

PLANO ESTRATÉGICO DE PREVENÇÃO E RESPOSTA À MORTE SÚBITA EM EVENTOS ESPORTIVOS

Proposto pela Sociedade Brasileira de Cardiologia – Regional Paraíba (SBC-PB) e pelo
Conselho Regional de Medicina – Paraíba (CRM-PB)

1. INTRODUÇÃO

Casos recentes de morte súbita durante eventos esportivos configuram uma preocupação crescente em todo o Brasil: **a ausência de protocolos locais padronizados de prevenção e resposta a emergências cardíacas em esportes de *endurance***, como corrida e ciclismo.

Primeiramente, é de suma importância lembrarmos que a prática regular de atividade física é amplamente reconhecida como elemento essencial para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, em especial no âmbito cardiovascular. Exercícios aeróbicos, como a caminhada e a corrida, são fortemente recomendados não apenas para indivíduos saudáveis, mas também para pessoas com doenças previamente diagnosticadas, desde que sob acompanhamento médico.

Cumprе destacar que a realização de eventos esportivos do tipo corrida de rua implica exposição dos participantes a esforço físico de intensidade moderada a elevada, frequentemente em ambientes abertos, sob influência de fatores climáticos e com grande concentração de indivíduos, o que impõe à organização do evento a responsabilidade de adotar medidas eficazes de prevenção, reconhecimento precoce e resposta imediata a emergências médicas, em especial às de natureza cardiovascular.

Embora a incidência de **morte súbita cardíaca (MSC)** em maratonas seja considerada baixa — estimada em aproximadamente 1 caso por 100.000 participantes —, trata-se de um desfecho **potencialmente evitável em mais de 70% das situações** quando há acesso rápido à desfibrilação, preferencialmente com uso de **desfibrilador externo automático (DEA)**, **nos primeiros 3 a 5 minutos**.

Nesse contexto, as corridas de rua assumem papel estratégico na promoção da saúde coletiva, ao mesmo tempo em que exigem um planejamento técnico e adoção de medidas específicas para a proteção cardiovascular dos atletas.

Diante do exposto, apresentamos um plano técnico-estratégico abrangente, desenvolvido pela **Sociedade Brasileira de Cardiologia – Seção Paraíba (SBC-PB)** em conjunto com o **Conselho Regional de Medicina da Paraíba (CRM-PB)**, fundamentado em modelos internacionais consagrados — como os da American Heart Association (AHA), World Athletics, European Resuscitation Council (ERC) e do Mexico Cardioprotected Events Protocol — além de evidências recentes da literatura científica (2023–2025).

2. OBJETIVO GERAL

Reduzir a ocorrência e a letalidade da **morte súbita cardíaca (MSC)** em atletas e praticantes de esportes de resistência (corrida e ciclismo), através de **prevenção, triagem, resposta rápida e infraestrutura cardioprotetora**.

3. JUSTIFICATIVAS

- A incidência de MSC em maratonas é baixa (≈ 1 por 100.000 participantes), mas **a mortalidade é potencialmente evitável em >70% dos casos** com acesso rápido à desfibrilador (DEA) em até 3–5 minutos;
- João Pessoa e região metropolitana vivenciam um aumento expressivo do número de provas esportivas (corridas de rua, triatlo e ciclismo) **sem padronização mínima de triagem e resposta de emergência**;
- Casos recentes expõem inúmeras falhas logísticas como: ausência de DEAs ao longo do percurso, tempo de resposta superior a 8–10 min e falta de integração entre serviços de atendimento móvel de urgência, organizadores e equipes médicas.

4. PROTOCOLO OPERACIONAL DE SEGURANÇA CARDIOVASCULAR (CORRIDA E CICLISMO)

Este Protocolo estabelece exigências mínimas para a realização de eventos de corrida (≥ 5 km) e ciclismo em vias públicas, com foco na prevenção de morte súbita cardíaca (MSC) e na resposta rápida à parada cardiorrespiratória (PCR).

4.1 Prevenção Primária e Triagem Pré-Participação

O organizador DEVE:

1. **Exigir, no ato da inscrição, o aceite e a assinatura do “Termo de responsabilidade, ciência e orientação em saúde para a participação em eventos esportivos” (ANEXO 1)**, aplicável a todos os participantes.
2. **Implementar orientação formal de avaliação médica pré-participação**, especialmente para:
 - Indivíduos com **> 35 anos**;
 - Portadores de **comorbidades**;
 - Histórico de **doença cardíaca**;
 - Histórico de morte súbita em parentes de primeiro grau;
 - Presença de **sintomas** (ex.: dor torácica ao esforço, síncope/pré-síncope, dispnéia desproporcional, palpitações com mal-estar).

