



CÓD: OP-149JN-24
7908403548798

GOVERNADOR VALADARES-MG

**PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES –
MINAS GERAIS**

Agente Comunitário de Endemias

EDITAL Nº 01, DE 3 DE JANEIRO DE 2024

Língua Portuguesa

1. Leitura, interpretação e compreensão de textos	5
2. A significação das palavras no texto	5
3. Emprego das classes de palavras. Tempos e modos verbais.....	6
4. Pontuação	12
5. Acentuação gráfica.....	16
6. Ortografia.....	17
7. Fonética e fonologia.....	17
8. Termos essenciais da oração.....	17
9. Classificação das palavras quanto ao número de sílabas e quanto à disposição da sílaba tônica	22
10. Reescrita de frases	22

Conhecimentos de Saúde Pública

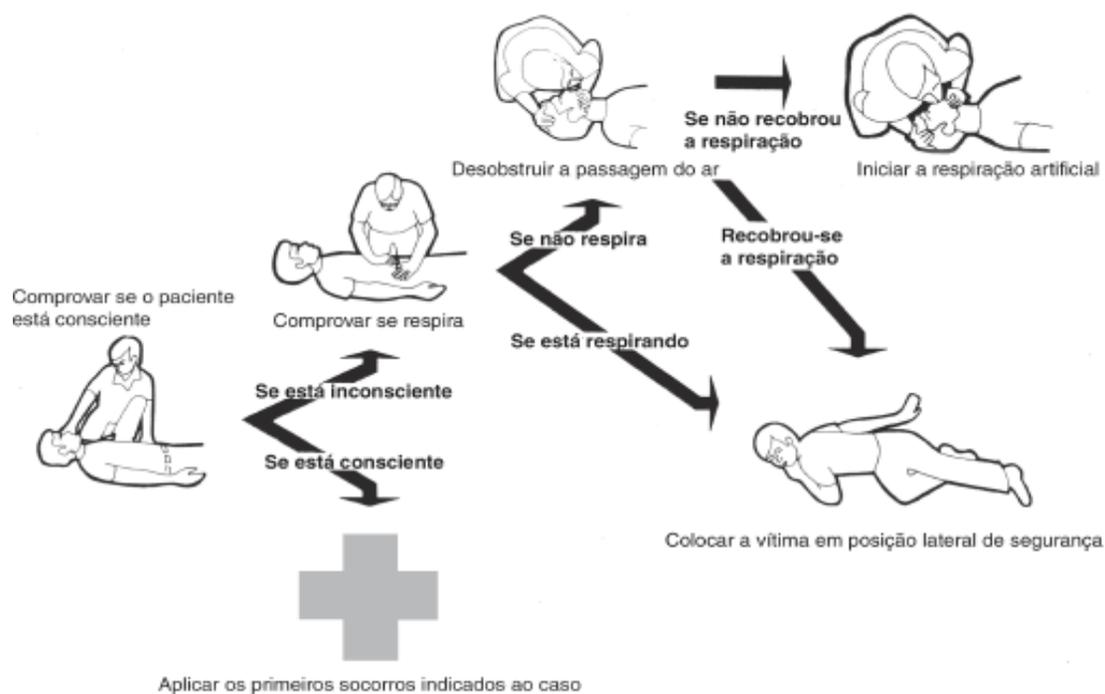
1. Portaria nº 2.436, De 21 de setembro de 2017. Organização dos serviços de saúde no brasil	33
2. Sistema único de saúde – princípios e diretrizes	55
3. Controle social	56
4. Indicadores de saúde.....	58
5. Sistema de notificação e de vigilância epidemiológica e sanitária.....	60
6. Endemias/epidemias: situação atual, medidas de controle e tratamento	64
7. Planejamento e programação local de saúde	66
8. Distritos sanitários e enfoque estratégico	66
9. Portarias e leis do sus	67
10. Políticas públicas de saúde	67
11. Pacto pela saúde	91

