



CUIDADOS PALIATIVOS NA DOENÇA RENAL CRÔNICA: REVISÃO NARRATIVA

Vanessa Braz Silva

Mestranda em Enfermagem pela
Universidade Federal de Santa Maria, RS.
E-mail: vanessa.braz@acad.ufsm.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5009-1727>

Silvana Bastos Cogo

Doutora em Enfermagem pela Universidade
Federal de Rio Grande. Mestre em
Enfermagem pela Universidade Federal de
Santa Maria. Professora Associada do
Departamento de Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Maria e do
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
da UFSM. Coordenadora da Liga Acadêmica
Multiprofissional de Cuidados Paliativos da
Universidade Federal de Santa Maria.
E-mail: silvana.cogo@ufsm.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1686-8459>

Vanúzia Sari

Doutoranda em Enfermagem pela
Universidade Federal de Santa Maria. Mestre
em Enfermagem pela Universidade Federal de
Santa Maria. Professora do Ensino Básico,
Técnico e Tecnológico do Colégio Politécnico
da Universidade Federal de Santa Maria, RS.
E-mail: vanuzia.sari@ufsm.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0943-7009>

Elise de Fátima Rodrigues Dias

Graduanda em Enfermagem pela
Universidade Federal de Santa Maria, RS.
E-mail: elise.dias@acad.ufsm.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9210-8163>

Graciela Dutra Sehnem

Doutora em Enfermagem pela Universidade
Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em
Enfermagem pela Universidade Federal de
Santa Maria. Professora Adjunta no
Departamento de Enfermagem e do
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
da Universidade Federal de Santa Maria, RS.
E-mail: graciela.sehnem@ufsm.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4536-824X>

Lais Mara Caetano da Silva Corcini

Doutora em Ciências pela Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo. Professora
Adjunta no Departamento de Enfermagem e
do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
Santa Maria, RS.
E-mail: lais.silva@ufsm.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7596-2333>

Submissão: 27/08/2024

Aprovação: 10/11/2024

Publicação: 29/11/2024



Como citar este artigo:

Silva VB, Cogo SB, Sari V, Dias EFR, Sehnem GD, Corcini LMCS. Cuidados paliativos na doença renal crônica: revisão narrativa. São Paulo: Rev Recien. 2024; 14(42):609-628. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2024.14.42.609628>

Resumo: A doença renal crônica é um problema de saúde pública, afetando a qualidade de vida e elevando os custos de cuidados. Este estudo revisa a literatura sobre cuidados paliativos renais para pacientes com doença renal crônica avançada e em estágio terminal. A revisão narrativa analisou 43 artigos, majoritariamente em inglês e com foco na América do Norte e Reino Unido. A pesquisa evidenciou a subutilização dos cuidados paliativos renais, apesar de sua importância para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias, e a confusão com cuidados conservadores e de fim de vida. Destaca-se a necessidade de integrar precocemente os cuidados paliativos na prática nefrológica, superando barreiras estruturais e culturais. A colaboração interdisciplinar, o planejamento antecipado de cuidados e a comunicação eficaz são essenciais para um atendimento centrado no paciente e adaptado às suas necessidades individuais.

Descritores: Insuficiência Renal Crônica, Cuidados Paliativos, Nefrologia, Enfermagem em Nefrologia.

Palliative care in chronic kidney disease: narrative review

Abstract: Chronic kidney disease is a public health problem, affecting quality of life and increasing healthcare costs. This study reviews the literature on renal palliative care for patients with advanced chronic kidney disease and end-stage renal disease. The narrative review analyzed 43 papers, mostly published in English, with a focus on North America and the United Kingdom. The research highlighted the underutilization of renal palliative care despite its recognized importance for improving patient and family quality of life, and the confusion with conservative and end-of-life care. The need to integrate renal palliative care early in nephrology practice is emphasized, overcoming structural and cultural barriers. Interdisciplinary collaboration, advance care planning, and effective communication are essential for patient-centered care adapted to individual needs.

Descriptors: Renal Insufficiency Chronic, Palliative Care, Nephrology, Nephrology Nursing.

Cuidados paliativos en la enfermedad renal crónica: revisión narrativa

Resumen: La enfermedad renal crónica es un problema de salud pública, afectando la calidad de vida y aumentando los costos de atención médica. Este estudio revisa la literatura sobre cuidados paliativos renales para pacientes con enfermedad renal crónica avanzada y en etapa terminal. La revisión narrativa analizó 43 artículos, en su mayoría en inglés y con enfoque en América del Norte y el Reino Unido. La investigación evidenció la subutilización de los cuidados paliativos renales, a pesar de su importancia para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, y la confusión con los cuidados conservadores y de fin de vida. Se destaca la necesidad de integrar tempranamente los cuidados paliativos en la práctica nefrológica, superando barreras estructurales y culturales. La colaboración interdisciplinaria, la planificación anticipada de cuidados y la comunicación efectiva son esenciales para una atención centrada en el paciente y adaptada a sus necesidades individuales.

Descriptores: Insuficiencia Renal Crónica, Cuidados Paliativos, Nefrología, Enfermería en Nefrología.

Introdução

Na atualidade, a doença renal crônica (DRC) atingiu níveis alarmantes. Em todo o mundo, estima-se que quase 850 milhões de pessoas vivem com a doença, o que a torna um problema prioritário de saúde pública; muito embora a consciência da magnitude e dos riscos desta condição permaneça baixa na população^{1,2}. Ao mesmo tempo, a literatura tem relatado o impacto adverso da DRC nos resultados de saúde dos indivíduos, associando-a a baixa qualidade de vida, alta carga de sintomas e elevados custos de cuidados^{2,3}.

Não obstante, a despeito da sua carga global, a DRC avançada e a doença renal em estágio terminal (ESRD) têm sido amplamente ignorada pelos governos de diversos países. Em muitos deles, existem barreiras comuns à otimização da prestação de cuidados e na oferta de tratamento para formas avançadas da doença; incluindo: financiamento público baixo ou indisponível para terapia de substituição renal, escassez de profissionais qualificados e variações significativas no desenvolvimento e na organização das estruturas de cuidados^{1,2}.

Essa realidade é evidenciada quando se observa que cerca de 68% das nações têm estratégias em vigor (ou em desenvolvimento) para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), mas entre essas nações somente 35% cobrem cuidados/tratamentos específicos para a DRC não dialítica, enquanto 26% cobrem diálise crônica e 23% transplante renal. Quanto à presença de estratégias nacionais específicas para o atendimento da DRC, apenas um quarto (25%) dos países as possuem; e em outros 29%, elas estão incorporadas nas políticas para DCNT. Semelhante contexto tem gerado dificuldades

econômicas, sofrimentos desnecessários e mortes prematuras entre as pessoas com DRC¹.

Sabidamente, a DRC é caracterizada pela sua natureza progressiva e substancial heterogeneidade, sendo esperado que ao menos uma parte dos doentes progrida para ESRD com necessidade de terapêutica substitutiva da função renal. Mesmo com uma trajetória variável, normalmente, essa condição é acompanhada de muitos sintomas de sofrimento físico, psicossocial, emocional ou espiritual⁴⁻⁶. Pacientes com DRC avançada podem ter baixa capacidade funcional, elevada sintomatologia e necessidade de cuidados de suporte de qualidade por muitos meses, senão por anos, antes da ocorrência de sua morte⁷.

Nesse sentido, a princípio, todo paciente com DRC teria, em maior ou menor grau, indicação de cuidados paliativos (CP); notadamente aqueles nos estágios mais avançados da doença. Parece provável, portanto, haver benefícios na incorporação dessa abordagem aos cuidados nefrológicos de rotina; tendo em vista as necessidades desses indivíduos em termos de gerenciamento de sintomas, planejamento antecipado de cuidados (PAC) e cuidados de fim de vida^{3,5}.

A *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC) define CP como cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionado à sua saúde, proveniente de doença grave; especialmente aquelas em fim de vida. O objetivo desse cuidado é melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores⁸.

Para o *Kidney Disease Improvem Global Outcomes* (KDIGO), os cuidados paliativos renais (CPR)

correspondem a um modelo interdisciplinar de medicina centrada na pessoa, que busca otimizar a qualidade de vida relacionada à saúde e preservar a dignidade humana por meio de ações como: comunicação adequada com o paciente e a família, tomada de decisão compartilhada, planejamento de atenção à saúde/para tratamento futuro, e tratamento da dor e outros problemas biopsicossociais e espirituais, incluindo, assistência ao luto e cuidados de final de vida⁷.

Surpreendentemente, apesar de se reconhecer já há algum tempo a importância de se incorporar os princípios dos CP no atendimento renal habitual, essa modalidade de cuidados é subutilizada entre pacientes com DRC avançada, quando comparado a outras populações com doenças crônicas; mesmo em países onde tais cuidados são disponibilizados^{3,7}.

Existe, um crescente interesse pela área, mas permanecem gaps na compreensão dos tratamentos ideais e das melhores abordagens para a prestação de CP na DRC, estando os pacientes em diálise ou não. Todos os esforços de investigação no âmbito dos CPR são essenciais, dado se tratar de um tema de pesquisa em evolução⁷.

Diante dessa conjuntura, esse estudo visa explorar a literatura existente para compreender melhor o estado atual das evidências científicas sobre CP destinados a pacientes com DRC, sobretudo nos estágios mais avançados da doença. Entende-se que a análise dessas evidências poderá ajudar a identificar lacunas no conhecimento, sintetizar intervenções bem-sucedidas e contribuir para o desenvolvimento futuro e contínuo de abordagens de CP específicas para essa população.

Material e Método

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, a qual corresponde a uma forma não sistematizada de revisar a literatura, sendo útil na descrição do estado da arte de um assunto específico, mapeando o seu conhecimento e as lacunas existentes, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Essa modalidade é utilizada, igualmente, na busca de atualizações sobre uma determinada temática^{9,10}.

