



RESOLUÇÃO 2.174, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2017

ANEXO I CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dispõe sobre a prática do ato anestésico e revoga a Resolução CFM nº 1.802/2006.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO que é dever do médico guardar absoluto respeito pela vida humana, não podendo, em nenhuma circunstância, praticar atos que a afetem ou concorram para prejudicá-la;

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que o médico deve aprimorar e atualizar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente;

CONSIDERANDO que não é permitido ao médico deixar de ministrar tratamento ou assistência ao paciente, salvo nas condições previstas pelo Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, em especial, salas de indução e recuperação pós-anestésica;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 529/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional;

CONSIDERANDO a RDC nº 36/2013, da Anvisa, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, regulamenta e coloca pontos básicos para a segurança do paciente, como Núcleos de Segurança do Paciente, a obrigatoriedade da Notificação dos eventos adversos e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 2.147/2016, que determina que a responsabilidade pelas condições mínimas de segurança e pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor é do diretor técnico;

CONSIDERANDO a necessidade de observância dos critérios definidos no Parecer CFM nº 30/2016, que trata da monitorização da atividade elétrica do sistema nervoso central;

CONSIDERANDO a necessidade de atualização e modernização da prática do ato anestésico; e

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 14 de dezembro de 2017; resolve:

Art. 1º Determinar aos médicos anestesistas que:

I - Antes da realização de qualquer anestesia, exceto nas situações de urgência e emergência, é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente, cabendo ao médico anestesista decidir sobre a realização ou não do ato anestésico.

a) Para os procedimentos eletivos, recomenda-se que a consulta pré-anestésica do paciente seja realizada em consultório médico, antes da admissão na unidade hospitalar, sendo que nesta ocasião o médico anestesista poderá solicitar exames complementares e/ou avaliação por outros especialistas, desde que baseado na condição clínica do paciente e no procedimento proposto.

b) Não sendo possível a realização da consulta pré-anestésica, o médico anestesista deve proceder à avaliação pré-anestésica do paciente, antes da sua admissão no centro cirúrgico, podendo nesta ocasião solicitar exames complementares e/ou avaliação por outros especialistas, desde que baseado na condição clínica do paciente e no procedimento proposto.

c) O médico anestesista que realizar a consulta pré-anestésica ou a avaliação pré-anestésica poderá não ser o mesmo que administrará a anestesia.

II - Para conduzir as anestésias gerais ou regionais com segurança, o médico anestesista deve permanecer dentro da sala do procedimento, mantendo vigilância permanente, assistindo o paciente até o término do ato anestésico.

III - A documentação mínima dos procedimentos anestésicos deverá incluir obrigatoriamente informações relativas à avaliação e prescrição pré-anestésicas, evolução clínica e tratamento intra e pós-anestésico (ANEXOS I, II, III e IV).

IV - É vedada a realização de anestésias simultâneas em pacientes distintos, pelo mesmo profissional ao mesmo tempo.

V - Para a prática da anestesia, deve o médico anestesista responsável avaliar e definir previamente, na forma prevista no artigo 2º, o risco do procedimento cirúrgico, o risco do paciente e as condições de segurança do ambiente cirúrgico e da sala de recuperação pós-anestésica, sendo sua incumbência certificar-se da existência das condições mínimas de segurança antes da realização do ato anestésico, comunicando qualquer irregularidade ao diretor técnico da instituição e, quando necessário, à Comissão de Ética Médica ou ao Conselho Regional de Medicina (CRM).

VI - Caso o médico anestesista responsável verifique não existirem as condições mínimas de segurança para a prática do ato anestésico, pode ele suspender a realização do procedimento até que tais inconformidades sejam sanadas, salvo em casos de urgência ou emergência nos quais o atraso no procedimento acarretará em maiores riscos ao paciente do que a realização do ato anestésico em condições não satisfatórias. Em qualquer uma destas situações, deverá o médico anestesista responsável registrar no prontuário médico e informar o ocorrido por escrito ao diretor técnico da instituição e, se necessário, à Comissão de Ética Médica ou ao Conselho Regional de Medicina (CRM).