Conhecimentos Específicos Agente Comunitário de Endemias

1. Lei 8.142/1990 – Controle social e financiamento do sus	117
2. Linguagem e comunicação.....	118
3. Ética profissional	120
4. Relações interpessoais.....	122
5. Política nacional de educação permanente e educação popular em saúde	123
6. Política de saúde, política nacional de vigilância em saúde no brasil	124
7. Fundamentos do trabalho do agente de saúde	129
8. Intersetorialidade.....	130
9. Geoprocessamento em saúde, cadastramento e territorialização	136
10. Planejamento e organização do processo de trabalho	145
11. Sistemas de informação em saúde, uso do prontuário eletrônico e ferramentas de apoio ao registro das ações dos agentes de saúde.....	147
12. Noções de epidemiologia, monitoramento e avaliação de indicadores de saúde.....	151

ÍNDICE

13. Abordagem familiar no território da aps	160
14. Noções de microbiologia e parasitologia	161
15. Compreendendo o processo saúde doença.....	164
16. Doenças emergentes e reemergentes na realidade brasileira.....	167
17. Imunização.....	173
18. Saúde ambiental	185
19. Vigilância e controle de zoonoses, arboviroses e combate a animais peçonhentos.....	189
20. Risco, vulnerabilidade e danos à saúde da população e ao meio ambiente.....	206
21. Noções de primeiros socorros	207



A ressuscitação cardiopulmonar não é capaz de evitar a lesão cerebral por períodos prolongados.

Posicionamento para a Ressuscitação cardiopulmonar

a) Do acidentado

- Posicionar o acidentado em superfície plana e firme.
- Mantê-lo em decúbito dorsal, pois as manobras para permitir a abertura da via aérea e as manobras da respiração artificial são mais bem executadas nesta posição.
- A cabeça não deve ficar mais alta que os pés, para não prejudicar o fluxo sanguíneo cerebral.
- Caso o acidentado esteja sobre uma cama ou outra superfície macia ele deve ser colocado no chão ou então deve ser colocada uma tábua sob seu tronco.
- A técnica correta de posicionamento do acidentado deve ser obedecida utilizando-se as manobras de rolamento.

b) Da pessoa que está socorrendo

- Este deve ajoelhar-se ao lado do acidentado, de modo que seus ombros fiquem diretamente sobre o esterno do acidentado.

Massagem Cardíaca Externa ou Compressão Torácica

É o método efetivo de ressuscitação cardíaca que consiste em aplicações rítmicas de pressão sobre o terço inferior do esterno.

Para realizar a massagem cardíaca externa deve-se posicionar a vítima em decúbito dorsal. Posicionar ajoelhado, ao lado do acidentado e num plano superior, de modo que possa executar a manobra com os braços em extensão. Em seguida apoiar as mãos uma sobre a outra, na metade inferior do esterno, evitando fazê-lo sobre o apêndice xifóide, pois isso tornaria a manobra inoperante e machucaria as vísceras. Não se deve permitir que o resto da mão se apoie na parede torácica.

A compressão deve ser feita sobre a metade inferior do esterno, porque essa é a parte que está mais próxima do coração. Com os braços em hiperextensão, aproveite o peso do seu próprio corpo para aplicar a compressão, tornando-a mais eficaz e menos cansativa do que se utilizada a força dos braços. Aplicar pressão suficiente para baixar o esterno de 3,8 a 5 centímetros para um adulto normal e mantê-lo assim por cerca de meio segundo. O ideal é verificar se a compressão efetuada é suficiente para gerar um pulso carotídeo palpável com isso se obtém uma pressão arterial média e um contorno de onda de pulso próximo do normal.

— **Hemorragias**

É a perda de sangue através de ferimentos, pelas cavidades naturais como nariz, boca, etc; ela pode ser também, interna, resultante de um traumatismo.

As hemorragias podem ser classificadas:

– Hemorragias Arteriais: É aquela hemorragia em que o sangue sai em jato pulsátil e se apresenta com coloração vermelho vivo.

