

Humanização do Cuidado em Serviços de Hemodiálise: Perspectivas para uma Assistência Integral e Acolhedora

Luiz Guilherme Frigotto Carnevalli, Medicina, Centro Universitário Integrado, Brasil

Fernanda Caroline Natálio, Medicina, Centro Universitário Integrado, Brasil

Nadini Zidani Mate Soares, Medicina, Centro Universitário Integrado, Brasil

Alice Maria de Moraes, Psicologia, Instituto do Rim Campo Mourão, Brasil

Silmara Aparecida Correa, Assistência Social, Instituto do Rim Campo Mourão, Brasil

Otávio Sinkoç Schultz, Medicina, Centro Universitário Integrado, Brasil

Vinícius Rezende de Moraes, Medicina, Centro Universitário Integrado, Brasil

Alexandre Ferraz Ruiz, Medicina, Centro Universitário Integrado, Brasil

Jefferson Eichinger Palma, Medicina, Centro Universitário Integrado, Brasil

Raquel Lima de Brida, Medicina, Centro Universitário Integrado, Brasil,

Cristiane Rickli Barbosa, Medicina, Centro Universitário Integrado, Brasil

cristiane.barbosa@grupointegrado.br

RESUMO

O objetivo desta revisão de literatura foi examinar a humanização do atendimento em unidades de hemodiálise, enfatizando seu impacto na qualidade de vida de pacientes com Doença Renal Crônica (DRC). As bases de dados PubMed e Google Acadêmico foram consultadas, com artigos publicados de 2010 a 2025. Entre os resultados, destacam-se que o cuidado humanizado, a escuta ativa e a empatia aumentam a adesão ao tratamento, o bem-estar e a autonomia dos pacientes. A falta de acolhimento e o desgaste profissional da equipe impactam negativamente a qualidade do atendimento. Intervenções educativas, suporte psicológico e espiritualidade provaram ser eficientes para diminuir o sofrimento e promover dignidade. Sendo assim, a humanização é fundamental para um cuidado integral e ético em hemodiálise.

Palavras-chave: Saúde Mental. Terapia Renal Substitutiva. Acolhimento

ABSTRACT

The aim of this literature review was to examine the humanization of care in hemodialysis units, emphasizing its impact on the quality of life of patients with Chronic Kidney Disease (CKD). The PubMed and Google Scholar databases were consulted, including articles published from 2010 to 2025. Among the results, it was highlighted that humanized care—based on active listening, empathy, and connection—increases treatment adherence, well-being, and patient autonomy. The lack of welcoming attitudes and professional burnout negatively affect the quality of care. Educational interventions, psychological support, and spirituality proved effective in reducing

suffering and promoting dignity. Therefore, humanization is essential for comprehensive and ethical care in hemodialysis.

Keywords: Mental Health. Renal Replacement Therapy. Welcoming

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é hoje um dos grandes desafios da saúde pública mundial. Estima-se que cerca de 10% da população global conviva com algum grau de comprometimento renal, e esse número tende a crescer à medida que aumentam os casos de hipertensão arterial e diabetes mellitus, duas das principais causas da doença (Jha et al., 2013; Hill et al., 2016). Trata-se de uma condição progressiva e irreversível, marcada pela perda lenta da função dos rins. Quando o órgão deixa de cumprir suas funções vitais, tornam-se necessárias as Terapias Renais Substitutivas (TRS), como a hemodiálise, a diálise peritoneal ou o transplante renal, que ajudam a manter o equilíbrio hidroeletrólítico e a homeostase do organismo (Bastos; Bregman; Kirsztajn, 2010).

Mas a hemodiálise vai muito além de um procedimento técnico. Para quem depende dela, o tratamento muda a rotina, o tempo e até a forma de enxergar a própria vida. As sessões longas e repetitivas, a dependência do equipamento e a limitação de atividades cotidianas trazem desafios que não se medem apenas em exames laboratoriais. Muitos pacientes enfrentam cansaço constante, medo e sentimentos de isolamento, o que impacta diretamente sua qualidade de vida física e emocional (Webster et al., 2017; Lopes et al., 2018). É nesse ponto que o cuidado humanizado se torna essencial — ele permite enxergar a pessoa além da doença, reconhecendo suas fragilidades, histórias e expectativas.

