UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE NUTRIÇÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

ASPECTOS NUTRICIONAIS NOS CUIDADOS PALIATIVOS EM NEFROLOGIA: UMA REVISÃO NARRATIVA

MARIA BEATRIZ LEAL DE LIMA FERREIRA
SELLY MARTINS SOARES

MACEIÓ
2025

MARIA BEATRIZ LEAL DE LIMA FERREIRA
SELLY MARTINS SOARES

ASPECTOS NUTRICIONAIS NOS CUIDADOS PALIATIVOS EM NEFROLOGIA: UMA REVISÃO NARRATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial à conclusão do Curso de Graduação em Nutrição.

.

Orientadora: **Profª. Drª. Juliana Célia de Farias Santos**
Faculdade de Nutrição
Universidade Federal de Alagoas

MACEIÓ
2025

Catalogação na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: SâmelaRouse de Brito Silva – CRB-4 – 6023

F373a Ferreira, Maria Beatriz Leal de Lima.
Aspectos nutricionais nos cuidados paliativos em nefrologia: uma revisão narrativa / Maria Beatriz Leal de Lima Ferreira; Suely Martins Soares. – 2025.
28 f. : il. color.

Orientadora: Juliana Célia de Farias Santos.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Nutrição) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Nutrição. Maceió, 2025.

Bibliografia: f. 24-28.

1. Doença renal crônica. 2. Cuidados paliativos. 3. Nutrição clínica. I. Título.

CDU: 616.61-083.98:613.2

FOLHA DE APROVAÇÃO

MARIA BEATRIZ LEAL DE LIMA FERREIRA
SELLY MARTINS SOARES

ASPECTOS NUTRICIONAIS NOS CUIDADOS PALIATIVOS EM NEFROLOGIA: UMA REVISÃO NARRATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Aprovado em 14 de abril de 2025.

Banca examinadora

Documento assinado digitalmente
gov.br JULIANA CELIA DE FARIAS SANTOS
Data: 15/04/2025 09:47:24-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof.ª Juliana Célia de Farias Santos

Documento assinado digitalmente
gov.br GLAUCEVANE DA SILVA GUEDES
Data: 15/04/2025 09:52:45-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof.ª Glaucevane da Silva Guedes

Documento assinado digitalmente
gov.br MICHELLE JACINTHA CAVALCANTE OLIVEIRA
Data: 15/04/2025 09:41:25-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof.ª Michelle Jacintha Cavalcante Oliveira

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de força e sabedoria, por nos guiar com amor e discernimento ao longo desta jornada. Por iluminar nosso caminho, fortalecendo-nos diante dos desafios e permitindo que trilhássemos uma trajetória repleta de aprendizado e crescimento. A Ele, que nos proporcionou encontros valiosos e laços que transcenderam a vida acadêmica, nossa gratidão.

Aos nossos familiares, pilares fundamentais dessa caminhada, pelo apoio incondicional, incentivo e paciência em cada etapa. Pelo amor que nos fortaleceu nos momentos de incerteza, pelo esforço incansável para nos proporcionar segurança e tranquilidade, mesmo quando a distância se fez presente. Sem vocês, esta conquista não teria sido possível.

À nossa estimada orientadora, Juliana Célia (Ju), que, desde o nosso primeiro ambulatório, tornou-se mais do que uma professora: uma amiga e mentora. Agradecemos por cada ensinamento, por cada risada compartilhada e, sobretudo, por cada conselho e correção no momento certo. Sua dedicação, paciência e suas contribuições foram essenciais para a realização deste trabalho.

Às nossas irmãs da vida, Maria Helena e Maria Clara, por estarem sempre ao nosso lado com palavras de incentivo, gestos de carinho e um ombro amigo nas horas mais difíceis. Obrigada por cada conversa, por cada demonstração de cuidado e por nunca deixarem a gente esquecer que, mesmo quando tudo parecia confuso, sempre podíamos contar com vocês.

Às nossas amigas de curso, Yrla, Tamires e Gabriella, pela parceria e apoio ao longo desses anos. Pelos momentos de alegria, pelas dificuldades superadas juntas, pelas trocas de conhecimento e pelo companheirismo que tornou essa jornada mais leve e enriquecedora. Sem dúvida, cada uma de vocês deixou uma marca especial em nossa trajetória.

Às queridas professoras Glaucevane Guedes e Fabiana Moura, verdadeiras inspirações para nós. A inteligência, a humanidade e o amor com que exercem sua profissão foram determinantes para nossa formação, marcando-nos não apenas como profissionais, mas como seres humanos.

E, por fim, a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para que este momento se tornasse realidade. A cada gesto de apoio, a cada palavra de incentivo e a cada contribuição, expressamos nossa mais sincera gratidão.

RESUMO

FERREIRA, M.B. L. L.; SOARES, S. M. **Aspectos nutricionais nos cuidados paliativos em nefrologia: uma revisão narrativa.** 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Nutrição) - Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2025.

A doença renal crônica (DRC) é um problema de saúde pública que afeta progressivamente a função renal, e sua gravidade é marcada pela diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG). Em estágios avançados, os tratamentos indicados são hemodiálise ou transplante renal. Nessa fase, os cuidados paliativos tornam-se essenciais para melhorar a qualidade dos pacientes. O presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre cuidados paliativos em nefrologia, com ênfase no cuidado nutricional. O diagnóstico precoce e acompanhamento contínuo são fundamentais para retardar a evolução da DRC. No entanto, em estágios avançados, a complexidade dos tratamentos e os efeitos colaterais podem levar o paciente a recusar a diálise, agravando as complicações clínicas e aumentando o risco de mortalidade. A abordagem nutricional em pacientes com DRC em cuidados paliativos deve ser individualizada, considerando o estágio da doença. Por isso, adaptações de recomendações nutricionais existentes foram propostas para atender esse grupo de pacientes. Além disso, respeitar a vontade do paciente é fundamental. A flexibilização das restrições dietéticas contribui para o alívio dos sintomas e proporciona uma alimentação mais agradável. O cuidado deve ser conduzido por uma equipe de profissionais da saúde através de uma abordagem humanizada e centrada no paciente, sempre buscando garantir o bem-estar, conforto e dignidade do indivíduo até o final da vida.

Palavras-chave: cuidados paliativos; nefrologia; recomendações nutricionais.

ABSTRACT

FERREIRA, M. B. L. L.; SOARES, S. M. **Nutritional aspects in palliative care in nephrology: a narrative review**. 27 f. Final Course Work (Graduation in Nutrition) - Faculty of Nutrition, Federal University of Alagoas, Maceió, 2025.

Chronic Kidney Disease (CKD) is a public health problem that progressively affects kidney function, and its severity is marked by a decrease in the glomerular filtration rate (GFR). In advanced stages, the indicated treatments are hemodialysis or kidney transplantation. At this stage, palliative care becomes essential to improve the quality of life of patients. This study aims to review the literature on palliative care in nephrology, with an emphasis on nutritional care. Early diagnosis and continuous monitoring are essential to slow the progression of CKD. However, in advanced stages, the complexity of treatments and side effects may lead the patient to refuse dialysis, worsening clinical complications and increasing the risk of mortality. The nutritional approach in patients with CKD undergoing palliative care should be individualized, considering the stage of the disease. Therefore, adaptations of existing nutritional recommendations have been proposed to serve this group of patients. In addition, respecting the patient's wishes is essential. Relaxing dietary restrictions contributes to symptom relief and provides a more pleasant diet. Care must be conducted by a team of health professionals through a humanized and patient-centered approach, always seeking to ensure the well-being, comfort and dignity of the individual until the end of life.

