CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL
Autarquia Federal - Lei nº 5.905/73

PARECER TÉCNICO COREN-DF nº 13/2020

EMENTA: Verificação/Constatação de óbito pelas equipes de suporte básico e intermediário de vida do SAMU.

Descritores: papel do profissional de enfermagem; atendimento pré-hospitalar; atestado de óbito.

1. DO FATO

Enfermeiro solicita parecer técnico e manifestação deste órgão quanto a uma situação que tem se tornado recorrente. Segundo o profissional, as equipes de suporte básico e intermediário têm sido acionadas para verificar/constatar óbito.

2. DA FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE

A definição da Enfermagem, de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução Cofen nº 564/2017:

> A Enfermagem é uma ciência, arte e uma prática social, indispensável à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde; tem como responsabilidades a promoção e a restauração da saúde, a prevenção de agravos e doenças e o alívio do sofrimento; proporciona cuidados à pessoa, à família e à coletividade; organiza suas ações e intervenções de modo autônomo, ou em colaboração com outros profissionais da área; [...] (BRASIL, 2017).

Quanto ao modelo assistencial pré-hospitalar

No Brasil, o componente móvel assistencial da Rede de Atenção às Urgências é o SAMU 192 e suas unidades móveis podem ser terrestres, aéreas ou por embarcação. A Unidade de Suporte Básico de Vida (USB) Terrestre é composta por equipe mínima com um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem. A Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA) terrestre é tripulada no mínimo por 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, médico e enfermeiro (BRASIL, 2017).

O Suporte Intermediário de Vida (SIV) consiste em uma unidade presente em alguns estados e municípios brasileiros, ora funcionando como uma USB com protocolos ampliados ou uma USA sem a presença do médico, a depender da realidade de cada local. Em ambas, o diferencial é a presença do enfermeiro como líder da equipe e assumindo práticas de escopo ampliado, conforme protocolo institucional (MALVESTIO et al, 2019). No Distrito Federal, o SIV é mencionado como unidade móvel do SUAPH – Serviço Unificado de Atendimento Pré-hospitalar em Urgências e Emergências entre a Secretaria de Saúde e Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2018).

Quanto à definição de morte e seus fenômenos

A morte pode ser definida como a cessação irreversível de todas as funções corpóreas manifestada por ausência de respiração espontânea e perda total das funções cardiovascular e cerebral, sem possibilidade de reanimação (BRASIL, 2009; DeCS, 2020).

Segundo Camargo & Camargo (2013), a morte não é um instante, e sim, um processo. Essa máxima pode ser metodicamente divida em 2 fenômenos, conforme observado por Borri (1989) *apud* Santos (1997): A) Fenômenos Abióticos (imediatos e consecutivos) e B) Fenômenos transformativos.

A.1) Fenômenos Abióticos imediatos: Surgem no próprio instante do óbito e caracterizam-se por perda de consciência, perda da sensibilidade (tátil, térmica e dolorosa), ausência de mobilidade e tônus muscular (*fáscies hipocrática*), cessão da respiração e circulação.

A.2) Fenômenos Abióticos Consecutivos: se instalam progressivamente, de maneira paulatina nas horas seguintes. Nesta etapa, presenciamos os sinais óbvios de morte: *desidratação, algor*, *livor* e *rigor e espasmo cadavérico*:

Desidratação: devido à evaporação tegumentar

Algor Mortis (resfriamento): o corpo perde 0,5^{o}C/hora nas primeiras 3 horas e 1^{o}C/hora a partir da quarta hora; a tendência do corpo é equilibrar sua temperatura com o meio ambiente.

Livor hipostático (manchas de hipóstases): refere-se à congestão sanguínea nas partes declivosas do cadáver por força da atuação da gravidade; surge entre 2 e 3 horas, fixando-se em até 12 horas após a morte. No atendimento pré-hospitalar (APH) evita-se movimentar o corpo da posição encontrada, devido às hipóstases;

Rigor Mortis (rigidez cadavérica): evolui no sentido céfalo-podal de forma:

- 1 a 2 horas da morte: mandíbula e nuca.

- 2 a 4 horas: membros superiores.

- 4 a 6 horas: musculatura torácica e abdominal.

