



Sociedade Portuguesa de  
**CARDIOLOGIA**

## **Declaração conjunta entidades SBV/SPC**

### **Introdução:**

Em Portugal ocorrem cerca de 10.000 casos de paragem cardiorrespiratória por ano. Segundo dados do INEM, apenas 3% das vítimas sobrevive. Esta reduzida taxa de sobrevivência ganha ainda maior relevância quando comparada com a taxa de sucesso de outros países europeus (25% na Noruega), o que nos deve levar a reflectir sobre as lacunas do nosso sistema de socorro pré-hospitalar. Não existe uma cultura de socorro enraizada na sociedade portuguesa - sendo este um dos factores que mais poderá influenciar as nossas baixas taxas de sobrevivência. Segundo o INEM, "em 57% das paragens cardiorrespiratórias presenciadas não é realizada qualquer manobra de socorro até chegada do 112".

É notória a deficiente preparação da sociedade civil portuguesa para o socorro em situações de emergência médica. É premente modificar esta realidade e sensibilizar a sociedade para a importância das questões relacionadas com o suporte básico de vida (SBV) e desfibrilação automática externa (DAE), nomeadamente através do seu ensino generalizado. A prestação de auxílio em situações de emergência é um dever de cidadania, mas cabe ao estado otimizar recursos, de forma a garantir um ensino universal de suporte básico de vida. Só com um conhecimento generalizado dos procedimentos básicos a cumprir nestas situações poderemos almejar a melhores taxas de sobrevivência em contexto de paragem cardiorrespiratória presenciada. Todos os elos da chamada "cadeia de sobrevivência" têm igual importância para o sucesso da mesma e muito do investimento que se tem realizado na emergência hospitalar e pre-hospitalar perde sentido se não estiver associado a um investimento sério em suporte básico de vida.

Com o objectivo de promover a discussão e geração de consensos sobre formas de melhorar a prestação de cuidados básicos em situações de emergência médica, a sociedade portuguesa de cardiologia convidou todas as entidades do país com responsabilidades no ensino de suporte básico de vida a participar numa discussão nacional capaz de identificar necessidades prementes de mudança nesta área e sugerir acções que permitam dar resposta a cada uma das deficiências encontradas.

Foram identificadas 3 áreas primordiais: 1. legislação, 2. metodologia de ensino e forma de implementação em suporte básico de vida e 3. coordenação e articulação entre as diferentes entidades no terreno e a tutela, incluindo o ministério da educação e da saúde. Para cada uma destas áreas foi constituído um grupo de trabalho que sugeriu uma proposta de redacção - que uma vez discutida em reunião plenária, deu origem a este documento de consenso.

Este documento representa assim, uma tomada de posição conjunta sobre o ensino de suporte básico de vida (SBV) e desfibrilação automática externa (DAE) em Portugal e, se bem aproveitado pelo poder legislativo e executivo, poderá ser um contributo importante para a mudança que se exige nesta área.



**b) A legislação que regula os programas de DAE (Lei 188/2009; 184/2012) deve ser alterada** de forma a promover a expansão destes programas a nível nacional.

É necessária outra redação dos articulados dos artigos 25 e 27º. Sugere-se uma redação promotora da DAE em detrimento da punição ou “ausência de punição”:

a) Artigo 25º – Coima: sai artigo b) e c) . *(relativa a coimas a aplicar a não operacionais de DAE e a operacionais de DAE fora do seu programa)*

b) Artigo 26º – desaparece. *(relativo a sanções acessórias)*

c) Artigo 27º – sugere-se a seguinte redação: *“não é punível o agente que pratica actos de DAE quando tal seja necessário para a salvaguarda da vida ou da integridade física da vítima em virtude da inexistência do operacional de DAE do programa local ou da impossibilidade de actuação outros operadores de DAE habilitados”.*

No nosso entender deverá ainda ser definido por lei:

a) o número mínimo de operacionais formados por cada DAE instalado.

b) a obrigatoriedade de instalação em instalações desportivas (lista a ser definida de forma periódica pela entidade reguladora – de acordo com matriz de risco *(Sugestão: todas as infraestruturas desportivas com >100 utilizadores diários, incluindo ginásios, piscinas e recintos desportivos de base formativa (dec/lei 110/2012, de 21 de Maio))*).

c) a obrigatoriedade de instalação em empreendimentos de Hotelaria *(Sugestão: empreendimentos com > 100 camas)*

A utilização de DAE por profissionais deve ser sujeita a legislação própria.

### **C. Coordenação e articulação entre as diferentes entidades formadoras**

O INEM será provavelmente a entidade com perfil mais adequado para regular e coordenar um programa nacional de SBV e DAE (como já faz por exemplo com a regulação/fiscalização no acesso público à desfibrilação), em articulação com o ministério da saúde, ministério da educação, conselho português de ressuscitação, escola nacional de bombeiros e cruz vermelha portuguesa.

O governo português reconheceu já o papel charneira que o INEM poderá ter nesta estratégia ao celebrar protocolos com o INEM que visam fomentar a aplicação prática do ensino de suporte básico de vida nas escolas.

O INEM tem como missão (Decreto-Lei n.º 34/2012): “...**Definir, planejar, coordenar e certificar a formação em emergência médica dos elementos do SIEM** (PSP, GNR, INEM, Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa, Hospitais e Centros de Saúde), incluindo dos estabelecimentos, instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde...”. Em nossa opinião, o INEM deveria reforçar o seu papel de regulador, certificador e fiscalizador da atividade formativa em emergência médica (SBV e DAE, SAV...) em Portugal Continental, alargando o seu âmbito para além dos elementos do SIEM (Proteção Civil, que inclui os cidadãos).

#### **Realidade actual**

Dr<sup>a</sup> Teresa Pinto enquanto Directora de Formação do INEM, declarou que :

1. O INEM entende que a formação em SBV deve ser dirigida à “formação de professores como formadores” e não à formação generalizada dos estudantes (“ensinar a pescar e não a fornecer o peixe”)
2. Que o INEM tem capacidade em tempo útil para fazer a formação de professores enquanto formadores, sem necessidade de “ajuda externa”

Contudo :

- a) Curso de formação de formadores para SBV feito pelo INEM a qualquer entidade em geral nomeadamente às escolas tem exigências específicas:  
4H+2 (DAE) +8H+ 2 tirocinios
- b) Para “**formar professores como formadores**” os requisitos actuais são menos exigentes mas ainda assim são (4 horas iniciais SBV+2H DAE) + (4H) Laboratório de formador portanto os professores teriam 2 tempos de formação, o que significa ex : 800 professoresx2 tempos = 1600 professores
- c) O INEM formou 270 professores no ultimo trimestre de 2016. Para o 1º trimestre na região Norte está prevista a formação de 125 professores em SBV (e não em SBAV+DAE) mas aparentemente não como formadores. Parece irreal que em tempo útil seja possível fazer a formação de 800 professores como formadores ( que na verdade corresponderá a 2 tempos de formação: a do SBV e da formação como formadores – no total=1600)
- d) A ARS norte pagou a entidade acreditadas para formar 400 funcionários em SBV, sem envolvimento directo do INEM
- e) Haverá falta de recursos materiais? Talvez não. (Ex: Porto Editora comprou em Dezembro de 2015 160 manequins- para as escolas, mas não requereram nunca manutenções : por ausência de uso?)



## **Carta aberta das Sociedades Portuguesas de Cardiologia, Oncologia, Pneumologia Pediátrica e Pneumologia, sobre a discussão das alterações à Lei do Tabaco (Proposta de lei PPL n.º 38/XIII/2.ª)**

**Ao Exmo. Senhor Presidente e Membros da Comissão de Saúde da Assembleia da República**

No momento em que se encontra em fase final o processo de avaliação, na especialidade, pela Comissão de Saúde da Assembleia da República a proposta de lei PPL n.º 38/XIII/2.ª, que propõe alterações à Lei do Tabaco, as Sociedades médicas acima mencionadas vêm expressar a sua grande preocupação pela necessidade de se cumprir o disposto na Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco (CQCT), que Portugal ratificou há uma década, bem como a transposição completa da Directiva Europeia dos Produtos de Tabaco 2014/40/EU e a adopção das recomendações da OMS e constantes nos objectivos do Plano Nacional de Saúde.

As Sociedades médicas, centradas no objectivo fundamental de promover a melhor saúde dos portugueses e fortemente alicerçadas na melhor evidência científica, frisam que a epidemia do tabaco é um dos maiores flagelos do século XXI, longe de estar controlada e com consequências para a saúde que se prolongarão no tempo por muitas décadas. As doenças respiratórias, cardiovasculares e oncológicas, responsáveis por grande parte da mortalidade e morbidade nos países ocidentais, têm como factor comum o tabaco, nas suas várias formas. A emergência de novos produtos de tabaco, sob a forma inalada e contendo nicotina, a substância responsável por todo o processo de adição, em elevadas concentrações, é motivo da maior preocupação.

Levanta-nos especial preocupação a protecção das populações mais vulneráveis ao fumo do tabaco, que continua a existir em elevadas concentrações em muitos locais, mesmo ao ar livre. Entre estas destacam-se as crianças e adolescentes, cuja exposição a produtos de tabaco leva não apenas a maior risco de doença mas também a maior risco de início do consumo e perpetuação da epidemia. Os doentes, os idosos, as mulheres em idade fértil, os mais pobres, são também grupos que sabemos estarem especialmente expostos a fumo ambiental, com piores consequências.

Neste âmbito, as Sociedades recomendam que sejam contemplados na legislação e implementados de forma urgente os seguintes pontos:

1. Não existe um nível de segurança para a exposição ao fumo ambiental de tabaco; os níveis de poluentes tóxicos provenientes do tabaco são elevados em muitos locais públicos, incluindo alguns lugares ao ar livre. Assim, recomendamos que sejam adoptadas as medidas constantes no artigo 8º da CQCT, contemplando a criação de espaços 100% livres de tabaco, eliminando as excepções actuais na restauração e incluindo os espaços exteriores de locais especialmente vulneráveis como todos os serviços de saúde, escolas, parques infantis e outras instituições com crianças e



adolescentes. Não havendo um nível de segurança bem definido, a proposta de 5 metros em redor destes locais poderá ser um mínimo admissível.

2. Não existe ainda suficiente evidência científica para determinar a segurança dos novos produtos de tabaco ou sobre uma eventual redução de risco. Toda a evidência aponta no sentido oposto, de que são produtos com riscos para a saúde do consumidor e de terceiros, utilizam a via inalada que potencia esses riscos e contêm quase sempre nicotina, altamente aditiva. O princípio de precaução em saúde pública leva-nos a recomendar que todos os produtos de tabaco destinados a uso pela via inalada, incluindo o cigarro electrónico e os produtos “*heat-not-burn*” ou tabaco aquecido sejam sujeitos às mesmas proibições e restrições que o cigarro convencional. A prevenção da iniciação do consumo por crianças e adolescentes deve ser especialmente acautelada, bem como a proibição de toda a promoção e publicidade.
3. Não existe qualquer evidência sólida até ao momento sobre a utilidade dos novos produtos de tabaco em estratégias de cessação tabágica. Em especial o tabaco aquecido deve ser considerado um produto que contém tabaco e cujos riscos a médio e longo prazo não estão determinados, pelo que não pode ser considerado seguro e não deve ser considerado uma estratégia de redução de danos. Insistimos no alargamento do acesso às terapêuticas de cessação tabágica actualmente aprovadas, que são reconhecidamente seguras e eficazes e devem ter participação universal.

