

Afogamento e obstrução de via aérea por corpo estranho

Classificação de Szpilman, reanimação com prioridade para a ventilação, observação e alta no afogamento; manobras de desengasgo por idade, aspiração não presenciada e broncoscopia, segundo SBP 2025, Ministério da Saúde, SOBRASA, AHA/AAP 2025 e SEUP 2024

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Afogamento é a insuficiência respiratória por submersão ou imersão em líquido; a lesão é a **hipóxia**, e a reanimação começa pela **ventilação: 5 ventilações de resgate** e, sem sinais de vida, RCP **30:2 (um socorrista) ou 15:2 (dois)**, sem tentar retirar água dos pulmões e **sem manobra de Heimlich** (SOBRASA; PALS do site). A gravidade segue a **classificação de Szpilman** (graus 1 a 6). **Todo afogado vai ao serviço de saúde** (Ministério da Saúde, SAMU 192; site); a criança assintomática após submersão significativa fica **6–12 horas em observação** e recebe alta se exame e SpO2 forem normais (SEUP 2024). No **engasgo**, tosse eficaz não se interrompe. Na obstrução **total** (não tosse, não chora, não fala): **abaixo de 1 ano, 5 golpes nas costas e 5 compressões torácicas; a partir de 1 ano, Heimlich direto** (SBP 2025) **ou 5 golpes nas costas alternados com 5 compressões abdominais** (AHA/AAP 2025); se perder a consciência, RCP e SAMU 192. Toda criança que precisou de manobra e todo engasgo seguido de tosse persistente, sibilância ou ausculta assimétrica vão ao **pronto-socorro**: **radiografia normal não exclui corpo estranho**, e a broncoscopia decide.

1. O que é e como se apresenta

Afogamento

- **Resgate** é a vítima retirada viva da água **sem tosse nem espuma** em boca ou nariz; **afogamento** pressupõe evidência de aspiração (tosse, espuma, dispneia). "Quase afogamento" e "afogamento secundário" são termos obsoletos (SOBRASA 2017).
- No Brasil, é a **1ª causa de morte de 1 a 4 anos**, a 2ª de 5 a 9 e a 3ª de 10 a 14 anos (SBP 2023). Abaixo de 5 anos, basta pouca água (balde, banheira, vaso sanitário); o afogamento é **rápido e silencioso**. No adolescente: grupo, álcool, nadar sozinho, mergulho em água rasa (trauma cervical).
- A água lesa o surfactante, com shunt, hipoxemia e edema pulmonar, seguidos de lesão hipóxico-isquêmica cerebral; água doce e salgada lesam de forma semelhante. Hipotermia é frequente. O prognóstico depende sobretudo do **tempo de submersão** (SOBRASA 2017).

Obstrução de via aérea por corpo estranho (OVACE)

- Cerca de 90% dos casos ocorrem **abaixo de 5 anos** (SBP 2025): amendoim e castanhas, uva, salsicha, cenoura crua, pipoca, balas, carne; peças pequenas, moedas e **balões de látex** (principal causa de engasgo fatal abaixo de 6 anos).
- A maioria se aloja nos brônquios (direito ≈ 52%, esquerdo ≈ 18%); laringe e traqueia são menos comuns, mas causam obstrução total (SBP 2025).

- **Quadro:** engasgo súbito com tosse em crise, estridor ou cianose ao comer ou brincar; depois, um **intervalo assintomático** que engana; seguem-se tosse, **sibilância unilateral**, **murmúrio reduzido localizado** e, semanas depois, **pneumonia de repetição no mesmo lobo** ou atelectasia.
- **Engasgo por líquidos** (leite, saliva, vômito), comum no lactente, é em geral reflexo protetor e **não é OVACE**: não se fazem manobras de desobstrução (SBP 2025).

