

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS-SES/AM  
COMPLEXO REGULADOR DO ESTADO DO AMAZONAS**

**PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES  
CRÍTICOS EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO (UTI) COM REMOÇÃO  
AEROMÉDICA.**

**Manaus, 2025**



Wilson Miranda Lima  
**Governador do Estado do Amazonas**

Nayara de Oliveira Maksoud Moraes  
**Secretária de Estado da Saúde do Amazonas – SES -AM**

Roberto Maia Bezerra  
**Coordenador Estadual de Regulação do Amazonas**

Dulcilene Diniz de Menezes Silva  
**Coordenadora de Regulação de Internação e Urgência**

**2ª Edição**

**Revisão 2025**

**Equipe de Elaboração:**

Dulcilene Diniz de Menezes Silva

Mariela Rodrigues Alves M Macedo - Gerente da Central de Urgência e Emergência

Nathália Mendes Avelino - Gerente da Central de Internação

**Colaboradores:**

Adriana Drumond Sardinha Crispim Rodrigues – Médica Reguladora

César Dirceu Façanha Neto – Médico Regulador

Eduardo Melo De Mesquita – Médico Regulador

Felipe Alves Barbosa – Médico Regulador

João Paulo Santos Lima – Enfermeiro Supervisor

Kátia Batista De Oliveira – Médica Reguladora

Leonardo Guilherme Lobato – Médico Regulador

Osmar Brasil – Médico Regulador

Alex da Silva e Silva – Médico Regulador

## 1. INTRODUÇÃO

O Estado do Amazonas cobre uma área vasta, correspondente a 1.571.000 km<sup>2</sup>, o que representa cerca de 18,31% do território nacional. Apesar da grande área territorial, o Amazonas tem uma densidade populacional bastante baixa, sendo a segunda menor do país, com apenas 2,53 habitantes por quilômetro quadrado. O Amazonas, com seus 62 municípios e comunidades ribeirinhas, apresenta um desafio único no acesso aos serviços de saúde.

Explorar essa região significa enfrentar uma diversidade cultural e geográfica marcante, onde diferentes culturas e tradições se entrelaçam. A vasta dispersão populacional e o território extenso, atravessado por uma intrincada rede de rios e coberto pela maior floresta tropical do mundo, exacerbam as disparidades no acesso aos serviços de saúde, tornando-o um grande obstáculo para a população local.

É importante salientar que as transferências são realizadas em todo o país, porém devem ser atendidas as características de cada local. No Estado do Amazonas, as estradas são, prioritariamente, fluviais, dessa forma, os principais modos de transferências são através de barcos e aviões. Na região, há 62 municípios, alguns deles isolados pelos rios, em especial, as comunidades ribeirinhas, onde existe a estrutura precária e deficiente do sistema de saúde. Além disso, essa região pode sofrer por períodos de chuvas e mudanças nos níveis dos rios, dificultando a assistência, o que contribui para a falta de estrutura das embarcações, falta de profissionais e longos percursos.

Com o objetivo de reduzir diferenças territoriais, a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas redesenha a geografia da saúde no Estado por intermédio da resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº 59, de 20 de junho de 2011, que estabelece a divisão geográfica por regiões de saúde de acordo com as calhas dos rios que banham cada região (Quadro 1 e 2). Essa proposta de divisão buscou facilitar o acesso dos usuários ao município polo da regional (referência), requerendo deste a solicitação de transferência do paciente por via terrestre, fluvial ou aérea para à capital Manaus.

