

PARECER TÉCNICO COREN/PR Nº 34/2023

Assunto: Responsabilidade da equipe de enfermagem no ajuste de drogas vasoativas na Terapia Intensiva e no acionamento de equipe médica.

1. FATO

Em resposta aos questionamentos relacionados à:

- Legalidade de o profissional enfermeiro, com ou sem especialidade, em alterar e/ou suspender a vazão de droga vasoativa em ambiente de Terapia Intensiva na ausência de médico responsável, com posterior comunicação ao mesmo;
- Responsabilidade da equipe de enfermagem no acionamento de equipe médica no local de repouso/descanso.

2. FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) se refere a um setor hospitalar de alta complexidade que possui uma vasta especificidade e requisitos pré definidos para estar apta ao funcionamento – a exemplo de estrutura física, tecnológica e adequado quantitativo de recursos humanos, de caráter multiprofissional, para consolidação de equipe capacitada e apta para o atendimento e suporte vital à pacientes críticos, com múltiplas modalidades de suporte e monitorização. Trata-se de um ambiente em que se concentram pacientes com maior risco de morte necessitando de prestação de assistência intensiva 24 horas por dia (CFM, 2020; BRASIL, 2010; BRASIL 2013a).

Nesse cenário, o uso de medicamentos com potencial de ação que impactam a estabilidade hemodinâmica de pacientes gravemente enfermos é essencial. Fazem parte desse grupo os medicamentos inoconstritores, vasoconstritores, inodilatadores e os vasodilatadores. Seja na ação direta ou indireta sob o endotélio vascular, ou no desempenho da função cardíaca, eles são úteis para a garantia de perfusão de órgãos vitais (GOMES; CRESPO; SECOLI, 2020).

De modo geral, são fármacos que apresentam meia vida curta e efeitos imediatos ou dose-dependentes, o que significa que demandam um cuidado especial da Enfermagem no que se relaciona ao seu manuseio e infusão. Há ainda que se considerar a vigilância dos efeitos adversos, que em muitos dos casos produzem manifestações não desejadas tanto no sistema cardiovascular quanto no sistema nervoso central. A depender do fármaco, os efeitos adversos também podem produzir manifestações pontuais e específicas, exigindo conhecimento e pronta capacidade de tomada de decisão pela equipe de saúde. Além disso, na infusão contínua, a atenção frente a incompatibilidade com outros agentes e risco de interação medicamentosa devem fazer parte da gestão do cuidado (GOMES; CRESPO; SECOLI, 2020).

Os fármacos inoconstritores e vasoconstritores auxiliam no aumento da força de contração e constrição do endotélio vascular produzindo efeitos que favorecem a elevação da pressão arterial média (PAM) (GOMES; CRESPO; SECOLI, 2020). Noraepinefrina e vasopressina, são exemplos comumente utilizados nas UTIs, as quais pertencem a este grupo.

No que se refere a noraepinefrina ou noradrenalina, sabe-se que é utilizada para elevação da pressão arterial (PA) em estados de hipotensão, choque cardiogênico, choque séptico, choque vasoplégico e pós-operatórios cardíacos. Um cuidado importante na administração da noraepinefrina se refere a sua administração de modo gradual até a sua aproximação com a PA ideal. Além disso, “a noraepinefrina apresenta início de ação imediato, metabolismo hepático, $t_{1/2}$ de 2 a 2,5 minutos e excreção renal” (GOMES; CRESPO; SECOLI, 2020, p.276).

A vasopressina também é utilizada para a elevação de PA (por vasoconstrição), atuando também como antidiurético (realiza a redução da diurese pelo estímulo à reabsorção de água). Sua indicação clínica principal é como adjuvante da noraepinefrina no choque séptico. A vasopressina também necessita ser titulada até doses elevadas, sempre que necessário. Ela “apresenta início de ação imediato, metabolismo hepático, $t_{1/2}$ de 10 a 20 minutos e excreção renal” (GOMES; CRESPO; SECOLI, 2020, p.276).

Numa perspectiva de estímulo à segurança do paciente, em atendimento

ao preconizado pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) do Ministério da Saúde (MS), os principais cuidados de enfermagem relativos ao uso de drogas vasoativas envolvem a formulação de padronização e protocolos institucionais relacionados a diluição de cada fármaco; boas práticas durante a diluição, escolha de equipos adequados, com atenção ao uso de equipos fotossensíveis sempre que a droga apresentar essa característica (COREN BA, 2016; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c; BRASIL 2013d).

