



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**CURSO DE SOCORRISMO BÁSICO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
(ACS) DO MUNICÍPIO DE TABOÃO DA SERRA**

DENISE PARDINI MARINHO

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade Federal de São Paulo para ob-
tenção do Título de Especialista em Saúde da
Família.**

**Orientador(a): Alexandre Luiz Affonso Fonse-
ca**

**São Paulo
2016**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	01
2 OBJETIVOS	03
2.1 Geral	03
2.2 Específico(s)	03
3 REFERENCIAL TEÓRICO	04
4 MÉTODO	06
4.1 Local	06
4.2 Participantes	06
4.3 Ações	06
4.4 Avaliação e Monitoramento	07
5 RESULTADOS ESPERADOS	08
6. CRONOGRAMA	09
7 REFERÊNCIAS	10
ANEXOS	13

1. INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde é uma forma de intervenção precoce na história natural das doenças, atuando principalmente na prevenção de agravos e promoção da saúde, dessa forma os profissionais dessa área são responsáveis por difundir os conhecimentos mais relevantes à população dos principais agravos que colocam em risco a vida desses pacientes.

A grande maioria das mortes súbitas de ocorrência natural é decorrente de distúrbios cardíacos. A magnitude de morte súbita cardíaca como problema de saúde pública é realçada pela estimativa de que cerca de 50% das mortes cardíacas são súbitas e inesperadas, e pelo menos, 66% delas são eventos inaugurais ou ocorrem em subconjuntos da população em que a doença cardíaca prévia era conhecida, mas tida como de risco relativamente baixo (BOBROW 2008).

Dados brasileiros obtidos pelo DATASUS mostram que 35% das mortes no Brasil são por causas cardiovasculares, resultando em 300.000 casos anuais (2011). Já nos Estados Unidos da América, estima-se que 250.000 mortes súbitas ocorram por ano por causa coronariana. Nenhuma situação clínica supera a prioridade de atendimento da parada cardiorrespiratória (PCR), na qual a rapidez e a eficácia das intervenções adotadas são cruciais para um melhor resultado do atendimento. A abordagem deste tema pela metodologia da medicina baseada em evidências permite aplicar as medidas terapêuticas mais adequadas e de forma sistematizada, visando o melhor resultado.

O Suporte Básico de Vida (SBV) é um conjunto de técnicas e procedimentos considerado o primeiro atendimento a ser empregado em vítimas que estejam correndo risco de morte, podendo recebê-los na rua ou em ambiente doméstico. Cada uma das etapas do SBV surgiu no decorrer do processo evolutivo. Com o tempo o SBV foi se aperfeiçoando e hoje consiste de etapas a serem seguidas em ordem pré-determinadas e que podem ser executadas no próprio local de ocorrência do evento, como o primeiro cuidado prestado às vítimas que estejam correndo risco de vida. É também conceituado como um conjunto de procedimentos de emergência que podem ser executados por profissionais de saúde ou por leigos treinados e justifica-se pela relevância tanto social como econômica, pois pode contribuir para diminuição da morbidade e

mortalidade da população vítima de mal súbito, parada cardiorrespiratória e por desobstrução das vias aéreas por corpo estranho.

Vários são os contextos em que a PCR pode se apresentar. No plano hospitalar, pode-se prever desde ocorrências em locais menos equipados, como ambulatórios, até as que surgem em outros, muito bem equipados, como as unidades de terapia intensiva e as unidades coronarianas. No entanto, a PCR é mais comum no ambiente pré-hospitalar, fato exemplificado pelo dado histórico de que cerca de 50% dos pacientes com infarto agudo do miocárdio não chegam vivos ao hospital. Dados americanos (AHA 2012), mostram que das 380.000 PCR que ocorreram fora do hospital, aproximadamente 90% teve como palco o ambiente domiciliar, local onde as agentes comunitárias de saúde estão por vezes presentes ou frequentemente próximas.