– Hemorragias Venosas: É aquela hemorragia em que o sangue é mais escuro e sai continuamente e lentamente, escorrendo pela ferida.

Para os fins de primeiros socorros em:

– Hemorragia Externa: É aquela na qual o sangue é eliminado para o exterior do organismo, como acontece em qualquer ferimento externo, ou quando se processa nos órgãos internos que se comunicam com o exterior, como o tubo digestivo, ou os pulmões ou as vias urinárias.

– Hemorragia Interna: É aquela na qual o sangue extravasa em uma cavidade pré-formada do organismo, como o peritoneu, pleura, pericárdio, meninges, cavidade craniana e câmara do olho.

Consequências das Hemorragias

– Hemorragias graves não tratadas ocasionam o desenvolvimento do estado de choque e morte.

– Hemorragias lentas e crônicas (por exemplo, através de uma úlcera) causam anemia (ou seja, quantidade baixa de glóbulos vermelhos).

Quanto maior a quantidade perdida, mais graves serão as hemorragias. Estimamos ela conforme quadro:

Quantidade de sangue perdido	Alterações
Perdas de até 15% (aproximadamente 750 ml em adultos)	Geralmente não causam alterações. São totalmente compensadas pelo corpo. Ex. doação de sangue.
Perdas maiores que 15% e menores que 30% (aproximadamente 750 a 1.500 ml)	Geralmente causam estado de choque, ansiedade, sede, taquicardia (com frequência cardíaca entre 100-120/min.), pulso radial fraco, pele fria, palidez, suor frio, frequência respiratória maior que 20/min. e enchimento capilar lentificado (maior que 2 seg.).
Perdas acima de 30% (maiores que 1.500 ml)	Levam ao choque descompensado com hipotensão, alterações das funções mentais, agitação, confusão ou inconsciência, sede intensa, pele fria, palidez, suor frio, taquicardia superior a 120/min., pulso radial ausente (queda da pressão arterial), taquipnéia importante e enchimento capilar lento.
Perdas de mais de 50% do volume sanguíneo	Choque irreversível, parada cardíaco-respiratória e morte.

A hemorragia arterial é menos frequente, mas é mais grave e precisa de atendimento imediato para sua contenção e controle. A hemorragia venosa é a que ocorre com maior frequência, mas é de controle mais fácil, pois o sangue sai com menor pressão e mais lentamente. Os locais mais frequentes de hemorragias internas são tórax e abdome.

Escoriações

São lesões simples da camada superficial da pele ou mucosas, apresentando solução de continuidade do tecido, sem perda ou destruição do mesmo, com sangramento discreto, mas costumam ser extremamente dolorosas. Não representam risco à vítima quando isoladas. Geralmente são causadas por instrumento cortante ou contundente.

Esmagamentos

Trata-se de lesão comum em acidentes automobilísticos, de sabamentos, e acidentes de trabalho. Pode resultar em ferimentos abertos e fechados.

Existe dano tecidual extenso das estruturas subjacentes. Os esmagamentos de tórax e abdome causam graves distúrbios circulatórios e respiratórios.

Amputações Traumáticas

As amputações são definidas como lesões em que há a separação de um membro ou de uma estrutura protuberante do corpo. Podem ser causadas por objetos cortantes, por esmagamentos ou por forças de tração.

Primeiros socorros:

1. Abrir vias aéreas e prestar assistência ventilatória, caso necessário.
2. Controlar a hemorragia.
3. Tratar o estado de choque, caso este esteja presente.
4. Cuidados com o segmento amputado:
 - a. Limpeza com solução salina, sem imersão em líquido.
 - b. Envolvê-lo em gaze estéril, seca ou compressa limpa.
 - c. Cobrir a área ferida com compressa úmida em solução salina.
 - d. Proteger o membro amputado com dois sacos plásticos.
 - e. Colocar o saco plástico em recipiente de isopor com gelo ou água gelada.
 - f. Jamais colocar a extremidade em contato direto com o gelo.