Keywords: palliative care; nephrology; nutritional recommendations.

SUMÁRIO

Pág

1. INTRODUÇÃO..... 7

2. REVISÃO DA LITERATURA …..... 8

2.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA: DO DIAGNÓSTICO À NECESSIDADE DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA 8
…….

2.2 NEGANDO A DIÁLISE: CONSEQUÊNCIAS CLÍNICAS E NUTRICIONAIS …… 10

2.3 CUIDADOS PALIATIVOS EM NEFROLOGIA …… 13

2.4 MANEJO NUTRICIONAL NA DOENÇA RENAL CRÔNICA EM CUIDADOS PALIATIVOS…… 17

2.5 RESPEITO AO PACIENTE E EMPATIA DIANTE DO NÃO SEGUIMENTO DA DIETA…… 20

3. CONCLUSÃO …… 21

REFERÊNCIAS 23

1. INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é um problema de saúde pública mundial que tem impacto significativo na qualidade de vida da população afetada, além de implicações sociais e econômicas (Kelen *et al*., 2020). Essa patologia é caracterizada pela perda irreversível da função renal, podendo levar à necessidade de diálise ou transplante. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como hipertensão (HAS), diabetes (DM) e obesidade, são os principais fatores de risco para desenvolver a DRC (Francis *et al*., 2024; Gomes, 2023).

O diagnóstico e monitoramento da DRC envolvem a medição da taxa de filtração glomerular (TFG), a avaliação da albuminúria e predição de risco. A doença é dividida em cinco estágios, variando de função renal normal, mas com danos detectáveis, até falência renal completa (Navaneethan *et al*., 2024; Francis *et al*., 2024). Nos estágios mais avançados, a terapia renal substitutiva (TRS) torna-se necessária, incluindo modalidades como hemodiálise (HD), diálise peritoneal e transplante renal. A HD é a mais utilizada, mas exige restrições dietéticas e medicamentosas que podem afetar a adesão ao tratamento (Debelian *et al*., 2025; Matos e Fazenda 2025; Pereira e Leite 2022).

A recusa da diálise pode trazer consequências graves, como acúmulo de toxinas urêmicas, distúrbios eletrolíticos e desnutrição energético-proteica. Pacientes que não realizam diálise podem desenvolver complicações como sarcopenia e fragilidade, aumentando o risco de mortalidade. Além disso, muitos enfrentam dificuldades nutricionais devido à perda de apetite, náuseas e restrições alimentares, resultando em um quadro de desnutrição progressiva que compromete ainda mais a saúde (Chan *et al*., 2024; Dantas, 2013; Duarte *et al*., 2024; Fernandes *et al*., 2023).

Cuidados de conforto para pacientes com doenças que ameaçam a vida são chamados de cuidados paliativos. Essa é uma abordagem fundamental para pacientes com DRC avançada que não podem ou não desejam realizar diálise, com objetivo de aliviar sintomas, controlar a dor e oferecer suporte emocional, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias

(Davison *et al*., 2015; Nitola-Mendonza *et al*., 2024; WHO, 2020). Estratégias como o tratamento conservador abrangente (TCA) e a diálise paliativa são alternativas para minimizar o sofrimento do paciente sem focar apenas na sobrevida (Bueno, 2024; Silva e Cogo, 2024; Tavares *et al*., 2021). Além disso, o manejo nutricional desempenha um papel essencial no tratamento da DRC e nos cuidados paliativos, podendo retardar a progressão da doença e melhorar a qualidade de vida dos pacientes em TRS ou para os que se negaram a realizar hemodiálise. A ingestão de proteínas, energia e micronutrientes deve ser ajustada conforme o estágio da doença e a presença de comorbidades. Para pacientes em diálise, a dieta deve compensar perdas nutricionais, enquanto nos cuidados paliativos o foco é proporcionar conforto, evitar desnutrição e melhorar o bem-estar geral do paciente (Ikizler *et al*., 2020).

O Ministério da Saúde regulamentou políticas públicas com foco na organização dos cuidados paliativos, tendo como destaque a diretriz que aborda sobre a importância das diretivas antecipadas de vontade (DAV), permitindo que pacientes com doenças graves definam, ainda conscientes, os cuidados que desejam no fim da vida (Brasil, 2018). Ademais, a empatia para com aqueles que desejam não aderir estritamente às recomendações nutricionais no estágio de finitude, alinham-se aos princípios de conforto, dignidade e escolha individual, fundamentais para os cuidados paliativos (Han *et al*., 2022).

Tendo em vista todos os impactos que a DRC e os tratamentos de TRS causam ao indivíduo, este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre cuidados paliativos em nefrologia, com ênfase no cuidado nutricional. Além de buscar e sugerir alternativas terapêuticas para pacientes que se recusam a realizar hemodiálise, ressaltando a importância de intervenções nutricionais ajustadas ao estágio da doença, com foco na melhoria da qualidade de vida e diminuição do sofrimento.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA: DO DIAGNÓSTICO À NECESSIDADE DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

A DRC constitui uma preocupação de relevância global no domínio da saúde pública, exercendo um impacto considerável na qualidade de vida dos indivíduos afetados, ao passo que também evidencia implicações nos âmbitos social e econômico (Kelen *et al*., 2020). A doença vem se tornando um problema crescente, sendo atualmente o sétimo principal fator de risco para mortalidade global (Francis *et al*., 2024).

Existem diversos fatores de risco que contribuem para o seu desenvolvimento como HAS, DM, obesidade e histórico genético/familiar. Além disso, o envelhecimento natural do organismo torna os idosos mais suscetíveis à DRC, como também populações mais vulneráveis socioeconomicamente e grupos étnicos minoritários, como os indígenas (Gomes, 2023).

Realizar a identificação e o diagnóstico precoce são fundamentais para possibilitar intervenções que retardam a progressão da DRC, prevenindo ou adiando graves complicações. O monitoramento deve ser feito com base na progressão do estágio da doença, utilizando métodos de acompanhamento contínuo do paciente, contribuindo para intervenções rápidas e detecção precoce de possíveis desfechos adversos (Nanone *et al*., 2024). Ademais, ferramentas de predição de risco devem ser empregadas para estimar a probabilidade de progressão da DRC e eventos cardiovasculares, auxiliando na tomada de decisões clínicas personalizadas (Navaneethan *et al*., 2024).

A TFG, juntamente com a presença de marcadores de dano renal, como a proteinúria, delineiam a progressão da doença, sendo considerado portador de DRC o indivíduo que apresentar, por um período maior que 3 meses, lesão na estrutura renal ou dano funcional, baseado na TFG (Cuppari, 2019). O estadiamento da doença é feito de acordo com a TFG e albuminúria. Sendo classificado, pela TFG, como Estágio 1 (maior ou igual a 90 mL/min/1,73 m²), Estágio 2 (60-89 mL/min/1,73 m²), Estágio 3A (45-59 mL/min/1,73 m²), 3B (30-44 mL/min/1,73 m²), Estágio 4 (15-29 mL/min/1,73 m²) e Estágio 5 (<15 mL/min/1,73 m²). E pela albuminúria como A1 (<30 mg/g), A2 (30-300 mg/g) e A3 (> 300 mg/g) (Francis *et al*., 2024; Rosenthal *et al.,* 2024).

A redução progressiva da TFG inicialmente manifesta-se por elevações persistentes nos níveis plasmáticos de produtos normalmente excretados pelos

rins, como ureia e creatinina. Ao longo do tempo, a deterioração progressiva da função renal resulta no acúmulo de substâncias tóxicas, levando a uma variedade de distúrbios bioquímicos e manifestações sintomáticas, dependendo do estágio da DRC, até a necessidade de uma TRS (Kelen *et al*., 2020). Ao atingir o estágio 4, conhecido como pré-dialítico, o paciente é apresentado aos tipos de TRS, e a escolha de qual terapia será utilizada é feita em concordância com a equipe multidisciplinar que o acompanha (Debelian *et al*., 2025).

