos à escala de medo, a variável idade e escolaridade serão analisadas de forma simultânea. No que concerne a estas variáveis sócio-demográficas, o nosso estudo demonstrou que existem diferenças significativas entre categorias de idade e escolaridade para a dimensão ansiedade. Os valores médios mais elevados correspondem à categoria de crianças com idade inferior ou igual a 9 anos e crianças que frequentam o 1.º Ciclo de escolaridade. Note-se que pontuações mais elevadas nas dimensões do instrumento correspondem a um auto-conceito mais elevado. Relativamente à dimensão da ansiedade quanto maior for o valor obtido, menor será a ansiedade apresentada (Veiga, 1989). Visto que as crianças com idade inferior ou igual a 9 anos e as crianças do 1.º Ciclo de escolaridade apresentaram pontuações mais elevadas, pode concluir-se que para esta dimensão são elas que apresentam menores níveis de ansiedade. Embora os estudos sejam escassos e inconclusivos acerca da relação entre a dimensão ansiedade, faixas etárias e escolaridade, pode enunciar-se os resultados obtidos por Miranda. De forma semelhante ao nosso estudo, o autor verificou que o grupo de alunos que frequenta os primeiros anos de escolaridade (1.º Ciclo) apresenta valores mais elevados de ansiedade em relação ao grupo de alunos do 2.º Ciclo (Miranda, 2005).

Tendo em conta a categorização do auto-conceito verificaram-se diferenças significativas na dimensão estatuto intelectual, para a variável idade. Para esta dimensão conclui-se que as crianças com idade igual ou inferior a 9 anos auto-percepcionam o seu rendimento académico e a sua capacidade de realizar tarefas escolares num nível médio. Para a variável escolaridade não se verificaram diferenças significativas relativamente à categorização do auto-conceito.

De forma a justificar os resultados encontrados nomeamos um estudo de Harter (1999). Este tendo em conta a faixa etária e o desenvolvimento cognitivo, refere que as auto-avaliações das crianças mais novas são caracterizadas por alguma falta de organização baseando-se quase exclusivamente em características directamente observáveis e mais concretas acerca de si mesmas. Desta forma, espera-se que com o avançar da idade a

concepção que a criança realiza sobre si própria se vá complexificando, sendo que normalmente as crianças mais novas atribuem a si próprias pontuações mais elevadas nas diferentes dimensões do auto-conceito, traduzindo alguma dificuldade em diferenciar essas mesmas dimensões (Fontaine, 1991; Lepola, Vauras & Maki, 2000 cit in Peixoto, 2003). Os resultados do nosso estudo poderão ser justificados através das ideias expostas, considerando-se que as crianças mais novas dificilmente se auto-descrevem tendo em conta atributos psicológicos, recorrendo apenas ao que é directamente observável.

4.9.2 Considerações clínicas na caracterização geral da amostra normativa

Antes de se considerar o segundo tópico da discussão vale a pena advertir para a possibilidade de realizar uma análise sucinta dos dados, tendo em conta os resultados que foram considerados clinicamente significativos.

Com foi sendo referido ao longo da discussão a incidência dos medos remete para um posicionamento normativo para todos os factores do instrumento, no entanto esta conclusão não deve negligenciar o facto de existirem pontuações acima de 60 T (medos clínicos). Nesta faixa verificou-se que são as crianças do género feminino as que apresentam maior número de ocorrências. São ainda as crianças mais novas que mais ocorrências demonstraram nos medos clínicos, de modo particular no medo do perigo, morte e ferimentos. Por último, para as categorias de escolaridade as pontuações mais elevadas são apresentadas pelas crianças que frequentam níveis escolares correspondentes ao 1.º Ciclo para o medo do perigo, morte e ferimentos.

Com o objectivo de caracterizar o grupo normativo relativamente ao auto-conceito podemos afirmar de forma resumida que, embora o auto-conceito global seja categorizado como médio baixo, verificam-se ocorrências nos níveis que se encontram abaixo da média - muito baixo, baixo e médio baixo - sendo que acima do auto-conceito médio estas não foram observadas. Após a análise das dimensões e para terminar, pode então referir-se que resultados significativamente abaixo da média poderão indicar um auto-conceito negativo, ou um elevado nível de exigência relativamente a si próprio (Sousa, 2006).

A análise das características do grupo permite referir que relativamente ao medo verifica-se uma elevada tendência para a incidência na faixa normativa. No que respeita ao auto-conceito, verificou-se um auto-conceito global de nível médio baixo (Miranda, 2005).

4.9.3 Grupo clínico: Medo e Auto-conceito

Os resultados relativos à análise inferencial realizada para o grupo clínico, permitem afirmar que para a variável diagnóstico clínico, são as crianças com diagnóstico de tumor sólido ou tumor do SNC que apresentam médias mais elevadas, para todos os factores da escala de medo. Do ponto de vista estatístico, estas diferenças são significativas apenas para o medo do perigo, morte e ferimentos. Segundo Gonçalves (2006), para a criança é difícil separar o medo da hospitalização, associado ainda ao medo dos procedimentos médicos que

implicam, por vezes, métodos invasivos e dolorosos (Gonçalves, 2006). Nesta faixa etária, todos os métodos invasivos representam uma ameaça real (Tavares, 2008; Brazelton, 1995).

Os tipos de cancro que mais potenciam o desenvolvimento de sentimentos de medo e ansiedade dizem respeito aos que requerem tratamentos mais invasivos, dolorosos, com maior número de hospitalizações e maior probabilidade de alterar significativamente as actividades diárias das crianças (Barros, 2003).

Na nossa opinião, as diferenças encontradas entre crianças com diferentes tipos de diagnóstico clínico assumem como possível justificação a compreensão e significado atribuído pela própria criança às especificidades de cada tipo de tumor e às características de cada tratamento. De forma complementar, consideramos ainda que a compreensão que a criança realiza, se encontra amplamente dependente das construções sociais acerca da tipologia do cancro e do significado que pais e profissionais lhes conferem (Vilhena, 2007). Desta forma a interpretação do diagnóstico clínico, realizado pela criança em idade escolar, baseia-se nas características directamente observáveis e informações concretas, essencialmente transmitidas pelos adultos mais próximos (Barros, 1998; Barros, 2003; Pacheco & Madero, 2003; Vilhena, 2007). As crianças em idade escolar desejam e necessitam de informações concretas acerca do seu estado de saúde e dos procedimentos médicos a que são sujeitas. Uma informação correcta e adequada à idade e nível de desenvolvimento da criança, tende a diminuir a sua ansiedade e os medos de lesões corporais (Tavares, 2008; Brazelton, 1995).

Na actualidade existem diversas opções para o tratamento do cancro sendo consideradas mais, ou menos eficazes e mais, ou menos invasivas. A escolha dos tratamentos é geralmente padronizada entre as várias instituições de saúde, encontrando-se dependente das características do tumor, (localização e tamanho, afectação de outros órgãos) e das características da criança (idade, estado de saúde, outras doenças) (Barros, 2003; Silva, 2007 & Tavares, 2008). É no entanto importante considerar que apesar do aumento das taxas de sobrevivência e da qualidade de vida das crianças, aproximadamente um terço morre da doença ou do seu tratamento (Kazak, 2001). Do ponto de vista terapêutico os tumores do SNC, como é o caso do meduloblastoma que se desenvolve no cerebello, apresentam limitações no seu tratamento devido à sua localização anatómica. São considerados como os mais difíceis de tratar, não pela natureza do tumor em si, mas pelas dificuldades de aplicação das técnicas cirúrgicas. A extracção total dos tumores tem sido praticamente impossível devido aos riscos elevados de as crianças perderem funções neurológicas. Por estas razões é normal que a criança seja sujeita a diversos procedimentos cirúrgicos e a tratamentos complementares como a radioterapia e a quimioterapia (Pacheco & Madero, 2003). Um estudo desenvolvido por Silva (2007), encontra resultados similares aos nossos. O autor refere que os tumores que mais influenciam negativamente a saúde mental das crianças dizem respeito aos tumores sólidos, nos quais engloba também os tumores do SNC. Considera ainda que os tumores líquidos são os que apresentam menor probabilidade de influenciar o bem-estar emocional e psicológico da criança (Silva, 2007).

