Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, v.07,2024
ISSN 2178-6925

POLÍTICAS DE SAÚDE E PSICONEFROLOGIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

HEALTH POLICIES AND PSYCHONEPHROLOGY: AN EXPERIENCE REPORT

Herika Morais Paixão
Graduanda em Psicologia,Unex,Brasil
herika10@hotmail.com

Luana Lua Sousa Felício
Orientadora, UFBA , UNEX
luana.felicio@ftc.edu.br

RESUMO.

A psiconefrologia é o campo de estudo da psicologia com foco em práticas psicológicas no contexto das nefropatias. Esse cenário, ainda pouco explorado pelos pesquisadores da psicologia, estressante e desgastante, impacta não só a saúde física, como também a psicológica. E, assim como outras áreas de estudo, sofre influência dos acontecimentos político-sociais do país. Em especial, aqui será tratado da crise na assistência dialítica brasileira, agravada pela pandemia de COVID-19. O objetivo deste trabalho é relatar como as experiências dos pacientes renais foram impactadas pela crise no sistema dialítico do país. Para isso, foi utilizado um estudo qualitativo, do tipo relato de experiência, tendo como principais embasamentos teóricos a psicologia da saúde, a psicologia hospitalar e a nefrologia. Como conclusão, destaca-se que o fazer da psiconefrologia está intimamente ligada as políticas de saúde, não sendo possível uma atuação holística sem considerar tais variáveis.

Palavras-chave: Nefrologia; Psicologia Hospitalar; Política de Saúde; Psicologia.

ABSTRACT.

Psychonephrology is the psychology field that focuses on psychological practices in the context of nephropathy. This stressful and exhausting context, not yet explored by psychology researchers, impacts not only physical but also psychological health. Moreover, like other areas of study, it is influenced by a country's political and social events. In particular, the crisis in Brazilian dialysis care, aggravated by the COVID-19 pandemics, will be addressed here. This paper aims to report how kidney patients' experiences were impacted by the country's dialysis crisis. For this, a qualitative study-type experience report was used. Health psychology, hospital psychology, and nephrology were the main theoretical bases. In conclusion, it is highlighted that psychonephrology practice is intricately linked to health policies, and an integrated approach is not possible without considering such variables.

Keywords: Nephrology; Hospital Psychology; Health Policy; Psychology.

Introdução

A psiconefrologia é o campo de estudo da psicologia que trata das práticas no contexto das patologias renais. Os rins são órgãos vitais para a sobrevivência humana, sendo responsáveis por boa parte do equilíbrio químico interno. Quando há uma insuficiência renal, a diálise pode ser necessária para que funções, como eliminação de toxinas do sangue e regulação da pressão sanguínea, continuem acontecendo (SBN, c2023).

A perda da função renal pode ser aguda ou crônica e os fatores de risco principais para sua etiologia são: hipertensão arterial, diabetes, obesidade e hereditariedade (SBN, c2023). É preciso ficar atento também aos medicamentos e alimentos nefrotóxicos, como anti-inflamatórios e carambola.

A Insuficiência Renal Aguda (IRA) pode ser fatal e requer tratamento intensivo. No entanto, pode ser reversível (SBN, c2023). Já a Insuficiência Renal Crônica (IRC) é progressiva e irreversível. No Brasil, segundo o censo de 2021 da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), nas 849 unidades prestadoras de serviços ativas, 148.363 cidadãos estão em tratamento crônico de diálise (SBN, 2022).

O adoecimento renal, seja ele agudo ou crônico, é sempre acompanhado de sentimentos variados, podendo ser influenciado por diversos fatores multicausais. O indivíduo, visto às adversidades impostas pela doença e por seu tratamento, em um primeiro momento, não está preparado para lidar com essa nova condição (Rudnicki, 2014). Um desses fatores são as políticas públicas de saúde do país, porém não é incomum que a sua influência nas experiências vivenciadas durante um tratamento, sejam muitas vezes esquecidas ou negligenciadas. Contudo, partindo da noção de que a saúde é construída socialmente, a sua contribuição para o processo vivenciado pelo paciente renal, vai da etiologia até o prognóstico.

As políticas públicas visam assegurar um direito a determinada ação, programa ou serviço. O Brasil, sendo um Estado Democrático de Direito (Brasil, 1988), deve construir as suas políticas de saúde com a participação popular, visando sempre responder às necessidades de saúde da sua população. Porém, não é o que acontece na assistência renal.

