



# SANTA LUZIA - MA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA  
- MARANHÃO

Motorista Categorias  
B e D

**EDITAL DO CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2024**

CÓD: SL-116AB-24  
7908433253006

## Português

1. Interpretação de Texto.....	7
2. Figuras de Linguagem .....	10
3. Denotação e Conotação. Significação contextual de palavras .....	13
4. Tipos de Linguagem .....	13
5. Conceitos Fonéticos .....	14
6. Uso do Hífen .....	15
7. Acentuação Gráfica .....	15
8. Reforma Ortográfica .....	17
9. Divisão Silábica .....	18
10. Tipos de Porquê. Ortografia. Homônimos e Parônimos .....	19
11. Elementos Mórficos (morfemas) .....	20
12. Formação de Palavras .....	20
13. Classes Gramaticais. Substantivos – emprego e flexões. Adjetivos – emprego e flexões. Advérbios – emprego e flexão de grau. Conjunções – emprego e uso semântico. Preposições – emprego e uso semântico. Numerais – emprego e flexões. Artigos – emprego e flexões. Interjeições – emprego. Pronome – Noções Gerais e Classificação. Emprego de Pronomes Relativos. Emprego de Pronomes Demonstrativos. Colocação Pronominal. Verbo: conjugação, tempo composto e vozes verbais.....	21
14. Análise Sintática – Predicação Verbal Sujeito e Predicado / Termos da Oração. Termos da Oração. Funções Sintáticas de Pronomes Oblíquos. Funções Sintáticas de Pronomes Relativos. Período Composto – Noções Gerais. Orações Coordenadas. Orações Subordinadas. Orações Reduzidas .....	33
15. Pontuação.....	36
16. Regência.....	38
17. Crase .....	40
18. Concordância Verbal. Concordância Nominal.....	41

## Informática

1. Conceitos básicos e modos de utilização de tecnologias, ferramentas, aplicativos e procedimentos de informática: tipos de computadores, conceitos de hardware e de software, instalação de periféricos. Conceitos de informática, hardware (memórias, processadores (CPU) e disco de armazenamento HDs, CDs e DVDs) e software (compactador de arquivos, chat, clientes de e-mails, gerenciador de processos) .....	49
2. Edição de textos, planilhas e apresentações (ambiente Microsoft Office, versões 2010, 2013 e 365). Processador de texto (Word e BrOffice.org Writter). Planilhas eletrônicas (Excel e BrOffice.org Calc) .....	52
3. Noções de sistema operacional (ambiente Windows, versões 7, 8 e 10). Ambientes operacionais: Windows Professional ....	104
4. Redes de computadores: conceitos básicos, ferramentas, aplicativos e procedimentos de Internet e Intranet; Programas de navegação: Mozilla Firefox e Google Chrome. Conceitos de tecnologias relacionadas à Internet e Intranet, Protocolos Web, World, Wide Web, Navegador Internet (Internet Explorer, Google Chrome e Mozilla Firefox), busca e pesquisa na Web. Sítios de busca e pesquisa na internet .....	137
5. Programa de correio eletrônico: MS Outlook .....	148
6. Conceitos de organização e de gerenciamento de informações, arquivos, pastas e programas .....	150
7. Segurança da informação: procedimentos de segurança .....	153
8. Noções de vírus, Worms e pragas virtuais. Aplicativos para segurança (antivírus, firewall, antispyware, etc.).....	155
9. Procedimentos de backup .....	157

## Conhecimentos Específicos Motorista Categorias B e D

1. Fundamentos e técnicas de condução de veículos automotores .....	163
2. Noções básicas de mecânica preventiva e corretiva .....	163
3. Noções de direção defensiva .....	179
4. Conhecimento básico do Código de Trânsito. Lei nº 9.503, de 23/09/1997 - Código de Trânsito Brasileiro: capítulos II, III, IV, VI, VII, XII, XIII, XIV, XV, XVII, XVIII.....	186
5. Resoluções do CONTRAN 819/21 .....	217
6. 906/22 .....	219
7. 940/22 .....	220
8. 944/22.....	225
9. Resolução de situações-problema relativas a: controle de pessoal, relacionamento interpessoal, iniciativa, senso de organização, capacidade de liderança e disciplina .....	225
10. Primeiros Socorros: como socorrer; hemorragias; estado de choque; fraturas e transporte de acidentados .....	226
11. Conhecimentos Locais: Aspectos relevantes da formação econômica, social, histórica, geográfica e cultural do Município de Santa Luzia – MA.....	235



