



## COMENTÁRIO EDITORIAL

# Lutar contra a mortalidade por doenças cardiovasculares: um desafio para a sociedade!



## Fighting mortality from cardiovascular disease: A challenge to society

Carlos Morais

*Serviço Cardiologia, Hospital Fernando Fonseca E.P.E., Amadora, Portugal*

Apesar de todos os progressos ocorridos nos últimos anos, as doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte em toda a Europa, incluindo Portugal<sup>1,2</sup>.

Nas duas últimas décadas tem havido uma progressiva diminuição das taxas de mortalidade destas doenças. Alguns dos fatores que estão na origem desta tendência são: a promoção de medidas e estratégias preventivas, como a Lei de Cessação Tabágica, a adoção de hábitos de vida saudáveis na comunidade, as campanhas e intervenções levadas a cabo por diversas organizações científicas e profissionais de saúde, os progressos científicos no tratamento das síndromes coronárias agudas e do acidente vascular cerebral (AVC) e a implementação de programas específicos de acesso a cuidados de saúde diferenciados<sup>3,4</sup>.

Neste número da Revista, Soares-Oliveira et al. publicam dois artigos apresentando os resultados obtidos com a implementação em Portugal do sistema de resposta emergente ao AVC e do Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa.

O primeiro artigo de Miguel Soares-Oliveira elaborado em colaboração com o Grupo de AVC da Administração Regional de Saúde do Norte, «Implementação de um sistema regional de resposta emergente ao acidente vascular cerebral. Primeiros resultados», apresenta os resultados iniciais da implementação da «Via Verde do AVC» na região Norte

do país, no período compreendido entre o seu início em 2005 e os quatro anos subsequentes<sup>5</sup>. O número crescente de doentes (já perto de 50%) que tem acesso a unidades especializadas de tratamento e que são submetidos a terapêutica fibrinolítica é indiscutivelmente um dos fatores que está na base da diminuição da taxa de mortalidade ocorrida em Portugal de uma forma consistente no mesmo período de tempo<sup>6</sup>. Existe ainda um longo caminho a percorrer no sentido de otimizar o acesso dos doentes a estas unidades de saúde, encurtando o tempo ocorrido desde o início dos sintomas até ao início da fibrinólise. Este trabalho passa pela implementação de percursos clínicos dedicados dentro das instituições e também por uma maior sensibilização na comunidade para a deteção precoce dos sinais e sintomas de alerta para o AVC<sup>7</sup>.

Por outro lado os números do Programa Nacional para as Doenças Cerebrovasculares divulgados recentemente pela Direção Geral de Saúde continuam a evidenciar assimetrias significativas na percentagem de admissões através das Vias Verdes nas unidades de AVC, por regiões de saúde, sendo que os maiores progressos ocorridos nos últimos anos ocorreram na região Centro e no Algarve<sup>6</sup>.

Este facto traduz deficiências na acessibilidade aos cuidados mais diferenciados e que urge corrigir quanto antes numa perspetiva de garantir a equidade e universalidade da prestação de cuidados de saúde em Portugal.

O segundo artigo de Miguel Soares-Oliveira e Raquel Ramos, «Implementação do Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa em Portugal»<sup>8</sup>, descreve o desenvolvimento e implementação de um programa de desfibrilhação automática externa no âmbito do Sistema

DOIs do artigo original:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2013.10.006>,

<http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2013.11.004>

Correio eletrónico: [moraiscms@gmail.com](mailto:moraiscms@gmail.com)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2014.04.001>

0870-2551/© 2014 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Integrado de Emergência Médica, disponibilizando estes equipamentos em locais de acesso público em Portugal.

Apesar dos resultados positivos evidenciados, a implementação do Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa em Portugal tem sido ocasionalmente associada a algum excesso de centralização, controlo e rigor legislativo, o que tem dificultado a colocação em larga escala e correspondente utilização de desfibriladores automáticos externos em locais de acesso público.

É obviamente desejável a manutenção de um programa de auditoria rigoroso que avalie os resultados ocorridos nas situações em que ocorreu a desfibrilhação automática, divulgando os resultados em mortalidade e sequelas resultantes e propondo melhorias na «cadeia de sobrevivência» que tem sempre que estar subjacente a estes programas. No entanto, esse rigor de avaliação não deve ser dificultador de um maior envolvimento e participação ativa dos indivíduos e das diversas entidades públicas e privadas.

