



ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA DOR EM CRIANÇAS COM DOENÇA FALCIFORME

Resumo: A doença falciforme decorre de uma mutação genética nas hemácias, sendo predominante entre indivíduos negros, tendo a dor como principal sintoma. O estudo analisou as estratégias de enfrentamento da dor em duas crianças com DF, submetidas a uma intervenção. Foi utilizado o Kidcope e o Instrumento de Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização adaptado para dor. Ante da intervenção as crianças apresentaram estratégias de enfrentamento adaptativas como: reestruturação cognitiva, resolução de problemas, regulação emocional e busca de suporte social. Contudo, a dor era percebida como uma ameaça à necessidade de autonomia, com EE de ruminação. Após intervenção diminuíram as estratégias de enfrentamento menos adaptativas, isto é, houve mudança em relação à percepção quanto à competência para lidar com a situação de dor. A mudança nas estratégias de enfrentamento para manejo da dor demonstra efeitos da intervenção voltado para a dor na doença falciforme.

Descritores: Estratégias de Enfrentamento, Doença Falciforme, Crianças.

Pain coping strategies in children with sickle cell disease

Abstract: Sickle Cell Disease results from a genetic mutation in red blood cells, being predominant among black individuals, with pain as the main symptom. The study analyzed pain coping in two children with sickle cell disease, who underwent an intervention. Kidcope and the Hospitalization Coping Assessment Instrument adapted for pain were used. Before the intervention, the children presented adaptive EE such as: cognitive restructuring, problem solving, emotional regulation and seeking social support. However, pain was perceived as a threat to the need for autonomy, with coping of rumination. After the intervention, the less adaptive coping decreased, that is, there was a change in relation to the perception regarding the competence to deal with the pain situation. The change in coping for pain management demonstrates the effects of the intervention aimed at pain in sickle cell disease.

Descriptors: Coping Strategies, Sickle Cell Disease, Children.

Estrategias para afrontar el dolor en niños con anemia de células falciformes

Resumen: La anemia de células falciformes resulta de una mutación genética en los glóbulos rojos, siendo predominante entre las personas de raza negra, siendo el dolor el síntoma principal. El estudio analizó las estrategias de afrontamiento del dolor en dos niños con la anemia de células falciforme, que se sometieron a una intervención. Se utilizó Kidcope y el Instrumento de Evaluación del Afrontamiento de Hospitalización adaptado al dolor. Antes de la intervención, los niños presentaban estrategias de afrontamiento adaptativos tales como: reestructuración cognitiva, resolución de problemas, regulación emocional y búsqueda de apoyo social. Sin embargo, el dolor fue percibido como una amenaza a la necesidad de autonomía, con estrategias de afrontamiento de rumia. Después de la intervención disminuyeron las estrategias de afrontamiento menos adaptativas, es decir, hubo un cambio en relación a la percepción sobre la competencia para afrontar la situación de dolor. El cambio en la estrategias de afrontamiento para el manejo del dolor demuestra los efectos de la intervención dirigida al dolor en la anemia de células falciformes.

Descritores: Estrategias de Afrontamiento, Anemia Falciforme, Niños.

Tatiane Lebre Dias

Doutor em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso.

E-mail: tatiane.dias@ufmt.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9515-1578>

Christyne Gomes Toledo de Oliveira

Doutor em Psicologia. Departamento: Psicologia. Centro Universitário Salesiano.

E-mail: cgtoliveira@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4940-3340>

Kely Maria de Sousa Pereira

Doutor em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. Departamento: Psicologia Social e do Desenvolvimento - DPSD/Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGP. Universidade Federal do Espírito Santo - UFES.

E-mail: kely.m.pereira@ufes.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9095-6556>

Sônia Regina Fiorim Enumo

Doutor em Psicologia. Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

E-mail: soniaenumo@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9038-6151>

Submissão: 27/03/2024

Aprovação: 30/04/2024

Publicação: 17/05/2024



Como citar este artigo:

Dias TL, Oliveira CGT, Pereira KMS, Enumo SRF. Estratégias de enfrentamento da dor em crianças com doença falciforme. São Paulo: Rev Remecs. 2024; 2(esp):21-28. DOI: <https://doi.org/10.24281/rremecs2024.2.esp.2128>

Introdução

A Doença Falciforme (DF) se caracteriza por uma mutação genética da hemoglobina, em que ocorre uma alteração do sangue, de forma que as hemácias não se mantêm arredondadas, assumindo o formato de foice. Isto faz com que o sangue não circule de forma adequada, como ocorre com a hemoglobina normal, classificada como (A). Nessa condição, a hemoglobina recebe a classificação (S), termo que provém do inglês *sickle* (foice, em português). Devido à presença de Hb S a DF é classificada em ordem decrescente de gravidade: como Anemia falciforme (HbSS), beta talassemia ou microdrepanocitose (HbS) e as duplas heterozigoses (HbSC e HbSD)¹.