O SBV deve ser de fácil aprendizagem e execução e sua divulgação é importantíssima, pois quanto mais indivíduos estiverem preparados para ajudar terceiros, haverá melhora nas estatísticas e uma redução significativa nas taxas de mortalidade tanto infantil como de adultos, o que será extremamente benéfico à sociedade como um todo.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Qualificar os ACS das Unidades Básicas de Saúde do Sistema Único de Saúde vinculada à Secretaria Municipal de Saúde do município de Taboão da Serra a atuarem de acordo com o Suporte Básico de Vida (SBV) baseado nas últimas atualizações da *American Heart Association* (AHA) para casos de Parada Cardiorrespiratória (PCR), Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Engasgo, além de treiná-los para que sejam aptos a ensinar e treinar os usuários dos Centros de Saúde.

2.2 Específico(s)

- Treinar os ACS de todas as UBS's do Município de Taboão da Serra a atuarem por meio do Suporte Básico de Vida (SBV) no atendimento da PCR, AVE e Engasgo.
- Ao final do treinamento, os ACS serão capazes de realizar todas as etapas do SBV e também serão capazes de ensinar a população todos os procedimentos.
- Por meio deste treinamento objetiva-se capacitar pessoas que potencialmente presenciarão os prováveis eventos supracitados a executar o SBV, o que contribui para diminuir a morbimortalidade destes pacientes.
- Ensinar aos ACS's e subsequentemente à população a identificação de sinais de alarme para Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Encefálico (AVE).
- Diminuir as complicações por doenças cardiovasculares da região.
- Reduzir o tempo entre a ocorrência do evento e o encaminhamento do paciente ao hospital de referência mais próximo.
- Melhorar a educação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde sobre a rápida identificação dos sinais de alarme e encaminhamento para o pronto atendimento.
- Evitar que pacientes e familiares percam sua capacidade de trabalho devido à um agravo prevenível.

3. REFENCIAL TEÓRICO

Análises estáticas internacionais já testadas, revelam que há uma perda aproximada de 7 a 10% da probabilidade de sobrevivência em cada minuto pós-parada cardiorrespiratória em que o indivíduo não recebe atendimento (BUNCH 2003) . Ou seja, em média, ao fim de 12 minutos a taxa de sobrevivência é de aproximadamente 2,5%. Não restam assim, dúvidas de que a identificação da PCR e o início do SBV são fundamentais para minimizar a perda de vidas humanas. Cada uma das fases do SBV segue uma sequência de procedimentos que se não for realizada adequadamente diminui as chances de recuperação da vítima.

É interessante salientar que os profissionais que trabalham com o SBV agem em equipe: enquanto um realiza as compressões, outro pede ajuda, busca o desfibrilador, outro libera vias aéreas e aplicam a ventilação. Isso demonstra a necessidade de treinamentos constantes com a equipe, pois os mesmos devem atuar em sintonia para um resultado satisfatório.

Atualmente existem vários protocolos com o intuito de salvar vidas, no entanto, os enfermeiros e profissionais da saúde devem ter em mente a necessidade de se atualizar constantemente em termos técnicos, científicos e práticos para assim conseguirem atender a demanda.

Um estudo realizado na cidade de São Paulo, com o intuito de identificar o conhecimento da população leiga sobre o SBV, observou que, dos 385 indivíduos da amostra, apenas 16,4% responderam corretamente quanto à realização da manobra para facilitar a respiração. As respostas dos leigos a respeito da técnica de respiração boca-a-boca obtiveram se 9,9% das respostas corretas; em resposta a realização da compressão torácica, 47,5% não realizariam; 14,5% sabiam posicionar o paciente corretamente e 8,8% sabiam a região do corpo na qual se realiza a compressão. Em relação à quantidade de compressões realizadas, 64,7% referiram não saber (PERGOLA 2009). Os autores do estudo concluíram que os leigos podem prestar atendimento incorreto à vítima acarretando em prejuízos à reanimação por não apresentarem adequada informação e fundamentação das etapas do SBV.

