

**DESENVOLVIMENTO HUMANO, CONTINUIDADE DA HEMODIÁLISE E
GOVERNANÇA EM SAÚDE NA AMAZÔNIA: A CENTRALIDADE DA
COLETIVIDADE DE PACIENTES NAS DECISÕES REGULATÓRIAS SOBRE
SERVIÇOS ESSENCIAIS**

**HUMAN DEVELOPMENT, CONTINUITY OF HEMODIALYSIS AND HEALTH
GOVERNANCE IN THE AMAZON: THE CENTRALITY OF THE PATIENT
COMMUNITY IN REGULATORY DECISIONS ON ESSENTIAL SERVICES**

**DESARROLLO HUMANO, CONTINUIDAD DE LA HEMODIÁLISIS Y
GOBERNANZA EN SALUD EN LA AMAZONÍA: LA CENTRALIDAD DEL
COLECTIVO DE PACIENTES EN LAS DECISIONES REGULATORIAS SOBRE
SERVICIOS ESENCIALES**

DOI: 10.54899/dcs.v23i95.7187

Submitted: 8/24/2026

Approved: 9/17/2026

Published on: 9/24/2026

Camille Soares Monteiro Marques

Pós-graduanda em Direito Imobiliário

Instituição: Focus

Carla Mariana Café Botelho

Doutora em Direito Constitucional

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)

Renata Ribeiro

Mestranda em Direito

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)

Andressa Helena Antunes de Oliveira

Mestranda em Direito Constitucional

Instituição: Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Gabriela Nogueira Cavalcante

Mestre em Saúde Pública

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)

Jessica Tavares Lopes

Graduada em Direito

Instituição: Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Antonia Daniele Leite Sindeaux

Graduada em Direito

Instituição: Centro Universitário Ari de Sá (UNIARI)

Larissa Beatriz Cunha Nunes de Lima

Mestranda em Direito Constitucional

Instituição: Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

RESUMO

A continuidade dos serviços de hemodiálise constitui condição indispensável à sobrevivência e à preservação das capacidades humanas de pessoas com doença renal crônica. Em regiões amazônicas, marcadas por desigualdades territoriais, concentração de serviços especializados, grandes distâncias e limitações de infraestrutura, a interrupção da assistência produz efeitos que ultrapassam a esfera administrativa do prestador e alcançam diretamente uma coletividade de usuários em situação de elevada vulnerabilidade. O presente artigo analisa de que modo a governança regulatória aplicada aos serviços de diálise pode compatibilizar a fiscalização sanitária e administrativa com a proteção da vida, da saúde e do desenvolvimento humano dos pacientes renais crônicos na Amazônia. Parte-se da hipótese de que a continuidade da hemodiálise é requisito para a preservação de liberdades substantivas, razão pela qual a coletividade de pacientes deve ocupar posição central nas decisões regulatórias incidentes sobre serviços essenciais de saúde. A pesquisa é qualitativa, exploratória, bibliográfica e documental, com fundamento na abordagem das capacidades de Amartya Sen e no marco constitucional e infraconstitucional do direito à saúde no Brasil. Conclui-se que a regulação não deve tratar os pacientes como destinatários indiretos da decisão, mas como sujeitos centrais de uma governança pública orientada por continuidade assistencial, prevenção de danos coletivos e proteção das capacidades humanas.

Palavras-chave: desenvolvimento humano; direito à saúde; governança regulatória; hemodiálise; Amazônia.

ABSTRACT

Continuity of hemodialysis services is indispensable to the survival and preservation of the human capabilities of people with chronic kidney disease. In Amazonian regions, marked by territorial inequalities, concentrated specialized services, long distances and infrastructure limitations, interruptions in care have effects that extend beyond the provider's administrative sphere and directly affect a highly vulnerable community of users. This article examines how regulatory governance of dialysis services can reconcile sanitary and administrative oversight with the protection of the life, health and human development of patients with chronic kidney disease in the Amazon. It proceeds from the hypothesis that continuity of hemodialysis is necessary to preserve substantive freedoms, which means that the patient community must occupy a central position in regulatory decisions concerning essential health services. The research is qualitative, exploratory, bibliographic and documentary, grounded in Amartya Sen's capability approach and the constitutional and statutory framework of the right to health in Brazil. It concludes that regulation should treat patients as central subjects of public governance oriented toward continuity of care, prevention of collective harm and protection of human capabilities, rather than as indirect recipients of decisions.

Keywords: human development; right to health; regulatory governance; hemodialysis; Amazon.

RESUMEN

La continuidad de los servicios de hemodiálisis constituye una condición indispensable para la supervivencia y la preservación de las capacidades humanas de las personas con enfermedad renal crónica. En las regiones amazónicas, marcadas por desigualdades territoriales, concentración de servicios especializados, grandes distancias y limitaciones de infraestructura, la interrupción de la atención produce efectos que trascienden la esfera administrativa del prestador y afectan directamente

a un colectivo de usuarios en situación de elevada vulnerabilidad. Este artículo analiza cómo la gobernanza regulatoria de los servicios de diálisis puede compatibilizar la fiscalización sanitaria y administrativa con la protección de la vida, la salud y el desarrollo humano de los pacientes renales crónicos en la Amazonía. Se parte de la hipótesis de que la continuidad de la hemodiálisis es un requisito para preservar las libertades sustantivas, por lo que el colectivo de pacientes debe ocupar una posición central en las decisiones regulatorias sobre servicios esenciales de salud. La investigación es cualitativa, exploratoria, bibliográfica y documental, y se fundamenta en el enfoque de las capacidades de Amartya Sen y en el marco constitucional e infraconstitucional del derecho a la salud en Brasil. Se concluye que la regulación debe tratar a los pacientes como sujetos centrales de una gobernanza pública orientada a la continuidad asistencial, la prevención de daños colectivos y la protección de las capacidades humanas.

Palabras clave: desarrollo humano; derecho a la salud; gobernanza regulatoria; hemodiálisis; Amazonía.