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) reforça que o cuidado deve nascer do encontro genuíno entre pessoas. O acolhimento, a escuta atenta e o vínculo de confiança entre equipe e paciente são pilares de uma assistência ética e sensível, capaz de transformar o ambiente de tratamento em um espaço de diálogo e respeito (BRASIL, 2013). Nessa mesma linha, abordagens como o cuidado centrado no paciente e os cuidados paliativos renais (CPR) vêm ganhando destaque, pois favorecem a autonomia e a dignidade, além de promoverem uma comunicação clara e empática durante as decisões terapêuticas (Davison et al., 2015; O'Hare, 2018).

Na formação médica, projetos de extensão têm se mostrado caminhos concretos para vivenciar essa humanização. Um exemplo disso é o Projeto Renascer, desenvolvido por estudantes de Medicina do Centro Universitário Integrado, no Instituto do Rim de Campo Mourão. A iniciativa une ensino, serviço e comunidade em ações educativas e acolhedoras voltadas a pacientes em hemodiálise (Schultz et al., 2025). Essas vivências permitem que futuros médicos compreendam que a técnica é indispensável, mas é o cuidado humano — aquele que escuta, compreende e se faz presente — que realmente transforma a prática da medicina e a experiência do paciente.

Portanto, nesta análise textual desejamos demonstrar quão grande são os impactos gerados à qualidade de vida dos pacientes, que ficam frequentemente comprometidos pelo baixo poder aquisitivo, pela escolaridade limitada e pela idade avançada, por ficarem presos à rotina do tratamento. Ao mesmo tempo, que o cuidado deve oferecer conforto e reafirmar a dignidade do mesmo como cidadão. Desta forma, a meta central seria levar o paciente a ter humanização no atendimento hemodialítico, e a promoção do bem-estar, com o prolongamento da sobrevida com qualidade e a construção de uma rotina mais suportável e significativa.

MÉTODO

Os dados para realizar esta revisão de literatura narrativa foram coletados na base do PubMed, nos idiomas português e inglês, considerando artigos publicados entre os anos de 2010 a 2025,. O operador booleano “AND” foi utilizado para refinar as buscas, das quais foi possível localizar um total de 1140 documentos, porém, após a leitura dos títulos, foram selecionados somente 25 artigos. Destes restantes, após a leitura dos resumos, foram selecionados dezesseis artigos para análise aprofundada, seguindo plenamente os critérios de elegibilidade.

Utilizando os descritores “*Hemodialysis*”, “*humanization of care*”, “*comprehensive care*”, “*quality of life*” e suas respectivas traduções para o português: “*hemodiálise*”, “*humanização da assistência*”, “*cuidado integral*” e “*qualidade de vida*”.

Foram também utilizados os seguintes critérios de exclusão para o estudo: (a) estudos que não abordaram práticas humanizadoras em unidades de hemodiálise; (b) artigos publicados em anos anteriores à data delimitada; e (c) pesquisas que divergiram do tema proposto.

REVISÃO DE LITERATURA

Nas últimas décadas, tem-se observado que os pacientes acometidos por DRC apresentam, em geral, condições socioeconômicas desfavoráveis, além de elevado risco de morbidade, mortalidade e redução significativa na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) (Webster et al., 2017; Hill et al., 2016; Cruz; Tagliamento; Wanderbroocke, 2016). A QVRS pode ser compreendida como a forma pela qual o indivíduo percebe e interpreta sua própria vida, levando em conta o contexto cultural, os valores sociais e pessoais que o cercam, bem como suas metas, expectativas e preocupações cotidianas. Esse conceito engloba múltiplos aspectos da existência humana, envolvendo dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais, além do grau de autonomia e das condições ambientais que influenciam diretamente a saúde e o bem-estar.