Art. 2º É responsabilidade do diretor técnico da instituição, nos termos da Resolução CFM nº 2.147/2016, assegurar as condições mínimas para a realização da anestesia com segurança, as quais devem ser definidas previamente entre: o médico anestesista responsável, o serviço de anestesia e o diretor técnico da instituição hospitalar, com observância das exigências previstas no artigo 3º da presente Resolução.

Art. 3º Entende-se por condições mínimas de segurança para a prática da anestesia a disponibilidade de:

I - Monitorização do paciente, incluindo:

a) Determinação da pressão arterial e dos batimentos cardíacos;

b) Determinação contínua do ritmo cardíaco por meio de cardioscopia; e

c) Determinação da temperatura e dos meios para assegurar a normotermia, em procedimentos com duração superior a 60 (sessenta) minutos e, nas condições de alto risco, independentemente do tempo do procedimento (prematuros, recém-nascidos, história anterior ou risco de hipertermia maligna e síndromes neurolépticas).

II - Monitorização contínua da saturação da hemoglobina por meio de oximetria de pulso;

III - Monitorização contínua da ventilação, incluindo os teores de gás carbônico exalados, monitorados por capnógrafo, nas seguintes situações: anestesia sob via aérea artificial (como intubação traqueal, brônquica ou dispositivo supraglótico) e/ou ventilação artificial e/ou exposição a agentes capazes de desencadear hipertermia maligna; e

IV - Equipamentos obrigatórios (ANEXO VI), instrumental e materiais (ANEXO VIII) e fármacos (ANEXO IX) que permitam a realização de qualquer ato anestésico com segurança, assim como a realização de procedimentos técnicos da equipe voltados à reanimação cardiorrespiratória.

Art. 4º Diante da necessidade de implementação de medidas preventivas voltadas à redução de riscos e ao aumento da segurança do ato anestésico, recomenda-se aos médicos anestesistas observar os critérios clínicos de gravidade:

a) da monitorização do bloqueio neuromuscular, para pacientes submetidos a anestesia geral, com uso de bloqueadores neuromusculares;

b) da monitorização da profundidade da anestesia, com o uso de monitores da atividade elétrica do sistema nervoso central, em pacientes definidos no Parecer CFM nº 30/16;

c) da monitorização hemodinâmica avançada (pressão arterial invasiva, pressão venosa central e/ou monitorização do débito cardíaco) para pacientes de alto risco em procedimentos cirúrgicos de grande porte, e para pacientes de risco intermediário (conforme definido no ANEXO V) em procedimentos cirúrgicos e/ou intervencionistas de grande e médio porte;

d) do uso de monitores dos gases anestésicos (ar comprimido, óxido nitroso e agentes halogenados);

e) da utilização da ecocardiografia no período intraoperatório com o objetivo terapêutico hemodinâmico; e

f) dos equipamentos previstos no ANEXO VII.

Art. 5º Considerando a necessidade de implementação de medidas preventivas voltadas à redução de riscos e ao aumento da segurança sobre a prática do ato anestésico, recomenda-se que:

a) a sedação/analgesia seja realizada por médicos, preferencialmente anestesistas, ficando o acompanhamento do paciente a cargo do médico que não esteja realizando o procedimento que exige sedação/analgesia;

b) os hospitais garantam aos médicos anestesistas carga horária compatível com as exigências legais vigentes, bem como profissionais anestesistas suficientes para o atendimento da integralidade dos pacientes dos centros cirúrgicos e áreas remotas ao centro cirúrgico;

c) os hospitais mantenham um médico anestesista nas salas de recuperação pós-anestésica para cuidado e supervisão dos pacientes;

d) o Registro dos Eventos Adversos em Anestesia, alinhado com o Programa Nacional de Segurança do Paciente, estruturado nos Comitês de Segurança institucionais, seja implementado junto com a Análise Periódica dos Eventos Adversos, na forma determinada pela RDC nº 36/2013, da Anvisa;

e) nas instituições hospitalares, os serviços ou departamentos de anestesia estruturem um Protocolo de Cuidado voltado tanto à prevenção quanto ao atendimento dos Eventos Adversos em Anestesia;

f) nas instituições de saúde onde se realizem procedimentos sob cuidados anestésicos, a implementação de um sistema de checagem de situações de risco para a anestesia; e

g) a organização e treinamento de situações críticas em anestesia, com ênfase na via aérea difícil e em eventos graves e de alto risco.

