



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA COGNITIVA

CELINE LORENA OLIVEIRA BARBOZA DE LIRA

DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DO PROTEGE-HD:
programa de treinamento no gerenciamento de emoções para pacientes em hemodiálise

Recife

2024

CELINE LORENA OLIVEIRA BARBOZA DE LIRA

DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DO PROTEGE-HD:
programa de treinamento no gerenciamento de emoções para pacientes em hemodiálise

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, como requisito para a obtenção do grau de Doutora em Psicologia Cognitiva.

Área de concentração: Psicologia Cognitiva

Orientador: José Mauricio Haas Bueno

Recife
2024

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Lira, Celine Lorena Oliveira Barboza de.

Desenvolvimento e avaliação do Protege-HD: programa de treinamento no gerenciamento de emoções para pacientes em hemodiálise / Celine Lorena Oliveira Barboza de Lira. - Recife, 2024.

148f.: il.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva, 2024.

Orientação: José Maurício Haas Bueno.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Estudos de Intervenção; 2. Regulação Emocional; 3. Diálise Renal; 4. Ajustamento Emocional; 5. Qualidade de Vida. I. Bueno, José Maurício Haas. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

CELINE LORENA OLIVEIRA BARBOZA DE LIRA

**DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DO PROTEGE-HD:
programa de treinamento no gerenciamento de emoções para pacientes em hemodiálise**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia Cognitiva. Área de Concentração: Psicologia Cognitiva.

Aprovada em: 25/04/2024

BANCA EXAMINADORA

POR VÍDEOCONFERÊNCIA

Profa. Dra. Mirela Dantas Ricarte (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

POR VÍDEOCONFERÊNCIA

Prof. Dr. Sérgio Eduardo Silva de Oliveira (Examinador Externo)
Universidade de Brasília

POR VÍDEOCONFERÊNCIA

Profa. Dra. Débora ALves de Amorim (Examinadora Externa)
Universidade Federal do Vale do São Francisco

POR VÍDEOCONFERÊNCIA

Prof. Dr. Doralúcia Gil da Silva (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pelotas

POR VÍDEOCONFERÊNCIA

Profa. Dra. Karina da Silva Oliveira (Examinadora Externa)
Universidade São Francisco

Dedico este trabalho, primeiramente, aos pacientes em tratamento de hemodiálise, e também aos seus cuidadores — tanto familiares e amigos quanto os profissionais de saúde que os acompanham.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Pai Celestial por tudo: pela oportunidade, pelas bênçãos, pela companhia e pelas inspirações ao longo de toda a jornada. Pela força recebida. Pelas respostas às orações, mesmo quando eu não tive forças nem fé suficiente para erguer a voz aos céus. Sei que senti a companhia do Espírito em todos os momentos. Obrigada, Senhor.

Aos meus familiares. Ao meu querido marido, Paulo, que é o perfeito exemplo de companheirismo e dedicação. Não consigo expressar em palavras o quanto este trabalho se deve ao seu incentivo, apoio e confiança em mim. Obrigada por estar presente para os nossos filhos quando eu nem sempre pude estar de todas as maneiras. Agradeço a Paulinho e a Carol pela paciência com a mamãe que passou quase toda a infância de vocês como uma pós-graduanda. Agradeço à minha mãe querida, que, não importando a distância, sempre se fez presente com sua preocupação e cuidado comigo e com meus estudos. Agradeço ao meu pai, irmãos, tias e primos.

Ao meu orientador, Maurício Bueno, a quem admiro e acompanho há mais de uma década. Pelos ensinamentos recebidos e, mais ainda, pela partilha desta caminhada. Mesmo nos momentos corridos — e também nas hesitações —, obrigada pela generosa cumplicidade e sabedoria compartilhada. Sou grata ao NEAP. Agradeço a Mirela, Thaissy, Fernanda, Northon, Emanuel, Débora, Angélica, Cláudia e Emily. Admiro muito cada um de vocês. Foi uma alegria dividir a vida acadêmica com esse grupo.

Aos pacientes, acompanhantes e colegas de equipe que encontrei na nefrologia. As clínicas de hemodiálise pelas quais passei são, para mim, lugares de trabalho, aprendizado, esforço e superação. Também são espaços de alegrias, tristezas, medos, ansiedade — e de muito, muito amor. Cresci com o exemplo de cada pessoa que encontrei na nefro. Não vou ousar nomear todos aqui para não correr o risco de esquecer alguém. Esta tese não poderia ter sido realizada de outra forma, senão pensando e servindo à psiconefrologia.

Ao CNPq, pela bolsa concedida.

RESUMO

Pacientes com doença renal crônica que necessitam de hemodiálise podem enfrentar diversos problemas que impactam negativamente sua qualidade de vida (QV). Para promover o ajustamento psicológico e amenizar os prejuízos que o adoecimento traz na vida das pessoas, desenvolver habilidades relacionadas a regulação emocional (RE) é indicado, pois está associado a desfechos positivos para a saúde física e mental. Nesse sentido, esta tese procurou desenvolver e avaliar um programa de intervenção para o treinamento de habilidades de RE para pacientes em tratamento hemodialítico. Para isto, foram conduzidos três estudos. No primeiro, foram investigadas as associações entre variáveis psicológicas, como RE; crenças sobre emoções e estresse; e sintomas de ansiedade, depressão e estresse; com a QV e a adesão ao tratamento. Os resultados sugerem que habilidades de RE, crenças sobre a controlabilidade das emoções e a ausência de sintomas de depressão, ansiedade e estresse estão associadas ao componente mental da QV dos participantes, indicando-as como alvos importantes para intervenções visando o bem-estar desses pacientes. Não foram encontrados resultados significativos para a adesão ao tratamento. O segundo estudo descreveu o desenvolvimento do Programa de Treinamento no Gerenciamento de Emoções para Pacientes em Hemodiálise (PROTEGE-HD), um programa de treinamento baseado na teoria processual de RE de Gross. Esse programa visou promover discussões sobre crenças relacionadas às emoções e a prática de habilidades para regular emoções agradáveis e desagradáveis. O terceiro estudo avaliou qualitativamente a aplicação do PROTEGE-HD através da análise de entrevistas realizadas antes e depois da intervenção por meio do *software* IRaMuTeQ. Os resultados apontam para melhorias na maneira como os participantes lidavam com suas emoções após a intervenção, além de impactos positivos nos relacionamentos interpessoais e na rotina do tratamento. Os resultados indicam o PROTEGE-HD como uma intervenção viável para aplicação em pacientes submetidos à hemodiálise. Esses achados são relevantes para orientar psicólogos e outros profissionais de saúde que atuam em clínicas e serviços de diálise, possibilitando uma abordagem instrumentalizada e mais eficaz ao acolher, discutir e manejar as emoções dos pacientes nesse contexto.

Palavras-chave: Estudos de Intervenção; Regulação Emocional; Diálise Renal; Ajustamento Emocional; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Patients with chronic kidney disease (CKD) who require hemodialysis may face a range of challenges that negatively affect their quality of life (QoL). To promote psychological adjustment and mitigate the harm caused by illness, developing emotional regulation (ER) skills is recommended, as this is associated with positive outcomes for both physical and mental health. In this context, the present thesis aimed to develop and evaluate an intervention program for training ER skills in patients undergoing hemodialysis. To this end, three studies were conducted. The first study investigated associations between psychological variables—such as ER, beliefs about emotions and stress, and symptoms of anxiety, depression, and stress—and both QoL and treatment adherence. Results suggest that ER skills, beliefs in the controllability of emotions, and the absence of depressive, anxious, and stress symptoms are associated with the mental component of participants' QoL, indicating these as important targets for interventions aimed at improving patient well-being. No significant results were found for treatment adherence. The second study described the development of the Emotion Management Training Program for Patients on Hemodialysis (PROTEGE-HD), a training intervention based on Gross's process model of ER. The program focused on fostering discussions about emotional beliefs and practicing skills for regulating both pleasant and unpleasant emotions. The third study qualitatively evaluated the implementation of PROTEGE-HD through the analysis of interviews conducted before and after the intervention using the IRaMuTeQ software. The results point to improvements in the way participants managed their emotions after the intervention, as well as positive impacts on interpersonal relationships and treatment routines. These findings suggest that PROTEGE-HD is a viable intervention for patients undergoing hemodialysis. They are relevant for guiding psychologists and other health professionals working in dialysis clinics and services, offering a more structured and effective approach to supporting, discussing, and managing patients' emotions in this context.

Keywords: Psychosocial Interventions; Emotion Regulation; Hemodialysis; Psychological Adjustment; Quality of Life.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo Processual de Regulação Emocional	28
Figura 2 – Representação gráfica da análise de rede de qualidade de vida (KDQOL-SF) e medidas de ajustamento psicológico (TRE, EBQ, DASS-21 e SMM)	50
Figura 3 – Representação gráfica da análise de rede de adesão (Questionário de Adesão, Kt/V, potássio, fósforo, GPID, faltas e hospitalização) e medidas de ajustamento psicológico (TRE, EBQ, DASS-21 e SMM)	52
Figura 4 – Resultados da Classificação Hierárquica Descendente do Corpus 1 gerada pelo IRaMuTeQ	73
Figura 5 – Resultados da Classificação Hierárquica Descendente do Corpus 2 gerada pelo IRaMuTeQ	76
Figura 6 – Análise Fatorial de Correspondência do Corpus 1 gerada pelo IRaMuTeQ	79
Figura 7 – Análise Fatorial de Correspondência do Corpus 2 gerada pelo IRaMuTeQ	81
Figura 8 – Árvore de coocorrências do Corpus 1 gerada pelo IRaMuTeQ	82
Figura 9 – Árvore de coocorrências do Corpus 2 gerada pelo IRaMuTeQ	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	As cinco famílias de estratégias de RE, estratégias selecionadas e exemplos de táticas a partir do contexto da ida à sessão de HD, organizadas pelo estágio do ciclo de geração de emoções em que intervêm pela primeira vez	29
Tabela 2 –	Índices de fidedignidade e estatísticas descritivas das medidas de ajustamento psicológico (TRE, EBQ, DASS-21 e SMM)	45
Tabela 3 –	Estatísticas descritivas de qualidade de vida (KDQOL-SF)	46
Tabela 4 –	Estatísticas descritivas dos indicadores de adesão ao tratamento (Questionário de Adesão, Kt/V, potássio, fósforo, GPID, faltas e hospitalização)	47
Tabela 5 –	Coeficientes de correlação de <i>Spearman</i> entre dimensões de qualidade de vida (KDQOL) e medidas de ajustamento psicológico (TRE, EBQ, DASS-21 e SMM)	48
Tabela 6 –	Coeficientes de correlação de <i>Spearman</i> entre indicadores de adesão (Questionário de Adesão, Kt/V, potássio, fósforo, GPID, faltas e hospitalização) e medidas de ajustamento psicológico (TRE, EBQ, DASS-21 e SMM)	50
Tabela 7 –	Modelo para Descrição e Replicação de Intervenções (TIDieR) do PROTEGE-HD	58
Tabela 8 –	Estrutura do Programa de Treinamento no Gerenciamento de Emoções para pacientes em hemodiálise (PROTEGE-HD)	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Ades	Questionário de Adesão
AFC	Análise Fatorial por Correspondência
C_me	Componente Mental
CCS/UFPE	Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
Cpt	Corpus Textual
DASS_ans / ansi	Sintomas de Ansiedade
DASS_dep / depr	Sintomas de Depressão
DASS_est / estr	Sintomas de Estresse
DRC	Doença Renal Crônica
EBQ_ctrl / eb_c	Crenças sobre Controlabilidade das Emoções
EBQ_utin / ebun	Crenças sobre Utilidade das Emoções Negativas
EBQ_utip / ebup	Crenças sobre Utilidade das Emoções Positivas
Esc	Escolaridade
Fos	Fósforo
Fal	Faltas
GPID / gpi	Ganho de Peso Interdialítico
HD	Hemodiálise
Hos	Hospitalização
Ida	Idade
IRaMuTeQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
Kt/V / ktv	Índice de Adequação da Diálise
KDQOL-SF	<i>Kidney Disease Quality of Life – Short Form</i>
Pot	Potássio
PROTEGE-HD	Programa de Treinamento no Gerenciamento de Emoções para Pacientes em Hemodiálise
QV	Qualidade de Vida
SMM_total / smmt	Crenças sobre Estresse
TIDieR	<i>The Template for Intervention Description and Replication</i>

TRE_efi / re_e	Detecção de Estratégias Eficazes de Regulação de Emoções
TRE_ine / re_i	Detecção de Estratégias Ineficazes de Regulação de Emoções
RE	Regulação Emocional
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
Sex	Sexo
ST	Segmento de Texto
Suj	Sujeito
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1	A DOENÇA RENAL CRÔNICA E O TRATAMENTO HEMODIALÍTICO	17
2.1.1	A DRC e o Covid-19	19
2.1.2	Lidando com o adoecimento: impactos socioemocionais e ajustamento psicológico	21
2.2	EMOÇÕES E A REGULAÇÃO EMOCIONAL	25
2.2.1	Modelo Processual de Regulação Emocional	27
2.3	PROGRAMAS DE TREINAMENTO DE REGULAÇÃO EMOCIONAL	30
3	OBJETIVOS E HIPÓTESES	35
3.1	OBJETIVOS	35
3.2	HIPÓTESES	35
4	ESTUDO I	37
4.1	MÉTODO	37
4.1.1	Participantes	37
4.1.2	Instrumentos	38
4.1.2.1	Questionário de Dados Sociodemográfico	38
4.1.2.2	Questionário de Adesão ao Tratamento	39
4.1.2.3	Teste de Regulação Emocional	39
4.1.2.4	<i>Emotion Beliefs Questionnaire</i>	40
4.1.2.5	<i>Kidney Disease Quality of Life Short Form</i>	40
4.1.2.6	<i>Depression Anxiety and Stress Scale</i>	41
4.1.2.7	<i>Stress Mindset Measure</i>	42
4.1.2.8	Registro de Marcadores Fisiológicos e Clínicos	42
4.1.3	Procedimentos	43
4.1.3.1	Procedimentos para coleta de dados	43
4.1.3.2	Procedimentos para análise dos dados	44
4.2	RESULTADOS	44
4.3	DISCUSSÃO	53
5	ESTUDO II	58

5.1	DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO – PROGRAMA DE TREINAMENTO NO GERENCIAMENTO DE EMOÇÕES PARA PACIENTES EM HEMODIÁLISE (PROTEGE-HD)	58
5.2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DAS ATIVIDADES PROPOSTAS NO PROTEGE-HD	50
6	ESTUDO III	66
6.1	MÉTODO	66
6.1.1	Participantes	66
6.1.2	Instrumentos	67
6.1.2.1	Questionário de Dados Sociodemográfico	67
6.1.2.2	Roteiros de Entrevista Semiestruturada Inicial e Final	67
6.1.3	Procedimentos	67
6.1.3.1	Procedimentos para coleta de dados	67
6.1.3.2	Procedimentos para análise dos dados	68
6.2	RESULTADOS	70
6.2.1	Classificação Hierárquica Descendente e Nuvem de Palavras	71
6.2.2	Análise Fatorial de Correspondência	78
6.2.3	Análise de Similitude	81
6.3	DISCUSSÃO	83
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
	REFERÊNCIAS	95
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICO	108
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE ADESÃO AO TRATAMENTO	109
	APÊNDICE C – REGISTRO DE MARCADORES FISIOLÓGICOS E CLÍNICOS	110
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	111
	APÊNDICE E – ADAPTAÇÃO DO REGISTRO DE PENSAMENTOS EMOCIONALMENTE INTELIGENTES	113
	APÊNDICE F – ROTEIROS DE ENTREVISTA	114
	APÊNDICE G – TABELAS DE SEGMENTOS DE TEXTO PRODUZIDAS PELO IRAMUTEQ	116
	ANEXO A - TESTE DE REGULAÇÃO EMOCIONAL	125

ANEXO B - <i>EMOTION BELIEFS QUESTIONNAIRE</i>	128
ANEXO C - <i>KIDNEY DISEASE QUALITY OF LIFE SHORT FORM</i>	129
ANEXO D - <i>DEPRESSION ANXIETY AND STRESS SCALE</i>	139
ANEXO E - <i>STRESS MINDSET MEASURE</i>	140
ANEXO F – DIÁRIO DE EMOÇÃO	141
ANEXO G - MITOS EMOCIONAIS	142
ANEXO H - EXPERIÊNCIA DA EMOÇÃO COMO UMA ONDA	144
ANEXO I - BUSCA DE EMOÇÕES POSITIVAS	145
ANEXO J - EXPERIÊNCIAS E TÉCNICAS DE <i>SAVORING</i>	146
ANEXO K - UMA MELHOR VERSÃO DE MIM MESMO	147

1. INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida, a transição demográfica e epidemiológica influenciou as taxas globais de rápido aumento de doenças crônicas e afetou consideravelmente o número de pessoas que necessitam lidar com seus impactos (Oliveira, 2019). A epidemia de doenças crônicas ameaça o desenvolvimento econômico e social, bem como a vida e a saúde de milhões de pessoas. Estima-se que são responsáveis por cerca de 74% de todas as mortes no mundo, totalizando 41 milhões de mortes anuais (WHO, 2023).

As doenças crônicas comumente se aplicam a condições que podem ser tratadas, mas não necessariamente curadas. Em parte dos casos, pode piorar lentamente com o tempo e causar mudanças permanentes no corpo, ocasionando desafios psicossociais únicos, como independência restrita, perda de função, incerteza sobre a recorrência ou progressão dos sintomas e tensão nos relacionamentos. Portanto, não só consequências físicas, mas também psicológicas e sociais importantes exigem um ajustamento psicológico significativo (Scott et al., 2023; Stanton et al., 2007).

Por aumentar o estresse e afetar a qualidade de vida (QV) da pessoa, transformações em múltiplos domínios da vida são exigidos ao longo da trajetória da doença. Considerando estas questões, pesquisadores sugeriram atualizar o conceito de saúde para “a capacidade de se adaptar e de se autogerir”, trazendo uma formulação dinâmica, baseada na resiliência ou capacidade de enfrentar, manter e restaurar a integridade, o equilíbrio e a sensação de bem-estar (Huber et al., 2011, p. 2).

Um exemplo de enfermidade que tem sido contemplada por este debate é a doença renal crônica (DRC), que consiste em lesão e perda progressiva e irreversível das funções renais. Tratando-se de uma patologia de instalação gradual, progressiva e debilitante, a DRC causa incapacidades e apresenta alta mortalidade (Karpinski et al., 2023). Dentre as doenças que apresentam curso crônico, a doença renal figura entre as que geram grande impacto na QV do paciente (Lira et al., 2015). No estágio final da DRC, o indivíduo acometido desenvolve dependência de uma terapia de substituição da função renal de maneira contínua como, por exemplo, a hemodiálise (HD), que além de aumentar a longevidade e reduzir a morbidade, teria também o objetivo de melhorar a rotina e vida dos pacientes (Barbosa et al., 2017).

Em situações como a relatada acima, em que se observa o impacto que o adoecimento traz na vida de uma pessoa, desenvolver habilidades relacionadas a regulação de emoções torna-

se especialmente importante. A detecção do uso de estratégias focadas na emoção apresenta-se como relevante pelo seu poder preditivo em relação à adesão e eficácia da terapêutica médica proposta e a consequente QV dos pacientes (Gillanders et al., 2008). Estratégias disfuncionais focalizadas na emoção estão associadas a uma queda da QV de pacientes em tratamento hemodialítico em diversos aspectos (Lira et al., 2015). Recentemente Khan et al. (2020) discutem que a influência exata da regulação emocional (RE) no contexto das condições médicas crônicas permanece obscura e que pesquisas ainda são necessárias para entender melhor a relação complexa e dinâmica entre as estratégias de RE e os fatores de risco psicológicos e biológicos para o desenvolvimento e curso de doenças.

Tendo em vista os fatores supracitados, justifica-se a realização deste estudo, cujo objetivo foi o desenvolvimento e avaliação de um programa de treinamento de RE para pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. Para melhor compreensão, esta tese apresentará primeiramente uma fundamentação teórica, em que serão discutidos temas relacionados à DRC e ao tratamento de HD a qual os pacientes são submetidos, o ajustamento psicológico em meio às dificuldades advindas do adoecimento e a RE e os programas de treinamento de habilidades necessárias para o gerenciamento das emoções.

Em seguida, serão apresentados os objetivos e hipóteses, que deram origem aos três estudos que compõe esta tese. O primeiro deles, que verificou as relações entre variáveis de ajustamento psicológico (regulação de emoções, ansiedade, depressão, estresse e crenças sobre emoções e estresse) e indicadores de qualidade de vida e adesão ao tratamento hemodialítico. O segundo, que traz um relato do desenvolvimento do Programa de Treinamento e Gerenciamento de Emoções para Paciente em Hemodiálise (PROTEGE-HD). E o último, que traz uma análise qualitativa da implantação do programa numa clínica de diálise. Procedimentos metodológicos, análise e discussões dos resultados serão apresentadas para os estudos, concluindo-se com as considerações finais da tese.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A DOENÇA RENAL CRÔNICA E O TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

A DRC se caracteriza pela perda progressiva e permanente da função renal e representa um problema global de saúde pública. A *Kidney Disease: Improving Global Outcomes*, uma organização global independente que desenvolve e traduz os avanços científicos em recomendações úteis para prática clínica em doenças renais, publicou em 2013 uma nova versão de diretriz para a avaliação e gerenciamento da DRC. No documento, a DRC é definida como “anormalidades da estrutura e/ou função dos rins, presentes por mais de três meses, com implicação para a saúde” (Stevens et al., 2024, p.126).

A doença afeta milhões de pessoas de diferentes maneiras, pois o curso clínico da DRC é frequentemente acompanhado de complicações que afetam não somente os próprios rins, mas também outros órgãos, agravando ou iniciando processos fisiopatológicos sistêmicos por meio dos efeitos complexos da função renal na homeostase corporal (Bastos, 2018; Eckardt et al., 2013). Dentre os tratamentos disponíveis para a DRC em sua fase terminal, momento em que os rins necessitam de uma terapia de substituição de suas funções, destacam-se os diferentes tipos de diálises, como a HD e a diálise peritoneal, a hemodiafiltração e o transplante renal. Estas são modalidades de tratamento complexas e que representam um problema de saúde de ampla magnitude e relevância, especialmente quando se reconhece sua complexidade, seus riscos, diversidade de opções e custo (Ribeiro, Evangelista, et al., 2020).

Dentre as opções disponíveis, a HD é a terapêutica mais utilizada. Caracteriza-se como um procedimento que filtra o sangue e equilibra o excesso de sais e líquidos, auxiliando no controle da pressão arterial e no equilíbrio hídrico do organismo. Em média, são necessárias três sessões de tratamento por semana, com duração de três a quatro horas. Durante o tratamento, que é bastante rigoroso e requer uma série de cuidados específicos, o paciente está sujeito a diversas complicações técnicas, emergências clínicas, e mesmo o óbito (Lira et al., 2015; Ribeiro, Jorge, et al., 2020).

Anualmente, desde 1999, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) realiza o Censo Brasileiro de Diálise cujos dados coletados apresentam o perfil dos pacientes e das clínicas de diálise no país. O Censo tornou-se uma importante ferramenta para a quantificação de dados em diálise e para o planejamento da assistência pública em saúde. Uma análise comparativa dos dados do Censo de 2009 a 2018, realizada por Neves et al. (2020), divulgou que houve um

aumento progressivo do número de pacientes prevalentes em programa de diálise crônica, correspondendo a um aumento médio anual de 5.587 pacientes. Os dados do censo mais recente apontam que no Brasil o número de pacientes em diálise passou de 42 mil em 2000 para mais de 148 mil pacientes em 2021, elevando o país para o terceiro lugar em número de pacientes em diálise no mundo (Nerbass et al., 2023). De fato, o Brasil supera a tendência global, pois estimativas apontam que em 2010 havia cerca de 2 milhões de pacientes em diálise no mundo, sendo que este número deve duplicar até 2030 (Liyanage et al., 2015).

Com relação às doenças de base que levam à insuficiência renal, o Brasil mantém a hipertensão arterial sistêmica, acometendo 32% dos pacientes, como principal causa-base, com dados estáveis há alguns anos, seguida pelos 30% referentes àqueles com doença renal do diabetes (Nerbass et al., 2023). Determinantes sociais e demográficos apresentam-se como potenciais interferentes para o diagnóstico e a evolução da DRC. Como exemplo, alerta-se para as condições socioeconômicas precárias, geralmente associadas às dificuldades de acesso ao sistema de saúde no âmbito das políticas de prevenção e controle de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, que conforme visto são importantes gatilhos para o desenvolvimento da DRC (Xavier et al., 2020).

Destaca-se a necessidade da prevenção da DRC em relação a identificação dos pacientes pertencentes aos grupos de risco, notadamente os diabéticos e hipertensos altamente prevalentes nas unidades de saúde pública, e a abordagem de um tratamento conservador da função renal por um médico nefrologista e uma equipe multidisciplinar. Jha et al. (2013) apontam que mais de 80% dos indivíduos que recebem terapia renal substitutiva vivem no mundo desenvolvido, pois em países em desenvolvimento o tratamento é amplamente inacessível. Em países como Índia e Paquistão, menos de 10% de todos os pacientes que precisam recebem algum tipo de terapia dialítica. Em muitos países africanos, há pouco ou nenhum acesso às diálises, o que significa que muitas pessoas morrem sem receber qualquer tratamento.

A identificação dos grupos de risco para desenvolver a doença, o diagnóstico imediato da DRC, o encaminhamento precoce para acompanhamento nefrológico e a implementação de medidas que retardem a queda progressiva da função renal, aliadas ao diagnóstico e ao tratamento das suas complicações e comorbidades, são estratégias que fundamentam os princípios da prevenção da DRC em diferentes níveis. Em conjunto, essas medidas possibilitam diminuir a mortalidade precoce e aumentar as chances de o paciente com DRC se beneficiar do tratamento dialítico ou do transplante renal (Bastos, 2018).

No Brasil, a HD continua sendo a modalidade dialítica mais utilizada, atualmente por 94,2% dos pacientes renais (1,8% destes em hemodiafiltração). 5,8% encontram-se numa modalidade diferente de diálise, a peritoneal. Do total, 21% também se encontravam na lista de espera para transplante. O sistema público de saúde foi a fonte de financiamento destes tratamentos para 81,8% dos pacientes e o plano de saúde privado financiou 18,2%. Também foi observado que em 2021, as taxas estimadas de mortalidade bruta anual geral e por COVID-19 foram de 22,3% e 5,3%, respectivamente (Nerbass et al., 2023). Censos anteriores apontaram ainda uma estabilidade da porcentagem de pacientes internados por mês (5,8%) (Neves et al., 2020).

Em relação ao perfil dos pacientes prevalentes em diálise, mantém-se o predomínio do sexo masculino (59%) (Nerbass et al., 2023). Já havia sido relatado um aumento progressivo da faixa etária dos pacientes, com a maioria entre 45-64 anos (41,5%), e com mais de 65 anos (35%). Mesmo em outros países, foi reconhecido que vários fatores contribuem para este aumento: melhora da expectativa de vida da população em geral, aumento da incidência da DRC, maior acesso das técnicas dialíticas de manutenção em países de renda média e baixa e o aprimoramento progressivo destas técnicas e medicações de suporte às complicações da doença, o que leva a uma redução da mortalidade e, conseqüentemente, maior longevidade aos pacientes prevalentes (Neves et al., 2020; Thomas et al., 2015; Chang et al., 2009).

Conforme discutem Neves et al. (2020) e Juntunen (2024), o tratamento dialítico tem efeito inegável no prognóstico de sobrevida e o aumento da porcentagem de pacientes longevos traz implicações, como por exemplo, o aumento de carga de comorbidades advindas da realização da terapia renal substitutiva. Assim, os autores apontam que a longevidade associada à maior presença de comorbidades tem levado à discussão sobre a necessidade de planejamento de cuidados e de tratamento dialítico nessa população. Além disso, recentemente a pandemia do Covid-19 tornou-se mais um agravante que tem alertado e adicionado complicações para o grupo de pacientes portadores de DRC. Estas dificuldades e suas implicações psicológicas serão discutidas nos próximos tópicos.

2.1.1 A DRC e o Covid-19

A pandemia causada pelo Covid-19, doença causada pelo betacoronavírus SARS-CoV-2, trouxe diversas e importantes implicações do ponto de vista nefrológico. Primeiro, a própria doença pode acometer os rins e, no caso dos pacientes críticos, levar à insuficiência renal aguda

e à necessidade de diálise (Abreu et al., 2020). Portanto, percebeu-se a sobrecarga dos centros de diálise (Costa et al., 2023).

Outra implicação é que o panorama de transplantes de órgãos sólidos foi bastante afetado, levando à diminuição do número de procedimentos cirúrgicos e de candidatos à doadores durante a pandemia, o que resultou em mudanças nas práticas de gestão e acompanhamento pré e pós-transplante (Costa et al., 2023). Esse declínio aumentou o tempo de espera de receptores já listados – tendo sido registrado aumento da mortalidade neste grupo, e restringiu o ingresso de novos pacientes favorecendo complicações que continuarão a ter impacto a longo prazo (Alasfar & Avery, 2020; Araújo et al., 2020).

Além disso, grande parte dos pacientes renais faz parte do grupo de risco para complicações do Covid-19, visto que em comparação com a população geral possuem maior média de idade, maior frequência e gravidade de comorbidades e resposta imunológica menos eficiente (Pio-Abreu et al., 2020). A DRC, no entanto, foi associada a um risco aumentado de infecção grave por Covid-19, em que as taxas de incidência, mortalidade e letalidade nos pacientes em tratamento hemodialítico foram notavelmente mais altas do que na população geral (Pio-Abreu et al., 2020; X. Wang et al., 2020). Por isso, desde o início da pandemia, foi reconhecido que pacientes com DRC deveriam ser aconselhados a tomar precauções extras para minimizar o risco de exposição ao vírus (Henry & Lippi, 2020).

Desta situação surgiu um grande complicador, pois o tratamento dos pacientes em regime de diálise crônica necessitava ser mantido no período da pandemia, o que tornou o confinamento social não aplicável a essa população extremamente susceptível às complicações da doença. Visando minimizar os riscos associados a esta condição a SBN promoveu recomendações e protocolos elencando as principais medidas para evitar a propagação do vírus e orientando quanto aos cuidados e procedimentos a serem adotados pelos pacientes, profissionais de saúde, gestores e autoridades sanitárias (Abreu et al., 2020).

No entanto, o cenário de pandemia na população brasileira e, particularmente, para pacientes renais em tratamento hemodialítico, desvelou as dificuldades que se enfrenta em um país em desenvolvimento com comunidades vulneráveis, uma economia emergente, um sistema de proteção social relativamente fraco e uma crise política (Ponce, 2020). Apesar de recomendações que necessitariam de readequações estruturais por parte das clínicas e de grandes investimentos financeiros, a realidade impôs um período de medo e risco de exposição aumentado. Essas dificuldades geraram fragilidade física e emocional para a equipe assistente

e para os pacientes dialíticos que, como relembram Santos e colaboradores (2020), precisam ser valorizados e cuidados, a fim de evitar o colapso das clínicas de diálise. Lidar com as complicações do tratamento e a necessidade de adaptação requerida tornou-se uma necessidade urgente, sendo estas questões discutidas a seguir.

2.1.2 Lidando com o adoecimento: impactos socioemocionais e ajustamento psicológico

O diagnóstico e tratamento da doença renal pode ser um grande desafio, pois ocasiona modificações na vida das pessoas, podendo alterar sua forma de viver ou de perceber o mundo (Dantas et al., 2020). Principalmente nos estágios avançados, a DRC tem um impacto severo na vida das pessoas, reduzindo a capacidade de participar de atividades cotidianas como trabalho, viagens e socialização, enquanto causa inúmeros efeitos colaterais problemáticos - por exemplo, fadiga, dor, depressão, comprometimento cognitivo, problemas gastrointestinais e problemas de sono (Ali et al., 2020; Lira et al., 2015; Nakao, 2013).

Na fase terminal da DRC, apesar da HD contribuir para o aumento da sobrevida do paciente, tem sido relatado que esse procedimento pode causar perda do nível funcional com consequente redução da QV ao longo do tempo (J. Barbosa et al., 2017; Lira et al., 2015). O comprometimento do funcionamento cognitivo em pacientes com DRC também foi fortemente associado à dependência funcional e tornou-se uma grande preocupação nas últimas décadas (Kavanagh et al., 2015; Tian et al., 2019).

A QV tem sido caracterizada como um conceito multidimensional, em que os pesquisadores têm concordado sobre a importância de incluir aspectos físicos, como a capacidade funcional, as interações sociais, o comportamento afetivo e emocional e a saúde mental; aliando assim os diversos aspectos da vida humana. Além disso, também estão de acordo com o fato de que apenas o indivíduo pode avaliar ou qualificar sua vida (Lira et al., 2015; Rudnicki, 2007).

No entanto, a conjuntura atual no gerenciamento e tratamento da doença renal visa prolongar a longevidade preservando, restaurando ou substituindo a função renal e proporcionando alívio da insuficiência renal, independentemente da eficácia para o gerenciamento geral da doença renal. Essa abordagem centrada na doença pode ser inadequada, pois não reflete de maneira satisfatória as prioridades e os valores dos pacientes. As pessoas que vivem com doença renal tendem, acima de tudo, a querer viver bem, manter o seu papel e

funcionamento social, mantendo alguma aparência de normalidade e um sentido de controle sobre a sua saúde e bem-estar (Ramírez-Perdomo & Solano-Ruíz, 2018).

A SBN, em conjunto com o Comitê Diretor do Dia Mundial do Rim, realizou recentemente sua campanha anual cujo tema foi “Vivendo Bem com a Doença Renal” (2021). Isso foi feito para aumentar a educação e a consciência sobre o gerenciamento eficaz dos sintomas e o empoderamento do paciente, com o objetivo final de encorajar a participação na vida. A campanha relembra que embora medidas eficazes para prevenir a doença renal e sua progressão sejam importantes, os pacientes com doença renal - incluindo aqueles que dependem de diálise e transplante - e seus parceiros de cuidados também devem se sentir apoiados, especialmente durante pandemias e outros períodos desafiadores, pelos esforços conjuntos de comunidades de cuidados renais.

O tema da campanha confronta a abordagem relatada da prática atual que remove a agência dos pacientes, uma vez que eles não têm um envolvimento significativo no manejo e no tratamento de sua doença. Esta passividade, por sua vez, faz com que os pacientes frequentemente percebam o tratamento como sendo imposto, punitivo e fora de seu controle. Para que os pacientes fiquem mais satisfeitos, engajados e construtivos em relação ao seu tratamento e assim, melhorar os resultados clínicos, eles precisam sentir que seus sintomas são gerenciados de forma eficaz e estar intrinsecamente motivados para se tornarem participantes ativos de seu tratamento (Dantas et al., 2020; Ramírez-Perdomo & Solano-Ruíz, 2018).

A adesão ao tratamento de HD requer mudanças nos hábitos diários com limites na ingestão alimentar e hídrica, consumo frequente de medicações, além da dependência de uma máquina de diálise para a manutenção da vida (Dantas et al., 2020). Evidências mostram que a não adesão e o sofrimento psicológico são altamente prevalentes entre os pacientes com DRC em tratamento dialítico e ambos contribuem para uma maior morbidade e mortalidade precoce nessa população (Asadizaker et al., 2022; Christensen & Ehlers, 2002). Dada a importância de seguir o tratamento na promoção da saúde e sobrevivência destes pacientes, identificar os fatores que predizem o comportamento é muito importante para os profissionais de saúde.

Observa-se que após o diagnóstico médico de uma doença crônica, como a DRC, e a necessidade de adesão ao tratamento imposto, os pacientes são confrontados com novas situações que lhes desafiam e requerem alterações em suas estratégias habituais de enfrentamento. Como resultado, eles devem encontrar novas maneiras de lidar com a alteração

de sua condição. O ajustamento psicológico tem sido utilizado como referência aos fatores envolvidos que conduzem à um saudável reequilíbrio pelos pacientes às suas novas circunstâncias, um estado desejável de bem-estar (Resende et al., 2007). No entanto, para cerca de 30% dos pacientes, esta fase de ajuste é prolongada e, às vezes, malsucedida (De Ridder et al., 2008).

Na literatura, o ajustamento psicológico apresenta-se como um conceito multifacetado podendo referir-se ao domínio das tarefas adaptativas relacionadas à doença; à preservação do estado funcional da pessoa; à percepção da qualidade de vida; à ausência de transtorno psicológico e ao baixo afeto negativo (Stanton et al., 2007). No entanto, estes pesquisadores descrevem que há três grandes conclusões dos achados: a doença crônica requer ajuste em vários domínios da vida; o ajuste se desdobra ao longo do tempo e há uma heterogeneidade marcante entre os indivíduos em como eles se ajustam ao longo do tempo.

Um bom ajustamento pode envolver fatores cognitivos, como uma sensação de controle em relação ao manejo da doença, aceitação da própria doença e alto apoio social; combinados com fatores comportamentais, como por exemplo: estratégias de enfrentamento focadas no problema, comportamentos de saúde positivos e adesão ao tratamento (Sein et al., 2020). Outros autores também ressaltam os fatores fisiopatológicos, o autocuidado e o gerenciamento das emoções como aspectos de sucesso para o ajustamento psicológico (De Ridder et al., 2008).