Em termos de ocorrência, acomete a população afrodescendente, especialmente sua variação HbS se tornou prevalente na população afro-americana, em países como USA, Brasil e Caribe, tendendo a aumentar em decorrência das migrações no mundo, a partir da África². No Brasil, a incidência de nascidos vivos com DF diagnosticados através do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) é de aproximadamente 3.000 crianças e 200.000 com o traço da doença. Das crianças com Hb SS, 20% não atingem os cinco anos de idade, devido a complicações, afetando entre 6% a 10% da população afro-brasileira¹.

Entre as complicações mais frequentes da DF estão as crises de dor, em função da redução do fluxo sanguíneo, podendo durar de quatro a seis dias ou mesmo semanas, em um padrão complexo, oscilando entre dor aguda e crônica. As crises algicas podem ser precipitadas principalmente por desidratação, infecção, febre, exposição ao frio e excesso de atividade física. Durante essas crises o manuseio

envolve a instrução de uso de analgésicos, o aumento da ingestão hídrica, exames físicos, investigação laboratorial, a internação³ e o uso de um medicamento eficaz - a Hidroxiuréia (HU)^{4,5}. Além das crises de dor, há outras complicações clínicas, como febre, asplenia funcional, crise de sequestração esplênica, complicações no fígado, vias biliares e icterícia, acidente vascular cerebral, úlcera de perna e osteonecrose.

O processo de *coping* refere-se às maneiras com que o organismo lida com as situações adversas, explicadas através de fenômenos psicológicos e que podem ajudar na trajetória do desenvolvimento humano⁶. A abordagem mais recente é a Teoria Motivacional do *Coping* (TMC), que compreende o *coping* como a regulação da ação sob condições estressantes⁷.

Em estudo com 48 crianças com DF, com idade entre sete e 13 anos, verificou-se maior frequência de estratégias de adesão passiva, relacionada a menos internações hospitalares, seguida de pensamentos negativos, relacionados com a hospitalização nos últimos 12 meses⁸. Os efeitos das emoções positivas na regulação das emoções proporcionam uma minimização do impacto tóxico do estresse sobre processos fisiológicos e ampliam as possibilidades de ação, o que, por sua vez; melhora o enfrentamento, com consequências para os relacionamentos e a saúde física⁹. Algumas revisões sistemáticas sobre avaliação e intervenções psicossociais nessa área identificaram medidas terapêuticas não farmacológicas, como, por exemplo, recreação, relaxamento, distração, musicoterapia, psicoeducação, neuropsicológica, acupuntura, hipnose, *biofeedback* e psicoterapia de apoio^{10,11}.

De modo geral, observa-se que o estudo das estratégias de enfrentamento, em uma perspectiva desenvolvimental, em crianças com problemas de saúde, permite compreender suas formas de lidar com a doença, assim como propor intervenções psicoterapêuticas que minimizem os efeitos de quadros clínicos provenientes da doença. Com esse enfoque, o presente estudo teve por objetivo analisar as estratégias de enfrentamento da dor em crianças com Doença Falciforme submetidas a uma intervenção psicológica.

Material e Método

Participantes

O estudo foi realizado com dois irmãos portadores de Doença Falciforme, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID 10: D57.0 - Anemia Falciforme com crise - Doença Hb-SS com crise), atendidos em uma instituição pública de saúde do município de Cuiabá/MT.

Em acordo às normas éticas as crianças receberam nomes fictícios Felipe (C1) com 11 anos de idade, cursando 4º ano do Ensino Fundamental (EF) e Camila (C2) com 8 anos de idade, no 3º ano do EF. Os participantes e responsáveis assinaram o Consentimento Livre Esclarecido para participação no projeto que foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa institucional (CAAE: 25563413.0.0000.5541).