Relativamente à variável auto-conceito, os nossos resultados indicam que não existem diferenças significativas entre os grupos de crianças com diferentes tipos de diagnóstico clínico. Alguns autores têm apresentado resultados semelhantes aos nossos, sugerindo que é clinicamente mais provável que as crianças apresentem diferenças ao nível da ansiedade, do que ao nível do auto-conceito (Cavusoglu, 2001). Referem ainda que as crianças que apresentam uma percepção mais clara da sua condição de saúde e percebem que esta não se encontra dependente dos seus comportamentos, apresentam níveis de auto-conceito considerados como normais tendo em conta a comparação com grupos de controlo. São no entanto as mudanças de nível físico que mais têm sido associadas às alterações ocorridas no auto-conceito infantil, obrigando assim a um reajuste psicológico (Bragado, Hernández-Lloreda, Sánchez-Bernardos & Urbano, 2008).

No que diz respeito a outra variável clínica por nós considerada, sabe-se que a hospitalização em idade escolar implica, segundo Barr, Boyce & Zeltzer (1994), reconhecer experiências potencialmente perturbadoras e associadas a uma maior vulnerabilidade psicológica e emocional (Zebrack, et al, 2010).

No nosso estudo verificou-se que não existem diferenças significativas para a escala de medo entre crianças com e sem experiência de internamento. Considerando que as políticas de saúde têm reunido esforços para diminuir o número e a duração de internamentos, essencialmente na área da pediatria, o recurso a este regime depende em muito da gravidade da situação clínica.

No nosso entender, torna-se evidente que as actuais práticas hospitalares se encontram direccionadas para uma maior aproximação à vida quotidiana das crianças (Barros, 2003; Ibor-López, 2009). A criação de serviços especializados e adaptados à população pediátrica, como por exemplo a escola no hospital, tem contribuído para uma diminuição significativa dos períodos de isolamento criando por sua vez, um ambiente oportuno e adequado ao desenvolvimento de actividades semelhantes às do quotidiano. Tendo em conta estas preocupações e alterações no funcionamento do sistema nacional de saúde, torna-se possível afirmar que dificilmente uma experiência única e pontual de internamento possa desenvolver consequências tão negativas ao nível da ansiedade e do auto-conceito da criança como as que têm sido referidas na maior parte da literatura (Barros, 2003; Morgan, 2010). A partir de todas as considerações teóricas expostas, consideramos que a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, as características das crianças e todas as condições inerentes à própria doença e hospitalização, poderão ter minimizado os possíveis efeitos negativos associados à situação de internamento e determinado a forma como a criança experiencia e vivencia esta situação. Por todos estes motivos a experiência de hospitalização pode ser encarada como um momento de aprendizagem e desenvolvimento da criança. Muitos autores optam por referir os aspectos positivos da hospitalização em detrimento das consequências mais negativas que esta pode acarretar. Desde que devidamente acompanhada e devidamente informada, a criança poderá vivenciar o período de internamento de uma forma positiva e de crescimento pessoal. Perante todas as adversidades, a criança pode

aprender a enfrentar situações de crise e *stress*, desenvolvendo desta forma sentimentos de competência que a podem ajudar a aliviar o sofrimento (Brazelton, 1995; Barros, 2003 & Tavares, 2008).

Apesar de todas estas considerações, a experiência de internamento infantil por mais protegida e adequada que seja representa uma mudança assinalável na vida de qualquer criança. Esta, tal como todas as mudanças, requer um processo de adaptação que poderá ser mais ou menos célere, dependendo mais uma vez de diversos factores como as características inerentes à criança (idade e fase de desenvolvimento), estilos de confronto e estratégias por ela utilizadas, experiências anteriores de hospitalização, características da doença, atitudes dos pais e apoio profissional e familiar disponibilizado e percebido (Barros, 2003; Motta & Enumo, 2004). Desta forma poderemos justificar as diferenças significativas verificadas para a dimensão satisfação-felicidade do auto-conceito. Os resultados mais elevados correspondem às crianças que nunca passaram pela experiência de internamento. Estes resultados não significam que as crianças sem experiência de internamento sejam mais felizes, no entanto o facto de estas não terem sido sujeitas a todo um processo de reestruturação e adaptação, caracterizado pelo afastamento da família, escola e amigos, poderá estar relacionado com os valores mais elevados relativamente à satisfação que a criança sente em ser como é (Smith, Coleman & Bradshaw, 2006; Tavares, 2008). Nesta interpretação podemos ainda ter em conta a longevidade da situação de internamento. Sabendo que o diagnóstico, no momento da aplicação das escalas, tinha sido efectuado entre 1 e 2 anos, percebe-se que esta situação corresponde a uma experiência recente e ainda presente no contexto de vida da criança (Barros, 2003).

De forma conclusiva podemos sugerir que as variáveis clínicas estudadas influenciam-se mutuamente, pois a ansiedade e sofrimento inerentes à experiência de hospitalização dependem, em larga medida, das características da própria doença, bem como dos procedimentos que são necessários para o tratamento. De forma contrária, uma má adaptação ao contexto hospitalar poderá intensificar os sintomas de ansiedade que possivelmente levarão a criança a lidar de forma negativa com as características, adversidades e consequências da doença e dos tratamentos (Barros, 2003 & Tavares, 2008).

Tal como par o grupo normativo, foi realizada uma análise dos itens da escala FSSC-R com o objectivo de identificar os dez medos mais intensos do grupo clínico. Os resultados permitiram observar que grande parte dos medos mais intensos corresponde ao medo do perigo, morte e ferimentos, sendo que também foram incluídos nesta lista, o medo de falhar e da crítica e o medo de animais. Importa ainda realçar que para itens correspondentes ao medo de actos médicos, todas as crianças assinalaram a resposta “Nenhum”.

De seguida serão discutidos os resultados relativos à comparação das duas variáveis psicológicas entre os dois grupos de estudo.

4.9.4 Comparação entre grupos

Após uma discussão mais pormenorizada dos resultados referentes aos dois grupos de participantes, a discussão dos resultados relativos à comparação virá complementar o entendimento da influência da doença oncológica no desenvolvimento infantil.

Com base na comparação realizada entre grupos, foi possível observar no nosso estudo que as crianças pertencentes ao grupo normativo (sem doença oncológica) apresentaram valores médios de medo mais elevados, manifestando diferenças significativas para o medo de falhar e da crítica, medo do perigo, morte e ferimentos e medo de animais.

Relativamente ao auto-conceito foi o grupo clínico que apresentou médias mais elevadas para todas as dimensões incluindo o auto-conceito global, no entanto não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos. Embora não tenha sido possível uma análise estatística mais pormenorizada em relação à incidência nas categorias de medo e auto-conceito, podemos afirmar através dos valores médios que para todos os factores do instrumento FSSC-R, as médias encontravam-se dentro da faixa correspondente aos medos normais, para os dois grupos de participantes. Relativamente ao auto-conceito, verificaram-se médias abaixo do que se encontra definido como normativo. Especificamente podemos afirmar que a dimensão relativa ao aspecto comportamental, à ansiedade e o auto-conceito global apresentam-se com médias inferiores a 40.

Embora a doença oncológica seja considerada como um factor de risco para o desenvolvimento de perturbações de ansiedade, os efeitos psicológicos e emocionais da doença têm nos últimos anos provocado alguma discórdia entre os investigadores e os próprios profissionais de saúde. Os nossos resultados e os que a literatura mais recente tem publicado são unânimes em afirmar que as crianças com cancro apresentam, na globalidade, um bom ajustamento psicológico e emocional sem índices elevados de ansiedade ou qualquer outra perturbação psicológica (Bragado, et. al, 2008; Bragado, 2009; Zebrack et. al, 2010).

Com já se encontra referido, tendo sido avaliados os dez medos mais intensos, embora não clínicos, do grupo clínico, verificou-se que para as questões “Ter de ir ao hospital” (item 8) e “Ir ao médico” (item 22), a totalidade das crianças referiu não ter nenhum medo. Este facto vem reforçar o referido anteriormente, e reforçar a ideia do possível ajustamento emocional e psicológico das crianças do grupo clínico do nosso estudo.