A pesquisa foi orientada pela questão de revisão “Quais as evidências científicas sobre os CP voltados aos pacientes com DRC?”. A busca dos estudos foi efetuada em 02 de julho de 2024; por meio de levantamento na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), selecionando as bases de dados MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF). Para a construção da estratégia de busca utilizou-se as palavras-chave ‘cuidados paliativos renais’; sendo aplicado os filtros: bases de dados ‘MEDLINE/LILACS/BDENF’, ‘texto completo’ e idiomas ‘português, inglês ou espanhol’. Não houve recorte temporal.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão: artigos originais e artigos de revisão ou de recomendações de especialistas, que responderam à questão de revisão e disponíveis na íntegra online nos idiomas português, inglês ou espanhol. Excluíram-se editoriais, protocolos de pesquisas, teses, dissertações, monografias ou livros. As produções repetidas nas bases de dados foram consideradas uma única vez. A seleção dos estudos foi efetuada com auxílio do gerenciador de síntese de referências Rayyan.

Os dados dos artigos que compuseram o corpus final desta revisão foram extraídos e organizados em

tabela sinóptica construída no editor de textos *Microsoft Word*, contendo as seguintes informações: código identificador; título; local de origem; ano de publicação; objetivos; e principais resultados/conclusões. Por fim, os estudos foram analisados por meio de síntese narrativa básica.

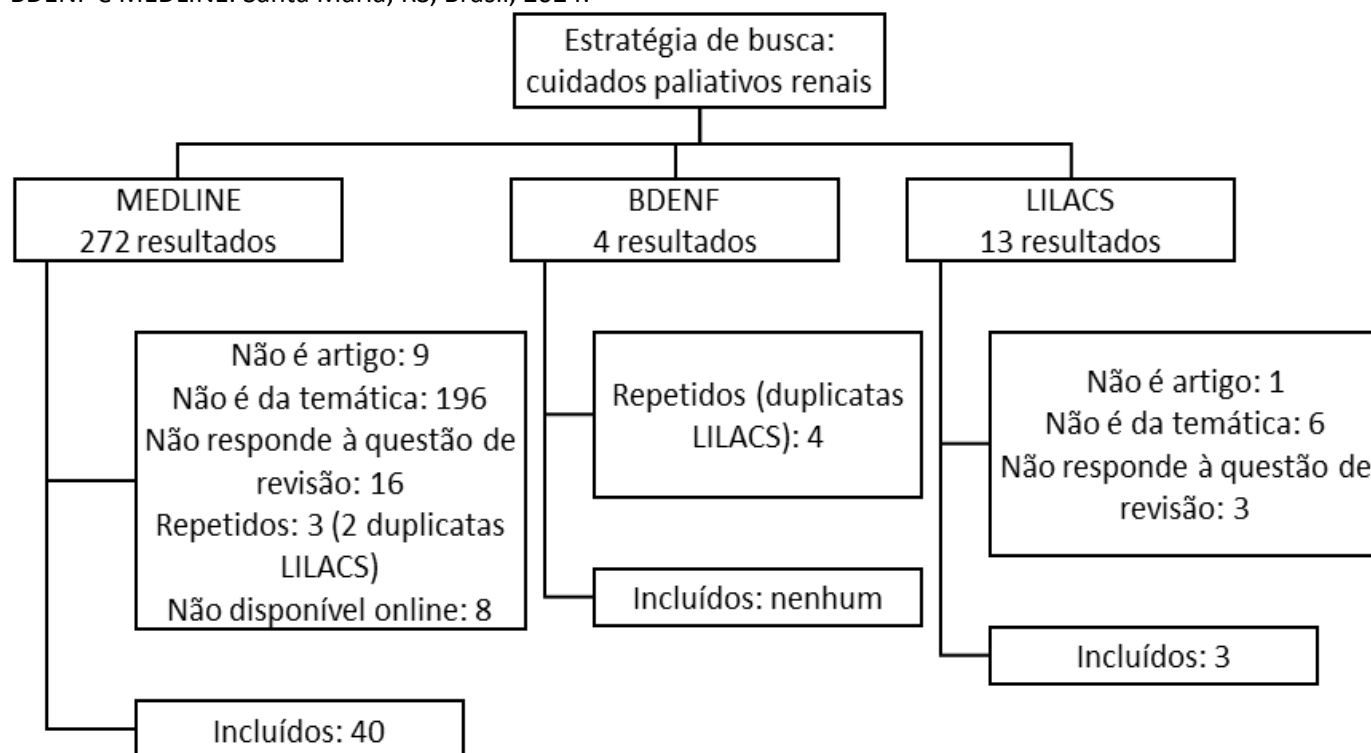
Resultados e Discussão

Aplicada a estratégia de busca foram resgatados 289 estudos: 13 estudos na LILACS, 4 na BDNF e 272 na MEDLINE. Na etapa seguinte, através da leitura de títulos, resumos e palavras-chave de todas as publicações localizadas, foi realizada a seleção das publicações que respondiam à questão de revisão.

Aplicados os critérios de elegibilidade, foram excluídos 243 estudos: 10 estudos não eram artigo, 202 não tratavam da temática, 19 não responderam a questão de revisão, 8 não estavam disponíveis na íntegra de forma online e 5 eram repetidos (duplicatas). Assim, foram selecionados para a leitura na íntegra e extração de dados 43 artigos; sendo 40 deles disponibilizados na MEDLINE e três na LILACS.

Na Figura 1 é apresentado o fluxograma do processo de seleção dos estudos. Já no quadro 1 é apresentada a caracterização dos estudos que compuseram essa revisão e os principais resultados.

Figura 1. Fluxograma da estratégia de busca e quantidade total de artigos selecionados nas bases de dados LILACS, BDNF e MEDLINE. Santa Maria, RS, Brasil, 2024.



Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Quadro 1. Caracterização das produções selecionadas: título, ano de publicação, local de origem, objetivos e principais resultados/conclusões dos artigos. Santa Maria, RS, Brasil, 2024.

(Código) Título	Local ano	Objetivo(s)	Principais resultados/conclusões
(E1) Advance care planning to patients with chronic kidney disease and their families: An intervention development study ¹¹	Dinamarca 2023	Desenvolver uma intervenção de planejamento antecipado de cuidados (PAC) baseada nas necessidades dos pacientes com DRC, familiares e profissionais de saúde.	Cinco áreas foram consideradas importantes em uma intervenção de PAC: abordagem biopsicossocial, CP precoces, abordagem centrada na família, PAC precoce e contínuo, e abordagem centrada no consumidor (consumidor: paciente, familiar, profissional). A intervenção incluiu uma ferramenta impressa para orientar os profissionais nas conversas sobre PAC, no que diz respeito ao tratamento, à doença, à família e à vida cotidiana; a ser utilizada precocemente na trajetória da DRC. O co-design possibilitou a colaboração dos consumidores na construção do design da intervenção.
(E2) A patient decision aid about conservative kidney management in advanced kidney disease: a randomized pilot trial ¹²	Estados Unidos 2023	Avaliar a viabilidade e aceitação de um auxiliar de decisão sobre manejo renal conservador (MRC) entre pacientes com DRC avançada e seus familiares.	Um auxílio à tomada de decisão sobre MRC foi viável e aceitável. Esse auxílio aumentou a discussão sobre MRC com os profissionais: 26,4% dos pacientes e 26,9% dos familiares no grupo com auxílio discutiram MRC, comparado a 3% e 0%, respectivamente, no grupo de tratamento habitual. As taxas de abandono foram similares entre os grupos, e a maioria dos participantes revisou o auxílio por mais de 20min. As preferências de tratamento dos pacientes e familiares mudaram ao longo do estudo, com uma tendência maior para a diálise no grupo tratamento habitual e uma leve redução na incerteza quanto ao tratamento após uso do auxílio. A diminuição do conflito de decisão foi observada em ambos os grupos, mas sem diferenças estatisticamente significativas.
(E3) Clinicians' perceptions of collaborative palliative care delivery in chronic kidney disease ¹³	Estados Unidos 2022	1) Descrever as expectativas para cuidados que atendam às necessidades paliativas das pessoas com DRC e as limitações para atender essas expectativas no modelo atual; e 2) identificar possíveis intervenções para atender às necessidades paliativas dos pacientes.	A comunicação de alta qualidade é crucial para a prática de CP na DRC, incluindo a discussão sobre a progressão da doença, opções de tratamento e metas de cuidado. Nefrologistas devem liderar a tomada de decisão, trabalhando em conjunto à equipe interdisciplinar. Barreiras estruturais, como a falta de compreensão sobre CP, a escassez de especialistas e a comunicação deficiente, representaram desafios. Sugestões para melhora dos cuidados: educação contínua, melhor coordenação entre as especialidades e uso de tecnologias como telemedicina e sistemas de alerta para identificar doentes que se beneficiariam de CP.
(E4) Nurse-perceived facilitators and barriers to palliative care in patients with kidney disease: A European Delphi survey ¹⁴	Itália, Reino Unido, Grécia, Alemanha, Polônia, Espanha, Lituânia, Portugal, Dinamarca Bélgica 2022	Explorar, por meio de uma pesquisa Delphi, as barreiras e os facilitadores dos CP em pacientes com doença renal.	O questionário final incluiu 73 declarações divididas em dois domínios: 37 facilitadores e 36 obstáculos. A formação e a educação específicas em CP surgiram como facilitadores, assim como o papel de crenças e espiritualidade e o papel da família e do cuidador. As principais barreiras foram representadas pelas diferenças culturais, crenças e práticas, e pela falta de experiência no papel da equipe em CP.
(E5) Palliative care for patients with cancer and kidney disease ¹⁵	Estados Unidos 2022	Descrever opções básicas para o manejo dos sintomas, bem como considerações para discutir objetivos de tratamento, prognóstico e cuidados de fim de vida em pacientes com câncer e doença renal.	Pacientes com cancer e DRC têm sintomas como dor, fadiga, perda de apetite, depressão e ansiedade; que impactam sua qualidade de vida e sobrevivência. O manejo da dor é complexo e pode envolver abordagem não farmacológica, opioides e anti-inflamatórios. A fadiga é multifatorial e pode exigir tratamento para anemia e suporte nutricional. A comunicação de alta qualidade sobre prognóstico e objetivos de tratamento é essencial, e a colaboração entre equipes da onco e nefrologia é crucial para adaptar o tratamento às necessidades do paciente, sobretudo em termos de cuidados de fim de vida e decisões sobre diálise.