Regular as emoções tem se mostrado importante para o ajustamento psicológico necessário porque, além da avaliação cognitiva dos sintomas e da doença, um indivíduo forma respostas emocionais paralelas a uma ameaça à saúde, como sentimentos de medo ou angústia (Clarke et al., 2016). De maneira geral isto pode ser observado também no contexto da pandemia do Covid-19, em que pesquisadores relataram que houve aumento das emoções negativas e diminuição das emoções positivas em todo o mundo (K. Wang et al., 2020). Um estudo apontou que regular bem as emoções mostrou-se central para a saúde mental durante a pandemia, tornando-se um alvo importante para reduzir sintomas de ansiedade e depressão (Solbakken et al., 2021).

De Ridder et al. (2008) explicam que a forma de lidar com as emoções e gerenciá-las, ou seja concentrar-se nas emoções, havia sido considerado inicialmente com suspeita, mas atualmente há um consenso crescente indicando que o confronto de emoções negativas associadas a doenças crônicas pode contribuir para o ajustamento. Alguns estudos já observaram que o desajustamento à doença crônica está comumente relacionado a estilos de

regulação de emoções caracterizados por evitação e supressão emocional (De Ridder et al., 2008; Dekker & de Groot, 2018).

Embora o reconhecimento e a experiência de emoções negativas possam ser adaptativos por focarem a atenção em ameaças, induzir à ação e até fornecer feedbacks sobre o progresso em direção à realização de tarefas e busca de objetivos, a reflexão repetida ou ruminação sobre sentimentos negativos sem expressá-los não é considerada saudável. Além disso, inibir as emoções pode atrasar o comportamento de pedir ajuda, pois dificulta o reconhecimento de sintomas; e pode dificultar a comunicação com outras pessoas e profissionais de saúde. Também pode fazer com que os pacientes deixem de praticar comportamentos de proteção à saúde e de adesão ao tratamento (De Ridder et al., 2008).

Retana et al. (2013) ressaltam, por exemplo, a importância de identificar, assim que possível, os sinais das respostas de evitação (focadas na emoção) que persistem no tempo entre os pacientes de diálises, como o isolamento, a supressão emocional, o pensar repetidamente em suas perdas e a culpabilização por sua situação. Esses sintomas elevam o estresse e a afetividade negativa, aumentando o sofrimento e tornando esses pacientes menos propensos a suportar o tratamento e suas consequências, vivendo com mais emoções dolorosas, tendo maior risco de depressão, pior saúde mental, manifestando menos adesão ao tratamento, que podem levar a alterações físicas e inclusive uma menor sobrevida (Lira et al., 2015).

Para De Ridder et al. (2008) algum processamento das emoções é necessário para que haja impacto positivo na saúde. A evidência mostra que os processos emocionais, nomeadamente a regulação de emoções, e as representações cognitivas de doença constituem-se como fatores determinantes para a saúde física e psicológica, o que também podem ter um impacto considerável na QV (Clarke et al., 2016). A RE permite que os indivíduos se adaptem com sucesso às mudanças, inclusive àquelas trazidas por doenças crônicas, e sobre seus efeitos diretos (ou seja, fisiológicos) e indiretos (ou seja, comportamentais) na saúde (Smyth & Arigo, 2009).

Esses dados sugerem que as habilidades socioemocionais, como a capacidade de regular emoções, se tornam ainda mais importantes em contextos adversos. A DRC se constitui em um desses contextos, visto que alterações emocionais estão presentes, independentemente da etapa da doença, da idade e do sexo (Rudnicki, 2014). Além disso, recentemente esta situação foi agravada por outro evento importante: a pandemia do coronavírus. Assim, é importante que

a psicologia disponha de intervenções que auxiliem as pessoas impactadas por doenças crônicas a lidar como esses efeitos e a manter, na medida do possível, uma boa QV.

Um dos fatores que importam nesse processo é a forma como a pessoa lida com suas emoções. Nesse contexto, o desenvolvimento de habilidades relacionadas com a inteligência emocional, particularmente, a regulação de emoções, tem se mostrado importante para diversos aspectos relacionados à eficácia do tratamento. A pesquisa apresentada nesta tese vai ao encontro desta necessidade de desenvolver um programa de intervenção para o desenvolvimento dessas habilidades e a próxima seção tratará sobre a habilidade de regular emoções e seus impactos sobre o funcionamento mental e o bem-estar.

2.2 EMOÇÕES E A REGULAÇÃO EMOCIONAL

As emoções podem ser conceitualizadas como um conjunto de respostas comportamentais, afetivas e fisiológicas que concomitantemente influenciam a forma como respondemos a desafios e a oportunidades (Gross, 2014). Tem sido apontado como natural o fato de as pessoas passarem algum tempo discutindo sobre as emoções, pensando e formando crenças sobre elas, dada a importância que exercem em suas vidas.

Nesse sentido, há duas crenças superordenadas que são centrais: crenças sobre a utilidade e crenças sobre a controlabilidade das emoções. As crenças que as pessoas possuem são relevantes porque moldam a forma como interagem com o mundo e produz profundas consequências e impactos, a curto e a longo prazo (Ford & Gross, 2018, 2019). Ajudar as pessoas a identificarem as crenças sobre suas emoções – e encorajá-las a reconhecer alternativas para que não se sintam sobrecarregadas ou recorram à anestesia contra suas emoções – pode ajudá-las a viver com os seus sentimentos, sem medo de si mesmos (Leahy et al., 2013).

Crenças de utilidade, como acreditar que as emoções são ruins, podem, de maneira aguda, aumentar respostas emocionais negativas a estressores (Ford et al., 2018). Da mesma forma, a curto prazo, pessoas que acreditam que as emoções são incontroláveis, ou que acreditam que emoções positivas são controláveis, mas as negativas são incontroláveis, acabam experimentando mais sintomas de depressão, estresse e ansiedade (Ford et al., 2018; Kneeland et al., 2016; Kneeland & Dovidio, 2020). Embora estas não sejam as únicas crenças existentes sobre emoções, se apresentam como fundamentais para o modo como as pessoas pensam sobre

emoções e geram consequências importantes, como, por exemplo, impactos sobre a habilidade de regular as emoções (Ford & Gross, 2018, 2019).

A ideia de que podemos mudar nossas emoções ao invés de simplesmente experimentá-las passivamente, apesar de não ser nova, tem chamado bastante atenção dos pesquisadores e psicólogos clínicos recentemente (McRae & Gross, 2020). A RE é conceitualmente definida como “um conjunto coordenado de tendências de resposta emocional, comportamental, experiencial e fisiológica que, juntas, facilitam a resposta adaptativa aos desafios e oportunidades percebidos” (Gross, 1998, p. 225). Petrides (2010) definiu operacionalmente a regulação da emoção como indivíduos que são “capazes de controlar suas emoções” (p. 137).

Regular as emoções envolve as tentativas das pessoas de influenciar quais emoções têm, quando as têm e como irão expressá-las, sendo considerada uma capacidade central para as relações interpessoais e para a saúde mental (Gross, 2014; Miguel et al., 2017). A RE tem sido considerada como alvo de interesse também por tratar-se de competências que podem desenvolver-se e aumentar ao longo da vida (Mestre et al., 2016). São habilidades que não se limitam à regulação negativa de emoções negativas, mas abrangem a regulação de emoções positivas e negativas de acordo com os objetivos relacionados à regulação (McRae & Gross, 2020).

O uso de estratégias para promover emoções positivas é imprescindível, pois emoções positivas afetam as cognições e o comportamento das pessoas e melhoram suas relações sociais, bem como sua saúde mental e física (Quoidbach & Gross, 2015). Emoções positivas ampliam momentaneamente o repertório de pensamentos e ações das pessoas. Parecem servir como um amortecedor contra consequências psicológicas e fisiológicas adversas de emoções negativas, como o estresse (Tugade & Fredrickson, 2004).

No contexto das unidades e serviços de saúde, promover emoções positivas é indicado pois estas estão associadas à melhora da saúde física estando relacionadas ao aumento da longevidade, melhora da função imunológica, diminuição dos sintomas e da dor e menor risco de diabetes e hipertensão (Quoidbach & Gross, 2015; Rozanski et al., 2005). Especificamente para a doença renal já foi observado que utilizar estratégias menos positivas de RE e ter a DRC são preditores para ansiedade e depressão (Azevedo, 2020).

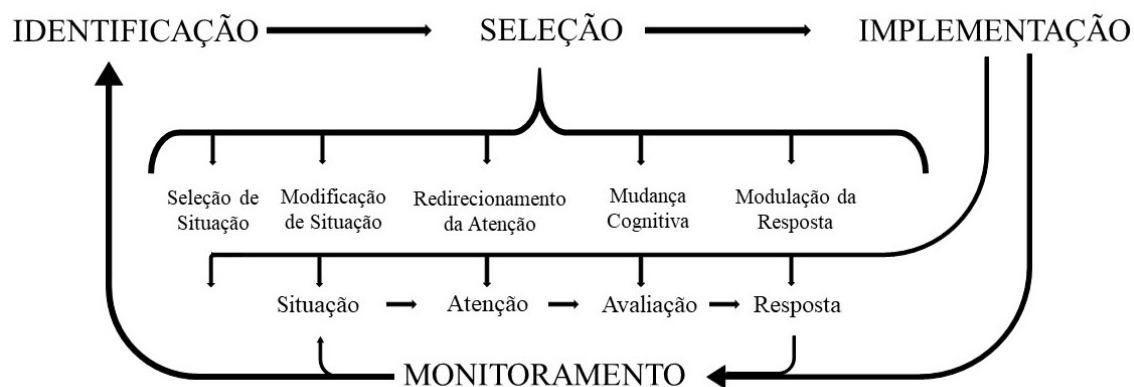
Além dos transtornos psicológicos, Barberis et al. (2017) relembram que os pesquisadores têm se concentrado na investigação da RE enquanto um construto que facilita o processo de adaptação à doença, melhora a qualidade de vida e desempenha um papel de fator

de proteção em relação a possíveis complicações psicopatológicas. Estes resultados apontam para a importância de uma intervenção integrativa junto aos pacientes, focando tanto na gestão das implicações que a doença tem para estes indivíduos, quanto no gerenciamento emocional para a preservação de sua saúde física e mental. Para auxiliar o desenvolvimento da intervenção proposta neste trabalho optou-se pelo modelo processual de RE de Gross (2015). Os principais conceitos dessa teoria são apresentados a seguir.

2.2.1 Modelo Processual de Regulação Emocional

O modelo processual foi introduzido na literatura em 1998 por James Gross, época em que o campo da RE emergiu como um domínio de pesquisa. O autor propõe uma sequência para a geração de emoções e distingue cinco famílias de estratégias que podem ser utilizadas para regulá-la. Também há uma descrição dos quatro estágios pelos quais estas estratégias podem ser implementadas (McRae & Gross, 2020). Uma representação do modelo pode ser observada na figura 1.

No primeiro nível deste modelo, o processo de eliciação de uma emoção ocorre em um contexto em que uma situação mobiliza a atenção de um indivíduo (contexto indivíduo-situação), que irá avaliá-la cognitivamente e gerar uma resposta (experencial, fisiológica e/ou comportamental), mediante determinada circunstância (Gross, 2015). Para ilustrar, tomemos como exemplo uma situação que pode ser vivenciada por um portador de DRC: um paciente que faz HD ao entrar na sala para fazer sua sessão (situação), percebe que há uma nova técnica de enfermagem (atenção), interpreta que ela não conseguirá puncionar seu acesso vascular para o início do tratamento (avaliação) e sente medo, falta de ar e começa a se inquietar (resposta) ao dirigir-se para sua cadeira. Na parte inferior da figura 1 a seta de feedback abaixo da “resposta” indica que a saída é geradora de uma nova emoção e, portanto, o ciclo de ação exibe um novo aspecto da situação – a situação agora é sentar-se para iniciar a diálise sentindo medo, falta de ar e inquietação – e o ciclo se repete.

Figura 1*Modelo Processual de Regulação Emocional*

Nota. Modelo de processo da regulação de emoção delineando quatro estágios pelos quais as estratégias de regulação da emoção são implementadas. As setas de feedback indicam que os estágios são ciclos de interação constantes. Traduzido e adaptado de Mcrae e Gross (2020).

Para Gross (2015) cada um dos processos envolvidos na geração de uma emoção (situação, atenção, avaliação e resposta) possibilita uma oportunidade de regulá-la. As estratégias de RE estão organizadas em cinco famílias, observadas na figura 1 diretamente acima dos processos vistos em que intervêm pela primeira vez. Na tabela 1 há exemplos específicos de estratégias selecionadas e táticas utilizadas para lidar com a situação apresentada anteriormente.

Conforme observado, as pessoas podem utilizar diferentes estratégias de RE, portanto é importante entender quais processos governam o uso dessas estratégias. Como explica Gross (2015) o ciclo de RE inicia com uma discrepância entre o estado emocional desejado e o estado emocional real que a pessoa está vivenciando. Conforme pode ser observado na figura 1, essa discrepância é então identificada como uma oportunidade regular, uma estratégia de regulação é selecionada a partir das alternativas, ela é implementada por meio de táticas específicas e todo o ciclo é monitorado visando o sucesso no alcance da meta regulatória.

No cenário da ida à uma sessão de HD e encontrando uma nova técnica de enfermagem, a identificação envolveria perceber o medo, mas querer sentir-se tranquilo acreditando que é possível mudar essa emoção. A seleção ocorreria, optando por uma reavaliação cognitiva, ao decidir pensar nas qualificações da equipe de saúde e da nova técnica. A implementação envolveria observar outros membros da equipe e considerar a formação profissional necessária

para estar ali. O monitoramento pode incluir a pergunta: “Estou mais tranquilo agora que considerei melhor esta situação?” e assim observar a necessidade de continuar, parar ou mudar para uma estratégia diferente.

Tabela 1

As cinco famílias de estratégias de RE, estratégias selecionadas e exemplos de táticas a partir do contexto da ida à sessão de HD, organizadas pelo estágio do ciclo de geração de emoções em que intervêm pela primeira vez

Família de Estratégias	Estratégias selecionadas	Exemplos de táticas (no contexto da ida à sessão de HD com nova técnica de enfermagem)
Seleção de situação	Evasão	Recusar o envolvimento inicial com uma situação emocional, por exemplo negando-se a iniciar o tratamento e saindo da sala
Modificação de situação	Pedido direto	Agir para influenciar a situação, como ao solicitar que outro profissional de saúde lhe atenda
Redirecionamento da atenção	Distração	Direcionar a atenção para longe da situação emocional, quando opta por conversar com outros pacientes ou assistir TV evitando pensar no assunto
Mudança cognitiva	Reavaliação cognitiva	Reinterpretar a situação emocional dizendo a si mesmo que os profissionais da equipe, mesmo os novatos, possuem formação e habilidades específicas
Modulação da resposta	Supressão expressiva	Impedir a expressão externa do estado emocional, por exemplo, esforçando-se para manter o rosto neutro

Nota. RE = regulação emocional; HD = hemodiálise

McRae e Gross (2020) observaram que a maioria dos estudos de RE avaliaram padrões típicos de uso de estratégias (estágio de seleção) ou as consequências da manipulação da regulação (implementação). Muitos pesquisadores têm buscado identificar fatores individuais e ambientais que moderam a frequência ou sucesso da RE. Há um padrão consistente na literatura que mostra associações entre estratégias de RE desadaptativas e psicopatologia e entre estratégias adaptativas e bem-estar psicológico e menos sintomas psicopatológicos.

Especificamente, a utilização da supressão emocional tem demonstrado efeitos deletérios no funcionamento psicológico e social já tendo sido associada a maiores rupturas nas relações sociais, menos apoios sociais e menos proximidade nas relações (Gross & John, 2003). A supressão também foi associada à inflamação sistêmica elevada e maiores níveis de somatização (Gillanders et al., 2008; Khan et al., 2020). Por outro lado, o sucesso da reavaliação cognitiva contrasta com a supressão, visto que a reavaliação tem sido frequentemente associada a resultados adaptativos, como maior saúde física, maior desempenho acadêmico, resultados sociais mais positivos, maior bem-estar psicológico e menos sintomas psicopatológicos (Aldao et al., 2010; Gross & John, 2003; McRae & Gross, 2020).

Por conta desses achados o objetivo de muitas intervenções têm sido diminuir a frequência de uso de estratégias de RE desadaptativas e aumentar a frequência com que estratégias adaptativas são utilizadas (McRae & Gross, 2020; Sakiris & Berle, 2019). No entanto, apenas concentrar-se no sucesso da implementação de estratégias e na frequência de seleção destas não contempla todas as etapas envolvidas no processo de RE. As etapas de identificação e monitoramento precisam ser consideradas visto que a consequência de não identificar uma necessidade de regular, inclusive durante o monitoramento da situação, leva à falha na regulação de emoção. Tem sido apontado como necessárias pesquisas futuras que façam intervenções mais direcionadas e precisas para examinar toda a gama de estágios do processo de RE. Ao esclarecer as formas mais adaptativas e eficazes de influenciar as emoções, desde a identificação desta necessidade até o monitoramento da implementação de estratégias, oferta-se meios às pessoas para encontrar uma vida emocional melhor (McRae & Gross, 2020).

Também é importante observar que a RE foi pesquisada extensivamente em amostras não clínicas, mas há dados limitados disponíveis em populações com problemas crônicos de saúde. Em uma revisão sistemática, Kaul et al. (2023) observam que apenas recentemente esta temática tem ganhado a atenção na literatura e que pode desempenhar um papel importante na não adesão ao tratamento, devendo ser alvo de intervenções de adesão.

Mundialmente, pacientes que possuem DRC já referiram sentir-se despreparados para a probabilidade de experimentar problemas emocionais como parte de sua condição (Sein et al., 2020). Castro (2018) sugeriu que o treino de habilidades emocionais, principalmente referentes à regulação de emoções, devem refletir positivamente na qualidade de vida destes pacientes visto as correlações encontradas em seu trabalho. As associações encontradas pela autora entre competências emocionais e aspectos psicológicos da qualidade de vida de pacientes em tratamento hemodialítico demonstram a necessidade de intervenções que possam ajudar no gerenciamento das emoções ocorridas com o processo do adoecimento e do ajustamento psicológico necessário. A próxima sessão será dedicada ao levantamento de programas e intervenções de RE, bem como de orientações para a sua funcionalidade.

2.3 PROGRAMAS DE TREINAMENTO DE REGULAÇÃO EMOCIONAL

Intervenções que visam promover uma melhor regulação de emoções podem prevenir o desenvolvimento ou agravamento de sintomas físicos e estados de doenças e foi demonstrado que melhoram a saúde e o bem-estar (Smyth & Arigo, 2009). Apesar das evidências apoiarem

a eficácia do treino de RE para melhorar a saúde, essas intervenções ainda são pouco utilizadas na área da saúde. No entanto, é possível encontrar recomendações na literatura para a eficácia e utilidade de programas de treinamento para habilidades de RE.

Recentemente, um grupo de trabalho do Comitê Consultivo para o Desenvolvimento de Diretrizes de Prática Clínica da *American Psychological Association* foi criado para avaliar a possibilidade de desenvolver uma diretriz de prática clínica focada em intervenções transdiagnósticas. O objetivo é justamente informar profissionais de saúde e pacientes sobre a eficácia de tratamentos relacionados à regulação de emoções. Após análise, eles recomendaram o desenvolvimento de protocolos de revisão para a futura diretriz. O processo, ainda em construção, é tido como desafiador, mas viável, e espera-se que contribua para pesquisas futuras e necessidades clínicas emergentes (Muran et al., 2024).

No entanto, já há na literatura achados relevantes sobre o tema. Para Petrides (2017), as estratégias de intervenção em RE requerem um contexto altamente favorável para serem eficazes para muitos indivíduos. Sendo assim, o autor explica que ao se considerar intervenções cuidadosamente projetadas e implementadas, em primeiro lugar, e o mais importante, deve-se compreender que o indivíduo geralmente deve estar altamente motivado e disposto a dedicar tempo e energia consideráveis ao esforço de mudança. Em segundo lugar, o professor ou treinador necessita ter muita habilidade, especialmente nos domínios social e emocional, para ser útil. E terceiro, o ambiente social precisa fornecer apoio e incentivo de vários tipos.

Também há recomendações na literatura para que as intervenções incluam a RE de emoções positivas (Sheldon & Lyubomirsky, 2012). Técnicas específicas podem ser utilizadas com este propósito. Bryant (2003), um pioneiro nos estudos de *savoring*, define a técnica como um processo consciente da atenção e apreciação das experiências positivas em nossas vidas. Para o autor, os quatro tipos de *savoring*: relaxar, agradecer, maravilhar-se e prudência podem promover emoções positivas e aumentam o bem-estar. Para aproveitar tais benefícios é necessário esforço, visto que a prática vai de encontro com o ritmo de vida e as pressões externas atuais de sermos multitarefas, portanto é recomendada para programas de treinamento (Rashid & Seligman, 2019).

Em uma revisão acerca das intervenções focadas em emoções positivas, Quoidbach e Gross (2015) destacam a necessidade de incluir ainda outras técnicas que cubram os diferentes processos de RE e que podem tornar-se mais eficazes do que aquelas focadas em uma única estratégia. Além das técnicas de *savoring*, outras intervenções positivas, como visitas de

gratidão, imagem positiva guiada, técnicas de atenção plena, uma versão melhor de mim mesmo e atos de bondade, apresentam forte suporte empírico e indicação de utilização em programas de RE.

Quanto mais ampla a gama de estratégias utilizadas pelos participantes, mais felizes eles relataram estar (Quoidbach et al., 2010). Outros autores também observaram que as intervenções mais eficazes tendem a ser variadas, integradas e personalizadas (Sheldon & Lyubomirsky, 2012). Além disso, ajustar as diferentes intervenções de acordo com o modelo de processo é importante para a compreensão das necessidades personalizadas de cada indivíduo e para buscar a razão de algumas estratégias serem benéficas para algumas pessoas e para outras não (Quoidbach & Gross, 2015).

Em uma metanálise, Hodzic et al. (2018) observaram a relevância de intervenções que se concentram no treinamento de habilidades específicas, como a RE, para os resultados de saúde. Os autores recomendam que sejam exploradas as diferenças individuais específicas e os fatores situacionais que influenciem nos efeitos das intervenções ao identificar grupos vulneráveis e adaptar os treinamentos de acordo com as necessidades desses grupos.

Para Smyth e Arigo (2009), combinar a RE e a Terapia Cognitivo-Comportamental pode maximizar os benefícios de ambas para um programa de intervenção. Os autores recomendam que se pode focar em experimentar e controlar as emoções por meio do uso de intervenções de regulação da emoção, mas incluir atividades de escrita (como por exemplo, a escrita expressiva) como “tarefa de casa”, baseando-se na prática da terapia, tem demonstrado grande potencial para autoadministração, com baixo custo e fácil implementação.

Um programa de treinamento de RE foi projetado para construir resiliência e relacionamentos pessoais e profissionais mais satisfatórios e optou por utilizar a escrita expressiva e outras técnicas comumente utilizadas por terapeutas cognitivo-comportamentais (LeBlanc, 2013). O programa consiste em 4 encontros, de aproximadamente 90 a 120 minutos, com frequência semanal que aborda os seguintes temas: introdução à regulação da emoção; a técnica da escrita expressiva; o mindfulness e técnicas de autorreflexão e relaxamento muscular progressivo e controlado por sugestões. O programa resultou em mudanças significativas nas técnicas de enfrentamento positivas (reavaliação) no acompanhamento de um ano no grupo de tratamento quando comparado com o controle (LeBlanc et al., 2017). Estes resultados demonstram que uma intervenção breve e teoricamente derivada pode provocar mudanças duradouras e positivas na saúde mental.

Também são encontrados na literatura outros programas que objetivam especificamente resultados positivos de saúde. Um exemplo de intervenção baseada em RE, é o Protocolo Unificado para Tratamento Transdiagnóstico de Transtornos Emocionais (Sakiris & Berle, 2019), que também adota uma abordagem cognitiva-comportamental. O Protocolo Unificado visa reduzir a expressão psicopatológica ao promover habilidades de RE consideradas adaptativas (ou seja, reavaliação, aceitação) e reduzir habilidades desadaptativas (como a supressão e a evitação). Apesar de ter demonstrado eficácia e estabilidade de ganhos, o Protocolo apresentou limitações por não analisar fatores como o contexto e a interação entre os processos da RE.

Em meio à crise de saúde vivenciada durante a pandemia, foi proposto uma intervenção para testar a eficácia de utilização de estratégias de RE nas mudanças emocionais advindas com o adoecimento causado pelo Covid. Em participantes de vários países, K. Wang et al. (2020) testaram a eficácia da reavaliação cognitiva. Os resultados demonstram que as intervenções tiveram efeitos consistentes na redução das emoções negativas e no aumento das emoções positivas em diferentes medidas. Os autores apontam a viabilidade da criação de intervenções escalonáveis e de baixo custo para uso em todo o mundo para construir resiliência durante a pandemia e depois dela.

Em revisão, De Ridder et al. (2008) apontam que embora os estilos de RE sejam uma característica estável de uma pessoa, intervenções que visam ensinar estilos mais eficazes para regular as emoções tem se mostrado benéficas para indivíduos que usam consistentemente estilos ineficazes de RE para se ajustarem à sua doença crônica. O desenvolvimento de intervenções direcionadas às competências emocionais de acordo com os perfis e contextos emocionais dos indivíduos tem se mostrado benéfico para melhorar a adaptação à saúde e à doença (Baudry et al., 2018).

Especificamente para pacientes renais crônicos referências demonstram que há programas de treinamento voltados para educação do paciente em vários domínios, por exemplo: para a adesão ao tratamento (Ha Dinh et al., 2016); para o autocuidado (Nozaki et al., 2005; Poorgholami et al., 2016); para o autogerenciamento (Ren et al., 2019); para promoção da autoeficácia (Aliasgharpour et al., 2012), para o gerenciamento do estresse (Ghasemi Bahraseman et al., 2021) e para a qualidade de vida (Maslakkpak & Shams, 2015). Apesar de ser em menor número, também foram encontrados programas que incluíram algum treinamento relacionado a habilidades socioemocionais para este grupo.

O estudo de Shahnavazi et al. (2018) para pacientes em tratamento dialítico é um exemplo. O programa visava o treinamento de cinco habilidades de inteligência emocional entendida como traço: autoconsciência, autogestão, empatia, gestão de relacionamento e controle da emoção. As sessões educativas foram realizadas após o término da HD e durou pelo menos 30 minutos, duas vezes por semana por seis semanas consecutivas. Os resultados mostraram aumento na QV para os pacientes que participaram da intervenção.

Um outro programa de capacitação sobre a autoeficácia, QV e indicadores clínicos (Moattari et al., 2012) também considerou algumas táticas para amenizar o impacto emocional da DRC. Ao longo de seis semanas, que consistia em quatro sessões de aconselhamento individual e duas em grupo, foi proposto o desenvolvimento de habilidades necessárias e autoconsciência no estabelecimento de metas e solução de problemas. Foram identificadas áreas problemáticas dos pacientes para o autocuidado e as emoções associadas a esses problemas. Emoções como solidão, sentimentos de isolamento, desesperança, fadiga e ideação suicida, foram exploradas sendo realizada uma abordagem de definição de metas mútuas para superá-las.

Outro estudo com pacientes em HD verificou a efetividade da terapia de aceitação e compromisso e o treinamento de RE na QV. Os pesquisadores relatam que ambos se mostraram eficazes na melhoria da QV dos pacientes, aumentando o controle do comportamento e o desejo de vivenciar uma variedade de emoções (Kalbasi et al., 2020).

Como observado, apesar de já existirem alguns programas para pacientes portadores de DRC que abordem as emoções e até as habilidades relacionadas à inteligência emocional, ainda assim foram encontrados um número muito limitado de intervenções que visassem especificamente o treinamento de habilidades para regular as emoções. Além disso, foi visto que a literatura inclui recomendações para um programa que visa treinar habilidades de RE, dentre elas: observar e propor atividades que incluam os diferentes estágios do processo de RE; valorizar as crenças sobre emoções dos participantes e adotar intervenções positivas e tarefas escritas. No contexto da saúde, foi recomendado configurar-se como uma intervenção breve e de baixo custo.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESES

3.1 OBJETIVOS

- Investigar as associações entre variáveis de ajustamento psicológico (regulação de emoções, crenças sobre emoções, ansiedade, depressão e estresse) e indicadores de qualidade de vida e adesão ao tratamento hemodialítico (ESTUDO I);
- Descrever o processo de desenvolvimento de um programa de treinamento de regulação de emoções para pacientes renais crônicos em HD baseado na teoria processual de RE de Gross (ESTUDO II);
- Analisar mudanças percebidas na experiência emocional de participantes após a intervenção PROTEGE-HD (ESTUDO III).

3.2 HIPÓTESES

Considerando as associações encontradas previamente entre sintomas de ansiedade, depressão e estresse com a adesão ao tratamento e qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas (por exemplo, Clarke et al., 2016; De Ridder et al., 2008; Retana et al., 2013), esperava-se que essas relações também fossem encontradas (no ESTUDO I) em análises de correlação com pacientes renais. Também é possível que as competências emocionais funcionassem como uma variável moderadora entre os sintomas de ansiedade, depressão e estresse e a qualidade de vida e adesão ao tratamento de doenças renais.

O ESTUDO II foi de construção de um programa de intervenção, baseado na regulação de emoções ou gerenciamento de emoções. Por se tratar de um estudo de natureza descritiva e metodológica, não foram formuladas hipóteses a serem testadas, mas buscou-se associar cada atividade proposta a uma habilidade específica de regulação emocional a ser desenvolvida. Os efeitos percebidos da intervenção foram investigados de forma qualitativa no ESTUDO III.

No ESTUDO III, por se tratar de um estudo de avaliação de uma intervenção – no caso, um programa de treinamento de habilidades de RE –, esperava-se observar mudanças percebidas pelos participantes no modo como lidavam com as emoções antes e depois da intervenção, por exemplo: crenças positivas de utilidade e controlabilidade das emoções; utilização mais frequente de estratégias relacionadas à reavaliação cognitiva e regulação de

emoções positivas; e menos frequência nas estratégias de supressão e evitação. Também era esperado que, de maneira geral, a intervenção impactasse positivamente na adesão do participante ao seu tratamento, seu bem-estar psíquico e sua QV.

4. ESTUDO I

Para enriquecer a compreensão acerca do ajustamento psicológico às doenças crônicas, como a DRC, é de suma importância identificar os fatores que influenciam a não adesão dos pacientes em HD. Como discutido por Stanton et al. (2007) e Bazrafshan et al. (2023), são necessárias mais pesquisas para orientar intervenções que visem melhorar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, a QV dos pacientes com DRC. Nesse contexto, propomos este estudo para investigar as associações entre variáveis de ajustamento psicológico, como a regulação de emoções, sintomas de ansiedade, depressão e estresse, e crenças relacionadas a emoções e estresse, e os indicadores de QV e adesão ao tratamento em pacientes submetidos ao tratamento hemodialítico.

4.1 MÉTODO

4.1.1 Participantes

O estudo utilizou uma amostra de conveniência composta por 83 pacientes que se encontravam em tratamento hemodialítico no local do estudo durante o período de coleta de dados. A amostra foi composta por 44 mulheres (53,01%) e 39 homens (46,99%), com uma média de idade de 47,25 anos (DP= 12,23). O tempo médio de tratamento hemodialítico foi de 8 anos e 4 meses (DP= 5 anos e 8 meses).

Quanto à composição étnica, 66,27% dos participantes se autodeclararam como pardos, 21,69% como pretos e 12,04% como brancos. No aspecto do estado civil, a amostra incluiu 55,42% de participantes solteiros, 39,76% casados ou em união estável e 4,82% viúvos. No que tange à escolaridade, 10,84% possuíam ensino superior completo, 43,37% ensino médio completo, 16,87% ensino fundamental completo, 26,51% ensino fundamental incompleto e 2,41% não receberam instrução formal. Quanto à situação profissional, apenas 15,66% dos participantes estavam empregados. No que diz respeito à renda familiar, 30,12% possuíam renda de até 1 salário-mínimo, 44,58% de 1 a 3 salários-mínimos e 25,30% mais de 3 salários-mínimos.

Os critérios de inclusão estipulados para este estudo requeriam que os participantes fossem maiores de 18 anos e estivessem em tratamento hemodialítico por um período mínimo de 3 meses. Seriam excluídos os participantes que viessem a apresentar déficit cognitivo que

inviabilizasse a aplicação dos instrumentos do estudo e àqueles que já tivessem participado de qualquer tipo de programa que envolvesse treinamento em habilidades socioemocionais.

4.1.2 Instrumentos

Com vistas a atingir o objetivo proposto foram aplicados neste estudo: questionários para coleta de informações sociodemográficas e de adesão ao tratamento (Nakao, 2013); medidas de variáveis do ajustamento psicológico: o Teste de Regulação de Emoções (TRE) (Lira & Bueno, 2020, 2022) para avaliação da RE; o *Emotion Beliefs Questionnaire* (EBQ) (Becerra et al., 2020) para avaliação das crenças sobre emoções; o *Kidney Disease Quality of Life Short Form* (KDQOL-SF™ 1.3) (Duarte et al., 2005) para avaliação da qualidade de vida; a *Depression Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) (Patias et al., 2016) para avaliação dos níveis de ansiedade e depressão; a *Stress Mindset Measure* (SMM) (Peixoto et al., 2020) para avaliação da mentalidade sobre o estresse e a Folha de Registro de Marcadores Fisiológicos e Clínicos para avaliação da adesão ao tratamento. Todos os questionários e escalas foram formatados em formulários eletrônicos do *Google Forms* e compartilhados os links de acesso com os participantes para que fossem respondidos no próprio celular do paciente ou em um tablet da pesquisadora disponibilizado para a coleta de dados. Os dados da Folha de Registro de Marcadores Fisiológicos e Clínicos (descrita no item 4.1.2.7) foram coletados pela pesquisadora diretamente do prontuário eletrônico e registros clínicos de cada participante no local de estudo. Os instrumentos serão descritos a seguir, com base no seu referencial teórico, propriedades psicométricas (quando aplicável) e características gerais sobre o formato de avaliação.

4.1.2.1 Questionário de Dados Sociodemográfico (Apêndice A)

Para identificação dos participantes e descrição do perfil da amostra foi empregado um questionário para coleta de dados sociodemográficos, como sexo, idade, estado civil, cor ou raça, escolaridade, informações profissionais e renda. Não foram geradas análises outras que não as descritivas a partir de tais dados.

4.1.2.2 Questionário de Adesão ao Tratamento (Apêndice B)

Foram coletadas informações quanto ao nível de adesão ao tratamento hemodialítico a partir de uma escala de autorrelato adaptada do estudo de Nakao (2013). Optou-se por utilizar a parte III, “Autoavaliação de adesão aos diferentes aspectos do tratamento” do roteiro de entrevista semiestruturada de Nakao, sendo preservada a instrução e 4 dos 5 itens do estudo original. Um dos itens foi alterado para melhor adequação à realidade da prática clínica do local de coleta: o item “Comparecer às consultas médicas mensais” foi substituído por “Fazer todo o tempo de duração da sessão”. Os participantes receberam a instrução de avaliar o quanto seguiam as orientações indicadas pelo seu médico e pela equipe de saúde em relação ao seu tratamento de HD. Uma escala Likert de 5 pontos foi apresentada para que os participantes indicassem se realizavam corretamente os seguintes aspectos do seu tratamento: uso de medicação, frequência à diálise, cumprimento do tempo de tratamento e cumprimento das orientações nutricionais; sendo que 1 indicava que faziam totalmente diferente do que era recomendado e 5 que faziam exatamente igual ao que a equipe recomendava. 2, 3 ou 4 poderiam ser utilizados como valores intermediários em relação aos extremos. Quanto mais alta a pontuação maior a adesão ao tratamento.

4.1.2.3 Teste de Regulação Emocional (TRE) (Anexo A)

Caracterizado como um teste de julgamento situacional, o instrumento consiste na exposição de 8 vinhetas, nas quais um personagem principal está numa situação típica em que uma emoção básica (alegria, medo, tristeza, aceitação, raiva, surpresa, nojo ou expectativa) é experimentada. O participante deve avaliar as alternativas que representem o melhor desfecho para a situação, sendo para isso apresentadas estratégias de regulação de emoções que devem ser julgadas quanto à sua eficácia (Lira, 2017). Em estudos iniciais de validação, os resultados apontaram para uma estrutura com dois fatores relacionada à detecção de estratégias eficazes (fator 1) e ineficazes (fator 2) para regular emoções, com bons índices de fidedignidade medidas pelo coeficiente de Kuder-Richardson (0,75 para o fator 1 e 0,62 para o fator 2) (Lira & Bueno, 2020), no entanto também foi observado que o instrumento poderia ser melhorado quanto à fidedignidade e no preenchimento de lacunas no contínuo de habilidades avaliadas pelo teste (Lira & Bueno, 2022). Esta primeira versão do instrumento foi reformulada pela autora e neste estudo foi utilizada a nova versão do instrumento, em que se manteve as 8 vinhetas, porém aumentou o número de estratégias para avaliação dos participantes. No total, 40 itens (5

estratégias para cada emoção básica) foram respondidos por uma escala Likert de 5 pontos para avaliar a eficácia de cada estratégia de RE, sendo atribuído 1 para estratégias muito ineficazes ou 5 para aquelas consideradas muito eficazes. Pontuações de 2, 3 ou 4 poderiam ser empregadas para representar efetividades intermediárias aos valores extremos. Embora as propriedades psicométricas desse instrumento ainda não tenham sido publicadas, ele apresentou uma estrutura com 21 itens distribuídos em dois fatores, compatíveis com os do instrumento original, que apresentaram índices de fidedignidade superiores a 0,70 (N=480).

