

Artigo original



A experiência subjetiva do tratamento hemodialítico em pacientes renais crônicos: repercussões e rearranjos psíquicos

La experiencia subjetiva del tratamiento de hemodiálisis en pacientes renales crónicos: repercusiones y reordenamientos psíquicos

The subjective experience of hemodialysis treatment in chronic kidney patients: repercussions and psychic rearrangements

Rafael Reis de Lima¹

Ilena Rafaela Gama de Britto Oliveira²

¹Contato para correspondência. Universidade Federal da Bahia (Salvador). Bahia, Brasil. rafaelreis.psi@hotmail.com

²Universidade Federal da Bahia (Salvador). Bahia, Brasil. ilenarafaela@gmail.com

RESUMO | INTRODUÇÃO: A hemodiálise é o método de terapia renal substitutiva mais utilizado pelas pessoas diagnosticadas com doença renal crônica (DRC). Essa terapia e a própria DRC provocam diversas repercussões na vida do indivíduo, incluindo modificações na dinâmica familiar, restrições nutricionais, limitações físicas, afastamento do trabalho e do convívio social. Tais implicações impactam sobremaneira a esfera emocional desses pacientes, influenciando na qualidade de vida, e, muitas vezes, sendo um importante preditor de menor sobrevida. O objetivo deste estudo foi investigar as experiências subjetivas do tratamento hemodialítico em pacientes renais crônicos, em um serviço de nefrologia de um hospital geral de Salvador, Bahia, Brasil. **MÉTODO:** Estudo qualitativo, de natureza exploratória-descritiva, visando acessar os processos pelos quais as pessoas envolvidas constroem significados. Foram selecionados 12 pacientes em tratamento hemodialítico através de amostragem por conveniência. Para coleta e análise dos dados, utilizaram-se a entrevista semiestruturada (analisada segundo o método da análise de conteúdo de Bardin) e o Procedimento do Desenho-Estória com Tema (analisado à luz da psicologia analítica junguiana). **RESULTADOS:** A classificação se deu em função da repetição dos temas e levou à configuração de quatro categorias: impacto do diagnóstico e início do tratamento; dependência funcional, limites e qualidade de vida; tratamento como condição necessária para (sobre)viver; e repercussões emocionais e recursos de enfrentamento. **CONCLUSÃO:** O convívio dos pacientes com a DRC mostrou-se atravessado por episódios de indignação, medo e desvalia, além da configuração de rearranjos psíquicos e consequente aceitação da condição clínica, principalmente através da percepção do tratamento como recurso imprescindível para a manutenção da vida. Dessa forma, o tratamento hemodialítico demanda um processo de adaptação que desafiam as respostas emocionais dos pacientes frente à cronicidade da doença renal.

PALAVRAS-CHAVE: Sofrimento Psíquico. Hemodiálise. Qualidade de Vida. Doença Renal Crônica. Integralidade em Saúde.



RESUMEN | INTRODUCCIÓN: La hemodiálisis es el método de terapia de reemplazo renal más utilizado por personas con enfermedad renal crónica (ERC). Esta terapia y la propia ERC provocan diversas repercusiones en la vida del individuo, incluyendo cambios en la dinámica familiar, restricciones nutricionales, limitaciones físicas, ausencia del trabajo y de la vida social. Tales implicaciones impactan considerablemente la esfera emocional de estos pacientes, influyendo en su calidad de vida y siendo, muchas veces, un importante predictor de menor supervivencia. El objetivo de este estudio fue investigar las experiencias subjetivas del tratamiento de hemodiálisis en pacientes con ERC, en un servicio de nefrología de un hospital general de Salvador, Bahía, Brasil. **MÉTODOS:** Estudio cualitativo, de carácter exploratorio-descriptivo, con el objetivo de acceder a los procesos mediante los cuales las personas construyen significados. Se seleccionaron 12 pacientes en tratamiento de hemodiálisis mediante muestreo por conveniencia. Para la recolección y análisis de los datos, se utilizó una entrevista semiestructurada (analizada según el método de análisis de contenido de Bardin) y el Procedimiento Dibujo-Relato con Tema (analizado a la luz de la psicología analítica junguiana). **RESULTADOS:** La clasificación se basó en la repetición de temas, conduciendo a la configuración de cuatro categorías: impacto del diagnóstico e inicio del tratamiento; dependencia funcional, límites y calidad de vida; tratamiento como condición necesaria para la (so-bre)vida; y repercusiones psicoemocionales y recursos de afrontamiento. **CONCLUSIÓN:** La convivencia de los pacientes con ERC estuvo marcada por episodios de indignación, miedo, sensación de inutilidad y la configuración de reorganizaciones psicológicas, culminando en la aceptación de la condición clínica, principalmente a través de la percepción del tratamiento como recurso esencial para el mantenimiento de la vida. Por tanto, el tratamiento de hemodiálisis exige un proceso de adaptación que desafía las respuestas emocionales de los pacientes frente a la cronicidad de la enfermedad renal.

PALABRAS CLAVE: Sufrimiento Psicológico. Hemodiálisis. Calidad de Vida. Enfermedad Renal Crónica. Salud Integral.

ABSTRACT | INTRODUCTION: Hemodialysis is the most commonly used renal replacement therapy for people with chronic kidney disease (CKD). Both the therapy and the disease itself cause various repercussions in the individual's life, including changes in family dynamics, nutritional restrictions, physical limitations, and absence from work and social life. These implications significantly impact the emotional sphere of patients, influencing quality of life, affecting treatment adherence, and often serving as an important predictor of reduced survival. The objective of this study was to investigate the subjective experiences of hemodialysis treatment in patients with CKD at a nephrology service in a general hospital in Salvador, Bahia, Brazil. **METHODS:** Qualitative, exploratory-descriptive study aimed at understanding the processes through which individuals construct meaning. Twelve patients undergoing hemodialysis were selected through convenience sampling. Data were collected and analyzed using a semi-structured interview (analyzed according to Bardin's content analysis method) and the Drawing-Story with Theme Procedure (analyzed in the context of Jungian analytical psychology). **RESULTS:** Data classification was based on the repetition of themes, resulting in the formation of four categories: impact of diagnosis and initiation of treatment; functional dependence, limits, and quality of life; treatment as a necessary condition for survival; and psycho-emotional repercussions and coping resources. **CONCLUSION:** Patients' experience with CKD was characterized by episodes of indignation, fear, and feelings of worthlessness, alongside psychological rearrangements and eventual acceptance of their clinical condition, particularly through perceiving treatment as an essential resource for maintaining life. Thus, hemodialysis requires an adaptation process that challenges patients' emotional responses to the chronicity of kidney disease.

KEYWORDS: Psychological Suffering. Hemodialysis. Quality of Life. Chronic Kidney Disease. Comprehensive Health.

Introdução

Dados de 2019 da Sociedade Internacional de Nefrologia mostram que 850 milhões de pessoas no mundo todo apresentam algum tipo de doença renal e estima-se que, em 2040, a Doença Renal Crônica (DRC) seja a quinta causa de anos de vida perdidos ([International Society of Nephrology](#), 2019). No Brasil, estima-se que 25 milhões de brasileiros apresentem algum grau de DRC. A DRC é um termo utilizado para designar alterações heterogêneas que afetam tanto a estrutura, quanto a função renal. Trata-se de uma doença de curso prolongado e que, na maior parte do tempo de sua evolução, é assintomática, comprometendo o funcionamento adequado dos rins ([Ministério da Saúde](#), 2014). Entre as principais causas da DRC destacam-se a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e as glomerulonefrites. Juntos, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus representam dois terços das doenças subjacentes que levam à insuficiência renal ([Nerbass et al.](#), 2025).