Há uma crise de saúde pública na assistência dialítica brasileira, mas, por questões nem um pouco humanitárias, pouco se debate sobre. Não foi causada pela pandemia da COVID-19, porém, essa apenas piorou a situação. Em carta aberta ao Poder Legislativo e Executivo do Brasil, a SBN alerta sobre a existência de grave problema no setor, com risco iminente de colapso (SBN, 2022).

Alguns dos fatores contribuintes para esse cenário desumano são: déficits operacionais, agravado pelos anos sem reajuste no pagamento das sessões de hemodiálise, aumento nos gastos com insumo e pessoal imposto pela pandemia, perspectiva de formação de um oligopólio no setor, e a maioria dos serviços que prestam atendimento aos pacientes dialíticos do SUS não serem públicos; segundo a SBN, 85% das clínicas pertencem ao setor privado (SBN, 2022).

Agrava-se ainda mais a situação se considerarmos que um bom número de pacientes que deveriam estar em diálise não estão, por falta de acesso ao sistema público de saúde (SBN, 2022). Assim, o número de pacientes que o sistema deveria atender é ainda maior. Em meio a esse cenário, vê-se o adoecimento nefrológico e o fazer da psiconefrologia.

A psiconefrologia, para além dos aspectos psicológicos, também precisa lidar com questões sociais que impactam nas ações e reações de um paciente renal. Manejar uma condição de saúde crônica é estressante e desgastante, por isso, é importante estar informado sobre como as políticas de saúde estão incidindo negativamente na capacidade do paciente de lidar com a situação e de gerenciar o seu adoecimento.

Logo, considerando os ordenamentos jurídicos que versam sobre a saúde no Brasil, assim como os saberes da nefrologia – especialidade médica dedicada ao diagnóstico e tratamento clínico das doenças do sistema urinário, principalmente relacionadas ao rim (SBN, 2022) –, da psicologia da saúde e hospitalar, que consideram o adoecimento para além das causas orgânicas, o objetivo deste trabalho é relatar como as experiências dos pacientes renais foram impactadas pela crise no sistema dialítico do país, agravado pela crise sanitária da COVID-19.

Metodologia

Esta pesquisa é um estudo qualitativo-exploratório, do tipo relato de experiência. Ao sistematizar as experiências por meio do relato, buscamos compreender e tratar o qualitativo que se encontra em cada experiência particular, permitindo se apropriar e dar conta dela e possibilitando, ainda, o compartilhar o aprendizado com os outros (Patias; Von Hohendorff, 2019).

Como processos sociais dinâmicos, as experiências são o ponto de partida do processo de aprendizagem, são experiências vitais, que representam processos inéditos e irrepetíveis (Patias; Von Hohendorff, 2019). A escolha pela abordagem qualitativa se dá por compreender que na pesquisa qualitativa, a realidade é múltipla e subjetiva, tendo em vista que as experiências dos indivíduos e suas percepções são aspectos úteis e importantes para a pesquisa (Patias; Von Hohendorff, 2019).

Este trabalho relata experiências vividas entre 2022-2023 em um serviço público hospitalar do interior da Bahia, na cidade de Vitória da Conquista, em funcionamento desde 1994. O hospital é sede de módulo assistencial (Sesab,

c2023), portanto atende a diversos municípios vizinhos, além dos quase 350 mil habitantes da cidade-sede. São realizados atendimentos médico-hospitalares de média e alta complexidade à demanda espontânea.

Os embasamentos teóricos que orientaram a construção desse artigo são a psicologia da saúde, a psicologia hospitalar e a nefrologia.

A nefrologia, especialidade médica de estudo dos adoecimentos renais, começa a se desenvolver entre as duas guerras mundiais, a partir de estudos básicos da função renal normal. Embora moldado por pesquisas da função renal na década de 1960, foi o advento da diálise que alimentou o crescimento da nefrologia. Em 1945, o médico e inventor Willem Kolff, pioneiro no campo dos órgãos artificiais, realiza o primeiro tratamento de diálise bem-sucedido (Eknoyan, 2017).

A psicologia da saúde, de acordo com American Psychological Association (APA), tem como objetivo compreender como os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam na saúde e na doença (APA, c2023). Assim, a psicologia da saúde abrange todos os níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária).

