

Grupo de Trabalho
Requalificação do Programa Nacional de Desfibrilhação
Automática Externa (GT – RDAE)
Despacho nº 2715/2018

Relatório final

20 de Julho de 2018

INDICE

SUMÁRIO EXECUTIVO	3
<hr/>	
DOCUMENTO INTEGRAL	9
Introdução	9
Âmbito do Programa Nacional de DAE	10
Prioridades para a formação de operacionais em DAE	13
Registos de PCR e utilização de DAE	16
Sensibilização do público para o uso de DAE	19
Nota Final	23

SUMÁRIO EXECUTIVO

Procurando facilitar a leitura do presente relatório, apresenta-se de seguida um Sumário Executivo, no qual se descrevem as mais importantes propostas de trabalho, sem qualquer fundamentação.

A sua leitura não deve impedir a apreciação do documento integral, já que neste se desenvolvem os conceitos que conduzem às decisões.

1. ÂMBITO DO PROGRAMA NACIONAL DE DESFIBRILHAÇÃO AUTOMÁTICA EXTERNA

Portugal iniciou em 2009, com a publicação do Decreto-Lei nº 188/2009, de 12 de Agosto, um processo importante de aumento da disponibilidade e acessibilidade à desfibrilhação em situações de paragem cardio-respiratória (PCR), reconhecidamente uma forma de conseguir aumentar a probabilidade de sobrevivência desses doentes.

Importa agora continuar esse caminho e dar mais alguns passos decisivos, de modo a alargar o acesso à desfibrilhação por parte de quem dela necessita e assim aumentar a probabilidade de sobrevivência destas vítimas.

Ao repensar o Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa (PNDAE) importa reconhecer que o mesmo tem virtualidades que não podem ser fragilizadas, designadamente o conceito que a desfibrilhação só faz sentido quando enquadrada na cadeia de sobrevivência, a qual engloba o rápido reconhecimento e pedido de ajuda; o rápido início de suporte básico de vida (SBV) por quem testemunha a PCR; a desfibrilhação rápida; e a administração de cuidados de suporte avançado de vida e de pós-ressuscitação. Todos estes passos devem continuar a ser rigorosamente respeitados.

Assim, a desfibrilhação deve continuar a ser enquadrada em programas organizados de

resposta à PCR, manuseada por operacionais devidamente treinados e licenciados de acordo com a lei em vigor.

Contudo, no momento atual estão reunidas as condições de segurança para que, em situações particulares, o manuseio do desfibrilhador automático externo (DAE) possa ser feita por cidadãos não treinados, sempre que possível por indicação telefónica dada pelo médico do CODU, ou estruturas equivalentes nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, em tempo útil e em benefício da vítima.

A instalação de DAEs em locais públicos, nos moldes definidos no Decreto-Lei nº 184/2012, de 8 de agosto, é obrigatória em zonas que, pela elevada concentração de pessoas ou pelo risco elevado da população envolvida, a ocorrência de casos de PCR é mais provável. Por convenção o Grupo de Trabalho para a Requalificação da DAE (GT-RDAE) define como elevada concentração os locais em que se verifique uma circulação diária de pelo menos 1000 pessoas.

Admitindo que a lista possa ser ampliada, considera-se obrigatória a existência de programas de DAE nos seguintes locais, com circulação diária de aproximadamente 1000 pessoas, ou de especial risco independentemente do seu número:

- Centros comerciais
- Unidades hoteleiras
- Monumentos
- Áreas de diversão
- Embarcações turísticas e de transporte público
- Aeronaves da aviação comercial
- Comboios de longo curso
- Estabelecimentos de ensino
- Ginásios e complexos desportivos (áreas de especial risco)
- Unidades de saúde (em complemento à lei que rege a sua atividade), sendo áreas de especial risco

2. PRIORIDADES PARA A FORMAÇÃO DE OPERACIONAIS EM DAE

Para além dos profissionais de saúde, deve existir formação obrigatória dos seguintes profissionais:

- Todos os tripulantes de ambulâncias (incluindo de transporte não urgente e de empresas privadas, em ambulância ou viatura dedicada ao transporte de doentes);
- Todos os nadadores-salvadores do Instituto de Socorros a Náufragos;
- Todos os agentes da GNR integrados no GIPS;
- Todos os novos elementos incorporados nas forças de segurança, nomeadamente na PSP, Polícia Municipal, GNR e Polícia Marítima;
- Todos os novos vigilantes de empresas de segurança ou no momento de renovação de credenciais;
- Todos os novos oficiais da marinha mercante, com repercussão na navegação marítima em geral e nos navios de navegação fluvial a operar em Portugal;
- Todos os tripulantes de cabine de aeronaves comerciais com base em Portugal

Bem como de alguns grupos da população em geral:

- Todos os candidatos à obtenção de carta de condução (das diferentes categorias) e de licença marítima turística;
- Todos os alunos no ensino secundário, concretizando-se o currículo oficial em vigor para o treino de Suporte Básico de Vida (SBV) e acrescido de treino em competências de DAE;
- Todos os alunos do ensino superior das Ciências da Saúde e do Desporto.

