

# OMAC.01.01<sup>1</sup>

## ACEITAÇÃO DE PASSAGEIROS DOENTES OU INCAPACITADOS EM VOOS COMERCIAIS DE LINHA AÉREA

Esta primeira Orientação Médica Aeronáutica Conjunta (OMAC) luso-brasileira tem por base a tradução técnica para língua portuguesa do capítulo 6.1 do IATA Medical Manual 11ª Edição (6/2018),<sup>2</sup> com edição e adaptação de conteúdo por médicos aeronáuticos da SMAPor e da SBMA. Tem por objetivo apoiar a decisão de autorização antecipada de embarque de passageiros de voos comerciais de linha aérea com patologias, condições ou formas de incapacitação que possam ser afetadas negativamente pelo voo ou que possam potencialmente perturbar o normal e seguro decorrer do mesmo.

As Direções da SMAPor e da SBMA,

Lisboa e São Paulo, 19 setembro 2018

---

<sup>1</sup> Esta é uma Orientação técnica constituída por um conjunto de recomendações médicas aeronáuticas promovidas conjuntamente pela **SMAPor - Sociedade Científica Médica Aeroespacial – Associação Portuguesa** (Secção *Airline / Saúde Global*) e pela **SBMA - Sociedade Brasileira de Medicina Aeroespacial**. As recomendações desta Orientação não substituem em nenhum momento o julgamento médico e a avaliação operacional realizadas caso a caso e no seu contexto próprio, nem o cumprimento de regulamentos locais aplicáveis.

<sup>2</sup> Com a devida vénia à **IATA (International Air Transport Association)**. A IATA, entretanto, não é responsável pelo conteúdo da presente Orientação, quer no que diz respeito ao material traduzido para português, quer às adaptações ou outras alterações de conteúdo ou editoriais.



## I. Introdução:

### Aptidão de passageiros para o voo e responsabilidade pela autorização médica

Cada vez mais pessoas viajam de avião, incluindo indivíduos idosos e com problemas de saúde significativos. O passageiro saudável médio tolera muito bem as viagens aéreas. Entretanto, o ambiente de cabine dos aviões, que em cruzeiro pode corresponder a uma altitude de cerca de 2400 metros, pode criar desafios significativos a passageiros com problemas do foro médico ou cirúrgico. Tais desafios têm a ver sobretudo com hipóxia relativa, com dilatação dos gases (da ordem dos 20-30%) nas cavidades corporais, com imobilidade relativa e com as naturais limitações em caso de necessidade de abordagem de eventuais descompensações ou agudizações.

No passado já distante, era solicitado aos médicos de passageiros com problemas de saúde que providenciassem uma "declaração", "laudo" ou "certificado" médico a autorizar a viagem aérea e a especificar as condições de viagem.

A experiência prática demonstrou que um médico não especializado em transporte aéreo pode não estar familiarizado com todas as particularidades clínicas e logísticas relacionadas com o voo. Além disso, não é razoável esperar que a grande maioria dos médicos não-aeronáuticos conheça os tipos de assistência especial que cada companhia aérea pode proporcionar em cada rota ou voo específico.

A IATA (*International Air Transport Association*) recomenda que as companhias aéreas considerem os certificados médicos acima referidos apenas como um conselho dado pelo médico assistente do passageiro. Esses conselhos devem ser levados em conta pelo departamento médico próprio de cada transportadora aérea antes de decidir se o passageiro pode ser aerotransportado e, em caso afirmativo, em que condições e com que tipo de assistência especial.

## II. Orientações gerais para autorização médica

De acordo com a IATA, é necessária autorização médica (*medical clearance*) por parte do departamento médico da companhia aérea, caso o passageiro:

- (a) sofra de qualquer doença que se pense estar em fase ativa de contágio e transmissão;
- (b) provavelmente constitua um risco ou fonte de desconforto para os outros passageiros devido à sua condição física ou comportamental;
- (c) provavelmente constitua um risco para a segurança ou pontualidade do voo, incluindo a possibilidade de desvio de rota ou de pouso imprevisto;
- (d) seja incapaz de cuidar de si próprio e necessite de assistência especial;
- (e) tenha uma condição médica que possa ser afetada negativamente pelo ambiente de voo.

Para estes casos que requerem autorização médica aeronáutica própria para embarque é habitualmente usada a designação de **casos MEDA ou Medifs** (ver mais à frente).

Os passageiros que não correspondem a nenhuma das categorias acima, habitualmente não necessitam de autorização médica, ou seja, não constituem *a priori* casos MEDA. No entanto, na dúvida, deve ser obtido aconselhamento médico aeronáutico.

## III. Categorias de passageiros: FREMEC ou MEDIF?

As orientações gerais que constam dos quadros abaixo (parte V) aplicam-se em geral a passageiros com uma patologia médica aguda, instável ou sujeita a provável desestabilização com o ambiente de cabine.