Sawyer, Antoniou, Rice & Baghurst, assinalam o facto de as reacções emocionais mais negativas predominarem na fase inicial do diagnóstico mas com tendência a diminuir de forma significativa e rápida com o tempo (Sawyer, Antoniou, Rice & Baghurst, 2000). Perante esta conclusão deve ter-se em conta que as crianças por nós avaliadas apresentaram um tempo de diagnóstico entre 1 e 2 anos. Desta forma poderá considerar-se que já não se encontram na etapa inicial de diagnóstico, sendo esta uma das possíveis justificações para a ausência de elevados níveis de medo. Importa referir com alguma relevância a importância dos estudos que realizam investigações longitudinais na área da oncologia pediátrica para uma possível explicação dos nossos resultados. Perante o tempo de diagnóstico, entre 1 e 2

anos no nosso grupo, coloca-se a questão do aparecimento das consequências psicológicas da doença a longo prazo (Moody, Meyer, Mancuso, Charlson & Robbins, 2006; Gillespie & Scagliola, 2008). Esta questão tem sido alvo de inúmeras investigações, no entanto a generalização dos resultados tem sido limitada pelos reduzidos tamanhos das amostras. Koocher & O'Malley, sugeriram que uma grande maioria de sobreviventes de doença oncológica infantil apresenta risco elevado de vir a sofrer de perturbações psicológicas na idade adulta, essencialmente de perturbações ansiosas (Zebrack, et al., 2010).

Não descurando das possíveis explicações até aqui referidas, perante resultados mais positivos em relação às consequências psicológicas do cancro, podemos avançar como possível explicação o facto de as crianças com esta doença enfrentarem a condição de saúde e o tratamento com uma atitude positiva, permitindo-lhes adaptarem-se e diminuir o sofrimento emocional e psicológico (Canning, Canning & Boyce, 1992). Crianças que apresentam estratégias de confronto eficazes acabam por se sentir mais competentes e com mais poder para controlar a situação, o que leva a uma diminuição da ansiedade e possivelmente ao desenvolvimento de comportamentos resilientes. A percepção positiva da criança acerca da disponibilidade de recursos do seu contexto familiar e hospitalar representa um factor importante no processo de adaptação à doença e aos procedimentos médicos (Gariépy & Howe, 2003; Bragado, 2009). Assim consideramos como explicação plausível para os nossos resultados o apoio e suporte emocional conferido pelos profissionais de saúde que cada vez mais se encontram habilitados para responder às necessidades da criança com cancro (Bragado, et. al, 2008).

De forma a complementar esta ideia, tendo já sido descrita anteriormente, parece-nos que a manifestação de consequências psicológicas do cancro depende do nível de compreensão da doença que a criança apresenta. O nível de entendimento da doença nesta fase da vida pode estar relacionado com o facto de os sintomas ou consequências psicológicas se manifestarem numa fase mais tardia da vida da pessoa. A experiência subjectiva da doença e dos tratamentos levam a criança à necessidade de encontrar um significado próprio para a sua condição. Collins, Devine, Johnson, Pinkerton & Thaler (2002), referem que é possível que uma criança de 7 anos de idade apresente uma compreensão da doença bastante relevante e consistente (Salas, et al., 2004), no entanto outros autores referem que nesta fase de pensamento concreto a criança encara a situação de doença através de explicações rígidas e estereotipadas (Bragado, 2009). Segundo Barros, a criança que acede ao estádio das operações concretas começa a desenvolver o raciocínio lógico que lhe irá permitir compreender que a doença advém de um mau funcionamento do seu corpo, estabelecendo assim relações de causalidade. A ideia de contágio e a culpabilização tendem a diminuir durante a idade escolar. Face a esta evolução do pensamento e devido ao sentimento de incontrolabilidade da doença, o papel dos profissionais de saúde começa a ser valorizado (Barros, 2003; Tavares, 2008).

Desta forma, podemos afirmar que a reacção adaptativa ou desadaptativa da criança à doença depende em grande parte da forma como ela compreende a mesma e do significado

que lhe atribui, sendo que o significado da criança se encontra comportamental e emocionalmente dependente do seu meio familiar, dos profissionais de saúde que a acompanham e segundo Barros (2003) da informação que lhe foi disponibilizada na fase de diagnóstico e durante os tratamentos.

De forma conclusiva, em linhas gerais o nosso estudo veio confirmar a tendência observada durante os últimos anos relativamente ao bom funcionamento psicológico e emocional das crianças com cancro, nomeadamente ao nível da ansiedade e do auto-conceito.

Os nossos resultados são favoráveis à visão de que o bem-estar emocional depende do auto-conceito e que este se encontra relacionado com níveis de ansiedade. Como afirma Haase (2004), crianças com cancro que não apresentem valores de auto-conceito mais baixos e de ansiedade mais altos que as crianças sem cancro demonstram boas capacidades do ponto de vista psicológico e emocional para lidar com a situação (Bragado, Hernández-Lloreda, Sánchez-Bernardos & Urbano, 2008).

Todas as crianças experienciam sintomas físicos, psicológicos e emocionais associados à doença, no entanto a sua manifestação é individual, subjectiva e pode ser também instável. Os resultados contraditórios têm sido justificados através da heterogeneidade da população pediátrica, da não existência de uma linha orientadora de intervenção comum (Bessel, 2001). A forma como as crianças, os pais e os profissionais de saúde identificam e definem os sintomas varia de forma significativa (Salas et. al, 2002).

4.9.5 Correlações entre instrumentos

Atendendo aos resultados obtidos no estudo das correlações de *Pearson* entre factores e dimensões dos dois instrumentos, identificamos como resultados principais os valores de associação que apontam para a existência de correlações moderadas ou fortes, estatisticamente significativas, encontradas apenas para o grupo clínico. Estas associações verificam-se entre a presença de AN (ansiedade) e os medos F1 (medo de falhar e da crítica), F2 (medo do perigo), F3 (medo do desconhecido), F5 (medos relacionados com actos médicos) e FTotal. O valor negativo dos coeficientes de correlação indica que quanto mais reduzida for a pontuação da ansiedade da criança na escala de auto-conceito, mais elevados são os tipos de medos F1, F2, F3, F5 e Ftotal. Mais uma vez considera-se importante lembrar que uma maior pontuação na dimensão AN (ansiedade) remete para um auto-conceito mais elevado nesta dimensão, ou seja, para menores níveis de ansiedade. Desta forma, os resultados sugerem que quanto mais elevados forem os níveis de ansiedade, mais as crianças pontuam nos factores de medo acima referidos.

Sendo a ansiedade e o auto-conceito dois conceitos importantes sobre o desenvolvimento infantil, sabe-se que diferentes níveis de ansiedade, experimentados na infância, exercem influência na forma como a criança lida com situações ansiosas, como o medo. O auto-conceito de crianças em idade escolar, surge como um variável importante do desenvolvimento e directamente influenciada pelos níveis de ansiedade que a criança apresenta (Aral, Baran, Bulut, & Cimen, 2001 cit in Bektas & Ozturk, 2008).

Sabendo que a revisão da literatura demonstra alguma escassez em estudos semelhantes, os autores Bragado, Hernández-Lloreda, Sánchez-Bernardos & Urbano (2008), consideram o auto-conceito como construto um bom preditor do estado emocional das crianças. De forma global os estudos focam apenas a dimensão do auto-conceito físico quando pretendem analisar a associação entre auto-conceito e a ansiedade.

Perante a nossa análise, embora tenhamos consciência de que não nos referimos a uma relação directa, causa-efeito, poderá referir-se que os resultados parecem apontar para o facto de a dimensão ansiedade poder ser um bom preditor dos medos.

Considerações Finais

Chegados ao final deste trabalho, gostaríamos de terminar tecendo algumas considerações aos resultados obtidos, bem como a algumas implicações conceptuais e metodológicas da presente investigação. Para concluir, serão abordadas questões práticas sobre a actuação da psicologia em contexto escolar e hospitalar, remetendo sempre para a possibilidade e necessidade de investigações futuras.

Começaríamos assim, por salientar que o desenvolvimento normal das crianças inclui uma vasta gama de variáveis psicológicas e diferenças individuais. Durante as últimas décadas tem sido permitido salientar a importância de reconhecer os processos psicológicos como variáveis determinantes do desenvolvimento infantil. Os constantes desafios propostos às investigações anteriores têm permitido a evolução do conhecimento científico e da sua aplicação prática.

Mesmo não se considerando de forma linear a existência de uma relação causa-efeito, entre o surgimento da doença oncológica e as suas consequências negativas no desenvolvimento infantil, é certo que estas poderão conduzir a desajustes emocionais e psicológicos significativos. Perante a crescente incidência da doença oncológica na população pediátrica e também na sua visibilidade social, surgiu o desafio de tentar compreender e explicar como este acontecimento se expressa através das variáveis psicológicas, medo e auto-conceito.