Art. 6º Após a anestesia, o paciente deverá ser removido para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) ou para o Centro de Terapia Intensiva (CTI), conforme o caso, sendo necessário um médico responsável para cada um dos setores (a presença de médico anestesista na SRPA).

Art. 7º Nos casos em que o paciente for encaminhado para a SRPA, o médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico deverá acompanhar o transporte.

§1º. Existindo médico plantonista responsável pelo atendimento dos pacientes em recuperação na SRPA, o médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico transferirá ao plantonista a responsabilidade pelo atendimento e continuidade dos cuidados até a plena recuperação anestésica do paciente.

§2º. Não existindo médico plantonista na SRPA, caberá ao médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico o pronto atendimento ao paciente.

§3º. Enquanto aguarda a remoção, o paciente deverá permanecer no local onde foi realizado o procedimento anestésico, sob a atenção do médico anestesista responsável pelo procedimento.

§4º. É incumbência do médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico registrar na ficha anestésica todas as informações relevantes para a continuidade do atendimento do paciente na SRPA (ANEXOS III) pela equipe de cuidados, composta por enfermagem e médico plantonista alocados em número adequado.

§5º. A alta da SRPA é de responsabilidade exclusiva de um médico anestesista ou do plantonista da SRPA.

§6º. Na SRPA, desde a admissão até o momento da alta, os pacientes permanecerão monitorizados e avaliados clinicamente, na forma do ANEXO IV, quanto:

- a) à circulação, incluindo aferição da pressão arterial e dos batimentos cardíacos e determinação contínua do ritmo cardíaco por meio da cardioscopia;
- b) à respiração, incluindo determinação contínua da saturação periférica da hemoglobina;
- c) ao estado de consciência;
- d) à intensidade da dor;
- e) ao movimento de membros inferiores e superiores pós-anestesia regional;
- f) ao controle da temperatura corporal e dos meios para assegurar a normotermia; e
- g) ao controle de náuseas e vômitos.

Art. 8º Nos casos em que o paciente for removido para o Centro de Terapia Intensiva (CTI), o médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico deverá acompanhar o transporte do paciente até o CTI, transferindo-o aos cuidados do médico plantonista.

§1º. É responsabilidade do médico anestesista responsável pelo procedimento anestésico registrar na ficha anestésica todas as informações relevantes para a continuidade do atendimento do paciente pelo médico plantonista do CTI (ANEXO III).

§2º. Enquanto aguarda a remoção, o paciente deverá permanecer no local onde foi realizado o procedimento anestésico, sob a atenção do médico anestesista responsável.

Art. 9º Os anexos e as listas de equipamentos, instrumentais, materiais e fármacos que obrigatoriamente devem estar disponíveis no ambiente onde se realiza qualquer anestesia e que integram esta resolução serão periodicamente revisados, podendo ser incluídos itens adicionais indicados para situações específicas.

Art. 10. Revogam-se todas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 1.802 publicada em 1º de novembro de 2006.

Art. 11. Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

O médico anestesista deve obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para a anestesia, contendo informações e esclarecimentos acerca das técnicas de anestesia, vantagens e desvantagens e riscos associados, fazendo-o em linguagem clara e acessível aos pacientes. Deverão existir no Termo de Consentimento campos específicos para assinatura do paciente ou responsável, data do consentimento, assinatura e nome legível do médico anestesista.