A certos passageiros que viajam frequentemente e que têm uma condição médica crónica e estável, poderá ser dada autorização médica válida para todos os voos que ocorram durante um período de tempo prolongado (ex.: um a três anos). Essa autorização, designada de **FREMEC**, descreve as necessidades clínicas do passageiro e seus requisitos de *handling* especiais e obvia à necessidade de obter autorização médica para cada viagem. Os exemplos mais característicos de condições em que o FREMEC pode ser emitido são os deficientes motores, visuais ou auditivos. Outro exemplo possível será um passageiro frequente que tenha uma doença pulmonar obstrutiva crónica estável e que utilize um concentrador de oxigénio.

Para as autorizações médicas mais comuns, entretanto, aplica-se o **MEDIF**. Medif é o nome dado aos formulários que as companhias aéreas utilizam para gerir o transporte de passageiros que requerem assistência especial e autorização médica.

Este documento consiste em duas partes:

- **Parte A**, também conhecida como INCAD (*Incapacitated Passenger Handling Advice*) ou Medif (*Medical information Form*) parte 1. Contém os detalhes do itinerário e descreve os arranjos ou assistência especiais necessários para o passageiro. É o departamento médico da companhia aérea que, após analisar os dados fornecidos na parte B, determinará os requisitos especiais para a viagem. A companhia aérea poderá ter um procedimento montado (inclusive em plataforma eletrónica segura) em que o médico aeronáutico recebe os dados administrativos e de itinerário já preenchidos pelas Reservas, introduzindo então diretamente os requisitos especiais no formulário em papel ou *online*.

- **Parte B**, também conhecida como INCAD (*Incapacitated Passenger Handling Advice*) ou Medif (*Medical information Form*) parte 2. **Deve ser preenchida tão cedo quanto possível pelo médico assistente do passageiro. É extremamente importante que o médico providencie informação precisa e objetiva e não apenas um diagnóstico e/ou uma declaração de que, na sua opinião, o doente pode voar.** Por exemplo, no caso de um diagnóstico de neoplasia maligna do pulmão, devem ser dados pormenores sobre eventual perda de função pulmonar, se há necessidade de oxigénio suplementar, se o paciente tem metástases que causem sintomatologia neurológica ou outra que possa limitar o seu normal funcionamento (ex.: para se alimentar sozinho, para se deslocar aos lavabos). Mesmo detalhes que não estão diretamente relacionados com o diagnóstico podem ter grande importância, incluindo se o paciente terá necessidade de cuidados de enfermagem ou outros cuidados especiais durante o voo.

Toda a informação médica contida no MEDIF deve ser **estritamente confidencial**. O MEDIF deve conter um campo em que o passageiro, ou seu representante legal, **autorize a transmissão e utilização dos seus dados pessoais e clínicos** para efeitos de análise do seu pedido e organização da resposta ao mesmo.

Em todo este processo, é essencial que haja canais de comunicação expeditos entre o passageiro e seu médico assistente, bem como o serviço de Reservas e o departamento médico ou consultoria médica aeronáutica da companhia aérea.

## IV. Serviços Especiais

Desde que solicitados com antecedência adequada (**idealmente pelo menos 72 horas antes da hora de partida do voo**) e validados pelo departamento/consultoria médica aeronáutica da companhia aérea, esta poderá proporcionar serviços especiais (habitualmente sujeitos a tarifa própria). Esses serviços especiais podem incluir, por exemplo:

- **Cadeira de rodas:**

- para circulação no terminal (WCHR – *wheelchair ramp*);
- para chegar até à porta do avião através de manga/ponte de embarque ou elevador (WCHS – *wheelchair steps*);
- ou para levar o passageiro ao seu lugar na cabine (WCHC – *wheelchair cabin*).

- **Lugares especiais** (ex.: junto à antepara, junto aos lavabos, com mais espaço, com um lugar extra adjacente para manter um membro inferior elevado). De notar que, a um passageiro incapacitado não pode por definição ser atribuído um lugar de fila de emergência, pois este implica que o seu ocupante tenha agilidade e autonomia para manuseamento da porta em caso de necessidade, facilitando e não potencialmente dificultando a evacuação de outros passageiros.

- **Maca.** Para além de poder estar indicada pelo estado clínico do paciente, por razões operacionais regulamentares e de segurança, o transporte em maca será indispensável sempre que o passageiro não possa manter o encosto do seu assento direito pelo menos durante a descolagem, pouso ou emergências ou outra indicação de segurança (ex.: turbulência). Nesse caso, portanto, não é suficiente a indicação para um lugar totalmente reclinável, como um casulo-cama de certas classes *premium*.

O pedido de aceitação de maca deve ser feito o mais cedo possível, dada a complexidade da logística que envolve. A maca terá de ser de um modelo próprio da companhia aérea e regulamentarmente aceite. A sua montagem a bordo implica a neutralização de um número significativo de lugares sentados. O doente precisa de ir sempre acompanhado por um profissional qualificado.

Não se podendo satisfazer todas as condições acima referidas, o transporte deverá ser efetuado em voo sanitário. Por outro lado, muitas companhias aéreas *a priori* não aceitam casos de maca.

