

Acesso público à desfibrilação

Public access to defibrillation

Carl Ludwig, fisiologista alemão, foi o primeiro a estudar a fibrilação ventricular relacionada a estímulos cardíacos em 1849.⁽¹⁾ Ele jamais poderia imaginar o que iria acontecer com a aplicação de seus estudos na atualidade. Daquela época até 1979, ou seja, em 130 anos, foram introduzidos, por Diack et al.,⁽²⁾ os Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) e, até o momento, muitos estudos são realizados sobre esse fascinante tema.

O conceito de que a iniciação precoce da reanimação cardiopulmonar e da desfibrilação melhoraria as chances de sobrevivência ficou cada vez mais evidente.⁽³⁾ Obviamente, com o passar dos anos, é notório que mais profissionais da saúde e leigos devem ser treinados na condução da reanimação cardiopulmonar, levando à construção de políticas de saúde específicas nesse tipo de atendimento, em todo o mundo.

Na edição de janeiro/março de 2016 da Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, volume 14, número 1, foi apresentado o artigo original “Avaliação dos 12 anos da campanha de acesso público à desfibrilação”⁽⁴⁾, no qual são relatados resultados positivos da promoção de cursos de Suporte Básico de Vida para profissionais de saúde e leigos, cursos avançados de vida em cardiologia para profissionais de saúde e treinamento para a população em geral, demonstrando que o estudo inicial de Carl Ludwig, em 1849,⁽¹⁾ possui um longo caminho a percorrer. Nas palavras dos próprios autores: “pode-se concluir que, apesar da real necessidade de aprimoramento, os resultados positivos diretos e indiretos geraram interesse da população e governo, sensibilizando médicos e outros profissionais de saúde”.

Ao se analisar a legislação brasileira relativa ao tema, muitas iniciativas foram tomadas, e diversas leis estaduais e municipais tentaram padronizar as normas para o uso do DEA. No entanto, não há normatizações e nem regras bem definidas, capazes de sistematizar seu uso em território nacional. Iniciativas como as Feijó et al.⁽⁴⁾ devem ser incentivadas e suas experiências, conhecidas pela população em geral, pelos profissionais em saúde e, principalmente, seus gestores.

Estima-se que, no Brasil, ocorram aproximadamente 200 mil reanimações cardiopulmonares ao ano, sendo metade delas fora do ambiente hospitalar.⁽⁵⁾ O número é alarmante e, provavelmente, subestimado. Os profissionais em saúde não devem apenas aguardar ansiosos e esperançosos por uma legislação que venha mudar a realidade nacional em relação ao uso dos DEA. Devem sim, pautados em exemplos como o de Londrina (PR), capacitar e influenciar a população, os profissionais da saúde e os governantes, na luta contra aquilo que vem ceifando muitas vidas no Brasil.

Luiz Cláudio Martins

Professor Doutor do Departamento de Clínica Médica da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
e médico especialista em Clínica Médica, Pneumologia e Terapia Intensiva

REFERÊNCIAS

1. Efimov IR. History of fibrillation and defibrillation [Internet]. Washington, DC: Washington University; 2004 [cited 2016 Jul 18]. Available from: http://www.rcpals.com/downloads/2007/files/may/acls/History_of_fibrillation_and_defibrillation.htm
2. Diack AW, Welborn WS, Rullman RG, Walter CW, Wayne MA. An automatic cardiac resuscitator for emergency treatment of cardiac arrest. *Med Instrument.* 1979;13(2):78-83.
3. Weaver WD, Copass MK, Bui D, Ray R, Hallstrom AP, Cobb LA. Improved neurologic recovery and survival after early defibrillation. *Circulation.* 1984;69(5):943-8.
4. Feijó VB, Canesin MF, Magalhães CC, Oliveira Dias A, Cradoso LT, Hirome ET. Avaliação dos 12 anos da campanha de acesso público a desfibrilação. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2016;14(1):8-12.
5. Gonzalez MM, Timerman S, Gianotto-Oliveira R, Polastri TF, Canesin MF, Schimidt A, Siqueira AW, Pispico A, Longo A, Pieri A, Reis A, Tanaka AC, Santos AM, Quilici AP, Ribeiro AC, Barreto AC, Pazin-Filho A, Timerman A, Machado CA, Franchin Neto C, Miranda CH, Medeiros CR, Malaque CM, Bernoche C, Gonçalves DM, Sant’Ana DG, Osawa EA, Peixoto E, Arfelli E, Evaristo EF, Azeka E, Gomes EP, Wen FH, Ferreira FG, Lima FG, Mattos FR, Galas FG, Marques FR, Tarasoutchi F, Mancuso FJ, Freitas GR, Feitosa-Filho GS, Barbosa GC, Giovanini GR, Miotto HC, Guimarães HP, Andrade JP, Oliveira-Filho J, Fernandes JG, Moraes Junior JB, Carvalho JJ, Ramires JA, Cavalini JF, Teles JM, Lopes JL, Lopes LN, Piegas LS, Hajjar LA, Brunório L, Dallan LA, Cardoso LF, Rabelo MM, Almeida MF, Souza MF, Favarato MH, Pavão ML, Shimoda MS, Oliveira Junior MT, Miura N, Filgueiras Filho NM, Pontes-Neto OM, Pinheiro PA, Farsky OS, Lopes RD, Silva RC, Kalil Filho R, Gonçalves RM, Gagliardi RJ, Guinsburg R, Lisak S, Araújo S, Martins SC, Lage SG, Franchi SM, Shimoda T, Accorsi TD, Barral TC, Machado TA, Scudeler TL, Lima VC, Guimarães VA, Sallai VS, Xavier WS, Nazima W, Sako YK; Sociedade Brasileira de Cardiologia. [First guidelines of the Brazilian Society of Cardiology on Cardiopulmonary Resuscitation and Cardiovascular Emergency Care]. *Arq Bras Cardiol.* 2013;101(2 Supl. 3):1-221. Portuguese. Erratum in: *Arq Bras Cardiol.* 2015;104(5):428.