



ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

**Organização de Serviços
de Cuidados Paliativos:**

CRITÉRIOS DE QUALIDADE PARA UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS

Recomendações da ANCP

Julho de 2006

1. PREÂMBULO

De acordo com a OMS, os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida dos doentes com doenças graves e/ou incuráveis, e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas físicos, psicossociais e espirituais presentes. São cuidados totais e activos prestados por uma equipa interdisciplinar, com formação específica e com treino adequado. Pela sua natureza holística, envolvem profissionais médicos, de enfermagem, assistentes sociais, cuidadores espirituais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos, entre outros. Os cuidados paliativos devem ser prestados em qualquer estágio da doença, desde o diagnóstico até à fase terminal, incluindo o apoio no luto, tendo em atenção o grau de sofrimento associado.

O objectivo último dos cuidados paliativos é a obtenção da melhor qualidade de vida possível para os doentes e suas famílias.

Todos os serviços que cuidam de doentes com doença incurável e progressiva têm a responsabilidade de proporcionar adequados cuidados paliativos, que são da responsabilidade de todos os elementos da equipa de saúde, e devem assentar numa boa comunicação e na resposta efectiva às necessidades dos doentes, famílias e profissionais.

A definição de critérios de qualidade é central para a garantia e a monitorização da mesma, nos diferentes recursos específicos de cuidados paliativos, e também para a uniformização das práticas assistenciais.

Os critérios aqui apresentados, elaborados com base em documentos, consensualmente considerados credíveis no âmbito da Qualidade em Cuidados Paliativos, são reconhecidos pela ANCP como nucleares para a prestação, entre nós, de cuidados paliativos com qualidade, e podem/devem ser aplicados em qualquer tipologia de recursos específicos. Nesta fase do desenvolvimento dos cuidados paliativos, no nosso país, pareceu-nos mais adequado optar,

Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos

para já, pela divulgação dos critérios, devendo os mesmos ser analisados na continuidade do documento anteriormente produzido sobre a Organização de Serviços de Cuidados Paliativos. Entende-se que estes critérios são uma plataforma para o desenvolvimento de futuros protocolos e standards nesta área.

Os recursos específicos de cuidados paliativos são uma referência e suporte para outros profissionais, nomeadamente quando se propõem desenvolver actividades de formação, avaliação e investigação, com particular enfoque no doente com doença progressiva.

Os critérios aqui apresentados contemplam três componentes processuais dos recursos específicos de cuidados paliativos:

- Cuidados ao doente e família.
- Trabalho em equipa.
- Avaliação e melhoria da qualidade.

2. CUIDADOS AO DOENTE E FAMÍLIA

Os cuidados ao doente e família integram quatro componentes fundamentais:

- Avaliação das necessidades do doente e família.
- Estabelecimento de objectivos terapêuticos.
- Cuidados activos, globais e integrados ao doente e família.
- Educação/formação do doente e família.

2.1. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES

O doente e família têm necessidades tanto a nível físico como psicológico, social e espiritual, que devem ser avaliadas no momento da anamnese inicial e do exame físico geral e completo.

Em complemento da avaliação inicial, deverá ser efectuada e registada, periodicamente, uma avaliação das necessidades de todos os doentes e família, de forma a permitir a definição dos objectivos terapêuticos, e ainda a monitorização e a avaliação dos ganhos em saúde.

Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos

O estabelecimento do perfil de necessidades e do plano terapêutico individualizado de cada doente é obrigatório e estes serão sempre registados no respectivo processo clínico. Tal exigência implicará, por sua vez, que sejam avaliados, pelo menos, os seguintes aspectos:

- Tempo e evolução da doença e características básicas da doença actual.
- Localização, intensidade, frequência e irradiação da dor e demais sintomas, assim como a frequência e intensidades das crises.
- Impacto físico (inclui obrigatoriamente Grau de Dependência) e emocional da doença e dos tratamentos.
- Relacionamentos pessoais.
- Crenças e sistema de valores.
- Atitude perante a morte, disposições prévias.
- Recursos sociais e familiares.
- Necessidades da família/cuidadores informais.
- Informação.
- Modelo de adaptação, aspectos relevantes dos mecanismos de enfrentamento/coping perante a doença e tratamento.

