

POLÍTICAS DE SAÚDE E CUIDADO RENAL: GESTÃO, PRÁTICAS CLÍNICAS E HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Fabiola Lucena Ferreira¹; Alexandre Zacarias O. dos Santos²; Iane Silva Bonifácio³; Vera Lúcia Moreira da Silva⁴; Lucimar Domingos de Mattos⁵; Esdra Brito Pinto de Souza da Silva⁶; Vanderlei Vieira⁷; Ildete Ferreira Marcolino Rosa⁸; Iris Mendonça do Nascimento⁹
Silvia Dantas Pinto¹⁰

Área Temática: Saúde Coletiva

RESUMO

Introdução: O cuidado renal envolve prevenção, tratamento, organização dos serviços, continuidade assistencial e atenção às necessidades da pessoa. A integração dessas dimensões é necessária diante das diferentes demandas relacionadas às doenças renais. **Objetivo:** Compreender como políticas de saúde, gestão dos serviços, práticas clínicas e humanização se articulam na organização e qualificação do cuidado renal. **Metodologia:** Realizou-se revisão integrativa, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, com artigos científicos nacionais e internacionais, diretrizes clínicas e documentos institucionais relacionados ao tema. Os materiais foram selecionados por pertinência ao objetivo e organizados em quatro eixos correspondentes às dimensões investigadas. **Resultados e Discussão:** Os achados indicaram que políticas e gestão orientam a organização e continuidade da assistência, enquanto as práticas clínicas abrangem prevenção, acompanhamento e tratamento. A humanização incorpora autonomia, participação nas decisões e necessidades individuais ao cuidado. **Conclusão:** Conclui-se que a articulação dessas dimensões favorece uma assistência renal organizada, contínua, tecnicamente qualificada e centrada na pessoa.

Palavras-chave: Políticas de saúde; Cuidado renal; Gestão em saúde; Humanização da assistência.

1 INTRODUÇÃO

As doenças renais demandam atenção que ultrapassa o tratamento das alterações clínicas e alcança a prevenção, o diagnóstico oportuno, o acompanhamento contínuo e a organização dos serviços de saúde. A doença renal crônica (DRC), em particular, requer respostas articuladas entre diferentes níveis assistenciais, pois sua progressão pode resultar em necessidades terapêuticas cada vez mais complexas. Francis *et al.* (2024) defendem maior inserção da saúde renal na agenda mundial de saúde pública, enquanto Bello *et al.* (2024) demonstram que persistem diferenças importantes entre países e regiões quanto à capacidade de oferecer prevenção, diagnóstico e tratamento. Esse panorama reforça a necessidade de políticas capazes de aproximar planejamento, acesso e continuidade do cuidado.

No Brasil, essa articulação envolve o Sistema Único de Saúde (SUS) e a integração entre ações de prevenção, acompanhamento e assistência especializada. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para atenuar a progressão da DRC estabelece critérios para diagnóstico,

tratamento e acompanhamento, além de orientar aspectos relacionados à regulação e ao acesso aos serviços (Brasil, 2024). Em âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde (WHO) reconheceu formalmente a saúde renal como tema que requer fortalecimento das políticas de prevenção e controle, incluindo detecção precoce, integração do cuidado e ampliação do acesso aos serviços (WHO, 2025). A efetividade dessas medidas depende também da capacidade de gestão, uma vez que planejamento, avaliação e governança interferem na organização e na qualidade das respostas oferecidas pelos sistemas de saúde (Alves; Monteiro; Amaral, 2026a; 2026b).

A organização assistencial precisa, contudo, considerar que o cuidado renal não se resume ao controle da doença. Diretrizes da Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) destacam acompanhamento individualizado e decisões orientadas pelas condições e necessidades de cada pessoa (KDIGO, 2024). Essa compreensão aproxima a prática clínica da humanização, especialmente quando o tratamento se prolonga e modifica diferentes dimensões da vida. De Jong *et al.* (2021) mostram a importância de incorporar prioridades do paciente ao planejamento do cuidado, enquanto Davison *et al.* (2024) defendem a integração do cuidado de suporte às respostas destinadas às pessoas com falência renal. Assim, qualidade clínica, autonomia, dignidade e participação nas decisões deixam de constituir dimensões separadas e passam a integrar uma mesma concepção de assistência.