De forma sucinta serão apresentados os resultados gerais do nosso estudo. Analisando as variáveis sócio-demográficas do grupo normativo, podemos concluir que de forma significativa, estas exercem influência no modo como as crianças tendem a expressar os seus medos e como se auto-descrevem. Foi possível verificar uma tendência global para medos relativos à possibilidade de perigo, de ferimentos e de morte, e também um auto-conceito de nível médio-baixo. Relativamente à comparação entre grupos, conclui-se que as crianças com cancro parecem estar bem ajustadas do ponto de vista psicológico. Mais, os resultados permitem concluir que existem diferenças significativas entre as médias obtidas pelos dois grupos de participantes para a escala de medo, tendo sido as crianças com doença aquelas que apresentaram níveis mais baixos. Ao nível do auto-conceito não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos. Podemos sugerir que as crianças do grupo clínico, mesmo perante as adversidades da doença, parecem manifestar uma representação de si semelhante às das crianças sem doença. Em suma, os nossos resultados sugerem que o grupo clínico apresenta uma boa ajustabilidade psicossocial tal como tem sido referenciado noutros estudos.

Tendo em conta os objectivos a que nos propusemos, consideramos que estes foram cumpridos, mesmo perante algumas objecções consideradas como limitações de natureza metodológica. Relativamente à escala de avaliação do auto-conceito, PHSCS-2, apesar dos resultados encontrados estabelecerem um elevado grau de concordância com a revisão bibliográfica, os inaceitáveis níveis de fiabilidade de algumas dimensões levaram à remoção das mesmas. Isto coloca-nos perante alguma moderação na aceitação dos resultados obtidos.

A literatura tem apontado algumas limitações ao facto de alguns itens aparecerem formulados na negativa, uma vez que revelam alguma ineficácia na avaliação dos factores, contribuindo pouco para a consistência interna dos mesmos (Marsh, Byrne & Shavelson, 1992). Relativamente à avaliação dos medos, embora o interesse no seu estudo tenha crescido significativamente durante os últimos 30 anos, a verdade é que as investigações nesta área foram essencialmente realizadas em países da América do Norte, África, Israel e Ásia. Com isto, procuramos apenas referir que a comparação dos resultados deve ter em conta este aspecto, uma vez que o factor cultural, como se encontra referido no enquadramento teórico, diz respeito a um factor importante no desenvolvimento dos medos e da ansiedade infantil. Como já foi referido, alguns estudos têm alertado para o facto de todo o processo inerente à expressão do medo infantil não ser universal e depender de diferenças culturais.

Uma outra limitação de natureza metodológica, com que nos fomos deparando ao longo da realização do mesmo, remete para a dificuldade na obtenção das autorizações das instituições de saúde para a realização do nosso estudo, especialmente na aplicação dos instrumentos de avaliação. Perante este cenário, poderemos indicar como limitação consequente o facto de não termos conseguido uma divisão mais homogénea de crianças com cancro face à variável diagnóstico. Tendo em atenção todas as considerações metodológicas feitas no nosso estudo, é importante que a generalização dos resultados seja feita com alguma parcimónia. Nos dois contextos, devemos ainda considerar que a extensão dos dois instrumentos de avaliação poderão ter levado à desmotivação e exaustão por parte das crianças. Por isso, e no que respeita ao grupo clínico, considerou-se não incluir neste estudo crianças que se encontravam em situação de internamento, devido ao facto de a sua condição de saúde ser muito debilitada.

Esta conclusão ficaria incompleta se não fossem referenciadas novas possibilidades de investigação. Tendo em conta a integração prática da investigação teórica, é crucial reflectir sobre as circunstâncias e necessidades que acompanham a intervenção psicológica. Numa perspectiva futura, apesar das limitações evidentes na conjectura actual, consideramos que seria importante criar e desenvolver planos de natureza preventiva nos dois contextos.

No contexto hospitalar, a prevenção representa uma necessidade não questionável, uma vez que prevenir qualquer perturbação de natureza psicológica deve ser um trabalho integrado desde o momento inicial da doença, ou seja, na fase do diagnóstico. O acompanhamento psicológico é considerado como facilitador da adaptação à doença e benéfico do ponto de vista emocional da criança. Apesar de os nossos resultados terem transmitido uma visão mais aceitável acerca das consequências psicossociais da doença oncológica em idade pediátrica, é certo que a generalização apresenta as suas limitações e que mais variáveis de natureza social/contextual (estatuto sócio-económico, atitude dos pais perante a doença), de natureza clínica (tempo de diagnóstico, fase da doença) e hospitalar (acompanhamento recebido e percebido pela criança) deveriam ser incluídos no estudo, de forma a complementar o entendimento dos factores que contribuem para o bem-estar emocional da criança. Consideramos ainda importante ter em consideração as características

e processos psicológicos das crianças (crenças e estratégias de *coping*), enquanto estas constroem e atribuem um significado ao seu novo mundo.

A prevenção em contexto escolar não é menos importante que a prevenção em contexto hospitalar. A maioria das crianças em idade escolar não requer intervenções especializadas e individualizadas, no entanto considera-se importante que quem lida com a criança apresente ou desenvolva algum conhecimento acerca das características desta fase, essencialmente ao nível dos medos desenvolvimentais e do desenvolvimento do auto-conceito.

Consideramos que o nosso estudo contribuiu para um melhor conhecimento do desenvolvimento psicológico de crianças em idade escolar, valorizando o medo e o auto-conceito como variáveis importantes do desenvolvimento infantil, permitindo ainda evidenciar a influência de variáveis sócio-demográficas.

Relativamente ao grupo clínico, este estudo transmitiu um conjunto de dados e informações bem fundamentadas, sobretudo numa perspectiva mais desenvolvimentista, sobre as eventuais consequências da doença oncológica no desenvolvimento infantil. Permitiu também desenvolver noções acerca de como a criança compreende e vivencia os fenómenos relacionados com a doença, alertando para questões de natureza prática no que respeita ao seu acompanhamento. Em termos de prevenção, este estudo pode contribuir para antecipar possíveis dificuldades ou problemas que são característicos de cada idade ou faixa etária. Desta forma consideramos que não faz qualquer sentido discriminar a prevenção de sintomas físicos de sintomas psicológicos.

De uma forma mais geral, espera-se que este trabalho tenha contribuído para uma reflexão mais abrangente sobre a leitura que se faz do bem-estar e do desenvolvimento psicológico das crianças em idade escolar. Este estudo foi mais além do que a maioria dos estudos por nós analisados uma vez que, considerámos a importância de analisar os resultados por categorias (*clusters*), para além das médias, permitindo assim enriquecer a investigação e obter um maior entendimento das variáveis em estudo. Do ponto de vista da saúde mental, embora não se considere adequado traçar um perfil da amostra, uma vez que estamos a falar de crianças que se encontram em desenvolvimento, os resultados poderão alertar para o interesse em trabalhar os temas em questão, tendo em conta que os grupos de participantes poderão vir a apresentar uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de medos patológicos e um baixo auto-conceito.

Referências Bibliográficas

- Alsaker, F. D., & Olweus, D. (1993). Global self-evaluations and perceived instability of self in early adolescence: A cohort longitudinal study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 34, 47- 63.
- American Academy of Pediatrics (2006). Child Life Services. *Pediatrics*, 118, (4), 1757- 1763.
- Armfiel, M. J. (2007). Understanding animal fears: a comparison of the cognitive vulnerability and harm-looming models. *BMC Psychiatry*, 68 (7), 1-12.
- Arrambide, M. S., Gabaldón, O., Miravete, M., Pereda, R. G. & Caro, I. A. (2003). Intervención psicológica para el afrontamiento de procedimientos médicos dolorosos en oncología pediátrica. *Anales de Pediatría*, 59 (1), 105-109.
- Asbahr, F. R. (2004). Anxiety disorders in childhood and adolescence: clinical and neurobiological aspects. *Jornal de Pediatría*, 80 (2), 28-34.
- Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica. (2010). Publicação do Dia Internacional da Criança com Cancro. Retirado de www.min-saude.pt/portal/conteudos, em 16 de Dezembro de 2010.
- Baptista, A. (2000) Perturbações do Medo e da Ansiedade: Uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental. In Soares, I. (Ed.) *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in) Adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista* (2.ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores
- Barros, L. (1998). As consequências psicológicas da hospitalização infantil: Prevenção e controlo. *Análise Psicológica*, 1 (XVI), 11-28.
- Bektas, M. & Ozturk, C. (2008). Effect of health promotion education on presence of positive health behaviors, level of anxiety and self-concept. *Social Behavior and Personality*, 36 (5), 681-690.
- Berger, S. K. & Thompson, A. R. (1997). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia* (4.ª Ed.). Madrid: Editorial Panamericana, S. A.

