

Diretrizes do Projeto de Consenso Nacional Sumário

As Diretrizes completas estão disponíveis no:
<http://www.nationalconsensusproject.org/>

Domínio 1: Estrutura e Processo do Cuidado

Diretriz 1.1 O plano de cuidado se baseia em uma avaliação interdisciplinar abrangente do paciente e da família.

Critérios:

- A avaliação e sua documentação são interdisciplinares e coordenadas.
- As avaliações iniciais e subseqüentes são feitas através de entrevistas com o paciente e com a família, revisão do histórico médico, discussão com outros provedores, exame e avaliação física, e exames de laboratório ou outros testes para diagnóstico e procedimentos relevantes.
- A avaliação inclui a documentação do status da doença, inclusive diagnóstico e prognóstico; distúrbios médicos e psiquiátricos co-mórbidos; sintomas físicos e psicológicos; status funcional; preferências e preocupações sociais, culturais e espirituais e as documentadas nas instruções de cuidado, inclusive se é apropriado o encaminhamento para o *hospice*. A avaliação de crianças deve ser conduzida levando em conta a idade e o estágio de desenvolvimento neuro-cognitivo.
- As expectativas do paciente e da família, metas para o cuidado e para a vida, entendimento da doença e do prognóstico, bem como as preferências em relação ao local e tipo de cuidado são avaliados e documentados.
- A avaliação é revisada regularmente.

Diretriz 1.2 O plano de cuidado se baseia nos valores identificados e expressos, objetivos e necessidades do paciente e da família, e é desenvolvido com orientação profissional e apoio para a tomada de decisões.

Critérios:

- O plano de cuidado se baseia em uma avaliação contínua, determinada a partir dos objetivos estabelecidos com o paciente e a família, e levando em conta a avaliação variável de benefício/ônus em pontos de decisão críticos durante o curso da doença.
- O plano de cuidado é desenvolvido a partir das informações vindas do paciente, da família, de cuidadores, de profissionais da saúde envolvidos e da equipe de cuidados paliativos, com informações adicionais, quando necessário, de outros especialistas e cuidadores como educadores, religiosos, amigos, etc.
- As mudanças no plano de cuidado se baseiam na evolução das necessidades e preferências do paciente e da família com o passar do tempo, e reconhecem que as prioridades nos objetivos do cuidado podem ser complexas, conflitantes e mutáveis.
- A equipe interdisciplinar coordena e compartilha a informação, dá apoio nas tomadas de decisão, desenvolve e executa o plano de cuidado, e comunica o plano de cuidados paliativos para o paciente e para a família, para todos os

profissionais da saúde envolvidos e para os provedores responsáveis quando o paciente for transferido para outros cenários de cuidado.

- As alternativas de tratamento e cenário de cuidado são claramente documentadas e comunicadas, e permitem que o paciente e sua família façam escolhas conscientes.

- As decisões de tratamento se baseiam nos objetivos do cuidado, na avaliação de risco e benefício, nas melhores evidências e nas preferências do paciente e da família. A reavaliação da eficácia do tratamento e das preferências do paciente/família é documentada.

- A evolução do plano de cuidado deve ser claramente documentada.

Diretriz 1.3 Uma equipe interdisciplinar presta serviços consistentes com o plano de cuidado ao paciente e à família.

Critérios:

- Cuidados paliativos especializados são fornecidos por uma equipe interdisciplinar.

- A equipe inclui profissionais de cuidados paliativos com a formação adequada à população específica da qual o paciente faz parte, com credenciais, experiência e capacidade para atender às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais do paciente e de sua família. É particularmente importante a contratação de médico, enfermeiras(os), e assistentes sociais com treinamento adequado e, basicamente, com qualificação em *hospice* e cuidados paliativos.

- A equipe interdisciplinar de cuidados paliativos envolvida no cuidado de crianças, sejam elas pacientes ou filhos de pacientes adultos, deve ser qualificada na prestação de serviços para tais crianças.

- O paciente e a família têm acesso a peritos em cuidados paliativos e assistentes 24 horas por dia, 7 dias por semana.

- Há a disponibilidade de serviços de repouso para as famílias e cuidadores de crianças ou adultos com doenças que trazem risco de vida.

- A equipe interdisciplinar se comunica com regularidade (pelo menos semanalmente, ou mais vezes se a situação clínica demandar) para planejar, revisar e avaliar o plano de cuidado, com participação tanto do paciente quanto da família.