A avaliação será sustentada, sempre que indicado, utilizando instrumentos de medida apropriados.

Assim:

Critério 1: A avaliação das necessidades físicas, psicossociais e espirituais do doente/família é obrigatória e tem de ficar registada no processo clínico do doente.

Critério 2: As necessidades do doente/família têm que ser periodicamente reavaliadas pela equipa.

Critério 3: O grau de dependência de cada doente deve ser avaliado e registado.

2.2. ESTABELECIMENTO DE OBJECTIVOS TERAPÊUTICOS

Realizada a avaliação das necessidades do doente/família, a equipa interdisciplinar deverá discutir com o mesmo (doente/família) um conjunto de objectivos terapêuticos e o consequente plano de execução, o qual deve ter em conta as necessidades prioritárias encontradas tanto a nível físico, como psicossocial e espiritual. Reafirma-se, mais uma vez, que o doente e a família são uma unidade indissociável em cuidados paliativos.

Um objectivo, que impreterivelmente deverá fazer parte do conjunto, é o da informação/educação específica ao doente/família, com particular incidência no cuidador principal.

Os objectivos e consequente plano terapêutico, assim como a avaliação das necessidades, deverão ser alvo de reavaliação regular, em períodos discutidos e assumidos pela equipa interdisciplinar.

Assim:

Critério 4: Deverá ser definido para cada doente/família um plano terapêutico personalizado.

Critério 5: O plano terapêutico personalizado deverá ser reavaliado regularmente.

Critério 6: Deverá ser definido um plano de apoio às necessidades do cuidador.

Critério 7: A intensidade dos sintomas prevaletentes deverá ser avaliada e registada e reavaliada frequentemente.

Critério 8: Deverá estar na posse de cada doente/família o plano farmacoterapêutico.

2.3. CUIDADOS AO DOENTE E FAMÍLIA

Os cuidados directos ao doente/família são a actividade nuclear das equipas de cuidados paliativos, devendo reger-se por valores e princípios pré-definidos, nomeadamente, a promoção e o respeito da autonomia do doente/família. Devem ser cumpridos todos os princípios que suportam a ética clínica. São ainda de salientar o respeito pelas crenças, pelos valores e pela liberdade religiosa do doente, de forma a viabilizar a intervenção na dimensão espiritual.

Deverão ser proporcionados ao doente/família um espaço e tempo adequados para que possam exprimir-se, entre todos, incluindo a equipa de saúde, as emoções, dúvidas e inquietações, de modo a serem “normalizadas” e respondidas, quanto possível. As mesmas condições são indispensáveis para que a informação adequada possa ser efectivamente disponibilizada e integrada, e sempre num clima que contemple as dimensões emocional e espiritual. Devem ainda ser tidos em conta os assuntos práticos (direito a regalias e a obtenção de ajudas técnicas, por exemplo), que se apresentam muitas vezes na fase final da vida.

Deverá ser facilitada ao máximo a comunicação entre familiares do doente (cuidadores) e os profissionais de saúde.

No início do processo assistencial deverá ser identificado o cuidador principal que se entende como sendo aquele que presta a maior parte dos cuidados informais necessários ao doente, e que é responsável pelas actividades de suporte, constituindo o interlocutor principal com a restante equipa.

Para benefício e apoio do doente, a família/cuidador deverá ser alvo de formação e apoio continuado, com base num plano específico.

A claudicação familiar ou do cuidador, assim como o surgimento de situações geradoras de muito stresse, deverão ser precocemente detectadas e adequadamente abordadas, tendo-se especial atenção à fase de agonia do doente, quando esta ocorre no domicílio.

O processo de luto deverá ser alvo de uma atenção particular, com a elaboração de um programa específico de intervenção. Os casos de risco de luto patológico deverão ser previamente identificados, desenhando-se

Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos

protocolos de intervenção apropriados. Os mecanismos de acesso a este apoio deverão estar claros e bem conhecidos.

Assim:

Critério 9: Deverá existir um guia de acolhimento ao doente e família.

Critério 10: As unidades com internamento deverão permitir as visitas no período das 24 horas de uma forma livre.

Critério 11: A unidade deverá ter definido e dado conhecimento ao doente e família como recorrer aos seus serviços em caso de urgência.

