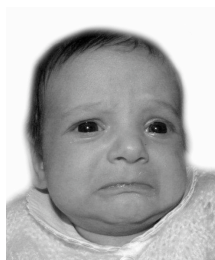


Considerações gerais sobre a definição e a avaliação da dor pediátrica

Sara Fernandes¹ e Patrícia Arriaga²

A dor afecta em todo o mundo milhões de pessoas de todas as idades. Ao longo deste artigo incidiremos no construto dor pediátrica, na medida em que remete para uma experiência deveras comum durante a infância e fortemente associada ao medo e à ansiedade infantis (Barros, 2003; O'Rourke, 2004). Reflectir-se-á não só acerca das diferentes definições do conceito dor, como também sobre as suas distintas formas de avaliação. Em suma,



pretende-se apresentar uma visão geral do panorama da dor, sensibilizando para a importância desta temática.

(In)Definições do conceito de Dor

A dor é uma experiência familiar e inerente à existência humana (Bernardes, 2008). Porém, à dor sentida pelas crianças nem sempre foi atribuído e reconhecido o seu real valor (e.g. Baeyer, 2008; Barros, 2003). Esta aparente negligência pode ser atribuída a diversos factores, em especial ao facto de a dor ser uma experiência subjec-

¹ Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS), Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL).

² Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS), Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL).

tiva complexa (LaMontagne, Hepworth & Salisbury, 2001; McGrath & Gillespic, 2001) sobre a qual as crianças em fases precoces do desenvolvimento infantil não são capazes de transmitir informações precisas e fiáveis (Barros, 2003; McGrath & Gillespic, 2001). Embora as crianças mais novas sejam capazes de reconhecer a dor como desagradável, podem ocorrer diferenças na capacidade de compreenderem e descreverem esse fenómeno (McGrath & Gillespic, 2001).

No entanto, e apesar de o conceito dor não ser ainda totalmente claro e consensual, é todavia uma experiência com a qual todos nós já tivemos contacto (directa ou indirectamente). Convém ainda ressaltar que existem não só dilemas ao nível da definição científica do conceito de dor, como dificuldades inerentes à variabilidade da dor em função da fase de desenvolvimento do sujeito que a experiencia (Barros, 2003).

Começemos por tentar definir em que consiste a dor. Segundo a definição de dor, elaborada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor, esta corresponde a “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada com dano real ou potencial”(IASP, 1994).

A investigação existente nesta área evidencia as consequências negativas que podem surgir em sequência da experiência dolorosa. De um modo geral, a dor pode afectar todo o sistema orgânico, e mais especificamente, o funcionamento emocional, social, familiar, ocupacional e físico do ser humano (McGrath, 1990; Vaughan, Wichowski & Bosworth, 2007; Walco & Goldschneider). Em particular, a dor pode interferir nas relações sociais, educativas e profissionais, ou até mesmo com a realização das tarefas e actividades diárias (Bastos, Silva, Bastos, Teixeira, Lustosa, Borda, Couto & Vicente, 2007).

Neste âmbito, a dor tem sido classificada e definida tendo em conta diversos aspectos, nomeadamente a sua duração (transitória *versus* aguda *versus* crónica), intensidade, natureza, localização, grau de desconforto,