A psicologia hospitalar, especialidade no Brasil, trabalha com os níveis de atenção secundário e terciário. Dessa maneira, o psicólogo hospitalar atua com os diferentes aspectos em torno do adoecimento. No cenário da psiconefrologia, o psicólogo presta assistência aos pacientes e familiares em hospitais e em centros de atenção secundária a saúde, como nas clínicas de diálise.

Proporcionar uma escuta para além da sua condição patológica e que ampare todos os aspectos da vida do paciente, é o trabalho da psicologia na nefrologia. Além do diagnóstico e do tratamento, um adoecimento nefrológico, crônico ou agudo, ocasiona perdas em termos profissionais, psicológicos, sexuais e sociais, com impactos na qualidade de vida da pessoa acometida (Baptista; Dias; Baptista, 2018).

São ordenamentos jurídicos importantes a esta pesquisa: Constituição Federal de 1988, Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, e Portaria nº 389, de 2014.

Psiconefrologia e Políticas de Saúde

As políticas de saúde influenciam as experiências dos pacientes desde o diagnóstico; até mesmo antes disso, se considerarmos que o processo saúde-doença é altamente influenciado pelas ações da atenção primária. Entretanto, dificilmente o paciente pensa em como elas irão afetar o seu tratamento. Não somente ele, mas a sua rede apoio e muitos profissionais da saúde focam nas variáveis biológicas e psicológicas, esquecendo do impacto da variável social.

Dessa forma, muitas questões de saúde de origem social podem ser taxadas como culpadas pela patologia ou como algo “psicológico”, que possui ainda o agravante de poder não ser considerada um problema real, visto que muitos ainda veem essas questões como “frescura”, um déficit do paciente que não possui ligação com o seu ambiente externo. Porém, a ciência psicológica é contraria a essa visão, acreditando que a produção de doenças ocorre no plano coletivo, e, por consequência, não se pode desvincular o estudo do processo saúde-doença do contexto social em que está inserido (Breilh, 2014).

Nessa toada, fui capaz de observar como os pacientes que necessitavam de terapia renal substitutiva foram afetados negativamente pela crise da assistência dialítica no país. Pacientes que ficaram meses internados, sendo submetidos a riscos biológicos e a estresse psicológicos desnecessários, pois o tratamento dialítico não estava sendo oferecidos nas clínicas da cidade, o que forçava esses pacientes a uma hospitalização desnecessária, quando poderiam estar recebendo o tratamento dialítico nas clínicas ou em casa.

Essa crise não é culpa de apenas um governo específico, é um problema que vem se arrastando desde a criação do SUS em 1988 (Brasil, 1988). No entanto, tem se agravado exponencialmente com a permissão da entrada do capital estrangeiro na saúde em 2014, contrariando o texto original da Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990a).

Essa Lei prevê a restrição desse capital, sobretudo na segunda metade dos anos de 1990, considerando que a Emenda Constitucional (Brasil, 1996) e a lei em questão permitiram investimentos estrangeiros na assistência médica suplementar, em planos e seguros de saúde. Scheffer & Souza (2022) relatam ainda que, em 2015, o setor saúde foi amplamente aberto ao capital estrangeiro,

com permissão legal de ingresso, inclusive em hospitais, clínicas e outros serviços de saúde. Essa permissão levou a diversos problemas na assistência dialítica brasileira, como déficit operacional, causado pela defasagem dos valores pagos pelo governo para os procedimentos dialíticos (SBN, 2022). O que o convênio ou o atendimento particular paga pela sessão de hemodiálise chega a ser o dobro do valor pago pelo SUS.

A diferença de repasse nos complexos procedimentos de diálise, somado ao alto valor dos insumos, que geralmente precisam ser comprados em dólar, têm levado muitas clínicas a falência. Para piorar, temos corporações de capital estrangeiro aproveitando dessa situação para comprar mais empresas e dominar o setor de assistência renal substitutiva no Brasil (SBN, 2022).

Hoje, quase 20% das clínicas de diálises que prestam serviço ao SUS são da iniciativa privada internacional e muitas dessas multinacionais são donas das empresas que fabricam os insumos necessários para os procedimentos dialíticos, criando-se assim um verdadeiro oligopólio nesse setor (SBN, 2022). Visto o poder financeiro dessas empresas, e pela lógica do mercado, dificilmente um empresário brasileiro conseguirá se sustentar nessa situação.

Na minha experiência com pacientes renais, gostaria de destacar a:

- Escassez de área específica para diálise intra-hospitalar em pacientes crônicos;
- Escassez de normas específicas de controle e gestão dos valores repassado pelo Ministério da Saúde para as clínicas de diálise;
- Escassez de diálise peritoneal.