4.1.2.4 *Emotion Beliefs Questionnaire* (EBQ) (Anexo B)

Instrumento desenvolvido por Ford e Gross (2018) com o objetivo de avaliar crenças individuais sobre emoções. A versão utilizada neste estudo foi adaptada para o contexto brasileiro por Becerra et al. (2020) e é composta por 16 itens distribuídos em três fatores: (1) crença na controlabilidade das emoções, (2) crença na utilidade das emoções negativas e (3) crença na utilidade das emoções positivas. Os participantes respondem aos itens em uma escala Likert de 7 pontos, indicando o grau de concordância com afirmações relacionadas ao papel e à gestão das emoções. Nos resultados do estudo de validação psicométrica inicial do EBQ, com participantes australianos, todas as subescalas e pontuações apresentaram bons níveis de consistência interna ($\alpha = 0,70$ a $0,88$; Ford & Gross, 2020). A versão em português brasileiro desse instrumento apresentou bons índices de consistência interna com a amostra deste estudo (ver Seção 4.2 - Resultados).

4.1.2.5 *Kidney Disease Quality of Life Short Form* (KDQOL-SF) (Anexo C)

O KDQOL-SF é um instrumento desenvolvido por Hays et al. (1994) para avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos a programas dialíticos. É amplamente reconhecido como um dos instrumentos mais abrangentes para essa população e foi adaptado e validado para o contexto brasileiro por Duarte et al. (2005), tendo apresentado índices de consistência interna superiores a $\alpha = 0,80$ na maioria dos domínios. O KDQOL-SF inclui o *MOS 36 Item Short-Form Health Survey* (SF36) como uma medida genérica que avalia a saúde geral do indivíduo e consiste em 8 domínios sobre saúde física e mental: capacidade funcional (10 itens), limitações causadas por problemas de saúde física (4 itens), limitações causadas por problemas de saúde mental/emocional (3 itens), função social (2 itens), bem-estar emocional (5 itens), dor (2 itens), vitalidade (4 itens) e percepção da saúde geral (5 itens); estes podem ser resumidos a

dois aspectos: o SF-12 componente físico e o componente mental. O instrumento é composto ainda por uma escala que inclui 43 itens direcionados à doença renal: sintomas/problemas físicos (12 itens), efeitos da doença renal em sua vida diária (8 itens), sobrecarga imposta pela doença renal (4 itens), situação de trabalho (2 itens), função cognitiva (3 itens), qualidade das interações sociais (3 itens), função sexual (2 itens) e sono (4 itens). Inclui também, 2 itens de suporte social, 2 itens sobre apoio da equipe profissional de diálise, 1 item sobre satisfação do paciente e 1 item sobre a saúde geral. Após recodificá-los, os escores dos itens do KDQOL-SF variam entre 0 e 100, tornando possível calcular o valor de cada dimensão e analisá-las separadamente. Não há um escore geral resultante da avaliação global, no entanto, em relação aos componentes físico e mental, há uma pontuação derivada de média ponderada. O componente físico é determinado principalmente pelas dimensões: capacidade funcional, limitações causadas por problemas de saúde física, dor, percepção da saúde geral e vitalidade. Para a pontuação do componente mental a dimensão “limitações causadas por problemas de saúde mental/emocional” tem maior peso, seguido em ordem decrescente por bem-estar emocional, função social, vitalidade e percepção da saúde geral. Para o computo das pontuações no teste foi empregado um programa de análise disponibilizado pelo KDQOL-SF *Working Group*, através do site https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/kdqol.html. Observa-se que pontuações mais elevadas refletem uma melhor qualidade de vida.

4.1.2.6 *Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) (Anexo D)*

Instrumento de autorrelato desenvolvido por Lovibond & Lovibond (1995). Possui 21 questões, subdividida em três subescalas para avaliar sintomas de depressão, ansiedade e estresse (Vignola & Tucci, 2014). Apresenta pontuação baseada por uma escala de resposta do tipo Likert de quatro pontos variando de 0 (não se aplicou de maneira alguma) a 3 (aplicou-se muito ou na maioria do tempo) sendo que as pontuações de cada subescala é determinada pela soma dos escores dos itens que a compõe. A estrutura fatorial da DASS-21 é estável e possui validade convergente e discriminante aceitáveis para a avaliação dos mesmos fatores da escala original (DASS-42), com níveis adequados de consistência interna variando entre 0,83 e 0,90 (Patias et al., 2016). Para este estudo optou-se por utilizar a versão adaptada e validada por Patias et al. (2016) em que foram realizadas pequenas modificações nos itens para apresentar linguagem mais acessível.

4.1.2.7 *Stress Mindset Measure (SMM) (Anexo E)*

Trata-se de um instrumento de autorrelato composto por oito itens, sendo quatro referentes à compreensão do estresse como algo positivo (por exemplo, “os efeitos do estresse são positivos e podem ser úteis”) e quatro como negativos (por exemplo, “vivenciar o estresse esgota minha saúde e vitalidade”). As respostas são dadas por meio de uma escala do tipo Likert, variando de 0 (discordo fortemente) a 4 (concordo fortemente). Após a inversão dos itens com valência negativa (isto é, aqueles cuja direção da resposta é oposta à mentalidade positiva), procede-se à reatribuição dos escores: 4 para 0, 3 para 1, 2 permanece, 1 para 3 e 0 para 4. A pontuação total é obtida pela somatória dos valores atribuídos a todos os itens, sendo que escores mais elevados indicam uma mentalidade mais positiva em relação ao estresse. Numa avaliação em amostra do Norte e Nordeste do Brasil apresentou bons indicadores de precisão (com coeficientes *alfa* de Cronbach variando entre 0,80 e 0,86) sugerindo adequação da versão brasileira (Peixoto et al., 2020).

4.1.2.8 Registro de Marcadores Fisiológicos e Clínicos (Apêndice C)

Foram registrados dados colhidos do prontuário dos pacientes, a saber: número de faltas à sessão de HD, dias de hospitalização, índice de Kt/V, média de ganho de peso interdialítico (GPID) e resultados de exames bioquímicos de fósforo e potássio. O número de faltas e dias de hospitalização refletem, respectivamente, a frequência e complicações com necessidade de internamento do tratamento, sendo que, quanto menor os valores, maior a adesão do participante. O índice de Kt/V refere-se à adequação da diálise. Trata-se de uma fórmula complexa, calculada através da fórmula de Daugirdas (Breitsameter et al., 2012), que analisa a redução da quantidade de ureia durante o tempo da sessão de diálise; assume-se como referência de adequação valores $>1,2$; (Ikizler et al., 2020). A média de GPID refere-se aos valores em relação ao ganho real de peso entre uma sessão e outra de HD utilizando-se a seguinte fórmula: $(\text{Peso pré-HD atual} - \text{peso pós-HD anterior}) \times 100 / \text{peso pós-HD anterior}$, sendo considerado adequado: $\% \text{GPID} \leq 5\%$ e elevado: $\% \text{GPID} > 5\%$ da média calculada no mês (Brandão et al., 2021). Os exames bioquímicos foram considerados adequados conforme recomendação nas Diretrizes Clínicas para o paciente com DRC (Brasil, 2014): fósforo (3,5 a 5,5 mg/dL) e potássio (3,5 a 5,5 mEq/L). Foram considerados os dados médios dos três meses anteriores à data da coleta dos dados.

4.1.3 Procedimentos

4.1.3.1 Procedimentos para coleta de dados

Os participantes foram selecionados enquanto faziam a sua sessão do tratamento, no período de setembro de 2021 a dezembro de 2021, numa clínica de HD na cidade de Recife-PE. A pesquisadora abordou os pacientes de maneira individual, convidando-os a participarem ao ofertar uma breve explicação sobre a pesquisa. A participação foi estritamente voluntária, garantindo o anonimato dos participantes, e nenhum tipo de compensação financeira foi oferecido em virtude da participação neste estudo. Caso aceitassem, os participantes eram incluídos mediante leitura e aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D). Em virtude da grande quantidade de instrumentos utilizados, os participantes eram informados de que a coleta seria dividida em dois encontros para preenchimento dos questionários e escalas, de maneira a evitar a fadiga dos participantes. Em seguida, iniciava-se a coleta com o primeiro link de acesso do *Google Forms* que continha os questionários para coleta de informações sociodemográficas e de adesão ao tratamento; e as medidas de ajustamento psicológico: o TRE (Lira & Bueno, 2020, 2022); o EBQ (Becerra et al., 2020); a DASS-21 (Patias et al., 2016) e a SMM (Peixoto et al., 2020). A pesquisadora auxiliou, com a leitura e compreensão dos instrumentos, todos os participantes que optavam por responder no próprio celular ou em um tablet da pesquisadora disponibilizado para a coleta de dados. Num segundo encontro, geralmente uma semana após o primeiro, a pesquisadora novamente abordava o participante para concluir a coleta ofertando o segundo link que continha o KDQOL-SF™ 1.3 (Duarte et al., 2005). Neste mesmo período, os dados da Folha de Registro de Marcadores Fisiológicos e Clínicos eram coletados pela pesquisadora no prontuário eletrônico dos participantes. Todos os dados coletados foram armazenados em uma pasta na nuvem através da plataforma *Google Drive*, sendo resguardado por senha criptografada, e mantidos por um período mínimo de 5 anos. Tal pasta está sob os cuidados da pesquisadora responsável.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CCS/UFPE), sob o CAAE nº 49804421.1.0000.5208. Em função do período da coleta ter coincidido com as fases de restrições advindas pela pandemia do Covid-19, protocolos de saúde e segurança do paciente da unidade clínica (local de coleta) foram priorizados visando minimizar riscos à saúde dos participantes. Dentre os protocolos seguidos, destacam-se: uso de máscaras pelos participantes e pela pesquisadora; distanciamento físico e higienização das mãos e do tablet com álcool 70%

a cada contato realizado com os participantes. Caso os participantes apresentassem sintomas característicos da infecção por Covid-19 durante o período da coleta, ela era suspensa e dada continuidade após a melhora e retorno do paciente ao seu local habitual de tratamento (poltrona), visto que havia isolamento dos pacientes sintomáticos na própria unidade clínica.

4.1.3.2 Procedimentos para análise dos dados

Para a realização das análises estatísticas deste estudo foi utilizado o *Software R* (R Core Team, 2021; RStudio Team, 2015). Inicialmente foram realizados cálculos de estatísticas descritivas (frequência, média, desvio padrão, assimetria, curtose) para as pontuações dos instrumentos empregados na pesquisa. Foi observado que os dados dos escores do TRE, EBQ, DASS e SMM não apresentaram distribuição normal e, portanto, foram utilizados testes não paramétricos para análise das variáveis.

Para a exploração das relações entre as variáveis, foram calculados os coeficientes de correlação de Spearman (ρ), considerando significativos os valores de $p < 0,05$. Os coeficientes de correlação Spearman variam de -1 a $+1$, com valores absolutos cada vez mais próximos de 1 indicando uma relação cada vez mais forte. Com base no trabalho de Dancey e Reidy (2011), os coeficientes de correlação de Spearman foram classificados da seguinte forma: 0,10 até 0,30 apontam correlações fracas; 0,40 até 0,60, moderadas; e a partir de 0,70, fortes.

Visando verificar as relações dinâmicas entre as variáveis do estudo, também foram realizadas análises de redes. Os grafos da análise de redes expressam as relações (hastes) entre as variáveis do estudo (nodos). A disposição dos nodos no gráfico seguiu os seguintes critérios: (a) os nodos que apresentam correlações mais altas entre si estão mais próximos no grafo; (b) nodos que apresentam um maior número de relacionamentos (hastes) com outros nodos ocupam posição mais central no grafo; e (c) as espessuras das hastes representam a correlação parcial entre os nodos, que foi estimada pelo método glasso, com auxílio do pacote *qgraph* (Epskamp et al., 2012).

4.2 RESULTADOS

Visando alcançar o objetivo deste estudo e investigar as associações entre as variáveis de ajustamento psicológico (TRE, EBQ, DASS e SMM) e os indicadores de qualidade de vida (KDQOL-SF) e adesão ao tratamento hemodialítico (Questionário de Adesão, Kt/V, potássio,

fósforo, GPID, faltas e hospitalização), inicialmente foi realizada uma verificação da adequação dos instrumentos. Foram calculados os índices de fidedignidade (Alfa de Cronbach e Ômega de McDonald) e as estatísticas descritivas dos instrumentos empregados no estudo. Posteriormente, foram realizadas análises de correlação e análises de redes, sendo estes resultados apresentados em seguida. A Tabela 2 apresenta os índices de fidedignidade e as estatísticas descritivas das medidas de ajustamento psicológico (TRE, EBQ, DASS-21 e SMM).

Tabela 2

Índices de fidedignidade e estatísticas descritivas das medidas de ajustamento psicológico (TRE, EBQ, DASS-21 e SMM)

Escalas	<i>Alfa</i>	<i>Ômega</i>	Assimetria	Curtose	Média	Desvio Padrão
TRE_ine	0.84	0.93	-1.27	2.33	8.82	1.16
TRE_efi	0.58	0.81	-1.26	1.08	8.42	1.62
EBQ_ctrl	0.85	0.91	1.16	1.40	2.34	1.25
EBQ_utin	0.78	0.79	-0.80	-0.09	5.45	1.47
EBQ_utip	0.72	0.80	2.33	4.60	1.50	1.05
DASS_dep	0.85	0.92	1.64	3.11	0.42	0.50
DASS_ans	0.87	0.91	2.65	8.61	0.35	0.45
DASS_est	0.91	0.95	1.65	2.64	0.53	0.62
SMM_total	0.87	0.91	1.33	0.97	0.80	0.93

Nota. TRE_ine – Detecção de Estratégias Ineficazes de Regulação de Emoções; TRE_efi – Detecção de Estratégias Eficazes de Regulação de Emoções; EBQ_ctrl – Crenças sobre Controlabilidade das Emoções; EBQ_utin – Crenças sobre Utilidade das Emoções Negativas; EBQ_utip – Crenças sobre Utilidade das Emoções Positivas; DASS_dep – Sintomas de Depressão; DASS_ans - Sintomas de Ansiedade; DASS_est – Sintomas de Estresse; SMM_total – Crenças sobre Estresse

Com relação aos índices de consistência interna avaliados pelo Alfa de Cronbach e Ômega de McDonald, percebe-se pela Tabela 2 que a maioria dos fatores obteve índices que podem ser considerados como excelentes ($>0,90$) e bons (de 0,80 a 0,89), além de índices aceitáveis (de 0,70 a 0,79) (George & Mallery, 2019). A única exceção foi o fator relacionado a estratégias eficazes do TRE que apresentou $\alpha=0,58$ (questionável). Os dados de assimetria e curtose apresentaram-se majoritariamente fora do intervalo entre -1 e 1, indicando que os dados não apresentam distribuição normal (Marôco, 2011), excetuando-se o fator de crenças em utilidade das emoções negativas (EBQ_utin).

Em relação às médias nos instrumentos, observa-se na Tabela 2 que no TRE os participantes apresentaram pontuações elevadas, o que indica um bom conhecimento acerca das estratégias de RE. Altas pontuações no EBQ indicam que o indivíduo acredita que as emoções são incontroláveis ou inúteis. Nesta amostra observou-se que os pacientes em HD apresentam crenças mais fortes na inutilidade de emoções negativas ($\mu=5,45$). Em relação a DASS, os participantes apresentaram sintomas elevados de estresse, seguidos pelo fator relativo à depressão, e por último, sintomas de ansiedade. A média elevada na avaliação do SMM apontou que os participantes desta amostra apresentaram mentalidade mais positiva em relação ao estresse. Abaixo, na Tabela 3, observa-se as estatísticas descritivas das dimensões de QV do KDQOL-SF.

Tabela 3

Estatísticas descritivas de qualidade de vida (KDQOL-SF)

Dimensões de QV (nº de itens)	Média	Mediana	Desvio Padrão	n
Sintomas/problemas físicos (12)	72.57	77.08	19.99	83
Efeitos da doença renal em sua vida diária (8)	58.43	62.50	24.68	83
Sobrecarga imposta pela doença renal (4)	52.11	50.00	30.29	83
Situação de trabalho (2)	27.11	0.00	40.80	83
Função cognitiva (3)	81.53	86.67	21.42	83
Qualidade das interações sociais (3)	76.31	86.67	22.67	83
Função sexual (2)	88.75	100.00	25.76	40
Sono (4)	66.84	72.50	27.98	83
Suporte social (2)	76.71	100.00	34.13	83
Apoio da equipe profissional de diálise (2)	81.33	100.00	29.05	83
Saúde global (1)	67.35	70.00	20.01	83
Satisfação do paciente (1)	71.29	66.67	24.87	83
Capacidade funcional (10)	59.22	60.00	24.58	83
Limitações causadas por problemas de saúde física (4)	41.87	25.00	42.43	83
Dor (2)	59.28	57.50	35.09	83
Percepção de saúde geral (5)	52.77	50.00	26.38	83
Bem-estar emocional (5)	70.84	72.00	22.87	83
Limitações causadas por problemas de saúde mental/ emocional (3)	53.82	33.33	42.24	83
Função social (2)	65.96	75.00	34.94	83
Vitalidade (4)	58.01	60.00	24.42	83
SF-12 Componente físico	39.30	39.48	11.11	83
SF-12 Componente mental	47.06	46.40	11.34	83

Na avaliação da QV dos participantes, através do instrumento KDQOL-SF (resultados na Tabela 3), verifica-se que as dimensões função sexual (88,75), função cognitiva (81,53), apoio da equipe profissional de diálise (81,33), suporte social (76,71) e qualidade das interações sociais (76,31) apresentaram as maiores pontuações. Cabe ressaltar que os resultados da dimensão função sexual não são representativos da amostra total de pacientes deste estudo, pois correspondem a apenas uma parcela daqueles que tiveram relação sexual nas últimas quatro semanas, ou seja, 40 sujeitos. Ainda no KDQOL-SF, a dimensão que obteve menor escore foi a situação de trabalho (27,11), seguida por limitações por problemas de saúde física (41,87). De maneira geral percebe-se ainda que os pacientes apresentaram, na maioria das dimensões, respostas que ficaram acima do escore 50. Apresentaram também menor valor médio para o componente físico (39,30) e pontuações mais altas no componente mental (47,06). A Tabela 4 apresenta as estatísticas descritivas dos indicadores de adesão ao tratamento deste estudo, a saber: o Questionário de Adesão, o índice de Kt/V, os resultados dos exames de potássio e fósforo, o GPID e os dados das sessões perdidas por faltas e por hospitalização.

Tabela 4

Estatísticas descritivas dos indicadores de adesão ao tratamento (Questionário de Adesão, Kt/V, potássio, fósforo, GPID, faltas e hospitalização)

	Média	Mediana	Desvio Padrão	n
Adesão	4.16	5.00	0.82	83
Kt/V	1.69	1.62	0.55	83
Potássio	5.07	5.00	0.72	83
Fósforo	5.50	5.02	2.02	83
GPID	3.43	3.38	1.19	83
Faltas	1.64	1.00	0.90	15
Hospitalização	6.50	5.50	4.36	03

Nota. Adesão - Questionário de Adesão, Kt/V – Índice de Adequação da Diálise, GPID - ganho de peso interdialítico.

Os dados da Tabela 4 mostram que os participantes apresentaram um alto nível de adesão ao tratamento (autorrelato através do Questionário de Adesão ao Tratamento). Além disso, apresentaram níveis satisfatórios no índice de Kt/V e no GPID, alcançando os valores recomendados (Brandão et al., 2021; Ikizler et al., 2020). Os resultados dos exames de fósforo e potássio, por sua vez, apresentaram-se próximos dos valores limites (de 5,5 para ambos). Particularmente, o fósforo com M=5,50 e DP=2,02, indicou adesão parcial dos participantes às orientações recomendadas (Brasil, 2014). Os indicadores de faltas e hospitalização (faltas

perdidas por internamento hospitalar) foram considerados apenas para parte da amostra (n=15 para faltas e n=3 para hospitalizações), ou seja, aqueles participantes que apresentaram ausências às sessões de tratamento no período previsto da coleta de dados. Assim, os participantes apresentaram resultados médios mais elevados de dias perdidos por hospitalizações do que por faltas por outras razões.

Visando alcançar o objetivo previsto, foram conduzidas análises de correlação de Spearman (ρ). Na Tabela 5, observa-se os resultados entre as dimensões de QV (KDQOL-SF) e medidas de ajustamento psicológico (TRE, EBQ, DASS e SMM).

Tabela 5

Coefficientes de correlação de Spearman entre dimensões de qualidade de vida (KDQOL) e medidas de ajustamento psicológico (TRE, EBQ, DASS-21 e SMM)

	TRE_ ine	TRE_ efi	EBQ_ ctrl	EBQ_ utin	EBQ_ utip	DASS_ dep	DASS_ ans	DASS_ est	SMM total
Sintomas problemas físicos	0.20	0.14	-0.12	0.11	0.08	-0.37***	-0.39***	-0.30**	0.14
Efeitos da doença renal	-0.02	0.07	-0.16	-0.01	0.11	-0.31**	-0.42***	-0.29**	0.19
Sobrecarga imposta pela doença renal	0.21	-0.04	-0.31**	-0.05	0.03	-0.30**	-0.35**	-0.34**	0.06
Situação de trabalho	0.12	0.02	-0.14	-0.2	0.07	-0.16	-0.26*	-0.10	0.17
Função cognitiva	0.26*	0.03	-0.17	0.10	-0.01	-0.50 ***	-0.48***	-0.49***	0.10
Qualidade das interações sociais	0.21	0.18	-0.14	0.07	0.08	-0.28**	-0.40***	-0.42***	0.03
Função sexual	0.16	0.29	0.06	0.10	0.07	-0.11	-0.26	-0.26	0.18
Sono	0.05	0.14	0.02	0.02	0.00	-0.35**	-0.17	-0.20	0.10
Suporte social	0.11	0.03	-0.11	0.27*	-0.05	-0.28*	-0.25*	-0.28*	-0.06
Apoio da equipe profissional de diálise	0.00	0.07	0.26*	0.24*	0.12	0.07	0.10	-0.01	-0.22*
Saúde geral	0.16	0.11	-0.07	0.11	-0.2	-0.25*	-0.22*	-0.23*	-0.13
Satisfação do paciente	-0.01	-0.17	0.00	0.15	0.17	-0.15	-0.02	-0.19	-0.01
Capacidade funcional	0.03	0.27*	-0.01	-0.12	-0.05	-0.12	-0.19	-0.19	0.19
Limitações por problemas de saúde física	0.06	0.00	-0.13	-0.06	-0.05	-0.15	-0.17	-0.13	0.25*
Dor	0.06	0.27*	-0.03	0.09	0.00	-0.31**	-0.31**	-0.16	0.13
Percepção saúde geral	0.20	0.11	-0.23*	0.05	-0.14	-0.33**	-0.31**	-0.27*	-0.07
Bem-estar emocional	0.33**	0.11	-0.31**	-0.02	-0.06	-0.42***	-0.56***	-0.51***	0.23*
Limitações por problemas de saúde mental	0.17	-0.04	-0.21	0.02	-0.21	-0.24*	-0.27*	-0.26*	0.02
Função social	0.23*	0.06	-0.26*	0.12	-0.15	-0.21	-0.32**	-0.19	0.07
Vitalidade	0.29**	0.19	-0.14	-0.04	-0.14	-0.39***	-0.4***	-0.35**	0.15
Componente físico	0.06	0.20	-0.05	0.04	-0.05	-0.17	-0.20	-0.15	0.19
Componente mental	0.39***	0.01	-0.33**	0.06	-0.17	-0.38***	-0.43***	-0.4***	0.06

Nota. TRE_ine – Detecção de Estratégias Ineficazes de Regulação de Emoções; TRE_efi – Detecção de Estratégias Eficazes de Regulação de Emoções; EBQ_ctrl – Crenças sobre Controlabilidade das Emoções; EBQ_utin – Crenças sobre Utilidade das Emoções Negativas; EBQ_utip – Crenças sobre Utilidade das Emoções Positivas; DASS_dep – Sintomas de Depressão; DASS_ans - Sintomas de Ansiedade; DASS_est – Sintomas de Estresse; SMM_total – Crenças sobre o Estresse. ***. $p < 0,001$ **. $p < 0,01$ *. $p < 0,05$

É possível constatar um padrão de correlações negativas e significativas entre os sintomas de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21) com várias dimensões do KDQOL-SF, principalmente àquelas que representam especificamente os impactos do tratamento dialítico (sintomas problemas físicos, efeitos da doença renal, sobrecarga imposta pela doença renal, situação de trabalho, função cognitiva, qualidade das interações sociais), além das dimensões genéricas: saúde geral, dor, percepção de saúde geral, bem-estar emocional, vitalidade e ainda, o componente mental. A maioria dos coeficientes apresentou magnitudes fracas, porém observa-se magnitudes moderadas principalmente entre sintomas de ansiedade (DASS_ans) e QV. Destacam-se ainda as correlações moderadas entre a função cognitiva, o bem-estar emocional, a vitalidade e o componente mental e todos os sintomas psicopatológicos coletados (DASS_dep, DASS_ans e DASS_est).

Os demais instrumentos também apresentaram algumas correlações significativas. Dentre eles, o TRE apresentou correlações positivas e de magnitude fraca entre o conhecimento de estratégias ineficazes (TRE_ine) e as dimensões de QV: função cognitiva, o bem-estar emocional, a função social, a vitalidade e o componente mental. Já o fator relacionado ao conhecimento de estratégias eficazes (TRE_efi) apresentou correlações positivas e de magnitude fraca com as dimensões de capacidade funcional e dor. Em relação às crenças sobre emoções, o fator do EBQ relacionado às crenças de controlabilidade (EBQ_ctrl) apresentou correlações negativas e fracas com: sobrecarga imposta pela doença renal, percepção saúde geral, bem-estar emocional e o componente físico. Porém, apresentou correlação positiva com o fator apoio da equipe profissional de diálise. Já o fator de crenças relacionadas à utilidade das emoções negativas (EBQ_utin) apresentou correlações positivas e de magnitude fraca com suporte social e apoio da equipe profissional de diálise. Por fim, a medida de mentalidade sobre o estresse (SMM_total), apresentou correlações fracas e positivas com limitações por problemas de saúde física e bem-estar emocional, e fraca e negativa com apoio da equipe profissional de diálise.

Abaixo, a Tabela 6 dá continuidade às análises apresentando os coeficientes de correlação de Spearman (ρ) entre indicadores de adesão (Questionário de Adesão, Kt/V, potássio, fósforo, GPID, faltas e hospitalização) e medidas de ajustamento psicológico (TRE, EBQ, DASS-21 e SMM). Observa-se que foram encontradas poucas correlações entre medidas de ajustamento psicológico e de adesão ao tratamento. Apenas as crenças de utilidade nas emoções positivas apresentaram correlações significativas, positivas e de magnitude fraca com

o autorrelato de adesão e o Kt/V. Já as crenças de controlabilidade das emoções apresentaram correlação significativa, negativa e fraca com a medida de potássio.

Tabela 6

Coeficientes de correlação de Spearman entre indicadores de adesão (Questionário de Adesão, Kt/V, potássio, fósforo, GPID, faltas e hospitalização) e medidas de ajustamento psicológico (TRE, EBQ, DASS-21 e SMM)

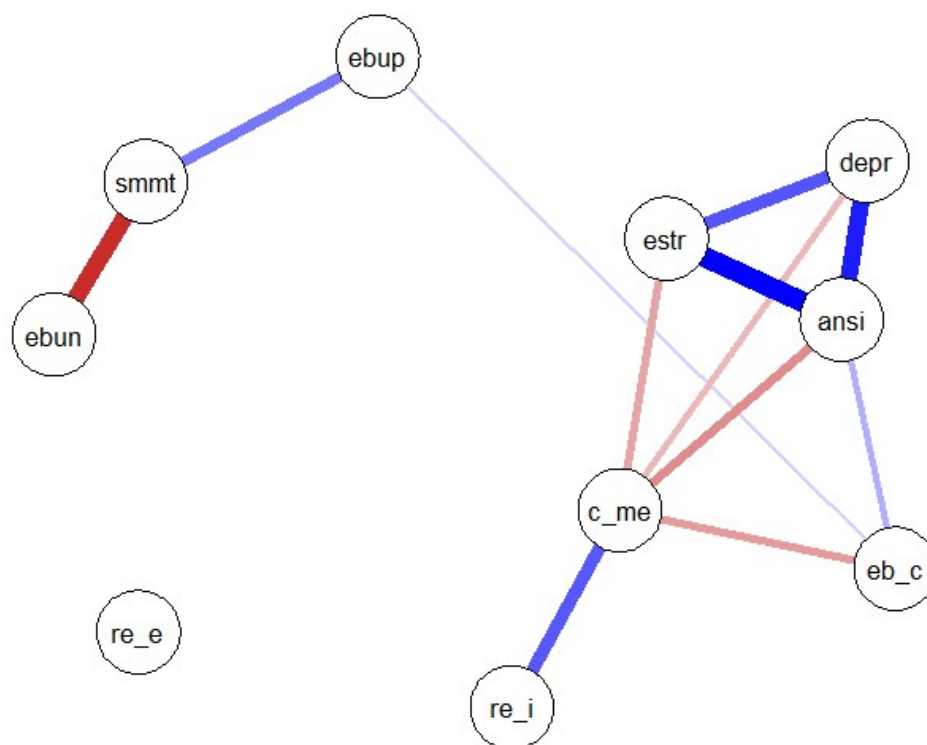
	TRE_ ine	TRE_ efi	EBQ_ ctrl	EBQ_ utin	EBQ_ utip	DASS_ dep	DASS_ ans	DASS_ est	SMM_ total
Adesão	0.10	0.09	0.04	0.11	0.29**	-0.08	-0.01	-0.16	-0.15
Kt/V	-0.08	0.06	0.13	-0.01	0.23*	0.03	0.13	0.02	0.08
Potássio	-0.13	-0.05	-0.22*	-0.14	-0.11	-0.05	0.03	0.01	-0.16
Fósforo	0.14	-0.05	-0.05	-0.13	0.00	0.05	-0.09	0.03	0.03
GPID	0.07	-0.06	0.11	0.02	-0.07	0.19	0.13	0.04	0.13
Faltas	0.00	0.10	-0.06	-0.01	-0.01	-0.08	-0.01	0.01	0.01
Hospitalização	0.06	0.11	-0.07	0.01	-0.13	0.20	0.21	0.07	-0.12

Nota. TRE_ine – Detecção de Estratégias Ineficazes de Regulação de Emoções; TRE_efi – Detecção de Estratégias Eficazes de Regulação de Emoções; EBQ_ctrl – Crenças sobre Controlabilidade das Emoções; EBQ_utin – Crenças sobre A Utilidade das Emoções Negativas; EBQ_utip – Crenças sobre a Utilidade das Emoções Positivas; DASS_dep – Sintomas de Depressão; DASS_ans - Sintomas de Ansiedade; DASS_est – Sintomas de Estresse; SMM_total – Crenças sobre Estresse.

Ainda buscando explorar as relações entre as variáveis que integram o estudo, optou-se por conduzir análises de redes com o estimador correlação parcial, entre as medidas de ajustamento psicológico (TRE, EBQ, DASS-21 e SMM); QV (representado pelo fator “componente mental”, pois este já compreende os fatores que mais apresentaram correlações - limitações causadas por problemas de saúde mental/emocional, bem-estar emocional, função social, vitalidade e percepção da saúde geral); e medidas de adesão ao tratamento (Questionário de Adesão, Kt/V, potássio, fósforo, GPID, faltas e hospitalização).

Figura 2

Representação gráfica da análise de rede de qualidade de vida (KDQOL-SF) e medidas de ajustamento psicológico (TRE, EBQ, DASS-21 e SMM)



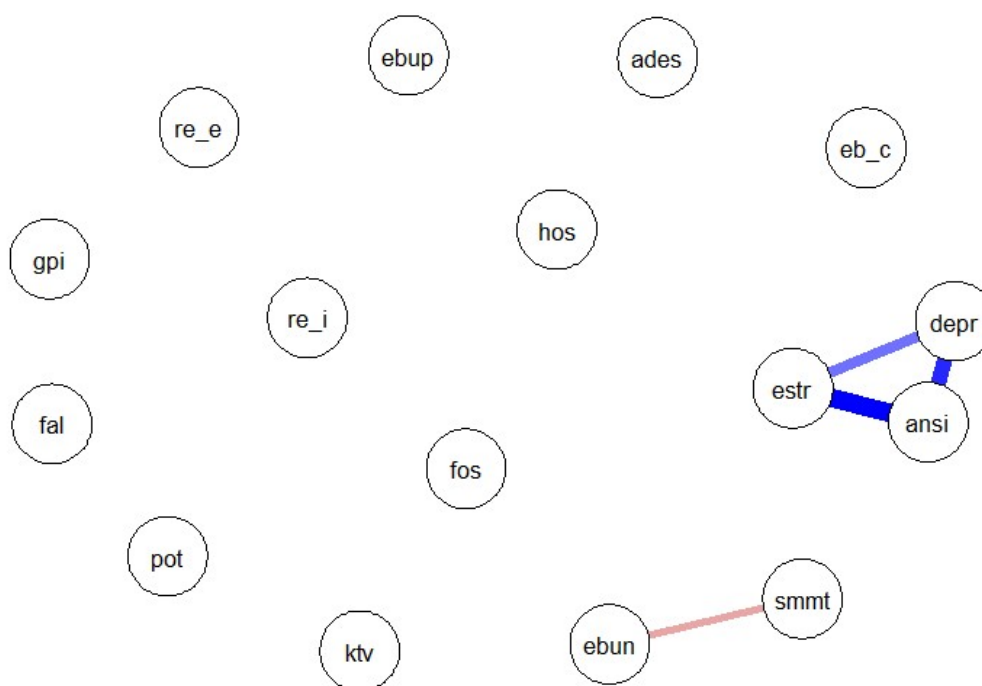
Nota. depr - sintomas de depressão; ansi - sintomas de ansiedade; estr - sintomas de estresse; eb_c - controlabilidade das emoções; c_me - componente mental; re_i – detecção de estratégias ineficazes de regulação de emoções; re_e – detecção de estratégias eficazes de regulação de emoções; ebup – crenças sobre a utilidade de emoções positivas; ebun – crenças sobre utilidade de emoções negativas; smmt – crenças sobre o estresse;

Na Figura 2, observa-se a presença de 10 nodos, porém, 9 deles apresentam relações que podem ser observadas por meio das hastes azuis (positivas) e vermelhas (negativas). Observa-se também relações de forte magnitude e positivas entre os fatores da DASS (depr, estr, ansi) e destes com o componente mental do KDQOL (c_me). O componente mental apresentou uma posição mais centralizada na imagem e ainda apresenta relações de magnitudes moderadas: positiva com o fator de estratégias ineficazes de RE do TRE (re_i) e negativa com as crenças de controlabilidade das emoções (eb_c). Um outro agrupamento de nodos representa as relações entre as crenças sobre emoções e a mentalidade sobre o estresse. Este agrupamento relaciona-se com as demais variáveis por meio da relação positiva e de baixa magnitude entre as crenças de controlabilidade (eb_c) e as crenças de utilidade positivas (ebup). A mentalidade sobre o estresse (smmt) apresentou-se mais central nesta área, apresentando relações de magnitude moderada e positiva com as crenças de utilidade positivas e de forte magnitude e negativas com as crenças de utilidade das emoções negativas (ebun).

Na Figura 3, observamos as análises de redes entre as variáveis relacionadas à adesão e às medidas psicológicas. Novamente, observa-se as relações de magnitude forte e positiva das escalas da DASS (estr, ansi, depr). Também observamos a relação de magnitude moderada e negativa entre a mentalidade sobre o estresse (ebun) e as crenças de utilidade negativa das emoções (ebun). Os demais nodos não apresentaram relações (hastes) representativas na análise de redes.

Figura 3

Representação gráfica da análise de rede de adesão (Questionário de Adesão, Kt/V, potássio, fósforo, GPID, faltas e hospitalização) e medidas de ajustamento psicológico (TRE, EBQ, DASS-21 e SMM)



Nota. depr - sintomas de depressão; ansi - sintomas de ansiedade; estr - sintomas de estresse; eb_c – controlabilidade das emoções; c_me – componente mental; re_i – detecção de estratégias ineficazes de regulação de emoções; re_e – detecção de estratégias eficazes de regulação de emoções; ebup – crenças sobre a utilidade de emoções positivas; ebun – crenças sobre utilidade de emoções negativas; smmt – crenças sobre o estresse; ades - questionário de adesão; hos - hospitalização; fos - fósforo; ktv - índice de adequação da diálise; pot - potássio; fal - faltas; gpi - ganho de peso interdialítico.

4.3 DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi investigar as associações entre o ajustamento psicológico e os indicadores de QV e de adesão ao tratamento hemodialítico. As variáveis empregadas estavam relacionadas ao ajustamento psicológico: regulação de emoções (TRE), sintomas de ansiedade, depressão e estresse (DASS), e crenças sobre emoções e estresse (EBQ e SMM); à QV de pacientes em tratamento dialítico (KDQOL-SF); e à adesão ao tratamento de HD: o Questionário de Adesão, índices de Kt/V, potássio e fósforo, o GPID, e ausências por faltas e hospitalização.