Critério 12: O cuidador principal deve ser identificado desde o primeiro momento do apoio assistencial.

Critério 13: O risco de luto patológico deverá ser avaliado e registado.

Critério 14: O apoio no luto deverá ser suportado por um plano específico e personalizado.

Critério 15: O doente deve poder expressar por escrito as suas disposições prévias em relação a acontecimentos que possam ocorrer no futuro.

Critério 16: Todas as intervenções deverão ser sujeitas ao consentimento informado do doente/família.

2.4. EDUCAÇÃO DO DOENTE E FAMÍLIA

As necessidades de informação e formação do doente/família deverão ser identificadas e analisadas desde o primeiro contacto, de forma a promover o auto e heterocuidado, a adaptação emocional e prevenir o luto patológico, uma vez que durante a fase terminal da doença existe a necessidade da família se

Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos

readaptar e, posteriormente, após a morte do seu ente querido, se reabilitar. Isto implica uma avaliação e registo sistemático da situação familiar, impacto da doença/morte e das necessidades daí decorrentes.

Uma adequada forma de promover a formação/educação é a disponibilização de instruções e planos terapêuticos escritos, relativos às diferentes dimensões, pois aumentam a compreensão, a adesão e a eficácia da terapêutica.

Opções alternativas de tratamento, nomeadamente através de consultoria, deverão ser facultadas aos doentes.

Assim:

Critério 17: Deverá existir um protocolo de detecção das necessidades de educação/informação dos doentes e sua família.

3. TRABALHO EM EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Os factores intervenientes na qualidade do trabalho em equipa contemplam:

- Os sistemas de trabalho em equipa.
- O cuidado e suporte da própria equipa.
- Formação contínua e investigação.
- Coordenação entre diferentes níveis de unidades e outros serviços de apoio.

3.1. SISTEMAS DE TRABALHO EM EQUIPA

Pensar-se em cuidados paliativos, sem ter em atenção um adequado e efectivo trabalho de equipa multidisciplinar, é um erro enorme, pois só com funcionamento coordenado, verdadeiramente interdisciplinar, é possível avaliar e dar resposta às necessidades globais do doente/família.

Um dos pilares da abordagem por uma equipa com base interdisciplinar é a nomeação de um gestor de caso que, independentemente da sua especificidade profissional e sem prejuízo da intervenção de outros profissionais, será aquele que está em condições de garantir a resposta à maioria das necessidades detectadas. Competir-lhe-á ainda coordenar e

Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos

articular os diferentes recursos necessários à execução do plano terapêutico estabelecido, apoiar o doente/família, e facilitar a fluidez dos processos de comunicação e informação.

Um outro pilar, para garantir bons resultados da equipa, é a realização de reuniões interdisciplinares que se aconselha serem no mínimo bissemanais, embora a periodicidade ideal seja a semanal. Estas reuniões permitem objectivar:

- A avaliação multidimensional das necessidades.
- A discussão e consenso sobre os objectivos terapêuticos.
- A elaboração de um plano terapêutico integral e integrado.
- A avaliação de resultados.
- A Identificação das necessidades e a promoção de suporte da própria equipa.

O profissionalismo, a flexibilidade e adaptabilidade, o rigor técnico, o respeito e o apoio inter profissional, com o estabelecimento de um clima de cooperação franca, são também pilares importantes e fulcrais, para a qualidade do trabalho em equipa.

Um processo adequado para minimizar a variabilidade dos cuidados é a utilização de protocolos escritos, tanto ao nível assistencial, como de organização interna e externa, que no mínimo deverão abarcar as seguintes componentes:

- Admissão e critérios de prioridade.
- Protocolos de controlo de sintomas, pelo menos, os mais frequentes.
- Acolhimento, acompanhamento e apoio no luto.
- Prevenção de crises.
- Agonia.
- Transferência ou referenciação a outros recursos (incluindo documentação a acompanhar).
- Mecanismos de acesso à unidade/equipa.
- Critérios de intervenção perante situações urgentes ou de lista de espera.
- Cuidados domiciliários.
- Formação da família.

Assim:

Critério 18: A equipa deverá ter devidamente estruturada a sua composição, com identificação do coordenador e funções dos demais elementos.