(Código) Título	Local ano	Objetivo(s)	Principais resultados/conclusões
(E6) Adding Life to Their Years: The Current State of Pediatric Palliative Care in CKD ¹⁶	Estados Unidos 2021	Fornecer uma definição abrangente de CP pediátricos, destacar as necessidades não atendidas na nefrologia pediátrica e os esforços atuais de integração. Discutir o estado dos CP na nefrologia de adultos e em estados de doença crônica análogos em pediatria e apresentar oportunidades para estudo futuros.	Crianças com DRC enfrentam um grande sofrimento que afeta toda a família. O CP pediátrico busca aliviar o sofrimento nos domínios físico, emocional e existencial vivenciados por crianças com condições ameaçadoras da vida, começando no diagnóstico e continuando ao longo da vida. Há evidências que demonstram a integração bem-sucedida na nefrologia de adultos e em áreas de doença pediátrica comparáveis com a DRC. Para dar vida aos anos dos pacientes, é preciso entender e implementar os CP na nefrologia pediátrica.
(E7) Advancing Palliative Care in Patients With CKD: From Ideas to Practice ¹⁷	Canadá 2021	Descrever a experiência da integração de uma abordagem paliativa nos cuidados rotineiros de pacientes com DRC nas categorias de taxa de filtração glomerular 4 e 5, em uma rede provincial de cuidados renais na Colúmbia Britânica, no Canadá, ao longo dos últimos 15 anos.	As principais atividades para uma abordagem integrada de CP nos cuidados de rotina de pacientes com DRC estágios 4 e 5, incluem: a coordenação de reuniões regulares e a educação contínua de defensores dessa abordagem na comunidade de cuidados renais, possibilitando o acesso a ferramentas e recursos de apoio, e adotando princípios de melhoria da qualidade. O envolvimento contínuo das principais partes interessadas é crucial. É necessário desenvolver planos propositados para garantir a sustentabilidade e a verdadeira integração das práticas de CP no atendimento a pacientes com DRC.
(E8) Exploring the Impact of Different Types of Do-Not-Resuscitate Consent on End-of-Life Treatments among Patients with Advanced Kidney Disease: An observational Study ¹⁸	Taiwan 2021	Identificar fatores influentes correlacionados com diferentes tipos de consentimento para não ressuscitar em pacientes com doença renal avançada e o impacto desses tipos de consentimento em vários tratamentos que prolongam a vida.	O consentimento para não ressuscitar assinado pelos pacientes e não por substitutos pode refletir melhor autonomia dos pacientes e redução dos tratamentos que prolongam a vida nos últimos sete dias de pacientes com doença renal avançada.
(E9) Kidney supportive care: an update of the current state of the art of palliative care in CKD patients ³	Brasil 2021	Fornecer uma visão geral atualizada sobre os CPR discutidos na literatura relevante.	Com a mudança demográfica há um número crescente de pacientes optando por cuidados conservadores sem diálise, por opção própria ou recomendação médica. A diálise está mudando de um tratamento centrado na doença para um centrado na pessoa, onde o paciente escolhe como, quando e onde deseja fazê-la. A interrupção da diálise parece estar aumentando. Mesmo com o desenvolvimento dos CP, existe uma lacuna entre teoria e prática em nefrologia, e a integração de um serviço de CP no atendimento renal habitual ainda é incipiente ou inexistente no Brasil.
(E10) Recommendations for Public Policy Changes to Improve Supportive Care for Seriously Ill Patients With Kidney Disease ¹⁹	Estados Unidos 2021	Revisar propostas de recomendações nacionais e internacionais para melhorar os cuidados de suporte para pacientes gravemente doentes com ou se aproximando da falência renal, além de advogar por mudanças urgentes nas políticas públicas dos EUA.	A força de trabalho nefrológica pode ser treinada para fornecer cuidados de suporte renal. Os incentivos financeiros para fornecer diálise com uma abordagem única para todos e os desincentivos para oferecer manejo médico conservador sem diálise precisarão ser abordados pelo Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). As medidas de qualidade que influenciam o pagamento (ex., o Programa de Incentivo à Qualidade do ESRD) precisam incluir cuidados centrados no paciente e diálise paliativa para pacientes próximos ao fim da vida. O CMS e o Congresso devem buscar formas de remover barreiras legislativas e regulamentares ao acesso a <i>hospice</i> e diálise concomitantes.

(Código) Título	Local ano	Objetivo(s)	Principais resultados/conclusões
(E11) Renal supportive care, palliative care and end-of-life care: Perceptions of similarities, differences and challenges across Australia and New Zealand ²⁰	Austrália Nova Zealandia 2021	Compreender as opiniões e experiências dos clínicos renais sobre cuidados de suporte renal (CSR), CP e cuidados de fim de vida.	A maioria dos clínicos tinha acesso a CP especializados (84%), mas apenas 59% a serviços formais CSR. Os principais desafios no cuidado de fim de vida foram a falta de objetivos de tratamento acordados (86%) e decisões tardias ou apressadas (85%). Os conceitos de CSR variaram, sendo visto como equivalente aos cuidados habituais (40%), cuidados conservadores (30%) ou CP (22%). Em geral, o termo CSR foi tido como distinto e mais aceitável do que CP, com uma preferência por CSR para gestão de sintomas (86% vs 69%) e decisões complexas (82% vs 58%). A maioria entendeu que CSR deve focar na gestão de sintomas e qualidade de vida, com um modelo ideal incluindo manejo de sintomas (98%), melhor integração com serviços de nefrologia e comunidade (96%) e educação dos clínicos (94%).
(E12) The primary care provider's role in providing supportive and palliative care for patients in chronic renal failure ²¹	África do Sul 2020	Explorar as vias de encaminhamento, a preservação renal, os cuidados de suporte e paliativos e, por fim, intervenções no sistema de saúde que podem aprimorar os cuidados abrangentes.	O cuidado de pacientes com DRC ocorre comumente na atenção primária, e a integração ativa dos cuidados de suporte e CP deve ser normalizada dentro do paradigma de cuidados. Isso pode ser obtido, em primeiro lugar, por um treinamento adicional em CP para a equipe da atenção primária; em segundo, por ajustes no sistema para garantir que os cuidados de suporte e paliativos sejam integrados em todas as vias assistenciais; e, por fim, por uma colaboração mais próxima entre os prestadores de serviços de saúde terciários, secundários e primários. Os CP não são desculpa para evitar a diálise ou para reter cuidados ativos adicionais, são cuidados ativos até o final e além.
(E13) Who do we discharge from renal clinic and what does it mean for primary care? ²²	Reino Unido 2020	Determinar as características, o monitoramento da atenção primária e os desfechos renais de pacientes que receberam alta da clínica renal.	A maioria dos pacientes com alta tem baixo risco de doença renal progressiva e necessita de pouco monitoramento. Pacientes não aderentes liberados por não comparecimento à clínica nefrológica parecem estar em risco de desfechos ruins, sendo necessárias novas estratégias para oferecer melhor suporte a essa população específica.
(E14) Conservative management for patients with chronic kidney disease refusing dialysis ²³	Brasil 2019	Familiarizar os membros da equipe multiprofissional para o reconhecimento e conduta quanto às alterações metabólicas e aos sintomas decorrentes da DRC tratada clinicamente sem suporte dialítico.	Muitos pacientes recusam a diálise com o apoio de suas famílias e médicos. Esses pacientes mantêm suas funções e sintomas relativamente controlados até dois ou três meses antes de morrerem. Cabe ao médico e à equipe multidisciplinar de atendimento antecipar e identificar esses sintomas e proporcionar o alívio necessário.
(E15) Electronic Health Record Phenotypes for Identifying Patients with Late-Stage Disease: a Method for Research and Clinical Application ²⁴	Estados Unidos 2019	Desenvolver fenótipos de registros eletrônicos de saúde (EHR) para identificar pacientes falecidos com câncer de tumor sólido estágio 4 ou DRC estágios 4-5.	Fenótipos de EHR identificaram de forma eficiente pacientes que morreram com câncer ou DRC avançada. Futuros fenótipos de EHR podem priorizar a especificidade em relação à sensibilidade, e incorporar a estratificação da necessidade elevada e baixa de oferta de CP. Fenótipos de EHR são um método promissor para identificar pacientes para pesquisa e fins clínicos, incluindo distribuição equitativa de CP especializados.
(E16) Percepción de los pacientes con enfermedad renal crónica y terminal, sobre los cuidados paliativos ²⁵	México 2019	Descrever a percepção dos pacientes crônicos e terminais sobre CP de enfermagem.	A enfermagem foi valorizada pelo suporte emocional e vigilância, embora tenha havido problemas de organização e erros técnicos por excesso de trabalho. A comunicação direta revelou o interesse das enfermeiras no bem-estar dos pacientes, mas também dificuldades em estabelecer confiança devido à falta de pessoal e à seriedade de alguns profissionais. A equipe multidisciplinar deu resposta oportuna às complicações, mas a falta de critérios padronizados na atenção gerou insatisfação. O ambiente foi criticado pela falta de limpeza, o que descontentou os pacientes. Apesar da comunicação e trabalho em equipe é preciso capacitar os profissionais em CP e melhorar as condições do ambiente.