Em 2014, o Ministério da Saúde publicou as *Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no Sistema Único de Saúde*, com o objetivo de oferecer orientações às equipes multiprofissionais sobre o cuidado da pessoa sob o risco ou com diagnóstico de DRC, abrangendo a estratificação de risco, estratégias de prevenção, diagnóstico e o manejo clínico. No Brasil, de acordo com o Censo Brasileiro de Diálise, realizado anualmente pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, em 2023 havia em torno de 157.357 pacientes em diálise, 2,3% superior ao ano anterior, confirmando a tendência de aumento do número de pacientes em diálise observada nos últimos anos, sendo 75,6% mantidos pelo SUS. A maioria (88,2%) estava em hemodiálise, 8,0% em hemodiafiltração e 3,8% em diálise peritoneal ([Nerbass et al.](#), 2025).

Atualmente, a hemodiálise é o método de terapia renal substitutiva mais utilizado e objetiva a manutenção da vida. Entretanto, essa terapia e a própria DRC podem provocar repercussões negativas na vida do indivíduo, que englobam mudanças nos hábitos e na rotina, restrições hídricas, afastamento do trabalho, limitações físicas, nutricionais, do convívio social/familiar e a dependência de acompanhamento clínico ambulatorial constante (Jesus et al., 2019). Toda essa sobrecarga, além do curso da doença, pode levar à frustração e interferir na vida da pessoa, ocasionando sentimento de inutilidade, desvalorização, depressão e sensação de ser um fardo para a família (Pereira & Fernandes, 2022).

De acordo com a literatura, o número médio de sintomas em pacientes com insuficiência renal e o sofrimento causado pela alta carga sintomática são semelhantes aos experimentados por pacientes com neoplasias terminais, afetando a vida diária e resultando em má qualidade de vida relacionada à saúde e perda de produtividade (Barros et al., 2022).

Nas nefropatias de curso crônico, são relativamente comuns as questões de ordem psíquica, como sintomas de depressão e ansiedade, além de insegurança com a autoimagem, atrasos de desenvolvimento (no caso de crianças) e disfunção sexual. A autopercepção e a identidade dos pacientes podem ser afetadas, exigindo que os mesmos ressignifiquem sua existência, adaptando-se às limitações e às novas condições geradas pela patologia. Ou seja, o doente crônico necessita estabelecer uma nova relação com a vida (Bilotta & Amorim, 2012; Pereira & Fernandes, 2022).

O atendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento — que se dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um real, de natureza patológica presente em seu próprio corpo — produz uma infinidade de sensações e sentimentos que podem se evidenciar no paciente, na família ou na equipe de profissionais (Simonetti, 2004). O cuidado psicológico ao paciente crônico se desenvolve, portanto, a partir do oferecimento de um espaço de escuta quanto à elaboração do processo de adoecimento e hospitalização, à adesão ao tratamento e às repercussões na vida cotidiana (Gazar et al., 2023), de modo a favorecer na ressignificação de conteúdos e significados de sua experiência.

A angústia decorrente da iminência de morte e da baixa qualidade de vida passam muitas vezes a configurar como o eixo central dos doentes renais crônicos, gerando importantes mudanças nas relações que mantêm consigo mesmos, com seus corpos e com os demais que estão à sua volta. Os reflexos estabelecidos no cotidiano dos pacientes demonstram a relevância de serem conhecidos aspectos relacionados à qualidade de vida dos mesmos, bem como a associação desses à adesão terapêutica, a fim de que se possa nortear o planejamento e as intervenções em saúde (Pereira & Leite, 2019).

A evolução da terapia hemodialítica tornou possível prolongar a sobrevida dos pacientes renais crônicos. Entretanto, atualmente tem se destacado uma atenção especial à qualidade de vida destes pacientes, para além de uma preocupação exclusiva com o prolongamento da vida. Considerando a complexidade da doença e de sua terapêutica, torna-se imprescindível produzir conhecimento sobre essa temática e torná-la presente nos espaços de educação em saúde e fortalecer o arcabouço científico em torno da psiconefrologia, enquanto campo de estudos e práticas psicológicas sobre a doença renal e seus tratamentos (Miléo & Connor, 2021).

Nesse sentido, este estudo investigou as experiências subjetivas do tratamento hemodialítico em pacientes acometidos da doença renal crônica, num serviço especializado de um hospital geral de Salvador, Bahia, Brasil e analisou as narrativas acerca dessa experiência a fim de compreender os significados que os pacientes atribuem a essa terapêutica e suas principais repercussões psicológicas. Reveste-se de relevância à medida que fornece ao paciente oportunidade de expressar seus sentimentos e pensamentos acerca de sua experiência com a DRC e, diante disso, promover uma reflexão a respeito de sua doença e do tratamento em hemodiálise. Para o profissional da saúde, os significados que os pacientes atribuem ao tratamento fornecem condições para ampliar o entendimento acerca das suas reais necessidades, que, na maioria das vezes, extrapolam o campo somático. Ou seja, a compreensão do sentido e da vivência do paciente em hemodiálise favorece à promoção de conhecimento necessário para qualificar a assistência prestada e nortear a prática psicológica.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza exploratória-descritiva, que objetivou investigar como os doentes renais vivenciam a experiência do tratamento de hemodiálise. Ele foi realizado no serviço de nefrologia de um hospital público, situado na cidade de Salvador, no estado da Bahia, que é referência no atendimento à pessoa com Doença Renal Crônica. É uma instituição pública de alta complexidade, que dispõe de mais de 700 leitos ativos, com várias especialidades, dentre elas, nefrologia com atendimento ambulatorial e hospitalar, contando com um setor de hemodiálise com capacidade para realizar 152 sessões diárias de hemodiálise. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética local sob o número do parecer 6.959.422. O período de coleta de dados ocorreu entre agosto e setembro de 2024. Através de uma amostra por conveniência (não-probabilística, intencional), foram selecionados 12 pacientes diagnosticados com doença renal crônica, a nível ambulatorial, com no mínimo 60 dias de início do tratamento, maiores de 18 anos, em condições clínicas estáveis e capacidade de compreensão adequada para responder aos questionários. Para a coleta foi disponibilizada uma sala de modo a garantir a privacidade dos participantes. Os pacientes foram convidados pessoalmente e escolhidos de acordo com sua disponibilidade e interesse, não foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo. Durante o contato, duas pessoas se recusaram a participar. Ao apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes, o pesquisador forneceu instruções e esclarecimentos a respeito do estudo. A pesquisa também usou gravação de áudio para coletar os dados, sendo que as anotações foram feitas durante e após a entrevista, que durou em média 25 minutos. Durante a entrevista, os participantes foram convidados a dimensionar sua qualidade de vida numa escala de 0 a 10, em que 0 foi esclarecido como menor percepção de qualidade de vida e 10 como maior percepção de qualidade de vida.

A pesquisa adotou os pressupostos do método qualitativo, visando acessar os processos pelos quais as pessoas envolvidas constroem significados. Este método trabalha as experiências e vivências, um universo de motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a um conjunto de fenômenos humanos entendidos como parte da realidade social, não podendo ser traduzidos em números e indicadores quantitativos, preocupando-se mais

com o aspecto profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não poderiam ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2012). A coleta de dados foi realizada através da entrevista semiestruturada e do procedimento de Desenhos-Estórias com Tema.