1 INTRODUÇÃO

A continuidade dos serviços de hemodiálise constitui um problema de saúde pública e de organização jurídica do cuidado. Para as pessoas que dependem dessa modalidade terapêutica, a existência de uma unidade em funcionamento não representa apenas a oferta de um procedimento especializado: integra as condições materiais que permitem manter a vida cotidiana. Consultas, exames, deslocamentos, sessões e acompanhamento profissional precisam formar uma sequência assistencial previsível. Quando essa sequência se rompe, o impacto não se restringe ao estabelecimento responsável pelo atendimento e pode alcançar simultaneamente pacientes, familiares, municípios de origem e unidades de referência.

O Censo Brasileiro de Diálise de 2024 estimou 172.585 pessoas em tratamento dialítico no país em 1º de julho daquele ano. Entre os pacientes prevalentes, 87,3% estavam em hemodiálise, 7,1% em hemodiafiltração e 5,6% em diálise peritoneal. O levantamento combinou participação voluntária dos centros com amostragem para estimativas específicas, característica que exige tratar os números como estimativas nacionais, e não como contagem exaustiva de todos os usuários. Esses resultados dimensionam a relevância da organização dos serviços, mas não permitem deduzir, isoladamente, a situação de cada território amazônico (Nerbass *et al.*, 2026).

A delimitação territorial exige cuidado. Amazônia, Amazônia Legal, Região Norte e estado do Amazonas não são expressões intercambiáveis. Este artigo emprega Amazônia como referência territorial ampla de discussão e utiliza estudos localizados no Amazonas para examinar mecanismos de acesso que podem ser relevantes em outros contextos regionais. Não se atribuem os achados de um município ou de uma amostra a toda a população amazônica. A diversidade de

condições urbanas, rurais e ribeirinhas faz parte do problema, pois impede que uma solução uniforme seja presumida adequada em qualquer localidade.

A pesquisa de El Kadri, Schweickardt e Freitas (2022), realizada em municípios articulados ao polo de Tefé, demonstrou que os percursos fluviais e a sazonalidade das águas interferem na organização do acesso à rede de saúde. O estudo combinou entrevistas com gestores e trabalhadores e mapeamento de trajetos, evidenciando a dependência de serviços regionais e da capital. Embora não seja uma investigação específica sobre hemodiálise, fornece evidências para compreender por que distância, tempo e transporte precisam integrar a avaliação das alternativas assistenciais.

No campo renal, Schramm, Facincani e Carmona (2022) estudaram 35 crianças e adolescentes em terapia renal substitutiva no Amazonas, com coleta entre 2018 e 2019. A pesquisa identificou dificuldades relacionadas ao diagnóstico e ao cuidado e registrou a presença de usuários provenientes do interior. Sua contribuição está na descrição de uma população delimitada e de barreiras concretas, sem autorizar generalizações para todos os pacientes adultos ou para a situação atual de todos os estados amazônicos. O diálogo entre os dois estudos permite aproximar o problema territorial da dependência de um tratamento especializado recorrente.

A relevância jurídica do tema decorre da combinação entre proteção da saúde e responsabilidade pública pela organização dos serviços. A Constituição de 1988 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, atribui relevância pública às ações e aos serviços de saúde e estabelece diretrizes para o Sistema Único de Saúde (SUS). A leitura conjunta dos arts. 196 a 198 situa o problema em um campo que envolve acesso, fiscalização e organização institucional, sem reduzir a proteção constitucional à existência formal de um contrato ou de uma autorização administrativa (Brasil, 1988).

A decisão regulatória pode surgir de diferentes situações: irregularidade sanitária, insuficiência de pessoal, problema de abastecimento, encerramento contratual ou necessidade de reorganização da rede. Essas hipóteses não possuem o mesmo fundamento jurídico nem exigem respostas idênticas. Entretanto, compartilham uma questão: o destino assistencial das pessoas que já dependem do serviço. O fechamento de uma unidade não elimina a necessidade de tratamento; desloca essa necessidade para outro ponto da rede ou, na ausência de resposta, para uma situação de desassistência.

Formula-se, assim, o seguinte problema: quais critérios devem orientar a governança regulatória dos serviços de hemodiálise para que medidas de fiscalização e reorganização preservem a continuidade assistencial e as capacidades humanas da coletividade de pacientes na Amazônia? A investigação não avalia a legalidade de uma interdição específica. Seu objeto é a construção de parâmetros analíticos para decisões que podem afetar o acesso de um grupo de usuários a um serviço essencial. A distinção permite examinar responsabilidades e procedimentos sem presumir irregularidades de prestadores ou omissões de autoridades determinadas.

A hipótese é que a continuidade assistencial deve integrar o próprio conteúdo da decisão, mediante identificação dos usuários afetados, verificação das alternativas disponíveis, coordenação entre responsáveis e acompanhamento da transferência. Isso não equivale a garantir o funcionamento de um estabelecimento inseguro. O que se sustenta é a necessidade de distinguir a continuidade do cuidado da permanência do prestador. A primeira é o objetivo de proteção; a segunda constitui apenas uma das possibilidades organizacionais, cuja admissibilidade depende das condições técnicas e jurídicas do caso.

A abordagem das capacidades fornece o eixo teórico para essa distinção. Sen (2010) compreende o desenvolvimento como ampliação das liberdades efetivas das pessoas, deslocando a avaliação para as oportunidades concretas de viver e agir. Neste artigo, essa perspectiva fundamenta uma pergunta aplicada: o arranjo institucional permite que a pessoa efetivamente receba o cuidado de que necessita? A oferta registrada em documentos administrativos pode coexistir com barreiras que tornam seu uso inviável. Por isso, a continuidade será examinada a partir do percurso do paciente e das condições de realização do atendimento.

O objetivo geral consiste em analisar como a governança regulatória da hemodiálise pode proteger a vida, a saúde e o desenvolvimento humano da coletividade de pacientes em contextos amazônicos. A justificativa científica está na articulação entre três campos frequentemente tratados em separado: a discussão do desenvolvimento humano, a organização territorial do acesso e a fundamentação das decisões administrativas. A contribuição proposta é reunir esses campos em critérios capazes de tornar visíveis os efeitos de uma medida sobre usuários que dependem da repetição regular do cuidado.