QUADRO 1

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Número de Municípios	População	% Pop.	Área Territorial Km <sup>2</sup>	Dens. Demog. hab/Km <sup>2</sup>
CENTRAL	Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	12	2.401.411	61%	365.274	6,57
	Rio Negro e Solimões	8	273.152	7%	157.197	1,74
	Purus	5	136.736	3%	250.416	0,55
<b>Subtotal Macrorregião Central</b>		<b>25</b>	<b>2.811.299</b>	<b>71%</b>	<b>772.887</b>	<b>3,64</b>
LESTE	Madeira	5	188.932	5%	221.083	0,85
	Médio Amazonas	6	179.565	5%	58.385	3,08
	Baixo Amazonas	5	232.548	6%	68.395	3,40
<b>Subtotal Macrorregião Leste</b>		<b>16</b>	<b>601.045</b>	<b>15%</b>	<b>347.863</b>	<b>1,73</b>
OESTE	Juruá	6	128.161	3%	93.205	1,38
	Triângulo	6	139.095	4%	131.991	1,05
	Alto Solimões	9	262.013	7%	213.311	1,23
<b>Subtotal Macrorregião Oeste</b>		<b>21</b>	<b>529.269</b>	<b>13%</b>	<b>438.507</b>	<b>1,21</b>
<b>Total Estado do Amazonas</b>		<b>62</b>	<b>3.941.613</b>	<b>100%</b>	<b>1.559.257</b>	<b>2,53</b>

Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas - DPE. Coordenação de População e Indicadores Sociais.

QUADRO 2

## REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DO AMAZONAS



De acordo com a Portaria MS 2048/2002, a competência técnica do médico regulador se sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os

diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes.

A regulação assistencial tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo Complexo Regulador (CR) e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em classificação de risco e critérios de priorização.

O transporte aeromédico de pacientes críticos configura-se como uma estratégia indispensável para a garantia da equidade no acesso às redes de atenção à saúde, especialmente em contextos nos quais a gravidade do quadro clínico e as barreiras geográficas impõem limitações à resolutividade assistencial. Trata-se de uma modalidade de transporte sanitário de alta complexidade, que demanda rigor técnico, articulação entre serviços e regulação efetiva para a segurança e continuidade do cuidado.

Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou hidroviário) exclusivamente destinado ao transporte de enfermos. As dimensões e outras especificações do veículo deverão obedecer às normas da ABNT. As ambulâncias para transporte aeromédico são classificadas em Tipo E - Aeronave de transporte médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte de pacientes por via aérea, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil - DAC.

Inserido nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o transporte aeromédico se configura como recurso estratégico para situações tempo-dependentes, desassistências territoriais e emergências com risco iminente de vida. Estudos apontam que a organização de protocolos regionais, a capacitação das equipes e a integração com as centrais de regulação são determinantes para a efetividade e segurança desse tipo de intervenção.

## **2. DIRETRIZES E LEGISLAÇÕES APLICÁVEIS**

O transporte aeromédico no âmbito do SUS está amparado por um conjunto de normativas e diretrizes nacionais, que orientam a sua execução com foco na segurança do paciente, na qualidade do atendimento e na regulação da oferta.

As principais legislações e referenciais são:

- Portaria GM/MS nº 2.048/2002: Estabelece o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência, incluindo diretrizes para o transporte inter-hospitalar;

- Portaria nº 354/2019-GSUSAM, define a organização do Acesso de Pacientes em Estado Crítico à Rede Hospitalar de Atenção à Urgências e Emergências da capital Manaus, no Estado do Amazonas;
- A Resolução CFM no 1.671/03, que regulamenta a atendimento pré-hospitalar (APH) na área da urgência e emergência;
- Resolução CFM nº 1.672/2003: Dispõe sobre o atendimento médico em unidades móveis, incluindo suporte avançado;
- Resolução CFM nº 2.156/2016: Estabelece regras para o transporte de pacientes graves e uso de aeronaves;
- Portaria GM/MS nº 2.862/2023: Dispõe sobre os componentes da Rede de Atenção às Urgências e organização regional;
- Portaria GM/MS nº 2.862/2023 – que trata da Política Nacional de Terapia Intensiva;
- Resolução COFEN no 660/2021, normatiza a atuação do enfermeiro na assistência direta e no gerenciamento do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel e Inter-hospitalar em veículo aéreo;

A observação dessas normativas é essencial para garantir a legalidade, a qualidade e a segurança na execução das remoções aeromédicas.