Critério 19: A equipa interdisciplinar deverá reunir regularmente com um intervalo máximo de 15 dias.

Critério 20: Deverão existir protocolos de cuidados.

Critério 21: A variabilidade do processo assistencial deverá ser reduzida ao mínimo indispensável.

3.2. CUIDADO E SUPORTE DA EQUIPA

As equipas têm necessidade e o dever de se auto-cuidarem, de prevenirem o *burnout* e de ajudar os seus membros a enfrentá-lo, no caso de surgir.

Para tal, deverão ser estabelecidas metodologias formais de prevenção do *burnout*. Informalmente, a promoção do respeito pessoal e profissional entre todos os elementos da equipa é um elemento essencial.

Assim:

Critério 22: Deverão estar formalmente estabelecidas intervenções para a prevenção do *burnout* dos elementos da equipa.

3.3. FORMAÇÃO CONTÍNUA E INVESTIGAÇÃO

A formação contínua e a investigação são dois componentes fulcrais do processo de avaliação da qualidade de um determinado recurso de prestação de cuidados de saúde.

Deste modo, a formação contínua de todos os membros da equipa deverá ser uma prioridade, sempre com base nas necessidades de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, bem como das necessidades individuais.

Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos

Entende-se que todos os membros da equipa deverão ter formação de nível básico em cuidados paliativos e que, numa primeira fase, o maior número de elementos possível, idealmente, 50%, possua formação de nível intermédio/avançado, de acordo com as recomendações para a formação em cuidados paliativos da ANCP e EAPC.

Os planos de formação contínua devem ser elaborados anualmente e deverão incluir, no mínimo, uma sessão de formação mensal inter-equipa.

De modo a permitir a utilização racional dos recursos e a proporcionar a máxima qualidade dos cuidados, é nuclear que as equipas de cuidados paliativos possuam uma postura permanente de avaliação da eficácia, efectividade, eficiência e custo-benefício das suas intervenções. Tal só é conseguido utilizando a metodologia de investigação, que deverá ser transversal a todas as tipologias de recursos.

No entanto, as unidades de nível III devem encetar o desenvolvimento de estudos de investigação que contemplem as diversas áreas dos cuidados paliativos e ainda promoverem programas de formação avançada.

Assim:

Critério 23: Todos os membros da equipa deverão ter formação em cuidados paliativos.

Critério 24: Deverá existir um plano anual de formação contínua de todos os elementos da equipa.

Critério 25: Deverá estar estabelecido um plano de investigação, consoante o nível de diferenciação do recurso.

3.4. COORDENAÇÃO ENTRE DIFERENTES NÍVEIS DE UNIDADES E OUTROS SERVIÇOS DE APOIO

Para que a continuidade dos cuidados possa ser uma realidade é necessário o estabelecimento de protocolos de articulação dos recursos existentes na área geográfica da prestação de cuidados, a fim de ser alcançada a melhor cobertura das necessidades do doente e família e serem garantidos os seus

Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos

cuidados de forma continuada. Dá-se particular destaque para as estruturas no âmbito da Rede de Cuidados Continuados (Decreto-Lei 101/2006) e estruturas a que o doente possa aceder em situação especial ou de urgência, nomeadamente cuidados primários de saúde, recursos de saúde mental, hospital de referência, hospital/centro de dia, serviços de reabilitação, especialidades médico-cirúrgicas, rede de voluntariado e serviços sociais, entre outros.

O estabelecimento da rede de recursos contribui para a qualidade dos cuidados de saúde e para a utilização racional e otimizada dos mesmos.

Neste sentido, torna-se imperioso que os recursos de cuidados paliativos, que se dedicam exclusivamente aos cuidados domiciliários, estabeleçam protocolos formais de articulação com unidades de internamento. Nomeadamente, deverão existir protocolos de trabalho e formação entre os recursos, sendo indispensável que a informação/documentação sobre a doença e a situação clínica do doente esteja sempre disponível de forma a garantir a continuidade assistencial.

Fundamental para esta articulação é a elaboração conjunta, entre os recursos específicos de cuidados paliativos, de critérios de admissão em cada um deles, bem como protocolos de intervenção e de alta.