Procedimento de coleta e análise

A entrevista é considerada a estratégia mais utilizada nas pesquisas de cunho qualitativo, possibilitando coletar informações da dimensão pessoal (Minayo, 2012). A entrevista semiestruturada proporciona flexibilidade ao entrevistador para formular questões que favoreçam o aprofundamento das ideias acerca do assunto. Os participantes foram indagados a respeito do tempo de tratamento, sentimentos vivenciados desde o diagnóstico até o momento atual, qualidade de vida e suporte social. Os dados coletados nas entrevistas foram analisados segundo o método da análise de conteúdo de Bardin. Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade e procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, reforçando sua função heurística e enriquecendo a tentativa exploratória. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. A análise do material coletado segue um processo rigoroso frente às fases definidas pela supracitada perspectiva metodológica: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (Bardin, 2016). Nesse sentido, a categorização se deu em função da escuta minuciosa dos áudios das entrevistas e das anotações feitas e do destripar crítico dos núcleos de sentido através da repetição dos temas.

O Procedimento de Desenho-Estória com Tema (Trinca, 2013), outro instrumento de coleta utilizado, é formado pela associação de processos expressivo-motores (a representação gráfica, o desenho) e processos aperceptivos-dinâmicos (verbalizações temáticas, a estória) e que foca na compreensão da dinâmica psíquica do sujeito (Aiello-Vaisberg, 1999). Consiste em solicitar ao participante que desenhe e conte uma estória com base em um tema proposto pelo examinador, que no caso do presente trabalho foi: “o que significa para você fazer hemodiálise?”. Esta etapa é seguida pelo inquérito e pelo título.

Ou seja, o examinando faz primeiro o desenho, com o qual verbaliza uma estória a respeito e, em seguida, responde às questões do examinador por meio de associações dirigidas do tipo “inquérito” (indagações sobre a estória contada), oferecendo, finalmente, um título para essa unidade de produção (Trinca, 2020). É digno de nota que a fundamentação dessa forma de aplicação tem uma base psicanalítica.

A escolha deste procedimento se respalda em estudos que utilizaram o Procedimento de Desenho-Estória com Tema (Trinca, 2013) e investigaram, por exemplo, as repercussões emocionais e a qualidade de vida associadas à doença renal crônica em crianças e adolescentes submetidos à hemodiálise ou ao transplante renal (Rotella, 2020), assim como o conhecimento das vivências de mulheres com diagnóstico de endometriose (Bonfim, 2019).

A análise dos dados obtidos com a aplicação da técnica de Desenho-Estória com Tema se deu à luz da abordagem simbólica proposta pela psicologia analítica junguiana, permitindo analisar uma produção gráfico-verbal tendo por princípio a ideia de que esta é uma expressão de conteúdos inconscientes, da mesma forma que os sonhos (Trinca, 2020). A análise dos desenhos foi interpretada e categorizada em conjunto com os dados das entrevistas dos respectivos participantes, considerando também que o recurso da imagem traz representações e simbolizações que escapam da ordem do discurso verbal, como bem sinaliza o precursor da psicologia analítica ao indicar a fantasia como a expressão mais clara da psique, a atividade criativa donde provêm as respostas a todas as questões passíveis de resposta; a mãe de todas as possibilidades onde o mundo interior e exterior formam uma unidade viva, como todos os opostos psicológicos (Jung, 2015).

Resultado

No que se refere à caracterização da amostra, ela é composta por seis participantes do sexo feminino e seis do sexo masculino. Possui uma média de idade de 44 anos e é majoritariamente (11) da raça/cor preta. Quanto à escolaridade, 83% da amostra é composta por pessoas que possuem até o ensino médio completo e 17% com ensino superior. A renda mensal da maioria dos participantes (8) é de 1 salário-mínimo, e se refere ao Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (BPC/LOAS). No tocante ao tempo de tratamento hemodialítico, a média é de 4 anos, sendo o menor tempo 2 anos e o mais longo de 10 anos. Abaixo, a tabela 1 apresenta a caracterização da amostra.

Tabela 1. Características da amostra

Participante	Sexo	Idade	Raça/cor	Escolaridade	Renda mensal (em salário-mínimo)	Tempo de hemodiálise (em ano)	Qualidade de Vida	Representação simbólica do Procedimento Desenho-Estória com Tema
1	F	47	Preta	Médio Completo	1	10	9	O rim bom e o rim ruim
2	F	40	Parda	Médio Completo	1	2	9	Flor viva
3	F	33	Preta	Fundamental Completo	1	4	5	Coração
4	F	29	Preta	Médio Completo	1	5	8	Tristeza x Alegria
5	F	53	Preta	Médio Completo	1	2	5	A árvore que não dava frutos
6	F	56	Preta	Fundamental Incompleto	1	5	0	(Participante recusou a fazer o desenho)
7	M	46	Preta	Médio Completo	1	2	10	Coração
8	M	34	Preta	Superior Completo	3	5	9	Coração
9	M	54	Preta	Médio Completo	2	4	7	A força da família
10	M	49	Pardo	Fundamental Completo	1	3	5	Coração
11	M	50	Branco	Superior Completo	3	6	8	Coração
12	M	40	Pardo	Médio Completo	2	2	5	Força

Fonte: os autores (2025).

A qualidade de vida é entendida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas e preocupações (Espinoza et al., 2011). Desse modo, ela converte-se em um indicador complexo, que busca estimar a capacidade de se ter ou construir uma vida com condições dignas. O doente renal experimenta uma verdadeira ruptura com seu estilo de vida anterior e muitas atividades que este exercia quando sadio, passam a ser difíceis de realização, em função de própria condição física e do tratamento.

A respeito do dimensionamento da qualidade de vida, com uma média geral de 6,66 entre os participantes pesquisados, percebeu-se uma frequência maior de escores ≤ 5 entre as mulheres, o que sugere que o impacto na qualidade de vida tende a ser sentido de forma mais considerável no público feminino. Outra associação encontrada parece indicar que os sujeitos com maior escolaridade tendem a apresentar maior percepção de qualidade de vida. Tais inferências, porém, podem ser mais bem apreciadas em novas pesquisas com estratégias metodológicas quantitativas em que a qualidade de vida seja um constructo a ser avaliado com variável.

Com o intuito de auxiliar na compreensão dos discursos e na frequência das respostas dadas, analisou-se o que foi dito nas entrevistas através da classificação em categorias e na identificação objetiva de características das mensagens, procedimento próprio da análise de conteúdo (Bardin, 2016). A classificação se deu em função da repetição dos temas e levou à configuração de quatro categorias. A primeira se refere ao “impacto do diagnóstico e início do tratamento” e aborda o desafio da descoberta da DRC e o processo de adaptação à hemodiálise, tema que surgiu no relato de quatro, dentre os doze participantes. A segunda categoria chama-se “dependência funcional, limites e qualidade de vida” que discorre sobre a dimensão das restrições impostas pelo tratamento e na autopercepção do paciente sobre sua qualidade de vida. Tal temática apareceu no discurso de oito participantes. A terceira categoria, intitulado “tratamento como condição necessária para (sobre)viver”, agrega relatos representativos (de sete participantes) acerca dos significados atribuídos pelos participantes à hemodiálise, encarada muitas vezes como o recurso indispensável para a manutenção da vida. A última categoria alude às “repercussões psicoemocionais e

recursos de enfrentamento” na vivência dos participantes, suas principais reações psicológicas e as estratégias de enfrentamento ao longo do tratamento, tema que emergiu na fala dos 12 pacientes.