Dentre as modalidades de TRS existentes estão a HD, a diálise peritoneal e o transplante renal, sendo a primeira a mais utilizada. Trata-se de um procedimento no qual o sangue do paciente é filtrado através do dialisador (uma máquina que faz a função dos rins) e ocorre a remoção de toxinas, garantindo o controle do equilíbrio hidroeletrolítico no organismo (Matos e Fazenda, 2025). Contudo, a intensidade do tratamento, associada a necessidade de intervenções medicamentosas, dietéticas e hídricas, pode dificultar a adesão ao tratamento, piorando a condição clínica do paciente e aumentando risco de mortalidade (Pereira e Leite, 2022).

Segundo o Censo Brasileiro de Diálise (CBD), divulgado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), até julho de 2023, estimava-se que 157.357 pacientes estavam em diálise no país, com a maior prevalência na região Sudeste, registrando 922 pacientes por milhão de habitantes (pmp) (Nerbass *et al*., 2025). Dentre os pacientes, aproximadamente 50% eram do sexo masculino, e 62,5% tinham entre 20 e 64 anos. A população com mais de 65 anos (33,6%) correspondia a quase metade da porcentagem dos com menos de 64 anos, e o restante tinha menos de 20 anos (0,9%). Isso mostra o quanto as TRS estão em crescente prevalência no Brasil.

2.2 NEGANDO A DIÁLISE: CONSEQUÊNCIAS CLÍNICAS E NUTRICIONAIS

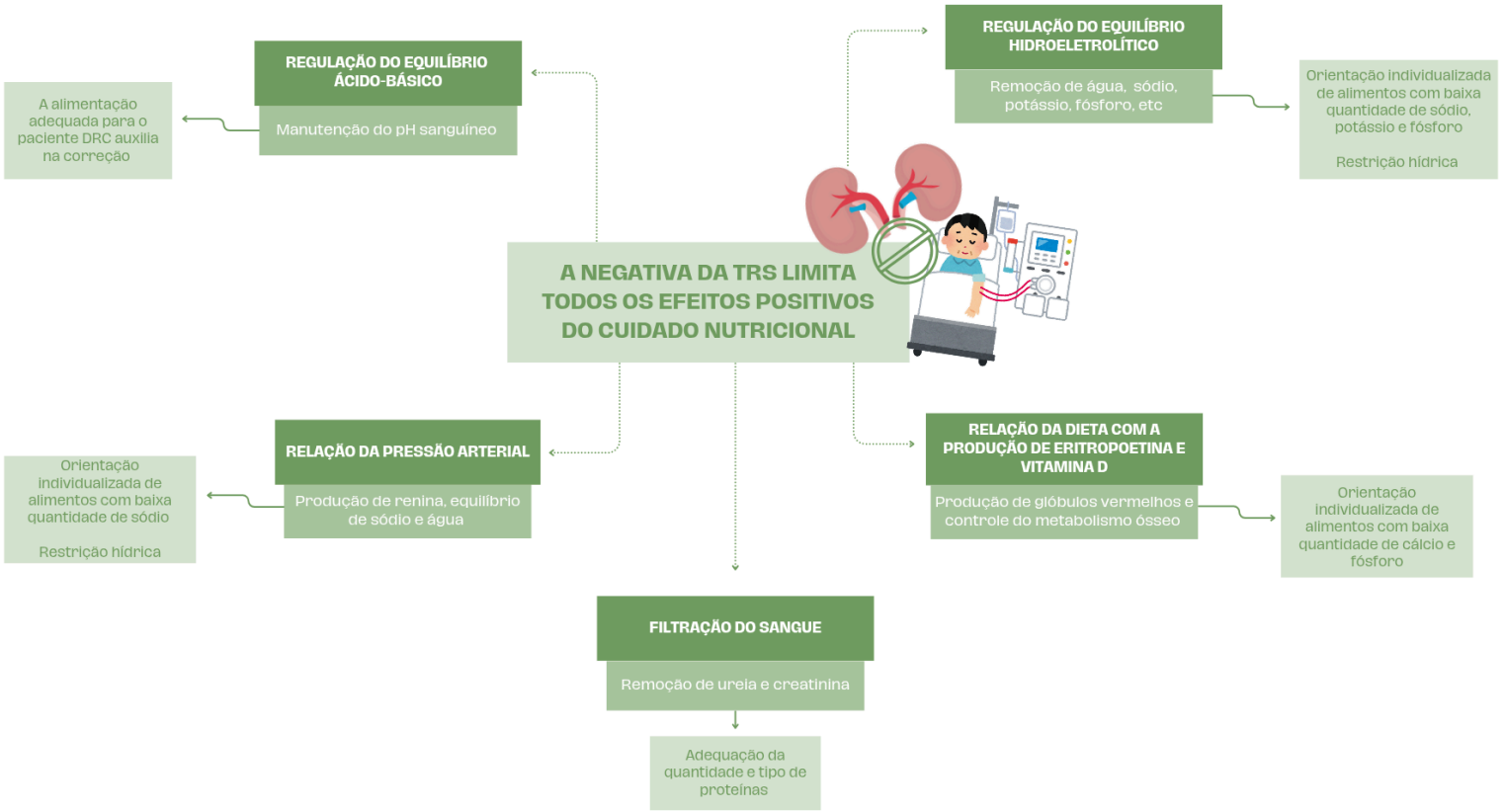
Grupos populacionais como idosos portadores de DCNT enfrentam frequentemente o tratamento de TRS, impactando diretamente sua qualidade de vida, gerando frustrações, medos e ansiedade que afetam o bem-estar físico, psíquico e social. Alguns fatores como deslocamento para realização do

tratamento, não poder ou não estar mais trabalhando, as restrições alimentares e hídricas são as principais dificuldades vivenciadas por esses idosos (Florencio *et al*, 2021).

Pacientes oncológicos internados em UTIs, que desenvolvem injúria renal aguda (IRA), também podem ser submetidos à TRS. Esse tratamento deve ser realizado em pacientes selecionados, pois nem sempre é possível recuperar a função renal (Soares *et al*., 2010). E apesar da diálise ter se tornado um grande avanço no tratamento da doença renal, muitos pacientes sofrem com os sintomas, o impacto na qualidade de vida e se arrependem de iniciar esse tratamento (Brennan e Brown, 2022). Ademais, o medo, desconhecimento do assunto ou barreiras sociais e pessoas podem fazer os pacientes a negarem a TRS, uma escolha que pode causar grandes implicações na saúde (Moura Neto, Moura e Suassuna, 2017).

A ausência da HD nos pacientes em estágio avançado da DRC pode ocasionar em acúmulo das toxinas urêmicas e distúrbios eletrólitos, hiperpotassemia, retenção de líquidos, edemas, hipertensão descontrolada e anemia, problemas que comprometem a qualidade de vida e o bem-estar do paciente, aumentando o risco de mortalidade (Dantas, 2013). Quando os rins perdem suas funções, como a função excretora, os produtos do metabolismo dos aminoácidos e das proteínas (ureia, creatinina, ácido úrico) não são excretados corretamente, ficando acumulados no organismo e desencadeando a uremia, que tem como consequência a perda de apetite, náuseas, fadiga e catabolismo protéico, resultando em desnutrição energético-proteica (Fernandes *et al*., 2023). Na Figura 1 estão representados os efeitos positivos do cuidado nutricional que podem ser limitados com a negativa da TRS.