3. REGISTOS DE PCR E UTILIZAÇÃO DE DAE

A criação de registos é uma ferramenta promotora de eficiência na prestação de qualquer cuidado de saúde, que traz benefícios significativos contribuindo para: a

qualidade dos cuidados prestados; a redução do risco de erros resultantes da falta de informação; a racionalização de investimentos, explorando sinergias; e permitindo auditorias que contribuam para a melhoria de processo.

A ampliação dos programas de DAE, em discussão no presente documento, deverá ser suportada no conhecimento da realidade nacional sobre a ocorrência de casos de morte súbita. Contudo, existem importantes lacunas no conhecimento do panorama nacional nesta área, por ausência de dados ou por insuficiente capacidade de análise dos dados parcelares já existentes.

Urge, pois, que se organizem registos que permitam uma visão epidemiológica da PCR e do seu tratamento. Para tal é necessário que esses registos sejam o mais universal possível (abrangendo todas as entidades responsáveis pela emergência pré-hospitalar) e que possam rastrear todo o percurso das vítimas de PCR, (estado de saúde prévio, detalhes sobre o episódio de PCR, tratamento hospitalar, prognóstico e estado de saúde posterior).

Uma vez que não será previsível que um único registo possa ter, simultaneamente, a complexidade necessária para que sejam conhecidos todos estes dados e a universalidade que lhe permitisse ser aplicável ao nível global nacional, propõem-se três níveis de intervenção, cada um com objetivos, âmbito e metodologias próprias.

3.1. Registo Nacional de PCR pré-hospitalar

O registo de PCR pré-hospitalar do INEM, desenvolvido com base no modelo *Utstein*, deveria ser alargado a todas as outras entidades que prestam socorro a nível pré-hospitalar, incluindo os vários programas de DAE em locais de acesso público, garantindo a universalidade dos dados obtidos relativamente à PCR pré-hospitalar. Este registo, efetuado de forma contínua e prospetiva, permitirá uma caracterização epidemiológica não só da PCR pré-hospitalar mas também da atual e futura utilização de DAEs em Portugal.

3.2. Estudo Piloto de tipo “Snapshot”

Propõe-se a implementação de um estudo-piloto que implique a realização de um registo a efetuar em 2 ou 3 regiões do país, durante um tempo determinado (ex: 3 a 6 meses) e que deverá incluir todas as entidades responsáveis pelos cuidados de saúde das vítimas de PCR nas regiões escolhidas.

Uma vez registado o episódio de PCR, deveria ser recolhida toda a informação possível sobre a vítimas, desde os seus antecedentes de saúde/fatores de risco (informação a ser recolhida junto dos médicos assistentes, por exemplo nos Centros de Saúde/USFs) até todos os detalhes possíveis sobre o episódio de PCR e ainda sobre o desfecho do caso que deveria ser estendido pelo menos até ao óbito ou alta hospitalar.

3.3. Participação em Registos Europeus de PCR

O desenvolvimento de procedimentos e o preenchimento de registos que permitam a participação de Portugal nos estudos internacionais, prospetivos, multicêntricos de PCR fora do hospital são uma mais valia em termos epidemiológicos. A participação nos registos *EuReCa* (*European Registry of Cardiac Arrest*) deverá ser uma prioridade.

4. SENSIBILIZAÇÃO DO PÚBLICO PARA O USO DE DESFIBRILHADORES AUTOMÁTICOS EXTERNOS

A evolução e ampliação natural do atual PNDAE, faz surgir a necessidade de promover e gerar consciência relativamente à utilização destes equipamentos. Assim dever-se-á pensar num Plano Nacional de Combate à Morte Súbita Cardíaca, que acarreta o desenvolvimento de uma Campanha Nacional de Sensibilização.