Instrumentos

a) foi utilizado o Kidcope¹² a partir de uma versão adaptada¹³ -o instrumento é uma medida de autorrelato que contém 15 itens distribuídos nas seguintes EE: Esquiva (distração, isolamento social, pensamento mágico e resignação), *Coping* Negativo (autocrítica e culpar os outros) e *Coping* Ativo (reestruturação cognitiva, resolução de problemas,

regulação emocional e suporte social). A aplicação é individual, em formato de entrevista para ajudar a criança a compreender o conteúdo dos itens, com uma duração aproximada de 10 minutos.

b) Instrumento de Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização (AEH-Dor) adaptado¹⁴ a partir do instrumento de Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização (AEH)¹⁵ - é composto por 20 cenas ilustradas com desenhos coloridos, apresentando uma versão para menino e para menina. Cada cena retrata possíveis comportamentos infantis relacionados a certas EE, que são classificados em comportamentos facilitadores (brincar, assistir TV, cantar e dançar, rezar, estudar, conversar com os amigos, ouvir música, ler, tomar remédio, buscar informações/conversar com o médico) e comportamentos não facilitadores (chorar, sentir raiva, esconder, ficar triste, desanimar, fazer chantagem, pensar em fugir, sentir culpa, sentir medo, pensar em milagres), que retratam situações para identificar o que as crianças fazem, pensam e sentem diante da hospitalização.

As justificativas de respostas possibilitam classificar as estratégias de enfrentamento da dor considerando as famílias de *coping*⁷: a) famílias de *coping* com desfecho adaptativo positivo e as EE: resolução de problemas (planejar estratégias), busca por suporte (busca por conforto), acomodação (distração, reestruturação cognitiva, aceitação), autoconfiança (regulação emocional), busca de informação (perguntar ao outro), negociação (barganha); b) famílias de *coping* com desfecho adaptativo negativo e as EE: fuga (esquiva), submissão (ruminação), desamparo (passividade), isolamento

(afastamento social), oposição (culpar os outros), delegação (reclamação).

A intervenção foi realizada em 6 sessões baseada em estudo anterior¹⁴, sendo uma por semana e de forma individual, a saber: Sessão 1: aplicação do AEH-Dor e do Kidcope e Jogo da Fantasia; Sessão 2: aplicação do jogo Guerra ao Stress¹⁶; Sessão 3 - aplicação do jogo que visa a promover EE diante de procedimentos dolorosos semelhante ao Teatro de Antecipação da Situação¹⁷; Sessão 4 e Sessão 5 - aplicação do jogo Enfrentando Desafios¹⁴; Sessão 6 - convite para desenhar e reaplicação do AEH-Dor e do Kidcope.

Resultados e Discussão

Estratégias de enfrentamento no Kidcope

De modo geral as crianças apresentaram EE da dimensão do *coping* positivo (reestruturação cognitiva, resolução de problemas, regulação emocional e suporte social). A presença de EE relativas à dimensão do *coping* negativo (autocrítica e culpar os outros) se fizeram presentes, principalmente nos relatos de C2, antes e após a intervenção, assim como a resignação (*coping* de evitamento). Para C1 as EE avaliadas antes da intervenção como pouco ou não eficaz após a intervenção passaram a ser consideradas mais eficazes (Tabela 1).

Tabela 1. Estratégias de enfrentamento relatadas pelas crianças antes e depois da intervenção no Kidcope.

Estratégias	Pré-intervenção		Pós-intervenção	
	C1	C2	C1	C2
Mais eficaz	- Resolução de problemas - Regulação emocional - Suporte social	- Resolução de problemas - Isolamento social	- Resolução de problemas - Regulação emocional - Suporte social - Autocrítica - Distração - Resignação - Reestruturação cognitiva	- Reestruturação cognitiva - Regulação emocional
Pouco eficaz	- Autocrítica - Distração - Resignação	- Regulação emocional - Suporte social - Distração		- Resolução de problemas - Suporte social - Isolamento social - Distração
Não eficaz	- Reestruturação cognitiva	- Autocrítica - Culpar os outros - Resignação		- Autocrítica - Culpar os outros - Resignação

De forma individual verifica-se que Felipe (C1) apresentou um padrão adaptativo desde o início, com EE da dimensão de *coping* positivo (resolução de problemas, regulação emocional e suporte social), padrão este que não se alterou após a intervenção. As estratégias consideradas pouco eficaz antes da intervenção (autocrítica, distração, resignação) foram avaliadas como eficaz, após intervenção. A única EE avaliada como não eficaz (reestruturação cognitiva) passou a ser avaliada como eficaz (Tabela 1).