A exposição apresenta o referencial teórico sobre capacidades, direito à saúde, acesso e governança; explicita os procedimentos de pesquisa; desenvolve critérios

para a decisão e a transição assistencial; e sistematiza resultados e limites. As considerações finais retomam a hipótese e apontam implicações para o planejamento regional. O argumento permanece no plano bibliográfico e jurídico-documental: não se apresenta uma avaliação de impacto de políticas nem uma mensuração de danos produzidos por serviços ou decisões concretas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DESENVOLVIMENTO HUMANO E CAPACIDADES NO CUIDADO RENAL

A perspectiva do desenvolvimento humano modifica o objeto da avaliação institucional. Em vez de considerar suficiente o crescimento da oferta ou do gasto, pergunta-se quais condições de vida se tornam possíveis por meio das políticas. Sen (2010) vincula desenvolvimento e liberdade substantiva e atribui importância às condições sociais que permitem às pessoas realizar escolhas. Essa formulação oferece uma base para interpretar a assistência à saúde como parte das oportunidades humanas, e não apenas como consumo de um recurso. Sua aplicação à hemodiálise, contudo, requer mediações: o livro não oferece um protocolo regulatório específico para serviços renais.

A primeira mediação proposta é distinguir recurso disponível de cuidado acessível. Um equipamento pode estar instalado e uma vaga pode aparecer em uma planilha, mas a pessoa precisa conseguir alcançar o serviço, ser acolhida no horário compatível com sua necessidade e receber atendimento tecnicamente adequado. A análise das capacidades orienta a passagem entre essas duas situações. Não basta contabilizar máquinas ou contratos: é necessário avaliar como a organização do serviço se converte em atendimento efetivo para pessoas com condições de deslocamento e redes de apoio diferentes.

Essa distinção esclarece por que a igualdade de oferta não implica, necessariamente, igualdade de oportunidade. Dois pacientes encaminhados para a mesma unidade podem enfrentar percursos muito distintos. Um pode residir nas proximidades e contar com transporte regular; outro pode precisar viajar entre municípios, permanecer fora de casa e depender de um acompanhante. Trata-se de um exemplo analítico, e não de dado coletado nesta pesquisa. Ele evidencia que a avaliação da decisão deve considerar os obstáculos entre a autorização do

atendimento e sua realização, sob pena de atribuir à pessoa uma impossibilidade produzida pela própria organização da rede.

A segunda mediação é temporal. A continuidade do tratamento não se resume à capacidade de resolver uma intercorrência isolada, pois o atendimento se integra a uma trajetória. Para o paciente em tratamento regular, uma alternativa que poderá funcionar no futuro não responde, por si, à necessidade imediata de cuidado. A governança precisa relacionar o tempo administrativo, necessário para contratos, autorizações e correções, ao tempo assistencial definido pelas equipes responsáveis. A diferença entre essas temporalidades constitui um problema de coordenação que não pode ser transferido integralmente ao usuário.

A terceira mediação diz respeito à autonomia. A dependência de um serviço não elimina a possibilidade de participação do paciente nas escolhas que afetam sua vida. Tampouco significa que qualquer preferência individual deva prevalecer sobre critérios de segurança ou sobre os direitos de outros usuários. A autonomia aqui defendida envolve informação compreensível, espaço de manifestação e consideração das dificuldades relatadas. Uma solução pode ser tecnicamente disponível e socialmente inexecutável; a escuta permite identificar essa diferença antes que ela se transforme em falta ao tratamento ou em deslocamento frustrado.

Na aplicação desenvolvida neste artigo, a avaliação do serviço deve contemplar oportunidades que dependem de previsibilidade. O atendimento regular permite organizar compromissos, distribuir responsabilidades familiares e planejar atividades possíveis dentro das condições de cada pessoa. Esses aspectos não são apresentados como resultados empíricos mensurados, mas como dimensões relevantes de análise. A proposta é que decisões com impacto sobre a continuidade reconheçam a existência de uma vida social ao redor do procedimento, evitando reduzir o paciente à posição de unidade numérica de demanda.

Isso também impede definir desenvolvimento humano como simples aumento da sobrevida. A proteção da vida permanece fundamental, mas o desenho institucional deve examinar como essa vida pode ser conduzida. Uma rede que assegura sessões por meio de deslocamentos imprevisíveis e comunicação insuficiente pode manter o procedimento e, ao mesmo tempo, impor obstáculos evitáveis à autonomia. A avaliação normativa proposta procura identificar essas perdas de oportunidade sem convertê-las automaticamente em indicadores clínicos.

Sua utilidade é ampliar as perguntas feitas aos responsáveis pela organização do cuidado.

A Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1986, associa o desenvolvimento à participação das pessoas e à realização dos direitos humanos. A referência reforça a compreensão de que o usuário deve participar das condições institucionais que afetam sua vida. Trata-se de uma declaração internacional, cuja função neste artigo é interpretativa; ela não substitui as competências, os procedimentos e os deveres estabelecidos pelo direito brasileiro (Organização das Nações Unidas, 1986).

2.2 DIREITO À SAÚDE E CONTINUIDADE COMO RESPONSABILIDADE INSTITUCIONAL

O direito à saúde possui uma dimensão prestacional que exige organização. A Lei nº 8.080/1990 relaciona a assistência à articulação contínua entre ações preventivas e curativas e reconhece princípios como universalidade, autonomia e igualdade. Seu art. 3º também inclui condições sociais entre os determinantes da saúde. Esse desenho permite compreender que o atendimento não se esgota no procedimento realizado dentro de uma unidade e que a coordenação do cuidado precisa considerar as circunstâncias em que as pessoas procuram os serviços (Brasil, 1990a, arts. 3º e 7º).

A continuidade pode ser entendida, no recorte deste estudo, como a manutenção de uma trajetória assistencial adequada às necessidades do usuário, inclusive quando muda o estabelecimento responsável. Essa definição não pressupõe atendimento pelo mesmo profissional ou na mesma unidade durante toda a vida. Exige, porém, que a mudança preserve a transmissão das informações pertinentes, a indicação do destino e a possibilidade real de atendimento. A estabilidade protegida é a do acesso ao cuidado, e não a imutabilidade de todos os seus componentes administrativos.

Essa compreensão evita duas reduções. A primeira identifica continuidade com a manutenção incondicional de um prestador, mesmo diante de situações incompatíveis com a segurança. A segunda supõe que uma nova indicação de endereço ou a publicação de um ato já encerram o dever de organização. Entre esses extremos, importa verificar se a transição foi executada e se o usuário chegou ao

serviço apto a recebê-lo. O critério proposto é a concretização do atendimento, documentada pela rede e acompanhada segundo a urgência e a complexidade da situação.