Múltiplos estudos identificaram as principais barreiras que constituem impedimento à ação pelo público, designadamente:

- A dificuldade na identificação da PCR como problema de saúde pública emergente;

- O medo de causar ainda maior dano ao praticar reanimação cardiopulmonar ou usar um DAE;
- O medo da aplicação incorreta de manobras de SBV-DAE;
- O medo de repercussões legais;
- O medo de transmissão de doenças infecciosas;
- A falta de confiança nas competências individuais já adquiridas.

A estratégia de sensibilização tem de estar focada em derrubar estes obstáculos criando um movimento de persuasão e educação, que incentive e capacite o indivíduo para atuar rapidamente perante a PCR. Será necessária uma mensagem simples, uniformizada e focada na simplicidade do ato de salvar vidas, que inclua os seguintes elementos:

- Ser reanimado é um direito e saber reanimar é um dever cívico;
- A PCR é uma emergência de saúde que deve ser facilmente reconhecida por todos e requer uma resposta imediata;
- A PCR pode ser revertida com a intervenção rápida de leigos;
- A reanimação com DAE é um ato fácil que deve ser iniciado o mais rápido possível, após o reconhecimento da PCR;
- Qualquer pessoa, de qualquer faixa etária, pode aprender a identificar uma PCR e ser capaz de salvar uma vida;
- Agir é salvar uma vida.

Promover uma cultura de conhecimento e a formação sobre a cadeia de sobrevivência na sociedade portuguesa necessita de intervenções ativas e diretas ao nível das comunidades. Do ponto de vista organizacional, esta campanha de sensibilização deverá ser concertada com a participação de vários Ministérios e Secretarias de Estado.

O desenho e a operacionalização desta campanha devem estar centrados na Direção Geral de Saúde (quanto aos conteúdos) e Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (quanto à divulgação e publicitação).

INTRODUÇÃO

No passado dia 15 de Março foi publicado, pelo Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, o despacho n.º 2715/2018, no qual foi criado um Grupo de Trabalho, o qual visa a Requalificação do Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa (GT-RDAE), tendo como missão *“a análise do Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa (PNDAE) e a elaboração de um relatório com propostas devidamente fundamentadas que permitam desenvolver e disseminar a utilização da DAE em Portugal e melhorar o acesso das vítimas em paragem cardio-respiratória (PCR) a esta medida life saving”*.

No referido despacho, para além da constituição do grupo de trabalho, foi definido que, “sem prejuízo de outros elementos ou entidades que o GT-RDAE entenda convocar, devem ser auscultadas as seguintes entidades:

- a) Associação Nacional dos Municípios Portugueses;
- b) Conselho Português de Ressuscitação;
- c) Autoridade Nacional de Proteção Civil;
- d) Liga dos Bombeiros Portugueses;
- e) Escola Nacional de Bombeiros;
- f) Cruz Vermelha Portuguesa;
- g) Entidades formativas acreditadas pelo INEM em SBV -DAE”.

Para este efeito, procedeu o GT – RDAE ao envio do relatório final a todas estas entidades para que o pudessem analisar, procedendo à incorporação dos comentários e/ou sugestões julgados mais oportunos e pertinentes pelo GT-RDAE.

O trabalho do GT-RDAE desenvolveu-se com base em três reuniões presenciais, nos dias 23 de Abril, 28 de Maio e 11 de Junho complementado por discussão por correio eletrónico.

O resultado final, relatado neste documento, foi alcançado por consenso de todo o grupo, não se tendo procedido a qualquer votação.

Ao entregar este documento, deve ser realçada a colaboração de todos, bem como a prestimosa colaboração do INEM e dos seus profissionais afetos a este projeto.

1. ÂMBITO DO PROGRAMA NACIONAL DE DESFIBRILHAÇÃO AUTOMÁTICA EXTERNA

Portugal iniciou em 2009, com a publicação do Decreto-Lei nº 188/2009, de 12 de Agosto, um processo importante de aumento da disponibilidade e acessibilidade à desfibrilhação em situações de paragem cardio-respiratória (PCR), reconhecidamente uma forma de conseguir aumentar a probabilidade de sobrevivência desses doentes.

Nessa fase, foi definido o ato de desfibrilhação como um ato médico delegável e por razões de segurança, foram definidas várias normas ou regras para a sua utilização e monitorização. Em 2012 e no mesmo sentido de melhorar a acessibilidade, foi tornada obrigatória a existência de desfibrilhadores e de pessoas habilitadas para o seu manuseio em espaços públicos, com maior probabilidade de ocorrência desses eventos, através do Decreto-Lei nº 184/2012, de 8 de agosto.