- **Oxigénio suplementar.** Pode ser contínuo ou intermitente/"SOS". Os débitos disponibilizados pelas companhias aéreas variam, mas são mais habitualmente entre os 2 e os 4 litros/minuto. No caso de o passageiro ter o seu próprio concentrador portátil de oxigénio (POC – *portable oxygen concentrator*) deverá indicá-lo às Reservas da companhia aérea bem antes do voo para garantir a sua aceitação a bordo. O POC deverá ser totalmente autónomo, com baterias para um período de tempo idealmente equivalente a cerca de uma vez e meia a duração prevista da viagem.

- **Refeições especiais.** A gama é limitada, mas é frequente ser possível solicitar antecipadamente refeições, por exemplo, para diabéticos, ou sem glúten. A solicitação dever ser feita na altura da reserva. Um pedido na altura do *check-in* ou em voo não poderá em princípio ser satisfeito.

- **Medicação própria do passageiro.** A experiência indica que não é raro os passageiros esquecerem a sua medicação na bagagem de porão. Sempre que relevante, é aconselhável lembrar que a medicação habitual e "SOS" deve ser transportada na bagagem de cabine (*de mão*).

Duas situações exemplares em que é particularmente relevante o transporte da medicação na bagagem de mão são:

- *caneta* de adrenalina/epinefrina de indivíduos alérgicos a quem esta tenha sido prescrita pelo médico assistente;

- medicação injetável em geral, pois devido às baixas temperaturas que se podem verificar no porão de certos voos, existe o risco de o conteúdo e/ou a própria ampola ou seringa congelar e deteriorar-se.

É recomendável que o passageiro leve consigo uma cópia da receita médica ou uma declaração/laudo do seu médico ou de consulta do viajante a que tenha recorrido na preparação da sua viagem (se possível também em inglês, dependendo da rota).

- **Companheiro de viagem** (*travel companion*). Poderá nalguns casos ter de ser um profissional de saúde (ver Equipamento e dispositivos médicos).



Existem casos especiais, devidamente certificados, em que poderá ser aceite o transporte na cabine de um *animal de apoio emocional* (ESAN – *emotional support animal*), geralmente um cão de pequeno porte com certificação específica para o efeito. Haverá sempre que confirmar previamente com a companhia aérea, pois os procedimentos e critérios de aceitação podem ser complexos e muito variáveis, inclusive de país para país. Já os passageiros que necessitam de um *cão de serviço*, como os invisuais, não são casos MEDA e necessitam apenas de dar aquela indicação na altura da reserva da passagem, seguindo os procedimentos (não médicos) de cada companhia aérea.

- **Equipamento e dispositivos médicos.** O equipamento dos *kits* de primeiros socorros existentes a bordo destina-se apenas a ocorrências imprevistas e não como *stand-by* para casos MEDA. Não sendo os voos de linha aérea voos sanitários (“ambulância aérea”), o conteúdo dos *kits* é limitado em âmbito de atuação. Em certos casos, através do Medif, a companhia aérea pode estabelecer, como requisito para a viagem, que o passageiro venha acompanhado de um profissional (médico, enfermeiro, ou outro) que seja portador de equipamento médico específico (ex.: desfibril(h)ador, medicação de urgência especializada). Tal equipamento deve ser **totalmente autónomo** (ou seja, não deve depender de fonte de energia do avião).

O mesmo se aplica a dispositivos médicos que o próprio passageiro transporte, como por exemplo concentradores portáteis de oxigénio (POC – *portable oxygen concentrators*) ou CPAPs.

No caso de dispositivos que, por motivos técnicos, não devam passar pelos **raios-X** da segurança aeroportuária, nalguns países poderá ser necessária ainda uma autorização especial emitida pela autoridade aeronáutica local. Antes de orientar o passageiro e/ou o profissional para este procedimento, que requer antecedência e diligências próprias, é de todo aconselhável obter previamente uma confirmação técnica firme de que o dispositivo possui efetivamente aquela limitação.

## V. Orientações Médicas Aeronáuticas Específicas

Os quadros seguintes pretendem dar orientações sobre intervalos de tempo<sup>3</sup> que deverão decorrer entre determinados eventos clínicos e a data do voo. Estas orientações **deverão ser adaptadas** em função da avaliação específica de cada caso. É escassa a evidência que possa suportar diretamente as recomendações pelo que, na sua maioria, elas baseiam-se na experiência prática acumulada e na opinião de peritos em medicina aeronáutica.

### QUADROS de PATOLOGIAS:

CARDIOVASCULAR/CIRCULATÓRIA  
REPIRATÓRIA  
HEMATOLÓGICA  
GASTROINTESTINAL  
OTORRINOLARINGOLÓGICA  
OFTALMOLÓGICA  
NEUROLÓGICA  
PSIQUIÁTRICA  
GRAVIDEZ E NEONATOS  
TRAUMA E PATOLOGIA ORTOPÉDICA  
VÁRIAS

Para além dos aspetos estritamente clínicos, também devem ser tidos em conta no processo de tomada de decisão aeromédica fatores como a **fiabilidade dos dados fornecidos** e suas fontes, ou a qualidade previsível dos cuidados médicos nos **pontos de partida e de chegada**.