O Comentário Geral nº 14 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais descreve o direito à saúde por meio de requisitos de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade. A acessibilidade compreende dimensões físicas, econômicas e informacionais, além da não discriminação. Esse documento constitui uma interpretação do comitê sobre o direito previsto no pacto internacional, e não uma lei brasileira. Sua utilização ajuda a organizar a análise das barreiras que podem permanecer mesmo quando um serviço é formalmente oferecido (Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 2000, § 12).

Aplicados ao objeto do artigo, esses requisitos demandam perguntas distintas. A disponibilidade exige saber se existe capacidade de atendimento. A acessibilidade questiona se essa capacidade pode ser utilizada pelos pacientes afetados. A aceitabilidade chama atenção para as condições de acolhimento e para a adequação da comunicação. A qualidade impõe limites às soluções que preservam apenas uma aparência de atendimento. A análise conjunta impede que a presença de um desses elementos seja utilizada como prova suficiente dos demais e permite localizar precisamente o ponto em que uma alternativa falha.

A proteção coletiva acrescenta outra escala de responsabilidade. Quando uma medida afeta vários usuários de um serviço, a resposta não deve depender apenas da iniciativa individual de cada pessoa. Uma multiplicidade de solicitações isoladas pode ocultar que a origem da dificuldade é comum e exige solução coordenada. A perspectiva coletiva permite organizar o conjunto das necessidades, identificar prioridades e distribuir vagas de modo justificável. Ela não apaga as diferenças clínicas e sociais entre os pacientes; procura impedir que essas diferenças sejam ignoradas em um encaminhamento padronizado.

Por isso, a decisão sobre uma unidade deve ser acompanhada de conhecimento sobre a população assistida, sem divulgação indevida de dados pessoais. O número de usuários é relevante, mas insuficiente. Também importam os municípios de origem, as condições de transporte e as necessidades específicas que influenciam a transferência. Não se propõe a coleta indiscriminada de informações íntimas. Defende-se a definição de um conjunto pertinente de dados para executar a

transição, com acesso limitado às equipes e autoridades que efetivamente precisam deles para cumprir suas funções.

2.3 ACESSO AO CUIDADO E DESIGUALDADE TERRITORIAL

Levesque, Harris e Russell (2013) conceituam o acesso na interface entre características dos serviços e capacidades das populações. Seu modelo reúne dimensões ligadas à possibilidade de identificar, procurar, alcançar, custear e utilizar adequadamente o cuidado. A contribuição central para este artigo é compreender o acesso como processo, e não como presença física de um equipamento. Essa abordagem permite examinar etapas nas quais a trajetória do paciente pode ser interrompida, mesmo quando o atendimento está previsto na organização formal da rede.

A aplicação do modelo à transferência entre unidades evidencia a necessidade de acompanhar todo o percurso. A pessoa precisa saber que houve mudança, compreender suas consequências, obter orientação sobre o destino e conseguir deslocar-se. Ao chegar, a unidade receptora deve ter condições de prestar o atendimento necessário. O fracasso em qualquer dessas etapas pode comprometer a alternativa como um todo. A análise aqui proposta não atribui ao modelo uma regra jurídica específica; utiliza sua estrutura para formular questões que a gestão e o controle podem verificar documentalmente.

A partir dessa base, propõe-se distinguir proximidade cartográfica de acessibilidade operacional. Uma unidade aparentemente próxima pode exigir um percurso incompatível com o atendimento programado; outra, mais distante, pode ter conexão regular e melhor capacidade de acolhimento. Não há uma resposta universal entre essas alternativas. A decisão precisa explicitar os critérios de comparação e demonstrar por que o destino escolhido é utilizável pela população afetada. A justificativa territorial torna-se, assim, parte do controle da decisão e não simples descrição introdutória da região.

Viana e Iozzi (2019) discutem os impasses da regionalização diante das desigualdades territoriais e da distribuição incompleta de equipamentos e especialidades no Brasil. Sua análise chama atenção para a relação entre estrutura territorial e possibilidade de concretizar a integralidade. Esse referencial permite tratar a insuficiência de alternativas como problema de organização regional, e não apenas

de desempenho de um município isolado. A regionalização, nessa leitura, exige enfrentar diferenças de capacidade e de poder que condicionam os acordos entre os participantes da rede.

A concentração de serviços demanda examinar dependências entre municípios. O município de origem pode organizar o transporte sem controlar a capacidade da unidade de destino. A unidade receptora pode ter equipamentos e equipe, mas depender de autorizações e de financiamento para ampliar o atendimento. A gestão estadual pode coordenar fluxos sem operar diretamente todos os estabelecimentos. Esses exemplos institucionais mostram por que a resposta depende da convergência de decisões e por que a ausência de um responsável por cada etapa pode produzir lacunas de atendimento.

2.4 REDES DE ATENÇÃO E COORDENAÇÃO DO CUIDADO RENAL

Mendes (2010) discute a inadequação de sistemas fragmentados para responder a condições crônicas e apresenta as redes de atenção como forma de integração dos serviços. A contribuição teórica está em deslocar a análise do estabelecimento isolado para as relações entre pontos de atenção. No cuidado renal, esse enfoque permite examinar a conexão entre acompanhamento ambulatorial, serviço de diálise e referências para outras necessidades, sem pressupor que a existência de cada componente garanta, automaticamente, o funcionamento do conjunto.

O Decreto nº 7.508/2011 organiza aspectos da regionalização do SUS, das redes e da articulação interfederativa. A definição das regiões de saúde e os instrumentos de coordenação oferecem bases para pensar responsabilidades que ultrapassam o limite municipal. O decreto também vincula o acesso à organização regional e à continuidade do cuidado. Seu uso neste estudo fundamenta a necessidade de relacionar o ato dirigido a um serviço à rede de atenção da qual ele participa, respeitadas as atribuições dos entes envolvidos (Brasil, 2011).

O referencial normativo específico da doença renal também precisa ser situado historicamente. A Portaria nº 1.675/2018 alterou as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 2017, em matéria de organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com doença renal crônica. O ato contempla modalidades de atenção especializada e equipes multiprofissionais. Essa organização evidencia que o cuidado

envolve mais do que a sessão dialítica e deve ser considerada no exame das responsabilidades que sustentam a continuidade assistencial (Brasil, 2018).