Em simultâneo e de forma sinérgica, várias iniciativas foram desenvolvidas por diversas entidades, para divulgar a formação em Suporte Básico de Vida (SBV) na população em geral, aumentando a sua capacidade de intervir e participar precocemente na assistência a uma eventual vítima de PCR.

Os dados atualmente disponíveis indiciam que as mesmas estão já a dar bons resultados e que o caminho iniciado há quase dez anos está na direção certa.

Conseguir o objetivo de diminuir a mortalidade e a morbidade após PCR fora do hospital implica, não novas descobertas científicas, mas a adoção de boas práticas de reanimação no terreno envolvendo a comunidade.

Os vários estudos internacionais existentes demonstram que a utilização dos desfibriladores automáticos externos (DAE) é segura, mesmo quando utilizados por pessoas menos diferenciadas, incluindo crianças. O rigoroso controlo atualmente existente sobre os equipamentos, dá garantias de um uso em segurança e com fiabilidade.

Acresce ainda que o número de pessoas existente em Portugal que já frequentou formação em SBV ou SBV-DAE é hoje muito maior do que era há 10 anos, existindo atualmente cerca de 1 pessoa formada por cada 100 habitantes (dados INEM).

Em Portugal Continental todas as chamadas de emergência efetuadas via 112, referentes a saúde, são atendidas pela PSP e encaminhadas para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM onde, além de técnicos formados e experientes, existe em permanência um médico a coordenar e a supervisionar todo o sistema integrado de emergência médica (SIEM). De igual modo também nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira se desenvolveram sistemas de resposta à emergência, pelo que a cobertura é nacional.

Ao repensar o PNDAE importa reconhecer que o mesmo tem virtualidades que não podem ser fragilizadas, designadamente o conceito que a desfibrilhação só faz sentido quando enquadrada na cadeia de sobrevivência, a qual engloba passos a montante e a jusante da desfibrilhação, os quais devem continuar a ser rigorosamente respeitados.

Assim, a desfibrilhação deve continuar a ser enquadrada em programas organizados de resposta à PCR, manuseada por operacionais devidamente treinados e certificados de

acordo com a lei em vigor.

Contudo, no momento atual estão reunidas as condições de segurança para que, em situações particulares, o manuseio de DAE possa ser feito por cidadãos não treinados, por indicação telefónica dada pelo médico do CODU, ou estruturas equivalentes nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, em tempo útil e em benefício da vítima. A utilização nestes casos excecionais deve ser reportada ao INEM a quem compete a sua análise.

Por maioria de razão deve ser permitida a utilização de DAE por cidadãos treinados e certificados, quando são chamados a atuar fora do âmbito do programa para o qual estão certificados. Deste modo a certificação passa a ser individual e válida em qualquer contexto.

De modo a facilitar todo este processo, o CODU deve ser conhecedor da geo-localização de todos os DAE existentes.

A instalação de DAE em locais públicos, nos moldes definidos no Decreto-Lei nº 184/2012 de 8 de agosto, é obrigatória em locais que, pela elevada concentração de pessoas, ou pelo risco elevado da população envolvida, a ocorrência de casos de PCR é mais provável. Por convenção o GT-RDAE define como elevada concentração a circulação diária de pelo menos 1000 pessoas.

Admitindo que a lista possa ser ampliada, considera-se obrigatória a existência de programas de DAE com um número de operacionais e equipamentos de acordo com as boas práticas, nos seguintes locais, com circulação diária de aproximadamente 1000 pessoas, ou de especial risco independentemente do seu número:

- Centros comerciais
- Unidades hoteleiras

- Monumentos
- Áreas de diversão
- Embarcações turísticas ou de transporte público
- Comboios de longo curso
- Aeronaves da aviação comercial
- Estabelecimentos de ensino
- Ginásios (áreas de especial risco)
- Unidades de saúde (em complemento à lei que rege a sua atividade), sendo áreas de especial risco

Todos estes locais devem estar devidamente assinalados no seu exterior, utilizando para o efeito sinalética já aprovada.

2. PRIORIDADES PARA A FORMAÇÃO DE GRUPOS PROFISSIONAIS EM DAE

Após a publicação do Decreto-Lei nº 188/2009, de 12 de Agosto, o INEM iniciou um processo progressivo de dotação das ambulâncias de emergência dos Corpos de Bombeiros Voluntários do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) com DAE.

Mais tarde verificou-se uma atualização da lei, introduzida pelo Decreto-Lei nº 184/2012, de 08 de Agosto.