- 6 a 8 horas: membros inferiores.

- Máxima ou generalizada em 8 horas.

B) Fenômenos transformativos: subdivididos em duas ordens: destrutivos (autólise, putrefação e maceração) e conservadores (mumificação, saponificação e calcificação).

De acordo com os Protocolos Especiais para o Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a,b):

> PROTOCOLOS ESPECIAIS - PE27 - Identificação do óbito por equipes do SAMU 192
>
> - A parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial. O Encéfalo é composto pelo Cérebro, Cerebelo e Tronco Cerebral;
> - **Morte evidente ou morte óbvia são situações em que o corpo apresenta sinais que indiretamente asseguram a condição de morte encefálica,** tais como: rigidez cadavérica (rigor mortis), livores de hipóstase (livor mortis), decapitação, esmagamento de crânio com perda de massa encefálica e ausência de pulso central, carbonização, segmentação do tronco, ou sinais evidentes de decomposição.
> - Rigor mortis ou rigidez cadavérica: geralmente inicia-se entre 1 e 6 horas após a morte, pelos músculos da mastigação e avança no sentido crânio-caudal.
> - Livor mortis ou livores de hipóstase: é a estase sanguínea pela ação da gravidade, depende da posição do corpo e geralmente inicia-se em 1 hora e 30 minutos a 2 horas, atingindo seu máximo entre 8 e 12 horas. (grifos nossos; BRASIL, 2016a,b)

Quanto aos aspectos ético-legais na constatação do óbito

O Decreto nº 94.406/1987, que regulamenta a Lei no 7.498/1986, dispõe sobre o exercício da Enfermagem, onde consta, no artigo 8º, atividades privativas do enfermeiro, tais como: "... *f) prescrição da assistência de enfermagem; g) cuidados diretos de*

enfermagem a pacientes graves com risco de vida; h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas". Ao técnico de enfermagem, profissional de nível médio, o artigo 10 atribui todas as funções da equipe de enfermagem, exceto às privativas do enfermeiro (BRASIL,1987).

Considerando a Resolução Cofen nº 564/2017, que dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, temos:

> [...]
> CAPÍTULO I – DOS DIREITOS
> Art. 1o Exercer a Enfermagem com liberdade, segurança técnica, científica e ambiental, autonomia, e ser tratado sem discriminação de qualquer natureza, segundo os princípios e pressupostos legais, éticos e dos direitos humanos.
> [...]
> Art. 22 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, à família e à coletividade.
> [...]
> CAPÍTULO II – DOS DEVERES
> [...]
> Art. 24 Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.
> [...]
> Art. 59 Somente aceitar encargos ou atribuições quando se julgar técnica, científica e legalmente apto para o desempenho seguro para si e para outrem.
> [...]
> CAPÍTULO III – DAS PROIBIÇÕES
> Art. 62 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. 81 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)

Considerando a Resolução Cofen nº 487/2015 que veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica à distância e a execução da prescrição médica fora da validade, assim resolve:

> Art. 1º É vedado aos profissionais de Enfermagem o cumprimento de prescrição médica à distância fornecida por meio de rádio, telefones fixos e/ou móveis, mensagem de SMS (short message service), correio eletrônico, redes sociais de internet ou quaisquer outros meios onde não conste o carimbo e assinatura do médico.
>
> Art. 2º Fazem exceção ao artigo anterior as seguintes situações de urgência e emergência:

> I – Prescrição feita por médico regulador do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
> [...] (COFEN, 2015)

Considerando o Parecer Coren-SP nº 001/2017, sobre a possibilidade de ser constatado óbito evidente pelo Enfermeiro, na ausência do médico no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que conclui:

> [...]
> "cabe ao profissional Enfermeiro à identificação de sinais de morte óbvia ou
> evidente, (detectados a partir da realização do exame físico) e a descrição destes sinais ao médico regulador, de forma rigorosamente detalhada, utilizando-se para isso de rádio ou telefonia gravada. A partir das informações recebidas, o médico regulador fará uso de suas prerrogativas na tomada de decisão sobre os procedimentos e/ou a constatação do óbito. Ressalte-se a responsabilidade do Enfermeiro quanto ao registro na ficha de todos os achados do exame físico de forma meticulosa, bem como, da identificação do médico regulador (nome e CRM) e as decisões pactuadas com este profissional sobre procedimentos e orientações para a equipe e familiares, se houver. Considerando que, para além de ordenar o funcionamento da assistência pré-hospitalar ofertada pelo SAMU, o modelo pré-hospitalar instituído ordena as atividades dos serviços privados que atuam na área, o presente parecer se aplica aos serviços públicos e privados de APH e seus profissionais". (COREN-SP, 2017).