(Código) Título	Local ano	Objetivo(s)	Principais resultados/conclusões
(E17) Shared decision-making in advanced chronic kidney disease in the elderly ²⁶	Espanha 2019	Abordar a gestão da informação, a tomada de decisão sobre as diferentes modalidades de tratamento que podem ser oferecidas a pacientes idosos com DRC e o momento de início e/ou suspensão da diálise	Em idosos com DRC, a decisão de escolha entre tratamento conservador e terapias de substituição renal (ex. diálise ou transplante) deve considerar a função renal e sintomas, mas também comorbidades, fragilidade, e status funcional e cognitivo do paciente. É importante uma abordagem multidisciplinar e decisão compartilhada, respeitando as preferências e a qualidade de vida do paciente. Em casos de diálise, é preciso avaliar o momento de início e possível retirada da terapia com base na eficácia e impacto na qualidade de vida, devendo a decisão ser esclarecida e ética.
(E18) Unique palliative care needs of patients with advanced chronic kidney disease - the scope of the problem and several solutions ⁵	Estados Unidos 2019	Descrever o alcance do problema das necessidades não atendidas de CP para pacientes com DRC avançada e ESRD, as barreiras para a melhoria dos CP para pacientes com insuficiência renal e possíveis direções futuras para a nefrologia paliativa.	Pacientes com ESRD têm necessidades únicas e não atendidas de CP. Muitas vezes, eles não têm conversas sobre seu prognóstico e todas as opções de cuidado, incluindo cuidados conservadores e não dialíticos. Existem várias barreiras para o atendimento paliativo para pacientes com DRC. Algumas soluções possíveis: melhorar a integração de CP e nefrologia pelo uso de modelos de cuidado combinado ambulatorial; e aprimoramento da formação em CP para nefrologistas praticantes e estagiários.
(E19) Decision-making for people with dementia and advanced kidney disease: a secondary qualitative analysis of interviews from the Conservative Kidney Management Assessment of Practice Patterns Study ²⁷	Reino Unido 2018	Explorar o processo de tomada de decisão sobre diálise em adultos que não têm capacidade devido a comprometimento cognitivo, uma condição comum e pouco reconhecida em pessoas com DRC avançada.	Decisões sobre diálise em pacientes com comprometimento cognitivo são guiadas por comorbidades, viabilidade do tratamento e qualidade de vida. Os profissionais preferem manejo conservador se há comorbidades graves, por acreditar que a diálise não melhoraria a qualidade de vida, ou mesmo, prejudicaria a saúde mental. Alternativas como a diálise peritoneal são consideradas se intolerância à hemodiálise. A decisão é influenciada pela disponibilidade de serviços locais e pelo suporte social do paciente, com muitos profissionais relutantes em tomar decisões sem o consenso familiar. A avaliação sistemática da capacidade cognitiva e o planejamento antecipado de cuidados foram vistos como formas de melhorar a adequação do tratamento.
(E20) Supportive palliative care should be integrated into routine care for paediatric patients with life-limiting kidney disease ²⁸	Alemanha 2018	Discutir o papel dos CP no processo de tomada de decisão e explorar as possibilidades de implementar os CP na terapia de rotina de pacientes afetados e fornecer suporte para suas famílias	Apesar dos avanços no tratamento, crianças e adolescentes com DRC enfrentam limitações na qualidade de vida devido a hospitalizações e tratamentos intensivos. Há uma falta de discussão sobre CP e de fim de vida nesse grupo devido à formação inadequada dos profissionais e à dificuldade em reconhecer a gravidade da condição, inclusive por parte da família. A integração precoce dos CP e o planejamento antecipado de cuidados são recomendados para melhorar a qualidade de vida e apoiar as famílias. A educação contínua da equipe e a consideração de fatores médicos e socioeconômicos são apontados como essenciais ao cuidado eficaz.
(E21) Palliative care disincentives in CKD: changing policy to improve CKD care ²⁹	Estados Unidos 2018	Analisar as políticas que afetam a prestação de CP na DRC avançada e terminal; discutir reformas que abordem desincentivos aos CP; identificar problemas de medição de qualidade para CP na DRC avançada e terminal e discutir armadilhas potenciais na implementação de novos modelos de CP integrados.	Embora o Medicare tenha avançado em modelos de pagamento e entrega de cuidados, a abordagem centrada na diálise negligencia aspectos emocionais e existenciais dos pacientes com DRC avançada e terminal. As barreiras para a integração de CP incluem acesso limitado a serviços especializados e falta de treinamento na área. Reformas propostas incluem: ampliar o acesso a CP; implementar triagens universais e parcerias locais; redesenhar o modelo de atendimento para focar em planejamento antecipado e metas de cuidado mais amplas, e testar novos modelos de pagamento que incentivem uma abordagem centrada no paciente e não focado unicamente na diálise.

(Código) Título	Local ano	Objetivo(s)	Principais resultados/conclusões
(E22) Personalized approach and precision medicine in supportive and end-of-life care for patients with advanced and end-stage kidney disease ³⁰	Canadá 2018	Discutir os conceitos de medicina personalizada e de precisão no contexto do tratamento de suporte renal e destacar algumas oportunidades e limitações dentro desses campos	A medicina de precisão poderá oferecer uma compreensão mais profunda da fisiopatologia dos sintomas e síndromes na DRC e, em última análise, individualização mais precisa do prognóstico e do tratamento; com maior personalização dos cuidados. Contudo, como os principais impulsionadores da qualidade de vida são psicossociais, econômicos, de estilo de vida e baseados em preferências, a consideração desses fatores e a comunicação qualificada permanecerá essencial.
(E23) Tracking patients with advanced kidney disease in the last 12 months of life ³¹	Austrália 2018	Descrever os sintomas, a qualidade de vida e as necessidades de cuidados de suporte no período previsto de 12 meses antes da morte em adultos com DRC estágios 4 ou 5.	Durante o último ano de vida houve carga substancial de sintomas como fadiga, dor óssea e problemas de sono; com declínio funcional lento. A funcionalidade física e a qualidade de vida permaneceram estáveis no tempo. Pacientes em diálise relataram menor carga de sintomas comparados aos não dialisados, talvez devido a fatores como idade e comorbidades maiores no grupo não dialisado. As necessidades de cuidados de suporte foram poucas. A integração precoce de CP e a realização de avaliações regulares podem melhorar o manejo dos sintomas.
(E24) Research priorities for palliative care for older adults with advanced chronic kidney disease ³²	Estados Unidos 2017	Identificar áreas de déficit de conhecimento onde mais evidências são necessárias para dar suporte ao "melhor cuidado possível" para adultos mais velhos com DRC avançada e seus cuidadores.	Prioridades de pesquisa incluem: identificar oportunidades para melhorar a experiência de fim de vida dos pacientes e seus cuidadores; desenvolver e testar intervenções de comunicação para melhorar o suporte em decisões complexas sobre tratamento; e avaliar a eficácia dos CP na melhoria da qualidade de vida dos pacientes e cuidadores, na satisfação com o cuidado e no alinhamento das decisões de tratamento com os objetivos e preferências do paciente. A pesquisa deve explorar como reconfigurar o sistema de saúde para promover cuidados centrados no paciente e na família.
(E25) Treatment decisions for older adults with advanced chronic kidney disease ³³	Estados Unidos 2017	Fornecer um quadro pragmático para o processo de tomada de decisão compartilhada em idosos com DRC avançada.	A gestão conservadora pode ser ideal para pacientes que desejam manter a sua independência e evitar o tempo a ser dispensado, dor e desconforto relacionados à diálise; assim como para pacientes com mau estado funcional e uma sobrevida projetada de menos de 3 meses após início da diálise. A equipe deve promover discussões precoces e repetidas sobre benefícios e riscos potenciais de se iniciar a diálise, e as preferências e metas dos pacientes e suas famílias. Estudos devem examinar intervenções de apoio à decisão que possam beneficiar idosos e seus provedores ao tomar decisões sobre a gestão renal. É preciso produzir dados sobre resultados de manejo conservador e dialítico e sobre as características dos idosos que se beneficiariam de cada uma das abordagens.
(E26) Conservative care of the elderly CKD patient: a practical guide ³⁴	Estados Unidos 2016	Discutir cuidados de suporte ou cuidados conservadores para o paciente idoso com DRC	Para idosos com DRC, o prognóstico e a gestão de sintomas são críticos. Nesse grupo, o planejamento antecipado de cuidados deve considerar prognóstico, opções de tratamento, objetivos e preferências do paciente; adotando abordagem personalizada que maximize a qualidade de vida, seja por meio de diálise ou cuidados conservadores.
(E27) Quality of life of patients with advanced chronic kidney disease receiving conservative care without dialysis ³⁵	Estados Unidos 2016	Resumir a literatura sobre cuidados conservadores para pacientes idosos com DRC avançada com foco na qualidade de vida.	A diálise pode não melhorar a qualidade de vida e resultar em alta carga de sintomas e complicações entre idosos mais velhos. Os cuidados conservadores, que incluem gestão de sintomas e suporte psicoemocional e sociofamiliar, mostrou ser uma alternativa viável. Fatores como idade mais elevada, comorbidades e preferências individuais influenciam a escolha por diálise ou cuidados conservadores. Estudos indicam que a qualidade de vida física dos pacientes em cuidados conservadores é geralmente inferior à daqueles em diálise, mas a saúde mental pode ser equivalente ou melhor. Faltam diretrizes específicas e evidências práticas para esse tipo de cuidados nos EUA.