- A equipe se encontra regularmente para discutir providências de um cuidado com qualidade, programa de ação e práticas clínicas.

- A liderança da equipe tem treinamento, qualificação e experiência adequados.

- Os planos de ação para priorizar e responder aos encaminhamentos em tempo hábil são documentados.

Diretriz 1.4 A equipe interdisciplinar pode incluir voluntários adequadamente treinados e supervisionados.

Critérios:

- Se houver a participação de voluntários, deve haver planos de ação e procedimentos que garantam a necessária educação dos voluntários, que orientem o recrutamento, a seleção, o treinamento, as práticas de trabalho, apoio, supervisão e avaliação da atuação, e que esclareçam as responsabilidades do programa para os voluntários.

■ Os voluntários são selecionados, treinados, coordenados e supervisionados por um membro da equipe com formação e experiência profissional adequada.
Diretriz 1.5 Há apoio para formação e treinamento da equipe interdisciplinar.

Critérios:

■ Neste documento estão contidos recursos didáticos e educação profissional continuada com foco nas questões dos cuidados paliativos, que são regularmente oferecidos para a equipe e a participação é documentada.

Diretriz 1.6 O programa de cuidados paliativos está comprometido com a melhoria da qualidade das práticas clínicas e administrativas.

Critérios:

■ O programa de cuidados paliativos deve comprometer-se com a busca de excelência e da mais alta qualidade de cuidado e apoio para todos os pacientes e suas famílias. A determinação da qualidade requer análise, avaliação, revisão, estabelecimento de metas e inspeção regulares e sistemáticos dos processos e resultados do cuidado fornecido pelo programa.

■ O cuidado de qualidade deve a todo momento para estar atento a:

- Segurança e sistemas de cuidados que reduzam o erro.
- Oportunidade: o cuidado dado ao paciente certo no momento certo.
- Cuidado centrado no paciente, baseado nos objetivos e preferências do paciente e da família.
- Cuidado benéfico e/ou eficiente, com influência demonstrável em efeitos importantes no paciente ou nos processos de cuidado vinculados a efeitos desejáveis.
- Equidade: o cuidado deve estar disponível para todos os que precisarem e que possam ser beneficiados por ele.
- Eficiência: cuidado planejado para atender às necessidades reais do paciente de modo que não haja desperdício de recursos.

■ O programa de cuidados paliativos estabelece planos de ação e procedimentos visando a melhoria da qualidade.

■ Atividades para melhoria de qualidade devem ser rotineiras, regulares e relatadas, se demonstra a sua influência na prática clínica.

■ As práticas clínicas dos programas de cuidado paliativo refletem a integração e a disseminação de pesquisa e evidência de melhoria da qualidade.

■ As atividades para melhoria da qualidade dos serviços clínicos são colaborativas, interdisciplinares e focadas em atender as necessidades identificadas dos pacientes e de suas famílias.

■ Pacientes, familiares, profissionais da saúde e pessoas da comunidade podem fornecer informações para a avaliação do programa.

Diretriz 1.7 O programa de cuidados paliativos reconhece o impacto emocional que o cuidado de pacientes com doenças de risco de vida e de suas famílias tem sobre a equipe de cuidados paliativos.

Critérios:

■ Há apoio emocional disponível para a equipe e os voluntários quando for adequado.

■ Linhas de ação orientam o apoio à equipe e aos voluntários. Estas incluem reuniões regulares para revisão e discussão do impacto e dos processos envolvidos na prestação de cuidados paliativos.

Diretriz 1.8 Os programas de cuidados paliativos devem ter uma relação com um ou mais *hospices* e outros recursos da comunidade para garantir a continuidade do cuidado paliativo da mais alta qualidade durante a trajetória da doença.

Critérios:

■ Os programas de cuidados paliativos devem apoiar e promover a continuidade do cuidado em diferentes cenários durante a trajetória da doença.

■ Quando apropriado, os pacientes e os familiares são rotineiramente informados sobre e encaminhados para *hospices* e outros recursos comunitários de saúde.

■ Os médicos e profissionais da saúde que fazem o encaminhamento são rotineiramente informados a respeito da disponibilidade e benefícios dos *hospices* e de outros recursos de saúde comunitários para os pacientes e familiares quando apropriado e indicado.