SIMPAR

Simpósio de Pesquisa, Extensão e Inovação do Paraná

Realização



Núcleo de
Empreendedorismo,
Pesquisa e Extensão
Integrado

Apoio



FUNDAÇÃO
ARAUCÁRIA
Apoio ao Desenvolvimento Científico
e Tecnológico do Paraná

O tratamento de hemodiálise, embora vital para a manutenção da vida e da saúde, impõe aos pacientes a aceitação de que sua sobrevivência e bem-estar dependem essencialmente de um equipamento. Essa terapêutica consome grande parte do tempo dos indivíduos, restringindo atividades cotidianas e comprometendo profundamente os aspectos profissional, social e afetivo. Tal condição força o abandono de antigos estilos de vida e impõe o enfrentamento de mudanças significativas na imagem corporal. Essa carga emocional e física é agravada pela presença de estresse, alterações de humor e pela não aceitação do tratamento — fatores que reduzem a qualidade de vida e dificultam a adesão terapêutica. Diante dessa complexidade, o cuidado humanizado deve ter como foco a transformação do paradigma assistencial, de modo que a instituição se torne um ambiente acolhedor, onde as experiências positivas superem as negativas. Nesse contexto, o papel da equipe multidisciplinar é essencial ao propor atividades que elevem a autoestima e incentivem o apoio familiar, permitindo que os pacientes diferenciem o sofrimento causado pela doença do cuidado recebido, transformando momentos angustiantes em vivências de alegria, aprendizado e integração com a equipe de saúde (Pires et al., 2017).

Em pacientes com DRC avançada, a carga de sintomas físicos e psicológicos é elevada e envolve múltiplas dimensões da vida cotidiana. O estudo europeu QUALity on treatment in advanced chronic kidney disease (EQUAL) demonstrou que mais da metade dos participantes relatou sintomas como fadiga, pele seca, dor óssea ou articular, perda de força, câimbras musculares, prurido e diminuição do interesse sexual. A mediana de sintomas relatados foi de 12 entre os 33 avaliados, indicando uma sobrecarga significativa. Além disso, observou-se que as mulheres apresentavam maior número e intensidade de sintomas do que os homens, com diferenças na manifestação clínica: sintomas como dor óssea ou articular, edema nas pernas, dificuldade para dormir e dispneia foram mais frequentes entre mulheres, enquanto os homens relataram com maior frequência problemas relacionados à função sexual (van de Luijngaarden et al., 2019). Nesse cenário, estratégias que promovam uma escuta ativa e intervenções voltadas à saúde física e emocional tornam-se indispensáveis na prática clínica destes pacientes.

A atuação da equipe, quanto à humanização, deve transcender a excelência técnica, pois o cuidado humanizado requer mais do que conhecimentos científicos — exige empatia, respeito à dor e ao sofrimento do outro. Essa ampliação do cuidado é fundamental para sustentar a motivação dos pacientes e favorecer a adesão ao tratamento, que é complexo e gera repercussões significativas em suas vidas e nas de seus familiares. O caráter humanizado do atendimento pressupõe o atendimento das necessidades emocionais e afetivas, o estímulo à motivação e a busca por suporte social junto a organismos públicos. O objetivo é mitigar os severos impactos sobre a qualidade de vida e suprir as necessidades básicas, frequentemente comprometidas pelo baixo poder aquisitivo, pela escolaridade limitada e pela idade avançada da maioria dos pacientes. Ao mesmo tempo, o cuidado deve oferecer conforto e reafirmar a dignidade do paciente como cidadão pleno. Assim, a meta central da

humanização no atendimento hemodialítico é a promoção do bem-estar, o prolongamento da sobrevida com qualidade e a construção de uma rotina mais suportável e significativa (Rodrigues et al., 2021).

Nesse mesmo sentido, um estudo piloto recente buscou avaliar a viabilidade e os efeitos de uma intervenção de educação comportamental voltada à melhoria da qualidade de vida e do autocuidado de pacientes em hemodiálise (Shirazian et al., 2023). A proposta, conduzida individualmente por um assistente social durante as sessões de diálise, mostrou-se promissora como estratégia de humanização. Embora as análises quantitativas não tenham revelado alterações significativas nas pontuações do Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36), os participantes relataram benefícios subjetivos, destacando o valor da escuta, da reflexão e da conveniência do formato integrado ao tratamento. O estudo ressalta ainda a importância de ajustar os conteúdos e ampliar o envolvimento de profissionais capacitados em educação para a doença renal crônica, a fim de potencializar o impacto da proposta sobre o bem-estar dos pacientes.