Evidência mínima de conformidade: registro do aceite do termo + comprovação de disponibilização das orientações de triagem (página/QR/link de inscrição).

4.2 Estrutura Cardioprotetora em Eventos

Objetivo: Assegurar desfibrilação externa automática **em tempo oportuno** ao longo de todo o percurso.

Requisito central (meta do evento): O tempo entre a parada cardiorrespiratória e o **primeiro choque elétrico** deve ser **preferencialmente < 3 minutos e não deve ultrapassar 5 minutos** em nenhuma circunstância, quando indicado, considerando que a chance de sobrevida diminui significativamente a cada minuto de atraso.

O organizador DEVE:

1. **Disponibilizar DEAs** (fixos e/ou móveis), em quantidade e posicionamento que garantam a meta de tempo acima, incluindo:
 - **DEAs fixos** devidamente sinalizados como “**zona cardioprotegida**”;
 - **Distância máxima sugerida entre DEAs $\leq 2,5$ km** como parâmetro mínimo em percursos urbanos, com **sobreposição de cobertura** (“zona de 3 minutos de acesso”), ajustável conforme densidade e logística do trajeto.
2. **Garantir resposta móvel rápida com DEA**, quando necessário para cumprir o tempo-alvo:
 - **Motolâncias de Intervenção Rápida (MIR)** equipadas com DEA e materiais de **Suporte Básico de Vida**, na proporção mínima de **01 MIR por 10 km** de trajeto (ajustável conforme risco e acesso ao percurso).
3. **Disponibilizar ambulâncias com Suporte Avançado de Vida (USA)** dimensionadas ao porte do evento:
 - **Parâmetro mínimo:** Uma ambulância de suporte avançado de vida fixa posicionada na chegada, outra unidade acompanhando o percurso da prova, mas nunca na frente do cortejo. O quantitativo de USAs pode ser ampliado conforme extensão do percurso, perfil etário, condições ambientais e climáticas, logística de acesso e número de participantes, respeitando a proporção de pelo menos uma unidade de suporte avançado e uma unidade de suporte básico a cada 5000 participantes.
 -
4. **Definir unidade(s) de retaguarda** (UPA/hospital) com capacidade de atendimento e leitos disponíveis para intercorrências do evento.
5. **Indicar médico responsável técnico do evento**, que **DEVE** apresentar plano formal de assistência e resposta a emergências cardiovasculares, contemplando:

- Mapa do percurso com localização de DEAs (fixos e móveis), MIRs e USAs;
- Estimativas de tempos de resposta;
- Fluxo de atendimento e remoção;
- Articulação com serviços públicos de emergência e rede hospitalar.

Para tal, disponibilizamos um “**Modelo de mapa operacional e plano de acesso/remoção**” (ANEXO 2).

CrITÉrios de planejamento (obrigatÓrios no plano do RT):

- Distribuição dos DEAs por **risco e densidade**, considerando largada, chegada, aclives/trechos críticos, pontos de maior esforço e acessibilidade;
- Em percursos longos/lineares/difíceis: **priorizar unidades móveis com DEA** (moto/bike/equipe a pé) para cobertura contínua;
- Garantir que todos os DEAs estejam sob responsabilidade de pessoas treinadas e com checagem de funcionamento, baterias e eletrodos.

Evidência mínima de conformidade: lista e mapa dos DEAs (fixos e móveis), escala MIR/USA, plano do RT assinado, indicação da retaguarda e rotas de remoção.

Racional e descritivo:

É condição essencial para a segurança do evento que a organização **garanta acesso rápido e efetivo à desfibrilação externa automática (DEA)** em todo o percurso da prova. O tempo estimado entre o colapso súbito de um participante e a aplicação do primeiro choque elétrico **deve ser preferencialmente inferior a 3 (três) minutos**, não devendo, em nenhuma circunstância, **ultrapassar 5 (cinco) minutos**. Tal exigência fundamenta-se em evidências científicas consolidadas que demonstram redução aproximada de 7 a 10% na taxa de sobrevida a cada minuto de atraso na desfibrilação em casos de parada cardiorrespiratória de origem arritmica.