frequência e significado (e.g. Bernardes, 2008; Waldo, 2008). A resposta individual à dor é ainda determinada por factores genéticos e temperamentais, por sua vez influenciados por características ambientais (Waldo, 2008). Para além destas, as respostas das crianças dependem da idade, do nível cognitivo, da maturidade, de aprendizagens/experiências anteriores e do meio onde está inserida (Barros, 2003; Bussoni, 2007; McGrath & Gillespic, 2001; O'Rourke, 2004). A título exemplificativo, enquanto que uma criança de 10 anos de idade define a dor como “*sentimento de desconforto quando se é ferida*”, um adolescente de 17 anos já a descreve como sendo “*a sensação completamente oposta ao conforto, que pode ser física ou emocional*” (McGrath & Gillespic, 2001). Visto existirem diversas variáveis que a caracterizam e definem, torna-se imprescindível atender à fase do desenvolvimento infantil em que a criança se encontra. Desta forma, as significações atribuídas à experiência dolorosa são determinadas em função desse próprio nível de desenvolvimento. Nos recém-nascidos e bebés a dor tende a manifestar-se através do choro e de certos movimentos corporais, expressões faciais ou mesmo apatia. Em crianças com idades compreendidas entre um e os três anos o choro pode surgir acompanhado por verbalizações, ou gestos localizados na região do foco da dor, bem como por determinados movimentos inquietos, violentos ou de birra. Pode também manifestar-se em alterações nos padrões de sono, na alimentação e no brincar. A partir dos cinco anos de idade, o modo como a criança expressa a dor tende a ser mais complexo, uma vez que esta começa a ser capaz de reportar, discriminar e representar os seus sentimentos (Barros, 2003). Devido a esta multiplicidade de factores é fácil perceber a dificuldade de definir e conceptualizar a dor no seu todo.

Avaliação da dor: Medidas e dificuldades

À semelhança da dificuldade existente para definir o conceito de dor, também a sua avaliação não é ex-

clusiva de uma única medida. Ao longo dos anos, têm vindo a ser desenvolvidas e validadas diversas medidas de avaliação da dor em crianças.

Com base no modelo explicativo da percepção da dor pediátrica proposto por McGrath e Gillespic (2001), existem inúmeros factores que influenciam a forma como a sensação dolorosa é experienciada e interpretada. É, no entanto, indispensável ter em conta a forma como a criança compreende a dor (factores cognitivos), o que faz (factores comportamentais) e o que sente (factores emocionais). É também fundamental contemplar o contexto em que a dor ocorre, a sua origem, bem como a idade, experiências anteriores, sexo, cultura e aspectos familiares da criança (McGrath & Gillespic, 2001; Vaughn et al., 2007). Assim, à semelhança da sua definição, também na avaliação da dor não existe uma medida que seja a única e a mais viável na avaliação da dor na criança (Finley & McGrath, 1998). É por isso imprescindível considerar, *a priori*, a forma como a dor é percebida pela criança, e só depois escolher a medida avaliativa mais apropriada à sua idade (McGrath & Gillespic, 2001). Convém igualmente salientar, que apesar de ser indiscutível que desde o nascimento todo o ser humano é capaz de sentir dor, a sua avaliação por parte das crianças apresenta obstáculos. Em casos de bebés e crianças pré-verbais, em especial com idade inferior aos três anos de idade (Finley & McGrath, 1998; McGrath, 1990), esta avaliação pode tornar-se mesmo restritiva. Esta dificuldade deve-se ao facto de nestas idades precoces não existirem as capacidades cognitivas e sociais necessárias à sua avaliação (Besenki, Forsyth & von Baeyer, 2007; Finley & McGrath, 1998). A partir dos cinco anos de idade as crianças, em geral, começam a ser capazes de expressar e reportar a dor que sentem, embora tendam a caracterizá-la em pólos extremos de "muito" ou "nada" (Besenki et al., 2007; McGrath, 1990; McGrath & Gillespic, 2001). Nesta idade, a estimação da dor é em geral pouco precisa, devido ao facto de as crianças poderem apresentar dificuldades em separar a dor de outras emoções desagradáveis, como o medo, a raiva ou a ansiedade (Blount, Piira, Cohen & Cheng, 2006).

Crianças com maior idade, adolescentes e adultos podem tender a subavaliar a dor, visto já terem uma maior experiência, que lhes permite uma maior diferenciação (McGrath & Gillespic, 2001).

Para além da idade, o modo como a criança percebe a dor depende de outras variáveis de natureza individual, familiar e situacional (Barros, 2003; Bussoni, 2007; McGrath & Gillespic, 2001; O'Rourke, 2004), pelo que a sua avaliação objectiva e sistemática se torna uma tarefa difícil (Barros, 2003).