A documentação da anestesia no pré-operatório deve conter:

1. Estratificação do risco do paciente.
2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, podendo não fazer parte da documentação em situações de urgência/emergência.
3. Ficha de consulta e/ou avaliação pré-anestésica, que deverá compreender as seguintes informações:
 - a) identificação do médico anestesista (responsável pela avaliação);
 - b) identificação do paciente e data da avaliação;
 - c) intervenção cirúrgica ou procedimento proposto;
 - d) dados antropométricos: altura, peso, Índice de Massa Corpórea (IMC);
 - e) antecedentes pessoais e familiares;
 - f) exame físico, incluindo avaliação das vias aéreas (abertura de boca e mandíbula, classificação de Mallampati, mobilidade atlanto-occipital, distância tireomentoniana, condições dentárias, prótese dentária, circunferência cervical);
 - g) tempo de jejum, que deverá observar as seguintes recomendações:
 - Líquidos claros sem resíduos (água, chá): 2 horas
 - Leite materno: 4 horas
 - Leite não humano ou fórmula: 6 horas
 - Refeições leves: 6 horas
 - Dieta geral: 8 horas
 - h) sinais vitais, incluindo: pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura, frequência respiratória, escala de dor (adultos de 0 - 10; e crianças - faces de dor).
 - i) diagnóstico cirúrgico e doenças associadas;
 - j) tratamento (incluindo fármacos de uso atual ou recente);
 - k) história clínica de alergias/história familiar de efeitos adversos em anestesia (ênfase em alergia a fármacos e látex) e hipertemia;
 - l) hábitos: tabagismo (número de carteiras ou cigarros/dia e tempo de tabagismo), etilismo (frequência e quantidade/tempo), entre outros;
 - m) resultados dos exames complementares eventualmente solicitados e opinião de outros especialistas, se for o caso;
 - n) estado físico - avaliação dos sistemas: cardiovascular, respiratório e outros sistemas com alterações clínicas relevantes; e
 - o) prescrição de medicação pré-anestésica, quando indicada.

ANEXO III

A documentação da anestesia no intraoperatório deve incluir, mas não se limitar à ficha de anestesia com as seguintes informações:

- a) identificação do(s) anestesista(s) responsável(is) e, se for o caso, registro do momento de transferência de responsabilidade durante o procedimento;
- b) identificação do paciente;
- c) horários de início e término do procedimento anestésico e cirúrgico;
- d) técnica de anestesia empregada;

e) indicação dos equipamentos de monitorização utilizados e anotação dos resultados aferidos pela monitorização;

f) registro numérico a intervalos não superiores a:

1. 10 (dez) minutos: da saturação da hemoglobina, gás carbônico expirado final (nas situações onde foi utilizado), pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e monitorização da profundidade anestésica com monitores de atividade elétrica do sistema nervoso central; e

2. 15 (quinze) minutos: da monitorização invasiva (pressão arterial média - PAM, pressão venosa central - PVC, índice cardíaco - IC, volume sistólico - VS, parâmetros dinâmicos de responsividade a volume (variação do volume sistólico - VVS, delta de variação da pressão do pulso - DeltaPP) ou outros dados hemodinâmicos.

g) soluções e fármacos administrados (momento de administração, via e dose); e

h) descrição sucinta de intercorrências e eventos adversos associados ou não à anestesia e das condutas implementadas para solucioná-los.

A documentação da anestesia no pós-operatório deve incluir, mas não se limitar à ficha de recuperação pós-anestésica, que deverá conter as seguintes informações:

a) identificação do(s) anestesista(s) responsável(is) e, se for o caso, registro do momento de transferência de responsabilidade na admissão do paciente na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA);

b) identificação do paciente;

c) momentos da admissão e da alta;

d) recursos de monitorização adotados, sob prescrição do médico anestesista, respeitada a monitorização mínima prevista no §6º do artigo 7º desta Resolução;

e) registro da consciência, pressão arterial, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigênio da hemoglobina, temperatura, atividade motora e intensidade da dor a intervalos não superiores a 15 (quinze) minutos na primeira hora de recuperação;

f) registro de outros parâmetros, por prescrição e orientação do médico anestesista;

g) soluções e fármacos administrados (momento de administração, via e dose), sob prescrição do médico anestesista; e

h) descrição da conduta do médico anestesista e de intercorrências e eventos adversos, associados ou não à anestesia, que tenham ocorrido na sala de recuperação pós-anestésica.