Considerando o Parecer Coren-SP nº 013/2019, sobre a Utilização do impresso "Evidências de morte óbvia" por Técnicos de Enfermagem (SBV – SAMU) que assim conclui:

> [...] frente ao questionamento, se o Técnico de Enfermagem pode utilizar o impresso do serviço para identificar quadro de morte óbvia, diante de situação dessa natureza, cabe se reportar ao médico regulador, informar detalhadamente a situação encontrada para receber orientações relativas ao caso e registrar os procedimentos realizados, em impressos estabelecidos em protocolo institucional. (COREN-SP, 2019)

Segundo a legislação vigente no país, decorrida uma morte, o médico tem obrigação legal de constatar e atestar o óbito, usando o formulário oficial "Declaração de Óbito" (DO) padronizado em 1976 pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina (BRASIL, 2009). A Lei 12.842 de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina, estabelece como privativo do médico "...Art. 4º *a atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico...*" (BRASIL, 2013).

Em âmbito nacional, o protocolo do Ministério da Saúde afirma por meio dos

protocolos especiais para as equipes de USB e USA (BRASIL, 2016a,b):

> PROTOCOLOS ESPECIAIS - PE27 - Identificação do óbito por equipes do SAMU 192
>
> [...]
>
> Conduta:
>
> 1. Não alterar a cena além do necessário para as ações de atendimento.
>
> 2. **Entrar em contato com o médico regulador, combinando com ele a conduta e as orientações** a serem passadas para os familiares ou responsáveis, cabendo ao médico regulador o contato com autoridades locais competentes, quando for indicado.
>
> [...]
>
> 5. Os serviços poderão desenvolver e fornecer, a seu critério, documento escrito com orientações aos familiares ou responsáveis. As orientações poderão variar de um serviço a outro, conforme características dos recursos disponíveis no município como: IML, SVO, médico responsável pelo paciente, morte por causas externas ou não, etc.
>
> [...]
>
> Observações
>
> - As providências legais após o óbito, incluindo o fornecimento da Declaração de Óbito por um médico, incluindo o médico intervencionista do SAMU, podem variar de uma localidade a outra ou de uma situação a outra, dependendo da existência de médico assistente do paciente, IML, SVO e outros serviços médicos, advindo daí a necessidade das rotinas e normas serem estabelecidas por cada serviço.
> - Após a identificação do óbito, a remoção do corpo do local onde se encontra para outro não deverá ser realizada pelo SAMU havendo, entretanto, exceções possíveis, na dependência de diversos fatores, mas que deverão ser previamente pactuadas entre o gestor do SAMU local ou regional com os gestores de outras instituições públicas, em especial as policiais.
> - **Instrumentos legais recomendados para consulta, facilitando as orientações pelo médico regulador à equipe de Suporte Básico de Vida**:
> - Resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina- "Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes";
> - Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina- "Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal" (**grifos nossos**; BRASIL, 2016).

Nos serviços de assistência pré-hospitalar, quando se conta com o suporte avançado de vida, a presença do médico não deixa dúvidas quanto à responsabilidade de constatação do óbito. Entretanto, o paradigma gira em torno de equipes básicas ou intermediárias (enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, bombeiros e socorristas) que ao se depararem com sinais de ausência de consciência, pulso carotídeo, respiração, insensibilidade e ausência de mobilidade não podem deduzir a certeza de morte, e sim, de uma parada cardiorrespiratória.

Algumas situações especiais no APH levantam dilemas éticos, que devem ser vistos à luz das evidências científicas. Entretanto, nem sempre a evidência é clara ou completa, de modo que os protocolos locorregionais devem balizar condutas mais condizentes com a realidade local e nível de capacitação das equipes.