■ São estabelecidas regras para a comunicação formal escrita e verbal entre o programa de cuidados paliativos, os programas de *hospice* e outros provedores comunitários importantes envolvidos no cuidado do paciente sobre todos os domínios no plano de cuidado. As regras possibilitam uma troca de informações oportuna e eficiente entre as equipes, ao mesmo tempo em que protegem a privacidade.

■ Quando possível, as equipes do *hospice* e dos cuidados paliativos participam rotineiramente das reuniões de equipes uns dos outros para promover uma comunicação profissional constante, colaboração e um plano de cuidado integrado para o bem dos pacientes e familiares.

■ Os programas de cuidados paliativos e dos *hospices*, assim como outros provedores de cuidado comunitários importantes, rotineiramente buscam oportunidades para colaborar e trabalhar em parceria para promover um maior acesso ao cuidado paliativo de qualidade em todo o espectro.

Diretriz 1.9 O ambiente físico no qual o cuidado é oferecido deve atender às preferências, necessidades e circunstâncias do paciente e da família dentro do possível.

Critérios:

■ Quando viável, o cuidado é oferecido no cenário preferido pelo paciente e por sua família.

■ Quando o cuidado é oferecido fora do domicílio do paciente, o cenário de cuidado deve promover a segurança e, quando apropriado e viável, horários de visita flexíveis e abertos, espaço para os familiares ficarem, descansarem, comerem ou prepararem refeições e reunirem-se com a equipe de cuidados paliativos e outros profissionais, bem como privacidade e outras necessidades identificadas pela família. O cenário de cuidado deve levar em conta as necessidades específicas de crianças, quer sejam pacientes, membros da família ou visitantes.

Domínio 2: Aspectos Físicos do Cuidado

Diretriz 2.1 A dor, outros sintomas e efeitos colaterais são administrados tomando por base as melhores evidências disponíveis, que devem ser hábil e sistematicamente aplicadas.

Critérios:

- A equipe interdisciplinar inclui profissionais especializados em controle de sintomas.
- A avaliação regular e contínua da dor e de sintomas indolores (inclusive, mas sem limitar-se a: respiração curta, náusea, fadiga, fraqueza, anorexia, insônia, ansiedade, depressão, confusão e constipação), o tratamento dos efeitos colaterais e as capacidades funcionais são documentados. Quando disponíveis, instrumentos validados devem ser usados. A avaliação de sintomas em crianças e pacientes com cognição debilitada deve ser feita com as ferramentas apropriadas.
- O resultado da administração da dor e dos sintomas deve ser a redução oportuna e com segurança da dor e dos níveis dos sintomas, pelo tempo que o sintoma persistir, até um nível que seja aceitável para o paciente.
- A resposta ao sofrimento causado pelos sintomas é imediata e documentada no histórico médico.
- Os obstáculos à administração eficaz da dor □ como medo descabido dos riscos de efeitos colaterais, adição, depressão respiratória e aceleração da morte associada ao uso de analgésicos opióides □ devem ser reconhecidos e discutidos.
- Um plano para administração de riscos deve ser implementado quando substâncias controladas são prescritas para administração dos sintomas a longo prazo.
- O entendimento que o paciente tem da doença e suas conseqüências, sintomas, efeitos colaterais dos tratamentos, debilitação da funcionalidade e tratamentos potencialmente úteis é avaliado. A capacidade que o paciente tem de assegurar e aceitar o cuidado necessário e de enfrentar a doença e suas conseqüências é avaliada.
- O entendimento que a família tem da doença e suas conseqüências, sintomas, efeitos colaterais, debilitação funcional e tratamentos é avaliado. A capacidade que a família tem de assegurar e prover o cuidado necessário e de enfrentar a doença e suas conseqüências é avaliada.
- O tratamento de sintomas aflitivos e efeitos colaterais incorpora terapias farmacológicas, não farmacológicas, complementares e de apoio. A abordagem ao alívio do sofrimento é abrangente e trata dos aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais.
- O encaminhamento para profissionais especializados em administração de sintomas é disponibilizado quando adequado (p.ex. radio terapeutas, especialistas em controle da dor por anestesia, ortopedistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e especialistas em vida infantil).
- A família é instruída e apoiada para oferecer medidas de conforto seguras e adequadas ao paciente. São oferecidos à família recursos suplementares para necessidades urgentes.

- Um processo para melhoria da qualidade e revisão da avaliação médica e funcional e da eficácia do tratamento é documentado e leva à mudança na prática clínica.