Na dúvida perante um caso concreto, valerá a pena procurar contactar o departamento/consultor médico da companhia aérea em que o paciente pretende voar.

<sup>3</sup> Na contagem dos dias, conforme os critérios do Manual IATA, inclui-se o dia do evento/cirurgia e o dia do voo.

Entretanto, o seguinte **auxiliar de memória** pode ser útil:

**p e n s e :**

● **BALÃO** ● **ESCADA** ● **CHAMPANHE** ● **CADEIRÃO EM ILHA DESERTA**

- **BALÃO** O ar expande-se e fica mais rarefeito em altitude, condicionando a **expansão de gases em cavidades orgânicas** (ex.: risco de deiscência de suturas, risco de pneumotórax hipertensivo).
- **ESCADA** Em geral, um paciente (cardíaco, respiratório) que não consegue subir **um lance de escadas ou percorrer 50 m em terreno plano** sem ficar com dispneia, dor no peito ou outra manifestação de descompensação, não estará apto a viajar em segurança com a ligeira hipóxia relativa de cabine, nem a percorrer a pé grandes distâncias nos terminais de aeroporto, necessitando provavelmente de cadeira de rodas na aerogare e de oxigénio suplementar na aeronave.
- **CHAMPANHE** Quando a pressão de ar diminui em altitude, o azoto perde o seu estado de diluição no plasma e forma bolhas (ex.: risco de doença de **descompressão** após mergulho com garrafa há menos de 24h).
- **CADEIRÃO EM ILHA DESERTA** Os passageiros são sujeitos a períodos de imobilização relativa que podem ser prolongados, nomeadamente nos voos de longo curso (ex.: risco de tromboembolismo venoso). Por outro lado, em caso de descompensação ou doença aguda grave, um avião comercial, não sendo uma ambulância aérea, possui recursos de atuação limitados, além de que um ponto útil para divergir o voo em casos extremos pode estar a horas de distância.

## RECOMENDAÇÕES GERAIS A CONSIDERAR EM TODOS OS CASOS

- Se aplicável, considerar cadeira de rodas para evitar esforços excessivos e/ou para facilitar dificuldades de locomoção ou embarque.
- Se aplicável, pode não ser demais reforçar a necessidade de transporte de medicação habitual e SOS na bagagem de cabine.
- Levar em atenção a logística de cada voo (rota, duração, tipo de avião, serviços especiais disponíveis, etc).

## PATOLOGIA CARDIOVASCULAR/CIRCULATÓRIA

Diagnóstico	Avaliação médica aeronáutica		Comentários
	Não aceitação*	Aceitação em princípio	
<b>Angina de peito</b>	Angina instável ou desencadeada por esforços mínimos.	Controlada com medicação e sem dor em repouso.	Lembrar de levar medicação habitual e SOS (ex.: nitrato sublingual) na bagagem de cabine.
<b>Angiografia coronária</b>	< 24 horas ou condição de base não estável.	≥ 24 horas, se condição de base estável.	
<b>Angioplastia (com ou sem <i>stent</i>)</b>	≤ 2 dias	≥ 3 dias, desde que assintomático.	
<b>Cardiopatía congénita <u>cianótica</u></b>	Caso a caso.	Caso a caso.	Considerar oxigénio suplementar durante o voo em todos os casos.
<b>Cirurgia cardíaca</b>	<i>Bypass</i> coronário ou cirurgia valvular há ≤ 9 dias. Toda a cirurgia recente de transposição dos vasos, de defeito septal, transplante, etc.	≥ 10 dias	Considerar oxigénio suplementar durante o voo, se poucos dias após a cirurgia.
<b>Edema Pulmonar</b>	Não resolvido.	Se resolução de edema pulmonar e de seus fatores desencadeantes.	Necessário também seguir as indicações para o EAM/IAM.
<b>Embolia pulmonar</b>	Início das manifestações clínicas há ≤ 4 dias.	≥ 5 dias, desde que anticoagulação estável e PAO <sub>2</sub> normal em ar ambiente.	
<b>Enfarte/Infarto agudo do miocárdio (EAM/IAM)</b>	< 3-10 dias Em qualquer caso, não aceitar até estabilização ou se <b>risco elevado</b> :	≥ 10 dias <b>se médio risco</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• fração de ejeção &gt;40%</li> <li>• sem evidência de isquemia ou arritmia indutível</li> <li>• sem exames especiais ou intervenções adicionais programadas</li> </ul>	Lembrar de levar a sua medicação habitual e SOS na bagagem de cabine.