(Código) Título	Local ano	Objetivo(s)	Principais resultados/conclusões
(E28) Supportive Care: Meeting the Needs of Patients with Advanced Chronic Kidney Disease ³⁶	Canadá Estados Unidos 2016	Fornecer uma estrutura para entender o que é o cuidado de suporte renal e como ele integra o cuidado centrado no paciente no cuidado nefrológico padrão	Pessoas com DRC avançada têm alto ônus de sintomas, expectativa de vida reduzida e sofrimento físico, emocional e espiritual. O cuidado de suporte renal visa aliviar esse sofrimento e integrar o cuidado centrado no paciente na prática nefrológica padrão; incluindo: avaliação e manejo de sintomas, estimativas prognósticas, tomada de decisão compartilhada, planejamento de cuidados antecipados e referência a CP se apropriado. A colaboração internacional e a educação contínua são essenciais para desenvolver diretrizes globais e modelos de cuidado de suporte renal eficazes.
(E29) Establishing a supportive care register improves end-of-life care for patients with advanced chronic kidney disease ³⁷	Reino Unido 2015	Avaliar o impacto de um registro eletrônico de cuidados de suporte nos cuidados de fim de vida para pacientes com DRC avançada.	Após a implementação da intervenção, a proporção de pacientes com discussão documentada sobre planejamento de fim de vida aumentou de 20% para 45% (p=0,008). A porcentagem de pacientes que expressou preferência pelo local de morte e morreu no local desejado subiu de 8% para 27,5% (p=0,01). A adoção de CP especializados aumentou, com o número de pacientes recebendo CP subindo de 4 para 25 (p<0,0001), e a participação de enfermeiros paliativos foi de 2% para 22,5% (p=0,003).
(E30) How to integrate predictions in outcomes in planning clinical care ³⁸	Estados Unidos 2015	Avaliar a literatura atual sobre as metodologias para a estimativa de prognóstico e ferramentas prognósticas desenvolvidas para DRC.	A previsão prognóstica é crucial para a tomada de decisões compartilhadas e o cuidado centrado no paciente. Modelos prognósticos ajudam a prever a progressão da DRC, mortalidade e morbidade, ajudando a escolher entre terapia de substituição renal e gestão conservadora. Os modelos disponíveis têm limitações, mas são valiosos para idosos comórbidos em que a gestão conservadora pode ser mais apropriada que diálise. Integrar ferramentas prognósticas à comunicação clara permite decisões mais informadas e alinhadas com valores e preferências dos pacientes e familiares, melhorando o cuidado.
(E31) Palliative and end-of-life care issues in chronic kidney disease ³⁹	Estados Unidos 2015	Resumir a literatura recente sobre o fornecimento de CP e de fim de vida para pacientes com DRC progressiva, especificamente questões relevantes para aqueles com doença cardiovascular (DCV) e insuficiência cardíaca congestiva (ICC)	A diálise pode não beneficiar pacientes idosos e frágeis com DRC progressiva, especialmente se houver comorbidades. Pacientes em cuidado conservador podem viver tanto quanto os que optam por iniciar a diálise, com melhor preservação da função e da qualidade de vida, e menos internações agudas. As decisões sobre início da diálise devem ser individualizadas e considerar os objetivos, as comorbidades e o estado funcional de cada doente. A integração precoce e contínua de CP é essencial para gerenciar sintomas, decidir entre terapias e alinhar o tratamento com as preferências do paciente. É provável que o tratamento conservador beneficie pacientes mais idosos e com comorbidades como ICC e DCV.
(E32) Current and emerging treatment options for the elderly patient with chronic kidney disease ⁴⁰	Austrália 2014	Revisar os tratamentos atuais e emergentes da DRC antes da diálise para idosos	A oferta de terapias para idosos com DRC é limitada pela exclusão dessas faixas etárias de ensaios clínicos e pela escassez de intervenções específicas disponíveis. Os idosos exigem especial consideração devido às frequentes comorbidades, fragilidade, isolamento social e limitações financeiras. Pesquisas recentes enfatizam a necessidade de considerar alternativas, como por ex. o tratamento conservador apoiado por CP, em vez da diálise, para aqueles com comorbidades significativas. O transplante renal pode ser bem-sucedido em pacientes idosos cuidadosamente selecionados.
(E33) Decision-making in patients with cancer and kidney disease ⁴¹	Estados Unidos 2014	Fornecer um guia geral para a tomada de decisão sobre diálise no paciente com câncer.	A tomada de decisão sobre diálise no paciente com câncer e doença renal é um processo individualizado, conduzido de maneira aberta e compassiva, no qual prognósticos e opções terapêuticas de ambas as doenças são integrados às preferências do paciente e às metas alcançáveis para gerar um plano de tratamento realista. Deve-se envolver os serviços de CP precocemente na trajetória de doença onconefrológica.

(Código) Título	Local ano	Objetivo(s)	Principais resultados/conclusões
(E34) Knowledge of and attitudes towards palliative care and hospice services among patients with advanced chronic kidney disease ⁴²	Canadá 2014	Examinar o conhecimento e as atitudes dos pacientes com DRC em relação aos CP e de hospice, além de investigar as associações entre o conhecimento e variáveis explicativas potenciais, como demografia dos pacientes, incluindo etnia, status socioeconômico e diversas fontes de informação	63,4% dos participantes se consideravam familiarizados com CP, mas apenas 22,2% os descreveram corretamente, e 17,9% compreendiam cuidados de hospice. O conhecimento desses cuidados foi melhor entre caucasianos (26,4% para CP e 20,4% para cuidados de hospice) em comparação com não caucasianos (2,4% e 6,9%, respectivamente). As fontes de informação foram familiares, amigos ou experiências pessoais; e muito raramente profissionais de saúde. A visão mais comum era a de que CP e de fim de vida eram sinônimos. Após explicação, mais de 87% dos participantes consideraram os serviços de CP e de hospice valiosos para pessoas com DRC avançada.
(E35) Outcomes in older adults with stage 5 chronic kidney disease: comparison of peritoneal dialysis and conservative management ⁴³	China 2014	Comparar os resultados de sobrevivência e não sobrevivência da DP versus manejo conservador em idosos chineses.	O grupo DP teve sobrevida maior, menores taxas de hospitalização de emergência e não apresentou nenhum risco aumentado de institucionalização comparado ao grupo conservador. Idade, Índice de Comorbidade de Charlson modificado, comprometimento nas atividades básicas da vida diária e diálise de emergência foram preditores independentes de mortalidade no grupo DP. A avaliação geriátrica ampla pode ajudar a prognosticar e facilitar a tomada de decisão compartilhada sobre iniciar ou não diálise em idosos. A idade, por si só, não deve excluir essa terapia; sendo a DP assistida uma opção de tratamento viável para idosos com DRC estágio 5.
(E36) Prognosis and management of chronic kidney disease (CKD) at the end of life ⁴⁴	Reino Unido 2014	Revisar as evidências que sustentam as tendências atuais na gestão da DRC em faixas etárias avançadas e fornecer informações para o médico geral que encontrará esses pacientes como parte de sua prática rotineira. Áreas de incerteza e desenvolvimento futuro também serão destacadas.	A prevalência de DRC aumenta com a idade, e a escolha entre diálise e cuidados conservadores precisa considerar o estado funcional e comorbidades do paciente. Cuidados conservadores, que focam na gestão dos sintomas sem diálise, podem oferecer uma expectativa de vida semelhante com menos impactos negativos na qualidade de vida. O planejamento antecipado de cuidados é necessário para alinhar os objetivos de tratamento com as preferências dos pacientes. A integração de CP e a comunicação eficaz permanecem como áreas-chave.
(E37) Thematic synthesis of qualitative studies on patient and caregiver perspectives on End-of-life care in CKD ⁴⁵	Austrália Estados Unidos 2014	Descrever as perspectivas de pacientes e cuidadores sobre o tratamento conservador e o tratamento no fim da vida na DRC	Parte dos pacientes com DRC vivenciam fragilidade física e psicossocial e se sentem ambivalentes sobre prolongar a sua vida. Frequentemente, a carga do tratamento de diálise intensifica o sofrimento, levando muitos a considerar a interrupção da terapia. Os estudos evidenciaram a vulnerabilidade e a dificuldade dos pacientes em comunicar suas preferências de cuidados de fim de vida. Alguns cuidadores desejavam aliviar o sofrimento do doente, mas estavam incertos acerca da tomada de decisões sobre início e descontinuação de diálise. A gestão da DRC deve incluir comunicação respeitosa e estratégias de CP que promovam resiliência emocional, bem-estar e autovalor.
(E38) Comparison of survival analysis and palliative care involvement in patients aged over 70 years choosing conservative management or renal replacement therapy in advanced chronic kidney disease ⁴⁶	Inglaterra 2013	Comparar a sobrevida, as internações hospitalares e o acesso a CP de pacientes com mais de 70 anos de idade com DRC estágio 5, de acordo com a escolha de terapia de substituição renal (TSR) ou tratamento conservador.	O estudo com 441 pacientes com DRC avançada revelou que a TSR oferece uma vantagem de sobrevida em comparação aos cuidados conservadores. Essa vantagem se perde naqueles com mais de 80 anos, muitas comorbidades ou baixo status funcional. Pacientes em TSR têm maior chance de hospitalização e de falecerem no hospital, com acesso limitado a CP. A escolha entre TSR ou tratamento conservador deve considerar as necessidades específicas dos pacientes e a sua qualidade de vida.