A distribuição dos DEAs deve ser planejada de forma **estratégica, dinâmica e proporcional ao risco**, levando em consideração a extensão total do percurso, o número de participantes, a densidade de atletas ao longo da prova, os pontos de maior exigência fisiológica (largada, trechos com aclives, pontos intermediários críticos e chegada) e as condições de acesso ao trajeto.

Em percursos curtos e urbanos, com alta densidade de atletas, os DEAs podem ser posicionados em pontos fixos estrategicamente espaçados, desde que seja garantido o tempo máximo de acesso estabelecido. Em percursos mais longos, lineares ou com dificuldade logística, **a utilização de unidades móveis portáteis com DEA é fortemente recomendada**, especialmente por meio de **motolâncias**, bicicletas de resposta rápida ou equipes móveis a pé, permitindo cobertura contínua do trajeto e redução do tempo de chegada ao atleta em colapso.

Todos os DEAs devem estar sob responsabilidade de profissionais ou voluntários **devidamente treinados em Suporte Básico de Vida**, com equipamentos em perfeito funcionamento, baterias carregadas e eletrodos dentro do prazo de validade. A organização deve assegurar treinamento prévio das equipes envolvidas e integração com o plano de emergência do evento.

Além da desfibrilação precoce, a cobertura assistencial deve incluir **ambulâncias de Suporte Avançado de Vida (USA)**, dimensionadas de acordo com o número de participantes e o porte do evento. As ambulâncias devem estar posicionadas em locais estratégicos que permitam acesso rápido ao percurso e remoção eficiente para unidades hospitalares de referência previamente definidas.

Todo o planejamento da assistência médica e da resposta a emergências cardiovasculares deve estar formalmente documentado, sob responsabilidade de uma **coordenação médica do evento**, incluindo mapa do percurso com a localização dos DEAs e unidades móveis, estimativa de tempos de resposta, fluxo de atendimento e articulação com os serviços públicos de emergência e hospitais de retaguarda.

4.3 Treinamento e Capacitação

Objetivo: garantir resposta imediata e adequada até a chegada do suporte avançado.

O organizador DEVE:

1. **Comprovar treinamento ACLS** (últimos 2 anos) de médicos e enfermeiros envolvidos no evento;
2. **Garantir treinamento BLS (RCP + uso de DEA)** para staff técnico e voluntários do evento, com lista nominal e periodicidade.

O organizador DEVE (recomendação forte / boas práticas):

1. Incentivar treinamento BLS para assessorias esportivas (treinadores, staffs).
2. Implementar a rede “**SBC-PB Corrida Segura**”, com treinamento anual simplificado (2h, modelo hands-only + DEA), com certificação.

Evidência mínima de conformidade: certificados ACLS/BLS e lista nominal do staff treinado.

4.4 Integração e Comunicação em Emergências

Objetivo: reduzir tempo de resposta por comando e comunicação padronizados.

O organizador DEVE:

1. Implementar **fluxo de acionamento único** para emergências (rádio e/ou canal corporativo), com central definida e responsável pelo despacho;
2. Garantir **comunicação direta e contínua** entre organização, ambulâncias, motolâncias e unidade(s) de retaguarda;

3. **Sinalizar e comunicar previamente** aos participantes a localização das “zonas cardioprotégidas” (mapa do percurso, panfleto, QR code no kit);
4. Estabelecer padrão de **comunicação visual “zona cardioprotégida”** nos pontos com DEA.
5. Realizar **simulações periódicas** (preferencialmente semestrais em eventos-piloto) do fluxo de PCR: colapso → acionamento → RCP → DEA → remoção.

Evidência mínima de conformidade: plano de comunicação, responsáveis, mapa divulgado, registro de simulado/treinamento.

4.5 Políticas Públicas e Legislação Local

Objetivo: institucionalizar e padronizar, no âmbito municipal/estadual, as exigências mínimas de segurança médico-assistencial e cardioproteção em corridas de rua e eventos de ciclismo realizados em vias públicas, garantindo **prevenção, resposta rápida à PCR e fiscalização efetiva**.