Discussão

I - Impacto do diagnóstico e início do tratamento

A primeira categoria demonstra que, de acordo com os significados veiculados nos discursos dos participantes, a descoberta da DRC é frequentemente vivenciada de forma desoladora, eivada de sentimentos de indignação, raiva, desvalia e medo, experienciados num curto espaço de tempo entre a apresentação dos sintomas (que leva o paciente a um contexto de urgência dialítica), o diagnóstico de doença renal e o início do tratamento. Vale sublinhar que a hipertensão arterial sistêmica é uma das principais causas da DRC e mais da metade dos participantes apresentaram-na como doença de base, corroborando os dados pesquisados (Ministério da Saúde, 2014; Nerbass et al., 2025).

Sobre a experiência de devastação provocada pelo diagnóstico, os relatos dos participantes 1 e 7 colocam em relevo este aspecto: “quando a médica disse ‘seus rins estão parando’ foi a mesma coisa que ouvir ‘você está com câncer’, minha vida desmoronou” (participante 1); “me pegou como uma apunhalada nos peitos” (participante 7). Pelo desconhecimento da fisiopatologia da doença, alguns pacientes chegam ao tratamento hemodialítico carregados de estigmas e de um “ouvir falar” a respeito da hemodiálise. O relato da participante 2 testemunha tal achado: “no início tinha medo de morrer. As pessoas falavam que tem gente que faz, não aguenta e morre na máquina. Hoje eu sei que isso é o que me mantém viva”.

Além disso, a não aceitação da condição patológica foi outra característica evidenciada nos discursos dos participantes, aproximando-os da experiência do luto em razão da perda do modo de vida que se tinha antes da DRC. Como salientam Franco et al. (2021), o luto é um processo de adaptação a uma grande mudança na vida de um ser humano, a uma experiência de perda, e que, no caso em questão, refere-se a uma interrupção da linha de continuidade da saúde e uma experiência-limite que pode desencadear sofrimento psíquico.

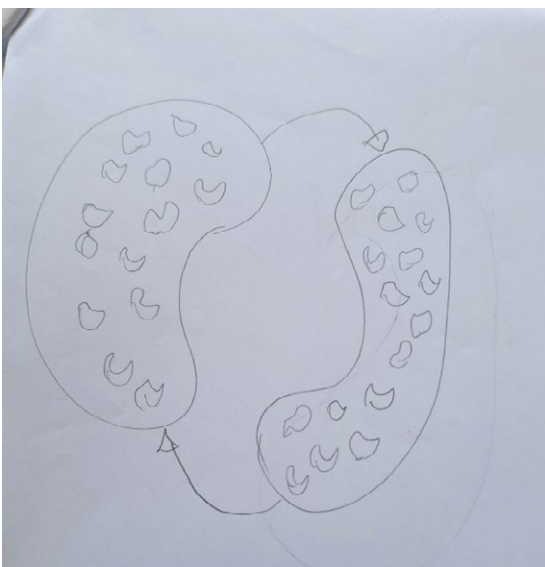
Após dois anos de tratamento hemodialítico o participante 12 relata:

Eu ainda não aceitei. Porque é muito difícil. Eu tinha uma rotina, gostava muito de trabalhar, 20 anos trabalhando, naquela sequência de acordar de manhã, ir trabalhar, voltar para casa. Fiquei muito deprimido. Fiquei em pânico. A gente fica abatido, desmoteado.

De uma maneira geral, o aparecimento da doença renal favorece a precipitação de situações de crise e a necessidade de rearranjo das defesas psicológicas (Campos, 2002). Sobre o início do tratamento, o participante 7 ressaltou: “antes eu não aceitava. Quando comecei a fazer, era eu brigando com a máquina. Aos poucos as profissionais que trabalham aqui foram me explicando e eu fui entendendo mais”. Tal vivência sugere que parte da aceitação e da flexibilização das resistências advém do esclarecimento e do acesso a informações acerca do tratamento e de suas repercussões.

Sobre as imagens do Procedimento do Desenho-Estória com Tema, é importante salientar que, mais do que seu valor estético, a avaliação do conteúdo psicológico e do sentimento do desenho é o ponto mais significativo (Furth, 2004). A participante 1 intitulou seu desenho de “O rim bom e o rim ruim” e relatou a seguinte história: “Era uma vez meus rins, que eram bons, mas por teimosia ele ficou ruim. Então devemos respeitar certos limites e propósitos para ele voltar a ficar bom”.

Figura 1. O rim bom e o rim ruim



A tensão entre opostos é a base da dinâmica psíquica para psicologia junguiana (Jung, 2015), que enfatiza o modo como diferentes pares de opostos orientam o comportamento humano e cujo objetivo é manter a unidade da psique em equilíbrio. Com a representação gráfica, a paciente coloca em perspectiva um “rim bom” e um “rim ruim”, e através da história contada sinaliza para uma fronteira psiquicamente delimitada por um viés de culpabilização (referindo-se, durante o inquérito, sobre sua teimosia em não obedecer à recomendação médica a respeito da medicação). Além disso, a seta que indica a transformação (do rim bom em rim ruim) também revela o desejo de retornar a uma condição anterior de saudabilidade, perspectiva colocada pela paciente através do “respeito a certos limites e propósitos” e pela possibilidade de realização de transplante renal, trazida durante entrevista.

Com o diagnóstico e o início do tratamento, os pacientes são atravessados por questões relacionadas ao próprio desconhecimento da doença e sua terapêutica, as alterações na rotina e na qualidade de vida. Nesse sentido, a assistência psicológica e a psicoorientação junto aos pacientes renais crônicos poderá auxiliá-los a encarar sua condição numa outra perspectiva, com estímulo à adaptação positiva ao novo estilo de vida e ao papel que deverão desempenhar no controle da doença.

II – Dependência funcional, limites e qualidade de vida

A segunda categoria representa a particularização de um achado sobre um campo de restrições/proibições a respeito do que se pode ou não fazer, comer/beber para se manter numa condição de existência minimamente suportável. Além disso, a autopercepção sobre a saúde e a frequente interrupção do trabalho laboral, faz com que a DRC adquira sinônimo de incapacidade. O relato do participante 12 realça esse aspecto: “O que sinto mais falta hoje é o trabalho. É o meio que você consegue focar em alguma coisa. Em casa eu enjojo tudo, não tenho vontade de comer. Minha pior preocupação agora é ocupar minha mente”. Consideração que ecoa também no relato do participante 8: “Me deixa chateado a questão profissional, não poder trabalhar, exercer minha profissão”.

Além disso, o relato da participante 1 reverbera a indignação de muitos pacientes renais, em se ver numa posição subjetiva de dependência:

Mas sou teimosa, não posso fazer as coisas e faço. Perdi minha fístula por causa disso. A família queria pagar uma cuidadora, eu disse 'não', não estou totalmente debilitada que não possa varrer uma casa, fazer comida, lavar um prato.

Era uma árvore que não dava frutos, o tempo nublado e a nuvem carregada de chuva simboliza o choro. Quero realizar o sonho do retransplante, e todo esse sofrimento me entristece. É uma luta que todo mundo passa, mas tenho muita fé e vontade de viver.