(Código) Título	Local ano	Objetivo(s)	Principais resultados/conclusões
(E39) Geriatric renal palliative care ⁴⁷	Estados Unidos 2012	Discutir os CP renais geriátrico ou de suporte renal, e a importância da parceria entre a equipe nefrológica interdisciplinar e a medicina geriátrica e paliativa.	A mortalidade de pacientes geriátricos com DRC avançada é superior à de pacientes com câncer, doenças cardiovasculares e diabetes, e está associada a fatores como idade avançada, baixo índice de massa corporal e comorbidades graves. A interação entre síndromes geriátricas e diálise cria um quadro de progressiva deterioração. O CP geriátrico é essencial; ele envolve planejamento antecipado, manejo de sintomas, suporte psíquico, e, quando indicado, cuidados de fim de vida. Usar ferramentas de triagem e categorizar os pacientes em fenótipo saudável, vulnerável ou frágil pode ajudar a personalizar o cuidado e a tomada de decisões; priorizando a qualidade de vida.
(E40) Quality of life at end of life ⁴⁸	Reino Unido 2012	(não foi expresso de forma direta no estudo)	Pacientes com DRC avançada e diabetes têm alta carga de comorbidades e baixa sobrevivência, sendo importante a oferta de CP em vez de intervenções agudas no fim da vida. É necessário reconhecer a fase terminal, comunicar prognósticos, controlar sintomas e respeitar as preferências de cuidado dos pacientes. Uma abordagem paliativa planejada pode melhorar a qualidade de vida, evitando procedimentos prejudiciais e permitindo um fim de vida digno e confortável.
(E41) Geriatric nephrology: a paradigm shift in the approach to renal replacement therapy ⁴⁹	Estados Unidos 2011	Apresentar uma visão geral de muitos dos problemas enfrentados pelos nefrologistas e fornecer ferramentas para ajudar clínicos a orientar seus pacientes idosos na decisão de considerar a diálise ou cuidados não dialíticos.	O tratamento de idosos com DRC avançada e terminal é complexo e de alto custo. As opções de tratamento incluem a diálise e o transplante renal, mas para aqueles com muitas comorbidades associadas ou status funcional reduzido, a melhor opção pode ser cuidados conservadores ou gestão paliativa. A escolha deve considerar a qualidade de vida do paciente e suas preferências. A integração precoce de CP pode melhorar o conforto e a gestão dos sintomas na DRC.
(E42) Trajectories of illness in stage 5 chronic kidney disease: a longitudinal study of patient symptoms and concerns in the last year of life ⁵⁰	Reino Unido 2011	Determinar as trajetórias de sintomas e preocupações mais amplas relacionadas à saúde no último ano de vida na DRC estágio 5, tratada sem diálise.	Nos 2 meses anteriores à morte, os pacientes relataram aumento no desconforto com sintomas e problemas relacionados à saúde; havendo variação nas trajetórias individuais (estáveis, flutuantes ou crescentes). Os serviços de saúde precisam antecipar e abordar esse aumento, que pode indicar que os pacientes estão se aproximando da morte. Flexibilidade e capacidade de resposta dos serviços são importantes: a frequência e a extensão das intervenções deve variar segundo a trajetória individual da doença.
(E43) When enough is enough: the nephrologist's responsibility in ordering dialysis treatments ⁵¹	Estados Unidos 2011	Resumir os avanços da medicina paliativa no cuidado do paciente ao longo do continuum da DRC e fornecer uma abordagem para tomada de decisão e tratamento de pacientes que provavelmente não se beneficiarão de diálise.	A DRC pode progredir lentamente acima dos 75 anos. Nesse grupo, iniciar diálise precocemente pode acelerar a perda renal. Programas de cuidados conservadores têm demonstrado benefícios para muitos idosos, mas é preciso oferecer opções de tratamento alternativas à diálise, garantindo cuidado individualizado e adequado. A tomada de decisão compartilhada e a comunicação eficaz são cruciais, e os clínicos devem estar preparados para fazer prognósticos, resolver conflitos e adaptar a terapia conforme o que for acordado. Colaboração com a geriatria e CP pode melhorar o cuidado oferecido.

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Dentre os 43 artigos selecionados para análise, identificou-se que 97,64% (n=42) foram publicados em inglês, sendo que dois deles também foram publicados em português. Apenas 3,84% foram publicados em espanhol (n=1). Esse dado reflete a distribuição geográfica dos estudos, já que 53,49%

(n=23) das produções originaram-se na América do Norte, com os Estados Unidos (EUA) envolvidos em 20 delas (46,51%). O inglês é também a língua oficial e predominante nos países do Reino Unido, responsáveis por 18,6% (n=8) dos estudos. O Brasil contribuiu com apenas dois documentos (4,65%)

sobre a temática. A revisão incluiu artigos de todos os continentes, exceto da Antártida.

A predominância de publicações dos EUA e do Reino Unido é esperada, pois a história dos CPR está fortemente associada a essas nações. Nos anos 80, nefrologistas americanos já discutiam a prática de retirada da diálise em pacientes com comorbidades severas e os melhores tratamentos para oferecer qualidade de vida a esses indivíduos. A partir da publicação de recomendações de duas entidades americanas, a *Renal Physicians Association* e a *American Society of Nephrology*, sobre a tomada de decisão compartilhada na iniciação e retirada da diálise, os CPR se desenvolveram de forma mais estruturada em países como Austrália, Canadá e Reino Unido. Desde então, algumas unidades nefrológicas do Reino Unido passaram a adotar o chamado manejo conservador na ESRD (E9)^{3,52,53}.

É importante lembrar também que a filosofia dos CP surgiu na Inglaterra, com o Movimento Hospice Moderno, e se espalhou para os EUA e Canadá⁵⁴. Portanto, é compreensível que essas nações, sendo relativamente maduras na oferta de tais cuidados, também sejam referências em publicações na área.

O Brasil apenas recentemente aprovou a sua Política Nacional de CP, por meio da Resolução CNS nº 729/2023⁵⁵. Apesar do avanço na perspectiva orçamentária, ainda serão necessárias portarias específicas do Ministério da Saúde para que essa política seja efetivamente consolidada. No país, a integração dos serviços de CP ao sistema de saúde segue inadequada. O atendimento concentra-se, sobretudo, em hospitais e ambulatórios de alta complexidade, há defasagem na composição das equipes multidisciplinares, os profissionais

generalistas têm conhecimento insuficiente sobre o tema, e o engajamento da sociedade é limitado⁵⁶.

Nacionalmente, os CP têm sido oferecidos principalmente no contexto de doenças oncológicas em fim de vida e, em menor escala, em algumas doenças respiratórias e cardiovasculares. No campo da nefrologia, a integração dos CP ao atendimento renal de rotina é incipiente ou inexistente (E9)³; o que condiz com as poucas publicações identificadas sobre CPR no Brasil.

Os estudos dessa revisão foram publicados no período de 2011 a 2023, estando o maior número concentrado nos anos de 2021 e 2014, ambos com seis artigos. Em 2019 e 2018 foram selecionados cinco artigos cada; três artigos em 2022, 2016, 2015 e 2011; dois em 2023, 2020, 2017 e 2012; e apenas um artigo no ano de 2013. Esses resultados indicam um interesse relativamente recente em pesquisas sobre CPR, provavelmente, impulsionado pela revisão da diretriz sobre tomada de decisão compartilhada e retirada apropriada da diálise, ocorrida em 2010⁵³.

Além disso, o envelhecimento da população mundial, um fenômeno que se tornou mais evidente a partir de 2018, também pode ter contribuído para a intensificação do interesse na área. À medida que a população envelhece e a prevalência de DCNT, como a DRC, aumenta, há uma demanda crescente por estratégias eficazes de gestão da doença; sobretudo, para os idosos. Nessa revisão, 11 artigos (25,58%) trataram do manejo da DRC avançada nessa faixa etária, discutindo a abordagem de cuidados conservadores e/ou paliativos nesse grupo.

Hipotetiza-se que o incremento no número de publicações em 2021 possa estar relacionado à pandemia de Covid-19. A crise sanitária global trouxe

desafios bioéticos significativos, especialmente no que tange à alocação de recursos e à continuidade dos cuidados para pacientes idosos e com DCNT, como a DRC. Esse contexto pode ter impulsionado as pesquisas sobre CPR e as discussões acerca do gerenciamento da escassez de recursos para o tratamento da DRC avançada e terminal.

Dos artigos recuperados, 58,14% (n=25) foram identificados como revisões ou recomendações de especialistas, evidenciando a necessidade da sociedade por estudos que sintetizem e consolidem o conhecimento já existente sobre CPR. Em contraste, 41,86% (n=18) consistiam em pesquisas primárias, incluindo duas que descreveram experiências práticas. Esta distribuição sugere que, embora as revisões e recomendações sejam valiosas para integrar evidências e orientar a prática clínica nefrológica, ainda há uma carência de estudos originais. Para avançar no conhecimento acerca dos CPR, é importante elevar tanto a quantidade quanto a qualidade das investigações primárias, com ênfase em delineamentos metodológicos mais robustos. Nesse contexto, a enfermagem pode assumir um papel relevante na promoção de pesquisas inovadoras e no aperfeiçoamento das práticas metodológicas.

Os artigos analisados mostram que o gerenciamento da DRC avançada e da ESRD é complexo e multifacetado, exigindo uma abordagem holística e personalizada. A decisão entre TRS e cuidados conservadores (tratamento conservador abrangente) deve considerar a condição funcional do paciente, suas comorbidades e preferências individuais (E36, E41)^{44,49}.

A literatura indica que pacientes com múltiplas comorbidades e alta fragilidade, especialmente

aqueles com mais de 75 anos, podem ter um prognóstico menos favorável com a diálise; devido ao impacto adverso da terapia na qualidade de vida e à alta frequência de hospitalizações. Nesses casos, o manejo conservador, pode ser uma alternativa razoável; oferecendo uma sobrevida comparável, com menos complicações e efeitos negativos sobre a qualidade de vida (E9; E14; E17; E19; E25 à E27; E30 à E32; E35; E36; E38; E39; E41; E43)^{3,23,26,27,33-35,38-40,43,44,46,47,49,51}.

O manejo conservador da doença renal é um modelo de cuidado planejado e abrangente que coloca o paciente no centro da atenção. Esse enfoque combina princípios de CP, como PAC, cumprimento de diretivas antecipadas e ordens para tratamentos de manutenção da vida, com estratégias específicas para retardar a progressão da DRC e minimizar as suas complicações, sem recorrer à TSR. Idealmente, esse manejo deve ser conduzido por uma equipe multidisciplinar composta por médicos, profissionais de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, etc.; garantindo uma abordagem integrada e personalizada, com gestão agressiva de sintomas e oferta de suporte psicoemocional e sociofamiliar (E31)³⁹. Esse manejo ocorre em clínicas nefrológicas, ambulatorios, unidades hospitalares e na atenção primária à saúde.

Embora não esteja claro se as experiências de doença dos pacientes que recebem cuidados conservadores são compatíveis com as daqueles em diálise, sem dúvida, os CP são um componente crítico do tratamento conservador, já que as principais preocupações desses pacientes e suas famílias provavelmente envolvem sintomas, qualidade de vida, cuidados no fim da vida e suporte disponível. No

entanto, os cuidados conservadores não devem ser confundidos com CP ou ainda com cuidados de fim de vida, na medida em que o tratamento conservador busca também retardar a progressão da doença renal e minimizar eventos adversos ou complicações da doença (E27)³⁵. Existem confusões sobre o significado do manejo conservador entre doentes e familiares, mas também na própria equipe multiprofissional.