Considerando as associações encontradas previamente entre sintomas de ansiedade, depressão e estresse com a adesão ao tratamento e QV de pacientes com doenças crônicas (por exemplo, Clarke et al., 2016; De Ridder et al., 2008; Retana et al., 2013), esperava-se que essas relações também fossem encontradas nesta amostra. Também era esperado que as competências emocionais (como o conhecimento sobre as estratégias de RE e as crenças sobre as emoções e o estresse) funcionassem como uma variável moderadora entre os sintomas de ansiedade, depressão e estresse e a QV e adesão ao tratamento de doenças renais. Para o desenvolvimento das investigações, foram observadas as correlações encontradas entre as variáveis envolvidas, cujos resultados serão discutidos a seguir.

De forma geral, os resultados mostram que algumas variáveis de ajustamento psicológico (conhecimento de estratégias ineficazes de regulação de emoções (TRE_ine), sintomas de depressão (DASS_dep), ansiedade (DASS_ans) e estresse (DASS_est), e crenças sobre a controlabilidade das emoções (EBQ_ctrl) apresentaram associações mais robustas com variáveis relacionadas ao componente mental (como bem-estar emocional e função social, por exemplo) do que ao componente físico da QV. A análise de redes mostrou que essas variáveis estabelecem relações diretas com o componente mental da QV, mesmo quando as correlações são controladas por todas as outras variáveis inseridas na análise (conforme observado na Figura 2).

Do ponto de vista psicológico, isso implica que as habilidades e traços associados a uma melhor QV durante o tratamento hemodialítico incluem: 1) o reconhecimento dos comportamentos que, em determinadas situações, levam a resultados ineficazes na resolução de problemas emocionais (TRE_ine); 2) acreditar que as emoções são controláveis (EBQ_ctrl); e 3) a ausência de sintomas de depressão (DASS_dep), ansiedade (DASS_ans) e estresse (DASS_est). A seguir, esses achados serão discutidos em relação à literatura.

A doença renal terminal é uma das doenças crônicas que põe em perigo não só a saúde física, mas também a saúde mental dos pacientes (Shokrpour et al., 2021). A HD contribui para o aumento da sobrevida do paciente, porém pode causar perda do nível funcional com consequente redução da QV ao longo do tempo (J. Barbosa et al., 2017; Lira et al., 2015). Regular as emoções tem se mostrado importante neste contexto porque as pessoas desenvolvem respostas emocionais paralelas a uma ameaça à saúde, como sentimentos de medo ou angústia (Clarke et al., 2016).

Regular as emoções refere-se a processos intrínsecos e extrínsecos que controlam o início, manutenção e modificação de reações emocionais positivas e negativas, através de vários processos que também influenciarão a latência, intensidade e duração de tal emoção (Gross, 2015). A RE tem sido considerada uma variável importante para a saúde, relacionada a desfechos clínicos de pacientes (Baudry et al., 2018; Lee & Choi, 2023; Tsujimoto et al., 2024). Nesse sentido, embora a literatura aponte que há certa independência entre o conhecimento e uso de estratégias eficazes e ineficazes nas diversas situações (Gross, 2015; Lira, 2020), o uso de estratégias ineficazes de RE, como ruminação, supressão e evitação, tem sido associado a mais sintomas psicopatológicos, pior saúde física e a afetos negativos contínuos e futuros (Aldao et al., 2010; Tsujimoto et al., 2024).

Também já foi demonstrado que estratégias disfuncionais focalizadas na emoção estão associadas a uma queda em diversos aspectos da QV de pacientes em tratamento hemodialítico (Lira et al., 2015). Além disso, Baudry et al. (2018), por exemplo, em uma revisão crítica e sistemática da literatura encontraram que o traço de regulação de emoções (captado por instrumentos de autorrelato) apresenta efeitos mais fortes na saúde do que variáveis interpessoais.

Esses resultados são semelhantes aos encontrados no presente estudo, que observou a identificação de estratégias ineficazes de regulação de emoções como uma habilidade relacionada com os aspectos mentais da qualidade de vida de pacientes renais, com a diferença de que o instrumento para a avaliação da regulação de emoções empregado aqui (TRE) foi baseado em desempenho, e não autorrelato. Isso mostra a robustez da regulação de emoções que, independentemente do tipo de instrumento utilizado, se mostra relacionada a melhores resultados na saúde mental. Esse resultado é importante porque apoia a ideia de que o desenvolvimento de intervenções direcionadas às competências emocionais pode ser benéfico para melhorar a saúde, a adaptação e a QV de pacientes com doenças crônicas (Baudry et al., 2018).

Outro achado deste estudo está relacionado à crença de que as emoções são controláveis (EBQ_ctrl) e sua relação com a QV de pacientes renais. De maneira geral, as crenças emocionais envolvem crenças sobre a natureza, o significado e a utilidade e controlabilidade das emoções (Ford & Gross, 2018). Estas crenças afetam a forma como os indivíduos percebem e respondem às suas emoções e às emoções daqueles que os rodeiam. No modelo postulado pelos autores, a natureza das crenças de controlabilidade, por exemplo, podem diferir ao longo de um continuum, em que a pessoa pode crer que as emoções são completamente incontroláveis para completamente controláveis.

Acreditar que as emoções são controláveis influencia as pessoas a tentarem modificar a sua resposta emocional num determinado contexto (Ford & Gross, 2018). A crença de que as emoções são incontroláveis, por outro lado, está associada a menos esforços de RE (Kneeland et al., 2016). Desta forma, discute-se que as crenças emocionais são determinantes poderosos de respostas emocionais agudas, que, ao longo do tempo, se acumulam para contribuir para resultados de saúde emocional a longo prazo (Ford & Gross, 2019).

É, portanto, compreensível as associações encontradas entre as crenças de controlabilidade e a QV dos participantes. Não foram encontrados outros estudos que avaliassem as crenças emocionais de pacientes em HD. No entanto, um estudo recente, observou que as crenças emocionais podem ser responsáveis por variações significativas nos sintomas de depressão, ansiedade e estresse (Johnston et al., 2024). E, conforme observado nesta amostra e em outros estudos, pacientes renais comumente apresentam elevada frequência de sintomas de depressão e de ansiedade (Nifa & Rudnicki, 2010; Turoń-Skrzypińska et al., 2023; Verma et al., 2022).

Uma metanálise apontou que, de modo geral, as terapias cognitivas e/ou comportamentais estão associadas a melhorias significativas nos sintomas de depressão e ansiedade entre pessoas com doenças crônicas (Scott et al., 2023). A terapia de aceitação e compromisso e o treinamento de RE também se revelaram eficazes na melhoria da QV dos pacientes em tratamento dialítico, aumentando o controle do comportamento e o desejo de vivenciar uma variedade de emoções (Kalbasi et al., 2020). Desenvolver intervenções que auxiliem o desenvolvimento de crenças emocionais adaptativas e treinamento de habilidades de RE é indicado para este tipo de paciente.

Com base nos resultados apresentados e discutidos, conclui-se que a hipótese para este estudo foi parcialmente confirmada: foram encontrados associações significativas entre

variáveis de ajustamento psicológico e QV de pacientes em HD, mas não foram encontrados resultados significativos entre as variáveis para adesão ao tratamento (ver Figura 3). A não adesão ao tratamento acarreta problemas e complicações e está associada a menores taxas de sobrevivência observadas de pacientes em HD nos EUA; por outro lado, a adesão leva a uma melhor QV relacionada à saúde (Bazrafshan et al., 2023; Tohme et al., 2017). Diferentes resultados sugerem a influência de múltiplos fatores na adesão ao tratamento do paciente, por exemplo: idade, causa da doença renal, sexo, escolaridade, apoio social, nível de depressão, percepção de autoeficácia e de saúde (Asadizaker et al., 2022; Bazrafshan et al., 2023; Nakao, 2013; Sgnaolin et al., 2009).

Para Bazrafshan et al. (2023), a emoção e o humor também poderiam desempenhar um papel importante na adesão ao tratamento. A diálise e seus desafios inerentes expõe os pacientes a uma variedade de respostas emocionais, incluindo sentimentos de perda, ansiedade e depressão. Portanto, estudos já demonstraram que pacientes com adoecimento crônico, como diabetes, que controlam suas emoções, demonstram melhor desempenho em programas de autocuidado (Yap et al., 2015). Por outro lado, pacientes que lidam com a depressão, a ansiedade e a angústia enfrentam numerosos obstáculos à adesão ao tratamento (Noughabi et al., 2019).

Porém, no estudo de Bazrafshan et al. (2023), que avaliou pacientes em HD, também não foram encontradas relações significativas entre, por exemplo, adesão ao tratamento e dificuldades de RE. Uma revisão sistemática sobre RE na DRC observou que, no geral, ainda há poucas evidências que apoiem as ligações entre a regulação de emoções e os resultados de saúde (Kaul et al., 2023). Assim, mais estudos são necessários para identificar outros fatores que influenciam a não adesão ao tratamento, particularmente àqueles relacionados às habilidades e competências dos pacientes, pois a possibilidade de treinamento poderia levar a melhorias na adesão e no ajustamento ao adoecimento.

Entre as limitações deste estudo, observa-se que ele foi conduzido com pacientes de apenas uma clínica no Nordeste do Brasil, o que pode restringir a generalização dos resultados. Além disso, parte da amostra (28,92%) possuía baixo nível de escolaridade, o que pode dificultar a compreensão dos instrumentos utilizados. Embora a condição física tenha sido um problema comum entre os participantes, fatores culturais podem influenciar a cognição, as crenças e o nível de consciência dos pacientes. Portanto, recomenda-se a realização de outros estudos com pacientes de diferentes culturas. Também é importante que mais estudos examinem o papel mediador de variáveis psicológicas adicionais como, por exemplo,

autoeficácia, atitudes em relação à doença, procrastinação, inteligência emocional e traços de personalidade, em diferentes amostras.

A importância dos resultados obtidos neste estudo reside em suas implicações clínicas. Crenças relacionadas a emoções – especialmente acreditar que as emoções são controláveis – está significativamente relacionado com os principais construtos emocionais e já foi visto que a capacidade de regular as emoções mediou a associação entre crenças sobre emoções e depressão e ansiedade (Becerra et al., 2024). Portanto, destaca-se a importância de mais estudos que observem esses efeitos para discussão e aplicação, inclusive em amostras específicas, como a do presente estudo. As habilidades de RE e crenças na controlabilidade das emoções são treináveis (Becerra et al., 2024; McRae & Gross, 2020), portanto é possível desenhar e implantar um programa de desenvolvimento dessas habilidades como mostrará o ESTUDO II e III.

5. ESTUDO II

O impacto do adoecimento na vida de uma pessoa evidencia a necessidade de desenvolver habilidades relacionadas à regulação de emoções. Dada a importância do tema e a escassez de estudos suficientes sobre programas de intervenção em RE para pacientes em tratamento dialítico, este estudo tem como objetivo descrever o processo de desenvolvimento de um programa de treinamento de regulação de emoções para pacientes renais crônicos em HD, baseado na teoria processual de RE de Gross.

Na prática, o programa visa aumentar o conhecimento dessas habilidades ao levar os participantes a conhecerem e discutirem a importância das emoções e de suas próprias crenças sobre elas; a entenderem como percebemos, compreendemos e regulamos as emoções em nós mesmos; e, finalmente, a implementar estratégias eficazes para lidar com diferentes situações emocionais. Uma descrição da intervenção, bem como a fundamentação teórica para as atividades propostas, será apresentada a seguir.

5.1 DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO – PROGRAMA DE TREINAMENTO NO GERENCIAMENTO DE EMOÇÕES PARA PACIENTES EM HEMODIÁLISE (PROTEGE-HD)

O presente estudo trata de um relato descritivo do processo de construção de uma intervenção para pacientes que realizam o tratamento dialítico. Para alcançar uma descrição clara da intervenção, será utilizada a diretriz de notificação TIDieR (*Template for Intervention Description and Replication* ou Modelo para Descrição e Replicação de Intervenções, encontrado na Tabela 7). A diretriz se trata de uma lista de verificação de 12 itens, criada para melhorar a qualidade da descrição e a replicabilidade das intervenções (Hoffmann et al., 2014; Leite et al., 2023). Como argumentam os autores, apenas com uma descrição completa da intervenção, torna-se possível aos leitores e pesquisadores utilizar as informações e implementar de maneira confiável intervenções que se demonstraram eficazes e assim, poderem replicar ou desenvolver novos estudos baseado no que já foi encontrado.

Tabela 7

Modelo para Descrição e Replicação de Intervenções (TIDieR) do PROTEGE-HD

Número do item	Item
----------------	------

BREVE IDENTIFICAÇÃO

1. PROTEGE-HD: Programa de Treinamento no Gerenciamento de Emoções para Pacientes em Hemodiálise
-

POR QUÊ

2. Objetiva aumentar o conhecimento de habilidades de RE ao levar os participantes a conhecerem e discutirem a importância das emoções e de suas próprias crenças sobre elas; a compreenderem o processo de regulação das emoções; e, finalmente, a implementar estratégias eficazes para lidar com diferentes situações emocionais.
-

O QUE/QUAIS (materiais)

3. Durante os encontros realizados foram utilizados os seguintes materiais: papel e canetas para as atividades escritas e tarefas de casa propostas nos encontros; pastas plásticas para armazenar as tarefas produzidas ao longo da intervenção; tablet (da pesquisadora) para uso de mídia (vídeo e músicas/sons) nos encontros em que era previsto estes recursos.

Todos as atividades escritas e tarefas de casa utilizadas encontram-se detalhadamente descritas no item 5.2 (Fundamentação Teórica das Atividades Propostas do PROTEGE-HD) deste estudo.
-

O QUE/QUAIS (procedimentos)

4. Os 8 encontros têm como base a seguinte estrutura, com seus respectivos tempos médios de duração: boas-vindas (5 minutos), retomada tarefa de casa/aquecimento (10 minutos), introduzir a questão e o tema do dia (10 minutos), discussão geral/atividade prática (10 minutos), explicações sobre a tarefa de casa (5 minutos). Em cada um deles são discutidos temas embasados no modelo processual de RE proposto por Gross (2015), sendo operacionalizados a partir de técnicas propostas por diversos autores (detalhadamente descritos no item 5.2).
-

QUEM REALIZOU

5. Os encontros foram conduzidos por uma psicóloga especialista em Nefrologia e com mestrado em Psicologia Cognitiva.
-

COMO

6. Os encontros ocorreram de maneira individual e presencialmente, enquanto o participante (paciente com diagnóstico de DRC) realizava sua sessão de HD. O participante era abordado durante o seu tratamento, no período intermediário da sessão (após 30 minutos do início e antes dos últimos 30 minutos), visando maior estabilidade clínica e bem-estar do paciente.
-

ONDE

7. Os encontros ocorreram numa sala de tratamento, numa clínica de HD.
-

QUANDO E QUANTO (VOLUME)

8. Foram realizados 8 encontros semanais, com duração média de 40 minutos cada.
-

INDIVIDUALIZAÇÃO

9. A intervenção foi planejada para ser executada de maneira grupal (8-10 participantes por grupo). Porém, por limitações impostas pela pandemia do Covid-19 (período no qual a
-

	coleta foi realizada) e após realização de um piloto, ela foi executada individualmente, ocorrendo encontros entre a pesquisadora e cada participante.
MODIFICAÇÕES	
10.	Modificação descrita no item 9. Não ocorreram outras modificações, além das descritas, nas atividades propostas. Durante a execução, ocorreram ajustes para procedimentos que seriam grupais, como por exemplo, discussão em grupo, resultando na realização deles de maneira individualizada, por meio de discussão entre a pesquisadora e o participante.
QUÃO BEM (planejada)	
11.	A adesão ou fidelidade planejada da intervenção não foi avaliada. Todos os participantes eram elegíveis para o estudo.
QUÃO BEM (real)	
12.	A adesão ou fidelidade real da intervenção não foi avaliada. Todos os participantes eram elegíveis para o estudo. Não houve desistências ao longo da intervenção.

Nota. Adaptado de *Helping to know about the intervention: The Template for Intervention Description and Replication (TIDieR) checklist is now available in Brazilian Portuguese*, Leite et al. (2023).

5.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DAS ATIVIDADES PROPOSTAS NO PROTEGE-HD

A estrutura do PROTEGE-HD tem como referência principal o Modelo Processual de RE (Gross, 2015). Além disso, conforme recomendado na literatura, o Programa propõe atividades que incluam os diferentes estágios do processo de RE (McRae & Gross, 2020); que valoriza as crenças sobre emoções dos participantes (Ford & Gross, 2018, 2019; Leahy et al., 2013) e que adota intervenções focadas em emoções positivas (Quoidbach & Gross, 2015) e tarefas escritas (Smyth & Arigo, 2009).

O PROTEGE-HD foi organizado visando aumentar as habilidades dos participantes na tomada de três principais decisões relacionadas aos estágios da regulação de emoções, a saber: Se e quais emoções precisam ser reguladas; quando as diferentes estratégias de RE devem ser utilizadas e como implementar a estratégia selecionada traduzindo-a em um comportamento ou estratégia cognitiva específica (Hughes & Evans, 2018). Um resumo das questões norteadoras, atividades e temas propostos em cada encontro pode ser observado na Tabela 8.

Tabela 8

Estrutura do Programa de Treinamento no Gerenciamento de Emoções para pacientes em hemodiálise (PROTEGE-HD)

	Encontros
Semana 1	Questão norteadora: O que são emoções? Tema: Definição e percepção de emoções Estágio de RE: Identificação - Tarefa: Diário de Emoções
Semana 2	Questão norteadora: Para que servem as emoções? Tema: Crenças de utilidade Estágio de RE: Identificação - Tarefa: Mitos emocionais
Semana 3	Questão norteadora: Como surgem as emoções? Tema: Percepção e compreensão das emoções e Supressão Emocional x Engajamento Expressivo Estágio de RE: Identificação e Seleção - Tarefa: Emoção como uma onda
Semana 4	Questão norteadora: Eu consigo controlar/regular as minhas emoções? Tema: Crenças de controlabilidade e RE Estágio de RE: Identificação e Seleção - Tarefa: Registro de Pensamento Emocionalmente Inteligentes
Semana 5	Questão norteadora: Que estratégias posso utilizar para regular minhas emoções? Tema: Regulando emoções desagradáveis Estágio de RE: Seleção e Implementação - Tarefa: Relaxamento e imagens mentais positivas
Semana 6	Questão norteadora: Que estratégias posso utilizar para regular minhas emoções? Tema: Reavaliação Cognitiva Estágio de RE: Seleção e Implementação - Tarefa: Apresentação Positiva e Escrita Expressiva
Semana 7	Questão norteadora: Que estratégias posso utilizar para regular minhas emoções? Tema: Regulando emoções positivas Estágio de RE: Seleção e Implementação - Tarefa: <i>Savoring</i>
Semana 8	Questão norteadora: Que estratégias posso utilizar para regular minhas emoções? Tema: Monitorar a RE para alcançar metas Estágio de RE: Implementação e Monitoramento - Tarefa: Uma versão melhor de mim mesmo

Inicialmente propõe-se discutir a importância das emoções e como as crenças sobre sua utilidade e controlabilidade influenciam os esforços que as pessoas envidam para regulá-las e sua saúde mental (Becerra et al., 2020). Na literatura, discute-se que os indivíduos que mantêm crenças emocionais menos adaptativas podem se beneficiar de processos de tratamentos com psicoeducação e TCC direcionada focada na natureza das emoções, para abordar inicialmente crenças emocionais desadaptativas, antes de passar para intervenções destinadas a desenvolver habilidades de regular emoções mais adaptativas (Johnston et al., 2024). Seguindo exatamente este modelo, o PROTEGE-HD aborda nos encontros iniciais as crenças relacionadas à utilidade

e controlabilidade das emoções, visando preparar o paciente para os encontros subsequentes nos quais as estratégias de RE para emoções agradáveis e desagradáveis serão apresentadas e treinadas.

Na semana 1 os participantes têm a oportunidade de debater o que são emoções, quais as suas funções e a importância delas. Neste momento, apresenta-se uma reflexão a partir do modelo de Gross (2015) (situação - atenção - avaliação - resposta) para definir e caracterizar as emoções e justificar suas funções. Neste encontro, os participantes são convidados a observarem quais emoções eles costumam sentir ao utilizarem o Diário de Emoção e iniciarem um monitoramento ao nomear as emoções e perceberem-nas em momentos específicos (Leahy et al., 2013).

Na semana 2 é introduzido o conceito de crenças sobre emoções – neste momento, especificamente as crenças de utilidade, levantando a análise de como diferentes emoções podem ser consideradas úteis ou inúteis. Deste encontro, os participantes levam como tarefa de casa uma lista de “mitos emocionais” que devem utilizar para refletir e registrar, no espaço extra ofertado, algumas outras crenças pessoais que vierem à mente (Leahy et al., 2013). Mitos emocionais é um termo usado na terapia comportamental dialética para se referir a crenças equivocadas acerca das emoções. Para Leahy et al. (2013), nomear e diferenciar emoções, bem como também identificar mitos emocionais comuns, como por exemplo: “algumas emoções são realmente estúpidas” ou “se os outros não aprovam meus sentimentos, eu não deveria me sentir como me sinto” podem ser benéficos visto que tais crenças podem perturbar a forma como se lida e a utilização de estratégias mais efetivas de manejo das emoções.

Na semana 3, retoma-se o modelo de eliciação de uma emoção proposto por Gross (2015) para explorar como se pode perceber e compreender melhor as emoções ao evitar a supressão desnecessária e por vezes ineficaz das emoções e optar por uma tarefa de engajamento. Para auxiliar este processo, propõe-se a técnica descrita em Leahy et al. (2013) “A Experiência da Emoção como uma Onda”, em que a pesquisadora sugere aos participantes a opção de, ao longo dos próximos dias até o novo encontro, apenas afastar-se e experimentar as emoções que surgirem explicando-lhes que, como uma onda, as emoções são fenômenos limitados no tempo e não duram para sempre. Para os autores, essa técnica é essencialmente a atenção plena em relação à emoção presente.

Na semana 4 deve-se retomar o assunto abordado anteriormente ao levantar a discussão acerca da identificação das crenças e da experiência proposta na atividade de engajar-se ativamente na experimentação da emoção para explorar o conceito das crenças de controlabilidade. Como Gutentag et al. (2017) explicam tais crenças referem-se à análise de se as emoções são incontroláveis (não havendo o que o indivíduo possa fazer para impedir seu começo e seu término) ou se emoções são controláveis (podem ser moldadas pela vontade do indivíduo). Tais crenças introduzirão a discussão sobre a regulação das emoções (Gutentag et al., 2020).

Como tarefa para este momento, deve ser indicado o Registro de Pensamentos Emocionalmente Inteligentes, uma adaptação do registro de Leahy et al. (2013). A técnica baseia-se no registro de pensamentos disfuncionais de Beck, no entanto almeja processos diferentes da mudança do conteúdo das cognições. Sendo apresentado a participantes que já experimentaram a atenção plena e aceitação de emoções (na tarefa anteriormente proposta da Experiência da Emoção como uma Onda), o Registro de Pensamentos proposto pretende trazer à consciência dos participantes a experiência do presente, de forma que desenvolvam maior capacidade de permanecer na presença das experiências, mesmo aquelas que forem difíceis. O conjunto de perguntas da atividade estimula os participantes a verem a experiência a partir de uma perspectiva consciente, enquanto examinam suas respostas físicas, emocionais, cognitivas e comportamentais.

Nas semanas 5, 6, 7 e 8 os encontros são focados nas estratégias de RE. É dada ênfase a práticas específicas para implementar estratégias bem-sucedidas para regular as emoções – ou seja, traduzir o conhecimento amplo de estratégias de RE em estratégias cognitivas ou emocionais específicas (Hughes & Evans, 2018). O foco da semana 5 e 6 é a regulação de emoções negativas ou desagradáveis. Após discutir e observar a necessidade de uso de uma estratégia para lidar com uma emoção desagradável é proposta uma reflexão sobre os desafios para não fazer uso de uma estratégia desadaptativa, mas minimizar danos ao envolver-se em práticas e atividades que conduzam a estratégias mais adaptativas de RE.

Na semana 5, o encontro é dedicado à prática da técnica “Relaxamento e Imagens Mentais Positivas” descrita por Leahy et al. (2013) como sendo uma forma de diminuir o estresse e as emoções negativas ao focar a própria consciência em imagens mentais positivas e relaxantes. O uso de imagens mentais tem condições de nos afetar emocional e fisicamente. Imaginando-se em uma situação relaxada e positiva, um relaxamento real pode ser vivenciado.

A prática deve ser realizada durante a sessão com a pesquisadora guiando a intervenção e o(a) participante é convidado(a) a implementar a prática regular da técnica em sua rotina.

O próximo encontro, na semana 6, visa inicialmente encorajar os participantes a relembrem e compartilhem eventos ou experiências difíceis com que eles lidaram e que terminaram bem por meio da técnica da Apresentação Positiva (Rashid & Seligman, 2019). Esta prática pode ser um catalisador para construir ou restaurar um autoconceito mais saudável e resiliente. Para o encontro, ela serve de base para a tarefa de casa: a Escrita Expressiva (Quoidbach & Gross, 2015; Rashid & Seligman, 2019). Conforme sugerido na literatura, para esta tarefa é solicitado aos participantes que escrevam sobre uma experiência traumática por pelo menos 15 a 20 minutos por dia pelos próximos quatro dias consecutivos. Apesar de não ser uma tarefa fácil, espera-se que ao refletir e escrever sobre uma experiência desafiadora os participantes aumentem sua confiança para lidar com situações difíceis e obtenham uma nova percepção voltada para o crescimento pessoal.

A semana 7 do Programa dedica-se à regulação de emoções positivas e agradáveis. Está previsto para o primeiro momento um encontro dedicado a identificar emoções alternativas mais agradáveis ou compensadoras e compilar uma lista. Deve-se refletir o que foi aprendido no programa até o momento, lembrando as capacidades individuais para identificar, selecionar e implementar estratégias para regular também emoções agradáveis. Em seguida, sugere-se ampliar o conhecimento gerado até o momento ao propor a técnica de *savoring* (Quoidbach & Gross, 2015; Rashid & Seligman, 2019). Há inúmeros tipos de experiência de *savoring* que podem ser utilizadas para ampliar as experiências positivas. Oferta-se uma folha de exercícios de Experiências e Técnicas de *Savoring* sendo solicitado que os participantes verifiquem se eles se identificam com alguma experiência ou técnica proposta e ao final escolham uma delas para praticar (Rashid & Seligman, 2019).

Por fim, no encontro da semana 8, sendo também o último encontro do Programa, realiza-se uma revisão geral dos principais conceitos e técnicas para compreensão global da importância da regulação eficaz das emoções ao finalizar com a proposta de uma intervenção denominada “Uma versão melhor de mim mesmo” (Quoidbach & Gross, 2015; Rashid & Seligman, 2019). A noção de criar um self futuro melhor ou o melhor possível – seja no domínio da saúde, do trabalho, dos relacionamentos ou esforços criativos – pode ajudar as pessoas a redirecionarem suas forças, competências e habilidades para atingir objetivos. Foi observado que as pessoas têm maior probabilidade de se empenhar para atingir objetivos quando estes são

consistentes com suas necessidades e quando as circunstâncias são consideradas favoráveis (Rashid & Seligman, 2019).

A proposta de concluir o programa com este exercício objetiva aproveitar essas duas circunstâncias: o fato de ser esperado que a esta altura os participantes possuam maior clareza de suas necessidades baseado no conhecimento que adquiriram de como podem sentir emoções mais prazerosas e em que situações elas ocorrem em suas vidas; e por encontrarem no processo de treinamento do PROTEGE-HD circunstâncias favoráveis para instrumentalizar as mudanças que desejam. Ao preencher os objetivos na folha de planejamento é esperado também que sejam aproveitados os benefícios terapêuticos da escrita e, quando compartilhadas essas informações com outras pessoas – propõe-se que cada participante escolha uma pessoa para auxiliá-lo –, espera-se alcançar maior probabilidade de ter sucesso na concretização dos objetivos (Hortop et al., 2013; Rashid & Seligman, 2019).

6. ESTUDO III

Conforme apresentado anteriormente, a literatura tem destacado a importância de desenvolver e avaliar programas de treinamento em habilidades necessárias para um bom ajustamento dos pacientes portadores de DRC às mudanças impostas pelo adoecimento e pelo tratamento (p.ex. Shahnavaizi et al., 2018). Neste sentido, o PROTEGE-HD foi concebido como uma intervenção educativa com foco no treinamento de habilidades eficazes para regular as emoções e melhorar o enfrentamento da diversidade de situações emocionais que se impõe a pacientes que fazem o tratamento hemodialítico.

O terceiro estudo desta tese teve como objetivo analisar mudanças percebidas na experiência emocional de participantes após a realização do PROTEGE-HD. Para isso, foi adotado um delineamento qualitativo com aplicação de entrevistas individuais em dois momentos (pré e pós-intervenção), permitindo captar os efeitos subjetivos da participação no programa. A amostra foi composta por pacientes com DRC em tratamento hemodialítico, e os dados foram analisados com base em procedimentos de análise textual via IRaMuTeQ.

6.1 MÉTODO

6.1.1 Participantes

Os participantes deste estudo foram aleatoriamente selecionados da amostra do Estudo I, através de sorteio eletrônico. No total, 10 participantes foram selecionados. Todos eram pacientes com diagnóstico de DRC em tratamento de HD durante o período da coleta. A amostra foi composta por 4 participantes do sexo feminino e 6 do masculino; com idade média igual a 44,5 anos (DP= 11,10). Os participantes tinham em média 7,4 anos de tempo de tratamento hemodialítico (DP= 4,2 anos; M_d = 7 anos). Quanto à escolaridade, 4 apresentavam ensino fundamental incompleto e 6 relatam possuir ensino médio completo. Todos se autodeclararam como pretos ou pardos. Como critérios de elegibilidade, os participantes deveriam ter acima de 18 anos e fazer o tratamento hemodialítico há pelo menos três meses. Seriam excluídos os participantes que apresentassem déficit cognitivo que inviabilizasse a participação no estudo. Também deveriam ser excluídos os participantes que já tivessem passado por qualquer tipo de programa que envolvesse treinamento de habilidades socioemocionais.

6.1.2 Instrumentos

6.1.2.1 Questionário de Dados Sociodemográfico (Apêndice A)

Para identificação dos participantes e descrição do perfil da amostra foi empregado um questionário para coleta de dados sociodemográficos, como sexo, idade, estado civil, cor ou raça, escolaridade, informações profissionais e renda. Não foram geradas análises outras que não as descritivas a partir de tais dados.

6.1.2.2 Roteiros de Entrevista (Apêndice F)

Foram elaborados dois Roteiros de Entrevistas, um Inicial (pré-teste, aplicado uma semana antes do início da intervenção) e um Final (pós-teste, aplicado uma semana após a conclusão da intervenção). Ambos foram elaborados pela pesquisadora e seu orientador para este estudo. Os Roteiros eram similares e tiveram como objetivos: (a) obter informações sobre nível de conhecimento dos participantes acerca da percepção de suas emoções e principais crenças sobre elas; (b) obter relato dos pacientes sobre suas experiências emocionais e como lidam com elas; (c) investigar as principais estratégias utilizadas para regulação das emoções; (d) investigar o impacto emocional do adoecimento. Apenas no Roteiro de Entrevista Final (pós-teste) foram incluídas quatro perguntas sobre a participação e avaliação da intervenção (PROTEGE-HD).

6.1.3 Procedimentos

6.1.3.1 Procedimentos para coleta de dados

Após a realização do Estudo I, o banco de dados gerado com as identificações dos participantes foi submetido a um sorteio eletrônico, sendo solicitado que 10 participantes fossem aleatoriamente selecionados. Os participantes selecionados foram abordados pela pesquisadora de maneira individual, sendo realizado o convite para participação nas entrevistas (pré e pós) e na intervenção. Neste momento, foi reforçado as informações do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D). A participação foi estritamente voluntária, garantindo o anonimato dos participantes, e nenhum tipo de compensação financeira foi oferecido em virtude da participação neste estudo. Além disso, este estudo foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CCS/UFPE), sob o CAAE nº 49804421.1.0000.5208.

Ao aceitarem continuar a coleta de dados e participarem do estudo, inicialmente a pesquisadora realizava uma entrevista, utilizando o Roteiro de Entrevista Inicial (Apêndice F) como guia para conduzir o diálogo. As entrevistas foram realizadas individualmente, na sala de HD da clínica, durante o tratamento do paciente, com o auxílio de um aparelho celular como gravador. Uma semana após este contato inicial o participante passava para fase da intervenção.

A intervenção ocorreu com a implementação do PROTEGE-HD: ao longo de 8 semanas, houve 1 encontro semanal individual com cada participante, com duração média de 40 minutos cada um. Os encontros ocorreram numa clínica de HD, dentro das salas de tratamento enquanto este ocorria, e foram conduzidos pela pesquisadora. O PROTEGE-HD objetivou aumentar o conhecimento dos participantes acerca das habilidades de RE através da discussão sobre a importância das emoções e das crenças sobre elas; por meio da compreensão de como ocorre a percepção e a regulação das emoções; e ao conhecer a implementação de estratégias eficazes para lidar com diferentes situações emocionais. Uma descrição detalhada da intervenção pode ser encontrada no Estudo II desta tese.

Uma semana após a conclusão do Programa de Treinamento, os participantes eram convidados a, semelhantemente ao primeiro contato, novamente responderem ao Roteiro de Entrevista Final (Apêndice F). O banco de dados gerado totalizou 20 entrevistas (10 referentes ao pré-teste e 10 no pós-teste), com média de 14,5 minutos de duração. Protocolos de saúde e segurança do paciente da unidade clínica foram priorizados visando minimizar riscos à saúde dos participantes durante as diferentes fases da coleta de dados.

6.1.3.2 Procedimentos para análise dos dados

Para a análise dos dados, procedeu-se uma análise textual a partir das transcrições integrais das entrevistas gravadas utilizando o IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) (Ratinaud, 2009), em sua versão 0.7, alpha 2. O IRaMuTeQ se caracteriza como um *software* gratuito, desenvolvido sob licença livre e código aberto, vinculado ao pacote estatístico R (R Core Team, 2021) e na linguagem *Python*. O *software* viabiliza diferentes tipos de análise de corpus textuais com rigor estatístico, desde as mais simples como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas como a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), análises de similitude e análises de correspondências (Camargo & Justo, 2021).

Conforme relembram Kami et al. (2016), é crucial destacar que o IRaMuTeQ não representa um método de análise de dados por si só, mas sim uma ferramenta que oferece suporte ao pesquisador durante o processamento de dados textuais. A análise e interpretação dos dados permanecem integralmente sob a responsabilidade do pesquisador. Nesse contexto, o presente estudo adotou o *software* com o propósito de aprimorar a solidez e a confiabilidade na análise dos resultados, ao mesmo tempo que busca mitigar possíveis vieses subjetivos durante a fase de análise.

A transcrição dos dados gerou dois corpora textuais monotemáticos, sendo classificados em Corpus 1, relativo ao conjunto das 10 entrevistas realizadas no pré-teste (antes da intervenção); e o Corpus 2, que continha as 10 entrevistas realizadas no pós-teste (após a intervenção). Visando preparação destes corpora para análise, a construção de ambos foi realizada segundo as recomendações da literatura (Camargo & Justo, 2021; Salviati, 2017) e são descritas a seguir.

Os textos de cada corpus foram formatados cumprindo as regras sugeridas por Salviati (2017) e Camargo & Justo (2021) para adequação ao *software* utilizado nas análises. Em cada corpus, os textos foram separados e antecidos por uma linha de comando com as seguintes variáveis: **** *suj, *cpt, *sex, *ida, *esc. A variável “*suj” trata-se do sujeito de pesquisa (tendo sido numerada de 01 ao 10, visando sigilo e identificação das entrevistas de cada sujeito nos 2 corpora); “*cpt”, que referia-se ao corpus textual, sendo que 01 identificava o Corpus 1 (pré-teste) e 02 o Corpus 2 (pós-teste); “*sex”, identificava o gênero do participante (sendo 01 para feminino e 02 para o masculino); “*ida”, diz respeito à idade dos sujeitos; e “*esc”, relativo à escolaridade (sendo utilizado 01 para identificar àquele com ensino fundamental incompleto e 02 àqueles com ensino médio completo). Em seguida, as entrevistas de cada corpus foram colocadas em um único arquivo de texto e salvas em formato UTF-8.

Visando atingir os objetivos deste estudo, foram conduzidas as seguintes análises textuais no IRaMuTeQ: Análise Fatorial de Correspondência (AFC), a CHD, a Nuvem de Palavras e a Análise de Similitude. Durante a etapa de pré-processamento, como tratamento comum à todas as análises realizadas, não foram realizadas alterações nos parâmetros padrão do *software*, exceto considerar “formas não reconhecidas” como suplementares e não como ativas para a análise. Em seguida, iniciou-se as análises para os dois corpora distintamente.

Para o processamento dos dados e realização das análises de AFC, CHD e nuvem de palavras, o IRaMuTeQ classifica segmentos de texto (ST) em consonância com seus respectivos

vocabulários, com base na frequência e no qui-quadrado (χ^2), permitindo a criação de classes definidas tendo em vista os critérios do número de palavras analisadas e as respectivas pontuações (Camargo & Justo, 2021; Loubère & Ratinaud, 2014). Foi observado que no Corpus 1, a retenção alcançada foi de 76,45% dos dados, resultando na identificação de 5 classes. Já no Corpus 2, para atender ao requisito mínimo de 75% de retenção (Camargo & Justo, 2021; Sousa, 2021), foi necessário alterar as configurações do *software* reduzindo o número de classes terminais de 10 para 9, alcançando assim uma retenção de 76,70% com a identificação de 4 classes. Considerando os STs parciais gerados pelo *software* e o conteúdo total do corpus em questão, depois de criadas, as classes foram nomeadas e descritas, para que a pesquisadora pudesse prosseguir com a análise e realizar a sua interpretação.