Devido à importância que nas últimas duas décadas tem sido concedida à avaliação da dor pediátrica, várias medidas e instrumentos têm sido estudados. De forma sumária, podemos dividi-los em três grandes grupos: medidas fisiológicas, comportamentais/de observação e psicológicas.

Em relação às medidas fisiológicas, a avaliação da reacção à dor tem-se baseado em alterações nos níveis de cortisol, frequência cardíaca e respiratória, níveis de oxigénio, entre outros (e.g. Barros, 2003; Gunnar, Iensee & Fust, 1987; Johnston & Strada, 1986). Estas medidas assumem extrema importância quando as medidas de observação e psicológicas são inviáveis, nomeadamente nos casos em que os doentes se encontram sedados ou ventilados. Por outro lado, são medidas que nem sempre se adequam à prática clínica (Barros, 2003).

As medidas comportamentais têm-se revelado adequadas para lactentes e crianças que ainda não desenvolveram competências verbais ou que apresentam atrasos cognitivos. Estas medidas baseiam-se na análise e interpretação de sinais exteriores que a criança exhibe, como o choro, a postura corporal, as vocalizações, os movimentos e as expressões faciais (O'Rourke, 2004; Schechter, Berde & Yaster, 2002). Apresentam como limitação o seu carácter subjectivo, tanto do observador, como do comportamento individual da criança (Barros, 2003).

Quanto às medidas psicológicas, as de auto-relato continuam a ser as mais utilizadas (cf. Finley & McGrath, 1998; O'Rourke, 2004). São instrumentos rápidos, cuja

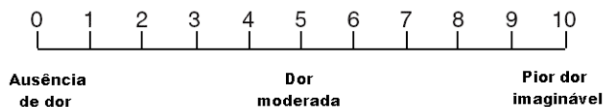


Figura 1: Exemplo de uma escala numérica

aplicação se estende da primeira infância (acima dos quatro anos de idade) até à idade adulta (Baeyer, 2008). Não obstante, é necessário ter em consideração que uma boa medida de avaliação da dor não se deve contentar apenas em determinar a sua presença ou ausência, mas sim contemplar as suas possíveis gradações, isto é, os seus diferentes graus de intensidade (Schechter et al., 2002). Por outro lado, visto tratarem-se de instrumentos avaliativos para crianças, é recorrente a utilização de figuras ilustrativas, de forma a tornarem a medida não só mais apelativa, como também compreensível (Blount et al., 2006). As escalas de resposta podem ser apresentadas sob diversos formatos, nomeadamente numéricos e/ou visuo-analógicos (ver as Figuras 1 e 2)^{1 2}. Adicionalmente podem ser ilustradas por diversos estímulos discriminativos, como são exemplos os termómetros, as caras, as linhas, cujas

próprias gradações (das imagens, colorações e tamanhos) ajudam a criança a identificar a dor experienciada e quantificarem a sua intensidade com maior rigor (Barros, 2003; Blount et al., 2006; O'Rourke, 2004; Schechter et al., 2002) (Ver as Figura 3 e 4)³. Uma vez que não existe uma única medida avaliativa transversal a todas as idades, é fundamental ter em conta que a sua correcta utilização e compreensão por parte da criança está associada a capacidades cognitivas e sociais. Neste âmbito, o uso de medidas de auto-relato da dor pressupõe capacidades específicas como a compreensão verbal, a seriação, a categorização e a ordenação de itens, a contagem, a estimação, a classificação e a numeração de quantidades, os processos de representações simbólicas e as correspondências entre conceitos e figuras (Besenski et al., 2007). Para além

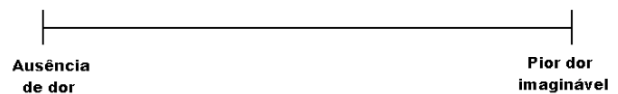


Figura 2: Exemplo de uma escala visuo-analógica

destas características inerentes ao desenvolvimento infantil, certas competências sociais, como a confiança e a motivação, são requisitos básicos à utilização de escalas avaliativas de auto-relato da dor pediátrica (Besenski et al.,

¹ As figuras exemplificativas dos diversos tipos de escalas de auto-relato mencionadas foram retiradas do site www.partnersagainstpain.com, originalmente em inglês, e traduzidas pelas autoras do presente artigo no âmbito da sua publicação. Porém, convém ressaltar que as escalas traduzidas em versão portuguesa não foram ainda validadas, pelo que os termos utilizados poderão não ser os mais adequados para a população Portuguesa.