O SBV é um procedimento de fácil aprendizagem e que deveria ser extremamente divulgado por pessoas qualificadas com o intuito de minimizar as sequelas de uma PCR. Sua divulgação diminuiria o número de pessoas leigas e despreparadas na sociedade; inferindo positivamente para o declínio das taxas de mortalidade oferecendo um atendimento rápido e eficaz. É um procedimento que pode fazer a diferença entre a vida e a morte das pessoas mais próximas que nos rodeiam.

Os primeiros minutos pós-parada são cruciais para o aumento de sobrevivência e diminuição de sequelas cerebrais. Em 2010 a American Heart Association publicou as novas diretrizes de RCP para o SBV e ACLS. Nesse material houve a inclusão de um tipo de salvamento que não existia antes, o “Hands only CPR” (“somente compressões torácicas”). Essa inclusão foi feita justamente porque, segundo consta no Guideline AHA 2010, a maioria das pessoas não sabe fazer uma compressão torácica e/ou ventilação de maneira adequada e, quando sabem, muitas vezes, retardam o atendimento por insegurança ou falta de prática. O programa do “Hands only CPR” visa encorajar o socorrista leigo a tomar duas simples medidas que fazem a diferença para a vítima de uma PCR: 1- Chamar por ajuda (ligar 190); 2- Comprimir forte e rapidamente no centro do tórax do paciente. A AHA alega ainda que não existe comprovação científica de que um salvamento em que é feita somente compressão torácica tenha piores resultados que um salvamento no qual tem-se a alternância entre compressões-ventilações.

Todas essas informações mostram a importância da divulgação em massa dos conhecimentos do SBV e corroboram para a elaboração de tal projeto de intervenção que visa, basicamente, levar acesso ao conhecimento da população atendida pelas Unidades de Saúde de Taboão da Serra. Essa transmissão de conhecimento se dará de maneira rápida, prática e eficaz tendo como peça-chave a participação dos ACS.

4. METODOLOGIA

4.1 Local

O Projeto será realizado no Município de Taboão da Serra em São Paulo. O curso será ministrado no auditório da Secretaria de Saúde do município para Agentes Comunitários de Saúde de todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) nele localizadas.

4.2 Participantes (público-alvo)

Todos os agentes comunitários de saúde (ACS) dos serviços de atenção primária, do município de Taboão da Serra, serão treinados a atuarem por meio do Suporte Básico de Vida (SBV) no atendimento inicial do (i) Acidente Vascular Encefálico (AVE); (ii) Parada Cardiorrespiratória (PCR); e (iii) Engasgo, que são as principais causas de morte preveníveis do mundo. São 120 ACS atuantes no município que acompanham cerca de 85000 pessoas. Estas serão beneficiadas por uma detecção precoce de situações de urgência/emergência e com uma atuação sistematizada, rápida e eficaz no atendimento inicial dessas enfermidades, já que o ACS é a figura da UBS que está sempre mais próximo da comunidade e muitas vezes é o primeiro a ser acionado pelas famílias para prestar socorro em uma situação de emergência. Dessa forma reduzirá o retardo na identificações de graves enfermidades, tornará o atendimento mais eficiente, diminuindo complicações como sequelas neurológicas e aumentando a chance dessa população sobreviver à esses eventos. Ao qualificar os ACS estes serão estimulados a passar esses conhecimentos adiante de forma a criar um ciclo contínuo de aprendizagem visando o treinamento da população por eles assistida em casos de PCR, AVE e engasgo.

4.3 Ações

- Qualificar os agentes comunitários de saúde (ACS), de todos os serviços da atenção primária (Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família) do município de Taboão da Serra, a atuarem por meio do

Suporte Básico de Vida (SBV) no atendimento inicial do (i) Acidente Vascular Encefálico (AVE); (ii) Parada Cardiorrespiratória (PCR); e (iii) Engasgo.