São situações como parada cardiopulmonar traumática decorrente de exsanguinação, lesão cerebral traumática ou outra lesão no Sistema Nervoso Central cuja taxa de sobrevivência global é menos de 4% (NAEMT, 2020). A *American Heart Association* também considera algumas situações em que seria apropriado não realizar a reanimação cardiopulmonar: sinais clínicos de morte evidente (rigor, lividez, decaptação, transecção, decomposição), risco de ferimentos graves ou perigo mortal ao socorrista (como exposição a toxinas ou fogo) e quando o socorrista se depara com uma diretriz antecipada válida indicando a não reanimação, como no caso de pacientes em cuidados paliativos (MANCINI et al, 2015).

Quanto à competência técnica dos profissionais de enfermagem

O Processo de Enfermagem (PE) é o método científico que visa sistematizar o cuidado. Segundo a Resolução Cofen 358/2009, ao enfermeiro "*incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados...*". O técnico e o auxiliar de enfermagem participam da execução do PE, dentro de suas prerrogativas e sob supervisão do enfermeiro.

Portanto, o exame físico deve ser utilizado na primeira etapa do PE (coleta de dados) que consiste em técnicas básicas ou passos propedêuticos: inspeção, palpação, percussão e ausculta (BARROS, 2016). Respeitando-se o grau de formação de cada categoria, cabe aos enfermeiros a realização do exame físico e aos técnicos ou auxiliares de enfermagem a descrição dos sinais e sintomas observados nos pacientes.

Devido ao nível de complexidade que se exige, identificar sinais de morte

evidente ou óbvia pode não ser tarefa fácil, pois episódios raros como a catalepsia ou pacientes com lesões neurológicas podem se assemelhar a *rigidez mortis*, por exemplo. Portanto, para melhor acurácia e tomada de decisão, o profissional deve usar de embasamento técnico e científico para avaliar, identificar e descrever os sinais de morte. Entende-se que o enfermeiro seja o profissional mais capacitado para tal ação. Entretanto, o técnico ou auxiliar de enfermagem deve estar apto a "observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas" (BRASIL, 1987) e partir dessa premissa pode reportar-se ao médico regulador da Central de Regulação do SAMU registrando sua impressão a fim de receber orientações sobre a conduta a ser tomada.

3. CONCLUSÃO

Diante do exposto, a atestação do óbito é ato médico, conforme legislação vigente no país. Quanto ao procedimento de constatação do óbito, deve ser feita sob responsabilidade do médico regulador. Sabe-se que uma parte significativa das ocorrências com morte na cena são socorridas por equipes de APH sem médico, mas conta com ao menos um profissional de enfermagem.

Entende-se que o enfermeiro tem competência legal para identificar sinais de morte óbvia ou evidente com segurança, pois sua formação contempla arcabouço técnico-científico que lhe garante fazer um exame físico qualificado. O profissional deve reportar a avaliação minuciosamente realizada ao médico regulador e registrar a evolução de enfermagem e conduta adotada, utilizando-se do PE e formulário da instituição.

O técnico ou auxiliar de enfermagem que se deparar com situação de morte evidente ou óbvia deve descrever detalhadamente a cena presenciada em formulário padronizado e reportar o caso ao médico regulador, que fará o uso de suas prerrogativas legais para a tomada de providências cabíveis aos envolvidos.

Nas situações em que se suspeitar de morte não natural (violenta ou suspeita), os profissionais de enfermagem devem atentar-se para a preservação da cena, descrevendo na ficha de atendimento o que avaliou e pactuou junto ao médico da Central de Regulação, valendo-se dos meios oficiais de comunicação e registro, para acionar os recursos e serviço de apoio.

A instituição deve prever as atribuições e responsabilidades de cada profissional, elaborando protocolos institucionais, a fim de garantir respaldo jurídico-legal aos envolvidos, e programas de educação permanente em saúde. Ressalta-se que nenhum

profissional deve ser obrigado ou constrangido a praticar ato inseguro para si e outrem, podendo denunciar ao conselho de classe sempre que necessário.