Diante dessa relação entre política pública, organização dos serviços e experiência da pessoa atendida, torna-se pertinente compreender o cuidado renal de forma integrada, relacionando as decisões produzidas no âmbito dos sistemas de saúde às práticas desenvolvidas nos serviços e às necessidades presentes no percurso assistencial. Essa abordagem permite examinar tanto os recursos clínicos destinados à prevenção e ao tratamento quanto aspectos de gestão e humanização que influenciam a continuidade e a qualidade do atendimento. Este estudo tem como objetivo compreender como as políticas de saúde, a gestão dos serviços, as práticas clínicas e a humanização se articulam na organização e qualificação do cuidado renal.

2 METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, desenvolvida com o objetivo de compreender como políticas de saúde, gestão dos serviços, práticas clínicas e humanização se articulam na organização e qualificação

do cuidado renal. A escolha desse método permitiu reunir fontes científicas e técnico-institucionais de diferentes naturezas e sistematizar suas contribuições em função do objetivo proposto. Conforme Dias (2026), a elaboração de uma revisão da literatura requer delimitação do objeto, definição dos critérios de seleção e organização sistemática das informações, de modo a conferir coerência e transparência ao percurso investigativo.

As buscas foram realizadas entre 11 de junho e 15 de agosto de 2026 nas seguintes fontes de informação: PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico. Para a localização das diretrizes clínicas e dos documentos institucionais, também foram consultados os portais oficiais do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (WHO), da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e da Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO).

Foram utilizados os seguintes descritores e palavras-chave em português: “doença renal crônica”, “cuidado renal”, “políticas de saúde”, “gestão em saúde”, “práticas clínicas”, “continuidade do cuidado”, “humanização da assistência” e “cuidado centrado na pessoa”. Nas buscas realizadas em inglês, foram empregados os termos correspondentes: “chronic kidney disease”, “kidney care”, “health policy”, “health management”, “clinical practice”, “continuity of care”, “humanization of care” e “person-centred care”. Os termos foram combinados mediante os operadores booleanos AND e OR.

Para ampliar a recuperação de publicações relacionadas às diferentes dimensões investigadas, foram empregadas três combinações principais:

- (“doença renal crônica” OR “cuidado renal”) AND (“políticas de saúde” OR “gestão em saúde”);
- (“doença renal crônica” OR “cuidado renal”) AND (“práticas clínicas” OR “continuidade do cuidado”);
- (“doença renal crônica” OR “cuidado renal”) AND (“humanização da assistência” OR “cuidado centrado na pessoa”).

Nas buscas em inglês, utilizaram-se as combinações equivalentes:

- (“chronic kidney disease” OR “kidney care”) AND (“health policy” OR “health management”);

- (“chronic kidney disease” OR “kidney care”) AND (“clinical practice” OR “continuity of care”);
- (“chronic kidney disease” OR “kidney care”) AND (“humanization of care” OR “person-centred care”).

Foram incluídos artigos científicos nacionais e internacionais, diretrizes clínicas, protocolos e documentos institucionais que apresentassem relação direta com o cuidado renal e contemplassem pelo menos um dos eixos da investigação: políticas de saúde e organização do cuidado renal; gestão e acesso aos serviços; práticas clínicas e continuidade assistencial; ou humanização e cuidado centrado na pessoa. Também foram considerados como critérios de inclusão a disponibilidade do texto integral em português ou inglês e a apresentação de informações suficientes para responder ao objetivo do estudo. Não foi estabelecido recorte temporal rígido, pois documentos normativos e conceituais anteriores poderiam conservar relevância para a análise, a exemplo da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, publicada pela UNESCO em 2005.

Foram excluídos os registros duplicados, as publicações sem relação direta com o objeto investigado, as fontes que apenas mencionavam o cuidado renal sem apresentar contribuição pertinente aos eixos analíticos e os materiais que não disponibilizavam informações suficientes para a análise. A busca identificou inicialmente 53 registros. Após a exclusão de sete duplicatas, 46 registros foram submetidos à leitura dos títulos e resumos. Nessa etapa, 24 foram excluídos por não apresentarem relação direta com o objetivo da revisão. Em seguida, 22 fontes foram avaliadas mediante leitura do texto integral, das quais oito foram excluídas por insuficiência de informações ou inadequação temática. Ao final, 14 fontes compuseram o corpus analítico da revisão.

O corpus foi constituído por 10 artigos científicos, duas diretrizes ou protocolos clínicos e dois documentos institucionais ou normativos. A publicação de Dias (2026), utilizada para fundamentar a caracterização metodológica da revisão, não foi contabilizada entre as 14 fontes analisadas, uma vez que não trata diretamente do cuidado renal.