- Reduzir as sequelas e mortes súbitas resultantes dessas enfermidades, que são as principais causas de morte preveníveis do mundo.
- Estimular os ACS para que possam passar o conhecimento adiante visando o treinamento da população por eles assistida em casos de PCR, AVE e Engasgo.
- Realizar curso de 4 dias com no máximo 30 alunos por turma no auditório da Secretaria de Saúde municipal das 8:00 às 12:00 sendo organizada da seguinte forma: 1:30 de aula teórica, Coffe-Break de 15 minutos, 1:45 treinamento prático em manequins e aplicação da avaliação de aprendizagem posteriormente contendo 15 questões de múltipla escolha.
- Após a aplicação da avaliação de aprendizagem corrigir a prova junto com os alunos esclarecendo qualquer dúvida que tenha ficado em relação ao conteúdo ministrado e às questões do teste.

4.4 Avaliação e Monitoramento

Após três meses da realização do curso a mesma prova será aplicada, dessa vez pelas diretoras de cada unidade de saúde. Elas aplicaram o teste na própria unidade e entregaram ao responsável pelo curso para correção. As notas da prova realizada logo após o curso e após os três meses serão colocadas em uma tabela do Excel e analisadas. O interesse é ver a retenção do conhecimento, se ele foi mantido ou perdido ao longo do tempo e o nível de perda caso isso ocorra. Além disso ao final da prova será fornecido um pequeno questionário para que eles opinem sobre a qualidade da aula teórica, da aula prática, da prova e haverá um espaço para sugestões e aprimoramento do curso.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Ao final do treinamento, os ACS serão capazes de realizar todas as etapas do SBV e também serão capazes de ensinar a população todos os procedimentos. Por meio deste treinamento objetiva-se capacitar pessoas que potencialmente presenciarão os prováveis eventos supracitados a executar o SBV, o que contribui para diminuir a morbimortalidade destes pacientes.

A execução deste projeto irá contribuir para a qualificação dos ACS, que poderão ter uma atuação decisiva para as vítimas de PCR, AVE e Engasgo com reflexo direto na capacidade de atuação dos próprios moradores da comunidade previamente selecionada. O SBV é eficaz, diminui a morbimortalidade e deve ser sempre divulgado.

O treinamento para o SBV pode ter impactos diretos na sociedade, uma vez que a mortalidade por PCR é elevada e, mesmo que não seja fatal, o evento tem repercussões na capacidade para as atividades diárias e trabalhistas do próprio indivíduo e sua família. Além disso, a execução do SBV é um exercício de cidadania.

São 120 ACS atuantes no município que acompanham cerca de 85000 pessoas. Toda essa população será beneficiadas por uma detecção precoce de situações de urgência/emergência e com uma atuação sistematizada, rápida e eficaz no atendimento inicial dessas enfermidades, já que o ACS é a figura da UBS que está sempre próximo da comunidade e muitas vezes é o primeiro a ser acionado pelas famílias para prestar socorro em uma situação de emergência. Dessa forma reduzirá o retardo na identificações de graves enfermidades, tornará o atendimento mais eficiente, diminuindo complicações como sequelas neurológicas e aumentando a chance dessa população sobreviver à esses eventos. Ao qualificar os ACS estes serão estimulados a passar esses conhecimentos adiante de forma a criar um ciclo contínuo de aprendizagem visando o treinamento da população por eles assistida em casos de PCR, AVE e engasgo.

Após três meses da realização do curso a mesma prova será aplicada, dessa vez pelas diretoras de cada unidade de saúde. Elas aplicaram o teste na própria unidade e entregaram para correção. As notas da prova realizada logo

após o curso e após os três meses serão colocadas em uma tabela do Excel e analisadas. O interesse é ver a retenção do conhecimento, se ele foi mantido ou perdido ao longo do tempo e o nível de perda caso isso ocorra. Além disso ao final da prova será fornecido um pequeno questionário para que eles opinem sobre a qualidade da aula teórica, da aula prática e da prova além de um espaço para sugestões e aprimoramento do curso.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Agosto 2016	Setembro 2016	Outubro 2016	Novembro 2016	Dezembro 2016	Janeiro 2017	Fevereiro 2017
Revisão Bibliográfica	x						
Aprovação no Comitê de Ética		x					
Treinamento da equipe			x				
Implantação das Ações				x			
Monitoramento e ajustes					x		
Análise dos dados						x	
Apresentação dos resultados							x
Acompanhamento do Projeto							x

7. REFERÊNCIAS

BERG, R.A. et al. **Part 5: adult basic life support: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care.** *Circulation*.2010;122:S685–S705. Acesso em: Jun 2015. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/122/18_suppl_3/S685.extract>.