Para a realização da análise de similitude, foram realizadas adequações nas configurações e nos ajustes gráficos visando melhorar a visibilidade e comunicabilidade do gráfico gerado pelo IRaMuTeQ. Assim, como sugerem Camargo & Justo (2021), não foram selecionadas palavras com frequências muito altas (no Corpus 1 foram excluídas as palavras: não, ficar, aí, coisa e quando; e no Corpus 2: não, coisa, mais e gente; devido à discrepância de frequência em relação ao restante das palavras do corpus) e não foram selecionadas palavras com frequências baixas, tendo sido consideradas para análise apenas àquelas com frequência igual ou superior a 15. Na aba “Configurações gráficas” do IRaMuTeQ, manteve-se as configurações padrões com exceção de: selecionou-se “Comunidades” para que as palavras aparecessem coloridas facilitando a visualização das que estão mais associadas. Na aba “Ajustes gráficos”, as alterações realizadas foram: na opção “Texto do vértice igual a frequência” assinalou-se “chi-2” (ou seja, preferiu-se qui-quadrado, ao invés de “eff.” [efetivo]), e diminui-se o valor mínimo de 10 para 8 e o máximo de 25 para 20, conforme recomendações (Camargo & Justo, 2021).

6.2 RESULTADOS

Os resultados encontrados a partir da análise dos corpora das entrevistas serão apresentados ordenadamente para cada uma das análises realizadas. Inicialmente serão apresentadas as estatísticas textuais para o Corpus 1 e na sequência para o Corpus 2; em seguida, os resultados de cada análise: a CHD juntamente com as Nuvens de Palavras para as classes encontradas em cada Corpus; as AFCs; e, por fim, as Análises de Similitude para ambos os corpora.

Em relação às estatísticas textuais, o Corpus 1, composto pelas entrevistas do pré-teste, foi separado em 344 STs, tendo 263 segmentos aproveitados (76,45%). Emergiram 11.709 ocorrências (palavras, formas e vocábulos). Já o Corpus 2, formado pelo conjunto de entrevistas do pós-teste, foi organizado em 442 STs e apresentou uma taxa de retenção de 76,70%, ou seja, 339 segmentos. O Corpus 2 era maior, apresentando 15.005 ocorrências.

6.2.1 Classificação Hierárquica Descendente e Nuvem de Palavras

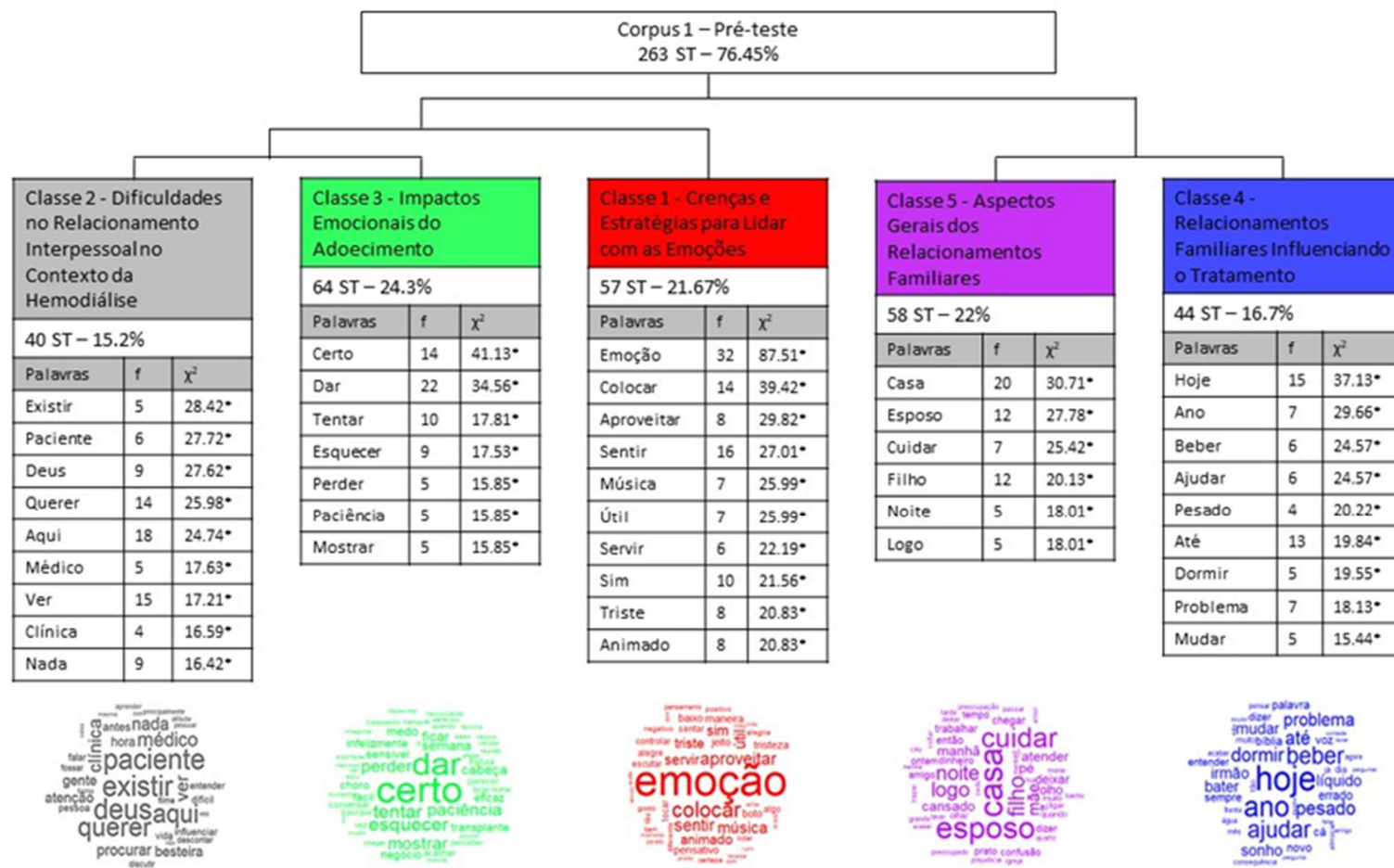
A análise de CHD do Corpus 1, que pode ser observada no dendrograma da Figura 4, indicou que o Corpus 1 se dividiu em 2 subcorpora, sendo o primeiro representado pelas classes à esquerda do dendrograma, a saber: Classe 1 – Crenças e Estratégias para Lidar com as Emoções; que mantém uma relação hierárquica e se subdivide em outras 2 classes subordinadas: a Classe 2 – Dificuldades no Relacionamento Interpessoal no Contexto da Hemodiálise e a Classe 3 – Impactos Emocionais do Adoecimento. O segundo subcorpus, à direita no dendrograma, incorpora as Classes 5 – Aspectos Gerais dos Relacionamentos Familiares e 4 – Relacionamentos Familiares Influenciando o Tratamento. Os títulos atribuídos às Classes foram decorrentes da interpretação da pesquisadora com base nos STs de maiores scores para cada categoria (que podem ser observados no Apêndice G) e serão apresentados nos próximos parágrafos.

A Classe 1 (Crenças e Estratégias para Lidar com as Emoções) reuniu vocábulos relacionados a como os participantes compreendem e regulam suas emoções. As crenças sobre as próprias emoções foram expressas nas palavras *aproveitar*, *útil* e *servir* e podem ser observadas nesse ST, por exemplo: “(...), mas às vezes as emoções colocam você lá para baixo, meio triste. Há emoções que eu acho negativas e outras mais positivas. Quando você vê que é algo bom para você, é até bom, mas nem tudo é tudo do jeito que você quer” (Participante 3). Outros participantes também expressaram: “(...) as emoções são úteis sim (...) servem tanto para equilibrar, assim como uma forma de aprendizado da vida mesmo” (Participante 5) ou “(...) as emoções servem para saber o que a pessoa está sentindo naquele momento, aí serve (...) para saber os pensamentos da pessoa, se ela tá com o pensamento positivo, negativo” (Participante 6). Além disso, nesta Classe algumas estratégias de RE foram descritas por meio das palavras *colocar*, *música*, *sentir*; conforme observado, por exemplo, neste ST: “Porém se sentir qualquer coisa, eu fico. Eu não vou. (...) eu fico sentado no carro, toca uma música, fico escutando até me sentir melhor para poder ir” (Participante 8). Ou ainda neste: “... aproveito as emoções. Na

minha casa, por exemplo, acontece alguma coisa, eu ligo o meu som. Coloco o hino.”
(Participante 1).

Figura 4

Resultados da Classificação Hierárquica Descendente do Corpus 1 gerada pelo IRaMuTeQ



Nota. ST – Segmentos de texto; * $p \leq 0,0001$, teste qui-quadrado

Na Classe 2 (Dificuldades no Relacionamento Interpessoal no Contexto da Hemodiálise), os participantes trazem relatos de situações vivenciadas por eles na clínica onde realizam o tratamento dialítico. Estes STs exemplificam a Classe: “Aqui é acompanhante, aqui é paciente, quer mandar [querem mandar mais que os donos, do que os médicos]. Mas isso não existe, isso me incomoda, mas não posso fazer nada” (Participante 1); “tem umas pessoas aqui com estresse, o estresse em si, e quer descontar nos outros. Me chama atenção o controle que as pessoas aqui da clínica têm” (Participante 8); “Aqui tem alguns médicos que não passam na sala. Existe médicos que procuram saber com você como você está, o que está acontecendo, como está tudo. E tem médico que vê a pasta e a máquina e vai embora” (Participante 5).

A Classe 3, denominada Impactos Emocionais do Adoecimento, é formada por relatos que exemplificam os desafios diários que os pacientes em tratamento de HD enfrentam. A participante 7, por exemplo, explica que “(...) quando me sinto sem paciência fico com aquele turbilhão de sentimentos. (...) Sim acho que isso dá certo, que eu chego mais tranquila em casa, chego mais tranquila, aí às vezes eu choro”. Em outros exemplos, lemos: “Às vezes fico um pouco triste, porque fiz o transplante e não deu certo. Não entrei na fila ainda do transplante porque apareceu um nódulo no meu rim inativo e eu vou ter que tirar ele” (Participante 8); “Tem pessoas que conseguem tirar 4 quilos, mas eu não consigo. Eu me sinto bem quando tiro 2 quilos. Até com 3 quilos quando eu tiro, às vezes dá certo. Sei lá, eu tenho medo que dê errado” (Participante 3).

No segundo subcorpus, as Classes 4 e 5 abordam relacionamentos familiares. A Classe 4 (Relacionamentos Familiares Influenciando o Tratamento) é composta por palavras relacionadas à rotina do tratamento dialítico, como por exemplo: *beber* e *pesado*. Nos STs da Classe os participantes ilustram como os aspectos domésticos afetam suas vidas: “Agora mesmo no Natal já me prejudicou, eu bebi umas coisinhas. Nesse ano novo, eu até me controlei. Tanto que eu fui dormir rápido mesmo. Assim eu me controlei e fui dormir, mas bebi muito líquido” (Participante 3); “Era aquela sensação de bater de frente mesmo. Ele tinha a opinião dele, eu tinha a minha, (...) até hoje ele diz quando ela estava errada não tinha quem fizesse ela pedir desculpas (...) Hoje ele perguntou. Eu disse: Bem, cheguei com 4,750 (kg). Ele disse: É o quê? Foi o quê que você bebeu? Foi água, foi café, foi refrigerante.” (Participante 10).

A Classe 5, por sua vez, traz “Aspectos Gerais dos Relacionamentos Familiares”, como pode ser visto nos relatos da Participante 10: “Às vezes ele diz: Eu sinto muito por passar tanto tempo fora e não poder te ajudar em casa. Porque ele sai de manhã e só chega à noite. (...) ele

diz que eu sou amiga, esposa, sou mãe, tudo para ele (...) siga o exemplo que você tem em casa porque eu segui o exemplo que eu tive na minha casa”.

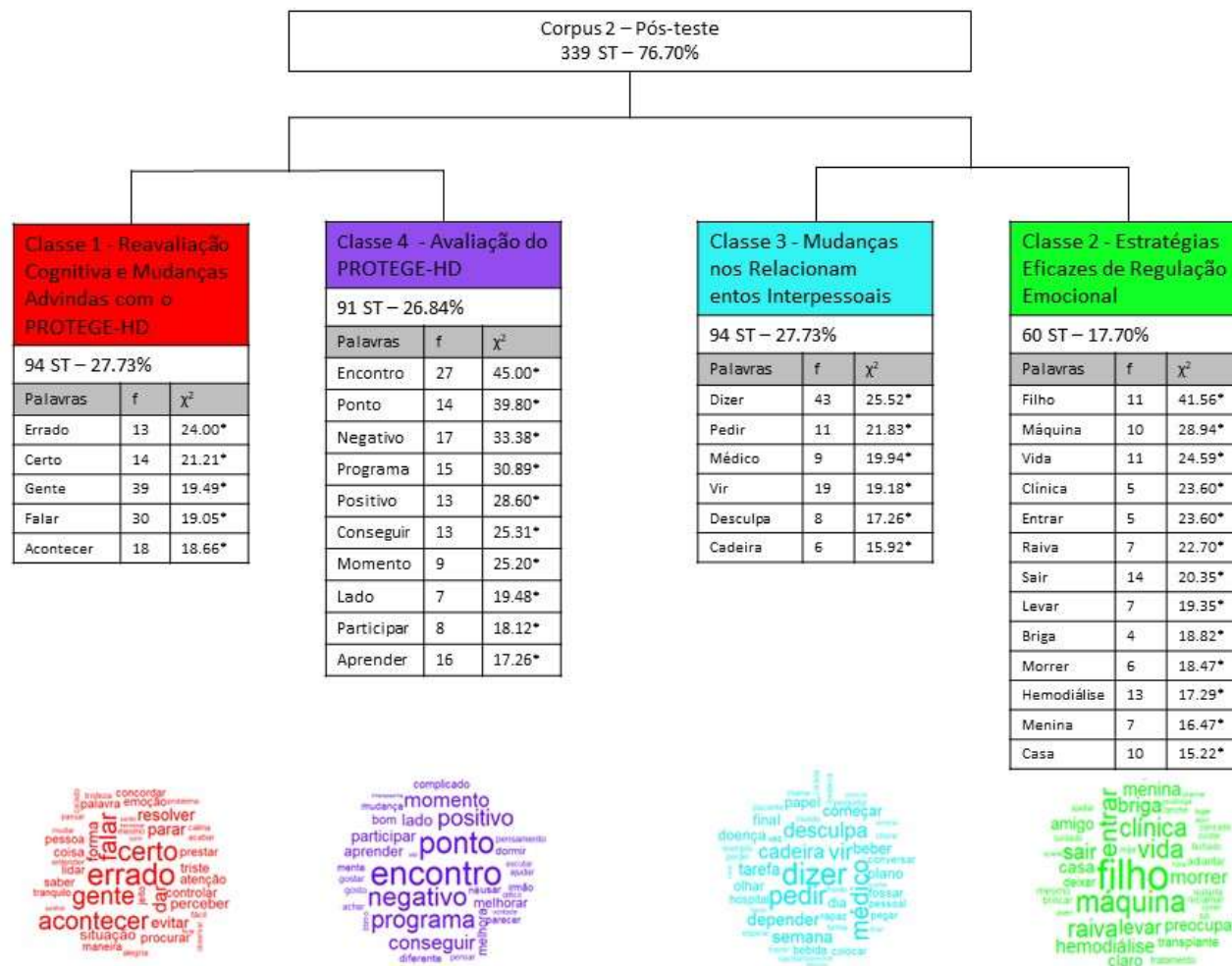
A análise de Nuvens de Palavras agrupa e organiza graficamente as ocorrências em função de sua frequência (Sousa, 2021). Neste estudo, as Nuvens de Palavras foram geradas para cada classe, visando reforçar as formas características que compõem cada uma ao possibilitar uma rápida identificação das palavras-chave. Na Classe 1, por exemplo, a Nuvem em vermelho demonstra que a palavra *emoção* está em grande destaque nesta classe. Na Classe 2, na Nuvem cinza destacam-se em relação à frequência: *paciente, existir, Deus, querer, aqui, clínica, ver e médico*. Na Classe 3, observa-se na Nuvem verde, principalmente as palavras, *dar e certo*. Já na Classe 4, a Nuvem azul revela as palavras: *hoje, ano, beber, ajudar, pesado e dormir*; como destaques. Por fim, na Classe 5, a Nuvem lilás aponta que as palavras *casa, esposo, cuidar e filho* são as mais representativas.

Os resultados das análises de CHD e Nuvem de Palavras do Corpus 2 podem ser observadas na Figura 5. O Corpus 2 é composto por entrevistas realizadas após o programa de intervenção. Os resultados mostram que o dendrograma também apresentou uma divisão em 2 subcorpora que novamente se subdividiam, resultando em quatro classes: duas no subcorpus à esquerda, as Classes 1 (Reavaliação Cognitiva e Mudanças Advindas com o PROTEGE-HD) e 4 (Avaliação do PROTEGE-HD); e outras duas à direita, a Classe 3 (Mudanças nos Relacionamentos Interpessoais) e a Classe 2 (Estratégias Eficazes de Regulação Emocional).

A Classe 1 e 4 estão relacionadas à participação no PROTEGE-HD. Na Classe 1, “Reavaliação Cognitiva e Mudanças Advindas com o PROTEGE-HD”, os participantes explicitam como o programa modificou a forma como lidam com diversas situações: “Uma coisa que a gente observa (...) eu digo isso está errado, mas vou falar com quem para resolver? [a gente não pode falar com ninguém]. Vou ficar quieta. Antes eu me sentia irritada [mas eu levo isso de forma tranquila] (Participante 1). Os participantes apresentam-se críticos com o comportamento de outras pessoas e consigo mesmos: “Pela forma da pessoa falar, a gente percebe as emoções dos outros, você já percebe a fisionomia da pessoa pelo semblante. Eu já me conheço, quando uma coisa me desagrade eu já fico logo de cara fechado” (Participante 6); “É porque tem gente que acontece as coisas, que o negócio dá errado, aí começa a chamar nome... tem muita gente assim. Eu não.” (Participante 2); “Com o tratamento tem muita gente que tem problemas de se expressar e conversar e saber lidar com as emoções, com as outras

Figura 5

Resultados da Classificação Hierárquica Descendente do Corpus 2 gerada pelo IRaMuTeQ



Nota. * $p \leq 0,0001$, teste qui-quadrado

peessoas na maneira de falar, porque é assim, palavras impensadas machucam” (Participante 10). Como estratégias para lidar com as situações, a reavaliação cognitiva foi citada: “Eu percebi muita coisa boa nos meus pensamentos também, a gente aprendeu muita coisa boa; ajuda muito a pessoa. A pessoa muda o pensamento na hora” (Participante 2). O mesmo participante relata: “aí o negócio dá uma tristeza sim, mas na hora certa dá alegria. Porque Deus evitou de acontecer um acidente. Consegui mudar o pensamento na hora. Eu lembro de muitas coisas dos encontros”.

A Classes 2, intitulada de “Estratégias Eficazes de Regulação Emocional”, reúne diversos exemplos trazidos pelos participantes sobre como eles lidam com suas experiências emocionais após a participação no PROTEGE-HD: “Sempre me preocupei em sair para comer e atrapalhar a vida de alguém. – Vá embora! Eu não vou não. Hoje mais não. Como eu disse para a minha filha, para onde me chamar eu vou (...) então a minha filha chama a mãe das amigas dela para gente ficar conversando. Minha filha me leva para conversar com as mães das amigas, mas antes eu nunca ia, pois eu ficava vendo elas comendo e eu sem poder comer muito” (Participante 1); “já outras reclamam muito da vida, mas você tem que pensar no que está viva, porque se não fosse essa máquina de hemodiálise... Muita gente morreu antigamente porque não tinha tratamento e hoje tem, mudou.” (Participante 8); “porque não adianta nada entrar numa máquina dessa com o coração triste, você vai passar mal. Eu mesmo olhe, de manhã cedo quando eu chego aqui, antes de chegar na máquina, lá embaixo, eu vou brincar com aquelas meninas que vendem lanche” (Participante 2).

A Classe 3, “Mudanças nos Relacionamentos Interpessoais”, é formado por experiências transformadoras vivenciadas pelos participantes em seus diferentes relacionamentos. Para exemplificar, os relatos destes participantes foram destacados da Classe: “Fiquei chateado, eu fiquei, mas fiquei paciente quando a médica veio. Eu já não queria mais sair. Se fosse antes, iria ter discussão, ia ter discussão. Pedi desculpa depois também e tal” (Participante 4); “Ela (...) começa a chorar, a reclamar. Às vezes acontece, só que ela não fala assim né, mas eu percebi. Aí ela pede desculpas, porque naquele dia estava assim, eu digo para não se aperrear, mas eu percebi” (Participante 3); “É, antes eu era explosivo demais, explosivo demais antes” (Participante 5).

A Classe 4 reúne palavras que remetem à “Avaliação do PROTEGE-HD” ao abordar pontos positivos e negativos da participação na intervenção. Nos STs, lemos: “Os encontros me ajudaram a melhorar ainda mais. Ponto positivo foi saber selecionar o momento daquela emoção, saber controlar. E o negativo é de ver que eu nem sempre estou certa e que eu confronto

nos momentos errado (...) isso é ponto negativo meu, não é do programa” (Participante 10); “Eu consigo trabalhar melhor hoje depois do programa, dos encontros, depois de tudo. Eu consegui melhorar mais, eu consigo lidar mais, com as duas [emoções] positiva e negativa, hoje melhor do que antes” (Participante 8); “Ajuda muito, muito mesmo. Você pensa que não, mas assim, a mente do ser humano é muito complicada. Mas se você começa a travar as coisas e só pensa nas coisas negativas... Tudo eu aprendi naquele encontro (...) um ponto negativo é que eu não consegui resolver os problemas, as atividades (...) eu acho que eu teria que ver mais encontros” (Participante 3). Nesta Classe, muitos participantes sugerem que mais pacientes da clínica tenham oportunidade de participar do PROTEGE-HD: “Eu achei boa as palestras. Deveriam todos participar, ter a oportunidade” (Participante 9); “É importante todos passarem pelos encontros, porque é assim, o psicológico, quando eu digo o pensamento da gente, a mente, é uma arma que a gente tem” (Participante 10); “Seria bom outros participarem dos encontros. Agora existe um pessoal daqui que é complicado. Porque é um programa bom e aqui é até bom, porque aqui tem uma pessoa para conversar. Se a pessoa aprendesse a aprender (...)” (Participante 3).

A análise de Nuvens de Palavras do Corpus 2 (Figura 5) representa as formas características de cada Classe que foram discutidas nos parágrafos anteriores. Na Classe 1, por exemplo, a Nuvem em vermelho destaca as palavras *errado*, *certo*, *gente*, *falar* e *acontecer*. Na Classe 2, em verde-claro, a palavra *filho* ganha destaque, seguido das palavras *máquina*, *vida*, *clínica* e *entrar*. A Classe 3, observada na Nuvem de Palavra azul-claro, aponta as palavras *dizer*, *pedir* e *médico* como as mais representativas. Por fim, a Classe 4 na cor roxa, revela as palavras *encontro*, *ponto*, *negativo* e *programa*, como as de maior destaque.

6.2.2 Análise Fatorial de Correspondência

A AFC pode ser considerada um mapa perceptual da posição relativa das variáveis analisadas, o que permite interpretar as relações de interdependência existentes entre as variáveis consideradas (Sousa, 2021). Na AFC realizada para o Corpus 1, conforme ilustrado na Figura 6, foi observado que os dois fatores explicaram 59,79% da variância total. O fator 1, representando o eixo horizontal, explicou 35,66% da variância total das respostas, enquanto o fator 2, representando o eixo vertical, explicou 24,13% do total de respostas.

No fator 1 (eixo horizontal da Figura 6), observa-se que se segue uma construção que vai desde os aspectos práticos da vida cotidiana – como lidar com os relacionamentos familiares, observando as palavras em destaque da Classe 5 (*cuidar, esposo, filho e casa*), e com as questões que refletem a rotina do tratamento dialítico na Classe 4 (*beber, pesado, dormir, ajuda*) –; passando pelas questões impostas pelo adoecimento nas Classes 2 e 3 (*Deus, médico, clínica, atenção, paciente, existir, dar, certo*); até chegarmos ao grande destaque que é lidar com a *emoção* na Classe 1: quando as palavras remontam que ao *sentir tristeza* ou estando *animado*, é possível *colocar* ou *aproveitar* com *música*, por exemplo.

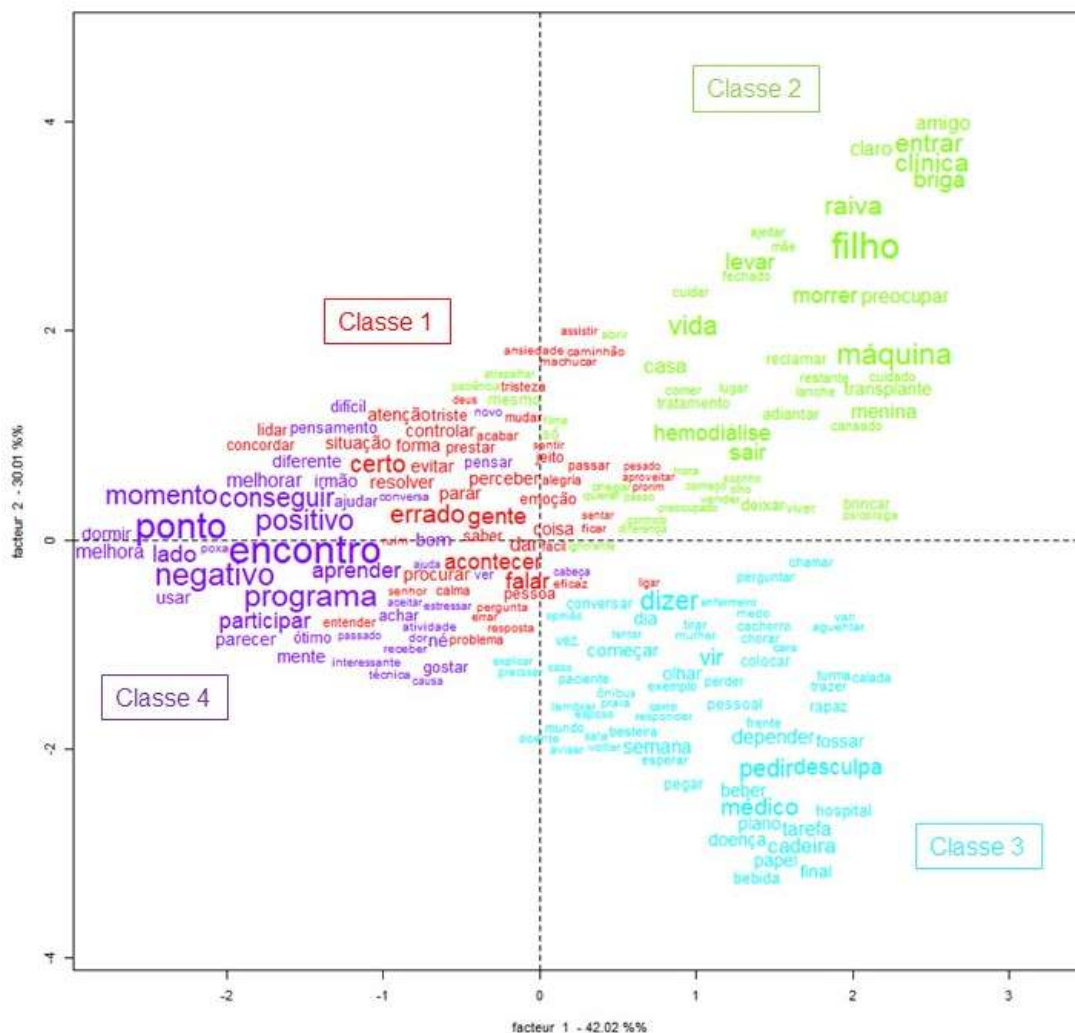
No fator 2 (eixo vertical da Figura 6), é interessante observar que as classes se unem e se afunilam, retrocedendo dos aspectos familiares (Classes 4 e 5) e emocionais (Classe 1) trazidos, nos deparamos com o *entender* e o *querer* do participante, que passando pelo *deus médico*, na *atenção da clínica*, alcança o ponto mais negativo do eixo, e surge nas palavras *paciente existir*.

Para o Corpus 2, a AFC realizada pode ser observada na Figura 7. Os fatores explicam 72,02% da variância total. No eixo horizontal, o fator 1 explica 30,01% da variância total das respostas. O fator 2, por sua vez, representando o eixo vertical, explicou 42,02% do total de respostas.

No fator 1 (eixo 1), observa-se que as palavras de maior destaque pertencem a Classe 4, sendo relacionadas ao PROTEGE-HD: *encontro, ponto, negativo, positivo, programa, conseguir, aprender, participar*. Seguindo no sentido horizontal, ainda sobreposta à Classe 4, porém mais posicionada na área mais central, surge a Classe 1, que evidencia as palavras *certo, errado, gente, acontecer e falar*. A partir daí, surgem as outras duas Classes, mas ambas se apresentam verticalmente (fator 2) opostas: no 1º quadrante situa-se a Classe 2 que traz maior destaque para a palavra *filho*, seguido das palavras *máquina, vida, hemodiálise, entrar, clínica, briga*; no 4º quadrante encontra-se a Classe 3 que apresenta termos relacionados à dinâmica dos relacionamentos interpessoais: *dizer, vir, pedir, desculpa e médico*.

Figura 7

Análise Fatorial de Correspondência do Corpus 2 gerada pelo IRaMuTeQ



6.2.3 Análise de Similitude

A Análise de Similitude utiliza a coocorrência das formas lexicais para construir uma representação gráfica sobre a estrutura do conteúdo de um corpus. A partir da árvore de coocorrência do Corpus 1, que pode ser observada na Figura 8, é possível observar as indicações de conexidade entre as palavras. No núcleo central da figura, emerge a palavra *pessoa*, a partir da qual surge o restante das ramificações. Outras duas palavras-chave da árvore são *emoção* e *querer*. É interessante apontar que *pessoa* se encontra entre elas – entre *sentir emoção* e *querer* (da qual emerge: *casa*, *filho*, *então*, *conversar*). Na análise, a *pessoa* está atravessada por

PROTEGE-HD. Para desenvolver esta investigação, os participantes foram entrevistados antes e depois da intervenção, e estas entrevistas foram submetidas à análise no IRaMuTeQ.

Esperava-se que a análise dos dados encontrasse diferenças no que se refere ao modo como os participantes lidavam com as emoções após a intervenção, por exemplo: expressando crenças positivas de utilidade e controlabilidade das emoções; referindo utilização mais frequente de estratégias relacionadas à reavaliação cognitiva e regulação de emoções positivas; e menos frequente de estratégias de supressão e evitação. Também era esperado que, de maneira geral, a intervenção impactasse positivamente na adesão do participante ao seu tratamento, no seu bem-estar psíquico e na sua QV.

Pacientes com DRC necessitam lidar com a cronicidade da doença e com as limitações impostas pelo tratamento. O tratamento de HD, em particular, apesar de ser vital, é responsável por um cotidiano restrito que afeta os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da vida (Pereira & Rudnicki, 2022). Nas entrevistas iniciais da coleta de dados, que integraram o Corpus 1, os participantes abordam a compreensão das emoções como tendo aspectos positivos e negativos, enfatizando o controle emocional (Classe 1 da CHD). Estratégias pessoais, como ouvir música, são mencionadas, juntamente com a expressão da variação emocional como parte da vida. As experiências compartilhadas no ambiente clínico destacavam dinâmicas de poder, as reações dos pacientes e estratégias de enfrentamento.

No Corpus 1, a CHD apontou ainda duas classes (2 e 3) em que os participantes trouxeram relatos de como lidavam com o adoecimento e o tratamento. Situações como a relação médico-paciente, o transplante renal e os desafios da restrição hídrica são exemplificados nos relatos trazidos. Além disso, os participantes expõem suas vulnerabilidades emocionais, expressando a “tristeza”, o “medo” e o “turbilhão de sentimentos” (Classe 3) que coexistem na rotina de ser paciente.

Um estudo desenvolvido por Sein et al. (2020) apontou que pacientes britânicos também relataram, em entrevistas, múltiplas fontes de sofrimento e falaram sobre a carga que os desafios emocionais alçaram em sua capacidade de gerenciar sua condição e desenvolver estratégias de enfrentamento. De maneira semelhante, ambos os grupos descreveram muitos problemas e fontes potenciais de angústia, sendo que os relatos foram dominados pela percepção das dificuldades quanto a capacidade de lidar com o impacto muitas vezes imprevisto da DRC e do seu tratamento, inclusive em termos da probabilidade de experimentarem desafios emocionais.

Outra semelhança entre os participantes deste estudo e o grupo entrevistado por Sein et al. (2020) é que, em ambos, os temas abordados pelos pacientes relacionavam-se à carga emocional da experiência de sofrimento do tratamento e às interações entre paciente e equipe oferecidas na unidade renal. O grupo britânico relata que se sentiam incapazes de levantar questões emocionais com a equipe de saúde, devido à percepção de que a equipe não tinha tempo para discutir questões não médicas, ou que eles não tinham as habilidades relevantes para lidar com quaisquer questões emocionais levantadas. De maneira semelhante, participantes deste estudo inicialmente apresentam queixas e dificuldades para lidar com “médicos que só veem a pasta [referindo-se ao prontuário] e a máquina [de diálise]” (Participante 5).

Pacientes em HD geralmente passam por três sessões de diálise por semana, cada sessão com duração de 4 horas, portanto, passam muito tempo com profissionais de saúde. Entretanto, são sobretudo cuidados fisicamente e, para além dos cuidados físicos, Yousefi & Shahgholian (2015) sublinham a necessidade de apoio emocional e psicológico por parte da equipe de saúde e de uma comunicação eficaz. Diante do impacto mediador do ambiente de tratamento nas estratégias de enfrentamento e ajustamento, Sein et al. (2020) reforçam que os serviços de tratamento renal devem trabalhar para remover barreiras para que os pacientes se sintam capazes de revelar questões emocionais. O reconhecimento mútuo de que tais questões são normais e esperadas dentro de uma condição crônica como a DRC é essencial e, para os autores, demonstram a importância de reconhecer o sofrimento do paciente e garantir um 'espaço de educação' na própria unidade de diálise.

Esses dados apontam para o fato de que lidar com as mudanças advindas do adoecimento requerem preparação diante do ajustamento psicológico que as situações exigem e programas de treinamento de habilidades são úteis neste contexto. Para Baudry et al. (2018), o desenvolvimento de intervenções direcionadas às competências emocionais, de acordo com os perfis e contextos emocionais dos indivíduos, pode ser benéfico para melhorar a saúde e a adaptação à doença. Dentre estas competências, os autores discutem que a RE foi apontada como tendo efeitos mais fortes na saúde. Inclusive, mais recentemente uma revisão sistemática observou que a RE em doenças crônicas, e particularmente na DRC, tem ganhado destaque na literatura e pode desempenhar um papel importante na não adesão ao tratamento devendo ser alvo de intervenções (Kaul et al., 2023).

Quando não é dada a oportunidade de aprender sobre as próprias emoções, observou-se que os pacientes podem sentir dificuldades em lidar com a sobrecarga do tratamento e com os

diversos aspectos de suas vidas, como gerenciar problemas pessoais e de relacionamentos. Nas Classes 4 e 5 do Corpus 1 deste estudo, os participantes entrevistados abordam como lidam com seus relacionamentos familiares. As falas refletem sobre o controle pessoal, resolução de conflitos familiares e a importância da comunicação e suporte entre membros da família, destacando a complexidade das dinâmicas familiares e o valor do cuidado recebido tanto na clínica quanto no ambiente familiar. A AFC do Corpus 1, observada na Figura 6, também apresenta esta relação interdependente apresentada entre os aspectos domésticos (que envolvem os membros da família e as tarefas domésticas) e a rotina do tratamento (exemplificada nos esforços para a adesão às orientações nutricionais de restrição hídrica).

Em outro estudo, pacientes em tratamento dialítico também expressaram que a influência do meio, a segurança e a estabilidade advindas das redes de apoio contribuem para a aceitação da doença e do tratamento (Rudnicki, 2014). Desta vez, dentre os temas trazidos por pacientes brasileiros, há relatos sobre o apoio familiar juntamente com questões relacionadas às perdas e aceitação da enfermidade.

Syihab et al. (2023) discutem que o apoio advindo dos relacionamentos familiares é primordial para melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes em HD. Os autores apontam que existem quatro formas de apoio familiar, a saber: 1) apoio instrumental, em que a família é uma fonte de ajuda prática e concreta; 2) apoio informativo, em que a família é a doadora de conselhos, propostas, sugestões e instruções, bem como informadores; 3) apoio de avaliação, em que a família atua como um doador de feedback e solução na resolução de problemas; e 4) apoio emocional, quando a família se torna um lugar seguro para descansar, recuperar-se e ajudar a regular as emoções nos pacientes.