A extração das informações considerou autoria ou instituição responsável, ano de publicação, natureza da fonte, objeto abordado, principais contribuições e relação com os eixos investigados. Posteriormente, as fontes foram submetidas à leitura analítica e comparativa, buscando-se identificar convergências, complementaridades e particularidades entre seus

conteúdos. Os achados foram organizados em quatro eixos temáticos: políticas de saúde e organização do cuidado renal; gestão e acesso aos serviços; práticas clínicas e continuidade assistencial; e humanização e cuidado centrado na pessoa.

O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão das fontes encontra-se sistematizado na Tabela 1.

Tabela 1 – Processo de identificação, seleção e inclusão das fontes na revisão integrativa

Etapas	Quantidade
Registros identificados	53
Duplicatas excluídas	7
Registros submetidos à triagem	46
Excluídos após títulos e resumos	24
Fontes avaliadas na íntegra	22
Excluídas após leitura integral	8
Fontes incluídas na revisão	14

Fonte: Elaborada pelos autores (2026).

Essa organização possibilitou relacionar as orientações político-institucionais, os processos de gestão, as práticas clínicas e os componentes de humanização envolvidos na qualificação da assistência renal.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das fontes selecionadas permitiu identificar quatro dimensões diretamente relacionadas ao objetivo proposto: políticas de saúde e organização do cuidado renal; gestão e acesso aos serviços; práticas clínicas e continuidade assistencial; e humanização e cuidado centrado na pessoa. Embora apresentem enfoques distintos, essas dimensões se relacionam ao

longo do percurso assistencial, desde a formulação de políticas e organização dos serviços até as decisões clínicas e a experiência da pessoa em tratamento.

Tabela 2 – Síntese dos principais resultados segundo os eixos da revisão

Eixo	Principais resultados identificados	Fontes relacionadas
Políticas de saúde e organização do cuidado renal	A saúde renal demanda inserção nas políticas de prevenção e controle das doenças não transmissíveis, detecção precoce, acompanhamento e integração entre níveis de atenção. As diferenças entre países mostram que a disponibilidade e a organização do cuidado permanecem desiguais.	Francis <i>et al.</i> (2024); Bello <i>et al.</i> (2024); Soares, Soares e Ferreira (2024); WHO (2025)
Gestão e acesso aos serviços	Planejamento, avaliação e governança participam da capacidade dos serviços de organizar respostas, promover acesso e favorecer continuidade assistencial. No contexto brasileiro, protocolos nacionais orientam diagnóstico, tratamento, acompanhamento e organização do cuidado relacionado à DRC.	Alves, Monteiro e Amaral (2026a; 2026b); Brasil (2024)
Práticas clínicas e continuidade assistencial	O cuidado renal envolve prevenção da progressão, avaliação de riscos, acompanhamento clínico e definição de condutas de acordo com as condições apresentadas. Hipertensão e outras condições associadas exigem acompanhamento, enquanto situações renais específicas podem demandar intervenções especializadas.	KDIGO (2024); Lima e Santos (2025); Santana <i>et al.</i> (2026)
Humanização e cuidado centrado na pessoa	A qualidade assistencial envolve participação nas decisões, respeito às prioridades individuais, cuidado de suporte e atenção às condições em que o tratamento ocorre. Na hemodiálise, aspectos da ambiência também integram a	De Jong <i>et al.</i> (2021); Davison <i>et al.</i> (2024); Pereira (2026); UNESCO (2005)

	experiência assistencial e o bem-estar durante o tratamento.	
--	--	--

Fonte: Elaborada pelos autores (2026).

As fontes relacionadas às políticas de saúde indicam que o cuidado renal precisa ocupar espaço mais definido no planejamento dos sistemas de saúde. Francis *et al.* (2024) situam a doença renal crônica entre os problemas que demandam maior atenção na agenda mundial de saúde pública. Essa necessidade ganha dimensão concreta quando Bello *et al.* (2024) identificam disparidades entre países e regiões quanto à capacidade de diagnóstico e oferta de cuidado. Soares, Soares e Ferreira (2024), ao examinarem políticas de saúde destinadas às pessoas com DRC em diferentes contextos, também evidenciam que as respostas adotadas variam entre sistemas de saúde. A resolução aprovada pela World Health Organization (WHO) em 2025 reforça esse movimento ao incorporar a promoção da saúde renal e o fortalecimento da prevenção e do controle das doenças renais às prioridades internacionais (WHO, 2025).