Em 2013, todos os Postos de Emergência Médica e todos os Postos Reserva INEM estavam dotados deste equipamento, bem como de formação adequada para a sua utilização, corporizando cerca de 400 ambulâncias de emergência com DAE a nível de Portugal Continental.

Contudo, existem ainda ambulâncias de emergência, que apesar de pertencerem a um Corpo de Bombeiros integrado no programa de DAE, ainda não têm o equipamento na sua carga.

Para além disso há ainda diversas ambulâncias, que não estando alocadas ao serviço da emergência médica, circulam na via pública e transportam doentes diariamente, sem capacidade para desfibrilhar.

Deste modo, é chegado o momento de equipar todas as ambulâncias com um DAE, designadamente as de emergência e as de transporte não urgente, incluindo as viaturas dedicadas ao transporte de doentes, previstas na legislação. Pelo descrito, importa atualizar o Quadro 6 da Portaria nº 1147/2001, de 28 de Setembro, prevendo-se meios de DAE nas viaturas de tipologia A e B de transporte de doentes e de socorro.

Numerosos estudos internacionais demonstram que, em muitas circunstâncias, a primeira equipa a chegar ao local de uma paragem cardíaca, denominadas habitualmente na nomenclatura internacional, como "*first responders*", não é uma equipa de emergência médica, mas sim das forças de segurança, por exemplo, Polícia de Segurança Pública (PSP), Polícia Municipal e Guarda Nacional Republicana (GNR).

Para aumentar a rapidez e o acesso precoce à desfibrilhação, é agora necessário dotar as viaturas dos designados "*first responders*" com o equipamento para procederem ao Suporte Básico de Vida (SBV) e à utilização simultânea de um DAE. Este processo deverá ser articulado com o Ministério de Administração Interna (MAI) e com as Forças de Segurança em apreço, bem como com outras que possam ser relevantes neste contexto como será o caso da Polícia Marítima.

Ainda no que se respeita à vertente marítima é relevante dispor de meios para DAE em navios mercantes e em navios de passageiros, pelo que se preconiza a formação de todos os novos Oficiais de Marinha Mercante, bem como, aqueles que recebem formação no âmbito do processo de obtenção de Licença Marítima Turística. Face ao tempo de trajeto e ao isolamento físico em causa, será relevante dispor de DAE em embarcações de travessia e de cruzeiro fluvial. Os agentes da Força de Segurança responsável pela área, nomeadamente a Polícia Marítima, devem igualmente dispor de formação e meios para a prática de DAE.

Outra área merecedora de atenção é a aviação civil. São muitos os exemplos da disseminação de meios para DAE em aeroportos e em aviões comerciais. Dever-se-á proceder ao reforço da formação dos colaboradores das empresas que gerem as infraestruturas aeroportuárias passando a ser obrigatória a inclusão de DAE e a respetiva formação das Tripulações de Cabine de aeronaves comerciais com base em Portugal.

Ainda no âmbito das equipas do INEM, deve ser alargada a rede de motociclos de emergência médica (MEM). Com estes veículos, ágeis e rápidos, dotados com DAE e de elemento formado para o efeito, o acesso à desfibrilhação poderá ser alargado. Este processo dos MEM poderá ainda ser mais alargado aos Corpos de Bombeiros, sob coordenação do INEM.

Finalmente, o esforço de capacitação dos portugueses para a prestação de manobras de SBV-DAE face a um doente com PCR deverá ser continuado. Serão exemplo desta estratégia a formação obrigatória dos profissionais de segurança que operam em espaços públicos.

Será igualmente importante que a população em geral venha a adquirir conhecimentos de SBV-DAE pelo que é fundamental cumprir com o currículo já previsto sobre Suporte Básico de Vida no Ensino Secundário e acrescentar competências em DAE.

Como medida de grande impacto, a longo prazo, preconiza-se a implementação da formação SBV-DAE no contexto do processo de obtenção da Carta de Condução de veículos automóveis.

O crescente envolvimento de diversos atores da sociedade, para além dos profissionais de saúde, implicará também crescente responsabilidade para as estruturas formativas do Ensino Superior nas áreas de Ciências da Saúde e Desporto, onde, por força maior, a formação atualizada em suporte de vida precisa de ser garantida. Igual preocupação deve ser assumida pelas Unidades de Saúde prestadoras de cuidados assistenciais.