---

### 3. OBJETIVOS

Este protocolo tem como objetivo:

- Estabelecer diretrizes técnico-operacionais para solicitação, indicação e realização do transporte aeromédico de pacientes críticos;
- Subsidiar e orientar as instituições envolvidas no processo das remoções inter-hospitalares, a saber: os hospitais solicitantes, hospitais executantes e prestadores de serviço complementar de remoção aérea e terrestre em âmbito Estadual;
- Padronizar os critérios de solicitação por sistema orgânico ou condição clínica;
- Garantir segurança e continuidade assistencial;
- Otimizar o uso racional dos recursos públicos;
- Promover acesso equitativo.

---

### 4. FLUXO OPERACIONAL DE SOLICITAÇÃO DA REMOÇÃO AÉREA EM UTI

O gerenciamento das informações é feito por um sistema de informação operacional de acesso via web chamado SISTER (Sistema de Transferências de Emergências Reguladas), atualizado rotineiramente conforme informações fornecidas pelos usuários solicitantes e executantes, e profissionais reguladores.

O médico regulador executa a regulação baseado em normas, critérios, diretrizes clínicas e protocolos, além do conhecimento pleno dos fluxos de acesso aos serviços.

O serviço hospitalar do município de origem (unidade solicitante) do paciente deverá solicitar abertura de um “CHAMADO” através do preenchimento do formulário “Transferência do Interior para Manaus” no SISTER, padronizado pelo Complexo Regulador. A inserção de formulários no sistema ocorrerá de acordo com a gravidade do paciente no leito de origem, avaliada pelo médico assistente local.

A indicação do tipo de transporte deve ser realizada pelo médico assistente no hospital de origem do paciente, informando no formulário SISTER a necessidade do Serviço Estadual de Remoção Aérea - UTI Aérea (Solicitação de transporte em UTI Móvel Aérea).

O médico do CR avaliará a solicitação podendo validar/deferir o formulário, ou devolver/indeferir para o complemento das informações, se achar necessário. Contudo, a autorização e priorização no SISTER, será de acordo com critérios técnicos e clínicos estabelecidos pela equipe do CR.

Durante a regulação, o médico avaliará se o chamado está compatível com os critérios para remoção em UTI aérea. Caso a solicitação não se enquadre nos critérios técnicos, será sugerido outro modal de transporte (aéreo comercial, terrestre ou fluvial) mais adequado, levando em consideração a geolocalidade.

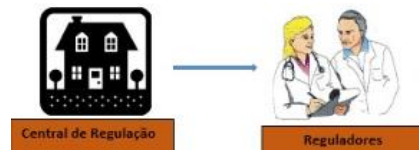
As informações inseridas no SISTER serão de responsabilidade da unidade solicitante, e qualquer não conformidade poderá interferir na tomada de decisão do médico regulador e no prognóstico do paciente.

Atendidos os requisitos descritos neste protocolo e com o atendimento assegurado no serviço de referência, confirmado pelo CR, se dará prosseguimento à solicitação do transporte. O médico regulador avaliará e classificará os chamados em :Muito alto, Alto e Médio, podendo haver alterações de acordo com o quadro clínico do paciente durante o processo regulatório. Se, durante a evolução, o paciente perder critérios de elegibilidade ou passar a atender critérios de contraindicação, ele poderá ser retirado da fila de UTI aérea.

Caso haja concomitância de solicitações, com a mesma gravidade, a prioridade seguirá esta ordem: neonatal, pediátrica e adulto. E nos casos de igual prioridade, será levado em conta a capacidade instalada do município na tomada de decisão.

Nos casos em que houver pedido de cancelamento da remoção pela unidade solicitante, por qualquer motivo, deverá ser registrado via SISTER para ciência da equipe do CR.

## 5. RESPONSABILIDADES E O PROCESSO DE REMOÇÃO AÉREA



### Equipe da Central de Regulação/Médico Regulador

O Complexo Regulador do Amazonas é o espaço institucional da Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas responsável em coordenar o transporte de pacientes críticos em UTI aérea até a unidade executante.

Funciona em caráter de plantão, 24 horas por dia, todos os dias da semana, e faz a regulação de acesso ao leito hospitalar existentes nas unidades próprias, contratualizadas e complementares a rede do SUS do Estado do Amazonas.