Considerando o que pude observar, esses três pontos foram motivos de grande sofrimento para os pacientes. Aqui no Brasil, a hemodiálise é realizada nas Unidades de Terapia Intensivas (UTI), exclusivamente, setor que só pelo nome já é motivo de angústia para os pacientes. Mesmo em situações na qual o paciente somente iria para fazer o procedimento de hemodiálise, e logo depois voltar para o seu setor, os sentimentos negativos eram fortes. Infelizmente, no imaginário social a UTI é

> [...] considerada um dos momentos mais críticos e amedrontadores no processo de hospitalização, por ser a

ISSN 2178-6925

> UTI geralmente representada, em nossa sociedade, como um local assustador, fonte contínua de angústias, incertezas e medos, um lugar ao qual se vai para morrer (Haberkorn, 2004, p. 100).

Como exposto pela literatura médica, o ambiente da UTI tem maior risco para infecções hospitalares com superbactérias como *Staphylococcus aureus* (MRSA), *Pseudomonas*, *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemas*. Além de disfunção e redução da força muscular já serem observadas a partir de setenta e duas horas de internamento, essas consequências podem perdurar por até cinco anos (Hermans; Berghe, 2015).

Alterações na composição corporal em pacientes internados em UTI são uma das consequências mais comuns da síndrome pós-terapia intensiva (PICS), outras são dor e transtorno do estresse pós-traumático. Elas diminuem a qualidade de vida e aumentam a taxa de mortalidade pós-alta da UTI (Silva; Rodrigues; Miura, 2021). Adiciona-se a isso a impossibilidade de acompanhamento familiar no setor, sendo liberado apenas visitas.

Essa crise (SBN, 2023; ABCDT, 2022; Medicina S/A, 2021) se tornou uma bola de neve de problemas e estresse na instituição, não só era um peso cognitivo para os pacientes e família, como também para a equipe assistencial. Constantemente, o serviço de psicologia era solicitado pelas equipes devido a um paciente renal “problemático”. Por conseguinte, não só o paciente ficava reativo com a equipe, mas a equipe também ficava reativa com o paciente.

Nos meses em que foi suspensa o atendimento das clínicas de hemodiálises, as solicitações para o setor de psicologia aumentaram, nas quais os motivos eram: paciente querendo fugir, paciente discutindo com a equipe, paciente não querendo comer, paciente não querendo tomar banho, paciente ficando cada dia mais depressivo e ansioso, paciente frequentemente internado por alguma patologia que demandava tratamento renal substitutivo.

Logo, a carência da assistência renal nas clínicas ou em casa, somado a internação em UTI, que aumentam o risco de incapacidades físicas (Silva; Rodrigues; Miura, 2021), foi de grande impacto psicológico nesses pacientes. Eram comuns reações emocionais como sentimento de choque, de não estar acreditando no que estava acontecendo, que pode aparecer em diversos

momentos do tratamento e não apenas no diagnóstico. Outros sentimentos apareceram, como é o caso da negação, que até certo ponto é protetivo (Baptista; Dias; Baptista, 2018), mas a longo prazo atrapalha e dificulta o tratamento e as chances de controle ou recuperação dos problemas renais. Ainda, sentimento de perda de autonomia, de controle, de papéis e tempo; sobrecarga de informações; confusão mental; excesso ou falta de tratamentos e procedimentos; novos ambientes; tomada de decisões difíceis; medos; lutos; além de ansiedade, raiva e preocupações pelas perdas funcionais e sociais.

Nesse contexto, a psicoeducação do paciente sobre a sua situação é de extrema importância, pois as incertezas sobre o processo de tratamento levam a maior estresse e baixa adesão. A informação gera sentimentos de controle sobre sua própria vida, promovendo maior engajamento no tratamento.

