



A fase final de vida pode ser definida como o momento no qual a progressão da doença de base é inevitável e os cuidados de saúde devem priorizar o controle de sintomas, dado que não se pode impedir a sua evolução. É neste momento que ponderações sobre descalonamento de complexidade de cuidados bem como condutas a fim de evitar ações que possam promover distanásia são mandatórias. O tempo de evolução e do desfecho para a morte são variáveis a depender da doença de base.

Este documento foi elaborado para ponderações no cuidados de adultos e pessoas idosas

I. ASSISTENCIAL

1. INDICADORES GERAIS DE DETERIORAÇÃO (de acordo com SPICT-BR™)

- Internações hospitalares não programadas
- Declínio funcional progressivo
- Dependência de outras pessoas para cuidados pessoais devido a problemas físicos ou de saúde mental
- Sintomas persistentes mesmo com tratamento otimizado da condição de base
- Paciente ou familiar solicitam suspensão de medidas com foco em cuidados paliativos

2. CRITÉRIOS ESPECÍFICOS DE FASE FINAL DE VIDA

Demência

- Déficit cognitivo grave, com incapacidade de reconhecer familiares próximos.
- Capacidade verbal muito limitada (frequentemente restrita a poucas palavras ou frases por dia).
- Dependência total para todas as atividades de vida diária
- Incapacidade de deambular independentemente.
- Incontinência urinária e fecal.

Doença cardíaca

- Sintomas graves e persistentes de insuficiência cardíaca (classe funcional NYHA III ou IV).
- Disfunção cardíaca severa, evidenciada por pelo menos um dos itens seguintes: fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) $\leq 30\%$, insuficiência ventricular direita isolada, valvopatia grave não operável, cardiopatia congênita grave não operável, ou disfunção diastólica significativa com FEVE $\geq 40\%$ e níveis elevados de peptídeos natriuréticos.
- Internações ou atendimentos não programados nos últimos 12 meses por episódios de congestão refratária (necessitando diuréticos intravenosos em altas doses ou combinações), baixo débito cardíaco (necessitando inotrópicos ou vasopressores), ou arritmias malignas.
- Comprometimento grave da capacidade funcional, como incapacidade de realizar exercício, distância no teste de caminhada de 6 minutos < 300 m, ou consumo de oxigênio de pico (VO_2) $< 12-14$ mL/kg/min, atribuível à insuficiência cardíaca

Doença Pulmonar

- Progressão dos sintomas respiratórios
- Declínio significativo da função pulmonar, evidenciado por queda absoluta da capacidade vital forçada (CVF) $\geq 5\%$ ou da capacidade de difusão do monóxido de carbono (DLCO) $\geq 10\%$ ao longo de 12 meses.
- Evidência radiológica de progressão
- Necessidade de oxigenoterapia suplementar em repouso ou durante atividades mínimas.
- Hipoxemia persistente ($PaO_2 \leq 60$ mmHg) e/ou hipercapnia ($PaCO_2 > 45$ mmHg), especialmente em fases terminais.
- Internações recorrentes por insuficiência respiratória ou exacerbações agudas.
- Comprometimento funcional grave.
- Presença de hipertensão pulmonar associada ou sinais de falência ventricular direita.

Doença Hepática

- Cirrose com uma ou mais complicações no último ano (ascite refratária, encefalopatia, síndrome hepato-renal, PBE, sangramento recorrente em virtude de varizes por hipertensão portal) quando o transplante não é uma possibilidade.

Doença Renal

- Taxa de filtração glomerular (TFG) estimada persistentemente < 15 mL/min/1,73 m² por mais de 3 meses, caracterizando doença renal crônica estágio G5, conforme recomendado pela *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO).
- Presença de sintomas urêmicos refratários ao tratamento clínico, como náuseas, vômitos, anorexia, prurido, alteração do estado mental, pericardite, encefalopatia ou pleurite.
- Distúrbios hidroeletrólíticos graves e persistentes.
- Indicação de terapia renal substitutiva (diálise ou transplante), ou decisão por cuidados conservadores em pacientes com contra-indicação ou recusa de diálise.

Doença neurológica

- Dependência funcional persistente após evento cerebrovascular.
- Pneumonia aspirativa recorrente.
- Problema de fala ou perda da capacidade comunicação.
- Deterioração progressiva da capacidade física ou funcional.

Câncer

- Diagnóstico da fase final de vida (semanas a meses): Pacientes com câncer avançado (metastático e/ou incurável para tumores sólidos; recidivado ou refratário para neoplasias hematológicas) com performance status persistentemente baixo (ECOG ≥ 3 ; KPS $\leq 50\%$) para os quais inexistem terapias modificadores de doença com alta probabilidade de determinar redução da carga tumoral e melhora na funcionalidade devem ser avaliados por um modelo prognóstico validado que combine o julgamento clínico a variáveis clínicas e laboratoriais para estimar a expectativa de vida. Recomenda-se o uso da calculadora www.predictsurvival.com.
- Diagnóstico de morte iminente (em até 3 dias):
 - Diurese < 100ml nas últimas 12h.
 - Sororoca.
 - Queda do sulco nasolabial.
 - Respiração de Cheyne-Stokes.
 - Respiração com movimento mandibular.