É o parecer

Brasília, 12 de agosto de 2020.

Relator: Tiago Silva Vaz

COREN-DF nº 170.315-ENF

Colaborador da Câmara Técnica de Assistência ao COREN-DF

Revisor: Rinaldo de Souza Neves

COREN-DF 63.655-ENF

Aprovado em 12 de agosto de 2020 na Reunião da Câmara Técnica de Assistência ao COREN-DF.

Homologado em 14 de agosto de 2020 na 136ª Reunião de Plenária Extraordinária (REP) dos Conselheiros do COREN-DF.

REFERÊNCIAS

BARROS, Alba Lucia Leite de (org). **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto [recurso eletrônico]**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. Brasília, 2009.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 487/2015, de 05 de agosto de 2015. **Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade**. Brasília, 2015.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564/2017. **Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Brasília, 2017.

BRASIL. Decreto 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, e dá outras providências**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm> Acesso em 05 de agosto de 2020.

BRASIL. Lei 12.842 de 10 de julho de 2013. **Dispõe sobre o exercício da Medicina**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm> Acesso em 05 de agosto de 2020.

BRASIL. Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm > Acesso em 05 de agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de óbito: documento necessário e importante / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 40 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_de__obito_final.pdf> Acesso em 11 de junho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 03, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html> Acesso em 07 de ago de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Suporte Avançado de vida**. 2 ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Suporte Básico de vida**. 2 ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2016b.

CAMARGO, E.C.M; CAMARGO, R.B.C. Aspectos Ético-legais. *In*: GRAU (Grupo de Resgate e Atenção às Urgências e Emergências) (org.). **Pré-hospitalar/GRAU**. Barueri, SP: Manole, ed.1, 2013. p. 27- 33.

Descritores em Ciências da Saúde: DeCS. *. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2017. Disponível em: < http://decs.bvsalud.org >. Acesso em 05 de agosto de 2020.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria conjunta nº 40, de 05 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a instituição do serviço unificado de atendimento pré-hospitalar em urgências e emergências entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, dentre outras ações. **Diário Oficial do Distrito Federal**: seção 1, Brasília, DF, ano XLVII, n. 236, p. 6-8, 13 dez. 2020.

MALVESTIO, M.M, et al. Enfermagem em Práticas Avançadas no Atendimento pré-hospitalar: Oportunidade de ampliação do acesso no Brasil. **Revista Enferm**. Foco, v. 10, n. 6, 2019. pg 157-164. Disponível em: < http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2594/666 > Acesso em 05 de ago de 2020.

MANCINI, M.E. et al. **Part 3: Ethical Issues: 2015 Guidelines Update Writing Group Disclosures**. 2015 American Heart Association (AHA) Guidelines Update for CPR and

Emergency Cardiovascular Care (ECC). 2015. Disponível em: < https://eccguidelines.heart.org/circulation/cpr-ecc-guidelines/part-3-ethical-issues/> Acesso em 07 ago 2020.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT). **PHTLS / Prehospital Trauma Life Support / Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado**. ed. 9 (tradução / edição em português). 2020.

SANTOS, M.C.C.L. Conceito médico-forense de morte. **Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo**, v. 92, pg. 341-380, 1997. Disponível em:< http://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/67369/69979 > Acesso em 10 de agosto de 2020.

SÃO PAULO. Parecer COREN-SP no 001/2017, de 22 de novembro de 2017. Constatação de óbito evidente pelo Enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. São Paulo, 2017. Disponível em <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2018/01/Parecer-001-Morte-evidente.pdf > Acesso em 05 de agosto de 2020.

SÃO PAULO. Parecer COREN-SP no 013/2019, de 15 de maio de 2019. Utilização do impresso "Evidências de morte óbvia" por Técnicos de Enfermagem (SBV - SAMU). – SAMU. São Paulo, 2017. Disponível em < https://portal.coren-sp.gov.br/pareceres/utilizacao-do-impresso-evidencias-de-morte-obvia-por-tecnicos-de-enfermagem-sbv-samu/parecer-013-2019-utilizacao-do-impresso-evidencias-de-morte-obvia-na-cena-por-tecnico-de-enfermagem/> Acesso em 05 de agosto de 2020.