A passagem das políticas para o atendimento depende, entretanto, da forma como os serviços são organizados. Alves, Monteiro e Amaral (2026a) relacionam planejamento, avaliação e qualidade na gestão das políticas públicas de saúde, enquanto Alves, Monteiro e Amaral (2026b) destacam a governança na organização dos serviços e na execução das ações de saúde. No cuidado renal, essa dimensão administrativa possui repercussão assistencial, pois prevenção, diagnóstico, acompanhamento e tratamento precisam funcionar de maneira coordenada. No Brasil, o protocolo do Ministério da Saúde estabelece orientações para diagnóstico, tratamento e acompanhamento da DRC, aproximando a orientação normativa das decisões realizadas nos serviços (Brasil, 2024).

Essa organização sustenta as práticas clínicas desenvolvidas ao longo do curso da doença. A Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) reúne recomendações para avaliação e manejo da DRC, incluindo estratificação de risco, acompanhamento e estratégias destinadas a reduzir sua progressão (KDIGO, 2024). Entre as condições que requerem atenção, Lima e Santos (2025) abordam a hipertensão sistólica associada à insuficiência renal crônica, evidenciando a importância do acompanhamento das condições clínicas relacionadas ao comprometimento renal. Em situações distintas, o cuidado pode exigir procedimentos especializados, como demonstra o relato de Santana *et al.* (2026) sobre o tratamento cirúrgico de urolitíase renal gigante. Esses diferentes níveis de intervenção mostram que a prática clínica

renal abrange desde acompanhamento contínuo até respostas especializadas conforme a necessidade apresentada.

A qualidade técnica, porém, representa apenas uma dimensão da assistência. De Jong *et al.* (2021) demonstram que o planejamento centrado na pessoa precisa incorporar resultados e prioridades considerados relevantes pelos próprios pacientes. Davison *et al.* (2024) ampliam essa compreensão ao inserir o manejo conservador e o cuidado de suporte entre os componentes do cuidado integrado destinado às pessoas com falência renal. A humanização, portanto, alcança a participação nas decisões e a consideração das necessidades que acompanham a experiência da doença, em consonância com princípios de dignidade, autonomia e proteção da vulnerabilidade presentes na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005).

Essa dimensão torna-se particularmente perceptível nos tratamentos prolongados. Pereira (2026), ao abordar a ambiência sonora em unidades de hemodiálise, direciona atenção às condições em que a terapia renal substitutiva é vivenciada e aos seus possíveis efeitos sobre o bem-estar dos pacientes. O cuidado renal passa, assim, a envolver não somente a indicação e execução adequada das intervenções, mas também a maneira como a pessoa participa e permanece no processo terapêutico. A articulação entre políticas de saúde, gestão, práticas clínicas e humanização indica que a qualificação da assistência depende da continuidade entre esses níveis: políticas orientam prioridades, a gestão organiza condições para sua execução, as práticas clínicas respondem às necessidades de saúde e a humanização preserva a pessoa como referência do cuidado.

4 CONCLUSÃO

O estudo permitiu compreender que a qualificação do cuidado renal depende da articulação entre políticas de saúde, gestão dos serviços, práticas clínicas e humanização da assistência. As políticas orientam prioridades e organização das respostas em saúde, enquanto a gestão cria condições para integrar prevenção, diagnóstico, acompanhamento e tratamento. Nesse percurso, as práticas clínicas respondem às diferentes necessidades apresentadas ao longo da atenção à saúde renal.

A humanização integra esse processo ao reconhecer que a qualidade da assistência também envolve autonomia, participação nas decisões, necessidades individuais e condições em que o tratamento é vivenciado. O cuidado centrado na pessoa aproxima, portanto, competência técnica e respeito às particularidades de quem utiliza os serviços, especialmente diante de tratamentos contínuos e de maior complexidade.

Conclui-se que políticas, gestão, práticas clínicas e humanização não constituem dimensões isoladas do cuidado renal. Sua articulação favorece uma assistência organizada, contínua e orientada tanto pelas necessidades clínicas quanto pelas necessidades da pessoa atendida, reforçando a importância de integrar qualidade técnica e cuidado humanizado na atenção à saúde renal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Kaylanne Araújo; MONTEIRO, Jovenília Alves de Oliveira; AMARAL, Amanda Hellen de Sousa. **Gestão e avaliação de políticas públicas de saúde coletiva: interfaces entre planejamento, qualidade e impacto na atenção básica.** Revista de Ciências Médicas & Saúde (RCMS), [S. l.], v. 1, n. 1, 2026a. DOI: <https://doi.org/10.64326/rcms.v1i1.303>. Disponível em: <https://educacaotecnologica.com.br/index.php/rcms/article/view/303>. Acesso em: 08 ago. 2026.