2. Classificação de gravidade

Szpilman (SOBRASA), no local ou no primeiro atendimento; mortalidade entre parênteses (Chest 1997):

GRAU	ACHADO	CONDUTA INICIAL
Resgate	Sem tosse, espuma ou dispneia	Avaliação; liberar se exame normal
1	Tosse, ausculta normal (0%)	Repouso, aquecimento, observação
2	Estertores em alguns campos (0,6%)	O2 por cânula; observação hospitalar 6–24 h
3	Edema pulmonar sem hipotensão (5,2%)	O2 por máscara; em geral intubação; UTI
4	Edema pulmonar com hipotensão (19,4%)	Intubação, PEEP, volume; UTI
5	Parada respiratória com pulso (44%)	Ventilação imediata; depois como grau 4
6	Parada cardiorrespiratória (93%)	RCP começando pela ventilação; UTI
Cadáver	Submersão > 1 h ou sinais evidentes de morte	Não reanimar

Semáforo do site:

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Engasgo resolvido pela tosse da criança, sem tosse residual, ausculta simétrica e SpO2 normal; resgate sem tosse, espuma ou dispneia, já avaliado em serviço de saúde (Acidentes domésticos), com exame e SpO2 normais	Orientação, sinais de alerta e retorno se surgirem sintomas; ensinar as manobras
● Moderada	Submersão significativa ou grau 1 , assintomático; tosse persistente após engasgo , sem desconforto; criança que precisou de manobra e está bem; engasgo antigo com tosse ou chiado localizado, estável	Pronto-socorro: observação de 6–12 h no afogamento (SEUP 2024); radiografia e avaliação para broncoscopia no engasgo (SBP 2025)
● Grave	Afogamento grau 2 a 6 : estertores, desconforto, SpO2 < 94%, alteração de consciência, hipotermia, hipotensão, ventilação ou RCP no local, mecanismo de trauma; obstrução total ; estridor, cianose, sibilância unilateral ou assimetria após engasgo	SAMU (192); ventilação e oxigênio; serviço com UTI pediátrica e broncoscopia; ver "Como encaminhar"

Fatores de risco que elevam a gravidade

- **Afogamento**: submersão prolongada, RCP no local, demora para ventilar, Glasgow baixo, trauma (mergulho), álcool ou drogas, crise convulsiva ou arritmia como causa (QT longo), hipotermia grave.
- **OVACE**: idade < 3 anos, corpo estranho orgânico (amendoim inflama a mucosa), objeto grande ou cortante, localização laríngea ou traqueal, diagnóstico tardio, distúrbio de deglutição.

3. Diagnóstico no consultório

Afogamento — clínico; a classificação de Szpilman exige só ausculta, pulso e pressão arterial. Registrar tempo de submersão, tipo e temperatura da água, quando começou a ventilação, RCP e duração, mecanismo, Glasgow, FR, SpO2, **temperatura** e glicemia capilar. No serviço, radiografia e gasometria conforme a gravidade; a radiografia **não é imprescindível** no assintomático (SEUP 2024). **Coluna cervical** só com mecanismo de trauma ou sinais neurológicos (SOBRASA 2017; SEUP 2024). História incoerente: pensar em **negligência**.

OVACE — a **história de engasgo é o dado mais importante**; perguntar ativamente.

- Exame: estridor (laringe/traqueia), **sibilância ou murmúrio reduzido unilateral**, assimetria de expansão; pode ser normal.
- **Radiografia de tórax inspiratória e expiratória** (SBP 2025): hiperinsuflação unilateral, atelectasia, desvio do mediastino; poucos objetos são radiopacos. **Normal não exclui**; tomografia nos casos duvidosos (SBP 2025).

- **Broncoscopia:** com história sugestiva e sintomas ou sinais localizados, **mesmo com radiografia normal** (site). A **rígida** é a de escolha para retirar (sucesso ≈ 95%); a flexível é alternativa nos brônquios distais (SBP 2025).
- **Aspiração não presenciada:** tosse crônica ou "asma" que não responde, sibilância localizada, pneumonia persistente ou de repetição no mesmo lobo, atelectasia que não resolve.
- **Diferencial que não pode passar:** crupe, epiglote e traqueíte bacteriana, anafilaxia com edema de glote (Protocolo de Anafilaxia do site), asma e bronquiolite (sibilância bilateral), corpo estranho esofágico, bateria de botão e ímãs (Acidentes domésticos).

4. Tratamento e seguimento

Afogamento — ventilação primeiro

1. Retirar da água com segurança (acionar 193/192); em terra, decúbito dorsal. **Não drenar a água** (cabeça para baixo ou compressão abdominal aumentam vômito e aspiração) (SOBRASA 2017; SEUP 2024).
2. Sem respiração: **5 ventilações de resgate** (SOBRASA; SEUP 2024). Com pulso (**grau 5**): só ventilação, **1 a cada 2–3 s** (PALS do site). Sem sinais de vida (**grau 6**): RCP **30:2 (um socorrista) ou 15:2 (dois)**, 100–120/min (PALS do site); DEA assim que disponível.
3. Vômito: lateralizar, limpar a boca e continuar. Retirar roupas molhadas e aquecer; **não interromper a RCP antes do reaquecimento** (SOBRASA: acima de 34 °C).
4. No serviço: oxigênio para **SpO₂ ≥ 94%**; CPAP ou ventilação não invasiva no edema pulmonar se a consciência permitir; intubação se necessário; o oxigênio costuma durar 48–72 h (SEUP 2024).
5. **Não usar** antibiótico nem corticoide profilático, nem furosemida no edema pulmonar; antibiótico só se surgir pneumonia (SEUP 2024).