- Bessel, A. G. (2001). Children Surviving cancer: Psychosocial Adjustment, Quality of Life and School Experiences. *The Council for Exceptional Children*, 3, 345-359.
- Bischof, N. (1975). A Systems Approach toward the Functional Connections of Attachment and Fear. *Child Development*, 46, 801-817.
- Bogels, S. M., Van Dongen, L. & Muris, P. (2003). Family Influences on Dysfunctional thinking in Anxious Children. *Infant and Child Development*, 12, 243-252.
- Bragado, C. (2009). Funcionamento psicossocial e intervenciones psicológicas en niños com câncer. *Psicooncologia*, 3 (6), 327-341.
- Bragado, C., Hernández-Lloreda, M. J., Sánchez-Bernardos, M. L. & Urbano, S. (2008). Autoconceito físico, ansiedade, depressão y auto-estima en niños com câncer y niños sanos sin historia de câncer. *Psicothema*, 3 (20), 413-419.
- Brazelton, B (1995). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos de vida*. Lisboa: Editorial Presença.
- Broeren, S. & Muris, P. (2009). The Relation Between Cognitive Development and Anxiety Phenomena in Children. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 702-709.
- Burnham, J. J. (2009). Contemporary Fears of Children and Adolescents: Coping and Resiliency in the 21st Century. *Journal of Counseling & Development*, 87, 28-35.
- Burnham, J. J. (2005). Fears of children in the United States: An Examination of the American Fear Survey Schedule With 20 New Contemporary Fear Items. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development*, 38, 78-91.
- Burnham, J. J., Schaefer, B. A. & Giesen, J. (2006). An empirical taxonomy of youths fears: Cluster analysis of the American Fear Survey Schedule. *Psychology in the schools*, 43 (6), 673-683.
- Butler, R. J. & Gasson, S. L. (2005). Self esteem/self concept scales for children and adolescents: a review. *Child and Adolescent Mental Health*, 10 (4), 190-201.
- Canning, E. H, Canning, r. D. & Boyce, W. T. (1992). Depressive symptoms and adaptative style in children with cancer. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1120-1124.

- Cardoso, F. T. (2007). Câncer infantil: aspectos emocionais e actuação do psicólogo. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 1 (10), 26-52.
- Cavusoglu, H, (2001), Depression in children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 16, 380-385.
- Celma, A. (2009). Psicooncología infantil e adolescente. *Psicooncología*, 3, 285-290.
- Coburn, E. (2004). Children's fears and anxieties. *Harvard Medical School*, 6 (21), 1-4.
- Combrinck-Graham, L. (1997). O Desenvolvimento das Crianças em Idade Escolar. In Lewis, M. (1995). *Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cruzado, J. A. (2003). La formación en psicooncología. *Psicooncología*, 1 (0), 9-19.
- Dias, P. & Gonçalves, M. (1999). *Avaliação da ansiedade e depressão em crianças e adolescentes*.
- Faria, L. (2005). Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 4 (23), 361-371.
- Ferlay, J., Shin, H., Bray, F., Forman, D., Mathers, C. & Parkin, D. M. (2010). Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *International Journal of Cancer*, 127, 2893- 2917.
- Ferreira, O. M. S. (2011). Estratégias de Parceria: A criança com doença oncológica e sua família. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Braga.
- Field, P. A. & Storksen-Coulson, H. (2007). The interaction of pathways to fear in childhood anxiety: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 3051-3059.
- Filliozat, I. (2001). No coração das emoções das crianças. Lisboa: Pergaminho.
- Fisher, A. B., Schaefer, B. A., Watkins, M. W., Worrel, F. C. & Hall, T. E. (2006). The factor structure of the Fear Survey Schedule for Children—II in Trinidadian children and adolescents. *Anxiety Disorders*, 20, 740-759.
- Fonseca, A. C. (1993). Medos em crianças e adolescentes: Um estudo sobre a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 1 (27), 75-92.

- Franco, C. M. R., Malheiros, S. M. F. & Gabbai, A. A. (1999). Meduloblastoma em adultos. *Revista de Neurociências*, 7 (3), 129-135.
- Gariépy, N. & Howe, N. (2003). The therapeutic power of play: examining the Play of young children with leukaemia. *Care, Health & Development*, 29 (6), 523-537.
- Gillespie, J. F. & Scagliola, L. M. (2008). Quality of life in Children with câncer. In Gullotta, T. P. & Blay, G. M. (2008). *Handbook of childhood behavioural issues: Evidence-based approaches for prevention and treatment*, New York: Routledge.
- Gonçalves, M. J. (2006). O bebé, a criança e o adolescente no hospital. In Instituto de Apoio à Criança (IAC). *Acolhimento e estadia da criança e adolescente no hospital* (p. 16-19). Lisboa: IAC.
- Gullone, E. & Ollendic, H. T. (1990). Fears in children and adolescents with chronic medical conditions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 2 (19), 173-177.
- Gullone, E., & King, N. J. (1992). Psychometric evaluation of a revised fear survey schedule for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 33, 987-998.
- Gullone, E. (1999). The Assessment of Normal Fear in Children and Adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2 (2), 91-106.
- Gullone, E. (2000). The development of normal fear: A century of research. *Clinical Psychology Review*, 20 (4), 429-451.
- Gülteki, G. & Baran, G. (2007). A study of the self-concepts of 9-14 year-old children with acute and chronic diseases. *Social behavior and personality*, 35 (3), 329-338.
- Graczyk, P. A. & Connolly, S. D. (2003). Anxiety Disorders in Childhood. In Guillotta, T. P. & Blay, G. M. (Eds.). *Handbook of childhood behavioral issues: Evidence-based approaches to prevention and treatment*. New York: Routledge.
- Henker, B., Whalen, C. K. & O'Neil, R. (1995). Wordly and Workaday Worries: Contemporary Concerns of Children and Young Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23 (6), 685 - 702.

- Jemal, A., Siegel, R., Xu, J. & Ward, E. (2010). Cancer Statistics, 2010. *Cancer Journal for Clinicians*, 60, 277-300.
- Joyce - Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Amadora: McGraw-Hill.
- Justo, J. M. (1996). Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: Etiologia, intervenção e articulações. In Dias, M. R. & Durá, E. (2002). *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Kazak, A. (2001). Comprehensive care for children with cancer and their families: a social ecological framework guiding research, practice, and policy. *Children's services: social policy, research, and practice*, 4 (4), 217-233.
- King, N. J., Ollendick, T. H., Murphy, G. C. & Muris, P. (2000). Animal Phobias in Children: Aetiology, Assessment and Treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 11-21.
- Kreitler, S. & Arush, M. W. B. (2004). *Psychosocial Aspects of Pediatric Oncology*. London: John Wiley & Sons Ltd.
- Kushnir, J. & Sadeh, A. (2010). Childhood Fears, Neurobehavioral Functioning and Behavior Problems in School-Age Children. *Child Psychiatry Human Development*, 41, 88 - 97.
- Lameiro, D. (2009). O acompanhamento psicológico da criança com leucemia. *Análise Psicológica*, 3 (1), 1-16.
- López-Ibor, B. (2009). Aspectos médicos, psicológicos y sociales del cáncer infantil. *Psicooncologia*, 3 (6), 281-284.
- Macedo, A., Andrade, S., Moital, I., Moreira, A., Pimentel, F. L., Barroso, S., Dinis, J., Afonso, N. & Bonfill, X. (2008). Perfil da Doença Oncológica em Portugal: Racional, Objectivos e Metodologia - Estudo Perfil. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 329-334.
- Mansell, W. (2008). *Como lidar com Medos e Fobias*. Lisboa: Plátano Editora.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e Psicopatologia: Manuais Universitários*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), 65-90.

- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martin, K. J., Pescosolido, A. B., Olafsdottir, S. & McLeod, D. J. (2007). The construction of fear: American's preferences for social distance from children and adolescents with Mental Health Problems. *Journal of Health and Social Behavior*, 48, 50-67.
- Martinez, L. F. & Ferreira, A. I. (2010). *Análise de dados com SPSS: primeiros passos* (3.ª Ed.). Lisboa: Escolar Editora.
- Martins, D. D. R. (2005). *Auto-conceito de crianças expostas à violência intraparental*. Monografia de Licenciatura. Universidade Fernando Pessoa: Porto.
- Medín, G. (2009). Supervivientes de câncer infantil. Efectos en el tiempo. Un estudio cualitativo. *Psicooncologia*, 3 (6), 429-443.
- Meltzer, H., Vostanis, P., Dogra, N., Doos, L., Ford, T. & Goodman, R. (2008). Children's specific fears. *Child: care, health and development*, 35 (6), 781-789.
- Menezes, C. N. B., Passareli, P. M., Drude, F. S. & Santos, M. A. (2007). Cancro infantil: Organização familiar e doença. *Revista Mal-estar e subjectividade*, 7 (1), 191-210.
- Ministério da Saúde (2002). *Rede de Referência Hospitalar de Oncologia*. Maia: Gráfica Maiadouro.
- Ministério da Saúde (2005). *Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, 2005*. Retirado de www.acs.min-saude.pt/pt/doencas-oncologicas, em 16 de Dezembro de 2010.
- Ministério da Saúde (2009). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2004/2010*. Retirado de www.acs.min-saude.pt/cndo, em 20 de Janeiro de 2011.
- Miranda, B. J. A. C. (2005). *Dificuldades de Aprendizagem e Auto-conceito*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho: Braga.
- Mitchell, L. N. & Schulman, R. K. (1981). The Child and the fear of death. *Journal of the National Medical Association*, 73 (10), 963-967.
- Moody, K., Meyer, M., Mancuso, C. A., Charlson, M. & Robbins, L. (2006). Exploring concerns of children with cancer. *Support Care Cancer*, 14, 960-966.

- Monsalve, V. Gómez-Carretero, P. & Soriano, J. (2006). Intervención psicológica en dolor oncológico: un estudio de revisión. *Psicooncologia*, 1 (3), 139-152.
- Morais, C. M. (2005). *Escalas de Medida, Estatística Descritiva e Inferência Estatística*. Instituto Politécnico de Bragança: Bragança.
- Morgan, H. (2010). Single and shared accommodation for young patients in hospital. *Paediatric nursing*, 22 (8), 20-24.
- Motta, A., B. & Enumo, S., R., F. (2004). Cancro infantil: proposta de avaliação das estratégias de confronto da hospitalização. *Estudos de Psicologia*, 21 (3), 193-202.
- Murris, P., Merckelbach, H., Jong, J. P. & Ollendick, H. T. (2002). The etiology of specific fears and phobias in children: a critique of the non-associative account. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 185-195.
- Muris, P. & Rijke, S. (2010). Facing the Beast Apart Together: Fear in Boys and Girls after Processing Information about Novel Animals Individually or in a Duo. *Journal of Child and Family Studies*, 20 (5), 1-6.
- Muris, P. Mayer, B., Freher, N. M., Duncan, S. & Hout, A. (2010). Children's Internal Attributions of anxiety-related physical symptoms age-related patterns and the role of cognitive development and anxiety sensitivity. *Child Psychiatry Human Development*, 41, 525-548.
- Nascimento, L. C., Rocha, S. M. M., Hayes, V. H. & Lima, R. A. G. (2005). Crianças com câncer e suas famílias. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 39 (4), 469-474.
- Neto, F. (1998). *Psicologia Social* (Vol I). Lisboa: Universidade Aberta.
- Norton, L., & Bento, M. (2006). Epidemiologia do cancro pediátrico. Retirado de <http://www.oncologiapediatrica.org>, em 05 de Maio de 2011 de 2007
- Núñez-Polo, M. H., González, R. L., Palacio, E. C., Cabrera, A. L., Alba, R. M., López, L. M. & Martínez, A. P. (2009). Hablar de la muerte al final de la vida: el niño com câncer en fase terminal. *Anales de Pediatría*, 71 (5), 419-426.
- Odriozola, E. E (2001). *Perturbações da Ansiedade na Infância*. Amadora: McGraw-Hill.

- Oesterreich, L. (2003). *Understanding Children: Family Life*. Yowa University: University extension.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2.^a Ed.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, B. H. J. (2007). *Psicologia da Educação* (Vol 1). *Aprendizagem-Aluno* (2.^a Ed.). Coleção LivPsic.
- Ollendick, H. T., King, J. N. & Yule, W. (1994). *International Handbook of Phobic and Anxiety Disorders*. New York: Plenum Press.
- Ollendick, H. T., Langley, K. A., Jones, T. R. & Kephart, C. (2001). Fear in Children and Adolescents: Relations with Negative Life Events, Attributional Style and Avoidant Coping. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 42 (8), 1029 - 1034.
- Ollendick, H. T., King, J. N. & Muris, P. (2002). Fears and Phobias in Children: Phenomenology, Epidemiology and etiology. *Child and Adolescent Mental Health*, 7 (3), 98-106.
- Oppenheim, D. & Hartmann, O. (2000). Psychotherapeutic practice in pediatric oncology: four examples. *British Journal of Cancer*, 82 (2), 251-254.
- Ortigosa, J. M., Méndez, F. X. & Riquelme, A. (2009). Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del câncer infantil y adolescente: la perspectiva cognitivo-conductual. *Psicooncologia*, 3 (6), 413-428.
- Pacheco, M. & Madero, L. (2003). Oncología pediátrica. *Psicooncologia*, 1 (0), 107-116.
- Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual* (2.^a Ed.). Sydney: Bookhouse.
- Papalia, E. D., Olds, W. D. & Feldman, D. R. (2001). *O Mundo da Criança*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Papalia, E. D., Olds, W. D. & Feldman, D. R. (2003). *Human Development* (9.^a Ed.). Boston : McGraw-Hill.

- Peixoto, F. J. B. (2003). *Auto-Estima, Auto-Conceito e Dinâmicas Relacionais em Contexto Escolar*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia, Braga.
- Peixoto, F. & Mata, L. (1993). Efeitos da idade, sexo e nível sócio-cultural no auto-conceito. *Análise Psicológica*, 11, 401-413.
- Penson, R. T., Partridge, R. A., Shah, M. A., Giansiracusa, D., Chabner, B. A. & Lynch, T. J. (2005). Update: Fear of death. *The Oncologist*, 10, 160-169.
- Pereira, A. (2006). *Guia prático de utilização: análise de dados para ciências sociais e psicologia* (6.ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5.ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Puckett, M. D. (2008). Review of the Piers-Harris Children's Self Concept Scale, Second Edition. *News Notes*, 48 (2), 1-5.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Rodríguez, J. O. (2001). *A criança com medo de falar*. Amadora: McGraw-Hill.
- Salas, M., Gabaldón, O., Mayoral, J. L., Arce, M. & Amayra, I. (2004). Evaluación y control de síntomas en oncología pediátrica: una necesidad que cubrir y un mundo por descubrir. *Psicooncología*, 2 (1), 231-250.
- Sampaio, F. M., Martins, A. M. & Oliveira, T. C. (2007). Medos normais de crianças em contexto hospitalar Segundo o Fear Survey Schedule for Children - Revised. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais do Porto*, 4, 252- 263.
- Sawyer, M., Antoniou, G., Rice, M. & Baghurst, P. (2000). Childhood cancer: A 4 years prospective study of the psychological adjustment of children and parents. *Journal of Paediatric Hematology and Oncology*, 22, 214-220.
- Silva, S. Pires, A. Gonçalves, M. & Moura, M. J. (2002). Cancro infantil e comportamento parental. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (1), 43-60.

- Silva, W. V. (2003). Adaptação da escala australiana Childhood concerns survey. *Dissertação de Mestrado*. Universidade Católica: Rio Grande do Sul.
- Silva, M. C. R. (2006). Evidências de validade de uma escala de autoconceito acadêmico em estatística. *Dissertação de Mestrado*. Universidade de São Francisco: Itatiba.
- Silva, M. F. C. F. (2007). *Estudo das variáveis psicológicas - esperança, qualidade de vida e dinâmica familiar - no processo de adaptação parental à doença oncológica infantil*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto
- Simões, M. F. J. (1997). Autoconceito e desenvolvimento pessoal em contexto escolar. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 1,2,3, 195-210.
- Simões, F. M. (2001). *O interesse do auto-conceito em Educação*. Porto: Plátano Editora.
- Simões, F., Rodrigues, L., Esgalhado, G. & Guimarães, C. (2008). Desenvolvimento do auto-conceito pela tutoria pedagógica por crianças do primeiro ciclo. *Psicologia Escolar e Educacional*, 12 (2), 327-336.
- Sousa, P.M.L (2006). *Obesidade na adolescência: Aspectos psicológicos e rendimento escolar*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra.
- Simth, L., Coleman, V. & Bradshaw, M. (2006). Family centred-care. In Glasper, A. & Richardson, J. *A textbook of children's and young people's nursing* (p.77-88). London: Elsevier.
- Sullivan, A. (2009). Academic self-concept, gender and single-sex schooling. *British Educational Research Journal*, 2 (35), 259-288.
- Tavares, P.P.S (2008). *A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Terracini, B. (2011). Epidemiology of childhood cancer. *Terracini Environmental Health*, 10 (1), 1-3.
- Toro, A. (2007). Psychological impact of childhood cancer. *American Psychological Association*, 202, 75-87.