Domínio 3: Aspectos Psicológicos e Psiquiátricos do Cuidado

Diretriz 3.1 Questões psicológicas e psiquiátricas são avaliadas e administradas com base nas melhores evidências disponíveis, que são hábil e sistematicamente aplicadas.

Critérios:

- A equipe interdisciplinar inclui profissionais com habilidades específicas e treinamento nas conseqüências psicológicas e co-morbidez psiquiátrica de doenças graves tanto para o paciente como para a família, incluindo depressão, ansiedade, delírio e debilitação cognitiva.
- A avaliação regular e contínua de reações psicológicas (inclusive, mas sem limitar-se a: stress, luto antecipatório e estratégias de manejo da situação) e de condições psiquiátricas ocorre e é documentada. Sempre que possível, deve ser usada uma ferramenta de avaliação validada e específica para o contexto.
- A avaliação psicológica inclui a avaliação do entendimento que o paciente tem da doença, dos sintomas, efeitos colaterais e tratamentos destes, bem como uma avaliação das necessidades de cuidado e das capacidades e estratégias de manejo.
- A avaliação psicológica inclui a avaliação do entendimento que a família tem da doença e de suas conseqüências para o paciente e para a família, e a avaliação de sua capacidade de prover cuidado, suas necessidades e estratégias de manejo.
- A família é instruída e apoiada para oferecer medidas de conforto psicológico seguras e apropriadas para o paciente.
- Terapias farmacológicas, não farmacológicas e complementares são utilizadas no tratamento do sofrimento psicológico ou síndromes psiquiátricas, quando apropriado. As alternativas de tratamento são claramente documentadas e comunicadas, permitindo que o paciente e a família façam escolhas conscientes.
- A resposta ao sofrimento sintomático deve ser imediata e documentada no histórico médico. A reavaliação regular da eficácia do tratamento e as preferências do paciente/família são documentadas.
- Encaminhamento para profissionais da saúde especializados em manejo psicológico e psiquiátrico adequado à idade é disponibilizado quando apropriado (p.ex. psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais). Co-morbidades psiquiátricas identificadas nos familiares ou cuidadores são encaminhadas para tratamento.
- Apoio e avaliação adequados ao nível de desenvolvimento são fornecidos para pacientes pediátricos, seus irmãos e para os filhos e netos de pacientes adultos.
- A comunicação com crianças e indivíduos cognitivamente debilitados ocorre através de métodos verbais, não verbais e/ou simbólicos adequados ao estágio de desenvolvimento e capacidade cognitiva.
- As decisões sobre tratamentos se baseiam nos objetivos do cuidado, avaliação de risco e benefício, evidências e nas preferências do paciente/família.

O objetivo é atender às necessidades psicológicas, tratar distúrbios psiquiátricos, promover ajustamento e apoiar oportunidades de crescimento emocional, cura, "re-significação", fechamento de situações inacabadas e dar apoio durante o período de luto.

■ O processo para a melhoria da qualidade e revisão da avaliação psicológica e psiquiátrica e da eficácia do tratamento é documentado e leva a mudanças na prática clínica.

Diretriz 3.2 Há um programa de apoio ao luto disponível para os pacientes e familiares, baseado na avaliação da necessidade deste serviço.

Critérios:

■ A equipe interdisciplinar inclui profissionais com treinamento adequado ao grupo populacional do paciente e habilidade para cuidar de pacientes e famílias que vivenciam a perda e o luto.

■ Os serviços de apoio ao luto são reconhecidos como um componente central do programa de cuidados paliativos.

■ Serviços de apoio ao luto e acompanhamento são disponibilizados para a família por no mínimo 12 meses, ou pelo tempo necessário, após a morte do paciente.

■ A avaliação do risco de luto é rotineira, adequada ao nível de desenvolvimento e contínua para o paciente e familiares por toda a trajetória da doença, e reconhece questões ligadas à perda e ao luto quando se convive com uma doença com risco de vida.

■ A avaliação clínica é utilizada para identificar pessoas com risco de luto complicado e sua associação com depressão e complicações co-mórbidas, particularmente entre os idosos.

■ A informação sobre perda e luto e a disponibilidade de serviços de apoio ao luto, inclusive daqueles disponíveis através do *hospice* e outros programas da comunidade, é disponibilizada rotineiramente para as famílias antes e depois da morte do paciente, desde que seja culturalmente adequada e desejada.