Figura 1

II - “cadeirinha” (Figura 2), para as seguintes condições:

- a) crianças com idade superior a um ano e inferior ou igual a quatro anos; ou
- b) crianças com peso entre 9 a 18 kg, conforme limite máximo definido pelo fabricante do dispositivo.



Figura 2

III - “assento de elevação” (Figura 3), para as seguintes condições:

- a) crianças com idade superior a quatro anos e inferior ou igual a sete anos e meio; ou
- b) crianças com até 1,45 m de altura e peso entre 15 a 36 kg, conforme limite máximo definido pelo fabricante do dispositivo.



Figura 3

IV - cinto de segurança do veículo (Figura 4), para as seguintes condições:

- a) crianças com idade superior a sete anos e meio e inferior ou igual a dez anos; ou
- b) crianças com altura superior a 1,45m.



Figura 4

**Revoga as Resoluções 277/08; 352/10; 391/11; 533/15; 541/15 e 639/16**  
**Em vigor em 12 de abril de 2021**

906/22

**RESOLUÇÃO CONTRAN Nº 906, DE 28 DE MARÇO DE 2022**

*Revoga expressamente Resoluções editadas pelo Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN), em observância ao art. 8º do Decreto nº 10.139, de 28 de novembro de 2019.*

O CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO (CONTRAN), no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 12 da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro (CTB), e com base no que consta nos autos do processo administrativo nº 50000.031871/202186, resolve:

Art. 1º Esta Resolução revoga expressamente Resoluções editadas pelo Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN), em observância ao art. 8º do Decreto nº 10.139, de 28 de novembro de 2019.

Art. 2º Ficam revogadas as Resoluções CONTRAN: nº 383, de 07 de novembro de 1967; nº 393, de 27 de junho de 1968; nº 466, de 08 de fevereiro de 1974; nº 594, de 13 de abril de 1982; nº 18, de 17 de fevereiro de 1998; nº 21, de 17 de fevereiro de 1998; nº 27, de 21 de maio de 1998; nº 66, de 23 de setembro de 1998; nº 99, de 31 de agosto de 1999; nº 100, de 31 de agosto de 1999; nº 111, de 24 de fevereiro de 2000; nº 121, de 14 de fevereiro de 2001; nº 143, de 31 de março de 2003; nº 154, de 17 de dezembro de 2003; nº 195, de 30 de junho de 2006; nº 205, de 20 de outubro de 2006; nº 230, de 02 de março de 2007; nº 235, de 11 de maio de 2007; nº 252, de 24 de setembro de 2007; nº 276, de 25 de abril de 2008; nº 322, de 17 de julho de 2009; nº 392, de 04 de outubro de 2011; nº 407, de 12 de junho de 2012; nº 448, de 25 de julho de 2013; nº 461, de 12 de novembro de 2013; nº 491, de 05 de junho de 2014; nº 538, de 17 de junho de 2015; nº 578, de 24 de fevereiro de 2016; nº 599, de 24 de maio de 2016; nº 609, de 24 de maio de 2016; nº 714, de 30 de novembro de 2017; nº 727, de 06 de março de 2018; e nº 731, de 15 de março de 2018.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor em 1º de abril de 2022.