Em escassez de normas específicas de controle e gestão, recaímos sobre os diversos problemas de operacionalização das clínicas de diálises brasileira. Tal como a questão dos pagamentos das clínicas particulares. Nesse ponto, os problemas são de várias ordens, visto que primeiro os donos das clínicas acusam os gestores do SUS de constantes atrasos ou falta de repasse dos valores transferidos pelo Ministério da Saúde (Bahia Notícias, 2022)

A Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante (ABCDT), por exemplo, acusou a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) de não fazer repasses de verbas de quase R$ 6 milhões. Segundo a entidade, “muitos gestores chegam a atrasar em mais de 40 dias o repasse após a liberação do recurso pelo Ministério da Saúde” (Bahia Notícias, 2022)

Já os gestores municipais e estaduais negam as dívidas e afirmam que os pagamentos estão ocorrendo normalmente. A Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista (PMVC, 2022), responsável pelo hospital que estagiei, afirma que o contrato vigente com uma das clínicas é para atendimento de 432 pacientes pela rede SUS, mas hoje só atende 295, mostrando haver déficits em ambos os lados.

Outra questão que contribuiu notavelmente para essa crise é o baixo controle do governo brasileiro sobre os insumos dialíticos, que vão desde maquinário à medicamentos, deixando o povo brasileiro à mercê dos preços das

fabricantes internacionais. Segundo a enfermeira e deputada federal Carmen Zanotto (Mirando, 2020), as indústrias fornecedoras aumentaram o custo dos insumos em até 200%. Se lembrarmos que muitas dessas fornecedoras são donas de clínicas de diálises brasileiras, percebemos que essa conta não está fechando, haja vista que são interesses opostos, e o sucateamento do SUS só tende a favorecer os serviços particulares.

Advoga a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) que o capital estrangeiro deve atender ao interesse nacional. Se brasileiros estão morrendo por não terem acesso ao tratamento dialítico que precisam e empresários brasileiros estão tendo que fechar suas portas pela concorrência desleal, fica o questionamento: quais interesses nacionais estão sendo atendido por essas empresas estrangeiras? Visto não parecer estar atendendo ao direito à saúde do povo brasileiro, garantido pela CF de 1988, nem aos interesses econômicos da maior parte da população. Só nos últimos cinco anos, 39 clínicas de diálise foram fechadas no Brasil (SBN, c2023), aumentando não só a desassistência renal no país, como também o desemprego no setor saúde.

A esse cenário já caótico, adiciona-se a pandemia da COVID-19 (SBN, 2022), na qual os problemas causados pelo subfinanciamento do SUS foram escancarados. O aumento exponencial de gastos com as medidas de isolamento, gastos com recursos humanos que precisaram ser afastados por estarem infectados e a escassez de equipamentos de proteção individual, quase levaram ao colapso da rede assistencial dialítica.

Essa ruptura na assistência renal impacta diretamente outras redes de assistência à saúde. Por exemplo, pude observar diversos problemas administrativos gerados pelo excesso de pacientes que deveriam receber alta, porém continuavam ocupando leitos da UTI por não terem acesso a sessões de hemodiálise ambulatoriais (Anderson Blog, 2022), leitos que deveriam ser ocupados por pacientes com necessidades clínicas reais de uma UTI.

As repercussões psicológicas de tudo isso são perversas. A falta de políticas de saúde que atendam às necessidades dos quase 150 mil pacientes renais crônicos que fazem tratamento de diálise (Nerbass *et al.*, 2023) incide

ISSN 2178-6925

sobre todos que diretamente lidam com a dor e sofrimento de estar cuidando de alguém que está perdendo sua vida por questões políticas e não patológicas.

Além de pacientes, família e equipe que estão em constante estado de angústia pelas incertezas do tratamento renal, questões bioéticas, espirituais, morais e religiosas são levantadas ao lidarmos com a mistanásia (morte precoce e evitável). Segundo o biodireito, a mistanásia é a morte miserável que se concretiza quando um indivíduo socialmente vulnerável é acometido de uma morte evitável como consequência da violação de seu direito a saúde (Vargas, 2020).

Outro ponto que chamou atenção foi a indisponibilidade de diálise peritoneal para os pacientes. Apesar de ser uma modalidade menos invasiva, uma vez que é realizado na própria casa do paciente, nenhum deles faziam uso desse modelo de cuidado. Muitos nem sabiam que essa possibilidade existia, mesmo ela sendo uma das modalidades indicada nas diretrizes clínicas de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (Brasil, 2014).

Ao contatar as duas clínicas credenciadas pela prefeitura para prestar os serviços de diálises, ambas afirmam não disponibilizar diálise peritoneal pelo SUS. O problema é ainda maior, visto que o município em questão é a sede do núcleo regional de uma região de saúde (Sesab, c2023). Portanto, não atende apenas os pacientes da cidade, que já é uma das maiores do estado da Bahia, como também mais dezoito municípios da região.