No que diz respeito às escolhas entre TSR e manejo conservador, o uso de ferramentas prognósticas, a realização de avaliações funcionais abrangentes e a classificação dos pacientes em fenótipos (saudável, vulnerável ou frágil) podem melhorar a adequação dessas intervenções e facilitar a tomada de decisões compartilhadas; que levem em conta o estado de saúde do paciente, a morbimortalidade e as preferências de cuidado, com foco na qualidade de vida (E9; E19; E22; E24; E30; E33; E35; E39)^{3,27,30,32,38,41,43,47}.

Para todas as faixas etárias de pacientes com DRC avançada, incluindo aqueles em TSR, a integração precoce dos CP tem sido destacada como essencial para uma gestão eficaz da doença, tanto na atenção primária quanto nos cuidados hospitalares (E6; E9; E12; E17; E20; E23; E27; E28, E31; E40; E41)^{16,3,21,26,28,31,35,36,39,48,49}.

Esses cuidados visam aliviar o sofrimento físico, emocional e espiritual dos pacientes e de seus familiares, oferecendo um suporte abrangente que vai além do simples gerenciamento da alta carga de sintomas da doença renal (E27)³⁵. Estudos demonstram que a incorporação precoce e contínua de CP nos cuidados nefrológicos de rotina pode melhorar consideravelmente o bem-estar dos doentes e de suas famílias, ao mesmo tempo em que promove

decisões mais informadas e alinhadas com os valores e preferências dos pacientes (E23; E31 à E33; E43)^{31,39-41,51}.

Contudo, apesar do reconhecimento da importância dos CP, sua implementação na nefrologia enfrenta desafios consideráveis, incluindo barreiras estruturais, como a falta de especialistas; barreiras culturais, como a falta de compreensão sobre o papel dos CP; e barreiras comunicacionais, como a comunicação deficiente entre profissionais. Além disso, a falta de recursos e a resistência à mudança são obstáculos igualmente significativos (E3; E4; E11; E34)^{13,14,20,42}. Para superar essas dificuldades, será necessário educação contínua e o envolvimento ativo e sistemático das partes interessadas (pacientes, famílias, profissionais da nefrologia, profissionais generalistas, comunidade) (E7)¹⁷.

Uma implementação bem-sucedida dos CPR requer um esforço coordenado e sustentado, abrangendo a capacitação da força de trabalho nefrológica para a oferta de CP, a promoção de uma cultura que valorize a abordagem paliativa e o uso de tecnologias como a telemedicina e sistemas de alerta para identificar pacientes que se beneficiariam desses cuidados (E3; E7)^{13,17}.

Modelos colaborativos de cuidados (por exemplo, entre oncologia, nefrologia, geriatria e especialistas em CP) podem facilitar essa integração e ajudar a superar os desafios identificados; garantindo que todas as dimensões do cuidado sejam abordadas (E5; E18)^{15,5}. Reformas nas políticas de saúde, acompanhadas de ajustes financeiros e legislativos, também são necessárias para assegurar o acesso aos CPR e melhorar o seu alinhamento às necessidades dos pacientes; tanto em países em desenvolvimento

quanto nos desenvolvidos (E10; E21)^{19,29}.

Da mesma forma, é fundamental não subestimar a importância do PAC e da comunicação clara e respeitosa entre a equipe multiprofissional, o paciente e a família. Pacientes com DRC avançada, devido a sua fragilidade física e emocional, costumam ter dificuldades para expressar suas preferências de cuidados, particularmente, em relação ao fim da vida. Alguns deles sentem-se desligados da tomada de decisões clínicas e das discussões sobre seu próprio tratamento (E31; E37)^{39,45}.

Profissionais de saúde precisam promover discussões abertas, precoces e frequentes sobre prognósticos, opções de tratamento (incluindo CP e tratamento conservador), desejos dos pacientes e gestão de desafios físicos, emocionais e psicológicos. É importante garantir que as decisões sejam tomadas de maneira compartilhada e que os cuidados sejam adaptados às necessidades e preferências do paciente; sobretudo em estágios avançados da doença (E1; E19 à E22; E25; E26; E28; E36; E40)^{11,27-30,33,34,36,44,48}.

O PAC não deve ser realizado em uma única conversa. Em vez disso, deve ser um processo contínuo iniciado pelos médicos nefrologistas e apoiado por outros membros da equipe de saúde, como enfermeiros e assistentes sociais. Esse processo envolve discussões sobre metas de vida, preferências de cuidados e local de tratamento (E36)⁴⁴.

Adotar uma abordagem contínua desses aspectos pode não apenas melhorar a qualidade do cuidado, mas também a experiência geral do paciente. Ferramentas de auxílio à decisão para pacientes, familiares (E1; E2; E22)^{11,12,30} e profissionais (E1)¹¹ podem facilitar o PAC; promovendo uma discussão

mais ampla das opções de tratamento e metas de cuidados com os prestadores de saúde (E2)¹². Além disso, investigações indicam que a introdução de registros eletrônicos de cuidados de suporte pode aprimorar o planejamento de cuidados ao fim da vida e otimizar o acesso a CP especializados; assegurando um atendimento mais digno (E15; E29)^{24,37}.

Discussões compartilhadas sobre a tomada de decisão e o PAC devem ser iniciadas quando os pacientes estão suficientemente saudáveis para participar ativamente e expressar seus objetivos e prioridades (E19; E25)^{27,33}. Um dos estudos incluídos nesta revisão demonstrou que a autonomia do paciente com ESRD foi mais bem respeitada quando o consentimento foi assinado diretamente pelo paciente, em vez de seus substitutos; originando uma redução de tratamentos desnecessários no final da vida (E8)¹⁸.

Dado que as trajetórias da DRC avançada são imprevisíveis e o declínio cognitivo pode ser progressivo, é primordial iniciar o PAC cedo e manter uma comunicação e reavaliação contínuas ao longo da evolução da doença (E31)³⁹. O prognóstico e os desejos do paciente podem mudar conforme a doença avança (E30)³⁸.

A reavaliação deve ser feita, principalmente, diante de eventos críticos, como hospitalizações, doenças agudas, falhas de tratamento e declínios no estado funcional ou na qualidade de vida, com o intuito de se garantir que os cuidados permaneçam alinhados aos desejos do paciente (E31)³⁹. Essas discussões podem ser formalmente documentadas através de diretrizes avançadas ou ordens médicas para tratamentos de suporte à vida (E8; E9)^{18,3}.

Por fim, é importante destacar que os

profissionais de saúde devem estar atentos ao reconhecimento das diferentes trajetórias da doença e aos padrões de sintomas que os pacientes podem experimentar no último ano de vida. A capacidade de resposta dos serviços de saúde deve ser ajustada às necessidades individuais desses indivíduos, com intervenções flexíveis que reflitam o estágio da doença e as preocupações predominantes (E42)⁵⁰.

Nessa fase, a comunicação compassiva pode ajudar a mitigar o medo e a ansiedade relacionados ao fim da vida, fornecendo suporte emocional e prático tanto para os pacientes quanto para suas famílias. Esse papel tem sido desempenhado, em particular, pela equipe de enfermagem (E16; E42)^{25,50}.

No contexto nefrológico, a enfermagem também é responsável por monitorar e avaliar constantemente a condição dos pacientes com DRC avançada, gerenciar terapias como a diálise, e educar pacientes e famílias sobre a doença e suas implicações. Outro aspecto central do trabalho de enfermagem é facilitar a compreensão das informações fornecidas pelo médico, traduzindo-as em linguagem leiga para que pacientes e familiares possam refletir e lidar com as orientações de forma mais eficaz. Além disso, enfermeiras ajudam a abordar os aspectos psicossociais da doença, oferecendo suporte emocional que auxilia a família a enfrentar as dificuldades associadas ao cotidiano do paciente renal, tanto no presente quanto no futuro (E16)²⁵.

Esse papel abrangente não apenas melhora a adesão ao tratamento e aperfeiçoa a gestão dos sintomas, como também contribui para que pacientes e familiares recebam o apoio necessário para lidar com as complexidades da DRC e seu impacto na vida diária.

Considerações Finais

A gestão da DRC avançada e da ESRD requer uma abordagem abrangente e personalizada que considere a complexidade das comorbidades, a fragilidade dos pacientes e a importância dos CP. A integração de CP desde o início da trajetória da doença, independente do tipo de tratamento adotado, é essencial para oferecer um cuidado que respeite as preferências dos pacientes e melhore a sua qualidade de vida.

A colaboração interdisciplinar, o PAC, a comunicação eficaz e o suporte culturalmente sensível, são estratégias importantes para garantir que o atendimento seja centrado no paciente e adaptado às suas necessidades individuais. A implementação de políticas de saúde específicas para essa população, a pesquisa contínua e a formação dos profissionais de saúde são igualmente fundamentais para o aprimoramento das práticas clínicas e para assegurar um cuidado eficaz aos pacientes com DRC e seus familiares.

Referências

1. Jager KJ, Kovesdy C, Langham R, Rosenberg M, Jha V, Zoccali C. A single number for advocacy and communication-worldwide more than 850 million individuals have kidney diseases. *Kidney Int.* 2019; 96(5):1048-50.
2. Bello AK, Okpechi IG, Levin A, Ye F, Saad S, Zaidi D, et al. *ISN - Global Kidney Health Atlas: An Assessment of Global Kidney Health Care Status focussing on Capacity, Availability, Accessibility, Affordability and Outcomes of Kidney Disease.* Brussels (Belgium): International Society of Nephrology. 2023; 192.
3. Tavares APS, Santos CGS, Tzanno-Martins CT, Barros Neto J, Silva AMM, Lotaif L, et al. Kidney supportive care: An update of the current state of the art of palliative care in CKD patients. *Braz J Nephrol.* 2021; 43(1):74-87.
4. Rodrigues AC, David F, Guedes R, Rocha C, Oliveira HM. Dying with end stage kidney disease:

Factors associated with place of death on a palliative care program. *J Bras Nefrol.* 2023; 20:S0101-28002023005034501.

5. Sturgill D, Bear A. Unique palliative care needs of patients with advanced chronic kidney disease - the scope of the problem and several solutions. *Clin Med (Lond).* 2019; 19(1):26-9.