*Revoga as Resoluções 383/67; 393/68; 466/74; 597/82; 18/98; 21/98; 27/98; 66/98; 99/99; 100/99; 111/00; 121/01; 143/03; 154/03; 195/06; 205/06; 230/07; 235/07; 252/07; 276/08; 322/09; 392/11; 407/12; 448/13; 461/13; 491/14; 538/15; 578/16; 599/16; 609/16; 714/17; 727/18 e 731/18*

940/22

**RESOLUÇÃO CONTRAN Nº 940, DE 28 DE MARÇO DE 2022**

*Disciplina o uso de capacete para condutor e passageiro de motocicletas, motonetas, ciclomotores, triciclos motorizados e quadriciclos motorizados.*

O CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO (CONTRAN), no uso das atribuições que lhe confere o inciso I do art. 12 da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que instituiu o Código de Trânsito Brasileiro (CTB), com base no que consta nos autos do processo administrativo nº 50000.005493/2022-66, resolve:

Art. 1º Esta Resolução disciplina o uso de capacete de segurança para condutor e passageiro de motocicletas, motonetas, ciclomotores, triciclos motorizados e quadriciclos motorizados.

Parágrafo único. As disposições desta Resolução não se aplicam aos triciclos com cabine fechada e quadriciclos com cabine fechada.

Art. 2º É obrigatório, para circular nas vias públicas, o uso de capacete motociclístico pelo condutor e passageiro de motocicleta, motoneta, ciclomotor, triciclo motorizado e quadriciclo motorizado, devidamente afixado à cabeça pelo conjunto formado pela cinta jugular e engate, por debaixo do maxilar inferior.

§1º O capacete motociclístico deve estar certificado por organismo acreditado pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO), de acordo com regulamento de avaliação da conformidade por ele aprovado.

§2º Capacetes com numeração superior a 64 (sessenta e quatro) estão dispensados da certificação compulsória quando adquiridos por pessoa física no exterior.

Art. 3º Para fiscalização do cumprimento desta Resolução, as autoridades de trânsito ou seus agentes devem observar:

I - se o capacete motociclístico utilizado é certificado pelo INMETRO;

II - se o capacete motociclístico está devidamente afixado à cabeça;

III - a aposição de dispositivo retrorrefletivo de segurança nas partes laterais e traseira do capacete motociclístico, conforme especificado no item I do Anexo;

IV - a existência do selo de identificação da conformidade do INMETRO, ou etiqueta interna com a logomarca do INMETRO, especificada na norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 7.471, podendo esta ser afixada no sistema de retenção; e

V - o estado geral do capacete, buscando avarias ou danos que identifiquem a sua inadequação para o uso.

Parágrafo único. Os requisitos descritos nos incisos III e IV aplicam-se aos capacetes fabricados a partir de 1º de agosto de 2007.

Art. 4º O condutor e o passageiro de motocicleta, motoneta, ciclomotor, triciclo motorizado e quadriciclo motorizado, para circular na via pública, deve utilizar capacete com viseira, ou na ausência desta, óculos de proteção, em boas condições de uso.

§1º Entende-se por óculos de proteção aquele que permite ao usuário a utilização simultânea de óculos corretivos ou de sol.

§2º Fica proibido o uso de óculos de sol, óculos corretivos ou de segurança do trabalho (EPI) de forma singular, em substituição aos óculos de proteção.

§3º Quando o veículo estiver em circulação, a viseira ou óculos de proteção devem estar posicionados de forma a dar proteção total aos olhos, observados os seguintes critérios:

I - quando o veículo estiver imobilizado na via, independentemente do motivo, a viseira pode ser totalmente levantada, devendo ser imediatamente restabelecida à posição frontal aos olhos quando o veículo for colocado em movimento;

II - a viseira deve estar abaixada de tal forma que possibilite a proteção total frontal aos olhos, considerando-se um plano horizontal, permitindo-se, no caso dos capacetes com queixeira, pequena abertura de forma a garantir a circulação de ar; e

III - no caso dos capacetes modulares, além da viseira, conforme inciso II, a queixeira deve estar totalmente abaixada e travada.

2.3 ÓCULOS DE PROTEÇÃO MOTOCICLISTICA

São óculos que permitem aos usuários a utilização simultânea de óculos corretivos ou de sol (Figura 9), cujo uso é obrigatório para os capacetes que não possuem viseiras, casos específicos das Figuras 2, 6 e 7.