## DAS SOCIEDADES PORTUGUESA E BRASILEIRA DE MEDICINA AEROESPACIAL (SMAPOR E SBMA)

### OMAC.01.01 | ACEITAÇÃO DE PASSAGEIROS DOENTES OU INCAPACITADOS EM VOOS COMERCIAIS DE LINHA AÉREA

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fração de ejeção &lt;40%</li> <li>• insuficiência cardíaca</li> <li>• aguardando investigação diagnóstica, revascularização ou dispositivo terapêutico implantável</li> <li>• sem exames especiais ou intervenções adicionais programadas</li> </ul>	<p>≥ 3 dias <b>se baixo risco:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade &lt; 65</li> <li>• 1º episódio</li> <li>• reperfusão bem sucedida</li> <li>• fração de ejeção &gt;45%</li> <li>• sem complicações</li> <li>• sem exames especiais ou intervenções adicionais programadas</li> </ul>	
<b>Insuficiência Cardíaca</b>	Insuficiência cardíaca aguda ou insuficiência cardíaca crónica não controlada.	Controlada e estável.	Deve ser capaz de caminhar 50 metros em superfície plana ou subir um lanço de escadas, em ar ambiente, sem que fique com dispneia. Caso contrário, ponderar oxigénio suplementar durante o voo. Lembrar de levar a sua medicação habitual e SOS na bagagem de cabine.
<b>Pacemaker ou Implantação de desfibril(h)ador</b>	≤ 1 dia	≥ 2 dias, desde que sem pneumotórax e com ritmo cardíaco estável	
<b>Terapia de ablação de vias anómalas</b>	≤ 1 dia	≥ 2 dias	Considerar profilaxia de trombose venosa profunda, sobretudo se primeira semana após o procedimento e voo de longo curso.
<b>Trombose venosa profunda dos membros inferiores</b>	Se ativa.	Assintomático e com anticoagulação oral estável.	

PATOLOGIA RESPIRATÓRIA			
Diagnóstico	Avaliação médica aeronáutica		Comentários
	Não aceitação*	Aceitação em princípio	
Apneia do sono			Só por si não requer autorização médica, mas o passageiro poderá pedir para transportar um CPAP portátil próprio autónomo e aprovado aeronauticamente, nomeadamente em voos noturnos.
Asma		Atualmente assintomático e sem infecção.	Lembrar de levar medicação SOS (ex.: inalador de beta-agonista) na bagagem de cabine.
Bronquiectasias	Hipoxemia em terra.	Sem infecção actual.	
Cirurgia torácica (ex.: lobectomia, pleurectomia, biópsia pulmonar por cirurgia aberta)	≤ 10 dias	≥ 11 dias após recuperação não complicada	Considerar oxigénio suplementar durante o voo, sobretudo se longo curso.
DPOC (doença pulmonar obstrutiva crónica), Enfisema, Fibrose Pulmonar, Efusão/derrame pleural, Hemotórax, etc	Se oxigénio suplementar necessário em terra. e/ou PO <sub>2</sub> < 50mmHg e/ou Exacerbação recente por resolver.	Deve ter bom estado geral e ser capaz de caminhar 50 metros em superfície plana ou subir um lanço de escadas, em ar ambiente, sem que fique com dispneia. Se exacerbação recente, é necessário que esteja completamente resolvida. Sem infecção atual.	Considerar sempre oxigénio suplementar durante o voo ou uso de concentrador de oxigénio (POC) portátil próprio, autónomo e aprovado aeronauticamente. Lembrar de levar medicação habitual e SOS (ex.: inalador de beta-agonista) na bagagem de cabine.

## DAS SOCIEDADES PORTUGUESA E BRASILEIRA DE MEDICINA AEROESPACIAL (SMAPOR E SBMA)

### OMAC.01.01 | ACEITAÇÃO DE PASSAGEIROS DOENTES OU INCAPACITADOS EM VOOS COMERCIAIS DE LINHA AÉREA

<b>Fibrose Quística</b>	Se FEV <sub>1</sub> <50% em terra.	Estável e sem infecção actual.	Lembrar de levar medicação habitual e SOS na bagagem de cabine.
<b>Hipertensão Pulmonar</b>	Classificação funcional NYHA IV.	NYHA I. NYHA II: ponderar aceitação com oxigénio suplementar contínuo durante o voo. NYHA III: ponderar aceitação sempre com oxigénio suplementar contínuo durante o voo.	NYHA IV: em princípio, só evacuação aérea em aeronave sanitária.
<b>Malformações arteriovenosas pulmonares</b>	Se hipoxemia severa (SpO <sub>2</sub> <80%) em terra.		Considerar oxigénio suplementar durante o voo.
<b>Neoplasia maligna</b>	Se: sob tratamento ativo (radio- ou quimioterapia), ou com efusão/derrame pleural, ou com dispneia em terra, ou hemoptises significativas.	Assintomático.	Considerar recomendar a médico assistente anticoagulação profilática. Ponderar eventual oxigénio suplementar durante o voo, se limitação funcional significativa.
<b>Neuromuscular (doença)</b>	Restrição respiratória extrapulmonar severa. Necessidade de ventilação no domicílio.		Considerar oxigénio suplementar durante o voo. Considerar aceitar uso de ventilador próprio portátil, desde que bem adaptado, autónomo; poderá ser necessário <i>travel companion</i> capaz de ajudar a manejá-lo.
<b>Pneumonia</b>	Com sintomas ou em fase contagiosa.	Recuperação total ou, se a radiografia ainda apresentar sinais característicos, deverá estar assintomático.	Considerar oxigénio suplementar durante o voo, sobretudo se episódio grave muito recente, passageiro idoso e voo de longo curso.
<b>Pneumotórax</b>	≤ 6 dias após insuflação total.	≥ 7 dias após insuflação completa, se pneumotórax <u>espontâneo</u> .	Obter confirmação médica de reabsorção total de ar