A exigência de articulação multiprofissional tem consequências para a análise de transferências. O planejamento não pode limitar-se a verificar a existência de uma cadeira e de um horário. É necessário confirmar a possibilidade de acolhimento das necessidades assistenciais pertinentes e de continuidade das informações. A responsabilidade técnica pela adequação do atendimento permanece com os profissionais competentes. À governança cabe criar condições para que essa avaliação ocorra antes da execução de um deslocamento que poderá mostrar-se inviável ou insuficiente.

As diretrizes KDIGO de 2024 indicam que o início da diálise deve considerar conjuntamente sintomas, sinais, qualidade de vida, preferências, função renal e alterações laboratoriais. Essa orientação impede tratar a decisão clínica como consequência automática de um único número. O artigo utiliza a diretriz apenas para delimitar a especificidade do cuidado e o espaço da avaliação profissional, sem prescrever condutas ou definir intervalos terapêuticos. A governança administrativa deve viabilizar decisões clínicas adequadas, e não substituí-las por conveniência logística (Kidney Disease: Improving Global Outcomes, 2024, seção 5.4).

A Organização Mundial da Saúde (2016) propõe serviços integrados e centrados nas pessoas, com fortalecimento da participação, da governança e da coordenação. O documento A69/39 identifica dificuldades de continuidade relacionadas a sistemas de referência frágeis e à fragmentação da oferta. Para o objeto deste estudo, esse marco apoia a escolha do percurso do usuário como unidade de análise. A avaliação do serviço precisa considerar as relações que tornam o cuidado possível ao longo do tempo, inclusive além dos limites físicos de cada estabelecimento.

2.5 REGULAÇÃO SANITÁRIA, MOTIVAÇÃO E PARTICIPAÇÃO

A regulação sanitária protege as pessoas por meio de requisitos de funcionamento e de prevenção de riscos. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11/2014 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) estabelece condições para serviços de diálise. Entre os dispositivos pertinentes estão os referentes à segurança do paciente, ao registro assistencial, à continuidade da atenção em

remoções e à garantia de energia elétrica em situações de interrupção. Esses elementos mostram que continuidade e segurança integram a própria organização sanitária do serviço (Brasil, 2014, arts. 8º, 11, 12 e 24).

Não se pode, portanto, opor abstratamente fiscalização e proteção dos pacientes. O funcionamento inseguro também compromete o cuidado, e a dependência da população não deve servir como justificativa permanente para tolerar riscos. A questão é como cumprir a finalidade protetiva da regulação quando uma providência necessária altera a oferta existente. O ato que restringe o funcionamento e as medidas que garantem atendimento em outro local podem exigir responsáveis diferentes, mas precisam compor uma resposta institucional coerente quanto à proteção das pessoas.

A Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro oferece parâmetros de fundamentação relevantes. Seus arts. 20 a 22 exigem consideração das consequências práticas, das condições de regularização e das dificuldades reais da gestão, nos termos ali previstos. A exigência não transforma conveniência em autorização para descumprir normas. Ela impõe que a motivação enfrente o contexto e as alternativas efetivamente disponíveis, especialmente quando a decisão produz consequências sobre serviços dos quais depende uma coletividade (Brasil, 1942, arts. 20-22).

A aplicação proposta é exigir uma cadeia de justificação que conecte problema identificado, finalidade da medida, alternativas examinadas e providências de continuidade. Essa cadeia não precisa assumir a forma de documento excessivamente extenso. Precisa permitir que os destinatários e os órgãos de controle compreendam por que a providência foi escolhida e como os efeitos previsíveis sobre os usuários serão enfrentados. A qualidade da motivação depende da pertinência das informações e da relação entre elas, e não da quantidade de fórmulas jurídicas repetidas no ato.

A participação constitui outro elemento dessa estrutura. A Lei nº 8.142/1990 prevê conferências e conselhos de saúde como espaços de participação da comunidade no SUS. Essa base institucional não significa que toda providência sanitária deva aguardar deliberação de um conselho. Permite, contudo, reconhecer que a organização da assistência tem dimensão pública e deve admitir acompanhamento social. A urgência pode alterar a forma e o momento da escuta,

mas não elimina a necessidade de informação e de prestação de contas sobre seus efeitos (Brasil, 1990b).

3 OBJETIVOS E METODOLOGIA

O objetivo geral é analisar critérios de governança regulatória capazes de preservar a continuidade da hemodiálise e as capacidades humanas dos pacientes em contextos amazônicos. Os objetivos específicos consistem em relacionar desenvolvimento humano e organização do cuidado; examinar a incidência das barreiras territoriais sobre o acesso; identificar fundamentos normativos da coordenação assistencial; e propor critérios para avaliar decisões que alteram o funcionamento de serviços essenciais. Esses objetivos orientam a seleção das fontes e a organização das categorias de análise.

A pesquisa é qualitativa, de caráter exploratório, bibliográfico e jurídico-documental. O corpus reúne normas brasileiras relativas ao direito à saúde, à organização do SUS e aos serviços de diálise; documentos internacionais de caráter interpretativo e orientador; literatura sobre capacidades, acesso e redes de atenção; e estudos empíricos publicados sobre diálise e organização territorial da saúde. As fontes empíricas são utilizadas como evidências secundárias, com preservação de seus recortes populacionais, temporais e geográficos.

A seleção bibliográfica foi dirigida pela pertinência ao problema, e não por um protocolo de revisão sistemática. Foram consultadas páginas de periódicos científicos, repositórios institucionais e portais normativos oficiais. Não houve pretensão de identificar toda a produção sobre doença renal ou sobre a Amazônia. Privilegiaram-se textos que permitissem distinguir conceitos, situar a organização do cuidado e sustentar a discussão dos obstáculos de acesso. A atualização incluiu o levantamento nacional referente a 2024 publicado em 2026, sem tratar sua data de publicação como ano de coleta.

A análise documental diferencia normas vinculantes, orientações clínicas e referenciais teóricos. Constituição, leis, decreto e atos sanitários são examinados em sua função jurídica própria. Os documentos internacionais e os modelos conceituais contribuem para a interpretação, sem serem apresentados como regras nacionais autoaplicáveis. Os artigos empíricos contextualizam problemas e delimitam possibilidades de inferência. Essa distinção impede que a conclusão atribua a uma

fonte um alcance que ela não possui ou confunda proposta analítica com obrigação expressamente prevista em determinado dispositivo.