Figura 9

2.4 PRINCIPAIS COMPONENTES DE UM CAPACETE CERTIFICADO:

2.4.1 CASCO EXTERNO: o casco pode ser construído em plásticos de engenharia, como o ABS e o Policarbonato (PC), através do processo de injeção, ou, pelo processo de multilaminação de fibras (vidro, aramílicas, carbono e polietileno), com resinas termofixas.

2.4.2 CASCO INTERNO: confeccionado em materiais apropriados, onde o mais conhecido é poliestireno expansível (isopor), devido a sua resiliência, forrado com espumas dubladas com tecido, item que em conjunto com o casco externo, fornece a proteção à calota craniana, responsável pela absorção dos impactos.

2.4.3 VISEIRA: destinada à proteção dos olhos e das mucosas, é construída em plásticos de engenharia, com transparência, fabricadas nos padrões: cristal, fume light, fume e metalizadas. As viseiras que não sejam do padrão cristal devem ter aplicação da seguinte orientação na sua superfície, em alto ou baixo relevo, sendo:

2.4.3.1 Idioma português: USO EXCLUSIVO DIURNO (podendo estar acompanhada com a informação em outro idioma)

2.4.3.2 Idioma inglês: DAY TIME USE ONLY

2.4.4 SISTEMA DE RETENÇÃO (Figura 10): sistema é composto de:

2.4.5 CINTA JUGULAR: Confeccionada em materiais sintéticos,

fixadas ao casco de forma apropriada, cuja finalidade é a de fixar firmemente (sem qualquer folga aparente) o capacete à calota craniana, por debaixo do maxilar inferior do usuário; e

2.4.6 ENGATES: tem a finalidade de fixar as extremidades da cinta jugular, após a regulagem efetuada pelo usuário, não deixando qualquer folga, e, podem ser no formato de Duplo “D”, que são duas argolas estampadas em aço ou através de engates rápidos, nas suas diversas configurações.

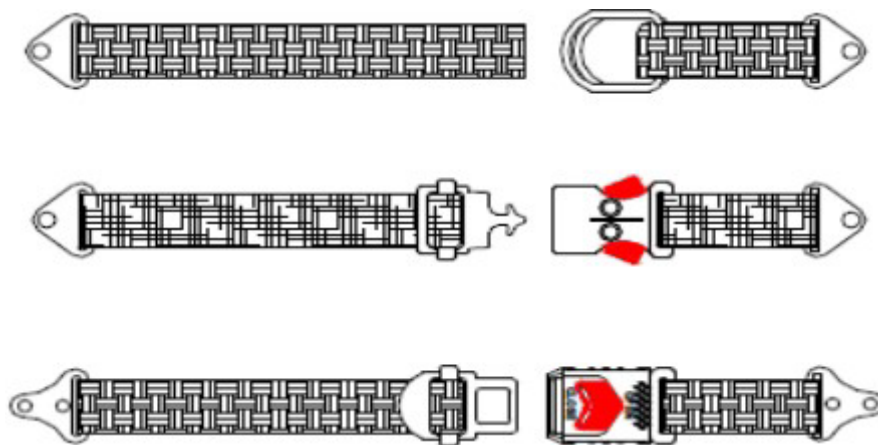


Figura 10 - Sistema de retenção (jugular)

ACESSÓRIOS: são componentes que podem, ou não, fazer parte de um capacete certificado, como palas, queixeiros removíveis, sobrelveiras e máscaras (Figura 11).



Figura 11

- Peça e aceite a colaboração de outras pessoas, deixando a liderança para quem tiver mais experiência, conhecimento, frieza e calma.

Atenção! Os passos principais de Primeiros Socorros:

- 1) Garanta a segurança – sinalize o local;
- 2) Peça socorro – acione o socorro especializado;
- 3) Controle a situação – mantenha a calma;
- 4) Verifique a situação – localize, proteja e examine as vítimas.

#### PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS EM CASO DE ACIDENTES

##### Parada e Estacionamento

Estacione seu carro a mais ou menos 30 metros do local do acidente, use o triângulo, pisca-alerta, lanternas, entre outros.