Em resumo, para além dos profissionais de saúde, deve existir formação obrigatória dos seguintes profissionais:

- Todos os tripulantes de ambulâncias (incluindo de transporte não urgente e de empresas privadas, em ambulância ou viatura dedicada ao transporte de doentes);
- Todos os nadadores-salvadores do Instituto de Socorros a Náufragos;
- Todos os agentes da GNR integrados no GIPS;
- Todos os novos elementos incorporados nas forças de segurança, nomeadamente na PSP, Polícia Municipal, GNR e Polícia Marítima;
- Todos os novos vigilantes de empresas de segurança ou no momento de renovação de credenciais;
- Todos os novos oficiais da marinha mercante, com repercussão na navegação marítima em geral e nos navios de navegação fluvial a operar em Portugal;
- Todos os tripulantes de cabine de aeronaves comerciais com base em Portugal
- Todos os candidatos à obtenção de carta de condução (das diferentes categorias) e de licença marítima turística;
- Todos os alunos no ensino secundário, concretizando-se o currículo oficial em vigor para o ensino do SBV, acrescido do ensino de competências em DAE;
- Todos os alunos do ensino superior de cursos das áreas das Ciências da Saúde e do Desporto.

3. REGISTOS DE PCR E UTILIZAÇÃO DE DAE

A ampliação dos programas de DAE, em discussão no presente documento, deverá ser suportada no conhecimento da realidade nacional sobre a ocorrência de casos de morte súbita. Contudo, existem importantes lacunas no conhecimento do panorama nacional nesta área, por ausência de dados e por insuficiente análise dos dados parcelares já existentes.

Todos os intervenientes na emergência pré-hospitalar são unânimes na avaliação das vantagens da existência de registos que reflitam a realidade nacional, os quais permitam uma adequada e racional programação dos meios técnicos e humanos a disponibilizar, para maximizar a probabilidade de sucesso em termos de vidas salvas e com qualidade de vida.

Para além do já referido, é inquestionável o valor dos registos no desenvolvimento dos sistemas, na auditoria e processos de avaliação da qualidade, bem como na investigação.

Os registos atualmente existentes em Portugal contemplam já uma muito significativa quantidade de dados sobre um também significativo número de episódios de PCR e de utilizações de DAE. No entanto, identificam-se várias limitações que urge ultrapassar, nomeadamente a existência de várias bases de dados com informação parcial e não alinhadas (ex. Registo Nacional de PCR pré-hospitalar do INEM, registos de programas de DAE, registos intra-hospitalares dos serviços de cardiologia), cujos dados não estão analisados e cuja validade se desconhece (Registo Nacional de PCR pré-hospitalar do INEM).

A este panorama atual acresce o facto de que a eficácia da utilização de DAE não se esgota no momento da sua utilização e na reanimação com sucesso sendo fundamental conhecer a evolução dos casos clínicos, nomeadamente da taxa de sobrevivência à alta hospitalar e o status neurológico.

Urge, pois, que se organizem registos que permitam uma visão epidemiológica da PCR e do seu tratamento. Para tal é necessário que esses registos sejam o mais universal possível (abrangendo todas as entidades responsáveis pela emergência pré-hospitalar) e que possam rastrear todo o percurso das vítimas de PCR, (estado de saúde prévio, detalhes sobre o episódio de PCR, tratamento hospitalar, prognóstico e estado de saúde posterior).

Uma vez que não será previsível que um único registo possa ter, simultaneamente, a complexidade necessária para que sejam conhecidos todos estes dados e a universalidade que lhe permitisse ser aplicável ao nível global nacional, propõem-se três níveis de intervenção, cada um com objetivos, âmbito e metodologias próprias.

3.1. Registo Nacional de PCR pré-hospitalar

O registo de PCR pré-hospitalar do INEM, desenvolvido com base no modelo *Utstein*, deveria ser alargado a todas as outras entidades que prestam socorro a nível pré-hospitalar, incluindo os vários programas de DAE em locais de acesso público, garantindo a universalidade dos dados obtidos relativamente à PCR pré-hospitalar. Este registo, efetuado de forma prospetiva, permitirá uma caracterização epidemiológica não só da PCR pré-hospitalar mas como da atual e futura utilização de DAEs em Portugal.

Pese embora o atual registo contemple já um número significativo de dados, os mesmos carecem de ser analisados numa perspetiva epidemiológica que permita analisar a realidade nacional, comparar à realidade internacional e tomar decisões sobre o sistema. Para a viabilização dessa análise é necessária maior atenção à dotação das logísticas requeridas para o processamento dos dados e a sua transformação em informação.

Para tal será uma mais valia a possibilidade de dedicação de recursos e eventuais parcerias que permitam aliar à capacidade de recolha de informação do INEM, a capacidade de análise estatística, a capacidade de interpretação da informação e comparação com a realidade internacional e a capacidade de estabelecimento de melhores práticas nesta área.