### ***Responsabilidades do regulador:***

- Conhecer protocolos e diretrizes clínicas;
- Conhecer os perfis das unidades solicitantes e executantes;
- Conhecer e priorizar as ofertas por região de saúde;
- Conhecer a Resolução do CFM nº 1672/2003 e a Portaria do MS nº 2048/2002.
- Exigir o correto e completo preenchimento dos laudos e formulários para regulação e transporte do paciente;
- Acionar unidade executante do atendimento, assim como, o transporte terrestre adequado para resgate do paciente no aeródromo informado como origem;
- Utilizar o conceito de “vaga zero”, definido na Portaria GM/MS no 2048/2002, também nos casos de regulação inter-hospitalares, quando a avaliação do estado clínico do paciente e da disponibilidade de recursos loco-regionais o tornem imperativo.

### Equipe/Médico da Unidade Hospitalar Solicitante



A Equipe/Médico assistente da Unidade Solicitante será responsável pelo cuidado assistencial direto ao paciente antes da chegada da equipe de remoção terrestre/fluvial e organizar todas as documentações necessárias para a rápida transferência.

***Responsabilidades da unidade solicitante:***

- Utilizar plenamente seus recursos antes de acionar o CR ou outros serviços do sistema regional;
- Não remover paciente em risco iminente de morte, sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento respiratório, hemodinâmico e outras medidas urgentes específicas para cada caso;
- Estabilizar o paciente efetuando as intervenções diagnósticas e terapêuticas que se prevejam necessárias durante o transporte, levando sempre em consideração os riscos do transporte;
- Informar ao paciente e/ou seu representante legal sobre a sua condição clínica e a necessidade de transferência para unidade com maior suporte, obtendo seu consentimento expresso;
- Disponibilizar prontuário do paciente contendo registro das informações relativas ao atendimento prestado, diagnóstico, condutas realizadas e as condutas terapêuticas adotadas, assinado pelo médico solicitante, constando assinatura e CRM legíveis;
- Realizar o transporte terrestre do paciente após estabilização do mesmo, visto que não é responsabilidade da equipe do aeromédico se deslocar até a unidade solicitante para tal, além de diminuir o tempo de solo da aeronave e não gerar atrasos ou cancelamentos de outras remoções;
- Atualizar diariamente a evolução do paciente no SISTER nos horários estabelecidos ou sempre que solicitado, a fim de otimizar o planejamento das remoções diárias.



**Equipe/Médico da UTI Aérea**

O Estado terceiriza o serviço de remoção complementar em UTI aérea através de credenciamento com empresa prestadora do serviço. A empresa é responsável pela prestação de serviços de remoção de pacientes em ambulância TIPO E - Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa, para atendimento no território do Estado do Amazonas.

A Equipe/Médico da UTI Aérea deve informar ao Médico Regulador caso as condições clínicas do paciente, no momento da recepção do mesmo para transporte, não sejam condizentes com as informações que foram fornecidas pela Equipe/Médico da Unidade Solicitante ao Médico Regulador/Autorizador.

A responsabilidade da assistência ao paciente em remoção é da Equipe do Serviço de Remoção Aérea até que ele seja recebido pela equipe do transporte terrestre.

### **Responsabilidades da equipe/médico UTI aérea:**

- Verificar diariamente e atender as remoções autorizadas pelo Médico Regulador no SISTER;
- Receber o paciente a ser removido no Aeródromo do Município de origem diretamente da Equipe/Médico da Unidade Hospitalar Solicitante, assim como o seu prontuário e as informações pertinentes ao caso;
- Providenciar e renovar equipamentos e medicações necessários a serem utilizados durante a remoção, seguindo as normas técnicas estabelecidas na legislação vigente;
- Acompanhar o paciente durante o transporte aéreo do Aeródromo do Município de origem até o Aeródromo do Município de destino;
- Informar no sistema as informações da remoção aérea até a chegada do paciente no Aeródromo do Município de destino e recebimento pela equipe da Remoção Terrestre;
- Informar, via SISTER, o cancelamento da remoção de chamado previamente autorizada, notificando imediatamente o motivo ao Médico Regulador;
- Informar quando o voo não for seguro (segundo a seção de operações do Grupo Tático Aéreo), devido as condições meteorológicas inadequadas e condições inadequadas do aeródromo (ausência de balizamento noturno).