O conhecimento acerca de como os pacientes percebem a hemodiálise e de que forma mobilizam elementos sociais, culturais, espirituais e religiosos é fundamental para a compreensão de novas vivências e para a elaboração de ações de cuidado mais focadas e eficientes, confirmando que, apesar das dificuldades e privações impostas pela doença e pelo tratamento, a vida é sentida como repleta de possibilidades por muitos renais crônicos (Santos et al., 2018).

Dentro dessa perspectiva ampliada de cuidado, os cuidados paliativos renais (CPR) se consolidam como um modelo interdisciplinar voltado à promoção da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), à dignidade humana e à comunicação compassiva (Davison et al., 2015). A implementação precoce de medidas paliativas é essencial para garantir decisões mais conscientes e individualizadas, fortalecendo o protagonismo do paciente no próprio processo de cuidado (Combs e Davison, 2015). A comunicação efetiva entre equipe e paciente é outro eixo essencial para a humanização da assistência. A clareza e o respeito na transmissão de informações sobre o prognóstico auxiliam na elaboração emocional, na tomada de decisões e na prevenção de expectativas irreais (Sellars et al., 2019; Currin-McCulloch et al., 2018). Nesse processo, o profissional de saúde deve combinar clareza técnica e empatia, reconhecendo o sofrimento e validando os sentimentos do paciente e de sua família.

A incorporação dos princípios do cuidado centrado no paciente representa um avanço significativo rumo à humanização na nefrologia. Essa abordagem propõe que o tratamento seja guiado pelas preferências, valores e objetivos de vida do indivíduo, e não apenas por parâmetros clínicos (O'Hare, 2018). A tomada de decisão compartilhada e culturalmente sensível favorece uma prática médica mais ética e respeitosa, na qual o paciente é visto como sujeito ativo e corresponsável pelo cuidado (Brown et al., 2016). No contexto de serviços de hemodiálise, isso significa equilibrar a humanização com um compromisso ético e acolhedor.

Nesse contexto, o Projeto Renascer, desenvolvido no Instituto do Rim de Campo Mourão (IRCM) por acadêmicos do curso de Medicina do Centro Universitário Integrado, constitui um exemplo prático de humanização aplicada à nefrologia. A iniciativa, de caráter educacional e assistencial, surgiu diante das fragilidades institucionais identificadas, como a ausência de ações sistematizadas de acolhimento e a carência de insumos básicos, propondo-se a integrar ensino, serviço e comunidade. Estruturado nos eixos estratégicos de acolhimento, educação em saúde, arrecadações e pesquisa, o projeto incorpora ações de escuta qualificada, criação de vínculos afetivos, atividades lúdicas, rodas de conversa e campanhas solidárias, contribuindo para o fortalecimento da rede de apoio e para a melhoria da experiência dos pacientes durante o tratamento dialítico. Além disso, a vivência extensionista possibilita aos acadêmicos o desenvolvimento de competências éticas, empáticas e comunicacionais, reafirmando a importância da formação médica comprometida com a humanização e com os princípios da integralidade em saúde (Schultz et al., 2025).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão de literatura reforça que a assistência em hemodiálise transcende o procedimento técnico, configurando-se como um desafio biopsicossocial complexo para o paciente. As evidências analisadas demonstram que a humanização não é um aspecto opcional, mas um pilar central para a qualidade de vida e adesão ao tratamento. Verificou-se que, da perspectiva do paciente, o acolhimento se materializa em ações como diálogo, empatia e ser reconhecido como indivíduo, não apenas pela doença. A ausência de uma comunicação sensível, por outro lado, gera insegurança e interfere no cuidado.

Um dos achados centrais desta revisão é a "via de mão dupla" da humanização: para que a equipe de enfermagem, que é a base do cuidado, possa oferecer uma assistência acolhedora, ela também precisa ser cuidada. O esgotamento profissional, a sobrecarga de trabalho e o sofrimento psíquico levam à "indiferença defensiva" como mecanismo de proteção. Portanto, a humanização requer suporte institucional ativo, incluindo espaços de escuta e cuidado com a saúde mental do profissional. A revisão destacou, ainda, a alta prevalência de depressão e ansiedade entre os pacientes dialíticos, condições frequentemente subdiagnosticadas que impactam negativamente a mortalidade e a qualidade de vida. Intervenções como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) mostraram-se promissoras para melhorar o autocuidado e o bem-estar psicológico.