² Figura 1 retirada de Acute Pain Management (1992). *Operative or Medical Procedures and Trauma*. Retirado em 29 de Fevereiro de 2010 de www.partnersagainstpain.com/professional-tools/pain-assessment-scales.aspx?id=3. Figura 2 retirada de Stratton, H. (1997). *Guidelines for Treatment of Cancer Pain: The Revised Pocket Edition of the Final Report of the Texas Cancer Council's Workgroup on Pain Control in Cancer Patients*. Retirado em 29 de Fevereiro de 2010 de www.partnersagainstpain.com/professional-tools/pain-assessment-scales.aspx?id=3.

³ Figura 3 retirada de Mountain Pacific Quality Health Fundation. *Thermometer pain scale*. Retirado em 29 de Fevereiro de 2010 de www.partnersagainstpain.com/professional-tools/pain-assessment-scales.aspx?id=3. Figura 4 retirada de Hockenberry, M. & Wilson, D. (2009). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. Retirado em 29 de Fevereiro de 2010 de www.partnersagainstpain.com/professional-tools/pain-assessment-scales.aspx?id=3.

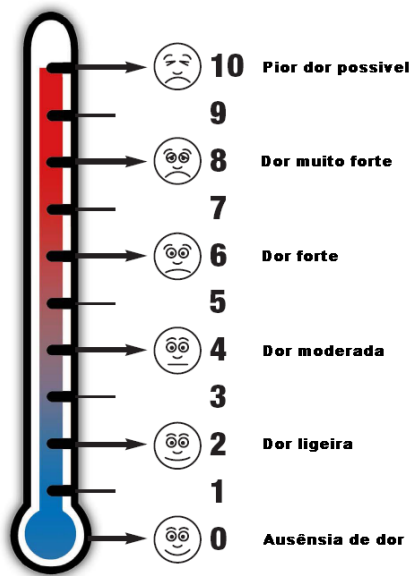


Figura 3: Exemplo de uma escala em termómetro

2007). No entanto, na perspectiva de Baeyer (2008), o facto de a dor ser uma experiência privada e pessoal, pouca utilidade tem a comparação dos seus resultados com os de outras crianças. Para o autor, é então mais válido comparar os relatos da dor sentida pela mesma criança, em vários momentos.

Tendo em conta a faixa etária da criança, é aconselhável a escolha mais adequada da forma de avaliação da dor sentida. Segundo Baeyer (2008), para bebés e crianças até ao segundo ano de vida, o melhor instrumento para a avaliação da dor é a observação dos seus comportamentos. Quanto a crianças em idade pré-escolar (aproximadamente entre os três e os cinco anos), as escalas de auto-relato com faces são a melhor escolha. Em comparação, a partir dos seis até aos doze anos (idade escolar) muitos dos instrumentos de auto-relato são aconselhados, e tanto as escalas numéricas, como as faces ou as visuo-analógicas (em especial com linhas ou termómetros) são válidas e adequadas. De notar, por fim, que para adolescentes e adultos é recomendado o uso de escalas numéricas.