Figura 1 - Efeitos positivos do cuidado nutricional que podem ser limitados com a negativa da TRS.



Fonte: autores

Com a ingestão alimentar reduzida, dietas restritivas, náuseas e outros sintomas clínicos, os pacientes irão sofrer com perda de massa muscular e redução da imunidade, comprometendo o estado nutricional (Gontijo e Borges, 2022). Alguns inquéritos sobre o estado nutricional de pacientes em hemodiálise ou diálise peritoneal sugeriram uma alta incidência de desnutrição protéico-calórica, com taxas de prevalência variando de 16% a 54%. Em ambos os grupos de pacientes, a prevalência da desnutrição protéico-calórica é de aproximadamente 40%, com cerca de um terço apresentando desnutrição

leve a moderada e 6% a 8% sofrendo de desnutrição grave (Kopple, 1999). Atualmente, a maioria dos pacientes estão sendo classificados como eutróficos (47%), seguidos por aqueles com excesso de peso (46%). A taxa de mortalidade foi de 16,2%, representando uma pequena redução em relação ao ano anterior (17,1%), de acordo com a SBN (Nerbass *et al*., 2025).

A perda progressiva de massa e função muscular pode ocasionar a sarcopenia, uma complicação frequente em pacientes com DRC avançada, com prevalência de 25%. Essa associação acontece pelo catabolismo proteico exacerbado, resistência à insulina, estresse oxidativo e inflamação sistêmica, que pioram com a presença de quadros urêmicos (Duarte *et al*., 2024). A sarcopenia pode ser agravada pela ausência de HD, pois a diminuição da função renal, a desnutrição, o estilo de vida e as complicações relacionada com a hemodiálise podem intensificar a redução da força e massa muscular, aumentando também o risco de mortalidade (Zhao *et al*., 2024). Outra condição clínica existente é a obesidade sarcopênica, caracterizada quando o indivíduo apresenta redução na massa muscular e excesso de gordura corporal, mas sua prevalência é menor em pacientes com DRC (Duarte *et al*., 2024).

Ademais, a fragilidade é comumente observada nesses pacientes, sendo caracterizada pela regressão da saúde física e resultados clínicos negativos, como quedas, fraturas e hospitalização. Esse quadro clínico tem como fatores de risco a idade, processos inflamatórios e sarcopenia, podendo ser intensificada pela uremia presente na DRC (Chan *et al*., 2024). A longo prazo, a diálise também aumenta a fragilidade, pois pode contribuir com a desnutrição pela perda de proteínas durante as sessões de HD, e o tratamento para essa condição depende de uma abordagem multidisciplinar, com estratégias para otimizar a nutrição do paciente e reabilitá-lo fisicamente e mentalmente (Chan *et al*., 2024).

2.3 CUIDADOS PALIATIVOS EM NEFROLOGIA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) os cuidados paliativos são definidos como uma abordagem destinada a aprimorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que lidam com problemas decorrentes de

doenças que ameaçam a vida (WHO, 2020). Essa abordagem é fundamentada em pilares que norteiam suas práticas, os quais consistem em prevenir e aliviar o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação precisa e tratamento da dor e de outras questões, sejam elas de natureza física, psicossocial ou espiritual (Nitola-Mendoza *et al*., 2024). No Brasil, através do Ministério da Saúde, a publicação da Resolução nº 41/2018 foi uma importante política pública que garantiu que toda pessoa com uma doença que ameace a vida seja incluída nos cuidados paliativos (Brasil, 2018).

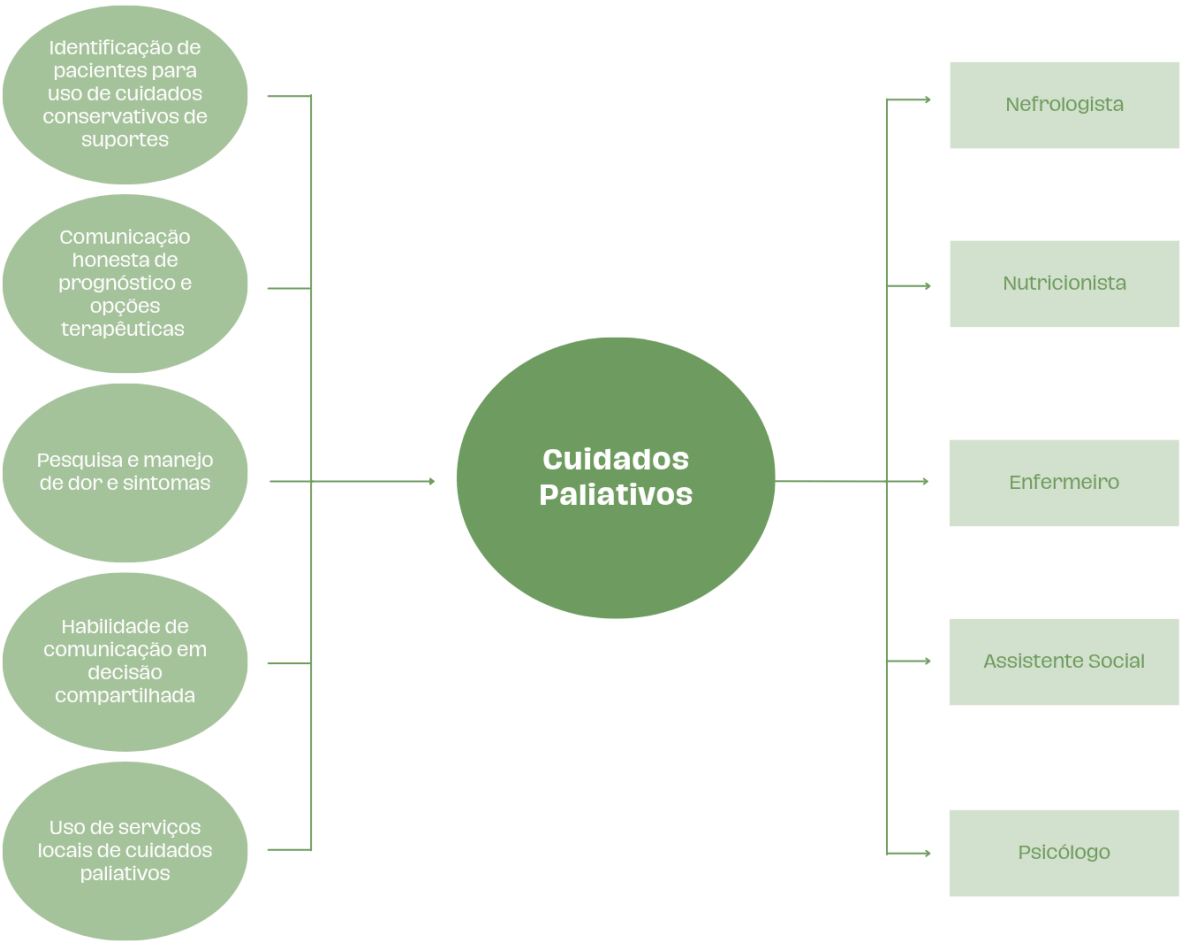
No ano de 2024, também no Brasil, foi lançada a Política Nacional de Cuidados Paliativos, com objetivo de proporcionar um cuidado mais digno e confortável aos pacientes, familiares e cuidadores. Essa estratégia é composta por duas equipes: a matricial, que faz a gestão dos casos, e a assistencial. Os profissionais que compõem essas equipes são médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos. Os demais profissionais da saúde podem ser incorporados à equipe, mas não estão listados nas equipes principais (Brasil, 2024). Entretanto, a ausência do nutricionista entre os profissionais essenciais nessa política torna-se preocupante, pois a atuação desse profissional é fundamental para auxiliar na manutenção do estado nutricional, no controle de sintomas como náuseas e inapetência, além de proporcionar um conforto alimentar, e sua exclusão pode comprometer que se tenha uma abordagem integral e multidisciplinar. A Figura 2 representa o trabalho da equipe multidisciplinar dos cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos tiveram sua origem voltada principalmente para pacientes oncológicos, sendo desenvolvidos com o objetivo de aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida diante de doenças nas quais a cura não é possível. No entanto, ao longo dos anos esse conceito evoluiu e passou a ser aplicado a diversas áreas clínicas, incluindo a nefrologia. Pacientes com DRC avançada, especialmente aqueles que não são candidatos à TRS, podem se beneficiar do manejo paliativo, que busca controlar sintomas como dor, dispneia, náuseas e fadiga, além de oferecer suporte emocional aos pacientes e também aos seus familiares (Holley, 2007).