Por fim, o estudo aponta para a necessidade de integrar duas dimensões muitas vezes negligenciadas: a espiritualidade/religiosidade, que atua como importante estratégia de enfrentamento para os pacientes, e os cuidados paliativos. A implementação do Planejamento Antecipado de Cuidados (ACP) é fundamental para garantir a autonomia do paciente nas decisões de fim de vida, sendo uma

prática que melhora a qualidade do morrer e reduz custos com hospitalizações desnecessárias.

Conclui-se que a transição de um modelo focado apenas na técnica para uma abordagem de cuidado integral e humanizado é o principal desafio dos serviços de hemodiálise. Isso exige formação contínua das equipes, valorização do trabalho multiprofissional e políticas institucionais que protejam a dignidade tanto de quem cuida quanto de quem é cuidado.

AGRADECIMENTOS

A realização desta revisão foi possível graças à contribuição de diversas partes envolvidas, às quais expressamos profundo reconhecimento: à equipe multiprofissional do IRCM, na pessoa de Dr. Maisa Moraes Schreiber, a Assistente Social Silmara Aparecida Correa e a psicóloga do instituto Alice Maria de Moraes ; às orientadoras Raquel Lima de Brida e Cristiane Rickli Barbosa; aos acadêmicos que auxiliaram na realização da revisão de literatura; e a todos que, de alguma forma, contribuíram para a execução deste trabalho, por meio de auxílio técnico, científico e motivacional.

REFERÊNCIAS

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 2, p. 248–253, 2010. DOI: 10.1590/S0104-42302010000200028. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000200028>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BROWN, E. A.; BEKKER, H. L.; DAVISON, S. N.; KOFFMAN, J.; SCHELL, J. O. Supportive care: communication strategies to improve cultural competence in shared decision making. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v. 11, n. 10, p. 1902–1908, 2016. DOI: 10.2215/CJN.00210116. Disponível em: <https://doi.org/10.2215/CJN.00210116>. Acesso em: 10 nov. 2025.

COMBS, S. A.; DAVISON, S. N. Palliative and end-of-life care issues in chronic kidney disease. **Current Opinion in Supportive & Palliative Care**, v. 9, n. 1, p. 14–19, 2015. DOI: 10.1097/SPC.0000000000000109. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000109>. Acesso em: 10 nov. 2025.

CRUZ, V. F. E. S. da; TAGLIAMENTO, G.; WANDERBROOKE, A. C. A manutenção da vida laboral por doentes renais crônicos em tratamento de hemodiálise: uma análise dos significados do trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 4, p. 1050–1063, 2016. DOI: 10.1590/s0104-12902016161962. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902016161962>. Acesso em: 10 nov. 2025.

CURRIN-MCCULLOCH, J.; LIPPE, M.; ACKER, K.; JONES, B. Communicating terminal prognosis: the provider's role in reframing hope. **Palliative and Supportive Care**, v. 16, n. 6, p. 803–805, 2018. DOI:

10.1017/S147895151800040X. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S147895151800040X>. Acesso em: 10 nov. 2025.

DAVISON, S. N.; LEVIN, A.; MOSS, A. H.; JHA, V.; BROWN, E. A.; BRENNAN, F.; MURTAGH, F. E. M.; NAICKER, S.; GERMAIN, M. J.; O'DONOGHUE, D. J.; MORTON, R. L.; OBRADOR, G. T. Executive summary of the KDIGO Controversies Conference on supportive care in chronic kidney disease: developing a roadmap to improving quality care. **Kidney International**, v. 88, n. 3, p. 447–459, 2015. DOI: 10.1038/ki.2015.110. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/ki.2015.110>. Acesso em: 10 nov. 2025.

HILL, N. R.; FATOBA, S. T.; OKE, J. L.; HIRST, J. A.; O'CALLAGHAN, C. A.; LASSERSON, D. S.; HOBBS, F. D. R. Global prevalence of chronic kidney disease – a systematic review and meta-analysis. **PLOS ONE**, v. 11, n. 7, e0158765, 2016. DOI: 10.1371/journal.pone.0158765. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158765>. Acesso em: 10 nov. 2025.