Foram adotadas cinco categorias: continuidade temporal do cuidado, acessibilidade territorial, segurança assistencial, coordenação de responsabilidades e participação informada. Em cada categoria, a leitura buscou identificar o problema, o fundamento pertinente e a consequência para a decisão regulatória. A síntese é argumentativa: relaciona as categorias para construir critérios de análise de medidas que podem alterar a assistência. Não foram produzidos dados de pacientes, realizadas entrevistas próprias ou auditados processos administrativos de unidades específicas.

As limitações incluem a diversidade interna da Amazônia, o uso de estudos localizados e a ausência de dados sobre a execução de transferências em casos concretos. Os critérios propostos não foram submetidos a validação empírica e não demonstram redução de mortalidade, de custos ou de interrupções. Sua contribuição consiste em explicitar questões que podem orientar futuras avaliações e melhorar a documentação das decisões. A eventual aplicação deve considerar o caso concreto, a evidência técnica disponível e a legislação pertinente ao momento da decisão.

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 A COLETIVIDADE DE PACIENTES COMO REFERÊNCIA DA DECISÃO

A passagem do estabelecimento para a coletividade como referência de análise modifica a forma de descrever o problema regulatório. Um relatório pode indicar que uma unidade deverá encerrar atividades, mas essa informação ainda não esclarece quais trajetórias assistenciais serão afetadas. A decisão precisa ser acompanhada de uma descrição suficiente da demanda que continuará existindo. Não se trata de afastar a apuração das condições do prestador, mas de acrescentar ao exame a responsabilidade pela proteção das pessoas expostas aos efeitos da alteração.

Propõe-se começar pela identificação do alcance da medida. É necessário distinguir suspensão de um turno, restrição de parte da capacidade, fechamento temporário e encerramento completo. Cada situação produz exigências próprias de realocação. Uma descrição imprecisa pode levar tanto ao deslocamento desnecessário de pacientes quanto à subestimação da demanda que precisa de

acolhimento. A correspondência entre alcance da restrição e população afetada permite dimensionar a resposta e evita que a transição seja planejada com base em um número genérico de usuários cadastrados.

O exame coletivo deve preservar a avaliação individual pertinente. Usuários de uma mesma unidade podem ter condições assistenciais e sociais diferentes, de modo que o destino adequado para um não é necessariamente adequado para todos. A solução deve combinar critérios públicos de distribuição com análise técnica das necessidades específicas. Essa combinação reduz o risco de que a ordem de chegada, a capacidade de insistência ou a facilidade de contato se tornem os únicos fatores de acesso às alternativas disponíveis.

4.2 COMPARAÇÃO DE ALTERNATIVAS E PROTEÇÃO SIMULTÂNEA DA SEGURANÇA

A alternativa assistencial deve ser comparada em termos concretos. Uma lista de estabelecimentos próximos não comprova que existam vagas, equipe, horários ou capacidade de absorção. Propõe-se exigir confirmação pelos serviços receptores, com indicação das condições de atendimento e da compatibilidade do encaminhamento. Essa confirmação não dispensa avaliação clínica; fornece a base organizacional para que ela seja executada. A mera expectativa de abertura futura de vagas deve aparecer como incerteza, e não como atendimento garantido.

A comparação precisa incluir o risco de manter o serviço e o risco de interromper o acesso. A existência do segundo não anula o primeiro. Se a condição sanitária impedir o funcionamento seguro, a resposta deverá proteger os usuários por meio de transferência e outras providências cabíveis, e não pela simples continuidade da exposição. Em situações menos imediatas, a possibilidade de correção, restrição parcial ou reorganização pode ser examinada pelas autoridades competentes. O artigo não estabelece uma hierarquia abstrata entre essas medidas, pois sua adequação depende dos fatos e da avaliação técnica.

Uma motivação consistente deve registrar o que se sabe e o que ainda precisa ser confirmado. Se não há informação suficiente sobre a capacidade da rede receptora, essa lacuna tem relevância decisória. Ela exige diligência e coordenação, sem permitir a apresentação de uma alternativa ficticiamente concluída. O reconhecimento da incerteza também favorece o controle posterior: torna possível

verificar se as providências determinadas foram realizadas e se a situação evoluiu de modo diferente do previsto.

A urgência altera as possibilidades de instrução, mas não torna irrelevante a continuidade. Em uma situação que demande retirada imediata de usuários de um ambiente inseguro, a documentação inicial pode ser breve e a complementação ocorrer depois. O essencial é definir quem aciona a rede e acompanha o atendimento. A resposta urgente precisa ter continuidade institucional, para que a solução provisória não se transforme em indefinição prolongada. O caráter excepcional da medida deve ser acompanhado de revisão conforme novas informações se tornem disponíveis.

4.3 TRANSIÇÃO ASSISTENCIAL E COORDENAÇÃO DE RESPONSABILIDADES

A transição pode ser organizada como sequência de responsabilidades verificáveis. Antes da mudança, é necessário confirmar destino e condições de acolhimento; durante o deslocamento, assegurar comunicação entre os envolvidos; depois da chegada, verificar se o atendimento ocorreu e se o seguimento está definido. Essa sequência é uma proposta analítica do artigo, e não reprodução de um protocolo normativo único. Sua finalidade é tornar visíveis etapas que frequentemente são agrupadas sob a expressão genérica de encaminhamento.

O transporte integra a viabilidade da alternativa quando o usuário depende dele para alcançar o cuidado. Seu planejamento deve considerar origem, destino, horários e necessidades relacionadas ao percurso, conforme avaliação pertinente. A responsabilidade por essa organização precisa ser identificada entre os participantes da rede. Não basta informar que haverá atendimento em outra cidade se o deslocamento que o torna possível permanece sem definição. O mesmo raciocínio vale para a comunicação de mudanças de horário e para a orientação sobre o retorno.