Será fundamental fazer-se ainda uma ressalva aos possíveis julgamentos enviesados (apreciações pouco correctas) na avaliação da dor. Estudos recentes (Bosacki, 2007; Chaplin, Cole, & Zahn-Waxler, 2005; Widen & Russell, 2002) têm procurado mostrar que o processo avaliativo das emoções é determinado por certos factores como a idade e o género. Desta forma, e estabelecendo ligação com a dor, é fundamental ter em conta não só a forma como a criança reage à dor e as significações que faz dela, como também a forma como aqueles que a rodeiam (pais, educadores, técnicos de saúde, pares, etc.) agem. Dito de outra maneira, as investigações nesta área evidenciam a existência de determinadas variáveis que podem influir com a avaliação da dor, como as características contextuais e pessoais de quem avalia e de quem é avaliado. Exemplo disto é o caso da variável género, com a crença de que o feminino é mais emotivo e apresenta menor tolerância à dor do que o masculino (e.g. Bernardes, 2008; Li, DiGiuseppe, & Froh, 2006; Rudolph & Flynn, 2007). Para além disto, existem igualmente diferenças de género (masculino e feminino) ao nível da forma como a dor é exprimida, isto é, os meninos e as meninas podem interpretar e exteriorizar a dor de diferentes formas. Assim, a sinalização da dor da criança pode depender não só do

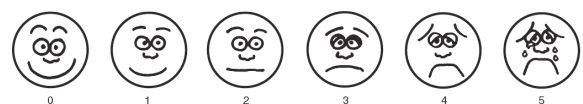


Figura 4: Exemplo de uma escala com caras

comportamento que manifesta, como também de outras variáveis (como o sexo e a idade), sendo possível que ocorram enviesamentos na sua leitura e interpretação por parte de quem avalia (Bernardes, 2008; Bosacki, 2007; Chaplin, Cole, & Zahn-Waxler, 2005; Widen & Russell, 2002). É por isso essencial não subestimar a dor da criança em função de certas variáveis externas, sob pena de se avaliar erradamente a situação.

Em suma, e apesar da investigação na área da dor infantil ter evoluído amplamente nos últimos 20 anos (Walco, 2008), visto tratar-se de um sentimento subjectivo e pessoal, a sua definição e estratégias avaliativas não são únicas e invariáveis. A investigação nesta área é indispensável, a par com um maior envolvimento dos pais e dos profissionais de saúde na compreensão deste fenómeno. Quanto maior for a sua compreensão, melhor a escolha de formas de avaliação e mais adequadas e eficazes as estratégias de intervenção junto das crianças.

Conclusão

A dor é um sentimento negativo que faz parte do dia-a-dia de milhões de pessoas em todo o mundo. Esta experiência pode ter repercussões negativas em termos do funcionamento físico, cognitivo, social, relacional, comportamental e emocional do indivíduo. A investigação recente nesta área tem evidenciado que todas as pessoas, desde a mais tenra idade, são capazes de experienciar dor (Barros, 2003; O'Rourke, 2004). O que difere em relação ao adulto, cuja dor foi desde sempre mais valorizada e foco de atenção, é o facto de os bebés e as crianças (em especial as mais novas) não possuírem competências de comunicação suficientes para transmitir informações compreensivas e fiáveis sobre o que sentem (McGrath & Gillespie, 2001). Por outro lado, a mesma dor pode ser sentida de diferentes formas consoante a pessoa ou a situação. Factores como a idade, temperamento, maturidade, capacidades cognitivas, experiências anteriores, características genéticas e meio sócio-cultural, estão associados ao modo como cada um de nós, em determinado momento e contexto ambiental, percebe a dor (Bussoni, 2007; McGrath & Gillespie, 2001; Waldo, 2008). A somar a todos estes factores, é imprescindível ter em conta que a dor deve ser enquadrada e compreendida em função da fase de desenvolvimento do sujeito (Barros, 2003). Por tudo isto, é fundamental encarar a dor como um fenómeno de natureza biopsicossocial (Bernardes, 2008).