Corroborando com a OMS, os cuidados paliativos renais (CPR) são uma conduta interdisciplinar com objetivo de melhorar a qualidade de vida através

de uma decisão compartilhada entre o paciente e seus familiares, auxiliando no tratamento para dor, na assistência ao luto e nos cuidados de final de vida (Davison *et al.*, 2015). Essa forma de cuidado teve seu início marcado nos anos 80, quando nefrologistas americanos começaram a debater a retirada da diálise em pacientes frágeis com graves comorbidades, particularmente em idosos, dada a alta taxa de mortalidade observada nesses pacientes, atribuída em parte à prevalência de fragilidade nesse grupo etário (Mora-Gutiérrez *et al.*, 2017). No entanto, foi a partir da publicação do Guia de Prática Clínica sobre Tomada de Decisão Compartilhada na Iniciação Apropriada e Retirada da Diálise, atualizado em 2010, que os CPR foram estruturados (Moss, 2010).

Figura 2 - Equipe multidisciplinar dos cuidados paliativos.



Fonte: autores

É importante ressaltar que os cuidados paliativos e de suporte renal não se limitam apenas aos pacientes nos estágios finais da vida. Estabelecer, unificar e avaliar esses conceitos possibilitam sua aplicação oportuna em cada fase específica da trajetória da DRC proporcionando uma melhor qualidade de vida aos indivíduos acometidos por essa condição clínica (Tavares *et al*., 2021). Os pacientes que não se beneficiam da diálise ou que optam por não realizá-la recebem o tratamento conservador abrangente (TCA), que consiste em adotar medidas para retardar a progressão da DRC, controlar sintomas de desconforto ou complicações e suporte familiar (Bueno, 2024). Envolve uma série de estratégias como controle de pressão arterial, ajuste na ingestão de sódio, fósforo e potássio, uso de medicamentos para controlar condições associadas como diabetes e anemia, e monitoramento regular da função renal. Esse tipo de tratamento não inclui a HD, mas o paciente pode mudar de ideia e escolher um tipo de TRS para realizar (Silva e Cogo, 2024).

Outro manejo dos cuidados paliativos encontrado na literatura é a diálise paliativa que busca priorizar o conforto do paciente, com foco nas suas preferências para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar, ao invés de prolongar a vida. Essa abordagem deve ser considerada para pacientes em diálise de manutenção com uma limitada expectativa de vida, para aqueles em diálise de manutenção que desenvolveram uma grave doença que piora a expectativa de vida ou para os pacientes em diálise de manutenção que apresentam diminuição funcional e cognitiva. Além disso, nesse tipo de tratamento, devem ser realizadas sessões de diálise mais curtas e com maior frequência, sendo assim mais toleráveis (Bueno, 2024; Silva e Cogo, 2024).

Por fim, a diálise incremental é caracterizada como uma transição do tratamento conservador para o tratamento dialítico, com o ajuste individual na dose inicial de diálise de um paciente que apresenta algum resquício de função renal, e sua frequência pode se de uma a duas vezes por semana (Bueno, 2024; Golper, 2016). Essa modalidade de HD não causa tantos efeitos clínicos adversos nos primeiros anos de diálise quando o paciente tem um grau de função renal residual (FRR) significativa, e pode ser vantajosa para idosos e pessoas com baixa expectativa de vida (Tavares *et al*., 2021).

2.4 MANEJO NUTRICIONAL NA DOENÇA RENAL CRÔNICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

A DRC pode ter sua progressão retardada de acordo com os hábitos alimentares, ou, para pacientes em TRS, a alimentação pode colaborar com uma melhor qualidade de vida durante o tratamento. A Diretriz da *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (KDOQI, 2020) define sobre a ingestão de energia e proteína para pacientes com DRC de acordo com o estágio da doença, a presença de comorbidades e a realização ou não da hemodiálise (Ikizler et al., 2020).

Na ausência de recomendações específicas nesta diretriz para cuidados paliativos, a sugestão do grupo de autores deste artigo é sua utilização com adaptações, visando a individualização do cuidado (Figura 2). Vale lembrar que, para pacientes entre os estágios 1 e 5 da DRC ou no pós-transplante, a recomendação energética varia entre 25-35 kcal/kg. Quanto à recomendação de proteínas, para pacientes sem DM, que não fazem diálise e estão entre os estágios 3 e 5 da DRC, a recomendação é de 0,55-0,60 g/kg ou 0,28-0,4 g/kg, associada a análogos de cetoácidos/aminoácidos essenciais. Para pacientes com DM, sem diálise, nos estágios 3 a 5, a recomendação varia de 0,6-0,8 g/kg. Já para pacientes em hemodiálise ou diálise peritoneal, com ou sem DM, no estágio 5 da doença, a recomendação é de 1,0-1,2 g/kg (Ikizler et al., 2020).

Diante dessas recomendações, o foco principal não deve ser o raciocínio adotado na diretriz sobre o retardo da progressão da doença, mas sim a redução dos sintomas clínicos associados à dieta, que possam causar desconforto. Na prática nutricional para pacientes em tratamento conservador paliativo, será necessária a individualização das recomendações energéticas de acordo com a capacidade de ingestão do paciente. Além disso, a recomendação proteica estabelecida pela diretriz para esses pacientes, com o objetivo de minimizar os sintomas da uremia, deve ser priorizada no cuidado. O mesmo princípio se aplica a pacientes em diálise, porém, o aumento das recomendações proteicas só deve ser priorizado conforme a prescrição do tipo e tempo de diálise, além da tolerância do paciente ao aporte proteico.

Para a ingestão dietética de micronutrientes deverão ser seguidos o mesmo raciocínio de individualização. Os elementos como cálcio (Ca), fósforo (P), potássio (K) e sódio (Na) também estão presentes nessa diretriz. Para pacientes com DRC estágio 3 e 4 é sugerido uma ingestão de 800-1000 mg/d de Ca elementar. Para pacientes 3-5, é recomendado manter os níveis de fosfato sérico na faixa normal, realizando um ajuste na ingestão de P, assim como considerar a biodisponibilidade das fontes de P para todos os estágios da DRC. Em pacientes com DRC 3-5 ou pós-transplante, é necessário ajustar a ingestão do K para manter seus níveis séricos normais. A ingestão do Na tem relação também com a pressão arterial, sendo sua ingestão <2,3g/d para pacientes com DRC 3-5, que auxilia também na redução da proteinúria (Ikizler *et al*., 2020). A Figura 3 esquematiza essas recomendações. O controle da ingestão hídrica foi abordado por Cuppari (2019), que recomenda para pacientes em hemodiálise a ingestão de 500 a 1000 ml/dia, somado ao volume da diurese em 24 horas.