Apareceu com frequência significativa no discurso dos participantes a noção de que o tratamento hemodialítico impõe sobre eles um limite, uma linha fronteira de cuidado e disciplina, seja pelas sessões de diálise três vezes na semana, seja pela dependência funcional, seja pelas restrições alimentares e hídricas. O relato do participante 11 evidencia tal achado, ao salientar que seu principal desafio atualmente é “Não poder ter meu tempo integral, fazer o que quero fazer. A gente se sente limitado”. Bem como do participante 7, que enfatizou: “Não posso comer quase nada. É uma vida de restrições, mas eu aceito, porque eu sei que se eu comer eu passo mal”.

Ainda sobre os desafios do tratamento, a participante 2 comentou: “Não poder trabalhar, ficar dependendo das pessoas. Eu sou muito ativa, às vezes passo por cima da restrição, gosto de fazer minhas coisas”. Nota-se que a expressão “passar por cima” denota novamente um lugar de fronteira, com contornos bem definidos, como se a paciente esbarrasse numa placa com a sinalização de “não ultrapasse”. O participante 9 analisou da seguinte forma: “A gente sabe que não tem cura, mas o tratamento permite que você viva melhor se você seguir regras, e hoje em dia eu sigo regras”. Os seguintes relatos também colocam essa característica em relevo: “Lido com muito rigor, alimentação regrada. A gente tem que se adaptar, agora é outro processo. Esse limite é que tenho que viver, não posso passar desse limite” (participante 10). “É uma obrigação, se você não fazer, passa mal e morre” (participante 12).

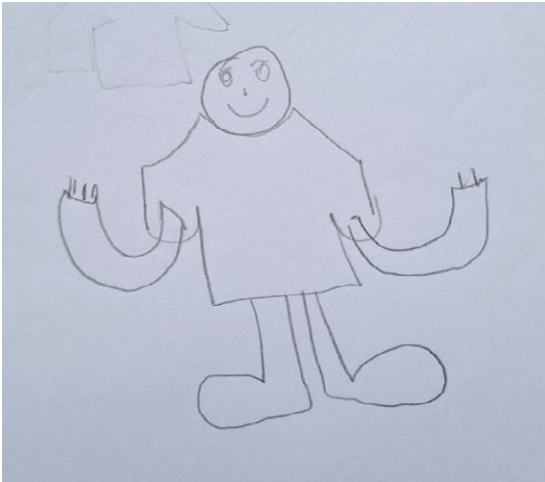
No tocante à segunda categoria de análise, o desenho da participante 5, intitulado “A árvore que não dava frutos”, e sua posterior história, são elucidativos. Ela relata:

Figura 2. A árvore que não dava fruto



Enquanto técnica expressiva e projetiva, o desenho de uma árvore reforça a perspectiva presente nos estudos sobre avaliação psicológica — especificamente nos testes gráficos projetivos como o House-Tree-Person Test (HTP) — sobre o símbolo de uma árvore apontar para a representação de um autorretrato inconsciente ou uma elaboração inconsciente da autoimagem (Buck, 2009). A representação gráfica da participante 5 expressa uma árvore sem fruto. Reforça a percepção de debilidade e limitação, já que “nada produz”. E o próprio sofrimento é nomeado (tristeza) e simbolizado pela nuvem carregada de chuva/lágrimas.

O participante 12, por sua vez, produziu o desenho intitulado “Força” e relatou a seguinte história: “Era uma vez um homem dependente do trabalho, mas que por motivo de doença parou de trabalhar. Mas com a fé e a hemodiálise se sente uma pessoa mais forte hoje.”

Figura 3. Força

Durante a entrevista, afirmou sentir-se “uma pessoa fraca, frágil e debilitada” e foi uma das pessoas a se referir sobre a tristeza e não aceitação da condição clínica, principalmente por ter parado de trabalhar. Na estória, ele traz novamente a influência que a dimensão laboral tem na sua vida. Antes de desenhar, ele sinalizou que iria representar um homem mostrando os músculos do braço, como símbolo de força. Perspectiva que vai de encontro ao conteúdo trazido durante a entrevista, mas que possivelmente reflete uma forma de compensar a fraqueza e a fragilidade vivenciada. A teoria da compensação de Jung sugere que o inconsciente ou complementa ou compensa o consciente, sempre se esforçando para obter um equilíbrio (Furth, 2004).

Nesse sentido, caberá ao psicólogo, ciente das nuances que envolvem os desafios do tratamento e das perdas funcionais, oportunizar a implicação do sujeito no seu próprio processo de saúde-doença e de readequação de cuidados. Ademais, em razão do perfil dos pacientes renais, o trabalho com grupos terapêuticos pode ser uma via relevante de apoio psicológico (Miléo & Connor, 2021).

III – Tratamento como condição necessária para (sobre)viver

O presente estudo mostrou o quanto o tratamento hemodialítico passa a ser percebido pelos pacientes, depois de um tempo necessário de adaptação, como o recurso imprescindível para a manutenção da vida,

a despeito das dificuldades impostas pelo diagnóstico e pelo começo muitas vezes angustiante do tratamento. Nesse caso, os achados sugerem uma oscilação entre uma aceitação de reconhecimento consciente e positivo da experiência do tratamento e entre uma tolerância passiva com demonstrações de apatia e lamento. Indagada sobre o maior desafio quanto ao tratamento, a participante 1 apontou: “Sobreviver, sentar naquela cadeira e sair viva”, condição que a mesma sinaliza como crucial para o enfrentamento à doença renal: “Senão já tinha jogado tudo pra cima”. Importante constatar que o modo como cada paciente vivencia e se relaciona com a doença renal crônica é pessoal e única, e depende de fatores como o perfil psicológico, as condições sociais, o apoio familiar e os recursos de enfrentamento.

O Procedimento do Desenho-Estória com Tema revelou como o recurso da imagem traz representações e simbolizações que escapam da ordem do discurso verbal. Além disso, é digno de nota que, para abordar a complexidade e as vicissitudes do ser humano, a psicologia junguiana articulou seus estudos com o fenômeno da alquimia, que, assim como a psique, é também metafórica e simbólica (Hillman, 2011).

O desenho a seguir foi intitulado “Flor viva”, feito pela participante 2, que narrou a estória da seguinte forma: “Era uma vez uma menina que tava lá no fundo do poço, uma semente morrendo, e depois do tratamento essa semente desabrochou”.

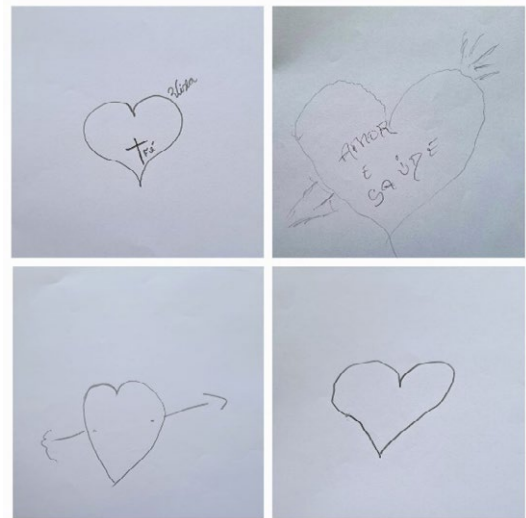
Figura 4. Flor viva

A participante em questão relatou durante a entrevista que um evento agudo a fez ser hospitalizada com sintomas de falta de ar, cansaço e câibras, revelando em seguida o sentimento de nervosismo e de não aceitação de sua condição de saúde. Percebe-se, tanto pelo desenho como pela estória, o quanto a participante simboliza um processo pessoal de transformação e resiliência, corroborando o entendimento de que toda vivência psíquica é simbólica, mesmo quando ainda não se tem a capacidade consciente de percebê-la como tal (Trinca, 2013). O símbolo da flor (uma flor viva, como intitula a participante) emerge como representação de um renascimento, considerando sua condição anterior de padecimento (“fundo do poço” “uma semente morrendo”) ou de *mortificação*, para trazer à baila um elemento de transformação alquímica (Edinger, 2009).