Estratificação do risco do procedimento cirúrgico (porte) e do paciente (antecedentes clínicos)

A identificação do risco cirúrgico do paciente tem, entre outros, o objetivo de estabelecer um adequado planejamento do cuidado anestésico e cirúrgico com o objetivo de redução de morbimortalidade.

Estratificação dos procedimentos cirúrgicos em categorias de pequeno, médio e grande porte - exemplos de situações cirúrgicas. Associar ao risco do paciente.

Baixo risco (<1%)	Risco intermediário (1 - 5%)	Alto risco (> 5%)
Pequeno porte	<i>Médio porte</i>	Grande porte
Mama	Abdominal	Cirurgia aórtica de emergência
Dental	Carótida	Intestino grosso - urgência ou emergência, grandes cirurgia do aparelho digestivo*
Endócrina	Reparo de aneurisma endovascular ou angioplastia arterial periférica	Procedimentos gerais abdominais de grande porte em pacientes com mais de 69 anos*
Oftálmica	Cirurgia de cabeça e pescoço	Cirurgia vascular abdominal eletiva
Ginecológica	Neurocirúrgicas - principais	Cirurgia arterial dos membros inferiores

Reconstrutiva	Ortopédicas - principalmente (quadril e coluna vertebral)	Revisões complexas de quadril ou joelho
Ortopédica-menor (cirurgia no joelho)	Transplante renal	Fraturas de pescoço ou fêmur em pacientes com mais de 69 anos*
Urológica-menor	Urológicas de maior porte - cistectomias, grandes ressecções urológicas	Esôfago, procedimentos complexos
		Estômago, duodeno, procedimentos complexos
		Transplante de fígado

# Risco de infarto do miocárdio e/ou morte dentro de 30 dias após a cirurgia	*ou com condições clínicas descompensadas
--	---

J. Renner et al./Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology 30 (2016) 201e216

Importante ressaltar que os transplantes de alta complexidade devem ser estratificados como de alto risco.

O porte da cirurgia deverá ser sempre associado aos critérios clínicos.

Escore de risco do paciente: alto, intermediário ou baixo.

Alto: 3 (três) ou mais critérios maiores ou 4 (quatro) ou mais critérios menores;

Intermediário: 2 (dois) critérios maiores ou 3 (três) critérios menores;

Baixo: que não se enquadrem nas condições acima.

Critérios maiores:

1. Idade superior a 70 anos, com doença crônica descompensada.
2. Doença cardiovascular, cerebrovascular ou respiratória grave descompensada.
3. Doença vascular grave ou doença neurológica crônica descompensada.
4. Abdome agudo descompensado.
5. Previsão ou estimativa de grandes perdas sanguíneas (maior que 20% da volemia ou maior de 1000 ml no adulto; e maior que 7 ml.kg⁻¹ ou maior que 10% da volemia na criança).
6. Choque de qualquer etiologia.
7. Insuficiência respiratória.
8. Insuficiência renal, aguda ou crônica descompensada.
9. Cirurgia oncológica extensa.
10. Insuficiência hepática descompensada.
11. Cirurgia de urgência ou emergência.

Critérios menores:

1. História de doença cardiovascular, cerebrovascular ou respiratória grave compensada.
2. Insuficiência renal crônica dialítica compensada.
3. Diabetes mellitus, insulínica dependente.
4. Síndrome da apneia obstrutiva do sono grave.
5. Obesidade em grau maior ou igual a II (IMC maior ou igual a 35 kg.m⁻²).