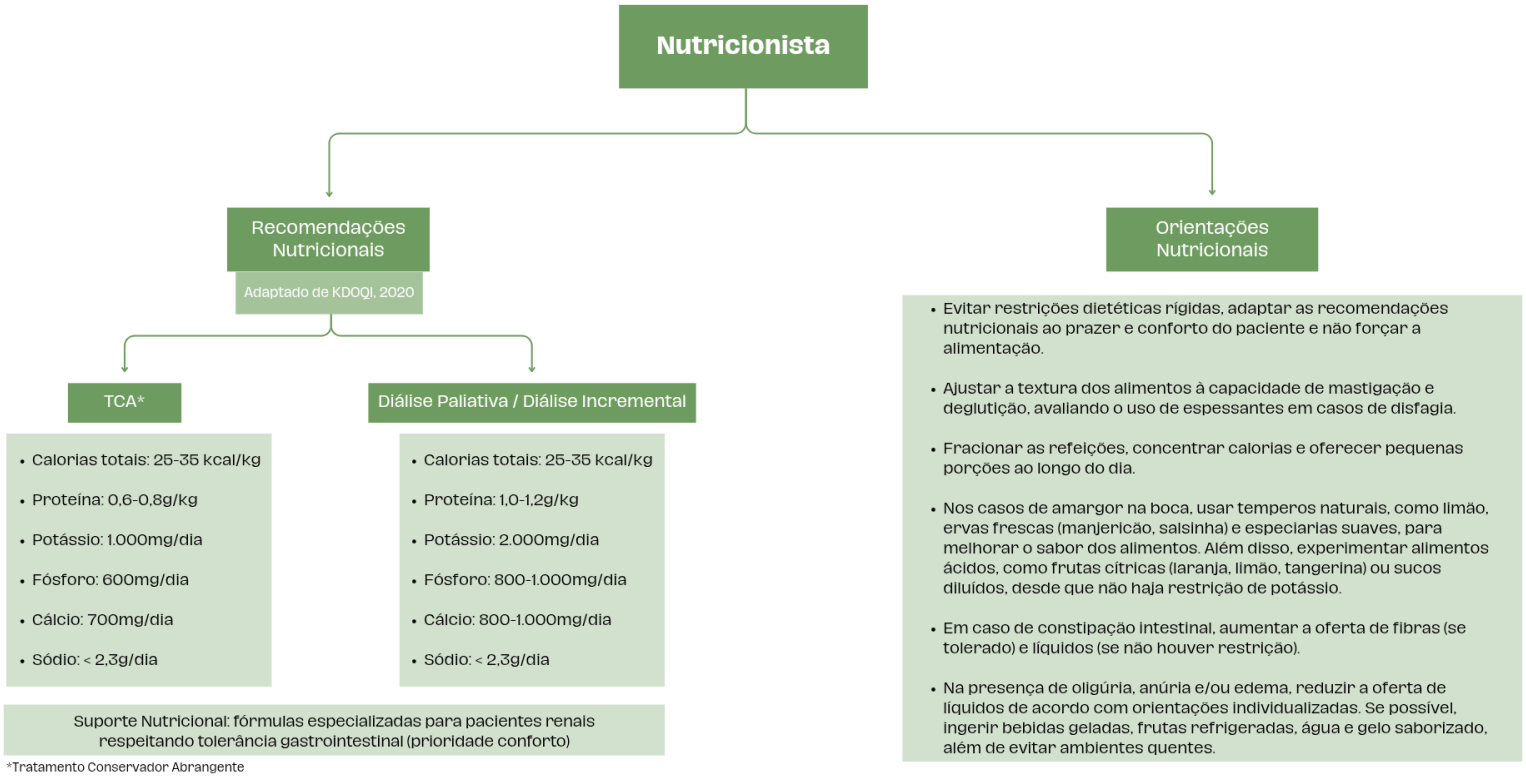
Como a nutrição em cuidados paliativos é um tema bem discutido em oncologia, consulta realizada à ESPEN (2021) para pacientes oncológicos mostrou que a diretriz recomenda uma terapia nutricional com ingestão adequada de energia e proteínas, a fim de diminuir os distúrbios metabólicos e prevenir déficit do estado nutricional (Muscaritoli *et al*., 2021).

A nutrição para pacientes em cuidados paliativos nefrológicos deve ser individualizada, considerando o estágio da doença renal, sintomas, prognóstico e também a qualidade de vida. O principal objetivo é minimizar desconfortos, evitar desnutrição e proporcionar conforto ao paciente. Para Ikizler *et al*. (2020), semelhante à nossa sugestão, em relação às necessidades energéticas e proteicas, recomenda-se uma ingestão de 25-35 kcal/kg/dia para garantir um aporte calórico adequado, evitando a degradação muscular. A ingestão de proteínas varia conforme a condição clínica, sendo indicada uma restrição moderada (0,6-0,8 g/kg/dia) para pacientes sem diálise, enquanto aqueles em terapia dialítica podem necessitar de maior aporte proteico (Ikizler *et al*., 2020).

A hidratação deve ser controlada para evitar sobrecarga hídrica, especialmente em pacientes com oligúria ou anúria. O controle de eletrólitos e minerais também é essencial, com restrição de sódio (2-3 g/dia) para evitar

hipertensão e edema, além da modulação do potássio conforme os níveis séricos, restringindo alimentos ricos nesse mineral em casos de hiperpotassemia. O fósforo deve ser monitorado para evitar complicações ósseas e cardiovasculares, sendo indicada a restrição de fontes como laticínios e carnes processadas, enquanto o cálcio deve ser mantido dentro dos níveis recomendados para evitar desequilíbrios que possam contribuir para a calcificação vascular (Kovesdy, Kopple e Kalantar-Zadeh, 2020).

Figura 3 - Recomendações e orientações nutricionais para DRC avançada.



Fonte: autores

Além dos aspectos metabólicos, o manejo nutricional deve considerar sintomas frequentes, como perda de apetite, náuseas, constipação e disgeusia. Para pacientes com caquexia e anorexia, pequenas refeições hipercalóricas,

com uso de suplementos nutricionais orais podem ser benéficas. O manejo de náuseas pode incluir a oferta de alimentos leves e fracionados, evitando preparações muito gordurosas. Para constipação, a inclusão de fibras e adequada hidratação pode ser útil. Em casos de disgeusia, o uso de temperos naturais e a diversificação de texturas e temperaturas podem melhorar a aceitação alimentar (Carrero *et al*., 2021).

Diante dos pilares dos cuidados paliativos, a priorização do conforto deve guiar as decisões nutricionais. As restrições alimentares podem ser flexibilizadas para permitir maior prazer na alimentação, respeitando as preferências do paciente e evitando imposições rígidas que possam comprometer sua qualidade de vida e seu consumo alimentar. O suporte nutricional deve ser conduzido por uma equipe interdisciplinar, considerando as necessidades individuais e o prognóstico do paciente (Davison e Jassal, 2016).

2.5 RESPEITO AO PACIENTE E EMPATIA DIANTE DO NÃO SEGUIMENTO DA DIETA

O Ministério da Saúde publicou em 2018 a Resolução n. 41, de 31 de outubro de 2018, que aborda as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e elenca 13 princípios dos cuidados paliativos. Dentre eles estão os incisos XII e XIII do Art. 4, que tratam sobre a promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico através de diretiva antecipada de vontade (DAV) e o esforço coletivo em assegurar o cumprimento de vontade manifestada por DAV (Brasil, 2018). Essa diretiva diz respeito à escolha do indivíduo portador de uma doença que ameaça a vida, decidir, ainda orientado e lúcido, os cuidados que prefere receber no final da vida (Brasil, 2018), e seu primeiro documento apresentado no país foi através de uma resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2012).