A unidade receptora deve receber as informações assistenciais necessárias por meios adequados e seguros. A transferência não deve depender exclusivamente da memória do paciente ou de documentos cuja obtenção ele não consegue providenciar a tempo. O compartilhamento pertinente favorece a continuidade e reduz a repetição desnecessária de etapas. Ao mesmo tempo, deve respeitar a confidencialidade e a finalidade assistencial. A proposta evita tanto a circulação indiscriminada de dados quanto a interrupção da informação essencial por falta de organização entre serviços.

A coordenação também precisa prever falhas. Se o transporte não chega, se a vaga não se confirma ou se o serviço receptor identifica incompatibilidade, deve existir um ponto de contato capaz de acionar nova resposta. Sem esse mecanismo, a pessoa pode circular entre instituições que reconhecem o problema, mas não assumem sua resolução. O registro de responsáveis e contatos não é detalhe burocrático: constitui parte da capacidade de executar a decisão. Sua eficácia depende de disponibilidade real, e não apenas da indicação nominal em um documento.

A conclusão da transferência não deve ser presumida pela expedição do encaminhamento. Propõe-se confirmação do acolhimento e registro das pendências, com acompanhamento proporcional ao risco e às condições do caso. Esse critério permite distinguir a decisão formal de sua execução. Também favorece a identificação de problemas repetidos, que podem revelar insuficiência estrutural da rede e exigir medidas de planejamento. A transição deixa de ser um evento isolado e passa a produzir informação útil para corrigir as conexões do sistema.

4.4 INFORMAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PÚBLICO

Os pacientes precisam compreender o que foi decidido, por que haverá mudança e quais providências devem adotar. A comunicação deve separar informações confirmadas de estimativas e indicar canais de esclarecimento. Mensagens genéricas sobre reorganização podem não responder às dúvidas mais imediatas sobre local, horário e deslocamento. O artigo propõe que a qualidade da informação seja avaliada pela possibilidade de orientar a ação do destinatário, sem exigir dele conhecimento prévio da estrutura administrativa do SUS.

A escuta dos usuários contribui para verificar a execução. Uma dificuldade relatada de modo recorrente pode indicar que a alternativa funciona apenas no planejamento. Para que a participação tenha utilidade, as manifestações precisam ser recebidas por alguém com possibilidade de encaminhamento e gerar resposta. O registro da providência adotada permite acompanhar a resolução. Não se propõe condicionar todas as decisões a consenso, mas incorporar informação proveniente da experiência de quem realiza o percurso assistencial.

O acompanhamento público pode utilizar informações agregadas sobre usuários realocados, pendências e capacidade de recepção, com proteção da identidade e dos dados clínicos. Esses registros devem permitir avaliar se a transição

foi concluída e quais obstáculos persistem. A divulgação de números sem explicação de sua origem ou de seu significado pode produzir falsa impressão de cobertura. Por isso, recomenda-se distinguir pessoas encaminhadas, pessoas acolhidas e situações ainda sem solução confirmada.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A síntese bibliográfica e documental sustenta a compreensão de que a continuidade assistencial é uma dimensão da organização do cuidado e deve participar da avaliação de decisões sobre serviços de hemodiálise. O principal resultado analítico consiste em deslocar o critério de encerramento da providência: a emissão de um ato ou de um encaminhamento não demonstra, por si, a proteção dos usuários. A verificação deve alcançar as condições concretas de recepção e seguimento, sem substituir a competência das equipes para definir a adequação clínica do atendimento.

O segundo resultado é a diferenciação entre permanência do estabelecimento e continuidade do cuidado. Essa distinção permite superar o argumento de que proteger os usuários exige necessariamente manter qualquer serviço em funcionamento. Também impede considerar suficiente o fechamento de uma unidade sem examinar seus efeitos sobre a assistência. A finalidade protetiva é comum às duas dimensões: segurança e acesso precisam ser enfrentados de forma articulada, com definição de responsabilidades quando dependem de instituições diferentes.

O terceiro resultado diz respeito ao território como elemento da justificação. Os estudos utilizados tornam pertinente examinar percursos e condições de acesso, mas não autorizam afirmar que toda transferência na Amazônia será inviável. O que se conclui é a insuficiência de presumir viabilidade apenas pela identificação de uma unidade receptora. A análise local precisa verificar o trajeto e as condições efetivas de utilização, de modo que a justificativa administrativa não reduza uma questão territorial a uma simples distribuição de vagas.

O quarto resultado é a formulação de critérios para acompanhar a transição: identificação da população afetada, confirmação do destino, organização do deslocamento, transmissão de informações pertinentes, definição de responsáveis e verificação do acolhimento. Esses critérios não foram testados como intervenção e não constituem lista suficiente para qualquer caso. Funcionam como parâmetros de

análise capazes de orientar a instrução e revelar lacunas. Sua aplicação exige adequação à urgência, à extensão da medida e às condições da rede.

Persistem limites importantes. O artigo não demonstra a frequência de interrupções na Amazônia, não mede o impacto de interdições sobre desfechos clínicos e não compara custos de modelos de oferta. Também não valida a eficácia dos critérios propostos. Pesquisas futuras podem examinar processos administrativos e trajetórias assistenciais para verificar como essas dimensões aparecem na prática. A utilidade da proposta depende de sua capacidade de orientar perguntas e registros, e não de uma pretensão de resolver, por formulação teórica, todos os problemas da rede.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação examinou quais critérios devem orientar decisões regulatórias que alteram o funcionamento de serviços de hemodiálise em contextos amazônicos. A resposta construída é que a continuidade assistencial precisa integrar a fundamentação e a execução da medida, com atenção às pessoas afetadas, às alternativas disponíveis e às condições territoriais de acesso. A proteção do paciente não pode ser considerada um efeito automático da regularização do prestador ou da transferência formal para outra unidade. Ela depende de providências que conectem o ato administrativo ao atendimento efetivamente realizado.

A hipótese foi sustentada no plano teórico e documental, com uma qualificação central: continuidade não significa preservação incondicional do estabelecimento. A segurança pode exigir restrições e interrupções de funcionamento, conforme avaliação técnica e jurídica. Nessas situações, a obrigação de proteger o cuidado permanece e exige coordenação de alternativas. A conclusão evita tanto a tolerância de condições inseguras em nome do acesso quanto a invisibilidade da desassistência produzida por uma resposta que se encerra na fiscalização.