Nas entrevistas realizadas inicialmente (Corpus 1), os participantes relatam como percebem o apoio recebido pelos relacionamentos familiares (Classes 4 e 5) e como lidam com as questões da clínica e do tratamento (Classes 2 e 3), porém os relatos apontam que nem sempre eles obtêm os resultados esperados em seus desafios. A análise de CHD mostrou que os participantes relatam que apesar de acreditarem que as emoções têm alguma utilidade, expressam dificuldades para lidarem com elas (Classe 1).

Na Análise de Similitude do Corpus 1, observada na Figura 8, evidenciou-se as palavras-chave: *emoção*, *pessoa* e *querer*. Observou-se que o vocábulo *pessoa* aparece no centro, entre *emoção* e *querer*. Esta poderia ser a representação do próprio início do processo de regulação

das emoções, que começa com a identificação da discrepância emocional entre seu estado objetivo (ou seja, o estado de *emoção* que a *pessoa* deseja [*quer*]) e o estado real (Gross, 2015). No entanto, esta é a fase inicial do modelo processual de RE proposto por Gross. Para que haja sucesso na regulação das emoções é necessário que esta identificação seja compreendida como uma oportunidade de regular e que seja sucedida pela seleção e implementação de estratégias eficazes de RE, bem como do monitoramento de todo este processo (McRae & Gross, 2020).

Os mecanismos de identificação no modelo de RE incluem processos que governam a busca de metas (Gutentag et al., 2020) e as crenças na controlabilidade das emoções (Kneeland et al., 2016). Para McRae & Gross (2020), a consequência de identificar de maneira inadequada a necessidade de regular é a falha na RE. No discurso dos participantes, isso pode ser observado, como exposto nesse ST: “(...) há emoções que eu acho negativas e outras mais positivas. Quando você vê que é algo bom para você, é até bom, mas nem tudo é do jeito que você quer” (Participante 3).

Do ponto de vista da diferença individual, um aspecto relevante a ser considerado nesse processo é a autoeficácia na RE, que se refere à crença de ser capaz de regular as emoções com sucesso quando necessário (Dryman et al., 2018). Em suma, para regular as emoções de forma eficaz, é fundamental que as pessoas acreditem na sua capacidade de controlar suas próprias emoções (Gutentag et al., 2017; Kneeland et al., 2016). Por outro lado, a falta de recursos de enfrentamento (incluindo a autoeficácia e habilidades de RE) pode aumentar o estresse percebido pelos pacientes, ameaçando consequentemente o estado de saúde física e social e induzindo a má adaptação psicológica (Alhawtmeh et al., 2022).

Neste sentido, o PROTEGE-HD foi criado para sanar as dificuldades apontadas pelos participantes e ajudá-los a lidarem com diferentes situações cotidianas que enfrentam e que exigem grande autoeficácia e gerenciamento emocional. Após a participação no PROTEGE-HD, nas entrevistas do Corpus 2, os participantes apresentaram temáticas relacionadas a comunicação, emoção, aprendizado pessoal e interações sociais. Em suas falas, destacam a importância de expressar-se adequadamente, lidar com sentimentos variados, aprender com experiências e gerenciar relações interpessoais. As análises apontam que, de maneira geral, os discursos sugerem uma jornada de crescimento pessoal e valorização das relações interpessoais, enfatizando os benefícios do autoaperfeiçoamento e da interação social.

Na Classe 1 da CHD do Corpus 2, as palavras de destaque *certo* e *errado* refletem um julgamento dos pacientes quanto às atitudes das pessoas, principalmente diante de situações emocionalmente mobilizadoras. Desta vez, em comparação às entrevistas do Corpus 1, é possível observar mais claramente o uso da autoeficácia na RE como uma habilidade aprimorada após a participação no programa. É importante frisar que não houve encontros e intervenções no Programa que adotassem o que é “certo” ou o que é “errado” no PROTEGE-HD (conforme apresentado no Estudo II) – pelo contrário, houve o reforço de que diferentes estratégias têm seu valor diante das diferentes emoções e situações, porém há as que são mais eficazes, visto que o modelo processual de RE propõe que as pessoas devem selecionar estratégias em função de: (a) características da emoção-alvo com base no contexto (por exemplo, intensidade emocional e tipo de emoção) e (b) uma análise custo-benefício do uso dessa estratégia, ponderando seus custos cognitivos e a efetividade percebida específica do contexto para o alvo (Sheppes & Gross, 2012).

Para exemplificar, o participante 2 relata o uso da estratégia de reavaliação cognitiva após sua avaliação inicial do contexto: “aí o negócio dá uma tristeza sim, mas na hora certa dá alegria, porque Deus evitou de acontecer um acidente. Consegui mudar o pensamento na hora. Eu lembro de muitas coisas dos encontros”. Ramos-Cejudo et al. (2024) discutem que a autoeficácia na RE pode proporcionar uma sensação de controle sobre as emoções, e é especialmente relevante àquela que diz respeito à capacidade de usar com sucesso a reavaliação (autoeficácia de reavaliação cognitiva). Assim, como explicam os autores, se os indivíduos tiverem a convicção de que podem aplicar com sucesso estratégias de RE, será mais provável que as utilizem e aprendam como essas estratégias impactam as suas emoções. Além disso, é importante notar que, embora a autoeficácia possa promover um maior uso de estratégias de RE, o uso bem-sucedido de estratégias de RE também pode aumentar a autoeficácia.

A Classe 2 da CHD reuniu STs que abordavam o uso de “Estratégias eficazes de RE”. Em metanálise, Boemo et al. (2022) resumem algumas das estratégias de RE mais relevantes que foram analisadas na literatura. A resolução de problemas refere-se ao uso de estratégias ou planos ativos para fazer mudanças na situação e está incluída na fase de modificação da situação. Distração (direcionar a atenção para algo diferente das emoções) e ruminação (pensar constantemente em como me sinto) são duas estratégias de RE que fazem parte da fase de direcionamento da atenção. Na fase de interpretação ou mudança cognitiva, duas estratégias de regulação são a reavaliação positiva (olhar as coisas de uma perspectiva mais positiva) e a aceitação (tentar aceitar a situação e as emoções). Já na fase de modulação da resposta, duas

das estratégias de RE seriam a supressão emocional (manter as emoções para si) e o compartilhamento social (compartilhar emoções com outras pessoas). Os autores observaram ainda que a reavaliação, a aceitação e a resolução de problemas estavam relacionadas ao afeto positivo contínuo.

O relato da participante 1 explicita o uso de estratégias de engajamento e reavaliação quando, anteriormente ao Programa, utilizava a ruminação e a evitação (em situações de relacionamentos interpessoais): “Sempre me preocupei em sair para comer e atrapalhar a vida de alguém. Vá embora, eu não vou não. Hoje, mais não. Como eu disse para a minha filha, para onde me chamar eu vou. (...) Hoje em dia eu vou aproveitar. Não é mais aquele negócio de não ir e ficar em casa”.

De maneira geral, nas entrevistas do Corpus 2, os participantes expõem que tiveram a oportunidade de desenvolver diversas habilidades voltadas para RE por meio de tarefas que levava a compreensão de como todas as emoções podem ser úteis conforme as percebemos, selecionamos estratégias eficazes para lidar com elas, implementamos e monitoramos estas estratégias. É um processo que, como representado na árvore de coocorrências (na Figura 9), envolve: *saber lidar com as situações emocionais positivas e negativas que se apresentam (inclusive, na hemodiálise, na máquina), dizer para si mesmo (paciente) e para outros (psicóloga, médico, filho, Deus) o necessário para receber/conseguir ajuda, para procurar se sentir bem; envolve ficar tranquilo diante dos problemas, do tratamento, da situação, em que para isso estratégias são utilizadas, como por exemplo: mudar o pensamento. Só então, percebe-se que a emoção e o querer podem caminhar na mesma direção e em última instância produzem uma mudança.*

No Corpus 2, percebe-se que os participantes refletem sobre estas mudanças advindas em seus relacionamentos (Classe 3) e avaliam sua participação no PROTEGE-HD (Classe 4). Os participantes enfatizam a seleção de estratégias que envolvem a adaptação e a aceitação das próprias emoções e circunstâncias, implementadas por meio do suporte familiar e da comunicação interpessoal. Os resultados são avaliados positivamente em termos de crescimento pessoal e perspectiva positiva diante dos desafios enfrentados. Em resumo, o Corpus 2 aponta diferenças nas estratégias selecionadas, na implementação e nas avaliações dos resultados.

A oportunidade dada aos participantes do PROTEGE-HD foi valorizada por eles, que relatam perceberem mudanças na maneira como passaram a lidar com seus relacionamentos

interpessoais, utilizando conscientemente mais estratégias eficazes de RE. Os efeitos positivos do programa são percebidos: os participantes relatam mudanças de comportamento e atitudes que refletem maior autocuidado. Também manifestam o desejo de que mais pacientes tenham a oportunidade de aprenderem e treinarem suas habilidades de gerenciamento emocional.

Conforme esperado, neste estudo observou-se que os participantes manifestaram lidar melhor com as emoções depois da intervenção (Corpus 2), relatando por exemplo: crenças positivas de utilidade e controlabilidade das emoções (Classe 4) e utilização mais frequente de estratégias relacionadas à reavaliação cognitiva e regulação de emoções positivas; e menos frequência nas estratégias de supressão e evitação (Classe 2). Também foi observado, de maneira geral, relatos de impactos positivos na adesão do participante ao seu tratamento (como o relato da permanência no tratamento, apesar do desejo de sair após discordância com a médica – Classe 3), seu bem-estar psíquico (autoconhecimento e emoções positivas – Classe 1) e sua QV (relacionamentos interpessoais – Classe 3).

Uma das limitações deste estudo diz respeito ao uso de amostragem de conveniência para recrutar uma pequena amostra de um ambiente (pacientes com DRC de uma única clínica de HD), o que limita a generalização dos resultados do estudo. Assim, sugere-se que estudos futuros sejam realizados sobre os impactos do PROTEGE-HD com amostras diversas de pacientes e com ênfase na verificação da existência (ou não) de diferenças sociodemográficas, de gênero e culturais, por exemplo. Outra limitação foi a condução da coleta de dados durante a pandemia do Covid-19 que, inevitavelmente, trouxe impactos e necessidade de adaptações visando priorizar os protocolos de saúde e segurança.

Apesar das limitações mencionadas, este estudo apresenta contribuições relevantes. Uma delas é evidenciar, a partir de uma perspectivaêmica observada nas narrativas dos participantes, a importância de intervenções sistemáticas de educação emocional e treinamento de habilidades de RE para um grupo de pacientes com DRC. Como contribuição prática, para profissionais e pesquisadores que pretendem auxiliar pacientes em seu ajustamento ao adoecimento, enfatiza-se a necessidade de entender que o sucesso na intervenção perpassa pelo estímulo à autoeficácia da RE dos participantes, incentivando-os à autonomia por meio das tarefas e reflexões propostas.

Por fim, salienta-se que investigações com pacientes em tratamento dialítico visando treinamento de habilidades para o gerenciamento emocional são necessárias e benéficas. Os

resultados obtidos neste trabalho reforçam a necessidade de abrir espaços nas unidades de saúde para o acolhimento das questões emocionais para a oferta de um tratamento integral e humanizado. O PROTEGE-HD, como um programa de treinamento de habilidades relacionadas à regulação emocional, mostrou-se como uma intervenção viável para os psicólogos utilizarem em sua prática profissional junto aos pacientes em hemodiálise, visando proporcionar "uma vida emocional melhor" para eles (McRae & Gross, 2020).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta central desta tese foi desenvolver e avaliar um programa de intervenção para o treinamento de habilidades de RE para pacientes em tratamento hemodialítico. Para isso, o trabalho foi conduzido em uma abordagem quantitativa e qualitativa, abrangendo três estudos distintos, porém relacionados.

O primeiro estudo buscou investigar as associações entre variáveis de ajustamento psicológico (regulação de emoções, crenças sobre emoções, ansiedade, depressão e estresse) e indicadores de QV e adesão ao tratamento de HD. Este objetivo foi parcialmente contemplado, pois foram identificadas associações significativas para QV de pacientes em HD, porém não foram encontrados resultados significativos entre as variáveis para adesão ao tratamento. Os resultados encontrados indicaram que as habilidades de regular as emoções, particularmente o conhecimento relacionado às estratégias ineficazes de RE, e as crenças na controlabilidade das emoções estão relacionadas ao componente mental da QV dos participantes. Portanto, essas variáveis são indicadas como alvos de treinamento e intervenções que buscam o bem-estar desses pacientes.

O segundo estudo tratou-se de um relato sobre o desenvolvimento da intervenção desta tese, que consiste em um programa de treinamento de regulação de emoções para pacientes renais crônicos em HD, denominado PROTEGE-HD, baseado na teoria processual de RE de Gross. Além de operacionalizar a base teórica em intervenções, os encontros do Programa objetivaram promover discussões sobre as crenças relacionadas às emoções e a prática de tarefas voltadas para o treinamento em habilidades eficazes para regular emoções agradáveis e desagradáveis.

Para investigar a aplicação da intervenção, o terceiro estudo verificou diferenças qualitativas na experiência emocional do paciente, comparando o período antes e depois da sua participação no PROTEGE-HD. A análise das entrevistas realizadas apontou que os participantes demonstraram lidar melhor com as emoções depois da intervenção, relatando crenças positivas de utilidade e controlabilidade das emoções e utilização mais frequente de estratégias eficazes de RE. Os participantes expressaram ainda como a participação no Programa impactou positivamente a maneira como lidam com os relacionamentos interpessoais e a rotina do tratamento, recomendando que mais pacientes tenham a oportunidade de participar. O PROTEGE-HD apresentou-se como uma intervenção viável, de baixo custo e profícua para aplicação em pacientes que fazem HD.

Apesar dos resultados encontrados, algumas dificuldades e limitações devem ser destacadas. Primeiramente, destaca-se que readaptações metodológicas foram necessárias em função da pandemia de Covid-19. Também se observa, conforme discutido anteriormente, que a amostra possui tamanho modesto e é composta por pacientes de uma única unidade de diálise do Nordeste do Brasil. Dessa forma, seria importante a ampliação dessa amostra para contemplar um perfil mais diverso e representativo de pacientes crônicos, por exemplo.

De maneira geral, as contribuições desta tese destacam que uma intervenção breve e focalizada possibilita aos participantes o conhecimento e a discussão sobre a importância das emoções e de suas crenças pessoais a respeito delas. Além disso, permite a compreensão da RE, bem como a implementação de estratégias eficazes para lidar com diferentes situações emocionais. Tais resultados são de grande relevância para psicólogos e demais profissionais de saúde que lidam com pacientes em hospitais e clínicas de HD, auxiliando-os a direcionar melhor suas ações no sentido de integrar, discutir e acolher as emoções nesse contexto.

É importante ressaltar que, apesar das políticas e diretrizes nacionais que exigem a integração da saúde emocional e psicológica no atendimento a pacientes com condições crônicas, ainda há progresso a ser feito no caso da DRC. Apesar de ser garantida a presença de um profissional da Psicologia em todos os serviços que ofertem terapia dialítica no Brasil, conforme regulamentado pela Portaria nº 389 (2014), evidencia-se que apenas a presença do psicólogo não é suficiente, sendo necessário seu constante aprimoramento e instrumentalização para lidar com os desafios da prática profissional na Psiconefrologia.

Tem-se a expectativa de que as informações obtidas nesta tese possam contribuir para uma melhor compreensão da relação entre as variáveis estudadas. Espera-se também que o PROTEGE-HD inspire profissionais e incentive a utilização de intervenções baseadas em protocolos e programas adaptados à sua realidade e à necessidade de seus pacientes, além de amparados na literatura e focados em problemas práticos.

Não se pretende estabelecer conclusões definitivas com este estudo, sendo fundamental a continuidade da pesquisa no acompanhamento de pacientes em HD, visando sua adesão e melhoria de sua QV, bem como o acolhimento e manejo de suas questões e dificuldades emocionais. Além disso, recomenda-se a ampliação deste estudo para outras populações crônicas com uma amostra maior, visando corroborar e expandir os resultados encontrados. Esse Programa pode ser uma medida complementar junto com outros métodos utilizados nos

programas de cuidado e tratamento de pacientes, contribuindo para uma abordagem mais abrangente e eficaz.

REFERÊNCIAS

- Abreu, A. P. D., Riella, M. C., & Nascimento, M. M. do. (2020). A Sociedade Brasileira de Nefrologia e a pandemia pela Covid-19. *Brazilian Journal of Nephrology*, 42 (2 suppl 1), 2–4. https://www.scielo.br/pdf/jbn/v42n2s1/pt_2175-8239-jbn-42-02-s01-0001.pdf
- Alasfar, S., & Avery, R. K. (2020). The impact of COVID-19 on kidney transplantation. *Nature Reviews Nephrology*, 16(10), 568–569. <https://doi.org/10.1038/s41581-020-00340-z>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Alhawattmeh, H., Alshammari, S., & Rababah, J. A. (2022). Effects of mindfulness meditation on trait mindfulness, perceived stress, emotion regulation, and quality of life in hemodialysis patients: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Sciences*, 9(2), 139–146. <https://doi.org/10.1016/J.IJNSS.2022.03.004>
- Ali, H., Soliman, K., Mohamed, M. M., Daoud, A., Shafiq, T., Fülöp, T., & Baharani, J. (2020). The effects of dialysis modality choice on cognitive functions in patients with end-stage renal failure: A systematic review and meta-analysis. *International Urology and Nephrology*. <https://doi.org/10.1007/s11255-020-02603-x>
- Aliasgharpour, M., Shomali, M., Moghaddam, M. Z., & Faghihzadeh, S. (2012). Effect of a self-efficacy promotion training programme on the body weight changes in patients undergoing haemodialysis. *Journal of Renal Care*, 38(3), 155–161. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2012.00305.x>
- Araújo, A. Y. C. C. de, Almeida, E. R. B. de, Lima, L. K. E. S., Sandes-Freitas, T. V. de, & Pinto, A. G. A. (2020). Declínio nas doações e transplantes de órgãos no Ceará durante a pandemia da COVID-19: estudo descritivo, abril a junho de 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30(1), e2020754. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100016>
- Asadizaker, B., Gheibizadeh, M., Ghanbari, S., & Araban, M. (2022). Predictors of Adherence to Treatment in Hemodialysis Patients: A Structural Equation Modeling. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran*, 36. Article 23. <https://doi.org/10.47176/mjiri.36.23>
- Azevedo, S. I. S. (2020). *A saúde mental na doença renal: o papel da vinculação, regulação emocional e da imagem corporal positiva*. [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto].
- Barberis, N., Cernaro, V., Costa, S., Montalto, G., Lucisano, S., Larcán, R., & Buemi, M. (2017). The relationship between coping, emotion regulation, and quality of life of patients on dialysis. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 52(2), 111–123. <https://doi.org/10.1177/0091217417720893>
- Barbosa, J. B. N., Moura, E. C. S. C. de, Lira, C. L. O. B. de, & Marinho, P. É. de M. (2017). Quality of life and duration of hemodialysis in patients with chronic kidney disease

- (CKD): a cross-sectional study. *Fisioterapia em Movimento*, 30(4), 781–788.
<https://doi.org/10.1590/1980-5918.030.004.ao13>
- Bastos, M. G. (2018). Prevenção da Doença Renal Crônica. Em M. C. Riella (Org.), *Princípios de nefrologia e distúrbios hidreletrolíticos* (6ª ed, p. 2319–2343). Guanabara Koogan.
- Baudry, A. S., Grynberg, D., Dassonneville, C., Lelorain, S., & Christophe, V. (2018). Sub-dimensions of trait emotional intelligence and health: A critical and systematic review of the literature. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59(2), 206–222.
<https://doi.org/10.1111/SJOP.12424>
- Bazrafshan, F. D., Darvizeh, Z., & Banijamali, S. S. (2023). The relationship between hemodialysis patients' treatment adherence, procrastination, and difficulty in emotion regulation: A cross-sectional study in southeast Iran. *Frontiers in Psychology*, 13, 1041912. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2022.1041912/BIBTEX>
- Becerra, R., Gainey, K., Gross, J. J., Ohan, J., & Preece, D. A. (2024). Beliefs about emotions: Latent Structure and Links with Emotion Regulation and Psychopathology. *Journal of Affective Disorders Reports*. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100728>
- Becerra, R., Preece, D. A., & Gross, J. J. (2020). Assessing beliefs about emotions: Development and validation of the emotion beliefs questionnaire. *PLoS ONE*, 15(4), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231395>
- Boemo, T., Nieto, I., Vazquez, C., & Sanchez-Lopez, A. (2022). Relations between emotion regulation strategies and affect in daily life: A systematic review and meta-analysis of studies using ecological momentary assessments. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 139, 104747. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104747>
- Brandão, H. F. C., Saraiva, M. B. M., Sousa, B. S. de, Almeida, S. S. de, Souza, E. D. S., Melo, H. C. M., & Tomyia, M. T. O. (2021). Estado nutricional e sua associação com risco cardiovascular no paciente em tratamento hemodialítico. *Brazilian Journal of Development*, 7(2), 11712–11728. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-003>
- Brasil. (2014). *Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde*. www.saude.gov.br/sas
- Breitsameter, G., Figueiredo, A. E., & Kochhann, D. S. (2012). Calculation of Kt/V in haemodialysis: a comparison between the formulas. *Jornal brasileiro de nefrologia : órgão oficial de Sociedades Brasileira e Latino-Americana de Nefrologia*, 34(1), 22–26. <https://doi.org/10.1590/S0101-28002012000100004>
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2021). Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. *Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina*, 1–73.
https://www.academia.edu/download/53221555/Tutorial_Iramuteq_2013_portugues.pdf
- Castro, F. P. S. (2018). *Competências emocionais e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise*. [Trabalho de Conclusão de Curso. Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, Hospital das Clínicas. Universidade Federal de Pernambuco].

- Chang, C. S., Hsu, Y. H., Cheng, J., & Lee, D. S. (2009). A dynamic frame sizing algorithm for CICQ switches with 100% throughput. *Proceedings - IEEE INFOCOM*, 28, 747–755. <https://doi.org/10.1109/INFCOM.2009.5061983>
- Christensen, A. J., & Ehlers, S. L. (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 712–724. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.712>
- Clarke, A. L., Yates, T., Smith, A. C., & Chilcot, J. (2016). *Patient's perceptions of chronic kidney disease and their association with psychosocial and clinical outcomes: a narrative review*. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfw014>
- Costa, L. R. O., Furtado, L. C. C., Braga, R. C. B., Brito, B. D. B. B., Sales, T. J. B., Motta, D. de L., Nunes, F. H. S., Schmidt, Y. F., Silva, H. R. de S. e, & Neto, O. C. L. da F. (2023). Impacto na Fila de Espera dos Transplantes de Órgãos Sólidos Durante a Pandemia de Covid-19: Uma Revisão Integrativa. *Brazilian Journal of Transplantation*, 26. https://doi.org/10.53855/bjt.v26i1.477_ENG
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2011). *Statistics Without Maths for Psychology* (5^o ed). Prentice Hall.
- Dantas, L. G., Rocha, M. S., & Cruz, C. M. S. (2020). Não aderência à hemodiálise, percepção de doença e de gravidade da nefropatia avançada. *Brazilian Journal of Nephrology*, 1–7. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2019-0147>
- De Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 372(9634), 246–255. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61078-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61078-8)
- Dekker, J., & de Groot, V. (2018). Psychological adjustment to chronic disease and rehabilitation – an exploration. *Disability and Rehabilitation*, 40(1), 116–120. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1247469>
- Dryman, M., review, R. H.-C. psychology, & 2018, undefined. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: A systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *ElsevierMT Dryman, RG HeimbergClinical psychology review, 2018•Elsevier*, 65, 17–42. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.004>
- Duarte, P. S., Ciconelli, R. M., & Sesso, R. (2005). Cultural adaptation and validation of the “Kidney Disease and Quality of Life - Short Form (KDQOL-SF™ 1.3)” in Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 38(2), 261–270. <https://doi.org/10.1590/S0100-879X2005000200015>
- Eckardt, K. U., Coresh, J., Devuyst, O., Johnson, R. J., Köttgen, A., Levey, A. S., & Levin, A. (2013). Evolving importance of kidney disease: From subspecialty to global health burden. *The Lancet*, 382(9887), 158–169. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60439-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60439-0)
- Epskamp, S., Cramer, A. O. J., Waldorp, L. J., Schmittmann, V. D., & Borsboom, D. (2012). qgraph: Network Visualizations of Relationships in Psychometric Data. *Journal of Statistical Software*, 48, 1–18. <https://doi.org/10.18637/JSS.V048.I04>

- Ford, B. Q., & Gross, J. J. (2018). Emotion regulation: Why beliefs matter. *Canadian Psychology*, 59(1), 1–14. <https://doi.org/10.1037/cap0000142>
- Ford, B. Q., & Gross, J. J. (2019). Why Beliefs About Emotion Matter: An Emotion-Regulation Perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 28(1), 74–81. <https://doi.org/10.1177/0963721418806697>
- Ford, B. Q., & Gross, J. J. (2020). Development and validation of the Emotion Beliefs Questionnaire. *PLOS ONE*, 15(4), e0231395. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231395>
- Ford, B. Q., Lam, P., John, O. P., & Mauss, I. B. (2018). The Psychological Health Benefits of Accepting Negative Emotions and Thoughts: Laboratory, Diary, and Longitudinal Evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 115(6), 1075–1092. <https://doi.org/10.1037/pspp0000157.supp>
- George, D., & Mallery, P. (2019). IBM SPSS Statistics 26 Step by Step: A Simple Guide and Reference. Em *IBM SPSS Statistics 26 Step by Step*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429056765>
- Ghasemi Bahraseman, Z., Mangolian Shahrabaki, P., & Nouhi, E. (2021). The impact of stress management training on stress-related coping strategies and self-efficacy in hemodialysis patients: a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychology*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/S40359-021-00678-4>
- Gillanders, S., Wild, M., Deighan, C., & Gillanders, D. (2008). Emotion Regulation, Affect, Psychosocial Functioning, and Well-being in Hemodialysis Patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 51(4), 651–662. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2007.12.023>
- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2014). *Sample Chapter: Handbook of Emotion Regulation, Second Edition*. www.guilford.com/p/gross
- Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gutentag, T., Halperin, E., Porat, R., Bigman, Y. E., & Tamir, M. (2017). Successful emotion regulation requires both conviction and skill: beliefs about the controllability of emotions, reappraisal, and regulation success. *Cognition and Emotion*, 31(6), 1225–1233. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1213704>
- Gutentag, T., John, O. P., Gross, J. J., & Tamir, M. (2020). *Correlates of Change Incremental Theories of Emotion Across Time : Temporal Dynamics and Correlates of Change*.

- Ha Dinh, T. T., Bonner, A., Clark, R., Ramsbotham, J., & Hines, S. (2016). The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBIR database of systematic reviews and implementation reports*, 14(1), 210–247. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-2296>
- Hays, R. D., Kallich, J. D., Mapes, D. L., Coons, S. J., & Carter, W. B. (1994). Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) instrument. *Quality of Life Research*, 3(5), 329–338. <https://doi.org/10.1007/BF00451725>
- Henry, B. M., & Lippi, G. (2020). Chronic kidney disease is associated with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection. *International Urology and Nephrology*, 52(6), 1193–1194. <https://doi.org/10.1007/s11255-020-02451-9>
- Hodzic, S., Scharfen, J., Ripoll, P., Holling, H., & Zenasni, F. (2018). How Efficient Are Emotional Intelligence Trainings: A Meta-Analysis. *Emotion Review*, 10(2), 138–148. <https://doi.org/10.1177/1754073917708613>
- Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., Altman, D. G., Barbour, V., Macdonald, H., Johnston, M., Kadoorie, S. E. L., Dixon-Woods, M., McCulloch, P., Wyatt, J. C., Phelan, A. W. C., & Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*, 348. <https://doi.org/10.1136/BMJ.G1687>
- Hortop, E. G., Wrosch, C., & Gagné, M. (2013). The why and how of goal pursuits: Effects of global autonomous motivation and perceived control on emotional well-being. *Motivation and Emotion*, 37(4), 675–687. <https://doi.org/10.1007/s11031-013-9349-2>
- Huber, M., André Knottnerus, J., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ (Online)*, 343(7817), 1–3. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Hughes, D. J., & Evans, T. R. (2018). Putting “emotional intelligences” in their place: Introducing the Integrated Model of Affect-Related Individual Differences. *Frontiers in Psychology*, 9(NOV), 1–15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02155>
- Ikizler, T. A., Burrowes, J. D., Byham-Gray, L. D., Campbell, K. L., Carrero, J. J., Chan, W., Fouque, D., Friedman, A. N., Ghaddar, S., Goldstein-Fuchs, D. J., Kaysen, G. A., Kopple, J. D., Teta, D., Yee-Moon Wang, A., & Cuppari, L. (2020). KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update. *American Journal of Kidney Diseases*, 76(3), S1–S107. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.05.006>
- Jha, V., Garcia-Garcia, G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, S., Plattner, B., Saran, R., Wang, A. Y. M., & Yang, C. W. (2013). Chronic kidney disease: Global dimension and perspectives. *The Lancet*, 382(9888), 260–272. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60687-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60687-X)
- Johnston, T. E., Petrova, K., Mehta, A., Gross, J. J., McEvoy, P., & Preece, D. A. (2024). The role of emotion beliefs in depression, anxiety, and stress. *Australian Psychologist*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/00050067.2023.2290734>

- Juntunen, T. (2024). *Iäkkään kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavan ennuste ja elämänlaatu dialyysihoidossa tai oireenmukaisessa hoidossa*. <http://www.theseus.fi/handle/10024/818636>
- Kalbasi, R., Hatami, M., Seyrafi, M., Hakemi, M., & Sabet, M. (2020). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and process emotion regulation training in quality of life among hemodialysis patients. *Nurse and Physician Within War*, 8(27), 7–15. <https://doi.org/10.29252/NPWJM.8.27.7>
- Kami, M. T. M., Larocca, L. M., Chaves, M. M. N., Lowen, I. M. V., Souza, V. M. P. de, & Goto, D. Y. N. (2016). Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. *Escola Anna Nery*, 20(3), 1–5. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160069>
- Karpinski, S., Sibbel, S., Gray, K., Walker, A. G., Luo, J., Colson, C., Stebbins, J., & Brunelli, S. M. (2023). Predicting Hospitalizations for Patients With Chronic Kidney Disease. *American Journal of Managed Care*, 29(9), E262–E266. <https://doi.org/10.37765/AJMC.2023.89428>
- Kaul, S., Ahsan, A., Singh, N. P., & Gupta, A. K. (2023). Emotion Regulation in Chronic Kidney Disease - A Systematic Review. *Emotion Regulation in Chronic Kidney Disease The Journal of International Medical Sciences Academy*, 36(1). <http://www.wame.orgICMJE:http://www.icmje.org>
- Kavanagh, N. T., Schiller, B., Saxena, A. B., Thomas, I. C., & Kurella Tamura, M. (2015). Prevalence and correlates of functional dependence among maintenance dialysis patients. *Hemodialysis International*, 19(4), 593–600. <https://doi.org/10.1111/hdi.12286>
- Khan, A. J., O'Donovan, A., Neylan, T. C., Gross, J. J., & Cohen, B. E. (2020). Suppression, but not reappraisal, is associated with inflammation in trauma-exposed veterans. *Psychoneuroendocrinology*, 122(August), 104871. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104871>
- Kneeland, E. T., & Dovidio, J. F. (2020). Supplemental Material for Emotion Malleability Beliefs and Coping With the College Transition. *Emotion*, 20(3), 452–461. <https://doi.org/10.1037/emo0000559.supp>
- Kneeland, E. T., Nolen-Hoeksema, S., Dovidio, J. F., & Gruber, J. (2016). Emotion Malleability Beliefs Influence the Spontaneous Regulation of Social Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 40(4), 496–509. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9765-1>
- Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2013). *Regulação Emocional em Psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental*. Artmed Editora.
- LeBlanc, S. (2013). *An Emotion Regulation Training Programme Focused on the Improvement of Mental Wellbeing through an Increase in Cognitive Reappraisal*. University of Roehampton.
- LeBlanc, S., Uzun, B., Pourseied, K., & Mohiyeddini, C. (2017). Effect of an emotion regulation training program on mental well-being. *International Journal of Group Psychotherapy*, 67(1), 108–123. <https://doi.org/10.1080/00207284.2016.1203585>

- Lee, M., & Choi, H. (2023). Art-based emotion regulation in major depression: Framework for intervention. *The Arts in Psychotherapy*, 83, 102018. <https://doi.org/10.1016/J.AIP.2023.102018>
- Leite, M. N., Hoffmann, T. C., Helal, L., Umpierre, D., & Yamato, T. P. (2023). Helping to know about the intervention: The Template for Intervention Description and Replication (TIDieR) checklist is now available in Brazilian Portuguese. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 27(1). <https://doi.org/10.1016/J.BJPT.2023.100483>
- Lira, C. L. O. B. de. (2017). *Construção e Busca de Evidências de Validade para um Instrumento de Avaliação da Regulação Emocional* [Universidade Federal de Pernambuco]. <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/26023>
- Lira, C. L. O. B. de. (2020). Validity evidences for the Emotion Regulation Test. *Psico-USF*, 25(4), 613–624. <https://doi.org/10.1590/1413/82712020250402>
- Lira, C. L. O. B. de, Avelar, T. C. de, & Bueno, J. M. M. H. (2015). Coping e Qualidade de Vida de Pacientes em Hemodiálise. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 6(1), 82. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2015v6n1p82>
- Lira, C. L. O. B. De, & Bueno, J. M. H. (2020). Validity evidences for the Emotion Regulation Test. *Psico-USF*, 25(4), 613–624. <https://doi.org/10.1590/1413/82712020250402>
- Lira, C. L. O. B. de, & Bueno, M. J. H. (2022). Teste de regulação de emoções: análise com a teoria de resposta ao item. *Psicologia: teoria e prática*, 24(1), 1–21. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/EPTPPA13605.EN>
- Liyanage, T., Ninomiya, T., Jha, V., Neal, B., Patrice, H. M., Okpechi, I., Zhao, M. H., Lv, J., Garg, A. X., Knight, J., Rodgers, A., Gallagher, M., Kotwal, S., Cass, A., & Perkovic, V. (2015). Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: A systematic review. *The Lancet*, 385(9981), 1975–1982. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61601-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61601-9)
- Loubère, L., & Ratinaud, P. (2014). *Documentation IRaMuTeQ 0.6 alpha 3 version 0.1*. http://iramuteq.org/documentation/fichiers/documentation_19_02_2014.pdf
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com utilização do SPSS (5ª)*. Report Number.
- Maslakpak, M. H., & Shams, S. (2015). A Comparison of Face to Face and Video-Based Self Care Education on Quality of Life of Hemodialysis Patients. *International journal of community based nursing and midwifery*, 3(3), 234–243. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26171412>
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/emo0000703>

- Mestre, J. M., MacCann, C., Guil, R., & Roberts, R. D. (2016). Models of Cognitive Ability and Emotion Can Better Inform Contemporary Emotional Intelligence Frameworks. *Emotion Review*, 8(4), 322–330. <https://doi.org/10.1177/1754073916650497>
- Miguel, F. K., Giromini, L., Colombarolli, M. S., Zuanazzi, A. C., & Zennaro, A. (2017). A Brazilian Investigation of the 36- and 16-Item Difficulties in Emotion Regulation Scales. *Journal of Clinical Psychology*, 73(9), 1146–1159. <https://doi.org/10.1002/jclp.22404>
- Moattari, M., Ebrahimi, M., Sharifi, N., & Rouzbeh, J. (2012). The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: A randomized controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-115>
- Muran, J. C., Teachman, B., Aldao, A., Ehrenreich-May, J., Fonagy, P., Greenberg, L., Gross, J., Magnavita, J., Mayo-Wilson, E., McMain, S., Soto, J. A., Bufka, L., Halfond, R., Kurtzman, H., & Marzalik, J. S. (2024). *Proposal to Develop a Clinical Practice Guideline on Emotion Regulation: Final Report*. <https://doi.org/10.31234/OSF.IO/G627D>
- Nakao, R. T. (2013). *Variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas associadas à adesão à hemodiálise*. 112. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-07102013-104339/pt-br.php>
- Nerbass, F. B., Lima, H. D. N., Thomé, F. S., Neto, O. M. V., Sesso, R., & Lugon, J. R. (2023). Brazilian Dialysis Survey 2021. *Brazilian Journal of Nephrology*, 45(2), 193–199. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2022-0083PT>
- Neves, P. D. M. de M., Sesso, R. de C. C., Thomé, F. S., Lugon, J. R., & Nascimento, M. M. (2020). Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. *J. Bras. Nefrol.*, 42(2), 191–200. <https://doi.org/2175-8239-JBN-2019-0234>
- Nifa, S., & Rudnicki, T. (2010). Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13(1), 64–75. <https://doi.org/10.57167/REV-SBPH.13.453>
- Noughabi, A. D., Moghadam, I. G., Khavasi, M., Raznahan, R., Mendi, A. A., & Mohsenikhah, M. (2019). Evaluation of depression, anxiety and stress in hemodialysis patients in Gonabad city 2017. *Internal Medicine Today*, 25(2), 134–138. https://imtg.gmu.ac.ir/browse.php?a_id=3064&sid=1&slc_lang=en
- Nozaki, C., Oka, M., & Chaboyer, W. (2005). The effects of a cognitive behavioural therapy programme for self-care on haemodialysis patients. *International Journal of Nursing Practice*, 11(5), 228–236. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2005.00525.x>
- Oliveira, A. S. (2019). Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 15(32), 69–79. <https://doi.org/10.14393/hygeia153248614>
- Patias, N. D., Machado, W. D. L., Bandeira, D. R., & Dell’Aglío, D. D. (2016). Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) - Short Form: Adaptação e Validação para Adolescentes Brasileiros. *Psico-USF*, 21(3), 459–469. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210302>

- Peixoto, E. M., Rocha, G. M. A. da, Franco, J. de O., & Bueno, J. M. H. (2020). Avaliação da mentalidade sobre o estresse em amostra do Norte e Nordeste brasileiro. *Estudos de Psicologia*, 24(3), 328–339. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20190033>
- Pereira, B. dos S., & Rudnicki, T. (2022). Saúde Mental e Abordagem Psicológica na Hemodiálise. Em B. dos S. Pereira & N. M. S. Fernandes (Orgs.), *Psicologia e nefrologia: teoria e prática* (p. 327–362).
- Petrides, K. V. (2010). Trait Emotional Intelligence Theory. *Industrial and Organizational Psychology*, 3(2), 136–139. <https://doi.org/10.1111/j.1754-9434.2010.01213.x>
- Petrides, K. V. (2017). Intelligence, Emotional☆. Em *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.05601-7>
- Pio-Abreu, A., do Nascimento, M. M., Vieira, M. A., de Menezes Neves, P. D. M., Lugon, J. R., & Sesso, R. (2020). High mortality of CKD patients on hemodialysis with Covid-19 in Brazil. *Journal of Nephrology*, 33(5), 875–877. <https://doi.org/10.1007/s40620-020-00823-z>
- Ponce, D. (2020). The impact of coronavirus in Brazil: politics and the pandemic. *Nature Reviews Nephrology*, 16(9), 483. <https://doi.org/10.1038/s41581-020-0327-0>
- Poorgholami, F., Abdollahifard, S., Zamani, M., Kargar Jahromi, M., & Badiyepeyma Jahromi, Z. (2016). The Effect of Stress Management Training on Hope in Hemodialysis Patients. *Global journal of health science*, 8(7), 165–171. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n7p165>
- Portaria nº 389, Pub. L. No. 389, Diário Oficial da União (2014).
- Quoidbach, J., Berry, E. v., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 368–373. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.048>
- Quoidbach, J., & Gross, J. J. (2015). Psychological Bulletin Positive Interventions : An Emotion Regulation Perspective. *Psychological Bulletin*, 141(2), 25–27.
- R Core Team. (2021). *R A Language and Environment for Statistical Computing*. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3131254>
- Ramírez-Perdomo, C. A., & Solano-Ruíz, M. C. (2018). Social construction of the experience of living with chronic kidney disease. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2439.3028>
- Ramos-Cejudo, J., Salguero, J. M., García-Sancho, E., & Gross, J. J. (2024). Emotion Regulation Frequency and Self-Efficacy: Differential Associations with Affective Symptoms. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/J.BETH.2024.02.009>
- Rashid, T., & Seligman, M. (2019). *Psicoterapia Positiva: Manual do Terapeuta*. Artmed Editora.