Adicionalmente, atendendo aos pré-requisitos de medicações de alta vigilância; a infusão contínua e controlada, fazendo uso de bomba infusora, com cálculo correto da dose a ser administrada, no tempo adequado, de preferência em acessos centrais, administrando de forma acurada a dose exata que o paciente necessita receber, conforme prescrição médica (COREN BA, 2016; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c; BRASIL 2013d).

O controle do peso do paciente e a realização de balanço hidroeletrólítico com vigilância do débito urinário e perfusão sanguínea, são cuidados igualmente importantes, com atenção para ocorrência de sinais de desidratação. Aferição e monitorização contínua dos sinais vitais, bem como alterações no traçado eletrocardiográfico (ECG) também devem ser passíveis de cuidado pela Enfermagem (COREN BA, 2016; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c; BRASIL 2013d).

Os profissionais da Enfermagem devem executar suas ações com base na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), de acordo com o disposto na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) no 358/2009 (COFEN, 2009). Além disso, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, em seu artigo 11, esclarece que ao profissional enfermeiro (a) compete, privativamente a:

- [...]
- i) consulta de enfermagem;
- j) prescrição da assistência de enfermagem;
- l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- [...] m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;
- [...] II - como integrante da equipe de saúde:
 - a) participação no planejamento, execução e avaliação da

programação de saúde;
b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde” [...] (BRASIL, 1987).

Segundo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, disposto na Resolução COFEN Nº 564/2017, cabe ainda ao profissional:

[...]” Art. 22º (Direitos) - Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, família e coletividade.

[...] Art. 28 (Deveres) - Comunicar formalmente ao Conselho Regional de Enfermagem e aos órgãos competentes fatos que infrinjam dispositivos éticos-legais e que possam prejudicar o exercício profissional e a segurança à saúde da pessoa, família e coletividade.

[...] Art. 47 (Deveres) - Posicionar-se contra, e denunciar aos órgãos competentes, ações e procedimentos de membros da equipe de saúde, quando houver risco de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência ao paciente, visando a proteção da pessoa, família e coletividade.

[...] Art. 59 (Deveres) –Somente aceitar encargos ou atribuições, quando se julgar técnica, científica e legalmente apto para o desempenho seguro para si e para outrem.

[...] Art. 62 (Proibições) - Executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

[...] Art. 78 (Proibições) - Administrar medicamentos sem conhecer indicação, ação da droga, via de administração e potenciais riscos, respeitados os graus de formação do profissional.

[...] (Proibições) - Art. 79 Prescrever medicamentos que não estejam estabelecidos em programas de saúde pública e/ou em rotina aprovada em instituição de saúde, exceto em situações de emergência.

[...] (Proibições) - Art. 80 Executar prescrições e procedimentos de qualquer natureza que comprometam a segurança da pessoa.

[...] Art. 81 (Proibições) - Prestar serviços que, por sua natureza, competem a outro profissional, exceto em caso de emergência, ou que estiverem expressamente autorizados na legislação vigente” (COFEN, 2017).

A Resolução 2.271/2020 do Conselho Federal de Medicina (CFM), esclarece que “cabe ao médico a responsabilidade ética e técnica quanto às decisões concernentes ao diagnóstico e tratamento realizados nos pacientes internados nas UTI/UCI” (CFM, 2020). Também reforça que:

[...] “Para que o atendimento de saúde possa ocorrer de forma segura e otimizada, é essencial contar com equipe multiprofissional adequada, legalmente habilitada e dimensionada quantitativa e qualitativamente de acordo com o perfil assistencial e a demanda da unidade, com observância da legislação vigente.

Esse atendimento envolve ação integrada contínua, intensiva e diuturna de médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. Outros profissionais devem estar acessíveis enquanto partem do corpo clínico do hospital, sendo acionados conforme a necessidade dos pacientes

internos na UTI.

[...]§ 1º A equipe multiprofissional deve ser adequadamente dimensionada e qualificada para a assistência aos pacientes críticos, e as atividades assistenciais prestadas devem ser integradas e discutidas conjuntamente entre os membros, a fim de atender às demandas dos pacientes, salvaguardando a liderança e responsabilidade médica pela decisão tomada.