Queimaduras

São lesões provocadas pela temperatura, geralmente calor, que podem atingir graves proporções de perigo para a vida ou para a integridade da pessoa, dependendo de sua localização, extensão e grau de profundidade.

Como efeitos gerais (sistêmicos) das queimaduras podem ter:

- a) Choque primário (neurogênico) - vasodilatação
- b) Choque secundário - hipovolemia
- c) Infecção bacteriana secundária a lesão
- d) Paralisia respiratória e fibrilação - choque elétrico

Grau	Causa	Profundidade	Cor	Enchimento capilar	Sensação da dor
1º grau	luz solar ou chamuscação pouco intensa	epiderme	eritema	presente	Dolorosa
2º grau	Chamuscação ou líquidos ferventes	epiderme e derme	eritema e bolhas	presente	Dolorosa
3º grau	Chama direta	todas as camadas	branca, preta ou marrom	ausente	Pouca dor, anestesiada

Princípios Básicos na Aplicação de Bandagens (Técnica Padrão)

1. Proteger o ferimento com compressa de pano limpo, e de tamanho suficiente para cobri-lo até além dos limites da lesão.
2. Sempre que possível, deixar a extremidade de um membro ferido descoberta, para observar, pela coloração, se a circulação está se processando normalmente.
3. Fixar a compressa com material que garanta a firmeza e a integridade do curativo.
4. Evitar apertar demasiado a compressa para não ocorrer dificuldade na circulação.
5. Evitar deixar a compressa demasiadamente frouxa para que não se desprenda com facilidade.
6. Evitar o contato de duas superfícies de pele para evitar irritação.
7. Colocar o acidentado na posição correta para o tipo de lesão.
8. Manter sempre apoiada a parte do corpo onde se está aplicando a bandagem para que se possa manter a posição correta.
9. Proteger as saliências ou os ferimentos com curativos de gaze.
10. Cobrir apenas um terço da bandagem em cada volta.
11. Correr a bandagem sempre da esquerda para a direita.
12. Imobilizar o local do ferimento.

— Técnicas de imobilizações

Imobilização é um conjunto de procedimentos usados com a finalidade de impedir, ou pelo menos limitar, os movimentos de um membro ou de um segmento de membro ou de qualquer parte do corpo.

Contrariamente ao que muitos pensam, imobilizar não significa tratar somente fraturas.

Para imobilizar-se um segmento de um membro, como perna, coxa, braço, antebraço etc., é necessário que se imobilize pelo menos duas articulações das quais participe este segmento, isto é, a distal e proximal.

Finalidades da Imobilização

As principais finalidades da imobilização são:

- 1) aliviar a dor do paciente, qualquer que seja a sua origem: fraturas, entorse, contusão, dor provocada por processo inflamatório (infeccioso ou não) como tendinite, tenossinovite, artrites; dor provocada por processos degenerativos, como lombalgias, cervicalgias, etc.
- 2) evitar que as lesões das partes moles ocorridas nas fraturas piorem ou se compliquem pelos movimentos dos fragmentos ósseos. Os movimentos das extremidades fraturadas podem lesar mais os músculos, os vasos e os nervos, e, às vezes, até a pele.
- 3) proporcionar consolidação da fratura, pois um foco de fratura móvel não dá condições para que o calo ósseo se firme.
- 4) impedir propagação do processo inflamatório por difusão provocada pelo movimento.
- 5) manter redução obtida de fraturas e luxações.
- 6) tratar as entorses.
- 7) outras.

• **Transporte nas Costas**

Uma só pessoa socorrendo também pode carregar o acidentado nas costas. Esta põe os braços sobre os ombros da pessoa que está socorrendo por trás, ficando suas axilas sobre os ombros deste. A pessoa que está socorrendo busca os braços do acidentado e segura os, carregando o acidentado arqueado, como se ela fosse um grande saco em suas costas.