O referencial das capacidades contribuiu para distinguir a disponibilidade formal de recursos das oportunidades reais de utilização. Essa distinção permitiu formular questões sobre o percurso do paciente, a previsibilidade do atendimento e a possibilidade de participação. O desenvolvimento humano foi empregado como orientação analítica, sem atribuir à teoria uma solução administrativa pronta. Sua

contribuição está em recolocar a vida das pessoas como referência para avaliar se os arranjos institucionais cumprem a finalidade que justificou sua criação.

A discussão territorial mostrou que o acesso precisa ser verificado no contexto. Estudos localizados no Amazonas evidenciam mecanismos relevantes, como dependência de polos e influência das condições de deslocamento, mas não representam toda a diversidade amazônica. A conclusão, por isso, não é que exista uma única resposta regional. É que a escolha da alternativa deve considerar as condições concretas dos usuários e explicitar como o destino proposto poderá ser alcançado. Essa exigência torna a dimensão territorial parte da decisão, e não uma observação periférica.

A organização em rede implica reconhecer que nenhuma instituição controla, isoladamente, todas as etapas da assistência. O funcionamento da transição depende de articulação entre gestores, serviços e equipes, com participação informada dos usuários. A proposta desenvolvida exige identificar responsáveis por etapas e prever resposta quando a execução falha. A finalidade não é multiplicar documentos, mas reduzir situações em que todos reconhecem a necessidade do cuidado e nenhum participante assume a providência indispensável para sua realização.

Recomenda-se que decisões com repercussão assistencial sejam acompanhadas de instrução proporcional ao risco e à urgência. Essa instrução deve demonstrar o alcance da medida, as condições da rede receptora e as providências necessárias para a mudança. Quando a urgência limitar o planejamento prévio, deve haver complementação e acompanhamento posterior. A proporcionalidade defendida não autoriza omitir a população afetada; orienta a forma de produzir e utilizar as informações que tornam a proteção possível no tempo disponível.

A participação deve ser organizada como meio de informação e controle, sem transferir aos pacientes o dever de construir a solução. As pessoas podem indicar obstáculos, manifestar dúvidas e avaliar se o encaminhamento é exequível, mas a coordenação continua a depender dos responsáveis institucionais. O acompanhamento por informações agregadas pode tornar a execução verificável e permitir correções, desde que a divulgação preserve a confidencialidade e não confunda número de encaminhamentos com atendimento concluído.

No plano do planejamento, a ocorrência de dificuldades de realocação deve produzir aprendizagem institucional. Se a mesma barreira reaparece em diferentes transições, ela pode indicar um problema da estrutura de referência, do transporte ou

da capacidade instalada. A resposta de longo prazo exige investigação própria, definição de prioridades e avaliação de viabilidade. O artigo não estabelece qual expansão da rede será necessária em cada território, mas sustenta que a informação obtida em crises deve alimentar o planejamento e não desaparecer após a solução imediata.

Os limites da pesquisa impedem afirmar que os critérios apresentados produzirão determinados resultados clínicos ou econômicos. Sua validação demanda estudos de casos, acompanhamento de processos e análise de trajetórias de usuários. Também é necessário incluir perspectivas profissionais e experiências de pacientes de diferentes localidades, com os cuidados éticos pertinentes. Essa agenda pode verificar a utilidade das categorias e identificar situações em que precisam ser revistas ou complementadas.

Conclui-se que uma governança regulatória orientada pelo desenvolvimento humano deve ser avaliada por sua capacidade de articular segurança, acesso e responsabilidade pela execução. A coletividade de pacientes ocupa posição central quando seus percursos e necessidades participam da decisão e quando o atendimento posterior é acompanhado. Nessa perspectiva, o direito à saúde exige mais do que uma solução formal para o estabelecimento: requer condições institucionais para que as pessoas continuem a receber o cuidado de que dependem.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **[Constituição (1988)]**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 set. 2026.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942**. Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro. Brasília, DF: Presidência da República, 1942. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del4657.htm. Acesso em: 11 set. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde — SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 11 set. 2026.

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: 11 set. 2026.

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: 11 set. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada — RDC nº 11, de 13 de março de 2014**. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de diálise e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2014. Disponível em: <https://anvisa.gov.br/legis/datalegis/net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&numeroAto=00000011&valorAno=2014&tipo=RDC&orgao=RDC%2FDC%2FANVISA%2FMS>. Acesso em: 11 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com doença renal crônica — DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1675_08_06_2018.html. Acesso em: 11 set. 2026.

COMITÊ DE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. **General comment No. 14**: the right to the highest attainable standard of health (article 12). E/C.12/2000/4. Genebra: Nações Unidas, 2000. Disponível em:

https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?SymbolNo=E%2FC.12%2F2000%2F4. Acesso em: 11 set. 2026.

EL KADRI, Michele Rocha; SCHWEICKARDT, Julio Cesar; FREITAS, Carlos Machado de. Os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas. **Interface — Comunicação**, Saúde, Educação, Botucatu, v. 26, e220056, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.220056>. Acesso em: 11 set. 2026.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES. 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://kdigo.org/wp-content/uploads/2026/04/KDIGO-2024-CKD-Guideline.pdf>. Acesso em: 11 set. 2026.

LEVESQUE, Jean-Frederic; HARRIS, Mark F.; RUSSELL, Grant. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. **International Journal for Equity in Health**, v. 12, art. 18, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>. Acesso em: 11 set. 2026.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 11 set. 2026.

NERBASS, Fabiana Baggio *et al.* Brazilian Dialysis Survey 2024. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 48, n. 1, e20250112, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2025-0112en>. Acesso em: 11 set. 2026.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral. **Declaration on the right to development**. Resolução A/RES/41/128, de 4 de dezembro de 1986. Nova York: Nações Unidas, 1986. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/126476>. Acesso em: 11 set. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Framework on integrated, people-centred health services**. Relatório do Secretariado. A69/39. Genebra: OMS, 2016. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf. Acesso em: 11 set. 2026.

SCHRAMM, Ana Matilde Menezes Melik; FACINCANI, Inalda; CARMONA, Fabio. Evaluation of renal replacement therapy in children and adolescents in the state of Amazonas, Brazil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 40, e2021057, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2021057>. Acesso em: 11 set. 2026.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. Tradução de Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IOZZI, Fabíola Lana. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, supl. 2, e00022519, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00022519>. Acesso em: 11 set. 2026.