ALVES, Kaylanne Araújo; MONTEIRO, Jovenília Alves de Oliveira; AMARAL, Amanda Hellen de Sousa. **Modelos de governança em saúde coletiva: análise da gestão de serviços públicos e seus efeitos na eficácia das ações de promoção da saúde.** Revista de Ciências Médicas & Saúde (RCMS), [S. l.], v. 1, n. 2, 2026b. DOI: <https://doi.org/10.64326/rcms.v1i2.304>. Disponível em: <https://educacaotecnologica.com.br/index.php/rcms/article/view/304>. Acesso em: 06 ago. 2026.

BELLO, Aminu K. et al. **An update on the global disparities in kidney disease burden and care across world countries and regions.** The Lancet Global Health, v. 12, n. 3, p. e382–e395, 2024. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00570-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00570-3). Acesso em: 15 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: estratégias para atenuar a progressão da doença renal crônica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Anexo atualizado em 7 fev. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt-de-estrategias-para-atenuar-a-progressao-da-doenca-renal-cronica/@/@display-file/file>. Acesso em: 15 ago. 2026.

DAVISON, Sara N. et al. **Conservative kidney management and kidney supportive care: core components of integrated care for people with kidney failure.** Kidney International, v. 105, n. 1, p. 35–45, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.001>. Acesso em: 01 ago. 2026.

DE JONG, Ype et al. **Person centred care provision and care planning in chronic kidney disease: which outcomes matter? A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies.** BMC Nephrology, v. 22, n. 1, art. 309, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12882-021-02489-6>. Acesso em: 15 ago. 2026.

DIAS, Laudinéia Maria Neves. **Metodologia da pesquisa científica e acadêmica: como escrever um artigo científico de revisão de literatura.** Educação & Inovação, [S. l.], v. 2, n. 11, 2026. DOI: <https://doi.org/10.64326/educacao.v2i11.444>. Disponível em: <https://educacaotecnologica.com.br/index.php/ojs/article/view/444>. Acesso em: 11 jul. 2026.

FRANCIS, Anna et al. **Chronic kidney disease and the global public health agenda: an international consensus.** Nature Reviews Nephrology, v. 20, n. 7, p. 473–485, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41581-024-00820-6>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41581-024-00820-6>. Acesso em: 15 ago. 2026.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO). **KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease.** Kidney International, v. 105, supl. 4S, p. S117–S314, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>. Acesso em: 15 ago. 2026.

LIMA, Cleia Calazans; SANTOS, Alexandre Zacarias Oliveira dos. **Impacto da hipertensão sistólica em paciente com insuficiência renal crônica.** Educação & Inovação, [S. l.], v. 1, n. 8, 2025. DOI: <https://doi.org/10.64326/educacao.v1i8.98>. Disponível em: <https://educacaotecnologica.com.br/index.php/ojs/article/view/98>. Acesso em: 11 ago. 2026.

PEREIRA, Lindalva Malaquias. **Ambiência sonora em unidades de hemodiálise e seus efeitos no bem-estar dos pacientes durante a terapia renal substitutiva.** Revista de Ciências Médicas & Saúde (RCMS), [S. l.], v. 1, n. 2, 2026. DOI: <https://doi.org/10.64326/rcms.v1i2.308>. Disponível em: <https://educacaotecnologica.com.br/index.php/rcms/article/view/308>. Acesso em: 01 ago. 2026.

SANTANA, Alexandre Bruno et al. **Pielolitotomia videolaparoscópica no tratamento da urolitíase renal gigante: relato de experiência.** Revista de Ciências Médicas & Saúde (RCMS), [S. l.], v. 1, n. 3, 2026. DOI: <https://doi.org/10.64326/rcms.v1i3.302>. Disponível em: <https://educacaotecnologica.com.br/index.php/rcms/article/view/302>. Acesso em: 11 jul. 2026.

SOARES, Letícia Borges Mendonça; SOARES, Alcimar Barbosa; FERREIRA, Janise Braga Barros. **Overview of global healthcare policies for patients with chronic kidney disease: an integrative literature review.** Einstein (São Paulo), v. 22, eRW0519, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2024RW0519. Acesso em: 15 ago. 2026.

UNESCO. **Universal Declaration on Bioethics and Human Rights.** Paris: UNESCO, 2005. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>. Acesso em: 15 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Reducing the burden of noncommunicable diseases through promotion of kidney health and strengthening prevention and control of kidney disease: resolution WHA78.6.** Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R6-en.pdf. Acesso em: 15 jun. 2026.