Inicialmente Camila (C2) se diferenciou por indicar EE pouco adaptativas, como o isolamento social. Contudo, também apresentou EE adaptativas (resolução de problemas, regulação emocional, suporte social e distração), essas últimas consideradas pouco eficazes. As estratégias avaliadas como não eficazes antes da intervenção (autocrítica, culpar os outros, resignação), se mantiveram após a intervenção. Desse modo, a intervenção não alterou expressivamente a percepção de C2 em relação ao uso de EE, após a intervenção, a reestruturação cognitiva

e a regulação emocional passaram a ser avaliadas como mais eficazes, quando, inicialmente, foram avaliadas a resolução de problemas e o isolamento social (Tabela 1).

Comportamentos e estratégias de enfrentamento relatadas pelas crianças antes e após a intervenção no AEH-Dor

De modo geral, as EE de busca por suporte, distração e ruminação foram as mais relatadas pelas crianças antes e após intervenção, no instrumento específico para a dor (Tabela 2).

Tabela 2. Comportamentos facilitadores e não facilitadores e estratégias de enfrentamento relatadas no AEH-Dor, antes e depois da intervenção.

Pré-intervenção				Pós-intervenção			
C1		C2		C1		C2	
Comportamentos facilitadores							
Brincar		Assistir tv		Brincar		Rezar	
Ouvir música		Rezar		Cantar		Tomar remédio	
Rezar		Estudar		Rezar		Conversar	
Tomar remédio		Tomar remédio		Tomar remédio			
Comportamentos não facilitadores							
Fazer chantagem		Chorar		Chorar		Desanimar	
		Sentir culpa		Pensar em milagre			
Estratégias de Enfrentamento							
C1		C2		C1		C2	
	f		f		f		f
Distração	11	Ruminação	6	Ruminação	5	Busca por suporte	3
Reestruturação Cognitiva	4	Busca por suporte	3	Distração	4	Resolução de problema	22
Ruminação	3	Distração	3	Busca por suporte	33	Distração	2

Legenda: f=frequência.

Antes da intervenção, ocorreram mais relatos de comportamentos facilitadores do enfrentamento da dor por parte de Felipe (brincar, ouvir música, rezar e tomar remédio), enquanto fazer chantagem foi o comportamento não facilitador mais frequente. Após a intervenção, Felipe manteve o perfil apresentando comportamentos facilitadores, como brincar e cantar no lugar de ouvir música, rezar e tomar remédio. Os comportamentos não facilitadores mais frequentes foram chorar e pensar em um milagre.

As EE antes da intervenção mais frequentes para Felipe foram a distração, reestruturação cognitiva e a ruminação, todas relacionadas à necessidade de

Autonomia, segundo a Teoria Motivacional do *Coping*. No caso, a distração relaciona-se à família de *coping* de acomodação, associada a uma percepção de desafio a essa necessidade de acomodar-se à situação, enquanto a ruminação faz parte da família de *coping* de submissão, ou seja, uma resposta à percepção de ameaça à necessidade de Autonomia. Após a intervenção, as EE trocaram de ordem, sendo mais frequentes a ruminação, a distração e a busca de suporte, de forma que houve uma diminuição na frequência de distração e aumento da ruminação, indicando que a percepção de ameaça foi maior do que a percepção de desafio à necessidade de

Autonomia. Entretanto, a EE de busca de suporte social, associada à percepção de desafio à necessidade de Relacionamento, passou a ser relatada, sugerindo possíveis efeitos da intervenção para essa área (Tabela 2).

No AEH-Dor Camila indicou mais comportamentos facilitadores do enfrentamento da dor, como assistir TV, rezar, estudar e tomar remédio, em comparação com os não facilitadores, dos quais os mais frequentes foram chorar e sentir culpa. Após a intervenção, os comportamentos facilitadores rezar, tomar remédio se mantiveram e passou a fazer parte do repertório o comportamento de conversar, enquanto o comportamento não facilitador mais frequente passou a ser desanimar (Tabela 2).

Antes da intervenção, as EE mais frequentes de Camila foi a de ruminação, considerada não facilitadora no enfrentamento de situações adversas, por focalizar os aspectos negativos da situação, sendo indicativa de uma percepção de ameaça à necessidade de Autonomia. Após a intervenção, Camila passou a relatar a EE de busca de suporte, considerada facilitadora no enfrentamento da doença, indicando uma percepção de desafio à necessidade de Relacionamento (Tabela 2).