6. Beng TS, Yun LA, Yi LX, Yan LH, Peng NK, Kun LS, et al. The experiences of suffering of end-stage renal failure patients in Malaysia: a thematic analysis. *Ann Palliat Med.* 2019; 8(4):401-10.

7. Davison SN, Levin A, Moss AH, Jha V, Brown EA, Brennan F, et al. Kidney Disease: Improving Global Outcomes. Executive summary of the KDIGO Controversies Conference on Supportive Care in Chronic Kidney Disease: Developing a roadmap to improving quality care. *Kidney Int.* 2015; 88(3):447-59.

8. International Association for Hospice and Palliative Care. Palliative care definition - Portuguese (Brazilian). Consensus Based Palliative Care Definition. 2019.

9. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(2):v-i.

10. Casarin ST, Porto AR, Gabatz RIB, Bonow CA, Ribeiro JP, Mota MS. Types of literature review: considerations of the editors of the Journal of Nursing and Health. *J. Nurs. Health.* 2020; 10(5):e20104031.

11. Frandsen CE, Dieperink H, Trettin B, Agerskov H. Advance care planning to patients with chronic kidney disease and their families: An Intervention Development Study. *J Clin Nurs.* 2023; 32(23-24):8104-15.

12. Wong SPY, Oestreich T, Prince DK, Curtis JR. A patient decision aid about conservative kidney management in advanced kidney disease: A randomized pilot trial. *Am J Kidney Dis.* 2023; 82(2):179-88.

13. Ernecoff NC, Bell LF, Arnold RM, Shea CM, Switzer GE, Jhamb M, et al. Clinicians' perceptions of collaborative palliative care delivery in chronic kidney disease. *J Pain Symptom Manage.* 2022; 64(2):168-77.

14. Barbieri I, Strini V, Noble H, Amatori S, Sisti D. Nurse-perceived facilitators and barriers to palliative care in patients with kidney disease: a European Delphi survey. *J Ren Care.* 2022; 48:49-

59.

15. Corona AG, Garcia P, Gelfand SL. Palliative care for patients with cancer and kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2022; 29(2):201-07.e1.

16. House TR, Wightman A. Adding life to their years: the current state of pediatric palliative care in CKD. *Kidney360.* 2021; 2(6):1063-71.

17. Chiu HH, Murphy-Burke DM, Thomas SA, Melnyk Y, Kruthaup-Harper AL, Dong JJ, et al; BC Renal Palliative Care Committee. Advancing palliative care in patients with CKD: From ideas to practice. *Am J Kidney Dis.* 2021; 77(3):420-6.

18. Yang C-H, Wu C-Y, Low JTS, Chuang Y-S, Huang Y-W, Hwang S-J, et al. Exploring the impact of different types of Do-Not-Resuscitate Consent on End-of-Life treatments among patients with advanced kidney disease: an observational study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(15):8194.

19. Diamond LH, Armistead NC, Lupu DE, Moss AH; Steering Committee of the Coalition for Supportive Care of Kidney Patients. Recommendations for Public Policy Changes to Improve Supportive Care for Seriously Ill Patients With Kidney Disease. *Am J Kidney Dis.* 2021; 77(4):529-37.

20. Ducharlet K, Philip J, Kiburg K, Gock H. Renal supportive care, palliative care and end-of-life care: Perceptions of similarities, differences and challenges across Australia and New Zealand. *Nephrology (Carlton).* 2021; 26(1):15-22.

21. Krause R, Wearne N, Motsohi T, Davidson B. The primary care provider's role in providing supportive and palliative care for patients in chronic renal failure. *S Afr Fam Pract (2004).* 2020; 62(1):e1-e4.

22. Pyart R, Lim S, Hussein B, Riley S, Roberts G. Who do we discharge from renal clinic and what does it mean for primary care? *Fam Pract.* 2020; 37(2):187-93.

23. Castro MCM. Conservative management for patients with chronic kidney disease refusing dialysis. *Braz J Nephrol.* 2019; 41(1):95-102.

24. Ernecoff NC, Wessell KL, Hanson LC, Lee AM, Shea CM, Dusetzina SB, et al. Electronic health record phenotypes for identifying patients with late-stage disease: a method for research and clinical application. *J Gen Intern Med.* 2019; 34(12):2818-23.

25. Martínez AC, Torres RMG. Percepción de los pacientes con enfermedad renal crónica y terminal, sobre los cuidados paliativos. *Horiz Enferm.* 2019; 30(2):138-52.
26. Heras Benito M, Fernández-Reyes Luis MJ. Shared decision-making in advanced chronic kidney disease in the elderly. *Med Clin (Barc).* 2019; 152(5):188-94.
27. Scott J, Owen-Smith A, Tonkin-Crine S, Rayner H, Roderick P, Okamoto I, et al. Decision-making for people with dementia and advanced kidney disease: A secondary qualitative analysis of interviews from the conservative kidney management assessment of practice patterns study. *BMJ Open.* 2018; 8(11):e022385.
28. Thumfart J, Reindl T, Rheinlaender C, Müller D. Supportive palliative care should be integrated into routine care for paediatric patients with life-limiting kidney disease. *Acta Paediatr.* 2018; 107(3):403-07.
29. Kurella Tamura M, O'Hare AM, Lin E, Holdsworth LM, Malcolm E, Moss AH. Palliative care disincentives in CKD: Changing policy to improve CKD care. *Am J Kidney Dis.* 2018; 71(6):866-73.
30. Davison SN. Personalized Approach and Precision Medicine in Supportive and End-of-Life Care for Patients With Advanced and End-Stage Kidney Disease. *Semin Nephrol.* 2018; 38(4):336-45.
31. Bonner A, Chambers S, Healy H, Hoy W, Mitchell G, Kark A, Ratanjee S, Yates P. Tracking patients with advanced kidney disease in the last 12 months of life. *J Ren Care.* 2018; 44(2):115-122.
32. O'Hare AM, Song MK, Kurella Tamura M, Moss AH. Research priorities for palliative care for older adults with advanced chronic kidney disease. *J Palliat Med.* 2017; 20(5):453-60.
33. Rosansky SJ, Schell J, Shega J, Scherer J, Jacobs L, Couchoud C et al. Treatment decisions for older adults with advanced chronic kidney disease. *BMC Nephrol.* 2017; 18(1):200.
34. Raghavan D, Holley JL. Conservative care of the elderly CKD patient: A practical guide. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2016; 23(1):51-6.
35. Song MK. Quality of life of patients with advanced chronic kidney disease receiving conservative care without dialysis. *Semin Dial.* 2016; 29(2):165-9.
36. Davison SN, Moss AH. Supportive care: Meeting the needs of patients with advanced chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2016; 11(10):1879-80.
37. Harrison JK, Clipsham LE, Cooke CM, Warwick G, Burton JO. Establishing a supportive care register improves end-of-life care for patients with advanced chronic kidney disease. *Nephron.* 2015; 129(3):209-13.
38. Germain MJ. How to integrate predictions in outcomes in planning clinical care. *Blood Purif.* 2015; 39(1-3):65-9.
39. Combs SA, Davison SN. Palliative and end-of-life care issues in chronic kidney disease. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2015; 9(1):14-9.
40. Fassett RG. Current and emerging treatment options for the elderly patient with chronic kidney disease. *Clin Interv Aging.* 2014; 9:191-9.
41. Scherer JS, Swidler MA. Decision-making in patients with cancer and kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2014; 21(1):72-80.
42. Davison SN, Jhangri GS, Koffman J. Knowledge of and attitudes towards palliative care and hospice services among patients with advanced chronic kidney disease. *BMJ Support Palliat Care.* 2014; 6(1):66-74.
43. Shum CK, Tam KF, Chak WL, Chan TC, Mak YF, Chau KF. Outcomes in older adults with stage 5 chronic kidney disease: Comparison of peritoneal dialysis and conservative management. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2014; 69(3):308-14.
44. Davison R, Sheerin NS. Prognosis and management of chronic kidney disease (CKD) at the end of life. *Postgrad Med J.* 2014; 90(1060):98-105.
45. Tong A, Cheung KL, Nair SS, Kurella Tamura M, Craig JC, Winkelmayer WC. Thematic synthesis of qualitative studies on patient and caregiver perspectives on end-of-life care in CKD. *Am J Kidney Dis.* 2014; 63(6):913-27.
46. Hussain JA, Mooney A, Russon L. Comparison of survival analysis and palliative care involvement in patients aged over 70 years choosing conservative management or renal replacement therapy in advanced chronic kidney disease. *Palliat Med.* 2013; 27(9):829-39.

47. Swidler MA. Geriatric renal palliative care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2012; 67(12):1400-9.
48. Brown EA. Quality of life at end of life. *J Ren Care*. 2012; 38 Suppl 1:138-44.
49. Latos DL, Lucas J. Geriatric nephrology: a paradigm shift in the approach to renal replacement therapy. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2011; 18(6):412-9.
50. Murtagh FE, Sheerin NS, Addington-Hall J, Higginson IJ. Trajectories of illness in stage 5 chronic kidney disease: a longitudinal study of patient symptoms and concerns in the last year of life. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2011; 6(7):1580-90.
51. Germain MJ, Davison SN, Moss AH. When enough is enough: the nephrologist's responsibility in ordering dialysis treatments. *Am J Kidney Dis*. 2011; 58(1):135-43.
52. Clinical practice guidelines on shared decision-making in the appropriate initiation of and withdrawal from dialysis. Renal Physicians Association/American Society of Nephrology Working Group. *J Am Soc Nephrol*. 2000; 11(9):2.
53. Moss AH. Revised dialysis clinical practice guideline promotes more informed decision-making. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010; 5(12):2380-3.
54. Carvalho RT, Parsons HA (Orgs.). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Ampliado e atualizado. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). 2012.
55. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução CNS nº 729, de 07 de dezembro de 2023. Aprova a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS (PNCP). Diário Oficial da União Edição: 10 - Seção: 1 - Página: 46. Em: 15/01/2024.
56. Santos AFJ, Ferreira EAL, Guirro UBP. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil – 2019. 1 ed. São Paulo: ANCP. 2020.