- Torres, L. F. B., Medeiros, B. C., Noronha, L., Pedroso, A. & Ramina, R. (1996). Gliomas do nervo óptico: estudo de 11 casos / Optic nerve gliomas: a study of 11 cases. *Arquivo de neuropsiquiatria*, 54 (2), 280-283.
- Uman, L. S., Chamnbers, C. T. & McGrath, P. J. & Kisely, S. (2008). A systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 842-854.
- Veiga, F. H. (1989). Escala de Auto-Conceito: Adaptação portuguesa do Piers-Harris Children's Self- Concept Scale. *Psicologia*, 7 (3), 275-284.
- 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*. Universidade do Minho, Braga.
- Vilhena, M. J. G. B. (2007). *A esperança, o coping e o apoio social em irmãos saudáveis de crianças e jovens com leucemia*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa.
- Watters, M. A., Lipp, O. & Spence, S. H. (2008). Visual search for animal fear-relevant stimuli in children. *Australian Journal of Psychology*, 60 (2), 112-125.
- Westenberg, M. P., Drewes, J. M., Goedhart, W. A., Siebelink, M. B. & Treffers, A. D. P. (2004). A developmental analysis of self-reported fears in late childhood through mid-adolescence: social-evaluative fears on the rise? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4 (3), 481-495.
- Wiener, L., Battles, H., Bernstein, D., Long, L., Derdak, J., Mackall, C. L. & Mansky, P. J. (2006). Persistent psychological distress in long-term survivors of pediatric sarcoma: the experience at a single institution. *Psycho-Oncology*, 15, 898-910.
- Zebrack, B. J., Zeltzer, L. K., Whitton, J., Mertens, A. C., Odom, L., Berkow, R. & Robison, L. L. (2010). Psychological outcomes in long-term survivors of childhood leukemia, Hodgkin's disease and non-Hodgkin's lymphoma: a report from the childhood cancer survivor study. *Pediatrics*, 1 (110), 42-52.

ANEXOS

Anexo 1

Exemplar do Pedido de autorização aos autores da adaptação dos instrumentos de avaliação

Boa tarde Prof. Doutor Pedro Dias.

Sou aluna da Universidade da Beira Interior e encontro-me a frequentar o 2.º ano Mestrado curso de Psicologia Clínica e da Saúde. No âmbito da dissertação de mestrado como requisito para a obtenção do grau de mestre em Psicologia na área Clínica e da Saúde, da Universidade da Beira Interior, venho solicitar a Vossa Exa. que autorize a aplicação da escala "*Fear Survey Schedule for Children - Revised*" para a realização da minha dissertação intitulada "Medo e Auto-Conceito infantil: estudo comparativo entre crianças portadoras de doença oncológica e crianças sem doença".

Grata por toda a atenção que possa ser dada por Vossa Exa. à nossa solicitação, apresento os melhores cumprimentos,

Inês Sequeira.

Anexo 2

Exemplar da Solicitação da autorização das escolas para a
realização da investigação



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

Director do Agrupamento de Escolas de Tortosendo

Sua Referência
000.000.000

Sua Data
0000.00.00

Nossa Referência
000.000.000

Nossa Data
2010.11.29

Assunto: Solicitação de Autorização para realização de uma investigação no âmbito da dissertação de Mestrado

No âmbito da dissertação de mestrado como requisito para a obtenção do grau de mestre em Psicologia na área Clínica e da Saúde, da Universidade da Beira Interior, venho solicitar a Vossa Exa. que autorize a realização da investigação intitulada “Medo e Auto-Conceito infantil: estudo comparativo em crianças com e sem doença oncológica”, por parte da aluna Inês Raquel Antunes Ramos Sequeira, sob minha orientação, com o número mecanográfico M3109.

Trata-se de um trabalho que envolve o contacto com crianças e respectivos responsáveis legais. Por isso vimos solicitar a autorização de Vossa Exa. para que na instituição que dirige possam ser aplicados os questionários anexos a crianças do 1.º e 2.º Ciclo de ensino Básico tendo em vista a avaliação do sentimento de medo destas crianças e relação deste sentimento com o seu auto-conceito.

Neste estudo todos os dados recolhidos junto desta população serão tratados de forma confidencial e anónima e a participação não é de carácter obrigatório, sendo que as crianças e familiares responsáveis que demonstrarem interesse em participar, poderão deixar de o fazer em qualquer momento da investigação.

Grato por toda a atenção que possa ser dada por Vossa Exa. à nossa solicitação apresentamos os nossos os melhores cumprimentos,

O orientador

A orientanda

Manuel Joaquim da Silva Loureiro
Professor Catedrático

Inês Raquel Antunes Ramos Sequeira
Aluna da Licenciatura em Psicologia

Anexo 3

Solicitação de autorização ao Conselho de Administração do Centro
Hospitalar de Coimbra



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

Inês Raquel Antunes Ramos Sequeira, aluna de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, vem solicitar a autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Coimbra para realizar a sua investigação no Hospital Pediátrico onde se encontra a realizar o seu estágio curricular – Unidade de Psicologia do Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Infantil e Juvenil.

Identificação

Número de aluno(a):	M3109
Nome do(a) aluno(a):	Inês Raquel Antunes Ramos Sequeira
E-mail:	seq.ines@gmail.com
Nome do(a) Orientador(a):	Professor Doutor Manuel Joaquim da Silva Loureiro



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

Título

O Medo e o Auto-conceito Infantil: Estudo comparativo entre crianças com, e sem, doença oncológica.

Breve descrição do trabalho

O desenho de investigação é observacional-descritivo de comparação entre grupos. Este tipo de estudos permite descrever acontecimentos, fornecendo informação sobre a população em estudo, e comparar dois grupos com base no facto de um possuir uma característica, de interesse para o estudo, e o outro não.

A realização desta investigação tem como objectivo descrever e correlacionar os medos e o auto-conceito infantil, entre crianças com doença oncológica e crianças sem esta doença.

Em relação à amostra, será delimitado primeiro o grupo de crianças com doença oncológica, em internamento ou ambulatório, e posteriormente o grupo de crianças sem doença. Este procedimento irá permitir que as duas populações sejam equivalentes em relação a várias características.

Quanto aos procedimentos, para a realização da investigação, é necessário obter autorizações das diversas instituições e o consentimento informado das crianças e pais. Será administrado um questionário sócio-demográfico com o objectivo de se recolher alguma informação pessoal. Quanto à avaliação psicológica, serão administrados o “Fear Survey Schedule for Children-Revised” para avaliar a variável medo e o “Piers-Harris Children’s Self-concept Scale 2” para avaliar o auto-conceito infantil.

Cronograma

A previsão da duração do trabalho, no Hospital Pediátrico, desde que possível, será de Dezembro a Fevereiro. Neste tempo serão realizados os pedidos de autorização à instituição e obtenção do consentimento informado aos pais e crianças, incluídas na amostra.



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

Posteriormente serão administrados os instrumentos de avaliação psicológica.

Compromisso

Todos os custos da investigação como, deslocações, fotocópias e instrumentos de avaliação psicológica, serão suportados exclusivamente pela requerente. Posto isto, não haverá quaisquer gastos adicionais por parte do Centro Hospitalar de Coimbra.

A aluna, compromete-se ainda a fornecer um exemplar do trabalho final ao Serviço de Gestão da Formação e Documentação do Centro Hospitalar de Coimbra.

No que respeita ao **Código de Ética**, a investigação está delineada tendo em conta que:

- A investigação só será desenvolvida após a clarificação da natureza da investigação para crianças e pais e a obtenção do consentimento informado, por parte dos mesmos;
- O trabalho será desenvolvido com crianças que se encontram em situação de grandes exigências físicas, psicológicas e emocionais;
- Protecção dos direitos e do bem-estar dos participantes e de outras pessoas que possam ser afectadas pela investigação;
- O trabalho realizado com a amostra, será apenas o de aplicação de provas psicológicas que permitam avaliar o medo e o auto-conceito infantil;
- Os dados recolhidos serão apenas utilizados tendo em conta o objectivo da investigação.