As Sociedades representadas reafirmam o seu compromisso inequívoco com a protecção da saúde e a prevenção da doença e a colaboração com o governo e as autoridades de saúde na divulgação do melhor conhecimento científico, na sensibilização da população e na colaboração na produção de legislação que de facto promova a eliminação dos efeitos nefastos do tabaco.

Lisboa, 9 de Maio de 2017

Sociedade Portuguesa de Cardiologia

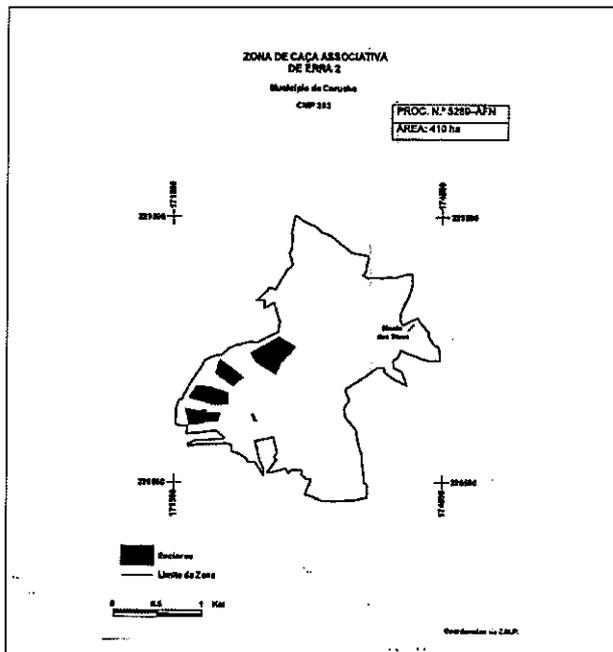
Sociedade Portuguesa de Oncologia

Sociedade Portuguesa de Pneumologia Pediátrica

Sociedade Portuguesa de Pneumologia

2.º A zona de caça concessionada pela presente portaria produz efeitos relativamente a terceiros com a instalação da respectiva sinalização.

Pelo Ministro da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, *Ascenso Luís Seixas Simões*, Secretário de Estado do Desenvolvimento Rural e das Florestas, em 4 de Agosto de 2009.



## MINISTÉRIO DA SAÚDE

### Decreto-Lei n.º 188/2009

de 12 de Agosto

Em Portugal as doenças cardiovasculares constituem um dos problemas de saúde mais graves para a população, representando a principal causa de morte. A maioria das mortes evitáveis associa-se à doença coronária e ocorre fora dos hospitais. A evidência empírica permite afirmar que, em mais de metade dos casos de paragem cardio-respiratória, as vítimas não chegam com vida aos hospitais. Por outro lado, a maior parte dos episódios de morte súbita cardíaca resulta da ocorrência de arritmias malignas, nomeadamente de fibrilhação ventricular.

O único tratamento eficaz na paragem cardíaca devida a fibrilhação ventricular é a desfibrilhação eléctrica, demonstrando a experiência internacional que a utilização de desfibrilhadores automáticos externos em ambiente extra-hospitalar por pessoal não médico aumenta significativamente a probabilidade de sobrevivência das vítimas.

Registe-se, no entanto, que essa experiência positiva está sempre associada à utilização de desfibrilhadores automáticos externos em locais públicos de elevada frequência, onde a paragem cardio-respiratória pode ser testemunhada e onde os diferentes elementos da cadeia de sobrevivência podem ser activados, a começar pela chamada dos meios de emergência. A desfibrilhação automática externa (DAE) deve ser sempre considerada como complemento dessa cadeia de sobrevivência e não em sua substituição.

O presente decreto-lei visa regular, pela primeira vez na ordem jurídica portuguesa, a utilização de desfibrilhadores automáticos externos por não médicos em ambiente extra-hospitalar, no âmbito, quer do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), quer de programas de acesso público à desfibrilhação.

Pretende-se desta forma facultar o acesso generalizado a meios de socorro adequados às necessidades de um significativo número de vítimas, visando assim uma diminuição das mortes evitáveis por eventos cardiovasculares. Para a melhor concretização deste propósito serão ainda reforçadas iniciativas complementares já em curso visando a melhoria da cadeia de sobrevivência, designadamente, o investimento na formação em suporte básico de vida (SBV) e o incremento da qualidade organizacional e operacional dos meios de socorro, adequando-os à diversidade das realidades geográficas do todo o território nacional.

A disciplina normativa que agora se introduz assenta na ideia, actualmente consensual na comunidade médica nacional, de que o acto de desfibrilhação, ainda que realizado através de desfibrilhadores automáticos, só pode ser realizado por não médicos por delegação de um médico e sob a sua supervisão.

De facto, os equipamentos de DAE, apesar de muito seguros, não são imunes ao erro humano e carecem de integração em processos organizativos adequados e sob supervisão permanente, para que os seus benefícios possam ter verdadeira expressão.

Ao contrário do que acontece noutros países, nos quais existe uma verdadeira cultura de emergência médica enraizada na sociedade, em Portugal ainda não estão reunidos os pressupostos para a adopção de um sistema que permita a utilização relativamente livre de desfibrilhadores automáticos externos pela população em geral. Atendendo a que, por um lado, a nossa cultura de emergência médica é incipiente e o desconhecimento das técnicas de suporte básico de vida é generalizado na população e, por outro, os riscos da má utilização de equipamentos de DAE aumentam na proporção do desconhecimento do utilizador, julgou-se mais adequado começar pela implementação de um sistema de supervisão. Assim, o sistema agora criado integra a DAE em ambiente extra-hospitalar num contexto organizativo estruturado e com rigoroso controlo médico, com o objectivo de minimizar, tanto quanto possível, os riscos de utilização indesejável dos equipamentos.

Neste sistema, o papel central na regulação da actividade de DAE em ambiente extra-hospitalar cabe ao Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P. (INEM, I. P.), na qualidade de entidade responsável pela definição, organização, coordenação e avaliação das actividades de emergência médica, nomeadamente no que diz respeito ao sistema de socorro pré-hospitalar, que lhe é atribuída pelo Decreto-Lei n.º 220/2007, de 29 de Maio, que aprova a respectiva orgânica.

Ao INEM, I. P., compete, nomeadamente, licenciar a utilização de desfibrilhadores automáticos externos, quer no âmbito do SIEM, quer em locais de acesso público, bem como monitorizar e fiscalizar o exercício da DAE, com o objectivo de garantir que, em condições normais, cada acto de DAE é realizado por um operador treinado e certificado, actuando por delegação médica, com recurso a equipamento em adequadas condições de

funcionamento e correctamente integrado na cadeia de sobrevivência.

Num claro incentivo à rápida difusão da DAE em ambiente extra-hospitalar, os custos do funcionamento do sistema são, em grande parte, assumidos pelo Estado e pelo próprio INEM, I. P., uma vez que os procedimentos previstos no presente decreto-lei não ficam sujeitos a taxas.

No mesmo sentido, o INEM, I. P., é incumbido da aprovação de um Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa, que serve de base à expansão de uma rede de DAE à escala nacional e que se espera possa vir a contribuir para a elevação da cultura nacional de emergência médica.

O presente decreto-lei foi antecedido de uma participada discussão pública, no qual se pronunciaram as mais importantes entidades públicas e privadas do sector da saúde, com destaque para a Ordem dos Médicos, a Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, o Conselho Português de Ressuscitação, o INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P., a Fundação Portuguesa de Cardiologia, a Associação Portuguesa de Cardiopneumologistas e a Associação Portuguesa de Medicina de Emergência, bem como um número muito significativo de entidades privadas de fim solidário e de cidadãos.

Foram ouvidos os órgãos de governo próprio das Regiões Autónomas.

Assim:

Nos termos da alínea *a*) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

## CAPÍTULO I

### Disposições gerais

#### Artigo 1.º

##### Objecto

O presente decreto-lei estabelece as regras a que se encontra sujeita a prática de actos de desfibrilhação automática externa (DAE) por não médicos, bem como a instalação e utilização de desfibriladores automáticos externos no âmbito, quer do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), quer de programas de acesso público à desfibrilhação.

#### Artigo 2.º

##### Definição de desfibrilhador automático externo

Desfibrilhador automático externo é o dispositivo capaz de identificar automaticamente ritmos cardíacos desfibrilháveis, de emitir comandos sonoros dando conta dos resultados da análise do ritmo, de alertar para as condições de segurança e de assinalar os passos do algoritmo a seguir, de produzir descarga eléctrica automaticamente ou sob comando de um operador externo, de acordo com energias pré-definidas, e de gravar em forma de dados o registo electrocardiográfico de uma ocorrência para posterior auditoria.

#### Artigo 3.º

##### Princípios gerais

1 — A prática de actos de DAE por operacionais não médicos, em ambiente extra-hospitalar, só é permitida

sob supervisão médica e nos termos do presente decreto-lei.

2 — Os actos de DAE estão obrigatoriamente inseridos em programas de DAE e integrados no modelo de organização da cadeia de sobrevivência previsto para a respectiva área territorial.

3 — A cadeia de sobrevivência mencionada no número anterior deve ser entendida como o conjunto de acções sequenciais realizadas de forma integrada por diferentes actores, com vista a garantir a máxima probabilidade de sobrevivência a uma vítima de paragem cardio-respiratória.

4 — Para efeitos do referido no número anterior, perante uma situação de paragem cardio-respiratória, quem pratique o acto de DAE deve, directamente ou através de qualquer outra pessoa que designe para o efeito, activar o primeiro elo da cadeia de sobrevivência, comunicando ao INEM, I. P., a situação, através do número nacional de emergência 112.

5 — Sempre que possível, a comunicação referida no número anterior deve ser estabelecida previamente à prática de um acto de DAE.

### Artigo 4.º

#### Licenciamento

1 — Dependem de licença, nos termos do capítulo III do presente decreto-lei, a instalação e a utilização de equipamentos de DAE:

- a*) Em ambulâncias de socorro ou de transporte de doentes, tripuladas por operacionais não pertencentes ao INEM, I. P.;
- b*) Em locais de acesso ao público.

2 — As licenças previstas no número anterior constituem o programa de DAE específico da entidade licenciada e delimitam os termos e condições em que o mesmo deve ser executado.

### Artigo 5.º

#### Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa

1 — O Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa (PNDAE) visa a criação, pelo INEM, I. P., de uma rede de desfibrilhação automática externa, com o seguinte conteúdo:

- a*) Forma de integração das actividades de DAE na cadeia de sobrevivência;
- b*) Definição dos conteúdos do curso de formação específico de que depende a certificação dos operacionais de DAE, nos termos do n.º 2 do artigo 9.º;
- c*) Definição das prioridades e dos critérios técnicos da respectiva implementação;
- d*) Definição do funcionamento dos mecanismos de monitorização e de auditoria previstos no presente decreto-lei.