BOBROW, B.J; CLARK, L.L; EWY, G.A; CHINAKI, V. SANDERS. **Minimally interrupted cardiac resuscitation by emergency medical services for out-of-hospital cardiac arrest.** *JAMA*. 2008;299:1158 –1165.Acesso em: Jun 2015. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=181606>>.

BUNCH, T.J; WHITE, R.D; GERSH, B.J; MEVERDEN, R.A. et al. **Long-term outcomes of out-of-hospital cardiac arrest after successful early defibrillation.** *N Engl J Med* 348: 2626-2633, 2003. Acesso em: Jun 2015. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa023053>>.

CAFFREY SL; WILLOUGHBY PJ; PEPE PE & BECKER LB. **Public use of automated external defibrillators.** *N Engl J Med* 347: 1242-1247, 2002. Acesso em: Jun 2015. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa020932>>.

GONZALEZ MM; TIMERMAN S; GIANOTTO-OLIVEIRA R. et al. **I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia.** *Arq. Bras. Cardiol.* vol.101 no.2 supl.3 São Paulo Aug. 2013. Acesso em: Jul 2015. Disponível em : < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013003600001>

DANA, P.E. et al., **Effects of compression depth and pre-shock pauses predict defibrillation failure during cardiac arrest,** *Resuscitation* (2006), doi:10.1016/j.resuscitation.2006.04.008. Acesso em: Jun 2015. Disponível em: <<http://medchiefs.bsd.uchicago.edu/curricula/lectures/documents/EdelsonEffectsofDepthandPre-ShockPausesResuscitation2006.pdf>>.

GUIMARÃES, H.P; LOPES,R.D.et al. **Ressuscitação Cardiopulmonar: Uma abordagem prática.** *Rev.Sociedade Brasileira Clínica Médica.* V.6, n.3, p.94-104, 2008. Acesso em: Jun 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2008/v6n3/a94-104.pdf>>.

HEMPHILL, R. et al. **Part 1: executive summary: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care.** *Circulation*: 2010;122:S640 –S656. Acesso em: Jul 2015. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/122/18_suppl_3/S640.long>.

KITAMURA, T; IWAMI, T; KAWAMURA, T; NAGAO, K; TANAKA, H. **Implementation Working Group for the All-Japan Utstein Registry of the**

Fire and Disaster Management. Time-dependent effectiveness of chest compression-only and conventional cardiopulmonary resuscitation for out-of-hospital cardiac arrest of cardiac origin. Resuscitation. 2011;82:3–9. Acesso em: Jun 2015. Disponível em: <[http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(10\)00953-6/abstract](http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(10)00953-6/abstract)>.

LEITÃO, F.B.P. SOUZA, M.C.et al. **Prevenção e atendimento inicial do trauma e doenças cardiovasculares um programa de ensino.** Rev.Brasileira de Educação Médica. V.32, n.4, 2008. Acesso em: Jul 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01005502200800040002>.

LUND-KORDAHL, I; OLASVEENGEN, T.M; LORE, T; SAMDAL.et al. **Improving outcome after out-of-hospital cardiac arrest by strengthening weak links of the local Chain of Survival: quality of advanced life support and post-resuscitation care.** Resuscitation. 2010;81:422– 426. Acesso em: Jul 2015. Disponível em: <[http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(10\)00005-5/abstract](http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(10)00005-5/abstract)>.

MELO, M.C.B.; GRESTA, M.M.; VASCONCELOS, M.C.; SERUFO, J.C.; OLIVEIRA, N.S. **Atendimento à parada cardiorrespiratória: suporte progressivo à vida.** Revista Médica de Minas Gerais 2008; 18(4): 267-274. Acesso em: Jul 2015. Disponível em: <<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/66/32>>.