##### Sinalização do local

Use também para sinalizar o local do acidente os mesmos materiais descritos acima. Inicie a sinalização em um ponto em que os motoristas ainda não possam ver o acidente.

Distância do acidente para início da sinalização	
Tipo da via	Distância
Vias locais	40 passos longos
Avenidas	60 passos longos
Vias de trânsito rápido	80 passos longos
Rodovias	100 passos longos

OBS.: Em caso de chuva, neblina, fumaça ou à noite, dobre os números de passos.

Não adianta ver o acidente quando já não há tempo suficiente para parar ou diminuir a velocidade. No caso de vias de fluxo rápido, com veículos ou obstáculos na pista, é preciso alertar os motoristas antes que eles percebam o acidente. Assim, vai dar tempo para reduzir a velocidade, concentrar a atenção e desviar. Então não se esqueça que a sinalização deve começar antes do local do acidente ser visível.

Nem é preciso dizer que a sinalização deverá ser feita antes da visualização nos dois sentidos (ida e volta) nos casos em que o acidente interferir no tráfego das duas mãos de direção

##### Demarque todo o desvio do tráfego até o acidente

Não é só a sinalização que deve se iniciar bem antes do acidente. É necessário que todo o trecho, do início da sinalização até o acidente, seja demarcado, indicando quando houver desvio de direção. Se isso não puder ser feito de forma completa, faça o melhor que puder, aguardando as equipes de socorro, que deverão completar a sinalização e os desvios.

##### Mantenha o tráfego fluído

Outro objetivo importante na sinalização é manter a fluidez do tráfego, isto é, apesar do afunilamento provocado pelo acidente, deve sempre ser mantida uma via segura para os veículos passarem. Faça isso por duas razões: se ocorrer uma parada no tráfego, o congestionamento, ao surgir repentinamente, pode provocar novas colisões.

Além disso, não se esqueça que, com o trânsito parado, as viaturas de socorro vão demorar mais a chegar. Para manter o tráfego fluído, tome as seguintes providências:

- Mantenha, dentro do possível, as vias livres para o tráfego fluir;
- Coloque pessoas ao longo do trecho sinalizado para cuidarem da fluidez;
- Não permita que curiosos parem na via destinada ao tráfego.

#### ACIONAMENTO DE RECURSOS

Quanto mais cedo chegar um socorro profissional, melhor para as vítimas de um acidente. Solicite um, o mais rápido possível.

Hoje, em grande parte do Brasil, nós podemos contar com serviços de atendimento às emergências.

O chamado Resgate, ligado aos Corpos de Bombeiros, os SAMUs, os atendimentos das próprias rodovias ou outros tipos de socorro, recebem chamados por telefone, fazem uma triagem prévia e enviam equipes treinadas em ambulâncias equipadas. No próprio local, após uma primeira avaliação, os feridos são atendidos emergencialmente para, em seguida, serem transferidos aos hospitais.

São serviços gratuitos, que têm, em muitos casos, números de telefone padronizados em todo o Brasil. Use o seu celular, o de outra pessoa, os telefones dos acostamentos das rodovias, os telefones públicos ou peça para alguém que esteja passando pelo local que vá até um telefone ou um posto rodoviário e acione rapidamente o Socorro.

#### VERIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES GERAIS DA VÍTIMA; CUIDADOS COM A VÍTIMA (O QUE NÃO FAZER)

Toda pessoa que for realizar o atendimento pré-hospitalar (APH), mais conhecido como primeiros socorros, deve antes de tudo, atentar para a sua própria segurança. O impulso de ajudar a outras pessoas, não justifica a tomada de atitudes inconsequentes, que acabem transformando-o em mais uma vítima. A seriedade e o respeito são premissas básicas para um bom atendimento de APH (primeiros socorros). Para tanto, evite que a vítima seja exposta desnecessariamente e mantenha o devido sigilo sobre as informações pessoais que ela lhe revele durante o atendimento.

Quando se está lidando com vidas, o tempo é um fator que não deve ser desprezado em hipótese alguma. A demora na prestação do atendimento pode definir a vida ou a morte da vítima, assim como procedimentos inadequados. Importante lembrar que um ser humano pode passar até três semanas sem comida, uma semana sem água, porém, pouco provável, que sobreviva mais que cinco minutos sem oxigênio.