2 — O PNDAE é aprovado pelo conselho directivo do INEM, I. P., ouvidos a comissão técnico-científica do INEM, I. P., os serviços e organismos regionais com atribuições e competências equivalentes às deste instituto público e as entidades que aquele órgão entenda ser adequado consultar.

## CAPÍTULO II

## Meios humanos

## SECÇÃO I

## Responsável médico

## Artigo 6.º

## Requisitos

Só podem ser responsáveis médicos, no âmbito do presente decreto-lei, os licenciados em Medicina com experiência relevante em medicina de emergência ou de urgência, em cuidados intensivos ou em cardiologia.

## Artigo 7.º

## Competência

O responsável médico assegura o controlo da prática de actos de DAE no âmbito da entidade licenciada, competindo-lhe, nomeadamente:

a) Assegurar o cumprimento, por parte da entidade licenciada e pelos respectivos operacionais de DAE, da lei, do PNDAE e, se for caso disso, do plano integrado referido no artigo 20.º, designadamente no que respeita às normas de registo de utilização e garantia da cadeia de sobrevivência;

b) Exercer autoridade técnica sobre os operacionais de DAE;

c) Promover a renovação da formação dos operacionais de DAE habilitados, bem como a certificação de novos operacionais;

d) Revogar a delegação para a prática de actos de DAE, quando entenda que o operacional delegado deixou de reunir as condições para tal necessárias;

e) Promover a manutenção dos dispositivos de DAE de acordo com as especificações do fabricante;

f) Avaliar cada acto de DAE, mediante a verificação da documentação relativa a cada situação de paragem cardio-respiratória, nomeadamente os registos escritos e os do equipamento de DAE.

## Artigo 8.º

## Colaboração na monitorização e fiscalização

1 — O responsável médico pratica todos os actos que sejam necessários ou convenientes para permitir o adequado funcionamento dos mecanismos de monitorização e fiscalização previstos nos artigos 23.º e 24.º

2 — Para os efeitos do número anterior, o responsável médico deve, em particular, participar imediatamente ao INEM, I. P., qualquer circunstância que ponha em causa o respeito pela lei ou pela licença.

## SECÇÃO II

## Operacionais de desfibrilhação automática externa

## Artigo 9.º

## Certificação

1 — São operacionais de DAE os indivíduos não médicos, devidamente certificados para tal nos termos do presente decreto-lei.

2 — A certificação referida no número anterior está dependente da conclusão, com aproveitamento, de um curso de formação específico, cujos termos e condições constam do PNDAE.

3 — Os certificados de operacional de DAE são emitidos pelo INEM, I. P., ou por entidades com as quais este Instituto celebre protocolos para o efeito.

4 — Os operacionais não médicos do INEM, I. P., que se encontrem habilitados para a prática de actos de DAE nos termos definidos pelos regulamentos do Instituto, estão dispensados da certificação prevista na presente secção, sem prejuízo do disposto no artigo 11.º

## Artigo 10.º

## Vigência e revogação do certificado

1 — O certificado vigora por três anos, dependendo a sua renovação de um curso de verificação do cumprimento dos requisitos de que depende a obtenção do certificado.

2 — O certificado pode ser revogado pela entidade que o tenha concedido, em caso de incumprimento, pelo seu titular, das normas definidas no presente decreto-lei.

## Artigo 11.º

## Âmbito da prática de actos de desfibrilhação automática externa

1 — Sem prejuízo do disposto no artigo 27.º, os operacionais de DAE só podem praticar actos de DAE por delegação e sob supervisão de um responsável médico, no âmbito dos respectivos poderes de controlo.

2 — Considera-se que existe delegação de competências para a prática de actos de DAE, quando o responsável médico e o operacional de desfibrilhação aceitam fazer parte do mesmo programa de DAE, licenciado nos termos do capítulo seguinte.

## CAPÍTULO III

## Licença para a instalação e utilização de desfibrilhadores automáticos externos

## SECÇÃO I

## Regime comum

## Artigo 12.º

## Requisitos

1 — A emissão da licença para instalação e utilização de equipamentos de DAE depende da verificação cumulativa dos seguintes requisitos:

a) Existência de um responsável médico;

b) Existência de dispositivos de DAE;

c) Existência de operacionais de DAE em número suficiente para assegurar a prática de actos de DAE durante o período de funcionamento do programa de DAE proposto ou que vier a ser aprovado;

d) Adequação ao PNDAE e garantia do cumprimento integral dos respectivos princípios e normas.

2 — Os dispositivos mencionados na alínea b) do número anterior devem permitir:

a) Identificar automaticamente ritmos cardíacos desfibrilháveis;

b) Emitir comandos sonoros dando conta dos resultados da análise do ritmo;

c) Alertar para as condições de segurança e assinalar os passos do algoritmo a seguir;

d) Produzir descarga eléctrica, automaticamente ou sob comando de um operador externo, de acordo com energias pré-definidas; e

e) Gravar em forma de dados o registo electrocardiográfico de uma ocorrência de modo a permitir a sua posterior auditoria.

3 — No caso de se tratar de um local de acesso ao público, a emissão da licença para instalação e utilização de equipamentos de DAE depende ainda da verificação cumulativa dos requisitos referidos no artigo 20.º

### Artigo 13.º

#### Requerimento

1 — O requerimento de licença para a instalação e utilização de desfibriladores automáticos externos é dirigido ao presidente do conselho directivo do INEM, I. P., devendo conter:

a) Identificação do responsável médico e dos operacionais de DAE, através do nome, morada e profissão, bem como da modalidade de relação jurídica que tenham com o requerente;

b) Indicação da marca, modelo, número de série e número de unidades disponíveis dos equipamentos de DAE;

c) Local ou viatura em que pode ter lugar a prática de actos de DAE;

d) Número mínimo de operacionais disponíveis em cada momento;

e) Período de funcionamento do programa de DAE.

2 — Excepcionalmente, pode o conselho directivo do INEM, I. P., quando tal se revele necessário ou útil à apreciação do pedido, solicitar ao requerente a prestação de esclarecimentos e a apresentação de documentos, no prazo de 10 dias após a apresentação do requerimento referido no número anterior.

3 — Caso o conselho directivo do INEM, I. P., considere que não estão reunidos os requisitos para a emissão da licença, pode, a qualquer momento, convidar o requerente a corrigir o seu requerimento.

### Artigo 14.º

#### Decisão sobre a licença

1 — O conselho directivo do INEM, I. P., deve proferir a decisão sobre a licença no prazo de 30 dias a contar da data de apresentação do pedido.

2 — A solicitação de esclarecimentos ou de documentos, bem como o convite para correcção do pedido, nos termos do artigo anterior, determinam a suspensão do prazo de decisão até à apresentação dos primeiros ou de resposta ao segundo.

3 — O conselho directivo do INEM, I. P., pode indeferir o pedido quando:

a) Não se encontrem preenchidos os requisitos exigidos pelo presente decreto-lei, pelo PNDAE e pela demais legislação aplicável;

b) O pedido não contenha as indicações referidas no artigo anterior.

4 — O indeferimento do pedido deve ser fundamentado.

### Artigo 15.º

#### Alteração da licença

1 — Qualquer alteração dos elementos que consubstanciam a licença só produz efeitos após comunicação, pelo respectivo titular, ao INEM, I. P.

2 — O conselho directivo do INEM, I. P., pode recusar, fundamentando, qualquer das alterações propostas, no prazo de sete dias.

### Artigo 16.º

#### Prazo de vigência da licença

A licença para a instalação e utilização de desfibriladores automáticos externos vigora pelo prazo de um ano, a contar da data da sua emissão, sendo renovável automaticamente por iguais períodos, salvo decisão em contrário do conselho directivo do INEM, I. P.

### Artigo 17.º

#### Revogação da licença

1 — Sem prejuízo da responsabilidade contra-ordenacional a que haja lugar, a licença é revogada se:

a) Deixar de se verificar algum dos requisitos da sua emissão;

b) Se verificar a alteração de algum dos elementos referidos no artigo 12.º, sem que a entidade licenciada promova a alteração da licença nos termos previstos no n.º 1 do artigo 15.º;

c) A entidade licenciada não cumprir os mecanismos de garantia da cadeia de sobrevivência, previstos no artigo 3.º;

d) A entidade licenciada permitir a utilização de desfibriladores automáticos externos por operacionais de DAE não previstos na licença;

e) A entidade licenciada não assegurar a manutenção dos dispositivos de DAE de acordo com as especificações do fabricante;

f) Por qualquer motivo, esteja em causa o cumprimento do presente decreto-lei, do PNDAE, do plano integrado previsto no artigo 20.º ou da demais legislação aplicável.

2 — A licença pode ser suspensa durante o procedimento de revogação, até à decisão final, quando a gravidade da situação o justifique.

3 — A suspensão ou revogação da licença são objecto de publicitação através de meio adequado.

### Artigo 18.º

#### Gratuidade

O licenciamento previsto no presente capítulo, bem como os demais actos praticados pelo INEM, I. P., ao abrigo do presente decreto-lei, não estão sujeitos a taxas.

## SECÇÃO II

## Regime especial

## SUBSECÇÃO I

Ambulâncias do INEM, I. P., operadas por outras entidades

## Artigo 19.º

## Protocolo

1 — A licença para instalação e utilização de equipamentos de DAE em ambulâncias do INEM, I. P., operadas por outras entidades, pode ser substituída por protocolo.

2 — Ao protocolo mencionado no número anterior é aplicável o disposto na secção I do capítulo III e no capítulo IV, com as devidas adaptações.

## SUBSECÇÃO II

Locais de acesso ao público

## Artigo 20.º

## Requisitos específicos

Para além dos requisitos gerais referidos na secção I do presente capítulo, a emissão da licença para instalação e utilização de equipamentos de DAE em locais de acesso ao público depende ainda da existência de um plano integrado de DAE para o local de acesso ao público em causa, que deve nomeadamente:

- a) Conter plantas do local de acesso ao público em causa, à escala de 1:500;
- b) Indicar o número médio mensal de utilizadores do espaço;
- c) Indicar o local de instalação dos desfibrilhadores automáticos externos;
- d) Indicar o horário em que o plano de DAE se encontra em funcionamento;
- e) Indicar o número de operacionais de DAE disponíveis em cada momento, durante os períodos de funcionamento ou de abertura ao público do local em causa;
- f) Indicar o meio de mobilidade dos operacionais de DAE dentro do local de acesso ao público em causa;
- g) Prever uma forma adequada de activação do sistema de emergência médica em momento prévio a cada caso de utilização de DAE, de acordo com a cadeia de sobrevivência referida no artigo 3.º

## Artigo 21.º

## Pedido de informação prévia

1 — Qualquer interessado na obtenção de uma licença para a instalação e utilização de equipamentos de DAE em locais de acesso ao público pode requerer ao conselho directivo do INEM, I. P., a título prévio, informação sobre a conveniência da implementação de um plano integrado de DAE.