OVACE — manobras por idade e quando não intervir (SBP 2025)

- **Obstrução parcial (tosse, choro ou fala): não fazer manobras** — podem tornar a obstrução total. Acalmar, deixar na posição que preferir, **estimular a tosse**, observar e levar ao pronto-socorro se persistir; se a tosse ficar ineficaz, golpes leves no dorso antes das manobras.
- **Obstrução total, < 1 ano:** bebê de bruços sobre o antebraço apoiado na coxa, cabeça mais baixa, mão segurando a mandíbula; **5 golpes entre as escápulas** com o calcanhar da mão; virar e fazer **5 compressões torácicas** com dois dedos logo abaixo da linha mamilar; repetir. **Nunca compressão abdominal no lactente.**
- **Obstrução total, ≥ 1 ano:** há duas condutas aceitas. **SBP 2025: compressões abdominais (manobra de Heimlich) direto** — socorrista atrás (de joelhos na criança

pequena), punho entre o umbigo e o apêndice xifoide, compressões rápidas para dentro e para cima até a expulsão. **AHA/AAP 2025: 5 golpes nas costas** (criança inclinada para a frente) **alternados com 5 compressões abdominais**, até a expulsão.

- **Inconsciente:** SAMU (192), superfície rígida, **RCP pelas compressões**; antes de ventilar, olhar a boca e retirar o objeto **só se visível**. **Nunca varredura às cegas**, nunca pendurar de cabeça para baixo, não dar água (SBP 2025; SAMU 192).
- **Engasgo por líquido:** sentar, limpar a boca e observar; apneia, estimular as costas; sem retorno, RCP.
- **Depois de qualquer manobra:** exame médico e radiografia (fragmento residual, lesão pela manobra). Corpo estranho retido há semanas: antibiótico e corticoide antes da retirada a critério do especialista (SBP 2025).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Oxigênio	Manter SpO2 ≥ 94%	Contínuo	Afogamento: em geral 48–72 h	100% na PCR e na instabilidade (PALS do site; SEUP 2024)
Adrenalina IV/IO (PCR)	0,01 mg/kg (0,1 mL/kg de 1:10.000), máx. 1 mg	A cada 3–5 min	Durante a RCP	PALS do site (AHA)
Glicose IV (hipoglicemia)	0,5–1 g/kg (SG 25% 2–4 mL/kg ou SG 10% 5–10 mL/kg) a partir de 1 mês; RN: SG 10% 2 mL/kg	Repetir pela glicemia	—	MS, Protocolo SAMU 192; padrão do site
Salbutamol spray + espaçador (broncoespasmo)	4–10 jatos de 100 mcg (6–11 anos); < 6 anos, jatos por peso (SEUP)	A cada 20 min na 1ª hora	Conforme resposta	GINA 2025; documento de asma do site
Midazolam (crise ≥ 5 min)	IN 0,2; bucal 0,3; IM 0,2 mg/kg (máx. 10 mg)	Conforme protocolo	—	Protocolo de Estado de Mal Convulsivo do site

No edema de glote por anafilaxia, que imita a OVACE: adrenalina IM 0,01 mg/kg (máx. 0,3 mg na criança, 0,5 mg no adolescente) (Protocolo de Anafilaxia do site).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Todo afogado** e toda submersão significativa, mesmo assintomática (Ministério da Saúde, SAMU 192; site).
- Afogamento com estertores, desconforto, SpO2 < 94%, alteração de consciência, hipotensão, hipotermia, ventilação ou RCP no local, trauma ou intoxicação: **internação**;

graus 3 a 6 em **UTI pediátrica** (SOBRASA 2017).