Equipamentos obrigatórios para a administração da anestesia e suporte cardiorrespiratório

1. Cada sala onde se administra anestesia deverá conter equipamentos para monitorização mínima: determinação da pressão arterial e dos batimentos cardíacos, determinação contínua do ritmo cardíaco por meio de cardioscopia, monitorização contínua da saturação da hemoglobina por meio de oximetria de pulso e monitorização contínua da ventilação, incluindo os teores de gás carbônico

exalados, monitorados por capnógrafo nas situações em que for realizada anestesia geral sob via aérea artificial - seção de fluxo contínuo de gases, sistema respiratório e ventilatório completo (aparelho de anestesia) e sistema de aspiração.

2. Na unidade onde se administra anestesia: desfibrilador/cardioversor, recomendando-se disponibilização de marca-passo transcutâneo. Nos equipamentos de desfibrilação e cardioversão que não possuam marca-passo transcutâneo, recomenda-se a disponibilização do marca-passo transvenoso (incluindo gerador e cabos), sendo necessário o recurso de equipamentos de imagem.

3. Na unidade onde se administra anestesia: equipamentos que permitam a monitorização da temperatura e meios para manutenção da normotermia, com a finalidade de controle da temperatura (acima de 36°C).

4. Recomenda-se a existência de equipamentos com sistemas automáticos de infusão para administração contínua de fármacos vasoativos e anestesia intravenosa contínua.

5. Para as situações de via aérea difícil previstas é obrigatória a disponibilidade de máscara laríngea, guia bougie e atomizador para anestesia tópica.

6. Dispositivo para cricotireotomia.

Equipamentos recomendados para a administração da anestesia e suporte cardiorrespiratório para pacientes submetidos à anestesia

1. Para a realização de acesso venoso central e arterial e de anestesia regional, recomenda-se o uso de equipamentos de ultrassonografia.

2. Nas situações de via aérea difícil, o recurso do fibroscópio para intubação traqueal e videolaringoscópio.

3. Nos casos com uso de bloqueador neuromuscular, é recomendada a utilização de equipamentos que permitam a monitorização da junção neuromuscular.

4. Para a monitorização hemodinâmica e/ou tomada de decisão clínica ou terapêutica, a utilização do ecocardiograma.

Instrumentos e materiais

1. Máscaras faciais.

2. Cânulas orofaríngeas.

3. Dispositivos supraglóticos e/ou máscaras laríngeas.

4. Tubos traqueais e conectores.

5. Estilete maleável tipo bougie.

6. Seringas, agulhas e catéteres venosos descartáveis.

7. Laringoscópio (cabos e lâminas).

8. Guia para tubo traqueal e pinça condutora (Magill).

9. Dispositivo para cricotireotomia.

10. Seringas, agulhas e catéteres descartáveis, específicos para os diversos bloqueios anestésicos neuroaxiais e periféricos.

Fármacos

1. Fármacos usados em anestesia (incluindo, mas não se limitando a): anestésicos locais, hipnoindutores, bloqueadores neuromusculares e seus antagonistas (por competição e específicos), anestésicos inalatórios e dantrolene sódico, opioides e seus antagonistas, antieméticos, analgésicos não opioides e adjuvantes, corticosteroides, inibidores H2, sulfato de efedrina/fenilefrina e metaraminol, vasopressina, broncodilatadores, gluconato/cloreto de cálcio.

2. Agentes destinados à ressuscitação cardiopulmonar e pós-ressuscitação (incluindo, mas não se limitando a): adrenalina, atropina, amiodarona, sulfato de magnésio, dopamina, dobutamina, noradrenalina, adenosina, lidocaína, cloreto de potássio, nitroprussiato de sódio, nitroglicerina,

furosemida, Beta-bloqueadores de curta duração (esmolol, metoprolol), bicarbonato de sódio, soluções para hidratação e expansores plasmáticos (fluidos cristaloides e coloides) sintéticos e naturais.

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO
Presidente do Conselho Em exercício

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-Geral