§ 2º As decisões clínicas, sejam diagnósticas, terapêuticas ou prognósticas, relacionadas ao cuidado dispensado aos pacientes críticos devem ser devidamente registradas, datadas e assinadas pelo médico no prontuário do paciente (CFM, 2020). (GRIFO NOSSO)

O Código de Ética Médica (CEM), veda o profissional médico de se afastar de suas atividades, ainda que de modo temporário, sem que um substituto seja encarregado do atendimento de pacientes em estado grave. Além disso, proíbe o abandono de plantão sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior (CFM, 1988).

O Conselho Regional de Enfermagem (COREN) do Estado de São Paulo (SP), em parecer sobre as “Atribuições do Enfermeiro na descontinuação do uso de fármacos vasoativos em unidades de terapia intensiva”, concluiu que:

“Diante do exposto, pode-se concluir que o profissional médico, obrigatoriamente presente na unidade, é responsável pela prescrição, alteração de dosagem (o que inclui o desmame) e suspensão do uso de fármacos vasoativos.

Cabe ao enfermeiro, mediante a elaboração efetiva do Processo de Enfermagem, previsto na Resolução COFEN 358/2009, respaldar suas ações em recomendações científicas atuais a fim de garantir a segurança do paciente e dos próprios profissionais e ser realizado. Processo este que auxiliará a equipe médica nas decisões sobre o manejo dos fármacos prescritos.

Além disso, destaca-se a importância da existência de protocolo institucional que fundamente os cuidados a serem prestados ao paciente em tratamento com fármacos vasoativos, a fim de garantir assistência de enfermagem segura, sem riscos ou danos ao cliente causados por negligência, imperícia ou imprudência (artigo 12 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem” (COREN – SP, 2011).

Em 2016, o COREN do Estado da Bahia, em seu Parecer Nº 022/2016, concluiu que:

“Conforme exposto, concluímos que **não é competência dos profissionais de enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem) realizar prescrição, programação e/ou alteração dos parâmetros de drogas vasoativas sem prescrição prévia do médico.** O enfermeiro intensivista pautado em conhecimento e fundamentação científica pode auxiliar na decisão do manejo das drogas vasoativas, em colaboração com os médicos assistenciais. O Decreto nº 94.406/87 que regulamenta a lei nº 7.498/86, estabelece que o paciente grave é de responsabilidade do enfermeiro, cabendo

ao Técnico de Enfermagem as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe assistir ao Enfermeiro na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a pacientes em estado grave.

Recomendamos que os profissionais de enfermagem exerçam suas ações, fomentadas pela elaboração efetiva da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme Resolução COFEN nº 358/2009 e que os serviços criem protocolos assistenciais de boas práticas, considerando a legislação específica e as atribuições de cada categoria da equipe multiprofissional, com posterior validação pelos respectivos responsáveis técnicos e imediata capacitação de todos os envolvidos no processo assistencial. Sugerimos também que esses protocolos estejam alinhados com as diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), conforme Portaria GM/MS nº 529/2013, criando uma cultura de segurança operacionalizada pela gestão de segurança da organização” (COREN BA, 2016) (GRIFO NOSSO)

A respeito do segundo questionamento relacionado ao acionamento do profissional médico em seu local de repouso/descanso, seja no contexto de unidades de Terapia Intensiva, ou qualquer outro setor, encontram-se múltiplos posicionamentos de outros Conselhos Regionais de Enfermagem, os quais é possível citar:

[...] “Portanto, não existe amparo legal que fundamente a obrigação do profissional de enfermagem ir chamar o(a) médico(a) ou quaisquer outros profissionais no repouso durante os plantões” (COREN AL, 2019).

[...]’Não cabe à equipe de enfermagem acionar o profissional médico em seu descanso tendo em vista que essa não é uma atividade de sua competência, salvo protocolos internos institucionais. Entretanto, considerando o código de ética de enfermagem que afirma ser dever do profissional de enfermagem proteger a pessoa, família e coletividade contra danos decorrentes de Imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde, recomendamos ser de obrigação da equipe de enfermagem acionar algum integrante da equipe de gestão ou administrativa da unidade no momento em que um paciente encontrar-se em situação de risco iminente de morte para que esse pessoal acione a equipe médica. Recomenda-se, também, que um relatório circunstanciado seja confeccionado pelo profissional de enfermagem quando houver esse tipo de situação e encaminhado posteriormente ao COREN –TO” (COREN TO, 2016).