OGAWA, T; AKAHANE, M; KOIKE, S; TANABE, S. MIZOGUICHI, T; IMAMURA, T. **Outcomes of chest compression only CPR versus conventional CPR conducted by lay people in patients with out of hospital cardiopulmonary arrest witnessed by bystanders: nationwide population based observational study.** BMJ. 2010;342:c7106. Acesso em: Jul 2015. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/342/bmj.c7106>>.

PAZIN, FILHO.A; SANTOS, J.C; CASTRO, R.B.P; BUENO, C.D.F;. **Medicina, Ribeirão Preto, Simpósio: Urgências e Emergências Cardiológicas.**36:163-178, abr./dez. 2003. Acesso em: Jul 2015. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/4abordagem_descompensacao_a_guda.pdf>.

PERGOLA, A.M.; ARAUJO, I.E.M. **O leigo e o Suporte básico de Vida.** Rev.Escola de Enfermagem da USP. V.43, n.2, p. 335-4, 2009. Acesso em: Jul 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342009000200012&script=sci_arttext>.

POKORNA, M; NECAS, E; SKRIPSKY, R; KRATOCHVIL, J; ANDRLIK, M; FRANEK, O. **How accurately can the aetiology of cardiac arrest be established in an out-of-hospital setting? Analysis by concordance in diagnosis crosscheck tables.** Resuscitation. 2011;82:391–397. Acesso em: Jul 2015.

Disponível em: <[http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(10\)01119-6/abstract](http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(10)01119-6/abstract)>.

SAYRE, R.M; BERG, D.M. **Destaque das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE.** Acesso em: Jul 2015. Disponível em: <http://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf>.

WEISTFELDT, M.L; BECKER, L.B. **Resuscitation after cardiac arrest: a 3-phase time-sensitive model.** JAMA. 2002;288:3035–3038. Acesso em: Jul 2015. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=195612>>.

ANEXOS

AVALIAÇÃO DE APRENDIZAGEM

01- Das afirmativas abaixo, marque a opção que NÃO representa atribuições do Agente Comunitário de Saúde:

- a) Orientar as gestantes sobre a importância de fazerem o pré-natal e do aleitamento materno.
- b) Participar de campanhas de vacinação.
- c) Fazer visitas domiciliares apenas a idosos acamados.
- d) Contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, com ações de promoção e vigilância em saúde.

02- Assinale a opção incorreta quanto à assistência básica de saúde:

- a) Ações de promoção à saúde são aquelas que vão contribuir para proporcionar autonomia ao indivíduo e à família, com informações que os tornem capazes de escolher comportamentos que vão favorecer a sua saúde, relacionados ao modo de viver, condições de trabalho, educação, lazer e cultura.
- b) A educação em saúde objetiva transmitir conhecimentos popularmente aceitos por meio de palestras, vídeos, panfletos, entre outros meios.
- c) O princípio de integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades.
- d) É atribuição das equipes de saúde da família identificar os problemas de saúde mais relevantes da área de sua responsabilidade.

03- Assinale a causa de morte mais comum no mundo:

- a) Doenças cardiovasculares.
- b) Acidente automobilístico.
- c) Envenenamento.
- d) Câncer.

04- Durante uma visita domiciliar a casa de Seu José, o Agente Comunitário de Saúde verificou que ele estava agitado, com dificuldade de falar, de movimentar o braço esquerdo e de se locomover. A filha afirma que o pai começou a apresentar estes sinais há 1 hora. Seu José tem 65 anos, é aposentado e apresenta hipertensão. Sempre se recusou a realizar dieta hipossódica, apesar das recomendações da equipe de saúde. Na visita domiciliar da semana anterior, falava claramente e não apresentava qualquer limitação motora. Marque a primeira conduta que deve ser instituída a fim de reduzir a possibilidade de Seu José ficar com alguma seqüela ou morrer:

- a) Dá-lo uma xícara de chá verde.
- b) Colocá-lo em repouso.
- c) Solicitar ajuda do serviço médico de referência.
- d) Não há nada o que fazer.