2 — O pedido mencionado no número anterior deve conter:

- a) Plantas do local de acesso ao público em causa, à escala de 1:500;
- b) Indicação do número médio mensal de utilizadores do espaço.

3 — O pedido de informação prévia é decidido no prazo de 30 dias a contar da data da sua apresentação.

4 — O conteúdo da informação prévia aprovada vincula o conselho directivo do INEM, I. P., sobre um eventual pedido de licenciamento para a instalação e utilização de equipamentos de DAE no mesmo local de acesso ao público, desde que tal pedido seja apresentado no prazo de um ano a contar da data da notificação da mesma ao requerente.

5 — O conteúdo da informação prévia aprovada não é vinculativo se, antes da obtenção da licença, ocorrer uma modificação dos pressupostos em que a mesma se baseou.

## Artigo 22.º

## Publicidade

A entidade licenciada deve afixar, em lugar visível aos frequentadores ou utilizadores normais do local de acesso ao público em causa, cópias da licença.

## CAPÍTULO IV

## Monitorização e fiscalização

## Artigo 23.º

## Monitorização

1 — O INEM, I. P., acompanha regularmente a actividade no âmbito da DAE desenvolvida pelas entidades licenciadas.

2 — A entidade licenciada disponibiliza ao INEM, I. P., toda a documentação relativa a cada situação de paragem cardio-respiratória, nomeadamente os registos escritos e os do equipamento de DAE.

3 — O responsável médico envia semestralmente um relatório de ocorrências ao INEM, I. P.

4 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, o INEM, I. P., pode solicitar, a qualquer momento, informações sobre as ocorrências de paragem cardio-respiratória.

5 — Caso sejam apurados factos que justifiquem averiguação mais aprofundada, o INEM, I. P., pode desencadear os mecanismos de fiscalização previstos no artigo seguinte.

## Artigo 24.º

## Fiscalização

1 — O INEM, I. P., fiscaliza a actividade no âmbito da DAE desenvolvida pelas entidades licenciadas.

2 — A fiscalização pode realizar-se através de vistorias aos locais, de peritagens técnicas aos equipamentos, bem como da solicitação de quaisquer documentos e informações relevantes.

3 — A realização de acções de fiscalização não carece de notificação prévia à entidade fiscalizada.

4 — As entidades licenciadas, os seus órgãos, representantes, trabalhadores e colaboradores, em particular o responsável médico e os operacionais de DAE, são obrigados a colaborar com o INEM, I. P., nas acções de fiscalização, designadamente permitindo a entrada e circulação dos agentes de fiscalização e fornecendo-lhes todos os documentos e informações por eles solicitados.

**CAPÍTULO V**  
**Regime sancionatório**

**Artigo 25.º**

**Contra-ordenações**

1 — Sem prejuízo de eventual responsabilidade criminal, nos termos gerais, constitui contra-ordenação punível com coima de € 500 a € 3740 ou de € 5000 a € 44 500, consoante se trate de pessoa singular ou colectiva, a prática dos seguintes actos:

- a) Instalação e utilização sem licença de desfibrilhadores automáticos externos;
- b) Prática de actos de DAE por indivíduo que não seja operacional de DAE;
- c) Prática de actos de DAE por operacionais de DAE fora dos locais em que esteja habilitado a actuar enquanto tal;
- d) Incumprimento das normas de salvaguarda da cadeia de sobrevivência referida no artigo 3.º;
- e) Falta de envio dos documentos e registos referidos nos artigos 23.º e 24.º;
- f) Recusa de colaboração com acções de fiscalização ou prática de actos que ilegítimamente impeçam ou dificultem a sua realização.

2 — A tentativa e a negligência são puníveis, sendo os limites mínimos e máximos da coima reduzidos a metade.

**Artigo 26.º**

**Sanções acessórias**

Em função da gravidade da contra-ordenação e da culpa do agente, podem ser aplicadas, simultaneamente com a coima, as sanções acessórias de revogação da licença ou de cassação do certificado de operacional de DAE, consoante os casos.

**Artigo 27.º**

**Exclusão da punibilidade**

Não é punido o agente que pratique actos de DAE nas condições referidas nas alíneas b) e c) do n.º 1 do artigo 25.º, quando tal seja estritamente necessário para a salvaguarda da vida ou da integridade física da vítima, em virtude da indisponibilidade de operadores de DAE habilitados a actuar, ou da impossibilidade de actuação no local próprio, por parte de operadores de DAE habilitados, e desde que sejam respeitadas as *leges artis*.

**Artigo 28.º**

**Tramitação processual**

1 — O levantamento dos autos de notícia compete ao INEM, I. P., assim como às entidades policiais no âmbito das suas competências.

2 — A instrução dos processos de contra-ordenação compete ao conselho directivo do INEM, I. P.

3 — A aplicação das coimas e sanções acessórias compete ao presidente do conselho directivo do INEM, I. P.

4 — O produto da aplicação das coimas reverte a favor das seguintes entidades:

- a) 60 % para o Estado;
- b) 10 % para a entidade autuante;

c) 30 % para a entidade que instruiu o processo e aplicou a coima.

**CAPÍTULO VI**

**Disposições finais**

**Artigo 29.º**

**Regiões Autónomas**

O presente decreto-lei aplica-se às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, com as devidas adaptações, nos termos da respectiva autonomia político-administrativa, cabendo o exercício das competências cometidas ao INEM, I. P., aos serviços e organismos regionais com idênticas atribuições e competências.

**Artigo 30.º**

**Norma transitória**

Todos os títulos que permitam a prática de actos de DAE em ambiente extra-hospitalar, existentes à entrada em vigor do presente decreto-lei, caducam 180 dias após aquela data.

**Artigo 31.º**

**Entrada em vigor**

O presente decreto-lei entra em vigor no 1.º dia do mês seguinte ao da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 18 de Junho de 2009. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa* — *Emanuel Augusto dos Santos* — *Ana Maria Teodoro Jorge*.

Promulgado em 30 de Julho de 2009.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 31 de Julho de 2009.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

**REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA**

**Decreto Legislativo Regional n.º 22/2009/M**

**Regime jurídico do parque de viaturas da Região Autónoma da Madeira**

Tendo em conta a necessidade de racionalizar a utilização do património disponível de modo a conferir-lhe uma utilização mais eficiente, com vista à sua avaliação e rentabilização, concretizados através da modernização e simplificação de procedimentos, consubstanciados numa gestão equilibrada do parque de veículos da Região Autónoma da Madeira, adiante designado por PVRAM:

Com o presente decreto legislativo regional é criado um novo regime jurídico que disciplina, de forma eficaz, global e coerente, o PVRAM, abrangendo as matérias de aquisição ou locação, em qualquer das suas modalidades,

Ação	
	<p>Adensamentos com as espécies alvo.</p> <p>(Revogado.)</p>

### Artigo 2.º

#### Norma revogatória

São revogados a alínea *f*) do n.º 1 do artigo 7.º, o 2.º travessão da segunda tipologia de investimentos referente à ação 2.4.12 e o 2.º travessão da segunda tipologia de investimentos referente à ação 2.4.13 do Anexo I.

### Artigo 3.º

#### Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

O Secretário de Estado da Agricultura, *José Diogo Santiago de Albuquerque*, em 24 de julho de 2012.

## MINISTÉRIO DA SAÚDE

### Decreto-Lei n.º 184/2012

de 8 de agosto

O Decreto-Lei n.º 188/2009, de 12 de agosto, veio regular, pela primeira vez na ordem jurídica portuguesa, a prática de atos de desfibrilhação automática externa (DAE) por não médicos, bem como a instalação e utilização de equipamentos desse tipo em ambiente extra-hospitalar, no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e também de programas de acesso público à desfibrilhação.

As recomendações do European Resuscitation Council (ERC), publicadas em 2010, atualizaram as que tinham sido publicadas em 2005 e definiram que a sua própria alteração ocorreria por períodos de cinco anos, circunstância que obriga a repensar os prazos de vigência da habilitação para a prática de atos de DAE e a estabelecer que os certificados de operacional de DAE devem vigorar por idênticos períodos.

A aprovação pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P., de um programa nacional de DAE (PNDAE), como base de implementação de uma rede de DAE à escala nacional, prevista no referido decreto-lei, é resultado da assunção de um compromisso de salvar vidas e melhorar a cadeia de sobrevivência em Portugal.

As recomendações do ERC de 2010 e a experiência adquirida até à data justificam a implementação do PNDAE em locais de acesso público cuja dimensão e afluência aumentem a probabilidade de ocorrência de uma paragem cardiorrespiratória, solução que determina o sancionamento da inobservância da obrigação da instalação dos equipamentos de DAE.

Foram ouvidos os órgãos de governo próprio da Região Autónoma da Madeira, o Conselho Português de Ressuscitação, a Associação Portuguesa de Cardiopneumologistas e a Associação Portuguesa de Medicina de Emergência.

Foi promovida a audição aos órgãos de governo próprio da Região Autónoma dos Açores, da Ordem dos Médicos e da Fundação Portuguesa de Cardiologia.

Assim:

Nos termos da alínea *a*) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

### Artigo 1.º

#### Objeto

O presente diploma procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 188/2009, de 12 de agosto, que estabelece as regras a que se encontra sujeita a prática de atos de desfibrilhação automática externa por não médicos, bem como a instalação e utilização de desfibriladores automáticos externos, em ambiente extra-hospitalar, tornando obrigatória a instalação de equipamentos de desfibrilhação automática externa em locais de acesso público.

### Artigo 2.º

#### Alteração ao Decreto-Lei n.º 188/2009, de 12 de agosto

São alterados os artigos 5.º, 10.º e 25.º do Decreto-Lei n.º 188/2009, de 12 de agosto, que passam a ter a seguinte redação:

#### «Artigo 5.º

[...]

- 1 — .....
- 2 — .....
- 3 — É obrigatória a instalação de equipamentos de DAE nos seguintes locais de acesso ao público:

- a*) Estabelecimentos de comércio e conjuntos comerciais abrangidos pelas alíneas *a*) e *c*) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 21/2009, de 19 de janeiro;
- b*) Aeroportos e portos comerciais;
- c*) Estações ferroviárias, de metro e de camionagem com fluxo médio diário superior a 10 000 passageiros;
- d*) Recintos desportivos, de lazer e de recreio com lotação superior a 5000 pessoas.

### Artigo 10.º

[...]

- 1 — O certificado vigora por cinco anos, dependendo a sua renovação de um curso de verificação do cumprimento dos requisitos necessários à sua obtenção, nos termos do n.º 2 do artigo 9.º

2 — .....

**Artigo 25.º**

[...]

1 — .....

a) .....

b) .....

c) .....

d) .....

e) .....

f) .....

g) Incumprimento da obrigação de instalação de equipamentos de DAE nos locais referidos no n.º 3 do artigo 5.º

2 — .....»

**Artigo 4.º**

**Norma transitória**

As entidades responsáveis pela exploração dos locais de acesso ao público referidos no n.º 3 do artigo 5.º dispõem do prazo de dois anos para o cumprimento integral do disposto no presente diploma contado da data da sua entrada em vigor.