3.2. Estudo Piloto de tipo “Snapshot”

A realidade nacional, baseada num sistema de emergência pré-hospitalar único, permite almejar que o nosso país seja pioneiro na construção de um estudo representativo que permita analisar as necessidades para a construção de um registo multidimensional consistente, aplicável à análise da morte súbita, da desfibrilhação automática externa e eventualmente a outras áreas de impacto significativo na saúde.

Propõe-se a implementação de um estudo-piloto que implique a realização de um registo a efetuar em 2 ou 3 regiões do país, durante um tempo determinado (ex: 3 a 6 meses) e que deverá incluir todas as entidades responsáveis pelos cuidados de saúde das vítimas de PCR nas regiões escolhidas.

Uma vez registado o episódio de PCR, deveria ser recolhida toda a informação possível sobre a vítimas, desde os seus antecedentes de saúde/fatores de risco (informação a ser recolhida junto dos médicos assistentes, por exemplo nos Centros de Saúde/USFs) até a todos os detalhes possíveis sobre o episódio de PCR e ainda sobre o desfecho do caso que deveria ser estendido até ao óbito ou alta hospitalar.

3.3. Participação em Registos Europeus de PCR

O desenvolvimento de procedimentos e o preenchimento de registos que permitam a participação de Portugal nos estudos internacionais, prospetivos, multicêntricos de PCR fora do hospital são uma mais valia em termos epidemiológicos. A participação nos registos *EuReCa* (*European Registry of Cardiac Arrest*) deverá ser uma prioridade.

Em síntese propõe-se:

- A consolidação do Registo Nacional de PCR pré-hospitalar num registo universal e obrigatório;
- A criação de um projeto estruturado de avaliação da implementação de DAE suportado pelos dados do Registo Nacional;
- O incentivo à investigação científica na área da PCR pré-hospitalar em parceria com sociedades científicas nacionais e internacionais.

4. SENSIBILIZAÇÃO DO PÚBLICO PARA O USO DE DESFIBRILHADORES AUTOMÁTICOS EXTERNOS

As estratégias de prevenção e tratamento da PCR incluem um conjunto de medidas que no essencial reforçam a cadeia de sobrevivência, com atitudes dirigidas aos leigos e aos profissionais de saúde de modo a aumentar o SBV e o uso de DAE (ambos por leigos).

A evolução e ampliação natural do atual PNDAE, faz surgir a necessidade de promover e gerar consciência relativamente à utilização destes equipamentos. Assim dever-se-á pensar num Plano Nacional de Combate à Morte Súbita Cardíaca, que acarreta o desenvolvimento de uma Campanha Nacional de Sensibilização.

A sobrevivência após uma PCR extra-hospitalar está fortemente associada ao papel ativo do público nos primeiros minutos da cadeia de sobrevivência, através do reconhecimento precoce dos sinais de PCR, ativação do sistema de emergência e instituição precoce de medidas básicas de ressuscitação com utilização de DAE. As intervenções de sensibilização terão de ser feitas de acordo com estas premissas.

Múltiplos estudos identificaram as principais barreiras que constituem impedimento à ação pelo público, designadamente:

- A dificuldade na identificação da PCR como problema de saúde pública emergente;
- O medo de causar ainda maior dano ao praticar reanimação cardiopulmonar ou usar um DAE;
- O medo da aplicação incorreta de manobras de SBV-DAE;
- O medo de repercussões legais;
- O medo de transmissão de doenças infecciosas;
- A falta de confiança nas competências individuais já adquiridas.

A estratégia de sensibilização tem de estar focada em derrubar estes obstáculos criando estratégias de persuasão e educação, que incentive e capacite o indivíduo para atuar rapidamente perante a PCR. Será necessária uma mensagem simples, uniformizada e focada na simplicidade do ato de salvar vidas, que inclua os seguintes elementos:

- Ser reanimado é um direito e saber reanimar é um dever cívico;
- A PCR é uma emergência de saúde que deve ser facilmente reconhecida por todos e requer uma resposta imediata;
- A PCR pode ser revertida com a intervenção rápida de leigos;
- A reanimação com DAE é um ato fácil que deve ser iniciado o mais rápido possível, após o reconhecimento da paragem cardiorrespiratória;
- Qualquer pessoa, de qualquer faixa etária, pode aprender como identificar uma PCR e ser capaz de salvar uma vida;
- Agir é salvar uma vida.