05- Tendo em vista o quadro clínico de Seu José, qual é o diagnóstico mais provável:

- a) Infarto.
- b) Hipoglicemia.
- c) Crise convulsiva.
- d) Derrame.

06- Das afirmativas abaixo, marque a opção que NÃO corresponde às medidas fundamentais na prevenção das doenças cardiovasculares:

- a) Ingerir frutas, verduras e legumes diariamente.
- b) Praticar exercícios físicos regularmente.
- c) Ganho ponderal.
- d) Cessar o tabagismo e a ingestão de bebidas alcoólicas.

07- Analise as afirmativas a seguir:

- I) Morte e parada cardíaca são sinônimos.
- II) A parada cardíaca trata-se da cessão abrupta da função de bomba cardíaca.
- III) O reconhecimento da parada cardíaca deve ser rápido para que a vítima tenha melhores chances de sobrevivência.
- IV) Normalmente, apenas a compressão torácica é capaz de reverter a parada cardíaca, por isso chamar ajuda não é fundamental para a recuperação da vítima.

É correto apenas o que se afirma em:

- a) I e II.
- b) II e III.
- c) II, III e IV.
- d) Todas as alternativas estão corretas.

08- A ordem correta de condutas a serem instituídas em uma vítima com parada cardíaca é:

- a) Checar responsividade e respiração, chamar ajuda, iniciar compressões torácicas, verificar se o local é seguro para o socorrista.
- b) Verificar se o local é seguro para o socorrista, checar responsividade e respiração, chamar ajuda, iniciar compressões torácicas.
- c) Verificar se o local é seguro para o socorrista, checar responsividade e respiração, iniciar compressões torácicas, chamar ajuda.
- d) Chamar ajuda, verificar se o local é seguro para o socorrista, checar responsividade e respiração, iniciar compressões torácicas.

09- Ao atender uma vítima, a primeira preocupação do socorrista é:

- a) A segurança da vítima.
- b) Verificar o pulso da vítima.
- c) A recuperação da vítima.
- d) Sua própria segurança.

- 10- Sobre a compressão torácica é incorreto afirmar:
- a) O socorrista deve flexionar os braços durante a compressão.
 - b) Deve-se apoiar uma mão sobre a outra, no centro do tórax da vítima, na linha imaginária entre os mamilos.
 - c) A vítima deve estar deitada e em posição horizontal durante as compressões torácicas.
 - d) A descompressão torácica é tão importante quanto a de compressão, já que durante a descompressão que ocorre o reenchimento do coração.
- 11- Assinale a alternativa que complete corretamente a seguinte afirmativa: “Para checar a respiração de uma vítima deve-se _____”:
- a) colocar um espelho próximo ao nariz da vítima.
 - b) aproximar o rosto do nariz da vítima.
 - c) olhar se o tórax da vítima se eleva.
 - d) palpar o pescoço da vítima.
- 12- Assinale a opção que NÃO representa um sintoma do acidente vascular encefálico (“derrame”):
- a) Dor no peito.
 - b) Dor de cabeça intensa.
 - c) Confusão mental.
 - d) Redução da qualidade da visão.
- 13- Sobre a obstrução das vias aéreas (“engasgo”) é INCORRETO afirmar que:
- a) É uma situação muito comum.
 - b) Raramente acomete crianças e idosos.
 - c) Pode evoluir para parada cardiorrespiratória caso nada seja feito.
 - d) A obstrução das vias aéreas pode ser classificada como leve (parcial) ou grave (total).
- 14- Na obstrução LEVE de vias aéreas, situação na qual a vítima está APENAS tossindo, o socorrista deve:
- a) Realizar compressões abdominais.
 - b) Dar tapas nas costas da vítima.
 - c) Dar alguma coisa para a vítima beber.
 - d) Não interferir e incentivar a tosse.
- 15- Ao constatar uma obstrução grave das vias aéreas em um adulto consciente, deve-se:
- a) Iniciar compressões subdiafragmáticas (manobra de Heimlich).
 - b) Dar socos nas costas.
 - c) Buscar o corpo estranho na boca da vítima.
 - d) Não interferir.