**Artigo 5.º**

**Entrada em vigor**

O presente diploma entra em vigor no 1.º dia do mês seguinte ao da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 12 de julho de 2012. — *Pedro Passos Coelho* — *Vitor Louçã Rabaça Gaspar* — *Maria Teresa da Silva Morais* — *Alvaro Santos Pereira* — *Paulo José de Ribeiro Moita de Macedo*.

Promulgado em 26 de julho de 2012.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 27 de julho de 2012.

O Primeiro-Ministro, *Pedro Passos Coelho*.

**Portaria n.º 237/2012**

de 8 de agosto

Considerando que o programa de formação da especialidade de Reumatologia foi aprovado pela Portaria n.º 320/92, de 21 de outubro;

Atendendo a que o Regulamento do Internato Médico estabelece a obrigatoriedade de revisão quinquenal dos programas de formação das especialidades médicas;

Sob proposta da Ordem dos Médicos e ouvido o Conselho Nacional do Internato Médico;

Ao abrigo e nos termos do disposto nos n.ºs 3 do artigo 3.º e 1 e 2 do artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 203/2004, de 18 de agosto, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 11/2005, de 6 de janeiro, 60/2007, de 13 de março, e 45/2009, de 13 de fevereiro, bem como no artigo 28.º do Regulamento

do Internato Médico, aprovado pela Portaria n.º 251/2011, de 24 de junho:

Manda o Governo, pelo Secretário de Estado da Saúde, o seguinte:

**Artigo 1.º**

É atualizado o programa de formação da área de especialização de Reumatologia constante do anexo à presente portaria, da qual faz parte integrante.

**Artigo 2.º**

A aplicação e desenvolvimento dos programas compete aos órgãos e agentes responsáveis pela formação nos internatos, os quais devem assegurar a maior uniformidade a nível nacional.

O Secretário de Estado da Saúde, *Manuel Ferreira Teixeira*, em 25 de julho de 2012.

**ANEXO**

**Programa de formação da área de especialização de Reumatologia**

A formação específica no internato médico de Reumatologia tem a duração de 60 meses (cinco anos, a que correspondem 55 meses efetivos de formação) e é antecedida por uma formação genérica, partilhada por todas as especialidades, designada por ano comum.

**A) Ano comum**

1 — Duração — 12 meses.

2 — Blocos formativos e sua duração:

a) Medicina Interna — quatro meses;

b) Pediatria Geral — dois meses;

c) Opção — um mês;

d) Cirurgia Geral — dois meses;

e) Cuidados de Saúde Primários — três meses.

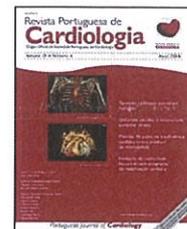
3 — Precedência — a frequência com aproveitamento de todos os blocos formativos do ano comum é condição obrigatória para que o médico interno inicie a formação específica.

4 — Equivalência — os blocos formativos do ano comum não substituem e não têm equivalência a eventuais estágios com o mesmo nome da formação específica.

**B) Formação específica**

1 — Introdução:

1.1 — A reumatologia é o ramo da medicina que se dedica ao diagnóstico, avaliação, tratamento, reabilitação e investigação das doenças que afetam o aparelho locomotor (ou sistema musculoesquelético) nos seus vários componentes, ossos, músculos, articulações, partes moles envolventes, nervos e vasos, de qualquer etiologia (degenerativa, infecciosa ou pós-infecciosa, neoplásica, autoimune, inflamatória, metabólica, etc.), dos síndromes dolorosos regionais ou difusos, orgânicos ou funcionais que envolvam este aparelho (onde se inclui a patologia raquidiana) e das manifestações musculoesqueléticas das doenças sistémicas, fazendo uso de conhecimentos nas áreas da medicina, imunologia, ortopedia, neurologia, psiquiatria, reabilitação e terapia da dor.



## PERSPETIVAS EM CARDIOLOGIA

# Pela melhoria do tratamento da insuficiência cardíaca em Portugal – documento de consenso<sup>☆</sup>

Cândida Fonseca<sup>a,\*</sup>, Dulce Brito<sup>b</sup>, Rui Cernadas<sup>c</sup>, Jorge Ferreira<sup>d</sup>, Fátima Franco<sup>e</sup>,  
Teresa Rodrigues<sup>f</sup>, João Morais<sup>g</sup>, José Silva Cardoso<sup>h</sup>

<sup>a</sup> Unidade de Insuficiência Cardíaca, Serviço de Medicina III e Hospital Dia, Hospital São Francisco Xavier – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

<sup>b</sup> Serviço de Cardiologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte. Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

<sup>c</sup> Administração Regional de Saúde (ARS) Norte, Porto, Portugal

<sup>d</sup> Hospital de Santa Cruz – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Serviço de Cardiologia, Portugal

<sup>e</sup> Hospital Universidade de Coimbra – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Cardiologia, Coimbra, Portugal

<sup>f</sup> Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Serviço de Urgência. Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

<sup>g</sup> Centro Hospitalar de Leiria, Serviço de Cardiologia, Leiria, Portugal

<sup>h</sup> Centro Hospitalar de São João, Serviço de Cardiologia, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal

Recebido a 27 de outubro de 2016; aceite a 28 de outubro de 2016

### PALAVRAS-CHAVE

Insuficiência cardíaca;  
Documento de consensos;  
Prevalência;  
Tratamento multidisciplinar integrado;  
Impacto socioeconómico

**Resumo** A insuficiência cardíaca é uma síndrome com elevada prevalência, morbidade e mortalidade, sendo, no entanto, pouco reconhecida junto dos cidadãos e decisores políticos. O presente documento foi elaborado por um conjunto de peritos constituído por médicos especialistas em cardiologia, medicina interna e medicina geral e familiar, e pretende expor detalhadamente o problema da insuficiência cardíaca em Portugal a vários níveis: peso da síndrome, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos doentes. Para tal, são identificados e discutidos em detalhe os diferentes aspetos inerentes ao manejo da síndrome durante o processo assistencial, nas várias fases da doença e que incluem doentes hospitalizados e em ambulatório. De modo a otimizar a assistência médica prestada a estes doentes, são apontadas diversas soluções e estratégias a curto, médio e longo prazo com potencial para melhorarem a articulação e utilização dos recursos disponíveis. Pretendeu-se desta forma destacar estratégias que, não se traduzindo num modelo único de melhoria, poderão ser adaptadas às diferentes especificidades regionais, de modo a aumentar o reconhecimento e a atenção prestada à insuficiência cardíaca em Portugal.

© 2016 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

<sup>☆</sup> Posição de peritos subscrita pelo Grupo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da Sociedade Portuguesa de Cardiologia; Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna; Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos; Núcleo de Estudos de Doenças Cardiovasculares em Medicina Geral e Familiar e Núcleo de Enfermagem em Cardiologia da Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

\* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: [mcandidafonseca@gmail.com](mailto:mcandidafonseca@gmail.com) (C. Fonseca).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2016.10.006>

0870-2551/© 2016 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

Como citar este artigo: Fonseca C, et al. Pela melhoria do tratamento da insuficiência cardíaca em Portugal – documento de consenso. Rev Port Cardiol. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2016.10.006>

## KEYWORDS

Heart failure;  
Consensus document;  
Prevalence;  
Integrated  
multidisciplinary  
treatment;  
Socio-economic  
impact

## Consensus document on improvement of heart failure treatment in Portugal

**Abstract** Heart failure is a syndrome with high prevalence, morbidity and mortality, but awareness of the disease is poor among the general public and policy makers. This document, which was prepared by a group of experts consisting of cardiologists, internists and general practitioners, aims to set out in detail the problem of heart failure in Portugal at several levels: burden of the disease, diagnosis, treatment and monitoring. To this end, different aspects of the management of the various stages of the disease are identified and discussed in detail, covering both outpatients and hospitalized patients. In order to optimize the medical care provided to these patients, various short-, medium- and long-term solutions and strategies are put forward that have the potential to improve the integration and use of available resources. The intention is to highlight strategies that are not based on a single model but can be adapted to different regional circumstances, in order to increase awareness and improve management of heart failure in Portugal.

© 2016 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introdução: o problema da insuficiência cardíaca

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome com elevada prevalência, morbilidade e mortalidade, que representa uma sobrecarga económica e social de grande magnitude. Porém, em Portugal tem sido alvo de pouca atenção, sofrendo de uma baixa notoriedade e sendo pouco reconhecida junto dos cidadãos e decisores políticos. Adicionalmente, ainda não houve por parte da comunidade médica uma reflexão coletiva que possa conduzir à organização do processo assistencial – passo fundamental para uma melhor gestão da síndrome e dos recursos – e ao consequente impacto positivo nos indicadores em saúde. Considerando a importância atual e futura da IC – em que se perspetiva um crescimento da sua prevalência e incidência –, torna-se necessário incluí-la como uma prioridade de saúde em Portugal e capacitar o Serviço Nacional de Saúde (SNS) para uma melhoria de desempenho, quer em termos clínicos quer no que concerne ao enquadramento organizativo e financeiro.

O presente documento pretende alertar para a necessidade urgente de priorização da IC na agenda da saúde, tendo em conta a prevalência atual e o seu aumento expectável a curto prazo, a elevada mortalidade e morbilidade a que está associada, e o fardo socioeconómico para doentes, famílias e sociedade. Pretende-se ainda contribuir para a identificação das principais lacunas e propor soluções para as mesmas, tendo em vista uma otimização da articulação entre as diferentes partes envolvidas no diagnóstico, tratamento e acompanhamento destes doentes, a nível nacional.

Os autores dirigem esta reflexão à classe médica, sobretudo a envolvida na gestão dos doentes com IC (cardiologistas, internistas, intensivistas e especialistas de medicina geral e familiar [MGF]), e aos decisores em saúde, cujas deliberações podem afetar a atenção sobre a IC. Pretende-se, igualmente, que esta publicação constitua uma referência norteadora de futuras iniciativas a desenvolver

junto do público em geral, com o intuito de alertar e contribuir para um desejável despertar de consciências.

Os redatores do presente documento, médicos especialistas em cardiologia, medicina interna e MGF, desenvolvem a sua atividade no âmbito do SNS, em contexto hospitalar (incluindo serviços de urgência) e de cuidados de saúde primários (CSP). Sustentam as opiniões aqui expressas na sua experiência pessoal clínica e organizativa, apoiada naturalmente nos documentos de orientação elaborados pela *European Society of Cardiology (ESC)* e pelos *American College of Cardiology/American Heart Association (ACA/AHA)*.

## A insuficiência cardíaca no mundo e em Portugal: o peso da síndrome

A IC define-se como uma síndrome causada por uma anomalia da estrutura e/ou da função cardíaca, conduzindo a um débito sanguíneo inadequado às necessidades metabólicas do organismo em repouso ou exercício<sup>1</sup>.