- **Obstrução total** e toda criança que precisou de manobra de desengasgo.
- Engasgo seguido de **tosse persistente, estridor, rouquidão, sibilância, assimetria, desconforto ou SpO2 baixa**.
- Suspeita de aspiração não presenciada com sinais localizados ou radiografia alterada: pronto-socorro com broncoscopia, ou encaminhamento **com urgência** à pneumologia ou cirurgia pediátrica.

Alta após afogamento: sem RCP, assintomática, Glasgow > 13, após **6–12 h** com SpO2 e exame normais (SEUP 2024).

Como encaminhar

1. **Ventilação e oxigênio primeiro** (ABCDE): **SpO2 ≥ 94%**; bolsa-valva-máscara se a respiração for insuficiente; RCP pelo PALS do site.
2. **Coluna cervical** só com mecanismo de trauma ou sinais neurológicos, sem atrasar a ventilação (SOBRASA 2017).
3. Inconsciente que respira: posição lateral de segurança. Retirar roupas molhadas, aquecer, medir temperatura e glicemia.
4. Obstrução parcial: **criança no colo, na posição que escolher**, oxigênio sem forçar a máscara, **jejum**, sem espátula na orofaringe e sem tentar retirar o objeto.
5. **SAMU (192)** se houver instabilidade; contato prévio com o destino (broncoscopia ou UTI).
6. **Relatório:** horário, tempo de submersão, manobras e RCP, sinais vitais seriados, grau de Szpilman, tipo de objeto.
7. Suspeita de negligência ou maus-tratos: **notificação obrigatória (compulsória)** e Conselho Tutelar.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Depois do afogamento, mesmo que a criança pareça bem, ela precisa ser examinada e, às vezes, observada no hospital."
- "Se a criança engasgar e estiver tossindo forte, chorando ou falando, deixe-a tossir. Só faça a manobra se ela não conseguir tossir, chorar ou respirar. Nunca coloque o dedo na garganta nem vire a criança de cabeça para baixo."
- **Procurar o pronto-socorro se houver:** após afogamento — tosse que não passa, respiração rápida ou difícil, chiado, febre, sonolência ou vômitos nas horas seguintes; após engasgo — tosse persistente, chiado, rouquidão, falta de ar, febre ou pneumonia, mesmo semanas depois.

- **Prevenção do afogamento** (SBP 2023; SOBRASA; AAP): supervisão a um braço de distância, sem celular; baldes e bacias vazios, piscina portátil esvaziada, vaso sanitário fechado; **cerca nos 4 lados da piscina** (1,5 m, vãos de até 12 cm, portão com trava); boia não é segurança, só colete; natação a partir de 4 anos (SBP), sem substituir a supervisão; não mergulhar em água rasa; sem álcool perto da água; ralos com proteção contra sucção.
- **Prevenção do engasgo** (SBP 2025; site): até 4 anos, evitar amendoim, castanhas, pipoca e balas duras; uva cortada em quatro e salsicha no comprimento; comer sentado e supervisionado; balões de látex, moedas, baterias e ímãs fora do alcance.
- Cuidadores aprendem desengasgo e RCP; salvar **SAMU 192** e **Bombeiros 193**.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉRIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAMBRIDGE
Afogamento — reanimação	Sem documento clínico localizado	A-B-C, O2 100%; considerar imobilizar a coluna (SAMU 2016)	Ventilação precoce (AHA/AAP 2025)	Sem diretriz; NHS: RCUK 2025, reverter hipóxia	5 ventilações; 15:2; sem Heimlich (SEUP 2024)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE; RCUK 2025
Afogamento — observação	Sem posição localizada	Toda criança submersa ao hospital	Sem posição específica localizada	Sem diretriz	Assintomático, Glasgow > 13: 6–12 h	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Prevenção do afogamento	Braço de distância; cerca 1,5 m; natação ≥ 4 anos (2023)	Sem posição específica localizada	Camadas; cerca nos 4 lados; natação após 1 ano	Sem diretriz	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
OVACE < 1 ano	5 golpes + 5 compressões torácicas (2 dedos)	5 golpes + 5 compressões torácicas	5 golpes + 5 torácicas; sem abdominal (2025)	Sem diretriz; RCUK: 2 polegares	5 golpes + 5 torácicas	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE; RCUK 2025
OVACE ≥ 1 ano	Heimlich; não intervir com tosse eficaz	Heimlich; observação leve sem manobras	5 golpes alternados com 5 abdominais (2025)	Sem diretriz; RCUK: golpes, depois abdominais	5 golpes alternados com 5 abdominais	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE; RCUK 2025
Aspiração — diagnóstico	Rx inspiração/expiração; normal não exclui; broncoscopia rígida	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem diretriz	Avaliação médica após qualquer manobra	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: há concordância no essencial: no afogamento, **reverter a hipóxia** com ventilação precoce, sem manobras para retirar água; no engasgo, **não intervir enquanto a tosse for eficaz**, sem varredura às cegas e **sem compressão abdominal no lactente**. As divergências: (1) **a partir de 1 ano**, SBP (2025) e SAMU (2016) indicam Heimlich, enquanto AHA/AAP 2025, RCUK 2025 e SEUP começam por **5 golpes nas costas alternados com 5 compressões abdominais**; (2) **compressões torácicas no lactente**: a SBP mantém dois dedos, o RCUK