Recomenda-se, assim, maior facilitação nos processos de divulgação de manobras de suporte básico de vida pela comunidade mobilizando escolas, associações locais, universidades sénior etc. Devem ser criados estímulos (benefícios fiscais e outros) para as empresas e sociedades, estatais ou não estatais, que pretendam por iniciativa própria envolver-se no processo, adquirindo e colocando desfibriladores automáticos externos em locais de grande visibilidade e circulação de pessoas<sup>9</sup>.

Experiências em outros países como a que ocorreu na região de Brescia (Itália) demonstraram que uma estratégia de colocação de desfibriladores automáticos externos em locais públicos de grande concentração de pessoas, e utilizados por voluntários com treino mínimo ou mesmo leigos, demonstrou ser segura e associada a uma maior sobrevivência de vítimas de paragem cardíaca<sup>10</sup>.

Para alcançarmos melhores resultados na redução de mortalidade e morbidade por doença cardiovascular, precisamos de adotar estratégias inovadoras e mais eficientes. Precisamos de cidadãos mais informados e intervenientes<sup>11</sup>. Neste processo deverão estar mobilizadas sociedades científicas, profissionais de saúde e doentes. As associações de doentes trabalhando sob orientação médica e em parceria com outros profissionais de saúde podem ter um papel insubstituível na sensibilização da sociedade e dos decisores políticos para uma maior atenção para as doenças cérebro-cardiovasculares<sup>12</sup>. Deverão ser incentivadas todas as iniciativas que aumentem o conhecimento da população em geral sobre as causas subjacentes à morte súbita e a sua ligação a arritmias cardíacas. A legislação a implementar deve favorecer o desenvolvimento de programas na

comunidade que promovam o acesso imediato de vítimas de paragem cardíaca a manobras de suporte básico de vida efetuadas por testemunhas e o acesso mais rápido possível a desfibrilhação precoce<sup>13</sup>.

## Bibliografia

1. Pagidipati NJ, Gaziano TA. Estimating deaths from cardiovascular disease: A review of global methodologies of mortality Measurement. *Circulation*. 2013;127:749–56.
2. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares em Portugal. Pordata 2014.
3. Redon J, Olsen MH, Cooper RS, et al. Stroke mortality and trends from 1990 to 2006 in 39 countries from Europe and Central Asia: implications for control of high blood pressure. *Eur Heart J*. 2011;32:1424–31.
4. Kinlay S. Changes in stroke epidemiology, prevention, and treatment. *Circulation*. 2011;124:e494–6.
5. Soares-Oliveira M, Grupo de AVC, da ARS, do Norte, Araújo F. Implementação de um sistema regional de resposta emergente ao acidente vascular cerebral. Primeiros resultados. *Rev Port Cardiol*. 2014;33:329–35.
6. Portugal. Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números. Direção Geral de Saúde. 2013.
7. Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care. Creating value-based competition on results. Harvard Business School Press; 2006. p. 405–7.
8. Soares-Oliveira M, Ramos R. Implementação do Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa em Portugal. *Rev Port Cardiol*. 2014;33:323–8.
9. Priori S, Bossaert L, Chamberlain, et al. ESC-ERC recommendations for the use of automated external defibrillators (AEDs) in Europe. *Eur Heart J*. 2004;25:437–45.
10. Cappato R, Curnis A, Marzollo, et al. Prospective assessment of integrating the existing emergency medical system with automated external defibrillators fully operated by volunteers and laypersons for out-of-hospital cardiac arrest: the Brescia Early Defibrillation Study (BEDS). *Eur Heart J*. 2006;27:553–61.
11. Nieuwlaet R, Schwalm JD, Khatih R, et al. Why are we failing to implement effective therapies in cardiovascular disease? *Eur Heart J*. 2013;34:1262–9.
12. Lobban T, Camm J. Patient associations as stakeholders: a valuable partner for facilitating access to therapy. *Europace*. 2011;13 suppl 2:21–4.
13. Aufderheide T, Hazinski MF, Nichol G. Community lay rescuer automated external defibrillation programs: key state legislative components and implementation strategies: a summary of a decade of experience for healthcare providers, policymakers, legislators, employers, and community leaders from the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee, Council on Clinical Cardiology, and Office of State Advocacy. *Circulation*. 2006;113:1260–70.