■ As intervenções e o apoio ao luto são fornecidos de acordo com as necessidades espirituais, culturais e de desenvolvimento, com as expectativas e preferências da família, incluindo a atenção às necessidades dos irmãos de pacientes pediátricos e dos filhos de pacientes adultos.

■ A equipe e os voluntários dos serviços de apoio ao luto recebem educação, supervisão e apoio contínuos.

■ O encaminhamento para profissionais da saúde especializados é feito quando for clinicamente indicado.

Domínio 4: Aspectos Sociais do Cuidado

Diretriz 4.1 Uma avaliação interdisciplinar abrangente identifica as necessidades sociais dos pacientes e seus familiares, e um plano de cuidado é desenvolvido para responder a essas necessidades da forma mais eficaz possível.

Critérios:

■ A equipe interdisciplinar inclui profissionais com treinamento adequado ao grupo populacional do paciente e habilidade para identificar e atender as

necessidades sociais e práticas que surgem durante uma enfermidade com risco de vida ou crônica debilitante.

- Profissionais especializados na avaliação e administração das necessidades de crianças devem estar disponíveis para pacientes pediátricos e filhos de pacientes adultos, sempre que apropriado.
- Uma avaliação social interdisciplinar e abrangente é completada e documentada, e inclui: estrutura familiar e localização geográfica; relacionamentos; linhas de comunicação; rede social e cultural existente; apoio social percebido; tomadas de decisão médicas; cenários de trabalho e escola; finanças; sexualidade; intimidade; situação de moradia; disponibilidade de cuidador; acesso à transporte; acesso a medicamentos com e sem prescrição e produtos nutricionais; acesso a equipamento necessário; recursos comunitários, incluindo cenários de trabalho e escola; questões legais. São feitas reuniões rotineiras entre paciente, familiares e a equipe interdisciplinar para avaliar o entendimento e atender às questões; fornecer informação e ajudar na tomada de decisões; discutir os objetivos e o planejamento do cuidado; determinar desejos, preferências, esperanças e medos; prover apoio emocional e social, e melhorar a comunicação.
- O plano de cuidado social é formulado a partir de avaliações e reavaliações culturais e sociais abrangentes, e reflete e documenta os valores, os objetivos e as preferências enunciadas pelo paciente e pela família ao longo do tempo. As intervenções são planejadas para minimizar o impacto adverso do cuidado na família e de promover os objetivos e o bem estar do cuidador e da família.
- É feito o encaminhamento para serviços adequados que atendam às necessidades sociais identificadas e promovam acesso a cuidado, ajuda em casa, escola ou trabalho, transporte, reabilitação, medicamentos, terapia, recursos comunitários e equipamento.

Domínio 5: Aspectos Espirituais, Religiosos e Existenciais do Cuidado

Diretriz 5.1 As dimensões espiritual e existencial são avaliadas e atendidas com base nas melhores evidências disponíveis, que são hábil e sistematicamente aplicadas.

Critérios:

- A equipe interdisciplinar inclui profissionais habilitados para avaliar e responder às questões espirituais e existenciais que pacientes adultos e pediátricos com enfermidades e condições de risco de vida e suas famílias possam vir a enfrentar.
- A exploração regular e contínua de preocupações espirituais e existenciais ocorre e é documentada (inclusive, mas sem limitar-se a: revisão da vida, avaliação de esperanças e medos, significado, propósito, crenças sobre o pós morte, culpa, perdão e tarefas de fechamento de vida). Sempre que possível, deve ser usado um instrumento padronizado.
- Uma avaliação espiritual é utilizada para identificar o pano de fundo religioso ou espiritual/existencial, preferências e crenças relacionadas, rituais e práticas do paciente e da família.