Um processo essencial nos cuidados paliativos é o Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC), uma estratégia que não se limita apenas ao registro das vontades do paciente, mas busca compreender suas preferências, valores e expectativas em relação a tratamentos futuros, incluindo o fim da

vida, com a identificação de um representante (familiar, amigo) para o paciente nos momentos em que ele não puder tomar decisões (Nitola-Mendoza *et al*., 2024).

Dessa forma, na DRC avançada, o PAC pode ser dividido em: 1) Fase de informação, onde ocorre a explicação do diagnóstico e prognóstico ao paciente e sua família, garantindo uma base sólida para a continuidade do processo; 2) Fase de adaptação terapêutica, o momento decisivo para reavaliar opções de tratamento, como terapia renal conservadora ou TRS, e internação hospitalar ou tratamento domiciliar; 3) Fase de decisões finais, com a discussão e definição dos cuidados no fim da vida, assegurando que as preferências do paciente sejam respeitadas (Nitola-Mendoza *et al*., 2024).

No que se refere ao cuidado nutricional desse paciente, a decisão de não seguir a dieta nos cuidados de fim de vida pode ser inserida no PAC, considerando que, em estágio avançado da doença, o paciente pode optar por se alimentar livremente, sem restrições impostas. Isso ocorre com a compreensão de que um planejamento alimentar não trará impacto significativo na regressão ou cura da enfermidade, e que essa decisão deve ser imposta pelo próprio paciente, considerando o impacto das decisões clínicas na sua qualidade de vida. Com isso, é fundamental revisar e ajustar continuamente as preferências para os cuidados futuros, levando em conta as mudanças no estado clínico e garantindo um cuidado individualizado, humanizado e centrado no paciente (Nitola-Mendoza *et al*., 2024).

Nesse contexto, as condutas nutricionais para pacientes com DRC em cuidados paliativos devem considerar o equilíbrio entre restrições dietéticas e qualidade de vida. A liberalização da dieta nesses casos busca apenas aliviar sintomas, permitindo que o paciente mantenha uma alimentação mais prazerosa e compatível com suas preferências (Han *et al*., 2022). Assim, respeitar a decisão do paciente de não seguir a dieta estabelecida deve ser visto como parte de um cuidado humanizado, alinhado aos princípios da bioética e aos cuidados paliativos, onde o foco principal passa a ser o conforto e a dignidade do indivíduo.

3. CONCLUSÃO

Essa revisão da literatura identificou que a DRC representa um desafio considerável em escala global. Os dados evidenciam que, com o avanço da doença, torna-se cada vez mais necessário recorrer a terapias renais substitutivas com ênfase na hemodiálise, a qual, apesar de crucial para a remoção de toxinas e manutenção do equilíbrio eletrolítico, enfrenta obstáculos relacionados à adesão do paciente e ao manejo nutricional, agravando problemas como a desnutrição e a perda de massa muscular.

Além disso, os achados indicam que a recusa ou o adiamento do início da diálise estão associados a complicações clínicas e nutricionais que elevam o risco de mortalidade. Nesse contexto, a implementação de cuidados paliativos e de estratégias nutricionais individualizadas, com ajuste da ingestão de proteínas, sódio, potássio e fósforo, é crucial para prevenir complicações além de promover uma melhora na qualidade de vida dos pacientes, assegurando um atendimento mais humanizado e alinhado às suas necessidades específicas.

Portanto, a flexibilização das restrições dietéticas é uma estratégia importante para aliviar sintomas e proporcionar uma alimentação mais agradável, respeitando a vontade do paciente. Como também é fundamental que os profissionais de saúde adotem uma abordagem humanizada e centrada no paciente, ajustando continuamente os cuidados conforme as mudanças no estado clínico, sempre com o objetivo de garantir o bem-estar, conforto e dignidade do indivíduo até o final da vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. **Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710. Acesso em: 3 fev. 2025.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.81, de 7 de maio de 2024. **Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.** Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html Acesso em: 23 abr. 2025.

BRENNAN, Frank; BROWN, Mark A. **Cuidados paliativos para pacientes em hemodiálise.** CJASN, v. 17, n. 10, p. 1433-1435, out. 2022. DOI: 10.2215/CJN.09710822. Acesso em: 3 fev. 2025.

BUENO, M. E. **Percepção de nefrologistas brasileiros sobre cuidados paliativos em pacientes renais crônicos.** 2024. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Sorocaba, 2024. Acesso em: 12 mar. 2025.

CARRERO, J. J.; HECKING, M.; ULASI, I.; SOLA, L. **Chronic kidney disease, mild cognitive impairment, and dementia: a review of the literature**. American Journal of Kidney Diseases, v. 78, n. 5, p. 732-739, 2021. Acesso em: 3 fev. 2025.

CHAN, G. C.; KALANTAR-ZADEH, K.; NG, J. K.; TIAN, N.; BURNS, A.; CHOW, K. M.; SZETO, C. C.; LI, P. K. **Frailty in patients on dialysis.** Kidney International, v. 106, n. 1, p. 35-49, jul. 2024. DOI: 10.1016/j.kint.2024.02.026. Disponível em: PubMed. Acesso em: 12 mar. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 1.995, de 31 de agosto de 2012. **Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes**. Brasília: CFM, 2012. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.htm. Acesso em: 3 fev. 2025.

CUPPARI, L. (2019). **Nutrição Clínica no Adulto**. 2ª ed. Manole. Acesso em: 3 fev. 2025.

DANTAS, L. G. G. **Não aderência à hemodiálise: prevalência e fatores associados.** 2013. Dissertação (Mestrado em Medicina e Saúde Humana) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2013. Acesso em: 3 fev. 2025.

DAVISON, S. N. et al. **Executive summary of the KDIGO Controversies Conference on Supportive Care in Chronic Kidney Disease: developing a roadmap to improving quality care.** Kidney International, [s.l.], v. 88, n. 3, p. 447-459, set. 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25923985/. Acesso em: 3 fev. 2025.

DAVISON, S. N.; JASSAL, S. V. **Supportive care for the renal patient.** Clinical Journal of the American Society of Nephrology, v. 11, n. 10, p. 1909-1918, 2016. Acesso em: 3 fev. 2025.

DEBELIAN, A. C. M.; FERREIRA, L. da S. A.; GONÇALVES, M.; COSTA, C. M. A.; SPEZANI, B. O. D. **Aspectos Éticos na Escolha da Terapia Renal Substitutiva: uma Revisão Integrativa**. Saúde Coletiva (Barueri), *[S. l.]*, v. 15, n. 92, p. 14192–14205, 2025. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2024v14i92p14192-14205. Disponível em: https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3242. Acesso em: 12 mar. 2025.

DUARTE, M. P. et al. **Prevalence of sarcopenia in patients with chronic kidney disease: a global systematic review and meta-analysis**. Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle, v. 15, n. 2, p. 501-512, abr. 2024. DOI: 10.1002/jcsm.13425. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38263952/. Acesso em: 12 mar. 2025.

FERNANDES, H. M. A. et al. **Epidemiologia, alterações metabólicas e recomendações nutricionais na Doença Renal Crônica (DRC).** In: OLIVEIRA, H. C. (Org.). Estudos multidisciplinares em ciências da saúde. Campina Grande: Licuri, 2023. p. 81-104. ISBN: 978-65-85562-02-7. DOI: 10.58203/Licuri.20275.Acesso em: 3 fev. 2025.