• **Transporte de Bombeiro**

Primeiro coloca-se o acidentado em decúbito ventral. Em seguida, ajoelha-se com um só joelho e, com as mãos passando sob as axilas do acidentado, o levanta, ficando agora de pé, de frente para ele. Este transporte pode ser aplicado em casos que não envolvam fraturas e lesões graves.



Transporte de Arrasto em Lençol

Seguram-se as pontas de uma das extremidades do lençol, cobertor ou lona, onde se encontra apoiada a cabeça do acidentado, suspende-se um pouco e arrasta-se a pessoa para o local desejado.



Manobra de Retirada de Acidentado, com Suspeita de Fratura de Coluna, de um Veículo

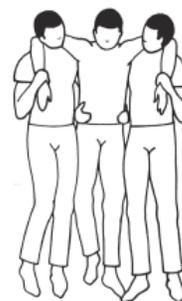
A pessoa que for prestar os primeiros socorros, colocando-se por trás passa as mãos sob as axilas do acidentado, segura um de seus braços de encontro ao seu tórax, e a arrasta para fora do veículo, apoiando suas costas nas coxas.



Métodos de Transporte Feito por Duas Pessoas

• **Transporte de Apoio**

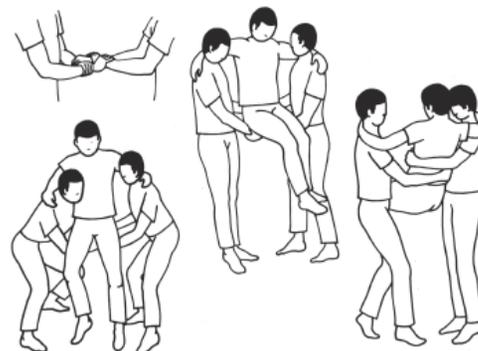
Passa-se o braço do acidentado por trás da nuca das duas pessoas que estão socorrendo, segurando-a com um dos braços, passando o outro braço por trás das costas do acidentado, em diagonal. Este tipo de transporte é usado para pessoas obesas, na qual uma única pessoa não consiga socorrê-lo e removê-lo.



• **Transporte de Cadeira**

a) As duas pessoas se ajoelham, cada uma de um lado da vítima. Cada uma passa um braço sob as costas e outro sob as coxas da vítima. Então, cada um segura com uma das mãos o punho e, com a outra, o ombro do companheiro. As duas pessoas erguem-se lentamente, com a vítima sentada na cadeira improvisada.

b) Cada uma das pessoas que estão prestando os primeiros socorros segura um dos seus braços e um dos braços do outro, formando-se um assento onde a pessoa acidentada se apoia, abraçando ainda o pescoço e os ombros das pessoas que a está socorrendo.



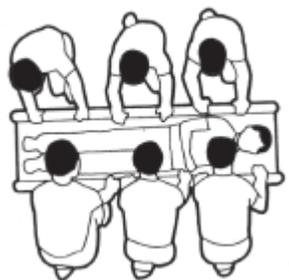
• **Transporte de Lençol pelas Pontas**

Com quatro pessoas, cada uma segura uma das pontas do lençol, cobertor ou lona, formando uma espécie de rede onde é colocada e transportada a vítima. Este transporte não serve para lesões de coluna. Nestes casos a vítima deve ser transportada em superfície rígida.



• **Transporte de Lençol pelas Bordas**

Coloca-se a vítima no meio do lençol enrolam-se as bordas laterais deste, bem enroladas. Estes lados enrolados permitem segurar firmemente o lençol e levantá-lo com a vítima. Em geral, duas pessoas de cada lado podem fazer o serviço, mais três é melhor.



Remoção de vítima com suspeita de fratura de coluna (consciente ou não)

A remoção de uma vítima com suspeita de fratura de coluna ou de bacia e/ou acidentado em estado grave, com urgência de um local onde a maca não consegue chegar, deverá ser efetuada como se seu corpo fosse uma peça rígida, levantando, simultaneamente, todos os segmentos do seu corpo, deslocando o acidentado até a maca.