Só aqui, são quase 700 mil pacientes (Sesab, c2023), sem acesso a essa modalidade, que além de oferecer mais conforto e segurança, por não expor os pacientes, aos perigos biológicos de uma unidade de saúde, não precisariam gastar com deslocamento e alimentação para a viagem até o local da hemodiálise, além de arriscarem a vida nas estradas, como é o caso noticiado em que mais de dez pacientes morreram em um acidente na BR-174 (Maurício, 2021).

Infelizmente, o acesso a essa modalidade de diálise pelo SUS ainda é um desafio em todo o país (Nerbass *et al*., 2023). A diálise peritoneal é uma das quatro formas de tratamento para insuficiência renal, as outras são os tratamentos conservador, a hemodiálise e o transplante renal. Nessa

modalidade, o paciente não precisa ir até um local específico, pois o tratamento pode até ser realizado enquanto a pessoa dorme, já que ocorre no corpo do paciente, com auxílio de um filtro natural como substituto da função renal, o peritônio. Segundo a SBN (c2023), os resultados dos tratamentos por diálise peritoneal e hemodiálise são iguais. A escolha dependerá das condições clínicas, avaliadas pelo nefrologista, e do desejo do próprio paciente.

A diálise peritoneal também é de grande assistência aos pacientes debilitados pelo próprio adoecimento renal ou por outras comorbidades, com ganhos na qualidade de vida do paciente e de seus cuidadores.

Considerações Finais

Finalizo esse relato com duas percepções importantes. Primeiramente, a percepção de que a psiconefrologia é um impacto positivo no tratamento dos pacientes e, segundo, que a experiência dos pacientes renais no Sistema Único de Saúde estão sendo negativamente afetadas pelas ações de políticas públicas de saúde. Nesse último caso, a falta de políticas eficientes, a má operacionalização das existentes, a diminuição sistemática do financiamento da saúde, o mau uso do dinheiro disponível no orçamento pelos gestores dos Estados e Municípios, as constantes ameaças de corte orçamentário, também são variáveis que afetam negativamente o curso do adoecimento renal.

O paciente dialítico não está sujeito apenas as questões biológicas e psicológicas, como mudanças funcionais, alterações afetivas e cognitivas, mas também as questões sociais de seu país. Assim, as políticas de estado têm incidido diretamente nas chances de um paciente renal ter acesso ou não a diálise. Por exemplo, profissionais de saúde relatam que muitos estrangeiros atravessam as fronteiras para usar o SUS (Giovanella *et al.*, 2007; Freire, 2019). Isso só é possível pela política de universalidade do SUS. Diante uma emergência, toda e qualquer pessoa deve receber assistência médica, é o que consta na CF de 1988, o que provoca o aumento ainda mais acentuado da demanda em um sistema precarizado e que já não atende a milhares de brasileiros.

O que está acontecendo na assistência dialítica brasileira é uma crise de saúde pública, haja vista os 20 milhões de brasileiros com algum tipo de nefropatia que podem evoluir para diálise (Garcia, 2023). Assim, o SUS precisa ser mais bem amparado, considerando que é necessário um melhor controle e gestão das verbas repassadas pelo Ministério da Saúde (Bahia Notícias, 2022) para o pagamento das clínicas de diálise, já que tem sido prática comum o governo repassar a verba e os gestores bipartite usarem para outras atividades. Portanto, não só o Ministério da Saúde, mas também o Ministério Público deve ter um papel mais ativo na fiscalização da aplicabilidade desses recursos, considerando o impacto social da problemática. Além disso, é urgente a necessidade de atualização da tabela SUS para o pagamento dialítico (SBN, 2022).

As normas de operacionalização e fiscalização precisam ser claras, mas para haver uma mudança real na assistência dialítica brasileira, é preciso uma mudança na base assistencial, saindo do privado para o público. O setor privado, segundo a Lei (Brasil, 1990a), deve ser apenas de caráter complementar, entretanto, segundo dados do Censo Brasileiro de Diálise (Nerbass *et al.*, 2023), a maioria das clínicas dialíticas são da iniciativa privada.

A terceirização dos serviços de diálise foi uma escolha governamental da época da criação do SUS, porém ela já não se sustenta e o vazio assistencial no adoecimento renal só aumenta. O número de pacientes que necessitam de tratamento dialítico mais que triplicou desde então, e o sistema não tem conseguido absorver nem dar conta da demanda atual. É urgente a criação de centros públicos de diálises, além de um maior acesso a diálise peritoneal.