##### As fases do socorro:

1º Avaliação da cena: a primeira atitude a ser tomada no local do acidente é avaliar os riscos que possam colocar em perigo a pessoa prestadora dos primeiros socorros. Se houver algum perigo em potencial, deve-se aguardar a chegada do socorro especializado. Nesta fase, verifica-se também a provável causa do acidente, o número de vítimas e a provável gravidade delas e todas as outras informações que possam ser úteis para a notificação do acidente, bem como a utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI luvas, máscaras, óculos, capote, etc) e solicitação de auxílio a

**Antes da remoção:**

- Tente controlar a hemorragia;
- Inicie a respiração de socorro;
- Execute a massagem cardíaca externa;
- Imobilize as fraturas;
- Evite o estado de choque, se necessário.

Para o transporte da vítima, podemos utilizar: maca ou padiola, ambulância, helicóptero ou recursos improvisados (Meios de Fortuna):

- Ajuda de pessoas;
- Maca;
- Cadeira;
- Tábua;
- Cobertor;
- Porta ou outro material disponível. Como proceder

Vítima consciente e podendo andar: Remova a vítima apoiando-a em seus ombros.

**Vítima consciente não podendo andar:**

- Transporte a vítima utilizando dos recursos aqui demonstrados, em casos de:
  - Fratura, luxações e entorses de pé;
  - Contusão, distensão muscular e ferimentos dos membros inferiores;
  - Picada de animais peçonhentos: cobra, escorpião e outros.

**Importante:**

- Evite paradas e freadas bruscas do veículo, durante o transporte;
- Previna-se contra o aparecimento de danos irreparáveis ao acidentado, movendo-o o menos possível
- Solicite, sempre que possível, a assistência de um médico na remoção de acidentado grave;
- Não interrompa, em hipótese alguma, a respiração de socorro e a compressão cardíaca externa ao transportar o acidentado.

**Hemorragias:**

É a perda de sangue provocada pelo rompimento de um vaso sanguíneo, podendo ser arterial, venosa ou capilar.

Toda hemorragia deve ser controlada imediatamente. A hemorragia abundante e não controlada pode causar a morte de 3 a 5 minutos.

**Classificação quanto ao volume de sangue perdido:**

Classe I perda de até 15% do volume sanguíneo (adulto de 70 kg = até 750 ml de sangue), apresenta discreta taquicardia;

Classe: II perda de 15 a 30% do volume sanguíneo (adulto de 70 kg = até 750 a 1.500 ml de sangue), apresenta taquicardia, taquipneia, queda da PA e ansiedade;

Classe III perda de 30 a 40% do volume sanguíneo (adulto de 70 kg = 2 litros, de sangue), apresenta taquicardia, taquipneia, queda da PA e ansiedade, insuficiente perfusão;

Classe IV perda de mais de 40% do volume sanguíneo (adulto de 70 kg = acima de 2 litros, de sangue), apresenta acentuado aumento da FC e respiratória, queda intensa da PA.

**Como proceder (técnicas de hemostasia):**

- Mantenha a região que sangra em posição mais elevada que o resto do corpo;
- Use uma compressa ou um pano limpo sobre o ferimento, pressionando-o com firmeza, a fim de estancar o sangramento;
- Comprima com os dedos ou com a mão os pontos de pressão, onde os vasos são mais superficiais, caso continue o sangramento;
- Dobre o joelho se o ferimento for na perna; o cotovelo se no antebraço, tendo o cuidado de colocar por dentro da parte dobrada, bem junto da articulação, um chumaço de pano, algodão ou papel;
- Evite o estado de choque;
- Remova imediatamente a vítima para o hospital mais próximo.

Desmaio e estado de choque: É o conjunto de manifestações que resultam de um desequilíbrio entre o volume de sangue circulante e a capacidade do sistema vascular, causados geralmente por: choque elétrico, hemorragia aguda, queimadura extensa, ferimento grave, envenenamento, exposição a extremos de calor e frio, fratura, emoção violenta, distúrbios circulatórios, dor aguda e infecção grave.