- Diretrizes normativas e condicionantes para autorização do evento

O Poder Público (Município/Estado), por meio dos órgãos competentes, **DEVE** estabelecer que a autorização/alvará para eventos esportivos em vias públicas fique condicionada à comprovação prévia de:

1. **Plano Médico-Assistencial assinado pelo Diretor Médico/Responsável Técnico**, contendo mapa operacional (DEAs fixos e móveis, pontos de apoio, acessos de ambulância, rotas de remoção e unidades de retaguarda).
2. **Infraestrutura cardioprotetora** (DEAs + equipe treinada) compatível com o porte e com a meta operacional do evento (tempo colapso-choque).
3. **Cobertura de suporte avançado e plano de remoção**, com unidades e equipes dimensionadas ao número de participantes e à extensão do percurso;
4. **Plano de comunicação e comando** com acionamento único e integração com a rede de urgência/emergência;
5. **Aplicação do “Termo de responsabilidade, ciência e orientação em saúde para a participação em eventos esportivos”**, com orientação de avaliação pré-participação dirigida por risco;

Evidência mínima para autorização: “Check-list oficial de conformidade do organizador” (ANEXO 3) preenchido e assinado pelo organizador e pelo RT + anexos (mapa, listas, contratos, contatos, fluxos).

- Fiscalização e responsabilidades institucionais

Os órgãos municipais/estaduais responsáveis pela autorização e fiscalização **DEVEM** definir fluxo de análise e inspeção com, no mínimo:

1. **Check-list oficial de requisitos** para liberação do evento (pré-evento) e verificação in loco (no dia);

2. **Responsabilização do organizador** pelo cumprimento das exigências e pela manutenção operacional dos recursos anunciados (DEAs funcionais, equipes presentes, ambulâncias posicionadas, comunicação ativa);
3. **Integração com a rede pública de urgência**, quando aplicável, com canais de comunicação previamente pactuados.

- Registro, auditoria e melhoria contínua

O organizador **DEVE** realizar registro mínimo pós-evento, e o Poder Público/entidades técnicas **DEVEM** consolidar indicadores para aprimoramento contínuo:

1. **Registro padronizado de intercorrências**, com horário, local, tempo de resposta, uso de DEA e desfecho (anônimo, sem dados sensíveis além do necessário, através do “**Relatório pós-evento e registro de intercorrências**” (ANEXO 4).
2. **Indicadores mínimos anuais**:
 - nº de eventos autorizados com conformidade;
 - nº de PCR e tempo até compressões / tempo até choque;
 - nº de atendimentos avançados e remoções;
 - pontos críticos recorrentes do percurso/logística;
3. **Revisão anual do Protocolo**, com atualização de parâmetros e lições aprendidas.

- Estratégias de capacitação e expansão da cardioproteção comunitária

O Poder Público, em parceria com CRM-PB/SBC-PB e organizadores, **DEVE** fomentar:

1. **Rede “Corrida Segura”** com capacitação recorrente de staff/voluntários/assessorias (hands-only RCP + DEA).
 2. **Mapeamento e expansão de “zonas cardioprotegidas”** permanentes (orla, parques, áreas de treino) com sinalização pública e treinamento local.
 3. **Campanhas educativas** sobre sinais de alerta e necessidade de avaliação médica dirigida por risco.
- Instrumentos legais sugeridos (modelo de implementação)

Para institucionalização, recomenda-se a adoção de um ou mais instrumentos:

1. **Portaria/Resolução** da autoridade municipal/estadual competente estabelecendo o presente Protocolo como requisito mínimo para autorização de eventos em via pública;
2. **Termo de Cooperação** entre Município/Estado, CRM-PB, SBC-PB e organizadores para capacitação, auditoria e padronização de checklists;
3. **Cláusulas obrigatórias** em editais/autorizações (interdição de vias, uso de espaço público), condicionando a liberação à comprovação documental;

5. CONCLUSÃO

A criação de um **Plano Estratégico de Eventos Cardioprotégidos** liderado pela SBC-PB e CRM-PB é factível, baseada em evidência e com impacto direto na sobrevivência de atletas e amadores.

Com treinamento, DEAs distribuídos estrategicamente e protocolos integrados com a **organização - ambulância - UPA / hospital de retaguarda, a morte súbita esportiva pode se tornar um evento raríssimo e não fatal.**

6. REFERÊNCIAS

1. [World Athletics Competition Medical Guidelines \(2020\)](#)
2. [AHA Guidelines for CPR & Emergency Cardiovascular Care \(2020\)](#)
3. [Protocol for Cardioprotected Sports Events – Mexico \(2025\)](#)
4. [PLOS ONE \(2023\): Optimal deployment of AEDs in long and narrow environments](#)
5. [Kim JH et al., NEJM 2012: Cardiac Arrest during Long-Distance Running Races](#)