Assim:

Critério 26: Deverão existir protocolos de articulação entre recursos de cuidados domiciliários e de internamento.

Critério 27: A informação/documentação essencial sobre a doença deve acompanhar sempre o doente na transição entre recursos.

Critério 28: Deverão ser estabelecidos sistemas de coordenação de recursos existentes na área geográfica.

4. AVALIAÇÃO E MELHORIA DA QUALIDADE

Os processos sistematizados de avaliação da qualidade e o estabelecimento de programas que visem a melhoria da mesma são fundamentais para o objectivo final de alcançar a excelência dos cuidados de saúde. Este processo sistematizado engloba:

- Sistemas de registo e documentação.
- Sistema de informação e monitorização.
- Melhoria da qualidade.

4.1. SISTEMAS DE REGISTO E DOCUMENTAÇÃO

Numa filosofia de trabalho interdisciplinar entende-se que toda a documentação do processo clínico será interdisciplinar e por isso deverá ser permitido a todos os elementos da equipa consultar todo o processo clínico, bem como nele fazerem registos, de acordo com a respectiva especificidade profissional.

Assim:

<p>Critério 29: A história e o processo clínico deverão ser únicos e multidisciplinares.</p>

4.2. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E MONITORIZAÇÃO

Um dos princípios fundamentais do controlo de sintomas e de satisfação das necessidades do doente e família é a monitorização dos resultados. Assim, em função dos planos terapêuticos e sua reavaliação periódica, a equipa de saúde deverá monitorizar, do ponto de vista clínico, o controlo da sintomatologia e a evolução dos resultados.

Para tal, as equipas devem possuir um sistema de registo que permita a manutenção de gráficos demonstrativos da evolução e que facilitem a tomada de decisões, para o que deverão dispor de escalas de avaliação sintomática.

Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos

Além destes aspectos, é importante que a equipa desenhe um sistema de avaliação das suas actividades e resultados, numa perspectiva de auto-avaliação, que deverá incluir os seguintes indicadores:

- Assistenciais.
- Funcionais.
- Utilização de recursos.
- Monitorização da efectividade terapêutica.
- Qualidade de vida do doente/família.
- Satisfação dos doentes e família face à prestação de cuidados.
- Satisfação das equipas/recursos da rede.
- Aspectos emocionais e de comunicação.
- Custos económicos.

Assim:

Critério 30: O grau de satisfação do doente e família deverá ser avaliado regularmente, em particular no que se refere às respostas às suas necessidades e à prestação de cuidados por parte da equipa.

Critério 31: Deverá existir um sistema de monitorização dos indicadores assistenciais da equipa

4.3. MELHORIA DA QUALIDADE

O primeiro passo para a melhoria da qualidade é a auto-monitorização e a autoavaliação da própria equipa, sempre numa perspectiva de identificação dos seus pontos fortes e das áreas que implicam a necessidade de melhorar. Daí que o estabelecimento de um processo sistematizado e regular, que permita aos elementos da equipa pronunciarem-se, eles próprios, acerca do trabalho efectuado e dos resultados alcançados, é fulcral.

Assim:

Critério 32: Deverá ser criado e implementado um processo sistematizado de melhoria da qualidade.

5. BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- Associação Nacional de Cuidados Paliativos - **Organização de Serviços de Cuidados Paliativos : Recomendações** - Março de 2006 in www.ancp.pt (accedidos em junº2006).
- Direcção Geral da Saúde – “**Programa Nacional de Cuidados Paliativos**”, circular normativa de 13/7, 2004.
- Ministério da Saúde, Decreto-lei 101/2006, sobre as Redes de Cuidados Continuados.
- Ministerio de Sanidad y Consumo; Sociedad Española de Cuidados Paliativos - **Guía de Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos** -; 2006, ISBN: 84-7670-635-9.
- N.H.S. Wales - **National Standards for Specialist Palliative Care Cancer Services** – 2005, ISBN: 0-7504-3654-9.
- National Institute for Clinical Excellence - **Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer** –, 2004, ISBN: 1-84257-579-1.
- Palliative Care Austrália - **Palliative Care Service Provision in Austrália: A Planning Guide** – 2ª edição, 2003, ISBN: 0-9578342-9-2.
- Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Segureta Social, Generalitat de Catalunya - **Estándards de Cuidados Paliativos** -, Novembro de 1995.
- Xavier Gómez-Batiste - **Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos** - 2005, ISBN: 84-95913-66-6.