**Tipos de estado de choque:**

Choque Cardiogênico: Incapacidade do coração de bombear sangue para o resto do corpo. Possui as seguintes causas: infarto agudo do miocárdio, arritmias, cardiopatias.

Choque Neurogênico: Dilatação dos vasos sanguíneos em função de uma lesão medular. Geralmente é provocado por traumatismos que afetam a coluna cervical (TRM e/ou TCE).

Choque Séptico: Ocorre devido a incapacidade do organismo em reagir a uma infecção provocada por bactérias ou vírus que penetram na corrente sanguínea liberando grande quantidade de toxinas.

Choque Hipovolêmico: Diminuição do volume sanguíneo.

**Possui as seguintes causas:**

Perdas sanguíneas hemorragias internas e externas; Perdas de plasma queimaduras e peritonites; Perdas de fluidos e eletrólitos vômitos e diarreias.

Choque Anafilático: Decorrente de severa reação alérgica.

**Ocorrem as seguintes reações:**

- Pele: urticária, edema e cianose dos lábios;
- Sistema respiratório: dificuldade de respirar e edema da árvore respiratória;
- Sistema circulatório: dilatação dos vasos sanguíneos, queda da PA, pulso fino e fraco, palidez. como se manifesta
  - Pele fria e úmida;
  - Sudorese (transpiração abundante) na testa e nas palmas das mãos;
  - Palidez;
  - Sensação de frio, chegando às vezes a ter tremores;
  - Náusea e vômitos;
  - Respiração curta, rápida e irregular;
  - Perturbação visual com dilatação da pupila, perda do brilho dos olhos;
  - Queda gradual da PA;



rolha entre a arcada dentária a fim de, com o dedo envolvido em um lenço, proceder a limpeza. Em complemento, ao terminar a limpeza, lateriza-se a cabeça, fecha-se a boca do paciente segurando-lhe a cabeça um pouco para trás. Isso permitirá que a respiração se faça melhor. Havendo parada respiratória, é preciso iniciar, imediatamente, a respiração artificial boca-a-boca ou por compressão ritmada da base do tórax (16 vezes por minuto). Não se deve esquecer que a ventilação do local com ar puro se torna muito importante para qualquer paciente chocado, anemiado ou asfíxico. Os fraturados da mandíbula, com lesões da língua e da boca, deverão ser colocados em decúbito ventral com a cabeça leterizada, para que a respiração se torne possível.

**Remoção de corpos estranhos:** Os ferimentos que se apresentam inoculados de fragmentos de roupa, pedaços de madeira etc., podem ser lavados com água fervida se o socorro médico vai tardar; no caso, porém, de o corpo estranho estar representado por uma faca ou haste metálica, que se encontra encravada profundamente, é preferível não retirá-lo, pois poderá ocorrer hemorragia mortal. No caso de empalçamento, deve-se serrar a haste pela sua base e transportar o paciente para o hospital, a fim de que lá seja removido o corpo estranho. Quando o corpo estranho estiver prejudicando a respiração, como no caso dos traumatismos da boca e nariz, cumpre fazer tudo para removê-lo de modo a favorecer a respiração. Não se deve esquecer que os pequenos corpos estranhos (espinhos de roseira, farpas de madeira, espinhos de ouriço-do-mar) podem servir de veículo para o bacilo de tétano, o que poderá ser fatal.

**Socorro aos contaminados por raiva:** Os indivíduos com ferimentos produzidos por animais com hidrofobia (cão, gato, morcego etc.) devem ter seus ferimentos tratados de maneira já referida no item de feridas; há, todavia, um cuidado especial na maneira de identificar a raiva no animal agressor, como também de orientar o paciente, sem perda de tempo, para que faça o tratamento antirrábico imediato; a rapidez do mesmo será tanto mais imperiosa quanto maior o número de lesões produzidas e quanto mais próximos da cabeça tais ferimentos.