- A reavaliação periódica do impacto das intervenções espirituais/existenciais e das preferências do paciente e familiares é documentada.
- As necessidades, objetivos e preocupações espirituais/existenciais são atendidos e documentados, e é oferecido apoio para às questões de encerramento de vida de uma forma consistente com os valores culturais e religiosos do indivíduo e da família.
- O cuidado pastoral e os outros profissionais de cuidados paliativos facilitam contatos com comunidades, grupos ou indivíduos espirituais/religiosos, de acordo com os desejos do paciente e/ou família, e têm acesso aos clérigos em suas próprias tradições.
- O uso profissional e institucional de símbolos religiosos leva em conta a diversidade religiosa e cultural.
- O paciente e a família são encorajados a exibir seus próprios símbolos religiosos/espirituais.
- O serviço de cuidados paliativos facilita rituais religiosos ou espirituais de acordo com o desejo do paciente e família, especialmente na hora da morte.
- O encaminhamento para profissionais com conhecimento ou habilidades especializados em questões espirituais e existenciais é disponibilizado quando adequado (p.ex. para um religioso familiarizado com, ou proveniente da tradição religiosa do paciente)
- Um processo para melhoria da qualidade é documentado e leva à mudança na prática clínica.

Domínio 6: Aspectos Culturais do Cuidado

Diretriz 6.1 O programa de cuidados paliativos avalia e tenta atender às necessidades culturais específicas do paciente e da família.

Critérios:

- O pano de fundo, preocupações e necessidades culturais do paciente e da família são trazidos à tona e documentados.
- As necessidades culturais identificadas pela equipe e pela família são incluídas no plano de cuidado da equipe interdisciplinar.
- A comunicação com o paciente e a família respeita suas preferências culturais quanto a revelações, falar a verdade e tomada de decisão.
- O programa objetiva respeitar e acomodar o espectro de práticas linguísticas, nutricionais e rituais dos pacientes e familiares.
- Quando possível, a equipe tem acesso a, e utiliza os serviços de intérpretes.
- Os processos de recrutamento e contratação procuram refletir a diversidade cultural da comunidade.

Domínio 7: Cuidado do Paciente com Morte Iminente

Diretriz 7.1 Os sinais e sintomas de morte iminente são reconhecidos e comunicados, e o cuidado apropriado para esta fase da doença é fornecido ao paciente e familiares.

Critérios:

- A transição do paciente e familiares para a fase ativa do morrer é reconhecida, quando possível, documentada e comunicada de forma adequada para o paciente, para a família e para a equipe.
- As preocupações, as esperanças, os medos e as expectativas do final da vida são tratadas abertamente e honestamente no contexto dos costumes sociais e culturais e de uma forma condizente com o estágio de desenvolvimento.
- Os sintomas do final da vida são avaliados e documentados com frequência apropriada e são tratados com base nas preferências do paciente/família.
- O plano de cuidado é revisado para atender às necessidades singulares do paciente e da família nesta fase da doença. A necessidade de uma maior intensidade e acuidade no cuidado durante a fase ativa do morrer é atendida e documentada.
- Os desejos do paciente e da família quanto ao cenário do cuidado para a morte são documentados. Qualquer incapacidade de atender à essas necessidades e preferências é revisada e discutida pela equipe de cuidados paliativos.
- À medida que o processo de declínio do paciente transcorre, a opção de encaminhamento para o *hospice* será apresentada (ou apresentada novamente) para aqueles que não contataram os serviços de *hospice*.
- A família é instruída sobre os sinais e sintomas da aproximação da morte de uma forma adequada à idade, cultura e nível de desenvolvimento.

Domínio 8: Aspectos Éticos e Legais do Cuidado

Diretriz 8.1 Os objetivos, preferências e escolhas do paciente são respeitados dentro dos limites da legislação estadual e federal, e formam a base do plano de cuidado.

Critérios:

- A equipe interdisciplinar inclui profissionais com conhecimento e habilidade nos aspectos éticos, legais e reguladores da tomada de decisão médica.
- Os desejos expressos do paciente ou de seu representante, em colaboração com a família e a equipe interdisciplinar, formam a base do plano de cuidado.
- O paciente adulto com capacidade de decidir determina o nível de envolvimento da família nas decisões e comunicação sobre o plano de cuidado.
- As evidências das preferências do paciente são procuradas rotineiramente e documentadas no histórico médico. As falhas em honrar essas preferências são documentadas e discutidas pela equipe.
- Com relação a menores com capacidade de decisão, a visão e as preferências da criança para o cuidado médico, inclusive o consentimento para tratamento, devem ser documentados e deve ser-lhes dada a importância apropriada no processo decisório. Quando os desejos da criança diferirem dos do adulto que toma as decisões, membros profissionais da equipe adequados estão disponíveis para dar assistência à criança.
- O programa de cuidados paliativos promove o planejamento antecipado do cuidado para poder entender e comunicar as preferências do paciente ou de seu representante apropriado.