— **Afogamentos**

Trataremos mais desse assunto em: *Salvamento aquático: definição de afogamento; primeiras providências; tipos de afogamento; técnicas de aproximação; técnicas de desvencilhamento; técnicas de transporte; técnicas de retirada da água; providências iniciais após retirar o afogado da água; técnicas de primeiros socorros (principais métodos); técnicas de resgates.*

— **Ferimentos**

Os ferimentos são as alterações mais comuns de ocorrer em acidentes de trabalho.

São lesões que surgem sempre que existe um traumatismo, seja em que proporção for, desde um pequeno corte ou escoriação de atendimento doméstico até acidentes violentos com politraumatismo e complicações.

Todos os ferimentos, logo que ocorrem:

1. Causam dor
2. Originam sangramentos
3. São vulneráveis as infecções

Os ferimentos são lesões que apresentam solução de continuidade dos tecidos e provocam o rompimento da pele e, conforme seu tipo e profundidade, rompimento das camadas de gordura e de músculo.

– Os ferimentos incisivos são provocados por objetos cortantes, têm bordas regulares e causam sangramentos de variados graus, devido ao seccionamento dos vasos sanguíneos e danos a tendões, músculos e nervos.

– Os ferimentos contusos, chamados de lacerações, são lesões teciduais de bordas irregulares, provocados por objetos rombudos, através de trauma fechado sob superfícies ósseas, com o esmagamento dos tecidos. O sangramento deve ser controlado por compressão direta e aplicação de curativo e bandagens.

– Os ferimentos perfurantes são lesões causadas por perfurações da pele e dos tecidos subjacentes por um objeto. O orifício de entrada pode não corresponder à profundidade da lesão.

– Os ferimentos transfixantes atravessam de lado a lado uma parte do corpo.

– Os ferimentos puntiformes geralmente sangram pouco para o exterior.

– As avulsões são lesões onde ocorrem descolamentos da pele em relação ao tecido subjacente, que pode se manter ligado ao tecido sadio ou não. Apresentam graus variados de sangramento, geralmente de difícil controle. A localização mais comum ocorre em mãos e pés. Recomenda-se colocar o retalho em sua posição normal e efetuar a compressão direta da área, para controlar o sangramento. Caso a avulsão seja completa, transportar o retalho ao hospital. A preparação do retalho consiste em lavá-lo com solução salina, evitando o uso de gelo direto sobre o tecido.

- Não deslocar o acidentado até que sua respiração volte ao normal.
- Remover o acidentado, somente deitado, mas só em caso de extrema necessidade.
- Solicitar socorro especializado mesmo que o acidentado esteja recuperado.

— **Salvamento aquático**

“É a aspiração de líquido causada por submersão ou imersão.” O termo aspiração refere-se à entrada de líquido nas vias aéreas (traquéia, brônquios e/ou pulmões), e não deve ser confundido com “engolir água”.

O afogamento ocorre, em geral, por asfixia em virtude da aspiração de líquido, que obstrui as vias aéreas e é responsável por alterações nas trocas gasosas, que levam à hipoxemia (insuficiência das taxas de oxigênio no sangue) e acidose metabólica.

A asfixia pode ser provocada inicialmente por laringoespasma, quando a pessoa, diante de uma situação de afogamento, prende a respiração e debate-se de maneira descoordenada até que, não conseguindo permanecer sem respirar, involuntariamente aspira grande quantidade de água e encharca os pulmões.

Causas e tipos

Afogamento primário – é considerado um trauma provocado por uma situação inesperada que foge ao controle da pessoa. Sabendo ou não nadar, ela pode ser arrastada pela correnteza, por exemplo;

Afogamento secundário – ocorre como consequência do consumo de drogas, especialmente de álcool (o álcool é a principal causa de morte por afogamento em adultos), crises agudas de doenças, como infarto do miocárdio, AVC e convulsões. Pode ocorrer também em razão de traumatismos cranianos e de coluna decorrentes de mergulho em águas rasas, hiperventilação voluntária antes dos mergulhos livres, doença da descompressão nos mergulhos profundos, hipotermia e exaustão.