## DAS SOCIEDADES PORTUGUESA E BRASILEIRA DE MEDICINA AEROESPACIAL (SMAPOR E SBMA)

### OMAC.01.01 | ACEITAÇÃO DE PASSAGEIROS DOENTES OU INCAPACITADOS EM VOOS COMERCIAIS DE LINHA AÉREA

(espontâneo ou traumático)		<p>≥ 14 dias após insuflação completa, se pneumotórax <u>traumático</u>.</p> <p>Considerar aceitar antes daqueles intervalos, se o estado geral for adequado, possuir válvula/dreno tipo Heimlich e for acompanhado por médico ou enfermeiro.</p>	<p>comprovada radiologicamente.</p> <p>Emergiu recentemente alguma evidência que aponta para poder vir a considerar-se um intervalo mais curto: 72 horas após remoção de dreno (Zonies D et al, 2018). Tal evidência não se encontra replicada nem validada no contexto aeronáutico civil – recomenda-se seguir a evolução desta discussão.</p>
<b>Tuberculose</b>	Se não tratada, ou nas duas primeiras semanas de tratamento	Após duas semanas de tratamento apropriado, com evidência de resposta ao mesmo e estando assintomático.	Evidência de não-contagiosidade por via aérea é fundamental.
<b>Ventilador (uso de)</b>		Ponderar aceitar casos crónicos com estabilidade de longa duração e com ventilação apenas com ar ambiente.	Deverá ser garantida autonomia de funcionamento (baterias) e de uso (pelo próprio e/ou por <i>travel companion</i> ).



## PATOLOGIA HEMATOLÓGICA

Diagnóstico	Avaliação médica aeronáutica		Comentários
	Não aceitação*	Aceitação em princípio	
<b>Anemia</b>	Hemoglobina < 8,5 g/dl (5,3 mmol/L), exceto se devida a doença crónica estável.	Hemoglobina ≥ 8,5 g/dl (5,3 mmol/L). Considerar hemoglobina < 8,5 g/dl se: <ul style="list-style-type: none"> <li>doença crónica estável;</li> <li>doença recente mas sem hemorragia ativa e desde que com acompanhamento por profissional de saúde e oxigénio suplementar durante o voo.</li> </ul>	Se anemia aguda: <ul style="list-style-type: none"> <li>deve estar sem hemorragia ativa e</li> <li>hemoglobina a considerar deve ser obtida 24h ou mais <u>após</u> a última perda de sangue.</li> </ul>
<b>Anemia falciforme ou drepanocitose</b>	Crise falciforme nos últimos 9 dias.	≥10 dias após crise	Precisa sempre de oxigénio suplementar durante o voo.
<b>Leucemia Linfoma</b>	Se sob tratamento ativo de radio- ou quimioterapia ou com anemia significativa concomitante (ver Anemia).	Ver indicações para Anemia relativas a oxigénio suplementar.	Ver também Neoplasia Maligna em Patologia Respiratória, se aplicável.
<b>Trombofilia</b>	Se <ul style="list-style-type: none"> <li>acumulação significativa de fatores de risco para trombose venosa profunda concomitantes e não controlados (história de eventos trombóticos anteriores, idade, obesidade, tabagismo, imobilização prolongada prévia, varizes, neoplasia maligna, etc.)</li> <li>e</li> <li>duração do voo superior a 3-4 horas.</li> </ul>	Ponderar sugerir a médico assistente considerar heparina de baixo peso molecular, caso passageiro não faça já anticoagulação regular, para além de cuidados gerais (meias de compressão, hidratação e mobilização durante o voo).	Ver também quadro de Patologia Cardiovascular /Circulatória.

PATOLOGIA GASTROINTESTINAL			
Diagnóstico	Avaliação médica aeronáutica		Comentário
	Não aceitação*	Aceitação em princípio	
Apendicectomia	≤ 4 dias	≥ 5 dias, se não complicada.	
Cirurgia Abdominal Aberta	≤ 9 dias	≥ 10 dias, se não complicada.	Ex.: histerectomia, nefrectomia, etc
Cirurgia laparoscópica	≤ 4 dias	≥ 5 dias, se não complicada.	Ex.: colecistectomia.
Laparoscopia diagnóstica	< 24 horas	≥ 24 horas (com gás absorvido).	Desde que apenas para diagnóstico.
Sangramento do trato Gastrointestinal	≤ 24 horas	≥ 10 dias	Ver também Anemia. 1-9 dias: sangramento deve necessariamente ter cessado (evidência endoscópica ou por subida consistente de hemoglobina).