Resulta, na maioria dos casos, de um contínuo que se inicia pelos fatores de risco cardiovascular que surgem hoje de forma cada vez mais precoce, progredindo para a disfunção cardíaca. Esta pode ser assintomática numa fase inicial, surgindo posteriormente os sintomas<sup>2</sup>. Tipicamente, a síndrome evolui por surtos de agudização (descompensação da IC) que debilitam a condição clínica do doente, contribuem para o agravamento progressivo da IC e requerem assistência médica urgente. Este contínuo poderá ser interrompido a qualquer momento, de forma imprevisível, por um episódio de morte súbita, ou culminar em morte por falência de bomba.

## A insuficiência cardíaca no mundo

A prevalência da IC aumenta com a idade, sobretudo a partir dos 65 anos, fruto nomeadamente da maior ocorrência

de hipertensão arterial (HTA) e de infarto do miocárdio nestes escalões etários e também do aumento da sobrevivência dos doentes após este último<sup>3</sup>. Com efeito, a IC afeta cerca de 1-2% da população mundial e 6-10% dos indivíduos com idade superior a 65 anos<sup>3,4</sup>. Globalmente, cerca de 26 milhões de adultos em todo o mundo sofrem de IC, o que é considerável quando comparado com os 32 milhões atingidos pelo cancro ou os 34 milhões com VIH/SIDA<sup>3</sup>. Adicionalmente, as mais recentes projeções indicam que a prevalência de IC aumentará em 25% até 2030<sup>5</sup>.

Os episódios de descompensação requerem frequentemente o recurso ao serviço de urgência e o posterior internamento ou reinternamento dos doentes. Nos países desenvolvidos, a IC é responsável por 1-4% de todas as hospitalizações<sup>3</sup>, sendo a primeira causa de internamentos na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA) dos indivíduos com mais de 65 anos<sup>1</sup>. Aproximadamente 25% dos doentes são reinternados durante o primeiro mês, pós-alta<sup>4,6</sup>.

Cada internamento representa um agravamento adicional da IC, contribuindo para o declínio da condição clínica do doente, até à ocorrência da sua morte. Na Europa, a mortalidade intra-hospitalar por IC ronda os 7-9%<sup>7</sup>, sendo atualmente superior à do infarto agudo do miocárdio (EAM)<sup>8</sup>. A mortalidade aos seis meses após internamento por IC pode atingir os 27%<sup>9</sup> e, aos 12 meses, pode atingir os 50% nos doentes internados em choque cardiogénico<sup>10</sup>. Mais de 50% dos doentes terão falecido cinco anos após o diagnóstico de IC<sup>1</sup>, o que representa uma taxa de sobrevivência inferior à de alguns tipos de cancro, como o da mama, próstata, cólon e leucemia<sup>3,11</sup>.

O peso económico da IC é muito substancial a nível mundial, representando nos EUA e na Europa 1-3% do orçamento total da saúde. Em ambas as regiões, este é o diagnóstico ao qual está associada a maior sobrecarga económica dentre todas as doenças<sup>3</sup>. De facto, nos EUA os gastos devidos à IC são superiores ao dobro dos relativos à totalidade das neoplasias<sup>12</sup>. Adicionalmente, os custos dos internamentos são consideráveis, representando 68% do total da verba despendida com a IC nos EUA e na Europa<sup>13</sup>.

### A insuficiência cardíaca em Portugal. Dos fatores de risco cardiovascular ao impacto socioeconómico

Em Portugal existe uma elevada prevalência dos fatores de risco cardiovascular. Vinte e quatro por cento dos portugueses são fumadores<sup>14</sup> e 27,5% têm síndrome metabólica<sup>15</sup>. O nosso país é, entre os europeus, um dos que regista um aumento mais rápido da prevalência do excesso de peso e obesidade: atinge 53% dos portugueses entre os 18-64 anos<sup>16</sup>. Como corolário, três milhões de portugueses têm diabetes ou alteração do metabolismo glucídico<sup>17</sup>. A HTA atinge 42% dos portugueses<sup>18</sup> e em Portugal ocorrem cerca de 12 mil EAM por ano<sup>8</sup>.

A prevalência global de IC crónica foi estimada em 4,36% no estudo EPICA (1998-2000), variando entre 1,36% na faixa etária dos 25-49 anos e 16,14% nos indivíduos com mais de 80 anos<sup>19</sup>. Tendo em conta o envelhecimento da população registado nos últimos 20 anos, o número de doentes com IC em Portugal será hoje certamente superior ao determinado no referido estudo. Considerando os dados de prevalência

por faixa etária obtidos naquele estudo e os dados do *Census* 2011, poderão existir actualmente cerca de 380 000 doentes com IC no nosso país<sup>20</sup>.

O relatório «Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números», de 2015, destaca a IC (enquanto diagnóstico principal) como a 2.ª maior fonte de produção hospitalar, responsável em 2014 por 182 512 dias de internamento (cerca de 1,9 vezes mais dias do que o EAM) e 18 588 doentes saídos, ou seja, doentes que tiveram alta após internamento por IC descompensada. A duração média do internamento por IC foi de 9,8 dias em 2014. Entre nós, a IC detém a mais alta taxa de mortalidade intra-hospitalar dentre todas as doenças cérebro-cardiovasculares, a qual ascende a 12,5%<sup>8</sup>.

Em Portugal, a IC é frequentemente apresentada sob a forma de diagnóstico secundário nos processos clínicos, pelo que o número real de doentes internados com IC é efetivamente superior ao reportado<sup>21</sup>. Com efeito, o relatório «Impacte do internamento dos doentes crónicos do SNS» da IASSIST Portugal mostra que o número de internamentos por IC cresceu em 33% entre 2004-2012<sup>22</sup>, sendo de admitir que estes números estarão subestimados, devido à deficiente codificação dos grupos de diagnóstico homogéneos (GDH) relativa à IC<sup>21</sup>. A taxa de internamento hospitalar por IC foi de 27,9/100 000 habitantes, semelhante às verificadas no caso da diabetes (30,0/100 000 habitantes), da asma (29,5/100 000 habitantes) e da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) (29,4/100 000 habitantes), algumas das epidemias do século XXI<sup>22,23</sup>. No entanto, em 2012 a taxa bruta de mortalidade foi superior para a IC (12,9%) comparativamente à diabetes (5,1%), à asma (0,8%) e à DPOC (7,5%). O mesmo se verificou em igual período para a taxa de readmissões aos 30 dias, também superior no caso da IC (14,6%), comparativamente com aquelas patologias (diabetes 8,2%, asma 5,1% e DPOC 14,0%)<sup>22</sup>.

A taxa de readmissões, principalmente aos 30 e aos 60 dias, tem aumentado, facto que tem sérias implicações económicas e assistenciais<sup>22</sup>. Segundo dados oficiais, em 1998 as hospitalizações por IC em Portugal tiveram um custo total aproximado de 24 milhões de euros<sup>24</sup>, idêntico ao relativo às hospitalizações por DPOC no mesmo ano (23 milhões de euros<sup>25</sup>). Quase 20 anos volvidos, tendo em conta a prevalência crescente da IC e o aumento da sofisticação da assistência médica, estima-se que este custo seja hoje substancialmente superior.

O doente hospitalizado por IC é um grande consumidor de recursos, quer pela necessidade frequente de técnicas de diagnóstico onerosas quer ainda pelo custo elevado associado a alguns fármacos e dispositivos médicos ou a intervenções cirúrgicas<sup>23</sup>. Na realidade, estima-se que os cuidados de saúde prestados a estes doentes tenham um custo muito superior àquele que lhes é atribuído pelo SNS.

Também as limitações físicas e psicológicas decorrentes da IC têm fortes implicações psicossociais (p. e., isolamento social, ansiedade, frustração e depressão), traduzindo-se numa redução da qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores<sup>26</sup>. Em Portugal, não existem dados quanto ao impacto preciso da IC no que concerne ao absentismo laboral e à perda de produtividade. Contudo, esta é mais uma dimensão relevante da IC pelas suas repercussões não apenas no sistema de saúde, mas também nas áreas social e económica.

## Os problemas relativos à insuficiência cardíaca em Portugal

### O desconhecimento da relevância da insuficiência cardíaca e a ausência de uma reflexão e ação conjunta

O problema primordial da IC no nosso país tem a ver com o facto de esta não ter sido ainda alvo de uma reflexão e ação conjunta por parte de todos os intervenientes na sua gestão (Figura 1), resultando no baixo reconhecimento da sua importância e das suas implicações por parte da população em geral profissionais de saúde e decisores.

Também os dados oficiais relativos à IC em Portugal são limitados, não caracterizando a real evolução e gestão desta síndrome. Com efeito, o último e único estudo de prevalência efetuado até à data no nosso país tem cerca de 15 anos<sup>19</sup>, não havendo hoje dados sobre a evolução da prevalência e, de grande importância, sobre a evolução havida no diagnóstico e tratamento. Adicionalmente, a sua caracterização no Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, da Direção Geral de Saúde, encontra-se incompleta, já que são desconhecidos

dados relativos ao número de readmissões por IC e número total de admissões em urgências hospitalares. Importa ainda acrescentar que a produção hospitalar caracterizada neste relatório tem como base a codificação GDH que, tal como anteriormente referido, não captura o número real de doentes internados com IC<sup>21</sup>.

### Ausência de um debate organizativo a nível da classe médica, inter e intraespecialidades

Entre a classe médica, a compreensão da real importância da IC é fragmentária, não existindo uma reflexão sobre o papel das diversas especialidades que lidam com esta entidade. Assim, será necessário o estabelecimento de um fluxo organizado do processo assistencial e uma definição clara das responsabilidades, de forma a garantir um suporte otimizado ao doente do início ao fim do seu percurso no sistema de saúde (Figura 1).

Os intervenientes principais na gestão assistencial desta síndrome são os especialistas de MGF, os cardiologistas, os internistas e os intensivistas. Os doentes com IC apresentam frequentemente múltiplas comorbilidades e, portanto, outros especialistas deverão, igualmente, desempenhar um papel importante na sua gestão clínica.