3. INDICAÇÃO DE REVISÃO DO PLANO DE CUIDADO

Repensar o plano de cuidados : Considerar avaliação de uma equipe de Cuidados Paliativos, revisar o tratamento, otimizar o cuidado e reduzir polifarmácia, elaborar plano para momento atual e futuro com pessoas e familiares próprios

4. ALOCAÇÃO

Considerar transferência para Unidade de Internação com menor complexidade de cuidados (UTI--> SEMI--> CMC)

5. INDICADORES DE QUALIDADE

Com o objetivo de evitar procedimentos desnecessários, ou seja, ações que não serão ponte para melhora da qualidade de cuidado.

- Taxa descalonamento de medidas de suporte avançado de vida.
- Taxa de ampliação de banner de não invasões.
- Taxa descalonamento de unidade de internação.
- Taxa de óbito em UTI e taxa de óbito em semi-intensiva.
- Taxa de tratamento modificador de doença nos últimos 14 dias de vida.
- Taxa de acionamento da equipe de Cuidados de Suporte e Paliativos.

6. FLUXO DE ACIONAMENTO

- **Einstein Unidade Morumbi:** pedido de interconsulta realizado pelo médico titular de maneira espontânea ou por acionamento do risco paliativo (triagem) por meio de prescrição em sistema eletrônico. Ramal 76405
- **HMVSC:** contato com a equipe de Cuidados de Suporte em prescrição, pela equipe médica ou equipe multiprofissional e busca Ativa pelas enfermeiras paliativistas.
- **Hospital Moyses Deutsch:** acionamento da equipe na enfermaria nos períodos da manhã ou tarde
- **Hospital Ipiranga e Heliópolis:** acionamento da equipe responsável de acordo com fluxo local
- **HMAP e HUGO:** acionamento da equipe responsável de acordo com fluxo local
- **Einstein Goiânia:** acionamento da equipe responsável de acordo com fluxo local
- **HOEB:** preencher alerta de fim de vida no prontuário eletrônico

II. GLOSSÁRIO

PBE- Peritonite bacteriana espontânea

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

SEMI- Unidade Semi Intensiva

CMC- Clínica Médica Cirúrgica

III. REFERÊNCIAS

- [1] Department of Health. End of life care strategy: promoting high quality care for all adults at the end of life. London: Department of Health, 2008.
- [2] Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR™). ©The University of Edinburgh and NHS Lothian 2021.
- [3] Advanced Dementia. The New England Journal of Medicine. 2015. Mitchell SL.
- [4] The Clinical Course of Advanced Dementia. The New England Journal of Medicine. 2009. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, et al.
- [5] Advanced Dementia: Brain-State Characteristics and Clinical Indicators of Early Mortality. Journal of Alzheimer's Disease : JAD. 2021. Jaul E, Meiron O.
- [6] 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Journal of the American College of Cardiology. 2022. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al.Guideline
- [7] Interstitial Lung Diseases. Lancet. 2022. Wijsenbeek M, Suzuki A, Maher TM.
- [8] Spectrum of Fibrotic Lung Diseases. The New England Journal of Medicine. 2020. Wijsenbeek M, Cottin V.
- [9] Performance Characteristics for Physiological Measures of Progressive Pulmonary Fibrosis. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2025. Newton CA, Thenappan A, Liu GY, et al.New
- [10] Changes in Lung Function and Mortality Risk in Patients With Idiopathic Pulmonary Fibrosis. Chest. 2025. Oldham JM, Neely ML, Wojdyla DM, et al.New
- [11] Validation of Proposed Criteria for Progressive Pulmonary Fibrosis. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2022. Pugashetti JV, Adegunsoye A, Wu Z, et al.
- [12] Diagnosis and Management of Cirrhosis and Its Complications: A Review. The Journal of the American Medical Association. 2023. Tapper EB, Parikh ND.
- [13] Chronic Kidney Disease Diagnosis and Management: A Review. The Journal of the American Medical Association. 2019. Chen TK, Knicely DH, Grams ME.
- [14] Hui D, Hess K, Dos Santos R, et al. A Diagnostic Model for Impending Death in Cancer Patients: Preliminary Report. Cancer 2015;121(21): 3914-3921.
- [15] Hui D, Dos Santos R, Chisholm G, et al. Bedside clinical signs associated with impending death in patients with advanced cancer: preliminary findings of a prospective, longitudinal cohort study. Cancer. 2015; 121(6):960-7.
- [16] Hui D, Dos Santos R, Chisholm G, et al. Clinical signs of impending death in cancer patients. Oncologist. 2014; 19(6):681-7.
- [17] Suh SY, Choi YS, Shim JY, et al. Construction of a new, objective prognostic score for terminally ill cancer patients: a multicenter study. Support Care in Cancer. 2010 Feb;18(2):151-7.

Código Documento:	Elaborador:	Revisor PM:	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
CPTW518.1	Ana Beatriz Di Tommaso Carolina Moraes Tsuchida	Fernando Ramos de Mattos	Andrea Maria Novaes Machado	01/04/2026	01/04/2026