## PATOLOGIA OTORRINOLARINGOLÓGICA

Diagnóstico	Avaliação médica aeronáutica		Comentário
	Não aceitação*	Aceitação em princípio	
Amigdalectomia	≤ 10 dias		Mesmo com boa evolução do pós-operatório, existe risco significativo de sangramento entre o 1º e 2º e entre o 7º e 10º dias do pós-operatório.
Cirurgia da orelha/ouvido média/o	≤ 9 dias	≥ 10 dias com avaliação e laudo do médico otorrinolaringologista.	Ex.: estapedectomia.
Otite Média Sinusite	Quadros agudos ou com disfunção tubária.	Se capaz de equalizar orelhas/ouvidos.	Passagens nasais devem manter-se bem desobstruídas.

PATOLOGIA OFTALMOLÓGICA			
Diagnóstico	Avaliação médica aeronáutica		Comentário
	Não aceitação*	Aceitação em princípio	
Cirurgia de Catarata ou da Córnea (laser)	Em torno de 24 horas.	≥24 horas	
Cirurgia IntraOcular	≤ 6 dias	≥7 dias	Se gás injetado deve ser absorvido: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gás SF6, mínimo de 2 semanas;</li> <li>• Gás C2F6 e C3F8, mínimo de 6 semanas.</li> </ul>
Lesão IntraOcular	≤ 6 dias		Se houve gás injetado, este deve ter sido reabsorvido.

## PATOLOGIA NEUROLÓGICA

Diagnóstico	Avaliação médica aeronáutica		Comentário
	Não aceitação*	Aceitação em princípio	
<b>AIT</b> (acidente isquémico transitório)	≤ 2 dias	A partir do 3º dia e após avaliação apropriada.	Considerar oxigénio suplementar durante o voo, sobretudo se idoso e episódio muito recente.
<b>AVC</b> (acidente vascular cerebral)	≤ 4 dias	≥ 5 dias após o evento, se estável ou com evolução positiva e acompanhado por enfermeiro.	Nas <u>primeiras 2 semanas</u> após o AVC, deve receber oxigénio suplementar durante o voo. Se recuperação sem complicações: enfermeiro pode não ser necessário.
<b>Cirurgia intracraniana</b>	≤ 9 dias	≥ 10 dias, desde que bom estado geral e sem evidência de ar no interior da cavidade craniana.	Obter confirmação médica de reabsorção total de ar comprovada imagiologicamente.
<b>Crise de grande mal epiléptico</b>	< 24 horas	≥ 24 horas se em geral bem controlada.	Lembrar de levar medicação habitual e SOS na bagagem de cabine e prevenir hipoglicemia.
<b>Deficit cognitivo/ Demências</b>	História de alucinações, comportamento paranóide, agressivo ou desinibido, desorientação, agitação em ambientes familiares, deambulação, ansiedade significativa.	Limitações ligeiras, funcionalidade independente e vivendo autonomamente fora de instituição. Sem paranóia, comportamento agressivo, deambulação ou agitação significativas. Sem alteração ou deterioração desde viagem recente.	Considerar apoio de uma companhia na viagem ( <i>travel companion</i> ). Lembrar de levar medicação habitual e SOS na bagagem de cabine.

## PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA

Diagnóstico	Avaliação médica aeronáutica		Comentário
	Não aceitação*	Aceitação em princípio	
<b>Psicose Aguda</b>	Episódio de mania, esquizofrenia, etc., nos últimos 30 dias.		Devido a segurança, considerar acompanhante ( <i>travel companion</i> ).
<b>Doença Psiquiátrica Crónica</b>	Avaliar risco de piora durante o voo.	Bem controlada com medicação e paciente com autonomia total.	Considerar eventual acompanhante ( <i>travel companion</i> ) que lhe seja familiar. Lembrar de levar medicação habitual e SOS na bagagem de cabine.

## GRAVIDEZ E NEONATOS

Diagnóstico	Avaliação médica aeronáutica		Comentário
	Não aceitação*	Aceitação em princípio	
<b>Aborto ou Perda fetal</b>	Com sangramento ativo.	Quadro estável, sem sangramento ou dor por no mínimo um período de 24 horas.	
<b>Feto único sem complicações</b>	Após 36 semanas.	Menos de 36 semanas: não necessita de Medif. Ponderar, após as 36 semanas, caso se trate de um voo de curta duração.	Aconselhar sempre ser portadora de declaração/laudo do médico assistente com o número de semanas de gestação.
<b>Gestação com complicações</b>	Avaliação individual dos casos.	Avaliação individual dos casos.	
<b>Gestação gemelar sem complicações</b>	Após 32 semanas.	Menos de 32 semanas: não necessita de Medif. Ponderar, após as 32 semanas, caso se trate de um voo de curta duração.	Aconselhar sempre ser portadora de declaração/laudo do médico assistente com o número de semanas de gestação.
<b>Recém-nascido</b>	Menos de 48 horas de vida ou em caso de necessidade de incubadora ou suporte ventilatório.	Recém-nascido saudável pode voar após 48 horas de vida, mas preferencialmente após o 7º dia de vida.	Ponderar outros critérios de aceitação, caso seja possível transporte de incubadora certificada aeronauticamente e com acompanhamento de profissional de saúde especializado.