O perfil apresentado pelas crianças em relação às EE nos instrumentos utilizados no estudo antes e após intervenção psicológica, demonstraram que a percepção em relação à eficácia das EE para lidar com a dor na doença pode ser diferenciada. As crianças apresentaram um perfil de enfrentamento adaptativo, com EE como a reestruturação cognitiva, resolução de problemas, regulação emocional e a busca de suporte social, relativos ao *coping* positivo no *Kidcope*. Comparativamente com a Teoria Motivacional do

Coping, esse conjunto de EE atendem à três necessidades psicológicas básicas - de Competência (resolução de problemas), de Autonomia (regulação emocional, ligada à Acomodação) e de Relacionamento (suporte social), todas associadas a desfechos mais adaptativos em termos de saúde física e mental, no médio e longo prazo¹⁸.

Particularmente, a criança mais velha (C1-Felipe) passou a desvalorizar a EE de isolamento social, a qual é pouco adaptativa no contexto de saúde. Cabe lembrar que esta EE está relacionada à uma percepção de ameaça à necessidade de Relacionamento, segundo a TMC, ocorrendo quando a pessoa percebe seu ambiente social como pouco suportivo¹⁸. Nesse sentido, a intervenção pode ter promovido uma mudança de percepção do contexto social pela criança, como indica o aumento na frequência da busca de suporte nos resultados de ambos os instrumentos usados neste estudo. Também pode-se inferir nesse resultado o suporte da família, que pode atuar como uma expressiva rede de apoio no enfrentamento da doença¹⁹.

Contudo, em termos de enfrentamento da dor, inicialmente as crianças tinham uma reação passiva, de submissão ao evento estressante, sendo indicativa de uma percepção de ameaça à necessidade de Autonomia, de ser capaz de tomar decisões de forma mais livre^{7,18}. O comportamento mais frequente foi a ruminação, de forma semelhante a outros resultados com crianças com DF²⁰ e hospitalizadas²¹. Essas respostas focalizadas nos aspectos negativos da situação têm sido encontradas em pessoas com a DF, junto com a ansiedade e depressão, e outras EE inadequadas para lidar com a dor e depressão, com redução da qualidade de vida²⁰.

Cabe ressaltar que é um grande complicador a DF ter poucos tratamentos específicos²² como o uso de medicamento e transfusão de hemácias e, mais recentemente o transplante de células-tronco^{5,10}. Assim, a melhora da sobrevida e da qualidade de vida dos pacientes se baseia em medidas gerais e preventivas, assim com acompanhamento ambulatorial e a educação da família sobre a doença no sentido de obter bem-estar social e mental dos pacientes com DF²³.

Além das complicações clínicas da DF que comprometem o desenvolvimento infantil, soma-se a esse quadro questões referentes às experiências de preconceito racial e as condições socioeconômicas dessa população. Estudo com adultos com DF evidenciou a penalização sofrida pelos participantes face à qualidade do atendimento recebido e a infraestrutura dos serviços de saúde, que demonstra estreita relação com a cor e a classe social dos usuários, de modo a fortalecer um racismo institucional²⁴.

As barreiras a serem enfrentadas pelo preconceito racial não se fazem presentes somente na DF, mas em outras doenças e condições de vida da população negra, mesmo quando o país busca desenvolver políticas públicas. Brevemente resgata-se a publicação em 2005 das diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemonoglobinopatias, em 2009 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e, em 2017 o III Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)²⁵.

O estudo apresentou algumas limitações que devem ser consideradas dada a relevância da temática, os participantes e o delineamento da pesquisa. Primeiro, por ser um estudo que envolveu um número pequeno de participantes, submetidos a uma intervenção individual, o que requer disponibilidade e tempo para o desenvolvimento metodológico. Outro aspecto refere-se à intervenção, quanto ao número de sessões e as temáticas enquanto variáveis que possivelmente influenciaram a dinâmica do relato das EE pelas crianças.

Considerações Finais

Os resultados encontrados no estudo demonstraram que intervenções no coping da DF em crianças permitem a expressão de pensamentos e sentimentos sobre a doença e seus impactos no cotidiano, de modo a possibilitar mudanças na forma de lidar com os sintomas da doença.