Outro problema que surge com um serviço praticamente terceirizado, é que o governo não tem controle e nem responsabilidade direta sobre o serviço prestado. Então, é comum um jogar a culpa no outro, e o paciente renal se torna, assim, uma “batata quente” na mão desses atores. O tempo vai passando, a situação clínica do paciente vai deteriorando e nessa “brincadeira” muitos pacientes perdem a vida.

Nesse cenário, a psiconefrologia considera como essas variáveis sociais estão modificando a experiência do paciente, alertando a equipe multidisciplinar

que as ações e omissões do Estado, perante as demandas de saúde da sua população, incide potentemente no agir, pensar e sentir desses pacientes, lembrando-os que nem tudo pode ser resolvido com um medicamento ou com uma técnica psicológica.

Referências

ABCDT. Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante. ABCDT fala da crise da diálise à TV Globo; **ABCDT**, 2022. Disponível em: https://www.abcdt.org.br/2022/09/abcdt-fala-da-crise-da-dialise-a-tv-globo/. Acesso em: 20 jun. 2023.

ANDERSON BLOG. Saúde Municipal sem vagas para hemodiálise, pacientes ocupam leitos do Hospital. **Blog do Anderson**, 2022. Disponível em: https://www.blogdoanderson.com/2022/09/11/saude-municipal-sem-vagas-para-hemodialise-pacientes-ocupam-leitos-do-hospital-geral-de-vitoria-da-conquista/. Acesso em: 21 jun. 2023.

APA. American Psychological Association. About APA. **APA**, c2023. Disponível em: https://www.apa.org/about. Acesso em: 20 jun. 2023.

ARRAIS, Rebecca Holanda; MONTEIRO, Tuanne Freire. Atuação em Urgência e Emergência a partir da Psicologia Junguiana. **Psicologia**: Ciência e Profissão, [S.L.], v. 43, p. 1-11, 2023. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003250311.

BAHIA NOTÍCIAS. Clínicas de diálise acusam Sesab de não fazer repasses de verbas; pasta nega. **Bahia Notícias**, 2022. Disponível em: https://www.bahianoticias.com.br/saude/noticia/28619-clinicas-de-dial. Acesso em: 21 jun. 2023.

BAPTISTA, Makilim Nunes; DIAS, Rosana Righetto; BAPTISTA, Adriana Said Daher. **Psicologia hospitalar:** teoria, aplicações e casos clínicos. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 19 jun. 2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 13, de 21 de agosto de 1996**. Dá nova redação ao inciso II do art. 192 da Constituição Federal. Brasília, DF: Senado Federal, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc13.htm. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 389, de 13 de março de 2014**. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html. Acesso em: 20 jun. 2023.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

EKNOYAN, Garabed. Nephrology: as it was then, but is not now. American **Journal of Kidney Diseases**, [S.L.], v. 69, n. 1, p. 129-135, jan. 2017. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2016.06.029.

FREIRE, André. Regiões de fronteiras estão à margem dos sistemas de saúde. **Fiocruz Brasília**, 2019. Disponível em: https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/regioes-de-fronteiras-estao-a-margem-dos-sistemas-de-saude/. Acesso em: 21 jun. 2023.

GARCIA, Amanda. 20 milhões de brasileiros têm alguma perda de função renal; saiba como prevenir. **CNN Brasil**, 2023. Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br/saude/20-milhoes-de-brasileiros-tem-alguma-perda-de-funcao-renal-saiba-como-prevenir/. Acesso em: 21 jun. 2023.

GIOVANELLA, Ligia; GUIMARÃES, Luisa; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; DAMACENA, Giseli Nogueira. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. S251-S266, 2007. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2007001400014.

HABERKORN, Adriana. Atuação psicológica na UTI. *In:* BRUSCATO, Wilze Laura; BENEDETTI, Carmen; LOPES, Sandra Ribeiro de Almeida (Orgs**.). A Prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo:** Novas páginas em uma antiga história. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 99-107.

HERMANS, Greet; BERGHE, Greet van Den. Clinical review: intensive care unit acquired weakness. **Critical Care**, [S.L.], v. 19, n. 1, dez. 2015. Springer Science and Business Media LLC. http://dx.doi.org/10.1186/s13054-015-0993-7.