usa dois polegares e a AHA 2025 abandonou os dois dedos nas compressões da RCP; (3) **afogado assintomático**: o Ministério da Saúde leva toda criança ao hospital, a SEUP observa 6–12 h e a SOBRASA libera no local o resgate e o grau 1; (4) **coluna cervical**: o SAMU considera imobilizar, SOBRASA e SEUP só com mecanismo de trauma; (5) **natação**: SBP a partir de 4 anos, SOBRASA de 2, AAP após 1 ano. **O site adota a SBP** (Guia Prático de 2025) e, no engasgo a partir de 1 ano, **cita as duas condutas** (SBP e AHA/AAP 2025); e, onde a SBP não tem posição, o **Ministério da Saúde**: todo afogado vai ao serviço de saúde, com observação de 6–12 h no assintomático (SEUP) e proteção cervical só com mecanismo de trauma, como em Acidentes domésticos.

PONTOS PRÁTICOS

1. Afogamento é hipóxia: 5 ventilações de resgate, depois RCP 30:2 ou 15:2; nunca tentar tirar água nem fazer Heimlich.
2. Todo afogado vai ao serviço de saúde; o assintomático após submersão significativa fica 6–12 h em observação.
3. Não interromper a RCP do afogado hipotérmico antes de reaquecê-lo.
4. Engasgo com tosse eficaz: não intervir. Obstrução total: < 1 ano, 5 golpes + 5 compressões torácicas; ≥ 1 ano, Heimlich direto (SBP 2025) ou 5 golpes nas costas alternados com 5 compressões abdominais (AHA/AAP 2025); inconsciente, RCP.
5. Nunca varredura às cegas; engasgo por líquido não é OVACE.
6. Tosse, sibilância ou murmúrio reduzido unilateral após engasgo: pronto-socorro; radiografia normal não exclui.

Veja também, nesta Biblioteca: **Acidentes domésticos** (Patologias do consultório; bateria de botão e ímãs); **PALS** e **Principais Causas de Urgência em Pediatria** (Urgências e Emergências); **Protocolo de Anafilaxia** e **Protocolo de Estado de Mal Convulsivo**; **Tosse persistente e crônica**; **Pneumonias de repetição** (Pneumologia); **Consultas de puericultura** (prevenção por idade).

8. Fontes

- SBP, Curso de Suporte Básico de Vida. Obstrução de vias aéreas por corpo estranho e engasgo por líquidos: o que fazer? Guia Prático nº 222, 2025. [PDF](#)
- SBP, Departamento Científico de Prevenção e Enfrentamento das Causas Externas. Afogamento, 2023. sbp.com.br

- Ministério da Saúde. Protocolos de Suporte Básico de Vida — SAMU 192 (BPed 4, 5 e 27), 2016. [PDF](#)
- Szpilman D. Afogamento — Diretriz de Ressuscitação, SOBRASA, 2017. [PDF](#)
- Szpilman D. Near-drowning and drowning classification. Chest, 1997. [PubMed](#)
- AHA e AAP. Part 6: Pediatric Basic Life Support, 2025 (resumo). [PubMed](#)
- AAP. Denny SA et al. Prevention of Drowning. Pediatrics, 2021 (resumo). [PubMed](#); orientação às famílias. [healthychildren.org](https://www.healthychildren.org)
- SEUP-AEP. Lesiones por inmersión, 4ª ed., 2024. [PDF](#)
- SEUP-AEP. Soporte vital (OVACE), 4ª ed., 2024. [PDF](#)
- Resuscitation Council UK. Paediatric basic life support guidelines, 2025. [resus.org.uk](https://www.resus.org.uk)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.