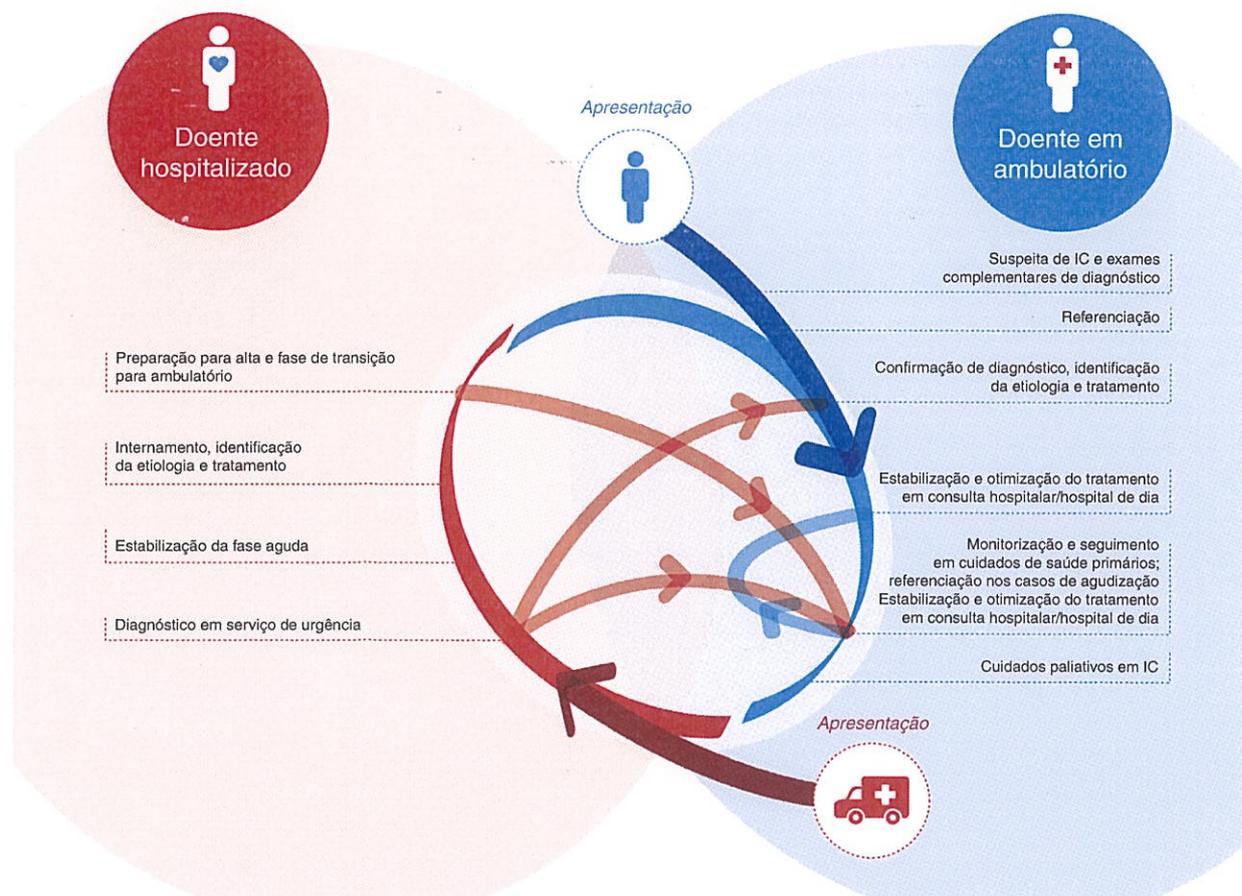


Figura 1 Os fluxos assistenciais em torno da insuficiência cardíaca evidenciam a necessidade de equipas multidisciplinares, coordenadas, envolvendo os vários níveis do Sistema Nacional de Saúde e que assegurem o manejo integrado da síndrome e prestem cuidados médicos conforme as recomendações internacionais. Abreviaturas IC: insuficiência cardíaca.

Assim, diferentes especialidades médicas intervêm em torno de um mesmo doente, tornando-se essencial que a comunicação e articulação entre todas e entre os vários níveis dos cuidados de saúde seja eficaz. É facto assente que os doentes são mais bem tratados em programas de manejo integrado da síndrome e por equipas multidisciplinares dedicadas à IC<sup>1,27</sup> (Figura 1).

Contudo, o fluxo de informação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde é deficitário, apesar da existência da Plataforma de Dados para a Saúde (PDS). Como tal, a articulação entre os CSP e os cuidados hospitalares, nomeadamente os serviços de cardiologia e de medicina interna, bem como entre especialidades intra-hospitalares, requer uma franca melhoria.

### **Ausência de um «processo assistencial de manejo integrado da insuficiência cardíaca» e deficiências ao longo do percurso no sistema de saúde**

A ausência de um «processo assistencial de manejo integrado do doente com IC» devidamente organizado reflete-se num conjunto vasto de deficiências ao longo do percurso destes doentes no sistema de saúde (Figura 1).

#### **Diagnóstico**

Em Portugal, o diagnóstico é muitas vezes tardio, ocorrendo frequentemente só aquando do primeiro internamento, ao invés de ser efetuado precocemente pela MGF, o que se deve em muito à ausência de reconhecimento dos sinais e sintomas por parte dos doentes e/ou cuidadores, pouco alertados para a doença. A suspeita do diagnóstico estabelecido com base na clínica (por vezes adicionada do ECG e/ou radiografia do tórax) carece de comprovação objetiva da existência de disfunção cardíaca oriunda de outros exames complementares de diagnóstico: doseamento de peptídeos natriuréticos (BNP/NT-proBNP) e/ou exames de imagem, sendo o ecocardiograma o mais acessível<sup>1,27</sup>.

A MGF não tem um acesso fácil aos exames complementares, nomeadamente ao doseamento dos biomarcadores (BNP ou NT-proBNP) não comparticipados pelo SNS em ambulatório, os quais, dado o seu elevado valor preditivo negativo, evitariam falsos diagnósticos de IC e o recurso desnecessário à ecocardiografia, muito mais dispendiosa. A disponibilização destes doseamentos à MGF traduzir-se-ia numa melhoria assistencial, no sentido em que permitiria seguramente diagnósticos mais precoces, e numa redução dos custos advindos da repetição de exames, de diagnósticos errados e da referenciação incorreta para serviços hospitalares.

A ecocardiografia é hoje uma técnica de fácil acesso. Contudo, a falta de uniformização dos relatórios ecocardiográficos torna-os inadequados para um diagnóstico correto em doentes com IC, sendo frequentemente omissos ou inconclusivos, o que constitui um problema adicional a superar.

#### **Tratamento no ambulatório e referenciação**

Atualmente, ainda persiste alguma indecisão no seio de especialistas de MGF relativamente à iniciação e titulação da terapêutica farmacológica na IC. Existem também constrangimentos no que concerne à referenciação hospitalar e,

reversamente, na articulação entre os hospitais e os CSP relativa ao retorno dos doentes à MGF após o evento agudo. De um modo geral, os profissionais de saúde especializados em IC escasseiam entre nós, assim como estruturas especializadas que possam prestar cuidados de proximidade nesta patologia e que permitam diagnosticar e tratar precocemente as descompensações da mesma. A oferta de programas de reabilitação cardíaca para os doentes com IC é igualmente diminuta<sup>27</sup>.

#### **Fase aguda e internamento**

Atualmente, tal como é o caso para o EAM, considera-se fundamental que o tratamento da IC aguda seja iniciado o mais precocemente possível<sup>1</sup>. No entanto, as recomendações, baseadas na pouca evidência existente nesta área, permitem atuações díspares, baseadas fundamentalmente na experiência individual do médico, não existindo em Portugal um algoritmo de tratamento padronizado e sistematicamente aplicado, e/ou equipas adequadamente preparadas para o implementar nos serviços de urgência, medicina interna e cardiologia<sup>1</sup>.

#### **Pré-alta e fase vulnerável**

Em Portugal, não existem ainda cuidados de transição organizados de forma sistemática. O correto planeamento da alta deve incluir, entre outros, a educação do doente e cuidador, a introdução e titulação adequada de todos os fármacos capazes de alterar o curso da doença, a transferência da informação e o agendamento de reavaliação precocemente em consulta hospitalar até às duas semanas após a alta e pela MGF na 1<sup>ª</sup> semana após a alta hospitalar, de forma a reduzir o risco de reinternamento e de morte durante esta fase vulnerável<sup>1</sup>. É ainda recomendada a referenciação dos doentes de maior risco a programas multidisciplinares de manejo integrado da IC e a programas de reabilitação cardíaca<sup>1</sup>.

#### **Referenciação a programa multidisciplinar de manejo integrado da insuficiência cardíaca**

As clínicas de IC têm cada vez maior relevância no processo assistencial de IC. Estas são constituídas por equipas multidisciplinares, envolvendo especialistas em IC (cardiologistas e/ou internistas e/ou especialistas de MGF e enfermeiros) e outros profissionais de saúde, farmacêuticos, dietistas, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais que promovem uma abordagem sistematizada da IC. Estas equipas mostraram ser custo-efetivas e capazes de melhorar a qualidade de vida dos doentes, de reduzir os internamentos e a mortalidade<sup>1</sup>.

A adesão à terapêutica farmacológica e não farmacológica e a deteção precoce de descompensações são outros dos aspetos fundamentais a promover na fase estável. Para tal, é necessário implementar a educação dos doentes e dos cuidadores, tarefa habitualmente a cargo de enfermagem, a qual deverá também ser especializada em IC.

Outro aspeto essencial é a acessibilidade a estas estruturas, permitindo o tratamento precoce da descompensação em regime de hospital de dia, evitando o reinternamento e/ou o recurso ao serviço de urgência, minimizando os custos. O recurso à telemedicina para a gestão do doente em ambulatório poderá ser ponderado e revela-se promissor, mas requererá ainda algum trabalho de investigação.

Contudo, é fundamental reconhecer que estas estruturas são escassas entre nós, tal como o é a enfermagem especializada em IC.

#### Reabilitação cardíaca

Igualmente escassos, senão virtuais, são os programas de reabilitação cardíaca dirigidos aos doentes com IC em Portugal, apesar dos benefícios comprovados, das recomendações inequívocas para a referenciação e da existência de um apelo da Sociedade Portuguesa de Cardiologia à ação nesta área, como patente no documento publicado no *website* desta sociedade<sup>28</sup>.

#### Cuidados paliativos e de fim de vida

Será ainda necessário refletir numa estratégia para a prestação de cuidados paliativos e de fim de vida aos doentes com IC, raramente contemplados no planeamento destas estruturas.

### Estratégias para a melhoria da assistência médica aos doentes com insuficiência cardíaca em Portugal

A fim de melhorar a assistência médica aos doentes com IC no nosso país, são necessárias medidas a curto, médio e longo-prazo.

#### Sugestões de medidas a curto prazo:

1. A medida mais urgente a implementar para a modificação do panorama descrito será a união dos diferentes intervenientes em saúde para a constituição de uma «aliança», com o objetivo de tornar a IC uma prioridade de saúde e melhorar a sua gestão. Esta «aliança» deverá envolver:
  - poder político e regulador, nomeadamente a Comissão de Saúde da Assembleia da República, o Ministério da Saúde, com o envolvimento particular de algumas das suas estruturas designadamente a Direção Geral de Saúde e a Coordenação das Doenças Cérebro-Cardiovasculares;
  - as sociedades científicas, nomeadamente as Sociedades Portuguesas de Cardiologia, de Medicina Interna, de Cuidados Intensivos;
  - a Ordem dos Médicos e os colégios das várias especialidades envolvidas;
  - a Ordem dos Enfermeiros;
  - associações de doentes com IC;
  - os *media*, enquanto meios para a informação e educação da população;
  - a indústria farmacêutica e dos dispositivos médicos, enquanto parceiro para a melhoria das condições de saúde.
2. Implementação de um plano nacional para formação de profissionais de saúde em IC, nomeadamente médicos e enfermeiros, promovendo a sua especialização. Inclusão da IC no Plano Nacional de Saúde e elaboração de normas de orientação clínica (NOC), baseada nas recomendações fundamentais da ESC. As NOC deverão adaptar-se ao contexto nacional e ter em conta o aumento da prevalência da síndrome nos próximos anos.