- Ratinaud, P. (2009). *IRaMuTeQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*.
https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=+IRAMUTEQ:+Interface+de+R+pour+les+Analyses+Multidimensionnelles+de+Textes+et+de+Questionnaires&author=Ratinaud+P.&publication_year=2009#d=gs_cit&t=1707982378810&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AvTM4oht42zQJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Dpt-BR
- Ren, Q., Lian, M., Liu, Y., Thomas-Hawkins, C., Zhu, L., & Shen, Q. (2019). Effects of a transtheoretical model-based WeChat health education programme on self-management among haemodialysis patients: A longitudinal experimental intervention study. *Journal of Advanced Nursing*, 75(12), 3554–3565. <https://doi.org/10.1111/jan.14182>
- Resende, M. C. de, Santos, F. A. dos, Souza, M. M. de, & Marques, T. P. (2007). Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. *Psicologia Clínica*, 19(2), 87–99.
<https://doi.org/10.1590/s0103-56652007000200007>
- Retana, B. R. de A. F., Basabe-Barañano, N., & Saracho-Rotaeché, R. Ó. (2013). El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: Un estudio longitudinal y multicéntrico. *Nefrología*, 33(3), 342–354.
<https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2013.Feb.11771>
- Ribeiro, W. A., Evangelista, D. da S., Figueiredo Júnior, J. C., & Sousa, J. G. M. de. (2020). Encadeamentos da Doença Renal Crônica e o impacto na qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. *Revista Pró-UniverSUS*, 11(2), 111–120.
<https://doi.org/10.21727/rpu.v11i2.2306>
- Ribeiro, W. A., Jorge, B. de O., & Queiroz, R. de S. (2020). Repercussões da hemodiálise no paciente com doença renal crônica: uma revisão da literatura. *Revista Pró-UniverSUS*, 11(1), 88–97. <https://orcid.org/0000-0002-4805-6156>
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., Davidson, K. W., Saab, P. G., & Kubzansky, L. (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: The emerging field of behavioral cardiology. Em *Journal of the American College of Cardiology* (Vol. 45, Número 5, p. 637–651). Elsevier USA.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2004.12.005>
- RStudio Team. (2015). *RStudio: Integrated Development Environment for R*.
<http://www.rstudio.com/>.
- Rudnicki, T. (2007). Life quality predictors in renal chronic patients. *Revista Estudos de Psicologia*, 24(3), 343–352.
- Rudnicki, T. (2014). Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. *Contextos Clínicos*, 7(1), 105–116. <https://doi.org/10.4013/CTC.2014.71.10>
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*, 72(June), 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>

- Salviati, M. E. (2017). *Manual do aplicativo Iramuteq (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3): compilação, organização e notas de Maria Elisabeth Salviati*.
<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>
- Santos, C. G. da S., Tavares, A. P. dos S., Martins, C. T., Barros, J. N., Silva, A. M. M. da, Lotaif, L., & Souza, J. V. Lourenço. (2020). Cuidado paliativo renal e a pandemia de Covid-19. *Brazilian Journal of Nephrology*, 42((2 suppl 1)), 44–46.
https://www.scielo.br/pdf/jbn/v42n2s1/pt_2175-8239-jbn-42-02-s01-0044.pdf
- SBN. (2021). *Dia Mundial do Rim*. <https://www.sbn.org.br/dia-mundial-do-rim/dia-mundial-do-rim-2021/>
- Scott, A. J., Bisby, M. A., Heriseanu, A. I., Salameh, Y., Karin, E., Fogliati, R., Dudeney, J., Gandy, M., Mclellan, L. F., Wootton, B., Mcdonald, S., Correa, A., Titov, N., & Dear, B. F. (2023). Cognitive behavioral therapies for depression and anxiety in people with chronic disease: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 106. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102353>
- Sein, K., Damery, S., Baharani, J., Nicholas, J., & Combes, G. (2020). Emotional distress and adjustment in patients with end-stage kidney disease: A qualitative exploration of patient experience in four hospital trusts in the West Midlands, UK. *PLoS ONE*, 15(11 November), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241629>
- Sgnaolin, V., Prado, A. E., & Figueiredo, L. (2009). *Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise*. 4430(62), 109–116.
- Shahnavazi, M., Parsa-Yekta, Z., Yekaninejad, M. S., Amaniyan, S., Griffiths, P., & Vaismoradi, M. (2018). The effect of the emotional intelligence education programme on quality of life in haemodialysis patients. *Applied Nursing Research*, 39(8049), 18–25.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.10.017>
- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2012). The challenge of staying happier: Testing the hedonic adaptation prevention model. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(5), 670–680. <https://doi.org/10.1177/0146167212436400>
- Sheppes, G., & Gross, J. J. (2012). Emotion Regulation Effectiveness: What Works When. Em *Handbook of Psychology, Second Edition*. Wiley.
<https://doi.org/10.1002/9781118133880.hop205018>
- Shokrpour, N., Sheidaie, S., Amirkhani, M., Bazrafkan, L., & Modreki, A. (2021). Effect of positive thinking training on stress, anxiety, depression, and quality of life among hemodialysis patients: A randomized controlled clinical trial. *Journal of education and health promotion*, 10(1). https://doi.org/10.4103/JEHP.JEHP_1120_20
- Smyth, J. M., & Arigo, D. (2009). Recent evidence supports emotion-regulation interventions for improving health in at-risk and clinical populations. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(2), 205–210. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283252d6d>
- Solbakken, O. A., Ebrahimi, O. V., Hoffart, A., Monsen, J. T., & Johnson, S. U. (2021). Emotion regulation difficulties and interpersonal problems during the COVID-19

- Pandemic: Predicting anxiety and depression. *psyarxiv.com*, 20(4).
<https://doi.org/https://doi.org/10.31234/osf.io/g5d8r>
- Sousa, Y. S. O. (2021). O Uso do Software Iramuteq: Fundamentos de Lexicometria para Pesquisas Qualitativas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 21(4), 1541–1560.
<https://doi.org/10.12957/EPP.2021.64034>
- Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565–592.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085615>
- Stevens, P. E., Ahmed, S. B., Carrero, J. J., Foster, B., Francis, A., Hall, R. K., ... & Levin, A. (2024). KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney international*, 105(4), 117–314.
<https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.11.011>
- Syihab, N., Nyorong, M., & Nuraini, N. (2023). Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien Hemodialisa di Rumah Sakit H. Adam Malik Medan. *JUMANTIK (Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan)*, 8(2), 139.
<https://doi.org/10.30829/jumantik.v8i2.15102>
- Thomas, B., Wulf, S., Bikbov, B., Perico, N., Cortinovis, M., De Vaccaro, K. C., Flaxman, A., Peterson, H., Delossantos, A., Haring, D., Mehrotra, R., Himmelfarb, J., Remuzzi, G., Murray, C., & Naghavi, M. (2015). Maintenance dialysis throughout the world in years 1990 and 2010. *Journal of the American Society of Nephrology*, 26(11), 2621–2633. <https://doi.org/10.1681/ASN.2014101017>
- Tian, X., Guo, X., Xia, X., Yu, H., Li, X., & Jiang, A. (2019). The comparison of cognitive function and risk of dementia in CKD patients under peritoneal dialysis and hemodialysis. *Medicine*, 98(6), e14390. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000014390>
- Tohme, F., Mor, M. K., Pena-Polanco, J., Green, J. A., Fine, M. J., Palevsky, P. M., & Weisbord, S. D. (2017). Predictors and outcomes of non-adherence in patients receiving maintenance hemodialysis. *International Urology and Nephrology*, 49(8), 1471–1479.
<https://doi.org/10.1007/s11255-017-1600-4>
- Tsujimoto, M., Saito, T., Matsuzaki, Y., & Kawashima, R. (2024). Role of Positive and Negative Emotion Regulation in Well-being and Health: The Interplay between Positive and Negative Emotion Regulation Abilities is Linked to Mental and Physical Health. *Journal of Happiness Studies*, 25(1–2), 1–20. <https://doi.org/10.1007/S10902-024-00714-1/TABLES/2>
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320–333. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>
- Turoń-Skrzypińska, A., Tomska, N., Mosiejczuk, H., Rył, A., Szylińska, A., Marchelek-Myśliwiec, M., Ciechanowski, K., Nagay, R., & Rotter, I. (2023). Impact of virtual reality exercises on anxiety and depression in hemodialysis. *Scientific Reports*, 13(1), 12435. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-39709-y>

- Verma, K., Chauhan, N., & Dutt Sharma, D. (2022). Psychiatric Co-morbidities and Their Association in Patients on Dialysis. *International Journal of Health Sciences and Research (www.ijhsr.org)*, 12, 12. <https://doi.org/10.52403/ijhsr.20221215>
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155(1), 104–109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- Wang, K., Goldenberg, A., Dorison, C., Miller, J., Uusberg, A., Lerner, J. S., & Gross, J. (2020). A global test of brief reappraisal interventions on emotions during the COVID-19 pandemic. *Nature Human Behaviour*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/m4gpg>
- Wang, X., Fang, X., Cai, Z., Wu, X., Gao, X., Min, J., & Wang, F. (2020). Comorbid Chronic Diseases and Acute Organ Injuries Are Strongly Correlated with Disease Severity and Mortality among COVID-19 Patients: A Systemic Review and Meta-Analysis. *Research*, 2020(3), 1–17. <https://doi.org/10.34133/2020/2402961>
- World Health Organization. (2023, setembro 16). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Xavier, B. L. S., Gonçalves, L. M., Barbosa, E. C. V., & Januário, V. (2020). Percepções e sentimentos sobre a terapia dialítica entre indivíduos com doença renal crônica. *Tópicos nas Ciências da Saúde Volume II, II*, 6–19. <https://doi.org/10.46420/9786599120879cap1>
- Yap, C., Tam, C., ... S. M.-I. J. of, & 2015, undefined. (2015). Personal attributions, emotion managements, social supports, and diabetes knowledge in diabetes self-care adherence. *researchgate.net*. https://www.researchgate.net/profile/Grace-Yap-3/publication/290789820_Personal_Attributions_Emotion_Management_Social_Support_and_Diabetes_Knowledge_in_Diabetes_Self-care_Adherence/links/62d8b844aa3d1326c0cc4832/Personal-Attributions-Emotion-Management-Social-Support-and-Diabetes-Knowledge-in-Diabetes-Self-care-Adherence.pdf?origin=journalDetail&_tp=eyJwYWdlIjoiam91cm5hbERldGFpbCJ9
- Yousefi, H., & Shahgholian, N. (2015). Supporting hemodialysis patients: A phenomenological study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(5), 626. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.164514>

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICO

Nome: _____

Sexo: () F () M Idade: _____ anos

Celular (DDD + número): () _____ () próprio () recado

Raça: () branca () negra () parda () amarela () indígena

Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () união estável

É praticante de alguma religião: () não () sim. Se sim, qual? _____

Grau de Escolaridade: () analfabeto () fundamental incompleto () fundamental completo () médio completo () superior completo () pós-graduação

Atualmente está empregado(a)? () sim () não Profissão: _____

Renda familiar: () 0 > 1 salário-mínimo (SM) () 1 SM () 1-3 SM () > 3 SM

Número de pessoas que dependem desta renda: _____

Há quanto tempo faz hemodiálise? _____ anos e _____ meses

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE ADESÃO AO TRATAMENTO (ADAPTADO DE NAKAO, 2013)

Pense agora no quanto você segue as orientações indicadas pelo seu médico e pela equipe de saúde em relação ao seu tratamento de hemodiálise. Numere de 1 a 5 para indicar se você realiza corretamente os seguintes aspectos do seu tratamento, sendo que 1 indica que você faz totalmente diferente do que é recomendado e 5 que você faz exatamente igual ao que a equipe recomenda. Você pode usar 2, 3 ou 4 como valores intermediários em relação aos extremos.

Tomar as medicações	Totalmente diferente	1()	2()	3()	4()	5()	Exatamente igual
Vir sempre às sessões de diálise	Totalmente diferente	1()	2()	3()	4()	5()	Exatamente igual
Fazer todo o tempo de duração da sessão	Totalmente diferente	1()	2()	3()	4()	5()	Exatamente igual
Controlar o consumo de líquidos	Totalmente diferente	1()	2()	3()	4()	5()	Exatamente igual
Controlar a alimentação	Totalmente diferente	1()	2()	3()	4()	5()	Exatamente igual

APÊNDICE C – REGISTRO DE MARCADORES FISIOLÓGICOS E CLÍNICOS

Identificação do participante: _____

Data da coleta pré-teste: ____/____/____

Data da coleta pós-teste: ____/____/____

MÊS	Nº de faltas às sessões	Dias de hospitalização	Kt/V	Média de GPID	Fósforo	Potássio
Mês 1						
Mês 2						
Mês 3						

Nota. GPID = ganho de peso interdialítico

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **Avaliação de um Programa de Treinamento de Regulação Emocional para Pacientes Renais Crônicos**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Celine Lorena Oliveira Barboza de Lira, que pode ser encontrada na Rua Artur Barreto Lins, 565C. Jardim São Paulo, Recife-PE. CEP: 50790-041. Tel. (81) 3314.7529, e-mail: celine.lorena@ufpe.br. A pesquisadora está sob a orientação do Prof. Dr. José Maurício Haas Bueno, tel. (81) 2126.8000, e-mail: mauricio.bueno@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com a responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde em participar desse estudo, pedimos que assinale a opção de “Aceito participar da pesquisa” no final desse termo.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- **Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação:** O objetivo deste estudo é desenvolver e avaliar um programa de treinamento de regulação emocional para pacientes renais crônicos em hemodiálise. Para isso, serão coletadas informações de questionários respondidos pelos participantes e de dados de seu prontuário. Os questionários estarão inseridos na plataforma digital Google Forms, cujo link será disponibilizado pela pesquisadora responsável. A coleta será realizada durante a sessão de tratamento hemodialítico do participante, de maneira individual, em dois momentos (com duração prevista de 20 a 30 minutos cada um), onde será disponibilizada uma breve explicação sobre a pesquisa e o TCLE no primeiro momento, bem como será solicitado que os participantes voluntariamente respondam aos questionários disponíveis no link fornecido. No segundo momento, será dada continuidade ao restante da coleta sendo solicitado que os participantes terminem de responder os últimos questionários. Haverá ainda um sorteio dentre os participantes para criar um grupo que participará de um programa de treinamento de regulação emocional (que ocorrerá duas vezes por semana, ao longo de 4 semanas, com duração de 40 minutos, nos intervalos das sessões de hemodiálise na própria clínica de diálise do participante). Caso aceitem, apenas os participantes sorteados participarão deste grupo de treinamento. Após seis meses, todos os participantes serão novamente contactados pela pesquisadora para responder aos questionários da pesquisa.
- **RISCOS:** Existe um risco de constrangimento às pessoas que se submeterem a responder aos questionários devido à exposição de suas opiniões, sendo que este é minimizado pelo sigilo de suas identidades e pela não identificação nos questionários e dados gerados pela intervenção proposta.
- **BENEFÍCIOS:** Todos os participantes do estudo serão diretamente beneficiados com uma devolutiva acerca dos resultados correspondentes à sua participação, após o período de coleta e análise de dados. Os participantes do grupo sorteado terão a oportunidade de participarem de um programa de treinamento e aumentarem seus conhecimentos e habilidades pela intervenção

proposta. Indiretamente benefícios que também se espera obter com os resultados desta pesquisa são indicadores que possam nortear a ação profissional na busca da qualidade da assistência ao paciente em tratamento hemodialítico, bem como a contribuição para o processo de desenvolvimento da psicologia e da ciência como um todo.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio dos questionários e dados de prontuários, ficarão armazenados em uma pasta na nuvem através da plataforma Google Drive, sendo resguardada por senhas criptografadas, sob a responsabilidade do pesquisador principal, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o(a) senhor(a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br.**

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar da pesquisa **Avaliação de um Programa de Treinamento de Regulação Emocional para Pacientes Renais Crônicos**, como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu tratamento.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento para participar da pesquisa.

() **Concordo em participar da pesquisa.**

() **Não concordo em participar da pesquisa.**

**APÊNDICE E – ADAPTAÇÃO DO REGISTRO DE PENSAMENTOS
EMOCIONALMENTE INTELIGENTES (Leahy et al., 2013)**

Situação	Sensações físicas	Emoções	Pensamentos	“Aprendendo a ficar”
O que está acontecendo ao seu redor, no ambiente, agora? Onde você está? Quem está com você? O que você está fazendo?	Nesta situação, que sensações físicas você percebe? Em que lugar do corpo você tem essas sensações?	Usando uma palavra, descreva e “dê um nome” à emoção que está sentindo neste momento. O quanto intensamente você diria que está sentindo a emoção, em uma escala de 0 a 100?	Que pensamentos estão passando pela sua mente nesta situação?	Por um momento, aproveite esta oportunidade para aprender a permanecer com sua experiência, simplesmente como ela é. Acompanhe o fluxo de sua respiração. No espaço a seguir, escreva as observações sobre isso.

APÊNDICE F – ROTEIROS DE ENTREVISTA

Roteiro de Entrevista Inicial (1 semana antes do PROTEGE-HD)

1. Como você está se sentindo agora? Quais emoções você está sentindo agora?
2. Como você se sente geralmente? Quais emoções você sente geralmente?
3. E quando você vem para as sessões de hemodiálise? Fale um pouco das emoções que você sente aqui.
4. Para que você acha que servem as emoções? Você acha que as emoções são úteis?
5. Você acha que consegue regular/controlar suas emoções? Por quê?
6. As emoções podem ir se intensificando ou se alterando conforme diferentes situações no nosso dia a dia. O que você costuma fazer para lidar com as suas emoções?
7. Você considera que o uso dessas estratégias é eficaz? Por quê? Como você conclui isso?
8. Me fala das situações emocionais, positivas ou negativas, que você vivencia aqui na clínica de hemodiálise.
9. Você disse que acontece “tal coisa” e que diante disso você se sente “assim”. Quais são os sinais que te fazem perceber esse sentimento/essa emoção?
10. Você acha que faz algo para amenizar ou evitar algumas dessas situações emocionais? Pode me dar um exemplo?
11. Existem outras situações emocionais típicas vivenciadas pelas pessoas com as quais você entra em contato durante o tratamento? Você pode descrevê-las? O que mais te chama atenção nessas situações?
12. Você acha que a maneira como elas se sentem e lidam com isso tem alguma influência sobre você? Por quê?
13. Você aproveita positivamente as suas emoções para certos tipos de tarefas? Pode me descrever?
14. Em relação às questões da hemodiálise, você costuma fazer “essas coisas” também ou você usa estratégias diferentes? Pode me dar um exemplo?
15. Existe alguma outra informação relevante sobre as suas emoções e como você lida com elas e que possa interferir no seu comportamento como paciente e que você ache importante acrescentar?

Roteiro de Entrevista Final (1 semana após o PROTEGE-HD)

1. Como você está se sentindo agora?
2. Fale um pouco das emoções que você sente em relação ao seu tratamento agora? Houve alguma mudança em relação a como você se sente agora?
3. Como você percebe as emoções vivenciadas pelas pessoas com as quais você interage durante o tratamento?
4. Para que servem as emoções? Você as considera úteis? Houveras mudanças em suas crenças após a sua participação no programa? Pode relatar o que você percebeu?
5. Você percebe as situações emocionais, positivas ou negativas, que você vivencia aqui na clínica de hemodiálise da mesma maneira? Pode me dar um exemplo?
6. Quais são os sinais que fazem você perceber os sentimentos e emoções que você tem mencionado?
7. Você tem aproveitado positivamente as suas emoções para realizar tarefas? Pode me descrever?
8. Conforme aprendemos no PROTEGE-HD, as emoções podem ir se intensificando ou se alterando conforme diferentes situações no nosso dia a dia. Agora, o que você costuma fazer para lidar com as suas emoções?
9. Você considera que o uso dessas estratégias é eficaz? Por quê? Como você concluiu isso?
10. Em relação às questões da hemodiálise, você costuma usar estratégias diferentes? Pode me dar um exemplo? Considera que elas são eficazes?
11. Houve alguma mudança relevante e que possa interferir no seu comportamento como paciente e que você ache importante acrescentar?
12. O que você achou do PROTEGE-HD?
13. Como foi para você participar do PROTEGE-HD? Pode citar pontos positivos e negativos da sua experiência?
14. Você acharia interessante que outros pacientes tivessem a oportunidade de participar do PROTEGE-HD? Por quê?
15. Que mudanças você sugeriria no programa caso isso acontecesse?

APÊNDICE G – TABELAS DE SEGMENTOS DE TEXTO PRODUZIDAS PELO IRAMUTEQ

Corpus 1 – Classe 1: Crenças e Estratégias para Lidar com as Emoções		
Participantes	Segmentos de texto	Score
Participante 3, homem, 50 anos	“mas às vezes as emoções colocam você lá para baixo meio triste há emoções que eu acho negativas e outras mais positivas quando você ver que é algo bom para você é até bom mas nem tudo é tudo do jeito que você quer”	210.00
Participante 5, homem, 53 anos	“quem tem de equilibrar é você as emoções são úteis sim claro claro eu consigo controlar minhas emoções consigo porque é assim é sempre colocar algo mais interessante e mais perfeito dentro da tua linha de raciocínio de pensamentos e principalmente da vida ”	203.62
Participante 5, homem, 53 anos	“eu tenho um compromisso 3 dias na semana 4 horas por dia eu coloco desse jeito se eu penso assim eu me sinto bem melhor emoções servem tanto para equilibrar assim como uma forma de aprendizado da vida mesmo”	200.10
Participante 5, homem, 53 anos	“você colocando desse jeito você não pode encucar com ele com o tratamento mas também tem que tentar não transferir o que você está sentindo para os outros não a maneira como os outros lidam com suas emoções não me influencia”	189.17
Participante 8, homem, 43 anos	“porém se sentir qualquer coisa eu fico eu não vou no carro eu fico sentado no carro toca uma música fico escutando até me sentir melhor para poder ir as emoções são úteis ”	188.53
Participante 6, homem, 37 anos	“eu sinto angústia de ver a pessoa sofrendo ali gritando sim a maneira como os outros se emocionam também me afeta de certo modo afeta sim aproveito as emoções pra fazer tarefas sim com certeza ”	187.38
Participante 6, homem, 37 anos	“ tranquilo acho que as emoções servem para saber o que a pessoa está sentindo naquele momento aí serve para isso para saber assim para saber os pensamentos da pessoa para saber se ela tá com o pensamento positivo negativo ”	165.95
Participante 7, mulher, 34 anos	“e ao mesmo tempo agradecer eu poderia ter morrido sim aproveito as emoções tem dias que eu não estou tão pensativa assim preocupada com a vida que não posso comer isso não posso comer aquilo”	162.88
Participante 1, mulher, 49 anos	“eu não vou mentir não se me tratar mal vai ouvir no mesmo nível aproveito as emoções na minha casa por exemplo assim acontece alguma coisa eu ligo o meu som coloco o hino”	160.37
Participante 10, mulher, 34 anos	“ sim eu aproveito as minhas emoções há dias que acordo triste não vou mentir pois ninguém é feliz o tempo todo mas aí dá um desânimo de ficar deitada peço a deus força”	159.72

Corpus 1 – Classe 2: Dificuldades no Relacionamento Interpessoal no Contexto da Hemodiálise		
Participantes	Segmentos de texto	Score
Participante 1, mulher, 49 anos	“aqui é acompanhante aqui é paciente quer mandar mais isso não existe isso me incomoda mas não posso fazer nada mas antigamente não tinha isso se alguém maltratasse seria chamada a atenção eu vejo a hora vocês apanharem é complicado”	170.25
Participante 1, mulher, 49 anos	“aqui não os pacientes querem mandar mais que os donos do que os médicos eu nunca vi na minha vida a senhora vai fazer quantas horas vai fazer 3 e faz isso não existe”	167.25
Participante 2, homem, 68 anos	“veja você está em um ambiente que só tem gente mais baixo que você aí você se mistura hoje não estou aqui tranquilo não tem agitação de nada é o que deus quer”	128.02
Participante 8, homem, 43 anos	“quando vou ver um filme vou ver alguma coisa na tv tem umas pessoas aqui com estresse o estresse em si e quer descontar nos outros me chama atenção o controle que as pessoas aqui da clínica têm”	122.88
Participante 1, mulher, 49 anos	“mas você vê a hora que eu saio daqui 8 e 30 por quê são 2 enfermeiras pra quantos pacientes então quer dizer tem uns que saem cedo mas os que saem de 4 horas não podem sair tudo de 4 horas de 4”	113.21
Participante 2, homem, 68 anos	“eu me sinto melhor aqui mil vezes uso emoções pra tarefas também como a senhora disse a mesma coisa fico alegre tem hora que eu me calo e a vida eu levo assim até deus quiser”	108.83
Participante 5, mulher, 53 anos	“aqui tem alguns médicos que não passam na sala existe médicos que procuram saber com você como você está o que está acontecendo como está tudo e tem médico que vê a pasta e a máquina e vai embora”	105.54
Participante 8, homem, 43 anos	“aí termina descontando em outras pessoas que não tem nada a ver com a clínica que não sabem nem que a clínica existe coloco como se fosse um bloqueio e eu esqueço nem comento”	104.76
Participante 3, homem, 50 anos	“a gente vê a atitude dela por exemplo tem uma paciente aqui que chora muito qualquer coisa ela diz que está com dor ela também reclama porque não anda ela é cadeirante”	94.82
Participante 9, mulher, 45 anos	“muita coisa difícil e assim eu vou levando até quando deus quiser quando chegar a hora da gente partir a gente parte quem sabe é deus tá bom já”	88.51

Corpus 1 – Classe 3: Impactos Emocionais do Adoecimento		
Participantes	Segmentos de texto	Score
Participante 7, mulher, 34 anos	“faço isso quando me sinto sem paciência fico aquele turbilhão de sentimentos sim acho que isso dá certo que eu chego mais tranquila em casa chego mais tranquila aí às vezes eu choro ”	130.33
Participante 3, homem, 50 anos	“tem gente que liga para qualquer coisa também tem gente que parece que não tá nem aí tem coisas que não incomodam eles isso de tentar esquecer não dá certo comigo porque eu não consigo”	121.98
Participante 8, homem, 43 anos	“ fico alegre quando alguém me vem e eu pergunto o que foi fez o transplante eu acho maravilhoso até porque como eu fiz não deu certo mas eu quero que todos saiam daqui ”	116.45
Participante 2, homem, 68 anos	“ quando eu faço algo bom e que tudo dá certo aí a emoção sobe mas a pessoa tem que se controlar tem que esquecer aquilo tem que tirar da cabeça dá certo ”	115.41
Participante 10, mulher, 34 anos	“tem muitas que chegam e perguntam como foi o final de semana puxam a orelha sobre o peso são cuidados de como se tivesse a família aqui e aí vai acalmando dando uma certa tranquilidade”	113.19
Participante 8, homem, 43 anos	“hoje estou bem eu sei que às vezes às vezes fica um pouco triste porque fiz o transplante e não deu certo não entrei na fila ainda do transplante porque apareceu um nódulo no meu rim inativo e eu vou ter que tirar ele”	112.36
Participante 3, homem, 50 anos	“tem pessoas que conseguem tirar 4 quilos mas eu não consigo eu me sinto bem quando tiro 2 quilos até com 3 quilos quando eu tiro às vezes dá certo sei lá eu tenho medo que dê errado”	101.89
Participante 3, homem, 50 anos	“eu não faço isso eu começo a pensar mais positivo tento não escutar todo mundo que fala mas você escuta sem querer tento não dar ouvidos as pessoas que fazem certos comentários eu saio de perto ”	100.54
Participante 3, homem, 50 anos	“e às vezes não dá essa semana do natal quando eu cheguei poxa aí as pessoas ficam comentando olha o comentário para eu não deixar fazer porque eu já perdi a fistula com tal pessoa”	99.74
Participante 10, mulher, 34 anos	“ela disse você converse com ele para ele ver se vai dar certo vocês 2 porque é todos os dias ela explicou a quantidade das horas que terei que fazer aí eu disse a ele”	89.32

Corpus 1 – Classe 4: Relacionamentos Familiares Influenciando o Tratamento		
Participantes	Segmentos de texto	Score
Participante 3, homem, 50 anos	“ agora mesmo no natal já me prejudicou eu bebi umas coisinhas nesse ano novo eu até me controlei tanto que eu fui dormir rápido mesmo assim eu me controlei e fui dormir mas bebi muito líquido”	136.24
Participante 10, mulher, 34 anos	“ até hoje eu tenho esse sonho aqui que a gente sempre dorme de mão dada aí no sonho uma voz assim aquela luz aí vinha aquela voz do céu dizia está vendo que bonito”	123.49
Participante 1, mulher, 49 anos	“é por que é assim eu sempre digo para minha mãe e meus irmãos que tudo que acontecia eles corriam para mim para eu ajudar ou para eu resolver sozinha entendesse e hoje em dia ”	111.31
Participante 10, mulher, 34 anos	“era aquela sensação de bater de frente mesmo ele tinha a opinião dele eu tinha a minha a gente batia eu errada até hoje ele diz quando ela estava errada não tinha quem fizesse ela pedir desculpas”	97.00
Participante 10, mulher, 34 anos	“mas hoje em dia eu sinto aquela tranquilidade dentro de casa aquela paz é como eu digo a meu filho ele tem 13 anos eu faço estudo da bíblia com ele”	95.05
Participante 3, homem, 50 anos	“comunica sabe a hemodiálise é um problema difícil em nossas vidas hoje faz 20 meses que estou fazendo isso eu fazia tudo direitinho mas já relaxei na comida no que bebia a culpa é minha”	91.34
Participante 3, homem, 50 anos	mas já houve problemas com outras pessoas pois até você sendo leigo consegue perceber que está fazendo errado seria bom um treinamento você vê que a pessoa que vem para ajudar e você dizer que não faça	88.57
Participante 10, mulher, 34 anos	“ hoje ele perguntou eu disse bem cheguei com 4 750 ele disse é o quê foi o quê que você bebeu foi água foi café foi refrigerante”	78.65
Participante 1, mulher, 49 anos	“ontem mesmo desde o ano novo teve problemas dentro de casa problemas com a minha mãe e meus irmãos e eu também e ontem a minha irmã levou minha mãe à força pra lá”	78.08
Participante 10, mulher, 34 anos	“ela ficava tão angustiada pensando em se mudar mas eu sempre dizia que ela não precisa se mudar pois a casa dela era o sonho dela aí eu fiquei martelando esse problema comigo”	77.64

Corpus 1 – Classe 5: Aspectos Gerais dos Relacionamentos Familiares		
Participantes	Segmentos de texto	Score
Participante 10, mulher, 34 anos	“às vezes ele diz eu sinto muito por passar tanto tempo fora e não poder te ajudar em casa porque ele sai de manhã e só chega à noite aí ele deixa isso aí mulher”	112.77
Participante 10, mulher, 34 anos	“bate o medo disso acontecer com você vêm logo o filho a mãe o esposo na mente aqui na clínica é a atenção das técnicas elas cuidam é o trabalho delas mas tem umas que você nota como ela trata você”	108.75
Participante 10, mulher, 34 anos	“ aí ele diz que eu sou amiga esposa sou mãe tudo para ele eu tive um sonho a gente com pouco tempo de casado morava na casa de minha mãe ”	104.53
Participante 10, mulher, 34 anos	“vou logo avisando para não ter prejuízo lá na frente então quando fomos morar de aluguel ele lavava os pratos e eu varria a casa ele cuidava de almoço eu lavava os pratos tudo era dividido”	101.45
Participante 10, mulher, 34 anos	“ele lava prato faz o serviço de casa porque ele sabe quando a gente casou e foi morar na casa da minha mãe antes da gente casar eu já conversava olhe você vai ter uma esposa não vai ter uma empregada ou escrava”	94.62
Participante 10, mulher, 34 anos	“ deixa esse serviço aí ele fez a cirurgia no olho mês passado aí eu o trouxe levei para fazer a consulta fez a cirurgia eu acompanhei vi o processo todo cuidei em casa ”	87.14
Participante 10, mulher, 34 anos	“não vou pois vou acabar me prejudicando e vou dar mais trabalho e preocupação para o meu filho minha mãe pois quando eu venho meu esposo manda mensagem perguntando quando eu cheguei ”	84.77
Participante 10, mulher, 34 anos	“ aí ele não então eu disse então pronto então comece a mudar assim a cuidar de sua personalidade já de agora quando você tiver a sua namorada sua esposa ”	80.64
Participante 10, mulher, 34 anos	“o café da manhã e o almoço é eu e o meu filho que ele não almoça em casa ele almoça lá no depósito e a noite ele vai para janta”	79.58
Participante 10, mulher, 34 anos	“siga o exemplo que você tem em casa porque eu segui o exemplo que eu tive na minha casa sem palavrão respeitando um ao outro porque assim você constrói um ambiente saudável tanto para você e a sua esposa quanto para os seus filhos ”	78.62

Corpus 2 – Classe 1: Reavaliação Cognitiva e Mudanças Advindas com o PROTEGE-HD		
Participantes	Segmentos de texto	Score
Participante 1, mulher, 49 anos	“então quer dizer assim uma coisa que a gente observa vê e mesmo assim eu digo isso está errado mas vou falar com quem para resolver vou ficar quieta antes eu me sentia irritada”	99.79
Participante 2, homem, 68 anos	“eu percebi muita coisa boa nos meus pensamentos também a gente aprendeu muita coisa boa a senhora mesmo ensina muita coisa boa e quando a pessoa se dá com a outra pessoa que sabe falar mais que a pessoa a pessoa tem muita coisa boa aprende muita coisa boa”	94.36
Participante 1, mulher, 49 anos	“é mas tem muita coisa errada você está entendendo e a gente não pode falar com ninguém não tem ninguém para ajeitar mas eu levo isso de forma tranquila ”	93.13
Participante 2, homem, 68 anos	“ajuda muito a pessoa a pessoa muda o pensamento na hora é porque tem gente que acontece as coisas que o negócio dá errado aí começa a chamar nome tem muita gente assim eu não”	92.77
Participante 10, mulher, 34 anos	“e com o tratamento tem muita gente que tem problemas de se expressar e conversar e saber lidar com as emoções com as outras pessoas na maneira de falar porque é assim palavras impensadas machucam ”	91.44
Participante 3, homem, 50 anos	“mas a gente nunca está certo nunca está errado é melhor a gente viver de outra forma nem ela se estressa e nem eu me estresso porque assim sempre eu converso com as pessoas aqui na hemodiálise também sabe ”	90.64
Participante 2, homem, 68 anos	“eu aproveito para fazer as coisas sim quando estou alegre que eu trabalho alegre as coisas dão tudo certo quando está triste as coisas dão errado aí eu paro ”	89.25
Participante 6, homem, 37 anos	“pela forma da pessoa falar a gente percebe as emoções dos outros você já percebe a fisionomia da pessoa pelo semblante eu já me conheço quando uma coisa me desagrada eu já fico logo de cara fechado”	86.90
Participante 2, homem, 68 anos	“aí o negócio dá uma tristeza sim mas na hora certa dá alegria porque deus evitou de acontecer um acidente consegui mudar o pensamento na hora eu lembro de muitas coisas dos encontros”	86.15
Participante 3, homem, 50 anos	“muitas coisas que acontecem no nosso dia a dia eu até vinha falar e a gente contava ela é muito chata ela nunca erra aquela pessoa sabe ela se acha”	84.27