O conhecimento da alquimia, para a psicologia junguiana, serve como metáfora para abordar a vida psíquica, isto é, o debate sobre a transformação de uma substância bruta num elemento mais puro expõe alegoricamente processos da vida psíquica. A *mortificação*, processo que representa morte e fragmentação pertence à fase alquímica da *nigredo*, cujo correlato psicológico refere-se aos momentos de crise, medo, ruptura, conflito e angústia (Edinger, 2009). Mas, ao mesmo tempo, ela é o prenúncio do início da reconciliação com a vida, com as fases da *rubedo* e *albedo*, que representam integração, purificação, e que, para o viés psíquico relacionam-se aos processos adaptativos, de rearranjos e ajustamentos criativos. Ou seja, a alquimia trabalha fundamentalmente com a ideia de transmutação (Hillman, 2011) e o desenho, a estória e o discurso da participante 2 apontam para a vivência desse processo.

Merece destaque também o fato de 5 dos 12 participantes (participantes 3, 7, 8, 10 e 11), ao serem convidados a representar num desenho “o que significa para você fazer hemodiálise?”, o símbolo apresentado ter sido um “coração”, associado muitas vezes à palavra “vida”. Essa terceira categoria de análise foi construída considerando principalmente este achado.

Figura 5. Quatro desenhos com o símbolo do coração



O símbolo do coração evoca uma representação universalizada do amor. A despeito de sua simplicidade, ele ganha mais sentido quando alinhado ao discurso (durante a entrevista) e à estória contada sobre o desenho, seja quando o participante evidencia o “amor à vida” e “amor à saúde” no decorrer do processo de aceitação do tratamento, seja na perspectiva de representar o próprio tratamento (“a máquina ali é um coração”, disse o participante 10), percebido como condição *sine qua non* para manter-se vivo. Como assinala Jacobi (2016), essa “qualidade mediadora e ‘lançadora de pontes’ do símbolo pode ser literalmente considerada um dos equipamentos mais engenhosos e importantes da ‘administração’ psíquica” (p.91).

A estória contada pelo participante 7 reforça a perspectiva supracitada:

*Era uma vez um rapaz chamado *, que trabalhava direitinho e descobriu que precisava fazer hemodiálise. Hoje em dia o rim dele é a máquina de hemodiálise, e fazer o tratamento é ter amor à própria vida. O coração é amor a si próprio. Através da hemodiálise você tem amor a própria vida, sem ela você morre.*

Ademais, os achados da pesquisa demonstram dois polos de vinculação dos pacientes com a máquina dialisadora: o de uma relação de confiança e implicação com o tratamento no processo pessoal de saúde-doença-cuidado e o outro que aponta para os aspectos de uma adesão “forçada”, percebida como única maneira possível de manter-se vivo.

No processo de adoecimento e durante o tratamento, vê-se o indivíduo em sua vulnerabilidade, enfrentando sua mortalidade e seus medos. A parte mais crítica desse processo consiste na redefinição de si mesmo, feito pelo paciente adoecido. Ao psicólogo imbuído dessa compreensão caberá a tarefa de disponibilizar-se para uma escuta ativa, atenta e empática a fim de favorecer a construção de segurança nos recursos emocionais que o paciente renal dispõe.

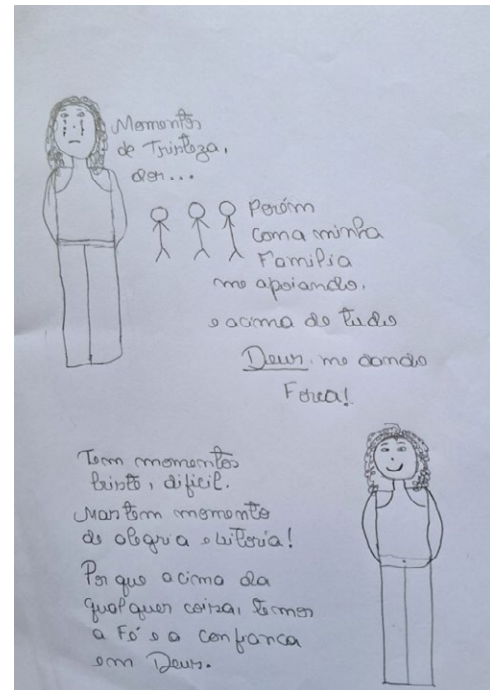
IV – Repercussões emocionais e recursos de enfrentamento

Seja nomeado no discurso, seja representado simbolicamente, a tristeza e a revolta foram os afetos predominantes no que tange às reverberações psicocemocionais, tanto no processo inicial de diagnóstico quanto no decorrer do tratamento com a tomada de consciência em relação às limitações e rupturas na qualidade de vida. A quarta categoria de análise aborda as principais reações emocionais e as estratégias de enfrentamento ao longo do tratamento.

A participante 6, cinco anos de terapia hemodialítica, mencionou sua extrema dificuldade em manter-se em tratamento, principalmente devido aos sintomas pós-diálise. Além de sinalizar sua insatisfação por ser uma paciente multipuncionada, relatou também seu pessimismo quanto ao transplante renal. A referida participante foi a única que se recusou a realizar o Procedimento do Desenho-Estória com Tema. Ainda assim, indagada qual desenho ela faria caso pudesse fazer algum, ela respondeu: “faria uma pessoa chorando”. A tristeza também foi evocada na representação gráfica-verbal da participante 4, que contou a seguinte estória:

Todos esses momentos que eu passo, é momentos de dor, de muita tristeza, momentos difíceis, minha família também passa comigo. Mas acima de tudo também tem alegria, porque Deus tá com a gente, a gente confia nele, temos fé nele, o que nos fortalece.