Acresce a esta subjectividade na definição daquilo que é a dor, a variabilidade nas suas possíveis formas de avaliação. Uma explicação pode passar por encarar-se a dor como uma experiência privada e altamente pessoal, que não está de todo directamente acessível aos outros (Schechter et al., 2002). No entanto, dada a importância de uma correcta avaliação da dor, tem aumentado a investigação sobre as diversas formas de a mensurar. A escolha da técnica avaliativa deve ter em conta inúmeros factores, como as capacidades cognitivas, sociais e comunicacionais das crianças, bem como o estado físico e psicológico em que esta se encontra. Por outro lado, é aconselhável a conjugação de mais do que uma medida (por exemplo uma observação comportamental associada com uma medida psicológica de auto-relato). O uso de diferentes medidas pode aumentar a validade na avaliação da dor. Uma correcta e minuciosa avaliação da dor terá a vantagem de possibilitar uma melhor intervenção e um tratamento mais adequado e eficaz no seu alívio.

Por tudo isto, facilmente se compreende a importância de uma adequada abordagem da dor infantil em múltiplos contextos. Dito de outro modo, alguns dos instrumentos anteriormente mencionados, como as escalas com caras ou os termómetros, poderão (e deverão) ser usados além do âmbito clínico, nomeadamente em contextos familiares e educativos. Estas ferramentas de fácil e rápida aplicação possibilitam aos adultos (profissionais de saúde, pais e educadores) um melhor despiste e compreensão da dor que é sentida pela criança, permitindo uma intervenção mais atempada, de forma a minimizar o sofrimento existente. O uso destes instrumentos pode permitir aos pais e educadores corroborar certos comportamentos da criança, que através da mera observação, considerem mais ou menos adequados.

Porém, é indispensável a consciencialização por parte de quem avalia, da existência de diferenças ao nível da expressão e significação da dor, em função de outros factores como o sexo e a idade da criança. Estes factores podem influir tanto na forma como a criança expressa e

avalia a sua dor, como no modo como os adultos inferem a dor da criança em escalas de observação. Uma maior consciencialização e aprofundamento desta temática poderá minimizar o impacto dos possíveis enviesamentos avaliativos, prejudiciais a uma intervenção adequada.

Em suma, o presente artigo procura contribuir para um maior e melhor entendimento sobre a temática da dor infantil, salientando a importância da sua correcta definição e avaliação. Na medida em que a dor pode ser um sinal importantíssimo de lesão (Barros, 2003), que atinge milhares de pessoas em todo o mundo, torna-se fundamental e urgente responder com a maior precisão possível às perguntas “o que é a dor?” e “como se avalia?”.

Referências

- Acute Pain Management (1992). *Operative or Medical Procedures and Trauma*. AHCPR Retirado em 29 de Fevereiro de 2010 de www.partnersagainstpain.com/professional-tools/pain-assessment-scales.aspx?id=3.
- Baeyer, C. (2008). Measurement and assessment of pediatric pain in primary care. In G. Walco & K. Goldschneider, (Ed.), *Pain in children: A practical guide for primary care* (pp. 21-27). Totowa: Humana Press.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista* (2ª edição, texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bastos, D., Silva, G., Teixeira, L., Lustosa, M., Borda, M., Couto, S. & Vicente, T. (2007). Dor. *Revista SBPH*, 10 (1), 86-96.
- Bernardes, S. (2008). *Sobre a contextualidade dos enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre dor*. Tese de doutoramento não publicada. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Besenski, L. J., Forsyth, S. J., & von Baeyer, C. L. (2007). Commentary: Screening young children for their ability to use self-report pain scales. *Pediatric Pain Letter*, 9, 1-7.
- Blount, R., Piira, T., Cohen, L., & Cheng, P. (2006). Pediatric procedural pain. *Behavior Modification* 30 (1), 24-49.
- Bosacki, S. (2007). Children's understandings of emotions and self: are there gender differences?. *Journal of Research in Childhood Education*, 22 (2), 155-172.
- Busoni, P. (2007). Difficulties in controlling pain in children. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 32 (6), 505-509.
- Chaplin, T. M., Cole, P. M., & Zahn-Waxler, C. (2005). Parental socialization of emotion expression: gender differences and relations to child adjustment. *Emotion* 5 (1), 80-88.
- Finley, G. & McGrath, P. (1998). Measurement of pain in infants and children. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 20 (4), 364-365.
- Gunnar, M., Isensee, J., & Fust, S. (1987). Adrenocortical activity and the Brazelton neonatal assessment scale: moderating effects of the newborn's biomedical status. *Child Development*, 58, 1448-1458.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2009). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. Retirado em 29 de Fevereiro de 2010 de www.partnersagainstpain.com/professional-tools/pain-assessment-scales.aspx?id=3.