Esta campanha terá de resultar do desenvolvimento de um plano mediático cuidadoso, recorrendo a peritos na área de marketing, de forma a assegurar o uso de mensagens testadas e validadas, que consigam abranger todas as audiências, desempenhando assim um papel fundamental na educação das comunidades.

Das várias formas de dar visibilidade, bem como sensibilizar o público para esta causa, destacam-se as seguintes possibilidades do que pode ser efetuado e de como estas podem ser concretizadas:

- Disponibilização de informação e materiais dirigidos ao público geral;
- Demonstração da simplicidade das manobras e uso dos equipamentos através de demonstrações com crianças;
- Divulgação de informações relativas à acessibilidade dos DAEs (localização);
- Difusão de casos de sobrevivência bem-sucedidos;
- Testemunhos de pessoas que perderam familiares;
- Divulgação de eventos de *mass-training* em SBV com DAE;
- Divulgação de relatórios de desempenho do Sistema Integrado de Emergência Médica (mecanismo de responsabilização comunitária);
- Distribuição de informação que permita uma visão geral relativamente ao reconhecimento da PCR (cartazes, *outdoors* promocionais, vídeos demonstrativos);

- Divulgação de vídeos/Imagens que demonstrem os primeiros elos da Cadeia de Sobrevivência e a importância do uso de DAE neste processo;
- informações relativas à acessibilidade dos DAEs (localização);
- disponibilização de informação e materiais dirigidos ao público geral;
- Divulgação de *spot* publicitário simples, em horário nobre, simultaneamente em todos os canais nacionais, bem como nas redes sociais;
- Estabelecimento da comemoração do dia nacional/europeu da reanimação;
- Promover o compromisso de adesão nacional às medidas que salvam vidas, uma declaração conjunta nacional, com criação de uma base de dados que permita contabilizar a população sensibilizada, onde fosse possível extrair certificados;
- Desenvolvimento de uma aplicação para *smartphone* com instruções simples acerca do que fazer perante uma vítima, que permita a geo-referenciação ao DAE mais próximo.

A melhoria da cultura de emergência médica na sociedade portuguesa necessita de intervenções ativas e diretas ao nível das comunidades. Do ponto de vista organizacional, esta campanha de sensibilização deverá ser concertada com a participação de vários Ministérios e Secretarias de Estado.

O desenho e a operacionalização desta campanha deve estar centrado na Direção Geral de Saúde (quanto aos conteúdos técnicos) e nos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (relativamente à divulgação e publicitação).

NOTA FINAL

Ao elaborar o presente relatório, o GT-RDAE centrou-se em algumas premissas essenciais que importa reforçar.

A atual legislação nesta matéria foi um precioso contributo para a criação e implementação de condições para que o acesso à desfibrilhação precoce, no contexto da cadeia de sobrevivência, passasse a ser uma realidade em Portugal. A este GT-RDAE foi atribuída a responsabilidade de refletir sobre a legislação atual, procurando reforçá-la com o conhecimento científico e com a experiência adquirida.

Ao dar corpo a esta missão o GT-RDAE reconhece que a legislação atual pode e deve ser melhorada e que o grau de maturidade que Portugal já tem nesta matéria permite ir mais longe no âmbito do PNDAE.

Assim destacam-se alguns pontos principais:

- A prática da DAE deve continuar enquadrada em programas organizados, com profissionais formados e certificados;
- Sob certas circunstâncias o princípio atrás enunciado poderá não ser cumprido, permitindo-se que um leigo possa, sempre que possível após validação médica, usar um DAE sem que haja lugar a penalizações;
- O alargamento do acesso à DAE passa pelo desenvolvimento de um novo conceito, o qual permitirá criar condições para que um número cada vez maior dos chamados “*first-responders*” sejam devidamente treinados;
- Para este objetivo é crucial o aumento do número de locais protegidos por programas de DAE, caminhando para uma verdadeira cobertura nacional;
- Este alargamento deve ser pensado não só com base nos aglomerados populacionais, mas também com base no risco das populações em apreço;
- O melhor conhecimento da realidade nacional obriga a que Portugal tenha um registo nacional de PCR, obrigatório e para o qual devem contribuir todas as forças e operacionais que intervêm neste processo;

- Portugal deve melhorar a sua participação em registos multinacionais, em particular os europeus;
- A sensibilização da população para o problema da PCR, o direito a ser reanimado e o dever de reanimar, deve ser uma prioridade, sabendo que desse modo se aumenta a consciência nacional para o problema.