Figura 6. Tristeza X Alegria

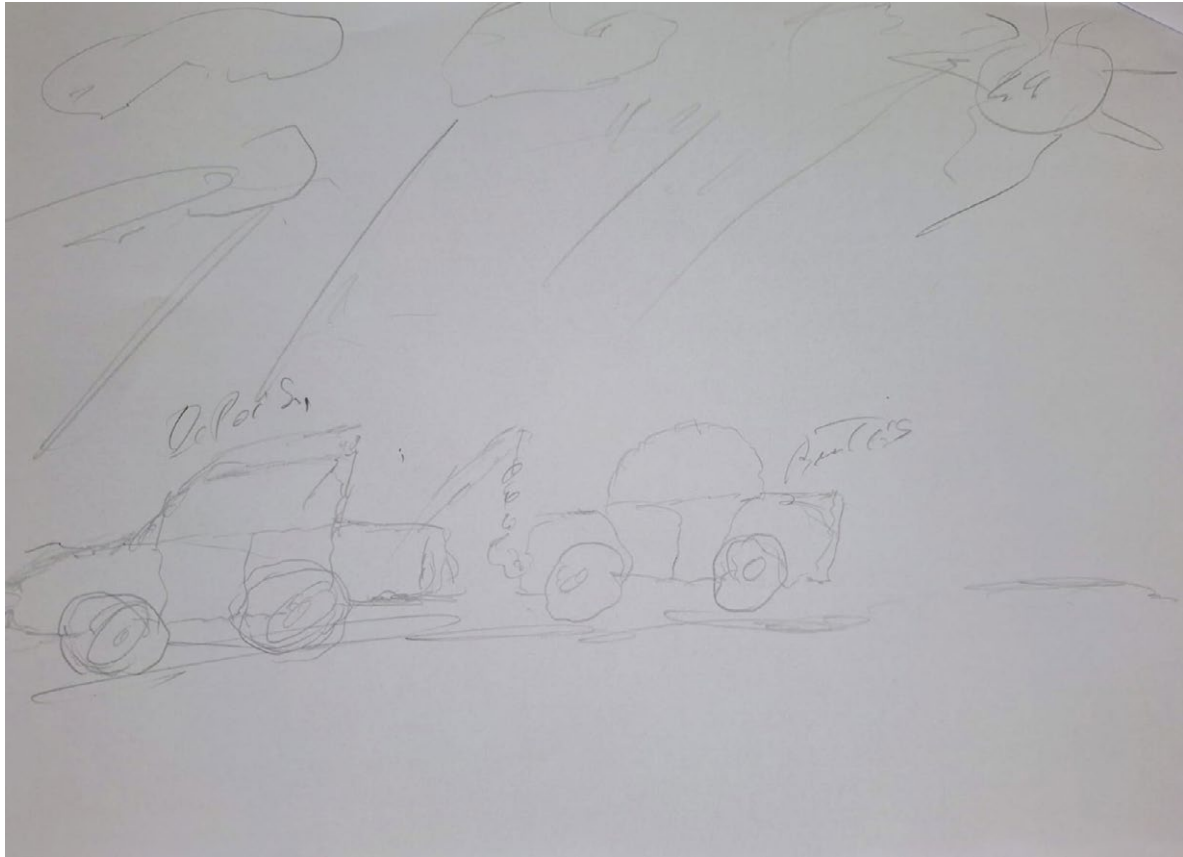


A participante simboliza uma mulher chorando, com tristeza e dor e uma mulher sorrindo. Duas imagens antagônicas que, de acordo com a visão junguiana, colocam em perspectiva uma ação mediadora, uma tentativa de encontro entre opostos movida pela tendência inconsciente à totalização (Silveira, 2007). No caso da representação feita, a mediação entre tristeza e felicidade é feita por aquilo que a participante nomeia como “família” e “Deus”, revelando o lugar privilegiado que a rede de apoio familiar e a religiosidade ocupam em sua vida.

Sobre isso, identificou-se que todos os 12 participantes da pesquisa apresentaram no discurso o quanto a rede de apoio familiar contribui positivamente para a vivência das adversidades do tratamento, seja através do acompanhamento durante as sessões, seja através de encorajamento na melhor adesão terapêutica. Esse achado corrobora com o estudo de Resende et al. (2007) sobre a ação protetora do suporte social contra os efeitos negativos em situações de estresse elevado.

Outra rede de apoio importante que emergiu nos discursos da maioria dos participantes se refere ao grupo de pacientes que fazem hemodiálise no mesmo dia/horário. Muitas vezes formam-se laços fortes de amizade, quase uma segunda família, tendo em vista a identificação enquanto grupo que compartilha a mesma condição clínica e a frequência semanal dos encontros para as sessões de diálise. Tal perspectiva endossa o papel das estratégias de enfrentamento no equilíbrio entre o processo sujeito-saúde-doença (Maturana et al., 2016).

Figura 7. A força da família



A simbolização gráfica e a estória do participante 9 expressam a rede de apoio como salutar recurso de enfrentamento. Fazendo alusão à sua experiência profissional como mecânico de automóveis, o participante 9 relata a seguinte estória:

Era uma vez um carro velho quebrado, vivia quebrando, vivia dando defeito, vivia rebocado. Depois de uma boa revisão, esse carro velho se transformou num carro que puxa os outros carros. É o que eu faço hoje, minha família é meu grande impulso, minha revisão foi minha família ter me apoiado na hora certa. Hoje eu me sinto forte para carregar esse peso que é essa doença — esse carro velho — e também tô fortalecido todos os dias para rebocar o que tiver que rebocar.

Uma palavra ou uma imagem é simbólica quando implica alguma coisa além do seu significado manifesto e imediato (Lung, 2008). Novamente apareceu um par de opostos no Procedimento Desenho-Estória com Tema, dessa vez um carro velho versus um carro revisado, sinalizando um “antes” e um “depois” do apoio da família. A imagem e a estória revelam que o apoio recebido deixou o paciente mais fortalecido para enfrentar as adversidades ao longo do processo terapêutico (“rebocar o que tiver que rebocar”), mas também apontam para dificuldade de ser um paciente renal crônico (“peso que é essa doença”). Dessa forma, o apoio familiar e de amigos atua como alavanca para manter o equilíbrio, estimula as mudanças dos hábitos e promove determinados comportamentos que melhoram a saúde geral (Kickhöfel et al., 2021).

Além das manifestações psicológicas de tristeza e revolta, a pesquisa indica que aspectos emocionais de resiliência, aceitação e esperança também foram evocados, principalmente pela referida importância da rede de apoio e pela esperança quanto ao transplante renal. A maneira como cada indivíduo vivencia e enfrenta a doença é algo que sofre influências em função do perfil psicológico, do nível de tolerância às frustrações, dos possíveis ganhos secundários provindos da posição de doente, bem como da relação que o indivíduo mantém com o meio social e consigo mesmo.

A atuação do psicólogo nesse contexto, através do manejo técnico da escuta compreensiva e do olhar humanizado aos pacientes e familiares, visa favorecer na adesão ao tratamento, no desenvolvimento de recursos de enfrentamento no processo de adaptação e ressignificação da condição crônica (Miléo & Connor, 2021).

Conclusão

O presente estudo revelou que o convívio com a doença renal crônica demanda um processo de adaptação na rotina e nos hábitos de vida, que desafia a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, de suas capacidades e do seu meio. Identificou-se que a experiência subjetiva (e simbólica) dos pacientes é atravessada por episódios de indignação, medo, desvalia e pela configuração de rearranjos psíquicos e aceitação da condição patológica, principalmente através da percepção do tratamento como recurso imprescindível para a manutenção da vida. Além disso, o modo como cada paciente vai reagir diante da nova realidade depende de variáveis como perfil psicológico, apoio familiar, curso da doença de base e das restrições impostas pelo tratamento.

Além da escuta da dor subjetiva, um dos aspectos norteadores da atuação do psicólogo nesse contexto é a psicoeducação, ferramenta utilizada como recurso de orientação sobre os aspectos saúde/doença/cuidado, pois, além do contexto de medo, revolta e angústia, muitos pacientes trouxeram dúvidas e estigmas quanto à hemodiálise e ao tratamento de

forma geral, o que reforça o papel do psicólogo no acompanhamento ao paciente desde o diagnóstico, sem desconsiderar no horizonte a expectativa dos pacientes pelo transplante renal e suas possíveis repercussões. Merece destaque também a função do psicólogo como mediador na comunicação com os demais membros da equipe multiprofissional.

Portanto, o presente trabalho contribui para oferecer uma compreensão complementar aos estudos da psicologia hospitalar e da psiconefrologia em especial com vistas ao aprimoramento da assistência adequada às necessidades de saúde dos pacientes renais, considerando principalmente as intervenções psicológicas no âmbito da integralidade do cuidado.