MAURÍCIO, Mateus. 13 pessoas morrem em acidente entre caminhonete e van que transportava pacientes em MT. **G1**, 2021. Disponível em: https://g1.globo.com/mt/mato-grosso/noticia/2021/10/30/acidente-entre-sw4-e-van-que-transportava-pacientes-deixa-pelo-menos-14-mortos-em-mt.ghtml. Acesso em: 21 jun. 2023.

MEDICINA S/A. Sociedade Brasileira de Nefrologia alerta para a crise no setor de diálise. **Medicina S/A**, 2021. Disponível em: https://medicinasa.com.br/setor-dialise-crise/. Acesso em: 20 jun. 2023.

MIRANDA, Tiago. Proposta prevê repasse de R$ 257 milhões para clínicas de diálise durante pandemia. **Portal da Câmara dos Deputados**, 2020. Disponível em: https://www.camara.leg.br/noticias/658475-PROPOSTA-PREVE-REPASSE-DE-R. Acesso em: 21 jun. 2023.

NERBASS, Fabiana B; LIMA, Helbert do Nascimento; THOMÉ, Fernando Saldanha; VIEIRA NETO, Osvaldo Merege; SESSO, Ricardo; LUGON, Jocemir Ronaldo. Censo Brasileiro de Diálise 2021. **Brazilian Journal Of Nephrology**, [S.L.], v. 45, n. 2, p. 192-198, jun. 2023. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2022-0083pt.

PATIAS, Naiana Dapieve; VON HOHENDORFF, Jean. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. **Psicologia em Estudo**, [S.L.], v. 24, p. 1-14, 21 nov. 2019. Universidade Estadual de Maringá. http://dx.doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.43536.

PMVC. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. Hemodiálise: Prefeitura paga regularmente clínicas credenciadas, mas crise nacional atinge prestação de serviços na cidade. **PMVC**, 2022. Disponível em: https://www.pmvc.ba.gov.br/hemodialise-prefeitura-paga-regularmente-clinicas-credenciadas-mas-crise-nacional-atinge-prestacao-de-servicos-na-cidade/. Acesso em: 21 jun. 2023.

RUDNICKI, Tânia. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. **Contextos Clínicos**, [S.L.], v. 7, n. 1, p. 105-116, 27 jun. 2014. UNISINOS - Universidade do Vale do Rio Dos Sinos. http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2014.71.10.

SBN. Carta da Sociedade Brasileira de Nefrologia aos Senadores, Deputados Federais e Estaduais, Vereadores, Governadores, Prefeitos e Secretários de Saúde sobre a Crise no Setor de Diálise. **SBN**, 2022. Disponível em: https://www.sbn.org.br/fileadmin/user_upload/2022_noticias/Carta_aberta_SBN.pdf. Acesso em: 19 jun. 2023.

SBN. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Página Inicial. **SBN**, c2023. Disponível em: https://www.sbn.org.br/geral/. Acesso em: 19 jun. 2023.

SBN. Sociedade Brasileira de Nefrologia. SBN e ABCDT participaram de mais uma reunião no Ministério da Saúde, em Brasília, para discutir a crise da diálise. **SBN**, 2023. Disponível em: https://www.sbn.org.br/noticias/single/news/sbn-e-abcdt-participaram-de-mais-uma-reuniao-no-ministerio-da-saude-em-brasilia-para-discutir-a-cr/. Acesso em: 20 jun. 2023.

SCHEFFER, Mário; SOUZA, Paulo Marcos Senra. A entrada do capital estrangeiro no sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 38, n. 2, p. 1-15, 2022. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00239421.

SESAB. Observatório Baiano Regionalização. **Governo do Estado da Bahia**, c2023. Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/obr/index.php?menu=regiao_de_saude&COD_IBGE=293330&REGIAO_DE_SAUDE=VITORIA%20DA%20CONQUISTA. Acesso em: 20 jun. 2023.

SILVA, Caroline de Lima Neto; RODRIGUES, Marcela Bongiovani; MIURA, Carla Roberta Monteiro. Manifestações físicas da Síndrome Pós Unidade de Terapia Intensiva e a funcionalidade do sobrevivente: revisão integrativa. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 4, n. 4, p. 17311-17328, 13 ago. 2021. South Florida Publishing LLC. http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv4n4-229.

VARGAS, Mateus. Mistanásia: A morte precoce, miserável e evitável como consequência da violação do direito à saúde no Brasil. **Jusbrasil**, 2020. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/artigos/mistanasia/940296560. Acesso em: 21 jun. 2023.