Os afogamentos podem ser classificados clinicamente em diferentes graus segundo a condição de insuficiência respiratória e, em geral, exigem internação hospitalar. No entanto, as manobras de recuperação cardiopulmonar (RCP) ou cardiopulmonar (RCP) para combater a hipoxemia (insuficiência de oxigênio no sangue) devem começar imediatamente no local do acidente, porque são essenciais para a recuperação e sobrevida do paciente. Logo depois do resgate, portanto, é fundamental retirar as roupas molhadas da vítima, elevar sua temperatura corporal se apresentar hipotermia, proteger a coluna cervical quando houver suspeita de lesão e iniciar a respiração boca a boca.



No afogamento, quantidades tão pequenas quanto 70 ml, podem produzir graves consequências. A função respiratória fica prejudicada pela entrada de líquido nas vias aéreas, interferindo na troca de oxigênio (O₂) - gás carbônico (CO₂) de duas formas principais:

1. Obstrução parcial ou completa das vias aéreas superiores por uma coluna de líquido, nos casos de submersão súbita e/ou;
2. Pela aspiração gradativa de líquido até os alvéolos. Estes dois mecanismos de lesão provocam a diminuição ou abolição da passagem do O₂ para a circulação e serão maiores ou menores de acordo com a quantidade e a velocidade em que o líquido foi aspirado.

Depois de reconhecer que uma vítima está em perigo e pedir a alguém para chamar por ajuda, a próxima prioridade é interromper o processo de afogamento fornecendo flutuação para a vítima.

Fornecer flutuação é uma estratégia muito importante, mas não muito utilizada, apesar de ganhar tempo valioso para o serviço de emergência chegar, ou para aqueles que estão ajudando na cena planejarem os esforços necessários ao resgate.

Após prover flutuação e parar o processo de submersão, retirar a vítima da água é essencial, a fim de proporcionar um tratamento definitivo ao processo de afogamento. Várias estratégias para esta retirada podem ser usadas.

1. Decida o local por onde irá atingir ou ficar mais próximo da vítima.

2. Tente realizar o socorro sem entrar na água

- Se a vítima se encontra a menos de 4 m (piscina, lagos, rios), estenda um cabo, galho, cabo de vassoura para a vítima. Se estiver a uma curta distância, ofereça sempre o pé ao invés da mão para ajudá-la – é mais seguro.

- Se a vítima se encontra entre 4 e 10 m (rios, encostas, canais), atire uma boia (garrafa de 2 litros fechada, tampa de isopor, bola), ou amare-a a uma corda e atire a vítima segurando na extremidade oposta. Deixe primeiro que a vítima se agarre ao objeto e fique segura. Só então a puxe para a área seca.

- Se for rio ou enchentes, a corda poderá ser utilizada de duas formas: Cruzada de uma margem a outra obliquamente, de forma que a vítima ao atingi-la será arrastada pela corrente à margem mais distante; ou fixando um ponto a margem e deixando que a correnteza a arraste para mais além da mesma margem.

Se você decidiu entrar na água para socorrer

- Avise a alguém que você tentará salvar a vítima e que chame socorro profissional.

- Leve consigo sempre que possível algum material de flutuação (prancha, boia ou outros).

- Retire roupas e sapatos que possam pesar na água e dificultar seu deslocamento. É válida a tentativa de se fazer das calças um flutuador, porém isto costuma não funcionar se for sua primeira vez.

- Entre na água sempre mantendo a visão na vítima.

- Pare a 2 m antes da vítima e lhe entregue o material de flutuação. Sempre mantenha o material de flutuação entre você e a vítima.

- Nunca permita que a vítima chegue muito perto, de forma que possa lhe agarrar. Entretanto, caso isto ocorra, afunde com a vítima que ela lhe soltará.

- Deixe que a vítima se acalme, antes de chegar muito perto.