- International Association for the Study of Pain (1994). Consensus development conference statement: the integrated approach to the management of pain. *Journal of Accid Emerg Med*, 6, 291-292.
- Johnston, C. & Strada, M. (1986). Acute pain response in infants: a multidimensional description. *Pain*, 24, 373-382.
- LaMontagne, L., Hepworth, J., & Salisbury, M. (2001). Anxiety and postoperative pain in children who undergo major orthopedic surgery. *Applied Nursing Research*, 14 (3), 119-124.
- Li, C., DiGiuseppe, R., & Froh, J. (2006). The role of sex, gender and coping in adolescent depression. *Adolescence*, 41 (163), 409-415.
- McGrath, P. (1990). *Pain in children: Nature, assessment and treatment*. New York: Guilford.
- McGrath, P. A., & Gillespie, J. (2001). Pain assessment in children and adolescents. In D. C. Turk & R. Melzack (Ed.), *Handbook of pain assessment* (pp. 97-118), 2ª edição. New York, NY: Guilford Press.
- Mountain Pacific Quality Health Foundation. *Thermometer pain scale*. Retirado em 29 de Fevereiro de 2010 de www.partnersagainstpain.com/professional-tools/pain-assessment-scales.aspx?id=3.
- O'Rourke, D. (2004). The measurement of pain in infants, children and adolescents: From policy to practice. *Physical Therapy*, 84 (6), 560-570.
- Rudolph, K. & Flynn, M. (2007). Childhood adversity and youth depression: Influence of gender and pubertal status. *Development and Psychopathology*, 19 (2), 497-522.
- Schechter, N., Berde, C., & Yaster, M. (2002). *Pain in Infants, Children and Adolescents*. Lippincott: Williams & Wilkins.
- Stratton, H. (1997). *Guidelines for Treatment of Cancer Pain: The Revised Pocket Edition of the Final Report of the Texas Cancer Council's Workgroup on Pain Control in Cancer Patients*. Retirado em 29 de Fevereiro de 2010 de www.partnersagainstpain.com/professional-tools/pain-assessment-scales.aspx?id=3.
- Vaughn, F., Wichowski, H., & Bosworth, G. (2007). Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? *AORN Journal*, 85 (3), 589-604.
- Walco, G. (2008). Pain and the primary pediatric pain practitioner. In G. Walco & K. Goldschneider (Ed.), *Pain in children: A practical guide for primary care* (pp. 3-8). Totowa: Humana Press.
- Widen, S., & Russel, J. (2002). Gender and preschoolers' perception of emotion. *Merrill-Palmer Quarterly*, 48 (3), 248-262.

Autoras



Sara Fernandes é licenciada em Psicologia e mestre em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT, Portugal). Os seus interesses de investigação centram-se na promoção da saúde infantil em contexto hospitalar. Em 2009

recebeu uma bolsa de investigação concedida pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (Ref^o FCT: SFRH/BD/61041/2009), no âmbito do desenvolvimento do seu projecto de doutoramento subordinado ao tema da Preparação de crianças para a hospitalização. Encontra-se na actualidade a fazer o doutoramento no ISCTE-IUL, em Lisboa, sob a orientação de Patrícia Arriaga e Francisco Esteves. E sara.costa.fernandes@gmail.com



Patrícia Arriaga é Licenciada em Psicologia pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Concluiu o Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica pelo ISPA em 2000 e o Doutoramento em Psicologia Social e das Organizações no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa em 2006. É docente no Ensino

Superior desde 1996 e é actualmente Investigadora Auxiliar no Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS) ao abrigo do Contrato-Programa Ciência 2008.

E patricia.arriaga@iscte.pt