Corpus 2 – Classe 2: Estratégias Eficazes de Regulação Emocional		
Participantes	Segmentos de texto	Score
Participante 1, mulher, 49 anos	“sempre me preocupe em sair para comer e atrapalhar a vida de alguém vá embora eu não vou não hoje mais não como eu disse para a minha filha para onde me chamar eu vou”	107.12
Participante 8, homem, 43 anos	“já outras reclamam muito da vida mas você tem que pensar no que está viva porque se não fosse essa máquina de hemodiálise muita gente morreu antigamente porque não tinha tratamento e hoje tem mudou”	101.53
Participante 2, homem, 68 anos	“mas tem tempo que você sai com o corpo mole levou uma surra da máquina é assim a vida é assim mesmo está bom demais a conversa os encontros está bom demais”	100.43
Participante 2, homem, 68 anos	“porque não adianta nada entrar numa máquina dessa com o coração triste você vai passar mal eu mesmo olhe de manhã cedo quando eu chego aqui antes de chegar na máquina lá embaixo eu vou brincar com aquelas meninas que vendem lanche ”	97.02
Participante 1, mulher, 49 anos	“minha filha sai de casa de manhã e deixa a casa fechada porém agora quando eu me acordo eu abro a casa quando eu abro a minha casa o povo sabe que eu estou em casa ”	93.71
Participante 1, mulher, 49 anos	“hoje em dia eu vou aproveitar não é mais aquele negócio de não ir e ficar em casa minha filha sai fica preocupada porque eu fico em casa mas eu digo para ela não se preocupar ”	90.65
Participante 1, mulher, 49 anos	“por quê como eu digo para a minha menina eu levo muito a antiga clínica para minha vida porque eu aprendi muita coisa lá e hoje em dia não vemos como os cuidados a nova clínica é boa”	88.99
Participante 1, mulher, 49 anos	“então a minha filha chama a mãe das amigas dela para gente ficar conversando minha filha me leva para conversar com as mães das amigas mas antes eu nunca ia pois eu ficava vendo elas comendo e eu sem poder comer muito”	87.06
Participante 1, mulher, 49 anos	“meus filhos não são muito de sair são de sair comigo ou com as meninas da faculdade e essas meninas são as meninas que eram da escola estudaram juntas e hoje estão na faculdade são as mesmas amigas”	85.58
Participante 3, homem, 50 anos	“eu quando cheguei no começo eu cheguei com medo de fazer hemodiálise passei um ano sem querer vir só eu vim porque fui internado e a clínica eu fazia que era particular a menina ia em casa ”	83.34

Corpus 2 – Classe 3: Mudanças nos Relacionamentos Interpessoais		
Participantes	Segmentos de texto	Score
Participante 1, mulher, 49 anos	“se você não vem outra pessoa tem que assumir muitas vezes quando a gente pede o exame ele diz quem é sua médica fale com ela éramos acostumadas com um tratamento melhor”	95.28
Participante 4, homem, 32 anos	“fiquei chateado eu fiquei mas fiquei paciente quando a médica veio eu já não queria mais sair se fosse antes iria ter discussão ia ter discussão pedi desculpa depois também e tal”	92.23
Participante 3, homem, 50 anos	“ela disse que não consegue cozinhar ela disse que depende das outras pessoas a vida dela é cama e cadeira tem dia que ela não aguenta e começa a chorar a reclamar”	86.91
Participante 3, homem, 50 anos	“às vezes acontece só que ela não fala assim né mas eu percebi aí ela pede desculpas porque naquele dia estava assim eu digo para não se aperrear mas eu percebi”	80.60
Participante 3, homem, 50 anos	“antes eu dizia o cachorro também não é teu mas agora eu pedi desculpas eu tenho mais cuidado sabe eu fiquei apaziguando sabia que não precisava mais fazer aquilo antes ela colocava a planta onde não deve colocar ”	79.88
Participante 1, mulher, 49 anos	“aí eu já comecei a chorar também e disse para ela olha o que você precisar fale comigo não precisa chamar ninguém quando a gente chegava na antiga clínica colocavam a gente numa sala explicava tudo muito bem e hoje em dia não temos mais isso”	78.97
Participante 3, homem, 50 anos	“ela falava o cachorro comeu minha planta e outras coisas aí ela dizia você é fogo eu digo mas rapaz eu vi não aí eu pedi desculpa sabe”	78.70
Participante 3, homem, 50 anos	“tem outra tem pessoas que são mais que tem a mente melhor que ela percebe quando faz um erro aí no dia seguinte ela pede desculpa porque naquele dia eu estava meio estressada aí eu digo que está tudo bem”	76.81
Participante 3, homem, 50 anos	“ vinha beber aqui aí estava com muita bebida na bolsa nesse dia aí eu não sei o que aconteceu acho que beberam e perturbam e aí tiraram a cadeiras lá da frente ”	73.26
Participante 5, mulher, 53 anos	“é antes eu era explosivo demais explosivo demais antes é como eu te disse você podia vir podia pisar no meu pé 500 vezes eu estava pedindo desculpas para você”	73.14

Corpus 2 – Classe 4: Avaliação do PROTEGE-HD		
Participantes	Segmentos de texto	Score
Participante 10, mulher, 34 anos	“certas ideias mas com os encontros me ajudou a melhorar ainda mais ponto positivo foi saber selecionar o momento daquela emoção saber controlar e o negativo é de ver que eu nem sempre estou certa e que eu confronto nos momentos errados”	200.43
Participante 9, mulher, 45 anos	“porque eu gosto de conversar daquelas coisas e aí já melhora tem mais pontos positivos eu aprendi alguma coisa ponto negativo não tem eu achei boa as palestras deveria todos participar ter a oportunidade”	179.39
Participante 8, homem, 43 anos	“as negativas eu consigo trabalhar melhor hoje depois do programa dos encontros depois de tudo eu consegui melhorar mais eu consigo lidar mais com as duas positiva e negativa hoje melhor do que antes”	178.01
Participante 10, mulher, 34 anos	“isso é ponto negativo meu não é do programa eu acho que sim é importante todos passarem pelos encontros porque é assim o psicológico quando eu digo o pensamento da gente a mente é uma arma que a gente tem”	177.79
Participante 3, homem, 50 anos	“elas estão mais ficam surdas você fala e não escutam um ponto negativo é que eu não consegui resolver os problemas as atividades para eu te dizer isso eu acho que eu teria que ver mais encontros ”	166.21
Participante 3, homem, 50 anos	“aí são os pontos negativos que você consegue passar os pontos positivos é você entender a sua melhora né que você sabe ver o negócio assim e preta mais a atenção”	156.21
Participante 3, homem, 50 anos	“seria bom outros participarem dos encontros agora existe um pessoal daqui que é complicado porque é um programa bom e aqui é até bom porque aqui tem uma pessoa para conversar se a pessoa aprendesse a aprender ”	136.32
Participante 1, mulher, 49 anos	“a minha irmã se casou três vezes eu briguei com ela porque ela tinha uma filha na idade de meu filho mas hoje em dia eu penso diferente não não teve pontos negativos no programa não”	131.70
Participante 3, homem, 50 anos	“ajuda muito muito mesmo você pensa que não mas assim a mente do ser humana é muita complicada mas se você começa a travar as coisas e só pensa nas coisas negativas tudo eu aprendi naquele encontro ”	123.31
Participante 10, mulher, 34 anos	“então hoje não consigo respirar e pode ser uma técnica para ajudar a ficar mais tranquila ah eu achei ótimo o programa os encontros foi muito bom porque assim eu já tinha um pensamento ”	123.31

ANEXO A – TESTE DE REGULAÇÃO EMOCIONAL (Lira, 2020; Lira & Bueno, 2022)

Este estudo busca conhecer como e quais são as estratégias que você considera as melhores para regular as emoções. Para isso, serão apresentadas oito histórias sobre pessoas em diversas situações. Para cada situação, são oferecidas algumas opções de estratégias que podem ser tomadas para lidar com o que a pessoa está sentindo. Para responder ao questionário, pense no quão eficaz é cada uma dessas opções atribuindo 1 para estratégias muito ineficazes ou 5 para estratégias muito eficazes.

Pontuações de 2, 3 ou 4 podem ser empregadas para representar efetividades intermediárias aos valores extremos.

João teve um ótimo dia no trabalho e está voltando para casa radiante. Ele está em seu carro num trânsito engarrafado. Avalie o quão eficaz é cada uma das ações abaixo para que João possa lidar com suas emoções.			
Ligar o som e tentar relaxar.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Ficar buzinando.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Aproveitar para relembrar as coisas boas que aconteceram hoje.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Lamentar não ter ido por outro caminho.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Começar a xingar percebendo que algo sempre estraga seu dia.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz

No caminho que Ana precisa fazer para chegar ao seu trabalho há uma rua onde ela já foi assaltada. Hoje bem cedo, ao chegar nessa rua, Ana avistou de longe dois homens em uma moto vindo em sua direção. Avalie o quão eficaz é cada uma das ações abaixo para Ana lidar com o que está sentindo.			
Tomar outro caminho considerado mais seguro, porém mais longo.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Se esforçar para ficar calma e continuar o seu trajeto.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Fingir que encontrou alguém conhecido e começar a acenar aleatoriamente.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Fugir o mais depressa que conseguir.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Parar de andar e começar a gritar por socorro na esperança de que alguém a ajude.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz

O filho mais velho de Mônica faleceu em um acidente. Após algumas semanas ela continua sem vontade de fazer as coisas que antes gostava. Avalie o quão eficaz é cada uma das ações abaixo para Mônica lidar com esta situação.			
Pensar que tem outros filhos e se dedicar a eles.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz

Buscar ajuda profissional de um psicólogo.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Tentar se distrair com novas atividades diárias.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Chorar, dando-se conta de que se sentirá muito sozinha.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Dormir (ou comer), evitando pensar em seus sentimentos.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz

Luiz vai para seu primeiro dia de aula em seu novo colégio. Ele está prestes a entrar em sua nova sala, onde não conhece ninguém e por isso não tem grupos de amigos. Avalie o quão eficaz é cada uma das ações abaixo para Luiz lidar com a situação.

Observar atentamente as pessoas e depois falar com aquelas que parecem ter afinidades com ele.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Tentar “quebrar o gelo” entre os colegas com piadas e bom humor.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Cumprimentar cada pessoa da sala.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Entrar e sentar quieto e calado, evitando contato com os outros.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Voltar para casa imediatamente, acreditando que ninguém vai querer conversar com ele.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz

Ivaldo foi ao estádio assistir ao jogo de futebol de seu time contra o seu maior rival. O jogo foi bastante equilibrado, mas seu time perdeu e os torcedores adversários estão comemorando de forma provocativa. Avalie o quão eficaz é cada uma das ações abaixo para Ivaldo lidar com esta situação.

Pensar em algum aspecto positivo do jogo e aplaudir os jogadores de seu time pelo empenho.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Conversar com os colegas sobre o que irão lanchar após sair do estádio, tentando esquecer o jogo.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Dar as costas para a outra torcida ignorando-os.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Responder às reações adversárias com provocações.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Agredir fisicamente os torcedores que estão provocando.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz

Ricardo está andando no centro da cidade quando se depara com uma pessoa nua, se comportando de forma estranha. Avalie o quão eficaz é cada uma das ações abaixo para Ricardo lidar com esta situação.			
Perguntar se a pessoa está bem e tentar ajudá-la.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Chamar a polícia.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Desviar seu caminho para não se aproximar da pessoa.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Repreender a pessoa por seu comportamento inadequado.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Filmar a situação e colocar nas redes sociais.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz

Joana foi jantar na casa de uma amiga. Quando o prato principal foi servido, seu aspecto e cheiro a deixaram enjoada. Avalie o quão eficaz é cada uma das ações abaixo para Joana lidar com esta situação.			
Dizer de uma forma gentil que a comida não lhe agrada.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Dar uma desculpa e ir embora.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Dizer que perdeu a fome.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Se recusar a comer e dizer que o aspecto da comida é nojento.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Comer e dizer que adorou a comida, mesmo passando mal.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz

Jonas foi promovido e conseguiu um novo cargo. Ele esperou muito por este momento e agora está a caminho de seu primeiro dia com a nova função. Avalie o quão eficaz é cada uma das ações abaixo para Jonas lidar com esta situação.			
Antes de chegar ao local pesquisar um pouco mais sobre suas responsabilidades e funções.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Antes de começar a trabalhar utilizar algumas técnicas de meditação buscando relaxar.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Controlar a expressão do comportamento, dando a impressão de tranquilidade.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Fofocar com os novos colegas sobre a demissão do seu antecessor.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz
Se gabar para os colegas sobre suas qualidades que o levaram a ser promovido.	Muito ineficaz	1() 2() 3() 4() 5()	Muito eficaz

ANEXO B – *EMOTION BELIEFS QUESTIONNAIRE* (Becerra et al., 2020)

Abaixo há perguntas sobre suas crenças sobre emoções em geral. Algumas perguntas são sobre emoções negativas (por exemplo, tristeza, medo e raiva). Outras perguntas são sobre emoções positivas (por exemplo, felicidade, alegria e diversão).

Para cada afirmação, avalie o quanto você concorda ou discorda que a afirmação é verdadeira em geral. Assinale uma resposta para cada afirmação.

1—Uma vez que as pessoas experimentam emoções negativas, não há nada que possam fazer para mudá-las.	Discordo totalmente	1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()	Concordo totalmente
2—As pessoas não podem controlar suas emoções positivas.	Discordo totalmente	1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()	Concordo totalmente
3— Emoções negativas são pouquíssimo úteis.	Discordo totalmente	1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()	Concordo totalmente
4—Emoções positivas são muito inúteis para as pessoas.	Discordo totalmente	1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()	Concordo totalmente
5—Não importa o quanto as pessoas se esforcem, elas não podem mudar suas emoções negativas.	Discordo totalmente	1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()	Concordo totalmente
6—As pessoas não podem aprender técnicas para controlar suas emoções positivas de forma efetiva.	Discordo totalmente	1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()	Concordo totalmente
7—As pessoas não precisam de emoções negativas.	Discordo totalmente	1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()	Concordo totalmente
8— Emoções positivas são pouquíssimo úteis.	Discordo totalmente	1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()	Concordo totalmente
9—As pessoas não conseguem controlar suas emoções negativas.	Discordo totalmente	1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()	Concordo totalmente
10—Não importa o quanto as pessoas tentem, elas não podem mudar suas emoções positivas.	Discordo totalmente	1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()	Concordo totalmente
11—Emoções negativas são prejudiciais.	Discordo totalmente	1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()	Concordo totalmente
12—As pessoas não precisam de emoções positivas.	Discordo totalmente	1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()	Concordo totalmente
13—As pessoas não podem aprender técnicas para controlar suas emoções negativas de forma efetiva.	Discordo totalmente	1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()	Concordo totalmente
14—Uma vez que as pessoas experimentam emoções positivas, não há nada que possam fazer para modifica-las.	Discordo totalmente	1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()	Concordo totalmente
15—A presença de emoções negativas é uma coisa ruim para as pessoas.	Discordo totalmente	1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()	Concordo totalmente
16—Emoções positivas são prejudiciais	Discordo totalmente	1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()	Concordo totalmente

ANEXO C – *KIDNEY DISEASE QUALITY OF LIFE SHORT FORM* (Duarte et al., 2005)

Sua Saúde — e — Bem-Estar Doença Renal e Qualidade de Vida (KDQOL-SF™ 1.3) Esta é uma pesquisa de opinião sobre sua saúde. Estas informações ajudarão você a avaliar como você se sente e a sua capacidade de realizar suas atividades normais. Obrigado por completar estas questões! Kidney Disease and Quality of Life™ Short Form (KDQOL-SF™) English Version 1.3 Copyright © 1993, 1994, 1995 by RAND and the University of Arizona	Estudo da Qualidade de Vida para Pacientes em Diálise Qual é o objetivo deste estudo? Este estudo está sendo realizado por médicos e seus pacientes em diferentes países. O objetivo é avaliar a qualidade de vida em pacientes com doença renal. O que queremos que você faça? Para este estudo, nós queremos que você responda questões sobre sua saúde, sobre como se sente e sobre a sua história. E o sigilo em relação às informações? Você não precisa identificar-se neste estudo. Suas respostas serão vistas em conjunto com as respostas de outros pacientes. Qualquer informação que permita sua identificação será vista como um dado estritamente confidencial. Além disso, as informações obtidas serão utilizadas apenas para este estudo e não serão liberadas para qualquer outro propósito sem o seu consentimento. De que forma minha participação neste estudo pode me beneficiar? As informações que você fornecer vão nos dizer como você se sente em relação ao seu tratamento e permitirão uma maior compreensão sobre os efeitos do tratamento na saúde dos pacientes. Estas informações ajudarão a avaliar o tratamento fornecido. Eu preciso participar? Você não é obrigado a responder o questionário e pode recusar-se a fornecer a resposta a qualquer uma das perguntas. Sua decisão em participar (ou não) deste estudo não afetará o tratamento fornecido a você.
--	--

Esta pesquisa inclui uma ampla variedade de questões sobre sua saúde e sua vida. Nós estamos interessados em saber como você se sente sobre cada uma destas questões.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: [Marque um ☒ na caixa que descreve da melhor forma a sua resposta.]

Excelente	Muito Boa	Boa	Regular	Ruim
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

2. Comparada há um ano atrás, como você avaliaria sua saúde em geral agora?

Muito melhor agora do que há um ano atrás	Um pouco melhor agora do que há um ano atrás	Aproximadamente igual há um ano atrás	Um pouco pior agora do que há um ano atrás	Muito pior agora do que há um ano atrás
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

3. Os itens seguintes são sobre atividades que você pode realizar durante um dia normal. Seu estado de saúde atual o dificulta a realizar estas atividades? Se sim, quanto? [Marque um ☒ em cada linha.]

Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta nada
----------------------------	-------------------------------	-------------------------------

- b Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, varrer o chão, jogar boliche, ou caminhar mais de uma hora
..... ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
- c Levantar ou carregar compras de supermercado..... ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
- d Subir vários lances de escada..... ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
- e Subir um lance de escada ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
- f Inclinarse, ajoelhar-se, ou curvar-se
..... ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
- g Caminhar mais do que um quilômetro
..... ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
- h Caminhar vários quarteirões
..... ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
- i Caminhar um quarteirão
..... ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
- j Tomar banho ou vestir-se ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

4. Durante as 4 últimas semanas, você tem tido algum dos problemas seguintes com seu trabalho ou outras atividades habituais, devido a sua saúde física?

	Sim	Não
a Você reduziu a <u>quantidade de tempo</u> que passa trabalhando ou em outras atividades	☐ 1	☐ 2
b <u>Fez menos</u> coisas do que gostaria	☐ 1	☐ 2
c Sentiu dificuldade no tipo de trabalho que realiza ou outras atividades	☐ 1	☐ 2
d Teve <u>dificuldade</u> para trabalhar ou para realizar outras atividades (p.ex, precisou fazer mais esforço)	☐ 1	☐ 2

5. Durante as 4 últimas semanas, você tem tido algum dos problemas abaixo com seu trabalho ou outras atividades de vida diária devido a alguns problemas emocionais (tais como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a Reduziu a <u>quantidade de tempo</u> que passa trabalhando ou em outras atividades	☐ 1	☐ 2
b <u>Fez menos</u> coisas do que gostaria	☐ 1	☐ 2
c Trabalhou ou realizou outras atividades com menos <u>atenção do que de costume</u>	☐ 1	☐ 2

6. Durante as 4 últimas semanas, até que ponto os problemas com sua saúde física ou emocional interferiram com atividades sociais normais com família, amigos, vizinhos, ou grupos?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

7. Quanta dor no corpo você sentiu durante as 4 últimas semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Intensa	Muito Intensa
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

8. Durante as 4 últimas semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho habitual (incluindo o trabalho fora de casa e o trabalho em casa)?

Nada	Um pouco	Moderado	Bastante	Extremamente
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como as coisas tem acontecido com você durante as 4 últimas semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da forma como você tem se sentido. Durante as 4 últimas semanas, quanto tempo...

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhum momento
a Você se sentiu cheio de vida?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
b Você se sentiu uma pessoa muito nervosa?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
c Você se sentiu tão "para baixo" que nada conseguia animá-lo?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
d Você se sentiu calmo e tranquilo?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
e Você teve muita energia?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
f Você se sentiu desanimado e deprimido?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
g Você se sentiu esgotado (muito cansado)?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
H Você se sentiu uma pessoa feliz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
i Você se sentiu cansado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

10. Durante as 4 últimas semanas, por quanto tempo os problemas de sua saúde física ou emocional interferiram com suas atividades sociais (como visitar seus amigos, parentes, etc.)?

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhum momento
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

11. Por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa.

	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdadeiro	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida falso
a Parece que eu fico doente com mais facilidade do que outras pessoas	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐	☐	☐
	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
b Eu me sinto tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
c Acredito que minha saúde vai piorar	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
d Minha saúde está excelente	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5

Sua Doença Renal

12. Até que ponto cada uma das seguintes declarações é verdadeira ou falsa para você?

	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdadeiro	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida falso
a Minha doença renal interfere demais com a minha vida	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b Muito do meu tempo é gasto com minha doença renal	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
c Eu me sinto decepcionado ao lidar com minha doença renal	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
d Eu me sinto um peso para minha família	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5

13. Estas questões são sobre como você se sente e como tem sido sua vida nas **4 últimas semanas**. Para cada questão, por favor assinale a resposta que mais se aproxima de como você tem se sentido.

Quanto tempo durante as **4 últimas semanas**...

	Nenhum momento	Uma pequena parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
a Você se isolou (se afastou) das pessoas ao seu redor?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
b Você demorou para reagir às coisas que foram ditas ou aconteceram?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
c Você se irritou com as pessoas próximas?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
d Você teve dificuldade para concentrar-se ou pensar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
e Você se relacionou bem com as outras pessoas?..	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
f Você se sentiu confuso?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

14. Durante as 4 últimas semanas, quanto você se incomodou com cada um dos seguintes problemas?

	Não me incomodei de forma alguma	Fiquei um pouco incomodado	Incomodei-me de forma moderada	Muito incomodado	Extremamente incomodado
aDores musculares?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
bDor no peito?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
cCâibras?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
dCoceira na pele?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
ePele seca?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
fFalta de ar?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
gFraqueza ou tontura?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
hFalta de apetite?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
iEsgotamento (muito cansaço)?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
jDormência nas mãos ou pés?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
kVontade de vomitar ou indisposição estomacal?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
l(Somente paciente em hemodiálise)					
Problemas com sua via de acesso (fistula ou cateter)?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
m(Somente paciente em diálise peritoneal)					
Problemas com seu catéter?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Efeitos da Doença Renal em Sua Vida Diária

15. Algumas pessoas ficam incomodadas com os efeitos da doença renal em suas vidas diárias, enquanto outras não. Até que ponto a doença renal lhe incomoda em cada uma das seguintes áreas?

	Não incomoda nada	Incomoda um pouco	Incomoda de forma moderada	Incomoda muito	Incomoda extremamente
a Limitação de líquido?	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
b Limitação alimentar?	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
c Sua capacidade de trabalhar em casa?	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
d Sua capacidade de viajar?	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
e Depender dos médicos e outros profissionais da saúde?	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
f Estresse ou preocupações causadas pela doença renal?	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
g Sua vida sexual?	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5
h Sua aparência pessoal?	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5

As próximas três questões são pessoais e estão relacionadas à sua atividade sexual, mas suas respostas são importantes para o entendimento do impacto da doença renal na vida das pessoas.

16. Você teve alguma atividade sexual nas 4 últimas semanas?

(Circule Um Número)

Não 1 →
Sim 2

Se respondeu não, por favor pule para a Questão 17

Nas últimas 4 semanas você teve problema em:

	Nenhum problema ☐	Pouco problema ☐	Um problema ☐	Muito problema ☐	Problema enorme ☐
a Ter satisfação sexual?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b Ficar sexualmente excitado (a)?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

17. Para a questão seguinte, por favor avalie seu sono, usando uma escala variando de 0, (representando “muito ruim”) à 10, (representando “muito bom”)

Se você acha que seu sono está meio termo entre “muito ruim” e “muito bom,” por favor marque um X abaixo do número 5. Se você acha que seu sono está em um nível melhor do que 5, marque um X abaixo do 6. Se você acha que seu sono está pior do que 5, marque um X abaixo do 4 (e assim por diante).

Em uma escala de 0 a 10, como você avaliaria seu sono em geral? [Marque um X abaixo do número.]

Muito ruim	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito bom
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

18. Com que frequência, durante as 4 últimas semanas você...

	Nenhum momento	Uma pequena parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma boa parte do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
a Acordou durante a noite e teve dificuldade para voltar a dormir?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
b Dormiu pelo tempo necessário?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
c Teve dificuldade para ficar acordado durante o dia?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

19. Em relação à sua família e amigos, até que ponto você está satisfeito com...

	Muito insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Um pouco satisfeito	Muito satisfeito
a A quantidade de tempo que você passa com sua família e amigos?	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4
b O apoio que você recebe de sua família e amigos?	☐ 1.....	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4

20. Durante as 4 últimas semanas, você recebeu dinheiro para trabalhar?

Sim	Não
☐ 1	☐ 2

21. Sua saúde o impossibilitou de ter um trabalho pago?

Sim	Não
☐ 1	☐ 2

22. No geral, como você avaliaria sua saúde?

A pior possível (tão ruim ou pior do que estar morto)		Meio termo entre pior e melhor						A melhor possível		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Satisfação Com O Tratamento

23. Pense a respeito dos cuidados que você recebe na diálise. Em termos de satisfação, como você classificaria a amizade e o interesse deles demonstrado em você como pessoa?

Muito ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente	O melhor
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7

24. Quanto cada uma das afirmações a seguir é verdadeira ou falsa?

	Sem dúvida verdadeiro	Geralmente verdadeiro	Não sei	Geralmente falso	Sem dúvida falso
a O pessoal da diálise me encorajou a ser o (a) mais independente possível	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b O pessoal da diálise ajudou-me a lidar com minha doença renal	☐ 1	☐ 2.....	☐ 3.....	☐ 4.....	☐ 5

Obrigado por você completar estas questões!

ANEXO D – *DEPRESSION ANXIETY AND STRESS SCALE* (Lovibond & Lovibond, 1995; Patias et al., 2016)

Por favor, leia cada afirmativa e marque um dos números (0, 1, 2, ou 3) que indique quanto a afirmativa aconteceu a você na última semana. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo em nenhuma das afirmativas

- 0 Não aconteceu comigo nessa semana
 1 Aconteceu comigo algumas vezes na semana
 2 Aconteceu comigo em boa parte da semana
 3 Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

1	Eu tive dificuldade para me acalmar	0	1	2	3
2	Eu percebi que estava com a boca seca	0	1	2	3
3	Eu não conseguia ter sentimentos positivos	0	1	2	3
4	Eu tive dificuldade para respirar (por exemplo, tive respiração muito rápida, ou falta de ar sem ter feito esforço físico)	0	1	2	3
5	Foi difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6	Em geral, tive reações exageradas às situações	0	1	2	3
7	Tive tremores (por exemplo, nas mãos)	0	1	2	3
8	Eu senti que estava bastante nervoso(a)	0	1	2	3
9	Eu fiquei preocupado(a) com situações em que poderia entrar em pânico e fazer papel de bobó(a)	0	1	2	3
10	Eu senti que não tinha expectativas positivas a respeito de nada	0	1	2	3
11	Notei que estava ficando agitado(a)	0	1	2	3
12	Achei difícil relaxar	0	1	2	3
13	Eu me senti abatido(a) e triste	0	1	2	3
14	Eu não tive paciência com coisas que interromperam o que estava fazendo	0	1	2	3
15	Eu senti que estava prestes a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não consegui me empolgar com nada	0	1	2	3
17	Eu senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Eu senti que eu estava muito irritado(a)	0	1	2	3
19	Eu percebi as batidas do meu coração mais aceleradas sem ter feito esforço físico (por exemplo, a sensação de aumento dos batimentos cardíacos, ou de que o coração estava batendo fora do ritmo)	0	1	2	3
20	Eu me senti assustado(a) sem ter motivo	0	1	2	3
21	Eu senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

ANEXO E – *STRESS MINDSET MEASURE* (Peixoto et al., 2020)

Avalie o quanto você concorda ou discorda das seguintes questões:

Utilize a seguinte escala para responder as 8 questões.

0= Discordo fortemente

1= Discordo

2= Não concordo e nem discordo

3= Concordo

4= Concordo fortemente

1. Os efeitos do estresse são negativos e devem ser evitados. ()
2. Vivenciar o estresse facilita meu aprendizado e meu crescimento. ()
3. Vivenciar o estresse esgota minha saúde e vitalidade. ()
4. Vivenciar o estresse melhora meu desempenho e produtividade. ()
5. Vivenciar o estresse restringe meu aprendizado e meu crescimento. ()
6. Vivenciar o estresse melhora minha saúde e vitalidade. ()
7. Vivenciar o estresse prejudica meu desempenho e produtividade. ()
8. Os efeitos do estresse são positivos e podem ser ()

ANEXO F – DIÁRIO DE EMOÇÃO (Leahy et al., 2013)

Diretrizes: Para as emoções na coluna da esquerda, marque os dias nos quais você perceber que elas ocorrem. Você pode adicionar outras emoções que não estejam listadas na coluna da esquerda.

Emoção	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Felicidade							
Interesse							
Empolgação							
Cuidado							
Afeição							
Amor							
Amado							
Compaixão							
Gratidão							
Orgulho							
Confiança							
Mágoa							
Tristeza							
Arrependimento							
Irritação							
Raiva							
Ressentimento							
Nojo							
Contentamento							
Vergonha							
Culpa							
Inveja							
Ciúme							
Ansiedade							
Medo							

ANEXO G - MITOS EMOCIONAIS (Leahy et al., 2013)

Diretrizes: Alguns mitos comuns sobre as emoções são listados a seguir. Para cada mito, formule um desafio, afirmando porque ele é falso.

1. Há uma forma certa de se sentir em cada situação.

DESAFIO:

2. Deixar que os outros saibam que estou me sentindo mal é fraqueza.

DESAFIO:

3. Sentimentos negativos são ruins e destrutivos.

DESAFIO:

4. Ser emotivo significa estar fora de controle.

DESAFIO:

5. As emoções podem simplesmente acontecer sem nenhuma razão.

DESAFIO:

6. Algumas emoções são realmente estúpidas.

DESAFIO:

7. Toda emoção dolorosa é resultado de má atitude.

DESAFIO:

8. Se os outros não aprovam meus sentimentos, eu obviamente não devo me sentir como me sinto.

DESAFIO:

9. As pessoas são os melhores juízes de como me sinto.

DESAFIO:

10. As emoções dolorosas não são realmente importantes e devem ser ignoradas.

DESAFIO:

Por favor, acrescente seus próprios mitos ou crenças sobre as emoções e desafie-os aqui.

11.

DESAFIO:

12.

DESAFIO:

ANEXO H - EXPERIÊNCIA DA EMOÇÃO COMO UMA ONDA (Leahy et al., 2013)

Questão a ser proposta/intervenção: “As emoções são como ondas. [Desenha uma onda.] Elas atingem o pico de intensidade e então recuam. Emoções individuais duram segundos ou minutos. Elas passam em função do tempo se você não tentar bloqueá-las e, em vez disso, permitir que sigam seu curso. Bloqueá-las só irá fazê-las persistir. Simplesmente dê um passo atrás e vivencie-as como ondas. Não tente afastá-las, se forem desagradáveis, ou prolongá-las, caso sejam boas. Apenas seja levado pela onda. Cada onda dura segundos ou minutos. Mas as emoções se autoperpetuam. Se penso em algo triste, experimento uma onda de tristeza. Isso pode me predispor a lembrar de outra coisa triste, o que precipita outra onda de tristeza, e assim por diante.”

Diretrizes aos participantes: As instruções a seguir são para que você possa experimentar sua emoção como uma onda. A emoção atinge o pico de intensidade e então retrocede.

- Experimente a emoção como uma onda.
- Tome distância; perceba-a, simplesmente.
- Permita que a emoção aumente, sabendo que ela decairá.
- Não tente lutar contra ela ou bloqueá-la.
- Não tente se agarrar a ela.
- Inspire a emoção.
- Abandone a luta.
- Relaxe.
- Surfe sobre a onda.

ANEXO I - BUSCA DE EMOÇÕES POSITIVAS (Rashid & Seligman, 2019)

Diretrizes: Há muitas emoções positivas que você pode ter experimentado e continua a experimentar. É importante integrar essas emoções em sua vida diária. Observe uma lista de emoções positivas e, então, na coluna da direita, liste exemplos de situações em que você vivenciou essas emoções no passado ou no presente.

Emoções Positivas:	Lembranças e exemplos dessas emoções:
Gratidão	
Serenidade	
Interesse	
Esperança	
Orgulho	
Diversão	
Inspiração	
Reverência	
Amor	

ANEXO J - EXPERIÊNCIAS E TÉCNICAS DE *SAVORING* (Rashid & Seligman, 2019)

Savoring é combinar conscientemente as sensações positivas, emoções, percepções, pensamentos e crenças para apreciar a experiência. Esta folha de exercícios lista diferentes tipos de experiências de *savoring*, seguidas por técnicas que você pode usar para saborear. No espaço reservado no final desta folha de exercícios, escolha uma técnica de *savoring* que você gostaria de experimentar. Depois, escreva sobre quando, onde e com que frequência você pode usar essa técnica em sua vida diária.

Tipos de Experiência de <i>Savoring</i>
Relaxar: Obter grande prazer ou satisfação nas próprias conquistas, boa sorte e dádivas.
Agradecer: Ser grato; expressar gratidão.
Regalar-se: Obter grande prazer (e não mostrar restrições) em usufruir de conforto e sensações físicas.
Maravilhar-se: Ser preenchido com admiração ou surpresa. A beleza frequentemente induz a maravilhar-se. Exercer virtude também pode inspirar admiração. Por exemplo, podemos nos maravilhar com a força de uma pessoa para enfrentar e superar adversidades.
Prudência: O estado consciente, atento e observador de si mesmo, de seu entorno e das outras pessoas.
Técnicas de <i>Savoring</i>
Compartilhar com Outros: Você pode procurar outras pessoas para compartilhar uma experiência e contar aos outros o quanto você valoriza o momento. Este é o mais forte previsor de prazer.
Construção de memórias: Tire fotografias mentais ou mesmo uma lembrança física de um evento e mais tarde recorde com outras pessoas.
Autoelogio: Não tenho medo de se orgulhar. Compartilhe suas conquistas com outras pessoas. Isso tem a ver com ser autêntico e honesto ao celebrar sua persistência em manter o foco e o entusiasmo para atingir alguma coisa significativa para você.
Apurar as Percepções: Envolve focar em certos elementos e bloquear outros. Por exemplo, a maioria das pessoas passa muito mais tempo pensando sobre como podem corrigir alguma coisa que deu errado (ou que está prestes a dar errado) do que relaxando pelo que deu certo.
Escolha uma dessas técnicas de <i>savoring</i>. Quando, onde e com que frequência você pode usá-la para aumentar as emoções positivas em sua vida diária?

ANEXO K - UMA MELHOR VERSÃO DE MIM MESMO (Rashid & Seligman, 2019)

O Plano

Defina objetivos realistas	
Qual seria a melhor versão de mim mesmo em [Dia, Mês, Ano,]?	
Defina objetivos que sejam: • Concretos e observáveis por meio de comportamentos, ações e hábitos • Bem integrados com a sua situação de vida atual • Não conflitantes com seus valores • Apoiados por suas redes sociais	Especifique algumas mudanças que você quer ver: • Mais relaxado? Mais centrado? • Mais entusiasmado? Mais energizado? • Mais engajado? Mais criativo? • Mais conectado? Mais reflexivo? • Mais social? Mais relaxado? • Mais feliz? Mais saudável?
Complete estas sentenças:	
Esta <i>Melhor versão de Mim Mesmo</i> me deixará mais feliz ou mais satisfeito porque	

Isto é uma coisa boa para mim porque	

É assim que eu sempre quis ser porque	

É assim que eu tenho que ser porque	

Crie uma linha do tempo:	
Data do plano: _____	
Data previsto da conclusão: _____	
Ponto médio (inserir data aproximada): _____	
Junte-se a alguém:	
Nome do amigo que está disposto a me apoiar: _____	
Com que frequência a pessoa irá checar comigo meu progresso?	
Como iremos nos comunicar? Por telefone? Por e-mail? Pessoalmente?	