QUADRO RESUMO COM OS CRITÉRIOS

CUIDADOS AO DOENTE E FAMÍLIA	
AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES	1. Tem que ser efectuada a todo o doente/família a avaliação das necessidades, que obrigatoriamente deverá ficar registada/incluída no processo clínico.
	2. As necessidades do doente/família têm que ser periodicamente reavaliadas pela equipa.
	3. O grau de dependência de cada doente deve ser avaliado e registado.
ESTABELECIMENTO DE OBJECTIVOS TERAPÊUTICOS	4. Deverá ser definido para cada doente e família um plano terapêutico personalizado.
	5. O plano terapêutico personalizado deverá ser reavaliado regularmente.
	6. Deverá ser definido um plano de apoio às necessidades do cuidador.
	7. A intensidade dos sintomas prevaletentes deverá ser avaliada e registada.
	8. Deverá estar na posse de cada doente/família o plano farmacoterapêutico.

CUIDADOS AO DOENTE E FAMÍLIA	9. Deverá existir um guia de acolhimento ao doente e família.
	10. As unidades com internamento deverão permitir as visitas no período das 24 horas de uma forma livre.
	11. A unidade deverá ter definido e dado conhecimento ao doente e família como recorrer aos seus serviços em caso de urgência.
	12. O cuidador principal deve ser identificado desde o primeiro momento do apoio assistencial.
	13. O risco de luto patológico deverá ser avaliado e registado.
	14. O apoio no luto deverá ser suportado por um plano específico e personalizado.
	15. O doente deve poder expressar por escrito as suas disposições prévias em relação a acontecimentos que possam ocorrer no futuro.
16. Todas as intervenções deverão ser sujeitas ao consentimento informado do doente/família.	
EDUCAÇÃO DO DOENTE E FAMÍLIA	17. Deverá existir um protocolo de detecção das necessidades de educação/informação dos doentes e sua família.

TRABALHO EM EQUIPA MULTIDISCIPLINAR	
SISTEMA DE TRABALHO EM EQUIPA	18. A equipa deverá ter devidamente estruturada a sua composição, com identificação do coordenador/coordenação, e funções dos demais elementos.
	19. A equipa interdisciplinar deverá regularmente reunir-se, com um intervalo máximo de 15 dias.
	20. Deverão existir protocolos de cuidados.
	21. A variabilidade do processo assistencial deverá ser reduzida ao mínimo indispensável.
CUIDADO E SUPORTE DA EQUIPA	22. Deverão estar formalmente estabelecidas intervenções para a prevenção do <i>burnout</i> dos elementos da equipa.
FORMAÇÃO CONTÍNUA E INVESTIGAÇÃO	23. Todos os membros da equipa deverão ter formação em cuidados paliativos.
	24. Deverá existir um plano anual de formação contínua de todos os elementos da equipa.
	25. Deverá estar estabelecido um plano de investigação, consoante o nível de diferenciação do recurso.

COORDENAÇÃO ENTRE DIFERENTES NÍVEIS DE UNIDADES E OUTROS SERVIÇOS DE APOIO	26. Deverão existir protocolos de articulação entre recursos de cuidados domiciliários e de internamento.
	27. A informação/documentação essencial sobre a doença deve acompanhar sempre o doente na transição entre recursos
	28. Deverão ser estabelecidos sistemas de coordenação de recursos existentes na área geográfica.
AVALIAÇÃO E MELHORIA DA QUALIDADE	
SISTEMAS DE REGISTO E DOCUMENTAÇÃO	29. A história e processos clínicos deverão ser únicos e multidisciplinares.
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E MONITORIZAÇÃO	30. O grau de satisfação do doente e família deverá ser avaliado regularmente, em particular no que se refere às respostas às suas necessidades e à prestação de cuidados por parte da equipa
	31. Deverá existir um sistema de monitorização dos indicadores assistenciais da equipa.
MELHORIA DA QUALIDADE	32. Deverá ser criado e implementado um processo sistematizado de melhoria da qualidade.