**Socorro ao asfíxiado:** Em certos tipos de traumatismo como aqueles que atingem a cabeça, a boca, o pescoço, o tórax; os que são produzidos por queimaduras no decurso de um incêndio; os que ocorrem no mar, nos soterramentos etc. poderá haver dificuldade respiratória e o paciente corre mais risco de morrer pela asfixia do que pelas lesões traumáticas. Nesse caso, a identificação da dificuldade respiratória pela respiração barulhenta nos indivíduos inconscientes, pela falta de ar de que se queixam os conscientes, ou ainda, pela cianose acentuada do rosto e dos lábios, servirá de guia para o socorro à vítima. A norma principal é favorecer a passagem do ar através da boca e das narinas; colocar, inicialmente, o paciente em decúbito ventral, com cabeça baixa, desobstruir a boca e as narinas, manter o seu pescoço em linha reta, mediante a projeção do queixo para trás, o que se poderá fazer tracionando a mandíbula com os dedos, como se fora para manter fechada a boca do socorrido; se houver vômitos, vira-se a cabeça da vítima para o lado até que cessem, limpando-lhe a boca em seguida. Não se deve esquecer de colocar o paciente em ambiente de ventilação adequada e ar puro. A parada respiratória requer imediata respiração artificial, contínua e incessante, num ritmo de 16 vezes por minuto, até que chegue o socorro médico, não importando que atinja uma hora ou mais.

**Transporte do paciente:** Algumas vezes é indispensável transportar a vítima utilizando meios improvisados, a fim de que se beneficie de um socorro médico adequado; em princípio, o leigo não deverá fazer o transporte de qualquer paciente em estado aparentemente grave, enquanto estiver perdendo sangue, enquanto respirando mal, enfim, enquanto duas condições não pareçam satisfatórias. O transporte pode por si só causar a morte de um paciente traumatizado. Tomando em consideração essas observações, devem-se verificar as condições gerais do enfermo, o veículo a ser utilizado, o tempo necessário ao transporte. Havendo meios de comunicação, será útil pedir instruções ao hospital mais próximo. Estabelecida a necessidade do transporte, torna-se necessário observar os seguintes detalhes:

- remoção do paciente para o veículo, o que deverá ser feito evitando aumentar as lesões existentes, sobretudo no caso de fratura de coluna e de membros; em casos especiais, o transporte pode ser feito por meio de veículos a motor, padiolas e, mais excepcionalmente por avião;
- veículo utilizado: deve atender, em primeiro lugar, ao conforto do paciente; os caminhões ou caminhonetes prestam-se melhor a esse mister;
- caminho a percorrer: é desnecessário encarecer a importância do repouso dos traumatizados, evitando abalos durante o transporte; pode ser necessário sustá-lo, caso as condições do enfermo se agravem;
- acompanhante: a vítima deve ser acompanhada por pessoa esclarecida que lhe possa ser útil durante a viagem;
- observação: o transporte em avião constitui um dos melhores pela ausência de trepidação e maior rapidez; todavia, a altitude pode ser nociva para pacientes gravemente traumatizados de tórax, sobretudo se estiverem escarrando sangue ou com falta de ar.

#### Com crianças pequenas

Deitar a criança com o rosto para cima e a cabeça inclinada para trás.

Levantar o queixo projetando-o para fora.

Evitar que a língua obstrua a passagem de ar.

Colocar a boca sobre a boca e o nariz da criança e soprar suavemente até que o pulmão dela se encha de ar e o peito se levante.

Deixe que ela expire livremente e repita o método com o ritmo de 15 respirações por minuto.

Pressione também o estômago para evitar que ele se encha de ar.

#### Cuidados:

Mantenha a vítima aquecida e afrouxe as roupas dela.

Aja imediatamente, sem desanimar.

Mantenha a vítima deitada.

Não dê líquidos para a vítima inconsciente.

Nunca dê bebidas alcoólicas logo após recobrar a consciência.

São aconselháveis café ou chá.

O transporte da vítima é desaconselhável, a menos que seja possível manter o ritmo da respiração de socorro.

A posição precisa ser deitada.

Procure um médico e transporte a vítima quando ela se recuperar.