João Pessoa, 12 de fevereiro de 2026

Renner Augusto Raposo Pereira

Cardiologista e Presidente da SBC-PB

Bruno Leandro de Souza

Médico e Presidente do CRM-PB

Roberta Tavares Barreto Teixeira

Cardiologista e Diretora de Planejamento e
Governança da SBC-PB

Mário Toscano de Brito

Cardiologista e Conselheiro do CRM-PB

Rômulo Leal Almeida

Ergometria / Cardiologia do Esporte

Guilherme Veras Mascena

Cardiologista e Conselheiro do CRM-PB

Glauco Gusmão

Cardiologia / Hemodinâmica

Gustavo Soares Fernandes

Cardiologia



ANEXO 1

TERMO DE RESPONSABILIDADE, CIÊNCIA E ORIENTAÇÃO EM SAÚDE PARA PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS ESPORTIVOS

Eu, _____, portador(a) do documento de identidade nº _____ e CPF nº _____, declaro estar ciente de que a participação em eventos esportivos envolve riscos inerentes à prática de atividade física, incluindo desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos, exaustão, lesões musculoesqueléticas e eventos cardiovasculares, como arritmias, síncope, infarto agudo do miocárdio e parada cardiorrespiratória.

Declaro ciência de que a avaliação médica pré-participação é fortemente recomendada, especialmente para indivíduos com idade igual ou superior a 35 anos, portadores de doenças crônicas, histórico pessoal ou familiar de doença cardiovascular, retorno à prática esportiva após sedentarismo prolongado ou participação em provas de média e longa duração.

Reconheço que não devo participar da prova caso apresente, nos dias que antecedem ou no dia do evento: dor no peito, falta de ar desproporcional, tontura, desmaio, palpitações persistentes, febre, infecção ativa, diarreia, vômitos, sinais de desidratação, uso recente de substâncias estimulantes ou álcool em excesso, bem como diagnóstico recente ou descompensação de doença cardíaca ou sistêmica.

Declaro que participo do evento por livre e espontânea vontade, assumindo integral responsabilidade por minha condição de saúde, comprometendo-me a respeitar meus limites físicos, interromper a atividade diante de sintomas e seguir as orientações da equipe organizadora e médica.

Estou ciente de que a organização do evento não substitui a avaliação médica individual e reconheço que a responsabilidade pela minha condição de saúde é exclusivamente minha. Declaro, ainda, que a organização, seus patrocinadores, apoiadores e a equipe de saúde não poderão ser responsabilizados por eventos adversos decorrentes de condições pré-existentes, não diagnosticadas, não informadas ou omitidas por mim, nem por riscos inerentes à prática esportiva, desde que observadas as medidas de segurança e assistência previstas no documento oficial da Sociedade Brasileira de Cardiologia – Regional Paraíba (SBC-PB) e do Conselho Regional de Medicina da Paraíba (CRM-PB), intitulado “Plano Estratégico de Prevenção e Resposta à Morte Súbita em Eventos Esportivos”.

Local e data: _____

Assinatura do atleta: _____

Nome legível: _____



ANEXO 2

MODELO DE MAPA OPERACIONAL E PLANO DE ACESSO/REMOÇÃO

(Obrigatório)

O plano do RT deve conter (mínimo):

1) Mapa do percurso (versão para comando)

- Percurso completo com marcação por km (ou marcos)
- Pontos de largada e chegada
- Pontos críticos (ativos, trechos de maior densidade, cruzamentos)
- Localização dos DEAs fixos (com raio de cobertura estimado)
- Rotas e setores das equipes móveis com DEA (MIR/bike responders)
- Posicionamento das ambulâncias USA
- Postos de atendimento/apoio e pontos de hidratação
- Pontos de acesso para ambulância (entrada/saída) e rotas alternativas
- Local de estabilização e evacuação (se houver)

2) Plano de tempo-resposta (estimativa)

- Tempo previsto para equipe chegar a cada setor (com trânsito/bloqueios)
- Estratégia para garantir meta “colapso-choque” (3–5 min)
- Critérios de realocação dinâmica de recursos (se densidade mudar)

3) Unidades de retaguarda

- UPA/Hospital: _____ Contato: _____
- UPA/Hospital: _____ Contato: _____
- Rotas e tempos estimados de transporte por setor



ANEXO 3

CHECKLIST OFICIAL DE CONFORMIDADE DO ORGANIZADOR

(Pré-evento / Dia / Pós-evento)

Este checklist é condição para autorização e realização do evento em via pública.