Assinatura do Candidato

Assinatura do Orientador



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

Exma. Senhora
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de Coimbra

Sua Referência	Sua Data	Nossa Referência	Nossa Data
000.000.000	0000.00.00	000.000.000	2010.11.29

Assunto: Solicitação de Autorização para realização de uma investigação no âmbito da dissertação de Mestrado

No âmbito da dissertação de mestrado como requisito para a obtenção do grau de mestre em Psicologia na área Clínica e da Saúde, da Universidade da Beira Interior, venho solicitar a Vossa Exa que autorize a realização da investigação intitulada “Medo e Auto-Conceito infantil: estudo comparativo em crianças com e sem doença oncológica”, por parte da aluna Inês Raquel Antunes Ramos Sequeira, sob minha orientação, com o número mecanográfico M3109.

Trata-se de um trabalho que envolve o contacto com crianças e respectivos responsáveis legais, que frequentam a consulta externa ou estão em regime de internamento no Serviço de Oncologia do Hospital Pediátrico de Coimbra, tendo em vista a avaliação do sentimento de medo destas crianças e relação deste sentimento com o seu auto-conceito.

Neste estudo todos os dados recolhidos junto desta população serão tratados de forma confidencial e anónima e a participação não é de carácter obrigatório, sendo que as crianças e familiares responsáveis que demonstrarem interesse em participar, poderão deixar de o fazer em qualquer momento da investigação.

Grato por toda a atenção que possa ser dada por Vossa Exa à nossa solicitação apresentamos os nossos os melhores cumprimentos,

O orientador

A orientanda

Manuel Joaquim da Silva Loureiro
Professor Catedrático

Inês Raquel Antunes Ramos Sequeira
Aluna da Licenciatura em Psicologia

.../...

Anexo 4

Exemplares de Autorizações

Prof. Doutor Pedro Dias - Administração da escala *Fear Survey Schedule for Children- Revised*

Agrupamento de Escolas do Tortosendo

Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Coimbra

Pedro Dias pdias@porto.ucp.pt para pdiasbsent, mim

Bom dia,

Em anexo envio-lhe a versão portuguesa do FSSC-R e respectiva folha de cotação, bem como o artigo onde são apresentados os dados psicométricos da sua adaptação nacional.

Está autorizada a utilizar a escala no âmbito do seu trabalho de mestrado.

Se tiver mais dúvidas, não hesite em contactar-me.

Bom trabalho,

Pedro Dias

PEDRO MIGUEL B. S. DIAS

Prof. Auxiliar | Faculdade de Educação e Psicologia

Universidade Católica Portuguesa | Campus da Foz

R. Diogo Botelho, 1327, 4169-005 Porto | PORTUGAL

pdias@porto.ucp.pt | tel: +351 226196200 (ex. 132)

www.porto.ucp.pt/fep

Coordenador | Clínica Universitária de Psicologia

www.porto.ucp.pt/cup

cup@porto.ucp.pt | tel: +351 226196200 (ext. 104)

Agrupamento de Escolas de Tortosendo

ESCOLA BÁSICA DOS 2º E 3º CICLOS DE TORTOSENDO Cód. 345349

Contribuinte N° 600077225

Direcção Regional do Centro

C/c:
Inês Raquel Antunes R. Sequeira

Exm^{o(a)} Senhor(a)
Prof.Dr. Manuel Joaquim Da Silva Loureiro
Faculdade De Ciências Sociais E Humanas
Departamento De Psicologia E Educação
Estrada do Sineiro

6200-209 COVILHÃ

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

Tortosendo,

20-10-2011

Assunto: Solicitação de autorização para realização de uma investigação

Conforme solicitado em 19 de Janeiro de 2011 referente a uma investigação subordinado ao tema "Medo e Auto-Conceito infantil", a levar a efeito pela mestranda Inês Raquel Antunes Ramos Sequeira, informamos que estamos disponíveis para colaborar na investigação proposta, autorizando a aplicação dos questionários, quer no 1º ciclo, quer nos 2º e 3º Ciclos.

Pelo interesse do tema em análise, gostaríamos de no final do trabalho, ter conhecimento dos resultados obtidos.

Com os melhores cumprimentos,

O Director

(José Alfredo Costa Rodrigues)



CHC Centro Hospitalar
de Coimbra, E.P.E.

SUA REFERÊNCIA 29-11-2010
NOSSA REFERÊNCIA 0221/Sec
11-02-2011

Exmº. Senhor
Prof. Doutor Manuel Joaquim da Silva Loureiro
Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação
Estrada do Sineiro
6200-209 Covilhã

ASSUNTO **Estudo de investigação – “Medo e auto-conceito infantil: estudo comparativo em crianças com e sem doença oncológica” – Inês Raquel Antunes Ramos Sequeira**

*Conselho de
Administração*

Cumpre-nos informar V. Exa. que o pedido para a realização do estudo de investigação, acima melhor identificado, foi autorizado em reunião do Conselho de Administração do dia 11-02-2011, face ao parecer favorável da Comissão de Avaliação de Propostas para Trabalhos Académicos.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.



(Dra. Rosa Reis Marques)

/AH

C/c Directora do Serviço de Oncologia do Hospital Pediátrico

Anexo 5

Protocolo de Consentimento Informado

Protocolo de consentimento informado - contexto escolar

Protocolo de consentimento informado - contexto hospitalar



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

Protocolo de Consentimento Informado para pais de alunos do Agrupamento de Escolas do Tortosendo

Exm.º Sr. (a) Encarregado de Educação:

No âmbito da realização da sua Dissertação de Mestrado, Inês Sequeira, licenciada em Psicologia pela Universidade da Beira Interior, vem por este meio solicitar a V. Exa que autorize a aplicação de dois instrumentos de avaliação psicológica (“Fear Survey Schedule for Children – Revised e o “Piers-Harris Children’s Sel-Concept Scale 2”) e um questionário sócio-demográfico (não irá conter questões que possam identificar as crianças integradas no estudo) ao/à seu/sua filho/filha.

Os documentos referidos serão aplicados em contexto de sala de aula.

O objectivo do estudo será o de descrever e correlacionar os medos e o auto-conceito infantil, comparando crianças com doença oncológica e crianças sem esta doença. Com os resultados obtidos pretende-se retirar implicações para uma melhoria da assistência psicológica às crianças portadoras de doença oncológica.

A escolha de participar, ou não, no estudo é voluntária. Se decidir, em qualquer momento, desistir do estudo poderá fazê-lo sem quaisquer consequências. Todos os dados recolhidos, durante a investigação, serão tratados de forma confidencial. Os resultados do estudo estarão disponíveis sempre que solicitados.

Para qualquer esclarecimento adicional contacte através do e-mail seq.ines@gmail.com

Assinale com uma cruz a opção que pretende:

Autorizo o/a meu/minha filho/filha a participar no estudo.

Não autorizo o/a meu filho/filha a participar no estudo.

Assinatura _____

Data __/__/__



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

Protocolo de Consentimento Informado

Exm.º Sr (a):

No âmbito da realização da sua Dissertação de Mestrado, Inês Sequeira, licenciada em Psicologia pela Universidade da Beira Interior, vem por este meio solicitar a V. Exa que autorize a aplicação de dois instrumentos de avaliação psicológica (“Fear Survey Schedule for Children – Revised e o “Piers-Harris Children’s Sel-Concept Scale 2”) e um questionário sócio-demográfico (não irá conter questões que possam identificar as crianças integradas no estudo) ao/à seu/sua filho/filha.

Os documentos referidos serão aplicados em contexto hospitalar.

O objectivo do estudo será o de descrever e correlacionar os medos e o auto-conceito infantil, entre crianças com doença oncológica e crianças sem esta doença.

A escolha de participar, ou não, no estudo é voluntária. Se decidir, em qualquer momento, desistir do estudo poderá fazê-lo sem quaisquer consequências. Todos os dados recolhidos, durante a investigação, serão tratados de forma confidencial. Os resultados do estudo estarão disponíveis sempre que solicitados.

Para qualquer esclarecimento adicional contacte através do e-mail seq.ines@gmail.com

Assinale com uma cruz a opção que pretende:

Autorizo o/a meu/minha filho/filha a participar no estudo.

Não autorizo o/a meu filho/filha a participar no estudo.

Assinatura _____

Data __/__/__

Obrigado pela sua colaboração!