O'HARE, A. M. Patient-centered care in renal medicine: five strategies to meet the challenge. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 71, n. 5, p. 732–736, 2018. DOI: 10.1053/j.ajkd.2017.11.018. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2017.11.018>. Acesso em: 10 nov. 2025.

PIRES, M. G.; MENDES, N. K. L.; RIBEIRO, S. R. A.; SOMBRA, I. C. N. O papel da enfermagem na assistência ao paciente em tratamento hemodialítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 2, p. 145–152, 2017. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0393. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0393>. Acesso em: 10 nov. 2025.

RODRIGUES, A. S.; RAVAGNANI, J. F.; BARBOSA, M. S.; SILVA, F. B.; BRITO, G. V.; MILAGRES, C. S. A humanização do cuidado na hemodiálise. **Arquivos de Investigação em Saúde**, v. 11, n. 1, p. 167–172, 2021. DOI: 10.24978/anis.v11i1.1578. Disponível em: <https://doi.org/10.24978/anis.v11i1.1578>. Acesso em: 10 nov. 2025.

SANTOS, V. F. C.; BORGES, Z. N.; LIMA, S. O.; REIS, F. P. Percepções, significados e adaptações à hemodiálise como um espaço liminar: a perspectiva do paciente. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 66, p. 853–863, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622017.0264. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0264>. Acesso em: 10 nov. 2025.

SCHULTZ, O. S.; RUIZ, A. F.; MORAES, V. R.; CARNEVALLI, L. G. F.; DE BRIDA, R. L. Humanização na diálise: vínculo, acolhimento e educação no Projeto Renascer. **Anais do Concepar**, v. 14, n. 1, 2024. DOI:

10.3895/conccepar.v14n1.17173.

Disponível

em:

<https://doi.org/10.3895/conccepar.v14n1.17173>. Acesso em: 10 nov. 2025.

SELLARS, M.; MORTON, R. L.; CLAYTON, J. M.; TONG, A.; MAWREN, D.; SILVESTER, W.; POWER, D.; MA, R.; DETERING, K. M. Case-control study of end-of-life treatment preferences and costs following advance care planning for adults with end-stage kidney disease. **Nephrology**, v. 24, n. 2, p. 148–154, 2019. DOI: 10.1111/nep.13206. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nep.13206>. Acesso em: 10 nov. 2025.

SHIRAZIAN, S.; SMALDONE, A. M.; JACOBSON, A. M.; FAZZARI, M. J.; WEINGER, K. Improving quality of life and self-care for patients on hemodialysis using cognitive behavioral strategies: a randomized controlled pilot trial. **PLOS ONE**, v. 18, n. 5, e0285156, 2023. DOI: 10.1371/journal.pone.0285156. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285156>. Acesso em: 10 nov. 2025.

VAN DE LUIJTGAARDEN, M. W. M.; CASKEY, F. J.; WANNER, C.; CHESNAYE, N. C.; POSTORINO, M.; JANMAAT, C. J.; RAO, A.; TORINO, C.; KLINGER, M.; DRECHSLER, C.; HEIMBURGER, O.; SZYMCZAK, M.; EVANS, M.; DEKKER, F. W.; JAGER, K. J.; ADAMASCO CUPISTI, I. T.; ADELIASAGLIOCCA, I. T.; ALBERTO FERRARO, I. T.; ZEYNEP AYDIN, N. L. Uraemic symptom burden and clinical condition in women and men of ≥ 65 years of age with advanced chronic kidney disease: results from the EQUAL study. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 34, n. 7, p. 1189–1196, 2018. DOI: 10.1093/ndt/gfy013. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ndt/gfy013>. Acesso em: 10 nov. 2025.

WEBSTER, A. C.; NAGLER, E. V.; MORTON, R. L.; MASSON, P. Chronic kidney disease. **The Lancet**, v. 389, n. 10075, p. 1238–1252, 2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)32552-5. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32552-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32552-5). Acesso em: 10 nov. 2025.