A abordagem utilizada apreendeu uma imagem do universo estudado através de *insights* preliminares. Ademais, é digno de nota que a amostra foi composta por pessoas majoritariamente negras, de baixa escolaridade e com condições financeiras restritas, variáveis que, se esmiuçadas de forma meritória, extrapolariam o escopo do presente estudo. Dessa forma, sugere-se que os determinantes sociais de saúde sejam abordados em estudos futuros, com o intuito de explicar de forma mais aprofundada os sentidos atribuídos ao tratamento hemodialítico.

Contribuições dos autores

Os autores declararam ter feito contribuições substanciais ao trabalho em termos da concepção ou desenho da pesquisa; da aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho; e da redação ou revisão crítica de conteúdo intelectual relevante. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e concordaram em assumir a responsabilidade pública por todos os aspectos do estudo.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#) e [LILACS](#).



Referências

- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1999). *Encontro com a loucura: Transicionalidade e ensino de psicopatologia* [Tese de livre-docência, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital da USP. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/47/tde-24022006-090139/pt-br.php>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barros, A. R. P., Borges, S., & Lemos, K. C. (2022). Doença renal crônica e cuidado paliativo: Avaliação dos sintomas, estado nutricional, funcionalidade e percepção do tratamento dialítico. *Brazilian Journal of Development*, 8(3), 16655–16680. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n3-077>
- Bilotta, F. A., & Amorim, S. (Orgs.). (2012). *A psicologia junguiana entra no hospital: Diálogos entre corpo e psique*. Vetor.
- Bonfim, M. S. (2019). *Vivências sócio-afetivas de pacientes com endometriose: Uma compreensão psicanalítica clássica* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Amazonas]. Tede. <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/7401>
- Buck, J. N. (2009). *HTP: Casa-Árvore-Pessoa. Técnica projetiva de desenho: Guia de interpretação*. Vetor.
- Campos, C. J. G. (2002). *A vivência do doente renal crônico em hemodiálise: Significados atribuídos pelos pacientes* [Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas]. Repositório UFSC.
- Edinger, E. F. (2009). *Anatomia da psique: O simbolismo alquímico na psicoterapia*. Cultrix.
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejon, M. J., Lucas-Carrasco, R., & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos [Validação do questionário de qualidade de vida (WHOQOL-BREF) em adultos maiores chilenos]. *Revista Médica de Chile*, 139(5), 579–586. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000500003>
- Franco, M. H. P., Andery, M. C. R., & Luna, I. J. (Orgs.). (2021). *Reflexões sobre o luto: Práticas interventivas e especificidades do trabalho com pessoas enlutadas*. Appris.
- Furth, G. M. (2004). *O mundo secreto dos desenhos: Uma abordagem junguiana da cura pela arte*. Paulus.
- Gazar, T. N., Oliveira, I. R. G. B., Luciano, M. F. D., Sousa, R. B., Santana, A. V. A., & Lima, R. R. (2023). Perfil da assistência psicológica em um hospital público baiano: Procedimentos e processos de trabalhos psicológicos. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 47(4), 99–120. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2024.v47.n4.a4007>
- Hillman, J. (2011). *Psicologia alquímica*. Vozes
- International Society of Nephrology. (2019). *Global Kidney Health Atlas* [Atlas Global de Saúde Renal]. <http://www.theisn.org/global-atlas>
- Jacobi, J. (2016). *Complexo, arquétipo, símbolo na psicologia de C.G. Jung*. Cultrix.
- Jesus, N. M., Souza, G. F., Mendes-Rodrigues, C., Almeida Neto, O. P., Rodrigues, D. D. M., & Cunha, C. M. (2019). Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico. *Brazilian Journal of Nephrology*, 41(3), 364–374. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0152>
- Jung, C. G. (2008). *O homem e seus símbolos*. Nova Fronteira.
- Jung, C. G. (2015). *Tipos psicológicos*. Vozes.
- Kickhöfel, M. A., Schwartz, E., Spagnolo, L. M. L., Sampaio, A. D., Cunha, T. N., & Lise, F. (2021). Avaliação de fadiga e fatores associados em pessoas submetidas à hemodiálise. *Revista Cuidarte*, 12(3), e2120. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2120>
- Maturana, A. P. P. M., Callegari, B., & Schiavon, V. (2016). Atuação do psicólogo hospitalar na insuficiência renal crônica. *Psicologia Hospitalar*, 14(1), 94–116. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092016000100006
- Miléo, J. C., & Connor, P. J. S. (2021). Psiconefrologia x medicina: Subjetividade e desafios no diagnóstico da doença renal crônica. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 6(8), 125–142. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/psiconefrologia>
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621–626. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
- Ministério da Saúde. (2014). *Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no Sistema Único de Saúde*. <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/diretriz-cuidados-drc.pdf/view>

- Nerbass, F. B., Lima, H. N., Strogoff-de-Matos, J. P., Zawadzki, B., Moura-Neto, J. A., Lugon, J. R., & Sesso, R. (2025). Censo Brasileiro de Diálise 2023. *Brazilian Journal of Nephrology*, 47(1), e20240081. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2024-0081en>
- Pereira, B. S., & Fernandes, N. M. S. (Orgs.). (2022). *Psicologia e Nefrologia: teoria e prática*. Synopsys Editora.
- Pereira, C. V. P., & Leite, I. C. G. (2019). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em terapêutica hemodialítica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(3), 267–274. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900037>
- Resende, M. C., Santos, F. C., Souza, M. M., & 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>
- Rotella, A. A. F., Nascimento, R. A., Camargo, M. F. C., & Nogueira, P. C. K. (2020). Repercussões emocionais e qualidade de vida das crianças e adolescentes em hemodiálise ou após transplante renal. *Revista Paulista de Pediatria*, 38, e2018221. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018221>
- Silveira, N. (2007). *Jung: vida e obra*. Paz e Terra.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença*. Casa do Psicólogo.
- Trinca, W. (2013). *Procedimento de desenhos-estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões*. Vetor.
- Trinca, W. (2020). *Formas lúdicas de investigação em psicologia: Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenhos de Família com Estórias*. Vetor.

Apêndice

Apêndice. Instrumento de coleta de dados

I. IDENTIFICAÇÃO

- 1) Sexo ☐ masculino ☐ feminino
- 2) Idade:
- 3) Escolaridade
- 4) Cor
- 5) Religião
- 6) Estado Civil: ☐ solteiro ☐ casado ☐ casado ☐ divorciado ☐ viúvo
- 7) Tem filhos:
- 8) Trabalha: ☐ sim ☐ não
- 9) Profissão:
- 10) Renda mensal (em salário mínimo): ☐ até 1 ☐ de 1 a 3 ☐ acima de 4

II. DADOS DO TRATAMENTO

- 11) Tem Doença Renal há quanto tempo?
- 12) Data do início da hemodiálise:

III. PERGUNTAS RELACIONADAS À TEMÁTICA:

- 13) Quando você soube que era um paciente renal?
- 14) Como foi o processo do diagnóstico até chegar ao tratamento em hemodiálise?
- 15) Como é para você fazer hemodiálise?
- 16) Qual seu maior desafio em relação à hemodiálise?
- 17) Como você lida com o tratamento/acompanhamento?
- 18) Quais aspectos ajudam você no enfrentamento dessa condição?
- 19) Qual foi o momento mais difícil que você teve que enfrentar desde o diagnóstico?
- 20) Como você avalia sua qualidade de vida?
- 21) Como sua família lida com sua condição? Qual a importância de sua família nesse processo?

Fonte: os autores (2025).