FLORENCIO, ACB.; ALENCAR, BT de.; MARINS, HG.; ALENCAR, RT de.; CAMPOS, SMG.; HARTWIG, SV. **Percepção dos idosos em tratamento hemodialítico**. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento , *[S. l.]* , v. 4, pág. e23310414010, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i4.14010. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14010. Acesso em: 23 abr. 2025.

FRANCIS, Anna; HARHAY, Meera N.; ONG, Albert C. M.; 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. Disponível em: https://doi.org/10.1038/s41581-024-00820-6. Acesso em: 12 mar. 2025.

GOLPER, T. A. **Incremental hemodialysis: how I do it**. Semin Dial. 2016 Aug;29(6):476-80. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27561174/. Acesso em: 21 mar. 2025.

GOMES, Orlando Vieira. **Prevalência e fatores de risco associados à doença renal crônica em duas comunidades indígenas do nordeste brasileiro**. 2023. 141 f. Tese (Doutorado em Ecologia Humana e Gestão

Socioambiental) - Departamento de Tecnologia e Ciências Sociais – Campus III, Universidade do Estado da Bahia, Juazeiro, 2023. Acesso em: 21 mar. 2025

GONTIJO, A. C. M.; BORGES, S. **Avaliação da desnutrição proteico-calórica de portadores de doença renal crônica em hemodiálise**. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 15359-15376, fev. 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n2-452. Acesso em: 3 fev. 2025.

HAN, H. R. et al. **Nutritional considerations in palliative care for end-stage kidney disease.** Journal of Renal Nutrition, v. 32, n. 1, p. 32-40, 2022. Acesso em: 3 fev. 2025.

HOLLEY, J. L. **Cuidados paliativos na doença renal terminal: trajetórias da doença, comunicação e uso de cuidados paliativos.** Advances in Chronic Kidney Disease, v. 14, n. 4, p. 402-408, out. 2007. Acesso em: 3 fev. 2025.

IKIZLER, T. A. et al. **KDOQI clinical practice guideline for nutrition in CKD: 2020 update.** American Journal of Kidney Diseases, v. 76, n. 3 Suppl 1, p. S1-S107, 2020. Acesso em: 3 fev. 2025.

KELEN, L. et al. **Fatores associados à doença renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 23, 2020. Acesso em: 3 fev. 2025.

KOPPLE, J. D. **Pathophysiology of protein-energy wasting in chronic renal failure**. The Journal of Nutrition, v. 129, n. 1, p. 247S-251S, jan. 1999. Acesso em: 3 fev. 2025.

KOVESDY, C. P.; KOPPLE, J. D.; KALANTAR-ZADEH, K. **Management of protein-energy wasting in non-dialysis-dependent chronic kidney disease: reconciling low protein intake with nutritional therapy.** American Journal of Clinical Nutrition, v. 111, n. 3, p. 547-556, 2020. Acesso em: 3 fev. 2025.

MATOS, JP de.; FAZENDA, J. **Mecanismos de hemodiálise e diálise peritoneal.** Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento , *[S. l.]* , v. 14, pág. e237111436213, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i14.36213. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36213. Acesso em: 12 mar. 2025.

MORA-GUTIÉRREZ, José María et al. **Enfermedad renal crónica en el paciente anciano.** Revista Española de Geriatría y Gerontología, v. 52, n. 3, p. 152–158, 1 maio 2017. Acesso em: 3 fev. 2025.

MOSS, A.H. **Revised dialysis clinical practice guideline promotes more informed decision-making**. Clin J Am Soc Nephrol. 2010 Dec;5(12):2380-3. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21051749/. Acesso em: 21 mar. 2025.

MOURA NETO, J. A.; MOURA, A. F. S.; SUASSUNA, J. H. R. **Renúncia à terapia renal substitutiva: desistência e recusa.** *Braz. J. Nefrol.* , v. 3, pág. 312-322, setembro de 2017. Acesso em: 3 fev. 2025.

MUSCARITOLI, Maurizio et al. **ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer.** Clinical Nutrition, v. 40, p. 2898-2913, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.02.005. Acesso em: 3 fev. 2025.

NANONE, Guilherme Terra; JÚNIOR, Márcio Silva da Cruz; BIANCHI, Mariana Molina; DIAS, Caio Cavenaghi; MACÊDO, Letícia Figueiredo; SIMÕES, Natália Szuparits; PASSAGLIA, André Fleury Cunha; DOS SANTOS, Gisliel Trajano; LEITE, Karen Brenda Gondim. **Manejo da Doença Renal Crônica: Importância do diagnóstico precoce e acompanhamento contínuo.** LUMEN E VIRTUS, *[S. l.]* , v. 39, pág. 3184–3191, 2024. DOI: 10.56238/levv15n39-123 . Disponível em: https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/322 . Acesso em: 21 mar. 2025.

NAVANEETHAN, Sankar D.; BANSAL, Nisha; CAVANAUGH, Kerri L.; et al. **KDOQI US Commentary on the KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of CKD.** American Journal of Kidney Diseases, v. 85, n. 2, p. 135-176, fev. 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2024.08.003. Acesso em: 12 mar. 2025.

NERBASS, Fabiana B. et al. **Censo Brasileiro de Diálise 2023.** Brazilian Journal of Nephrology, v. 47, n. 1, p. e20240081, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2024-0081pt. Acesso em: 12 mar. 2025.

NITOLA-MENDOZA, L. et al. **Nomenclature in Palliative and Kidney Supportive Care: Not Just at the End-of-Life.** Nefrología (English Edition), v. 44, n. 5, p. 475-485, 2024. Acesso em: 3 fev. 2025.

PEREIRA, C. V.; LEITE, I. C. G.. **Fatores associados à não adesão ao regime terapêutico de pacientes em hemodiálise**. Cadernos Saúde Coletiva, v. 30, n. 3, p. 349–360, jul. 2022. Acesso em: 12 mar. 2025.

ROSENTHAL, ST; CARVALHO, AB; SILVA, IC; SILVA, R. de O.; MACEDO, LAR de. **Atualizações a fisiopatologia, diagnóstico e tratamento avançado da Doença Renal Crônica: uma revisão abrangente**. Revista Brasileira de Revisão de Saúde , *[S. l.]* , v. 4, pág. e72107, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n4-347. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/72107. Acesso em: 21 mar. 2025.

SILVA, Vanessa Braz; COGO, Silvana Bastos. **Cuidados paliativos renais** [recurso eletrônico]. 1. ed. Santa Maria, RS: Universidade Federal de Santa Maria – CCS, CTE, 2024. 1 e-book. ISBN 978-85-99971-19-2. Acesso em: 21 mar. 2025

SOARES, Márcio et al. **Desfecho de pacientes com câncer internados em unidades de terapia intensiva brasileiras com lesão renal aguda.** Revista

Brasileira de Terapia Intensiva, v. 22, n. 3, p. 236-244, 2010. Disponível em: https://www.rbti.org.br. Acesso em: 12 mar. 2025.

TAVARES, S. et al. **Kidney supportive care: an update of the current state of the art of palliative care in CKD patients.** Brazilian Journal of Nephrology, v. 43, n. 1, p. 74–87, mar. 2021. Acesso em: 3 fev. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Palliative care** [Internet]. 2020. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care. Acesso em: 23 abr. 2025.

ZHAO, Q. et al. **Prevalence and risk factors of sarcopenia in patients on maintenance hemodialysis: a retrospective cohort study.** BMC Musculoskeletal Disorders, v. 25, n. 1, p. 424, 31 maio 2024. DOI: 10.1186/s12891-024-07546-3. PMID: 38822297; PMCID: PMC11143624. Acesso em: 12 mar. 2025.