O desenvolvimento de uma intervenção em EE da dor em duas crianças com DF expressou a sensibilidade destas para as atividades lúdicas, de modo a observar mudanças nas EE avaliadas a partir de instrumentos da área. Além do uso de instrumentos como medida de avaliação de intervenção, os resultados indicam a importância de programas de suporte psicoeducacional voltado para crianças com doença crônica.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Doença falciforme: condutas básicas para tratamento. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: DF, 2013a. 1ª ed. p. 64.
2. Piel FB, Tatem AJ, Huang Z, Gupta S, Williams TN, Weatherall DJ. The changing distribution of sickle haemoglobin: a quantitative study of temporal trends between Global migration and

- 1960 and 2000. *Lancet Global Health*. 2014; 2(2):e80-e89.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2013b). *Doença falciforme: saiba o que é e onde encontrar tratamento*. Brasília, DF: MS. 2013b.
4. Kavanagh P, Sprinz G, Vinci SR, Bauchner H, Wang CJ. Management of children with sickle cell disease: A comprehensive review of literature. *Pediatrics*. 2011; 128(6):1552-1574.
5. Silva-Pinto AC, Ângulo IL, Brunetta DM, Neves FI, Bassi SC, Santis GC. Clinical and hematological effects of hydroxyurea therapy in sickle cell patients: a single-center experience in Brazil. *Med J*. 2013; 131(4):238-43.
6. Ramos FP, Enumo SRF, Paula KMP. Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. *Estudos de Psicologia*. 2015; 32(2):269-279.
7. Skinner EA, Zimmer-Gembeck MJ. The development of coping. *Annual Review of Psychology*. 2007; 58:119-144.
8. Mitchell MJ, Lemanek K, Palermo TM, Crosby LE, Nichols A, Powers S. W. Parent perspectives on pain management, coping, and family functioning in pediatric sickle cell disease. *Clinical Pediatrics*. 2007; 46(4): 311-319.
9. Silvestre RLS, Vandenberghe L. Os benefícios das emoções positivas. *Contextos Clínicos*. 2013; 6(1):50-57.
10. Kavanagh P, Sprinz PG, Vinci SR, Bauchner H, Wang CJ. Management of children with sickle cell disease: a comprehensive review of literature. *Pediatrics*. 2011; 128(6):1552-1574.
11. Oliveira AW, Enumo SRF. Avaliação de estratégias de enfrentamento da Doença Falciforme em crianças: uma revisão sistemática. XIX Encontro de Iniciação Científica. PUC-Campinas, Anais do XIX Encontro de Iniciação Científica. 2014.
12. Spirito A, Stark LJ, Williams C. Development of a brief checklist to assess coping in pediatric patients. *Journal of Pediatric Psychology*. 1988; 13:555-574.
13. Lima AS, Barros L, Enumo SRF. Enfrentamento em crianças portuguesas hospitalizadas por câncer: comparação de dois instrumentos de avaliação. *Estudos de Psicologia*. 2014; 31(4):559-571.
14. Oliveira CGT, Enumo SRF, Paula KMP. Uma proposta de intervenção psicológica no coping da dor em crianças com Anemia Falciforme. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2017; 34(3):355-366.
15. Motta AB, Enumo SRF. Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2010; 26(3):445-454.
16. Lipp MEN, Tricolo VAC, Pereira MMB, Alcino AB. *Guerra ao Stress*. São Paulo. Casa do Psicólogo. 2003.
17. Linhares MBM, Doca FN. Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*. 2010; 18(2):307-325.
18. Skinner EA, Edge K, Altman J, Sherswood H. Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*. 2003; 129(2):216-269.
19. Dias TL, Oliveira CGT, Enumo SRF, Paula KMP. A dor no cotidiano de cuidadores e crianças com anemia falciforme. *Rev Psicologia USP*. 2013; 24(3): 391-411.
20. Garioli DS. Impacto da dor nas funções executivas e sua relação com as estratégias de enfrentamento em crianças com anemia falciforme. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo - UFES. 2011.
21. Hostert PCCP, Motta AB, Enumo SRF. Coping da hospitalização em crianças com câncer: a importância da classe hospitalar. *Estud Psicol*. 2015; 32(4):627-639.
22. Carey PJ. Addressing the global health burden of sickle cell disease. *Int Health*. 2014; 6:269-270.
23. Saad STO. Medidas gerais para tratamento das doenças falciformes. In: *Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doenças Falciformes*. Anvisa, Brasília: DF. 2011; 41-50.
24. Figueiró AVM, Ribeiro RLR. Vivência do preconceito racial e de classe na doença falciforme. *Saúde Soc*. 2017; 26(1):88-99.
25. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma política do SUS*. Brasília. 2017.