3. Inclusão da IC como prioridade no «Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares», já a partir da próxima edição (inclusive) e nos programas locais de saúde.
4. Melhoria do diagnóstico precoce através da disponibilização do doseamento de NT-proBNP aos CSP e da comparticipação pelo SNS.
5. Criação de um «Boletim de IC» que permita um acompanhamento adequado do doente através do registo e transmissão da informação clínica, facilitando o acesso à mesma a todos os que participam na assistência a estes doentes.
6. Promoção da partilha de boas práticas entre serviços de assistência aos doentes com IC (serviços de cardiologia, serviços de medicina interna, hospitais de dia, MGF).

#### Sugestões de medidas a médio prazo:

1. Implementação de uma campanha de informação e sensibilização sobre IC junto dos cidadãos, dos doentes, dos enfermeiros e dos médicos. Esta tarefa poderá ser conjugada com as iniciativas da ESC (através da *Heart Failure Association*) e pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia, nomeadamente ao nível do seu Grupo de Estudos de IC. Sugere-se que esta campanha inclua a divulgação de:
  - Carta Europeia Para a Saúde do Coração;
  - *site heartfailurematters*, tendo como alvos os doentes e os cuidadores.
2. Criação de um «processo assistencial de manejo integrado da IC» codificado e aplicável em todo o país, começando pela criação de protocolos de articulação técnico-científica, entre agrupamentos de centros de saúde (ACES) e os centros hospitalares da respetiva área geográfica. Este processo implicará a criação de uma rede nacional de equipas multidisciplinares dedicadas ao tratamento integrado do doente com IC. Entre outras medidas, sugerem-se a implementação dos de hospitais de dia e o aumento da oferta de programas de reabilitação cardíaca para doentes com IC.
3. Implementação de indicadores de desempenho relativos à assistência médica aos doentes com IC quer em termos da consulta externa quer de internamento, aplicáveis aos serviços hospitalares e à MGF. Para tal, poderão ser utilizados os *performance measurements* preconizados pela ESC e pela ACC/AHA<sup>29,30</sup>.
4. Revisão dos GDH para a IC no que concerne à sua definição e atualização do seu valor bem como do da sessão de tratamento da IC em regime de hospital de dia.
5. Padronização dos relatórios ecocardiográficos, promovendo uma maior homogeneidade a nível nacional, de forma a melhorar a qualidade da informação fornecida aos clínicos.
6. Implementação de uma rede eficaz de cuidados paliativos que contemple os doentes com IC.

#### Sugestões de medidas a longo prazo:

1. Promoção da melhoria dos sistemas eletrónicos de partilha de informação clínica disponíveis, nomeadamente da PDS.

2. Implementação de uma metodologia de recolha de dados, de forma a atualizar os dados epidemiológicos sobre a IC, permitindo um acompanhamento da progressão da síndrome e recolhendo, entre outros parâmetros, informação sobre qualidade de vida (com recurso a questionários padronizados) e impacto da síndrome em termos de absentismo laboral de doentes e cuidadores.

## Conclusões

A insuficiência cardíaca constitui um grave problema de saúde pública em Portugal, dadas as suas elevadas prevalência, morbidade e mortalidade e o considerável impacto que representa do ponto de vista económico.

Pela grande diversidade nacional no que concerne à prestação da assistência aos doentes com IC, quer a nível hospitalar quer a nível dos cuidados primários, não foi ambição do presente trabalho sugerir um modelo único de melhoria. Ao invés, será necessário definir e implementar estratégias que atentem às especificidades regionais, de modo a otimizar os recursos existentes e a articulação dos mesmos.

Existe entre a comunidade portuguesa de profissionais de saúde que se dedicam à IC uma inadiável vontade de mudança. Este documento, redigido por um conjunto de peritos, pretendeu analisar o problema, identificar as deficiências e propor soluções para um aumento do reconhecimento da necessidade de agir, priorizando a gestão desta síndrome no contexto de saúde nacional.

## Responsabilidades éticas

**Proteção de pessoas e animais.** Os autores declaram que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

**Confidencialidade dos dados.** Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

**Direito à privacidade e consentimento escrito.** Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

## Conflito de interesse

Nenhum dos autores tem conflitos de interesse a declarar no que concerne o conteúdo deste documento.

O presente trabalho recebeu uma *bolsa* não condicionada por parte da Novartis.

## ANEXO 1. Pela melhoria do tratamento da Insuficiência Cardíaca em Portugal – Documento de consenso

Posição de peritos subscrita pelo Grupo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da Sociedade Portuguesa de Cardiologia; Núcleo de Estudos de Insuficiência Cardíaca da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna; Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos; Núcleo

de Estudos de Doenças Cardiovasculares em Medicina Geral e Familiar e Núcleo de Enfermagem em Cardiologia da Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

**Grupo de Estudos de IC da SPC**  
Cândida Fonseca (coordenadora)  
Dulce Brito  
Susana Costa

**Núcleo de Estudos de IC da SPMI**  
Paulo Bettencourt (coordenador)  
César Lourenço  
Inês Araújo  
Irene Marques  
Joana Pimenta  
Jorge Mercier  
Pedro Marais Sarmento

**Núcleo de Enfermagem em Cardiologia da SPC**  
Manuel Belo Costa (Coordenador)  
Madalena Carvalho  
Susana Quintão  
Marisa Serrano  
Ana Catarina Bastos

## Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

José Maria da Silva Henriques (Presidente)  
Anabela Pimentel Lopes Cunha Vaz  
Ângela Maria de Oliveira Teixeira  
António Nelson Gomes Rodrigues  
Lénia Isabel de Gouveia Olim  
Maria de Lourdes Sousa Tavares Da Silva  
Maria Luciana Gomes Domingues Couto Carvalho  
Maria Pacheu Catanho Patrício  
Noélia Rubina Correia Sousa Costa  
Pedro Camilo de Araújo Lima de Vasconcelos

## Núcleo de Estudos de Doenças Cardiovasculares em MGF

Maria Helena Febra (Coordenadora)  
Maria Teresa Libório  
Maria Helena Oliveira  
Carolina Resende  
Paula Oliveira

## Referências

1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Hear J.* 2016;20:1–85.
2. Dzau VJ, Antman EM, Black HR, et al. The cardiovascular disease continuum validated: clinical evidence of improved patient outcomes: part I: Pathophysiology and clinical trial evidence (risk factors through stable coronary artery disease). *Circulation.* 2006;114:2850–70.
3. Ponikowski P, Anker SD, AlHabib KF, et al. Heart failure: preventing disease and death worldwide. *ESC Heart Failure.* 2014;1:4–25.
4. Cowie MR, Anker SD, Cleland JGF, et al. Improving care for patients with acute heart failure: before, during and after hospitalization. *ESC Heart Failure.* 2014;1:110–45.

5. Mazurek J, Jessup M. Understanding heart failure. *Card Electrophysiol Clin.* 2015;7:557–75.
6. Page K, Marwick TH, Lee R, et al. A systematic approach to chronic heart failure care: a consensus statement. *Med J Aust.* 2014;201:146–50.
7. Nieminen MS, Brutsaert D, Dickstein K, et al. EuroHeart Failure Survey II (EHFS II): a survey on hospitalized acute heart failure patients: description of population. *Eur Heart J.* 2006;27:2725–36.
8. Portugal. Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números. Direção Geral da Saúde. 2015.
9. Mebazaa A, Nieminen MS, Packer M, et al. Levosimendan vs. dobutamine for patients with acute decompensated heart failure: the SURVIVE randomized trial. *JAMA.* 2007;297:1883–91.
10. Hochman JS, Sleeper LA, Webb JG, et al. Early revascularization in acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock. *N Engl J Med.* 1999;341:625–34.
11. Roger VL, Weston S, Redfield M, et al. Trends in heart failure incidence and survival in a community-based population. *JAMA.* 2004;292:344.
12. Grady KL, Dracup K, Kennedy G, et al. Team management of patients with heart failure. *Circulation.* 2000;102:2443–56.
13. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al. Heart disease and stroke statistics-2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation.* 2015;131:e29–322.
14. Precioso J, Calheiros J, Pereira D, et al. Estado actual e evolução da epidemia tabágica em Portugal e na Europa. *Acta Med Port.* 2009;22:335–48.
15. Fiúza M, Cortez-Dias N, Martins S, et al. Síndrome metabólica em Portugal: prevalência e implicações no risco cardiovascular. *Rev Port Cardiol.* 2008;27:1495–529.
16. Do Carmo I, dos Santos O, Camolas J, et al. Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obes Rev.* 2008;9:11–9.
17. Gardete-Correia L, Boavida JM, Raposo JF, et al. First diabetes prevalence study in Portugal: PREVADIAB study. *Diabet Med.* 2010;27:879–81.
18. Polonia J, Martins L, Pinto F, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. *J Hypertens.* 2014;32:1211–21.
19. Ceia F, Fonseca C, Mota T, et al. Prevalence of chronic heart failure in Southwestern Europe: the EPICA study. *Eur J Heart Fail.* 2002;4:531–9.
20. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011: resultados definitivos - Portugal. 2011.
21. Fonseca C, Sarmento PM, Marques F, et al. Validity of a discharge diagnosis of heart failure: implications of misdiagnosing. *Congest Hear Fail.* 2008;14:187–91.
22. IASIST Portugal. Ambulatory care sensitive conditions – impacto do internamento dos doentes crónicos no SNS. 2013.
23. Fonseca C, Araújo I, Marques F, et al. A closer look at acute heart failure: putting Portuguese and European data into perspective. *Rev Port Cardiol.* 2016;35:291–304.
24. Direção Geral da Saúde. Programa nacional de prevenção e controlo da doença pulmonar obstrutiva crónica. Circular Normativa N.º 04/DGCG. 2005.
25. Cardoso J, Fonseca C, Rebocho M, et al. Transplantação cardíaca em Portugal: realidade e perspectivas. *Rev Port Cardiol.* 2002;21:1077–97.
26. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation.* 2013;128:e240–327.
27. Yancy C, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2016 ACC/AHA/HFSA Focused Update on new pharmacological therapy for heart failure: an update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure. *Circulation.* 2016;134:e282–93.
28. Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Cooperação transatlântica abraçou o projeto e a obra nasceu: lançamento do livro “Prevenção e Reabilitação Cardiovascular” [Internet]. 2016 [citado 6 Jun 2016]. Disponível em: [http://www.spc.pt/DL/Home/fm/2-\\_texto.linka\\_vel\\_-\\_LANCAMENTO\\_LIVRO\\_-\\_PREVENC\\_A\\_O\\_E\\_REABILITAC\\_A\\_O\\_CV.pdf](http://www.spc.pt/DL/Home/fm/2-_texto.linka_vel_-_LANCAMENTO_LIVRO_-_PREVENC_A_O_E_REABILITAC_A_O_CV.pdf)
29. Bonow RO, Ganiats TG, Beam CT, et al. ACCF/AHA/AMA-PCPI 2011 performance measures for adults with heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on performance measures and the American Medical Association-Physician Consortium for performance improvement. *J Am Coll Cardiol.* 2012;59:1812–32.
30. McDonagh TA, Blue L, Clark AL, et al. European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care. *Eur J Heart Fail.* 2011;13:235–41.