Evento: _____ Data: ____/____/____

Modalidade: () Corrida () Ciclismo

Público estimado: _____ Distância: _____ km Local: _____

1) Documentos obrigatórios (Pré-evento)

- () Diretor Médico/Responsável Técnico nomeado (CRM/contato)
- () Plano Médico-Assistencial assinado pelo RT (com mapa operacional)
- () Plano de Comunicação/Comando ("Central do Evento", canal único, redundância)
- () Unidade(s) de retaguarda definida(s) (UPA/Hospital) + contato prévio
- () Aplicação do termo de responsabilidade

Evidência anexada: () Sim () Não

2) Infraestrutura cardioprotetora (Pré-evento)

Metas mínimas do evento

- () Meta de início de compressões ≤ 1 min definida e treinada
- () Meta de primeiro choque ideal ≤ 3 min; máximo ≤ 5 min definida e treinada

DEAs (fixos e móveis)

- () Nº total de DEAs: _____
- () DEAs fixos (largada/chegada/postos): _____
- () DEAs móveis (moto/bike/equipe a pé): _____
- () Mapa com localização dos DEAs e "zonas cardioprotetidas" anexado

- () Checagem: baterias OK / eletrodos válidos / equipamento testado (registro)
- () Sinalização “Zona Cardioprottegida” instalada nos pontos fixos

3) Recursos de resposta e remoção (Pré-evento)

- () Motolâncias MIR com DEA: _____ (mínimo recomendado: 1 por 10 km, ajustável)
- () Ambulâncias USA: _____ (mínimo recomendado: 1 por 5.000 participantes, ajustável)
- () Ponto(s) de acesso de ambulância ao percurso definido(s) e livre(s)
- () Rotas de remoção e bloqueios coordenados com trânsito/autoridades
- () Para ciclismo: camada trauma (imobilização/controlado de sangramento/evacuação) prevista

4) Treinamento e simulado (Pré-evento)

- () Profissionais de saúde com ACLS válido (≤ 2 anos) (lista anexada)
- () Staff/voluntários com BLS + DEA (lista anexada)
- () Briefing operacional “Código PCR” realizado no dia/na véspera
- () Simulado (table-top ou prático) realizado: data // _____

5) Dia do evento (Checagem operacional)

- () Central de comando ativa + canal único funcional (teste feito)
- () DEAs posicionados e sob responsabilidade nominal (escala)
- () Equipes móveis em posição (MIR/bike responders)
- () Ambulâncias em posição + rotas confirmadas
- () Mapa/QR de “zonas cardioprottegidas” disponível aos participantes
- () Ponto(s) de hidratação e medidas para calor/clima (se aplicável)

6) Pós-evento (Obrigatório em até 72h)

- () Relatório pós-evento (Anexo 4) preenchido e assinado pelo RT
- () Registro de intercorrências (inclusive “zero evento”)
- () Recomendações de melhoria para próxima edição

Assinaturas:

Organizador: _____ **RT (CRM):** _____

Data: ____/____/____



ANEXO 4

RELATÓRIO PÓS-EVENTO E REGISTRO DE INTERCORRÊNCIAS

(Obrigatório)

Evento: _____ Data: ____/____/____

Participantes: _____

RT: _____ CRM _____ Organizador: _____

1) Resumo operacional

- Nº total de DEAs utilizados no evento: _____
- Nº de profissionais de saúde (médicos/enfermeiros): _____
- Nº de voluntários/staff treinados BLS/DEA: _____
- Nº de MIR/bike responders: _____ Nº de USA: _____

2) Intercorrências (marcar e detalhar)

- () PCR / morte súbita (nº: ____)
- () síncope/pré-síncope (nº: ____)
- () dor torácica (nº: ____)
- () crise asmática/dispneia (nº: ____)
- () trauma (ciclismo/corrida) (nº: ____)
- () outras (descrever): _____

3) Para cada PCR (se houver) — registrar tempos (sem expor dados pessoais)

- Local/setor: _____ Hora colapso: :
- Início compressões: : DEA chegou: :
- 1º choque: : Retorno de circulação () Sim () Não
- Remoção: : Destino: _____

- Observações operacionais (barreiras/logística): _____

4) Lições aprendidas e melhorias

- O que funcionou: _____
- Falhas/gargalos: _____
- Ações corretivas propostas: _____

Assinaturas:

Organizador: _____ **RT (CRM):** _____

Data: ____/____/____