- Se você não estiver confiante em sua natação, peça a vítima que flutue e acene pedindo ajuda.

- Só tente rebocar a vítima se tiver treinamento, pois isto pode gastar suas últimas energias.

- Durante o socorro, mantenha-se calmo, e acima de tudo não se exponha ou ao paciente a riscos desnecessários.

Métodos de ventilação dentro da água

Sem equipamento – só é recomendável com dois socorristas ou com um socorrista em água rasa.

Com equipamento – Pode ser realizado com apenas um socorrista, mas deve ter treinamento para tal procedimento. O tipo de material deve ser escolhido conforme o local do resgate. O material de flutuação deve ser utilizado no tórax superior, promovendo uma espontânea hiperextensão do pescoço e a abertura das vias aéreas.

Transporte

A transição da água para o seco

O transporte ideal da água para a areia é a técnica Australiana. Este tipo de transporte reduz a incidência de vômitos e permite manter as vias aéreas permeáveis durante todo o transporte.

Coloque seu braço esquerdo por sob a axila esquerda da vítima e trave o braço esquerdo. O braço direito do socorrista por sob a axila direita da vítima segurando o queixo de forma a abrir as vias aéreas, desobstruindo-as, permitindo a ventilação durante o transporte.

Em caso de vítima exausta, confusa ou inconsciente, transporte em posição mais próxima possível da horizontal mantendo-se a cabeça acima do nível do corpo sem, contudo, obstruir as vias aéreas que devem permanecer sempre que possível abertas.

O posicionamento da vítima para o primeiro atendimento em área seca deve ser paralelo à do espelho d'água, o mais horizontal possível, deitada em decúbito dorsal, distante o suficiente da água a fim de evitar as ondas. Se estiver consciente, coloque o afogado em decúbito dorsal a 30º.

Se estiver ventilando, porém inconsciente coloque a vítima em posição lateral de segurança (decúbito lateral sob o lado direito).

As tentativas de drenagem da água aspirada são extremamente nocivas e devem ser evitadas. A manobra de compressão abdominal (Heimlich) nunca deve ser realizada como meio para eliminar água dos pulmões, ela é ineficaz e gera riscos significativos de vômitos com aumento da aspiração.

Durante a ressuscitação, tentativas de drenar água ativamente, colocando a vítima com a cabeça abaixo do nível do corpo, aumentam as chances de vômito em mais de cinco vezes, levando a um aumento de 19% na mortalidade.

7 passos iniciais em afogamentos

1) Ao chegar na areia, ou na borda da piscina coloque o afogado em posição paralela a água, de forma que o socorrista fique com suas costas voltada para o mar, e a vítima com a cabeça do seu lado esquerdo.

- A cabeça e o tronco devem ficar na mesma linha horizontal.

- A água que foi aspirada durante o afogamento não deve ser retirada, pois esta tentativa prejudica e retarda o início da ventilação e oxigenação do paciente, além de facilitar a ocorrência de vômitos.

- Cheque a resposta da vítima perguntando, "Você está me ouvindo?"

2) Se houver resposta da vítima ela está viva, e indica ser um caso de resgate ou grau 1, 2, 3, ou 4. Coloque em posição lateral de segurança (preferencialmente sobre o lado direito) e aplique o tratamento apropriado para o grau de afogamento. Avalie então se há necessidade de chamar o socorro avançado (ambulância), aguardar o socorro chegar ou fazer a própria remoção ao hospital.

Se não houver resposta da vítima (inconsciente) e for possível ligue 193/192 ou peça a alguém para chamar a ambulância ou o guarda-vidas, e;

3) Abra as vias aéreas, colocando dois dedos da mão direita no queixo e a mão esquerda na testa, e estenda o pescoço.

4) Cheque se existe respiração - ver, ouvir e sentir - ouça e sinta a respiração e veja se o tórax se movimenta (figura) - Se houver respiração é um caso de resgate, ou grau 1, 2, 3, ou 4. Coloque em posição lateral de segurança e aplique o tratamento apropriado para grau.