“Diante disto, o parecer do Conselho Regional de Enfermagem de Roraima é que não compete aos membros da equipe de enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem), chamar médico em seu horário de repouso, para atender pacientes que aguardam atendimento, bem como qualquer outro profissional em atividade na unidade hospitalar”. (COREN RR, 2017).

[...] “Considerando o exposto, o Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina conclui que não compete ao Enfermeiro, tampouco a qualquer outro profissional, chamar o Médico no local de repouso, durante horário de trabalho, para atender pacientes que

aguardam atendimento, todos os profissionais devem ter ciência de suas atribuições e se fazer presentes no plantão em seu respectivo local de trabalho, respeitando o revezamento de descanso, sem, com isso, deixar desamparado quem procura atendimento nos estabelecimentos de saúde. Em situações caracterizadas como atendimento de emergência, a responsabilidade de comunicar o Médico torna-se de todos os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao paciente, nestes casos, o profissional de saúde deve efetuar o registro do chamado com data, local e horário. Sugere-se protocolo administrativo, com atribuições de cada profissional para as situações de rotina, estabelecendo o fluxo adequado para o atendimento” (COREN SC, 2019).

“Mediante o exposto, o Parecer Técnico da Câmara Técnica de Assuntos Profissionais do Conselho Regional de Enfermagem de Goiás é de que não compete ao profissional de enfermagem chamar o médico no repouso para atender pacientes em espera, pois todos os profissionais devem permanecer em seu posto de trabalho durante o plantão, respeitando o revezamento mas sem deixar somente a enfermagem na vigília dos pacientes. Nesse sentido, compete às gerências de enfermagem das instituições de saúde, em conjunto com as equipes multiprofissionais, definir as atribuições de cada categoria profissional e desenvolver protocolos de acordo com as características de suas rotinas internas, devidamente aprovadas pela Diretoria Técnica da Unidade” (COREN GO, 2016).

3. CONCLUSÃO

O exercício da Enfermagem em ambiente crítico, requer capacitação técnico-científica e capacidade de articulação multidisciplinar e multiprofissional. Ante aos questionamentos recebidos, nota-se que a Enfermagem deve estar atenta e pronta para tomada de decisão e implementação de intervenções articuladas com a Sistematização da Assistência de Enfermagem, devendo sempre acionar aos demais membros da equipe de saúde em prol do bem estar e segurança dos pacientes assistidos.

A alteração de prescrição médica, em especial de drogas vasoativas, deve ser vista com cautela, especialmente quando o médico assistente não se encontra disponível. Embora a UTI seja um setor crítico e dinâmico, que muitas vezes requer administração de drogas com posterior registro em situações de emergência, a sua administração está condicionada a presença e anuência do médico responsável. Entende-se que a equipe de enfermagem não deve alterar infusão de medicações sem prévia prescrição médica, ou prévia atualização da mesma, pois não há amparo legal para esta prática.

Adicionalmente, a Enfermagem deve se prontificar a acionar a equipe médica sempre que se deparar com situações de urgência e emergência. Porém, ausências constantes de setores críticos são problemas que devem ser resolvidos pela equipe de gestão. Os profissionais da assistência que se depararem com esse tipo de situação devem proceder relatorias detalhadas e encaminhá-las às responsabilidades técnicas pelos serviços. A ausência de médico na UTI deve ser tratada com seriedade e verificada junto à responsabilidade técnica institucional, haja vista a prerrogativa legal imbricada nesta situação.

As equipes de enfermagem não devem se expor assumindo funções adicionais diante da carência de recursos humanos de outras categorias profissionais, e, nesse sentido, casos reiterados devem ser denunciados aos respectivos conselhos de classe.

Da mesma forma, o profissional de enfermagem está isento de ser responsabilizado por chamar qualquer outro profissional a comparecer ao seu respectivo local de trabalho. Horários de repouso devem ser pactuados de modo a não desassistir os setores, para garantia da continuidade e da qualidade assistência em todos os estabelecimentos de saúde.

É o parecer.

Curitiba, 18 de maio de 2023.

Realizado pela Comissão de Pareceres Técnicos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto-lei nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem [online]. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 jun. 1987. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em: 01 maio 2023.