TRAUMA E PATOLOGIA ORTOPÉDICA			
Diagnóstico	Avaliação médica aeronáutica		Comentário
	Não aceitação*	Aceitação em princípio	
<b>Gesso</b>	< 48 horas se: membro inferior ou cintura pélvica, gesso não bi-valvulado e voo > 2 horas.	<u>Membro superior</u> mantido em suspensão adequada.  <u>Membro inferior ou cintura pélvica:</u> após 48 horas. Antes: se gesso aberto e possibilidade de manter membro inferior elevado na maior parte do voo ( <i>extra seat</i> ).	Considerar recomendar profilaxia de trombose venosa profunda em cirurgia ortopédica <i>major</i> , especialmente nas primeiras 6 semanas e em voos mais longos. • Fratura de fêmur, colo de fêmur: • Ver também Anemia. • Considerar maca (ver Maca em IV. Serviços Especiais).
<b>Cirurgia de coluna vertebral</b>	≤ 7 dias	> 7 dias após cirurgia.	Passageiro deve ser capaz de usar o assento da aeronave na posição vertical quando necessário, tolerar turbulências e vibrações associadas a operação de voo, utilizar colete salva-vidas em caso de emergência.
<b>Queimados</b>	Se em estado de choque ou com infecção disseminada.	Se quadro clínico estável.	
<b>Ventilação Mecânica</b>		Quadros estáveis com necessidade de ventilação apenas com ar ambiente.	Gravemente enfermos devem ser avaliados criteriosamente.



PATOLOGIAS VÁRIAS			
Diagnóstico	Avaliação médica aeronáutica		Comentário
	Não aceitação*	Aceitação em princípio	
Cirurgia plástica			Ponderar certos tipos de intervenção, como abdominoplastia ou gluteoplastia, em termos de risco tromboembólico e de efeito de pressão prolongada sobre zonas recentemente operadas ou próteses recentemente colocadas.
Descompressão (doença de)	Quadros sem tratamento e/ou sintomáticos.	3 dias após último tratamento se manifestações leves (Tipo I). 7 dias após último tratamento para manifestações graves (Tipo II).	Ponderar consultar especialista em medicina hiperbárica.
Doença em fase aguda infecciosa, infecto-contagiosa ou de notificação obrigatória	Durante período de contágio**		
Doença terminal	Avaliação caso a caso.		
Quimioterapia	Terapia ativa.		Só por si não constitui contra-indicação para o voo. Apenas é impeditivo de voar durante o período de administração ativa de agente citotóxico, especialmente de libertação prolongada e por acesso venoso.

## DAS SOCIEDADES PORTUGUESA E BRASILEIRA DE MEDICINA AEROESPACIAL (SMAPOR E SBMA)

### OMAC.01.01 | ACEITAÇÃO DE PASSAGEIROS DOENTES OU INCAPACITADOS EM VOOS COMERCIAIS DE LINHA AÉREA

<b>Terapia com Radionuclidos</b>	Avaliação caso a caso.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamentos com iodo radioativo, em geral:<ul style="list-style-type: none"><li>• a partir de 4 dias após o tratamento (se voo <math>\leq</math> 2 horas)</li><li>• a partir de 7 dias após o tratamento (se voo <math>&gt;</math> 2 horas)</li></ul></li><li>• Braquiterapia permanente: com certificação de que são satisfeitos os requisitos para contacto próximo.</li></ul>	Consultar orientações nacionais e internacionais aplicáveis. O plano de viagem deve ser revisto com um especialista em radioterapia. A avaliação deve presumir uma distância de 30 cm entre passageiros, um voo completamente cheio e, em termos de tempo, pelo menos 30 minutos adicionais.
----------------------------------	------------------------	--	---

\* Deve entender-se não aceitação em princípio. Em geral poderá ser considerada a aceitação em condições especiais em que haja garantia de acompanhamento médico com equipamento de urgência autónomo adequado assegurando autonomia de atuação sem afetar o normal decorrer do voo (ex.: passageiro em maca e médico com experiência em emergências na área em questão e portador na sua bagagem de cabine de desfibrilador com baterias, bem como de restante medicação e equipamento médico de urgência). Nestes casos excecionais haverá que confirmar atempadamente que as condições logísticas e operacionais do voo são também compatíveis com a aceitação. Tipicamente são casos muito raros e contextualizados por serviços de seguro de viagem / evacuações médicas.

#### **\*\* Períodos de contágio/transmissão de referência**

##### **(doenças pediátricas)**

###### **Catapora/Varicela**

5 dias antes do início do exantema, até 6 dias após o aparecimento da última vesícula.

###### **Caxumba/Papeira**

3 dias antes dos sinais até 7 dias após.

###### **Difteria**

2-3 semanas. Boa evolução de tratamento precoce com antibióticos.

###### **Escarlatina**

10-21 dias após exantema. Menor com o início precoce de penicilina.

###### **Rubéola**

7 dias antes do exantema e até 4 dias após.

###### **Sarampo**

Desde o pródromos e até 4 dias após o aparecimento do exantema.

###### **Tosse Comprida/Convulsa**

7 dias após contágio e até 3 semanas após início dos sintomas; diminui para 7 dias se início precoce de antibiótico.