_____. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 01 maio 2023.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 01 maio 2023.

_____. **Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília – DF, 2013a; Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 01 maio 2023.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013**. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Brasília – DF, 2013b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html>. Acesso em: 01 maio 2023.

_____. **Portaria Nº 2.095, de 24 de setembro de 2013**. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Brasília – DF, 2013c. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em: 01 maio 2023.

_____. **Portaria GM/MS nº 529/2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília – DF, 2013d. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 01 maio 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN Nº 358/2009**. 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 01 maio 2023.

_____. **Resolução COFEN Nº 564/2017**. 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>.

Acesso em: 01 maio 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.271/2020.

Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento.

2020. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2020/2271_2020.pdf. Acesso em: 01 maio 2023.

Código de Ética Médica (CEM). Capítulo III: Responsabilidade Profissional. 1988. <https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-1988/capitulo-iii-responsabilidade-profissional/>. Acesso em: 01 maio 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN SP). PARECER COREN-SP CAT Nº 055/2011. Atribuições do Enfermeiro na descontinuação do uso de fármacos vasoativos em unidades de terapia intensiva. São Paulo, 2011. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/07/parecer_coren_sp_2011_55.pdf. Acesso em: 01 maio 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA (COREN BA). PARECER COREN – BA Nº 022/2016. Autonomia do Enfermeiro e do Tec. de Enfermagem no manuseio de drogas vasoativas. Salvador – BA, 2016. Disponível em: http://www.coren-ba.gov.br/parecer-coren-ba-n%E2%81%B0-0222016_28328.html. Acesso em: 01 maio 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE ALAGOAS. (COREN AL). PARECER TÉCNICO Nº 003/2019 COREN-AL. Solicitação de que o COREN-AL emita Parecer Técnico sobre a competência do enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem chamar o(a) médico(a) em repouso para consultar pacientes que aguardam atendimento. Maceió, 2019. Disponível em: http://al.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/PARECER-T%C3%89CNICO-N%C2%BA-003_2019-PAD-N-090_2019.pdf. Acesso em: 15 maio 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO TOCANTIS (COREN TO). Parecer Técnico. Responsabilidade do profissional de enfermagem em comunicar ao profissional Médico da necessidade de avaliar ou reavaliar pacientes durante o período de descanso. Palmas, 2016. Disponível em: <http://www.corentocantins.org.br/wp-content/uploads/2019/02/15-PARECER-T%C3%89CNICO-SOBRE-A-RESPONSABILIDADE-DO-PROFISSIONAL-EM-CHAMAR-M%C3%89DICO-NO-REPOUSO-2016.pdf>. Acesso em: 15 maio 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN SC). **RESPOSTA TÉCNICA COREN/SC Nº 041/CT/2019**. Assunto: Responsabilidade do profissional de Enfermagem em chamar Médico. Florianópolis, 2019. Disponível em: <<https://transparencia.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/RT-041-2019-Responsabilidade-do-profissional-de-Enfermagem-em-chamar-M%C3%A9dico-.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE RORÂIMA. **PARECER Nº 02/ 2018 REFERÊNCIA: PAD-COREN-RR Nº 086/ 2018**. Responsabilidade do enfermeiro ou da equipe de enfermagem de chamar médico em repouso para atender pacientes que aguardam atendimento. Boa Vista, 2017. Disponível em: <<http://www.corenrr.com.br/wp-content/uploads/2018/05/parecer-t%C3%A9cnico-02-chamar-m%C3%A9dico.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIAS. **PARECER COREN/GO Nº 003/CT/2016**. Responsabilidade do enfermeiro ou equipe de enfermagem de chamar médico no repouso para atender pacientes em espera. Goiânia, 2016. Disponível em: <<http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Parecer-n%C2%BA003.2016-Responsabilidade-do-enfermeiro-ou-equipe-de-enfermagem-de-chamar-m%C3%A9dico-no-reposo-para-atender-pacientes-em-espera.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2023.

GOMES, R. V.; CRESPO, J. C. L.; SECOLI, S. R. **Medicamentos para manutenção da estabilidade hemodinâmica em pacientes críticos**. In: VIANA, R. A. P. P.; WHITAKER, I. Y.; ZANEI, S. S. V. (orgs). Enfermagem em Terapia Intensiva: práticas e vicências 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2020a. 275-286p.