### **Equipe/Remoção Terrestre em UTI**

#### ***Responsabilidades da equipe de remoção terrestre:***

- Acompanhar o chamado no SISTER a fim de resgate em tempo oportuno, sinalizado pela equipe do Aeromédico (previsão de chegada informado);

- Disponibilizar viaturas de transporte de suporte básico ou avançado, de acordo com o julgamento e determinação do médico regulador/equipe aeromédica, garantindo suporte adequado até a unidade executante;
- Transportar e aguardar o acolhimento pela equipe da Unidade Executante.

### Equipe/Médico da Unidade Hospitalar Executante



#### *Responsabilidades da unidade executante:*

- Preparar a sua equipe para o acolhimento rápido e eficaz dos pacientes que estão em trânsito para a unidade;
- Cumprir a determinação do médico regulador sobre o encaminhamento dos pacientes que necessitem de internação e continuidade de tratamento ou qualquer outro recurso especializado existente na unidade, independentemente da existência de leitos vagos ou não – conceito de “vaga zero”.

---

## 6. INDICAÇÕES E DIRETRIZES TÉCNICAS POR CONDIÇÃO CLÍNICA

A definição dos critérios de escolha modal de Transporte em UTI aérea será baseada na combinação entre:

- ✓ Condição hemodinâmica ou respiratória que contraindique remoção terrestre ou fluvial;
- ✓ Necessidade de ventilação mecânica, drogas vasoativas e/ou sedação contínua durante o transporte;
- ✓ Risco iminente de deterioração clínica durante deslocamento;
- ✓ Nos casos em que a distância ou o tempo do transporte não aéreo comprometerem a sobrevida prevista;
- ✓ Indisponibilidade de recursos locais e logísticos.

A seguir, são apresentadas as principais doenças, diagnósticos e condições clínicas indicadas para transporte aeromédico, considerando critérios de gravidade, tempo de transporte e disponibilidade de suporte avançado na unidade de origem:

### **DOENÇAS/CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS**

- Rebaixamento do nível de consciência (Glasgow < 09);
- Acidente Vascular Cerebral Não especificado (AVC NE) com instabilidade hemodinâmica ou respiratória;
- Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) em janela terapêutica para trombólise ou trombectomia;
- Lesão neurológica com indicação neurocirúrgica de urgência;
- TCE grave ou moderado com sinais de hipertensão intracraniana, e/ou com necessidade de avaliação neurocirúrgica;
- Estado de mal epiléptico refratário;
- Lesão medular aguda com instabilidade clínica;
- Meningites refratárias ao tratamento clínico ou com suspeita de complicações.

### **DOENÇAS/CONDIÇÕES CARDIOVASCULARES**

- Paciente crítico com comprometimento da hemodinâmica;
- Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com menos de 24h de evolução ou com instabilidade hemodinâmica;
- Arritmias ventriculares refratárias ao tratamento convencional;
- BAVT com instabilidade hemodinâmica;
- Dissecção aguda da aorta;
- Choque cardiogênico;
- Edema agudo de pulmão com hipoxemia refratária.

### **DOENÇAS/CONDIÇÕES PULMONARES E VIAS RESPIRATÓRIAS**

- Insuficiência respiratória aguda grave, especialmente sob ventilação mecânica invasiva;
- Pneumotórax hipertensivo com instabilidade clínica após a drenagem;
- Asma grave com falência respiratória;
- Doença pulmonar obstrutiva crônica agudizada com falência respiratória;
- Síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA);
- Obstrução de vias aéreas superiores com comprometimento ventilatório.

### **DOENÇAS/CONDIÇÕES ONCOLÓGICAS OU HEMATOLÓGICAS**

- Neoplasias com complicação aguda ameaçadora à vida (ex: compressão medular, Síndrome da veia casa superior);
- Sangramento digestivo com instabilidade hemodinâmica;
- Hemorragia intracraniana aguda;
- Hemorragia maciça por coagulopatia ou plaquetopenia severa;
- Neutropenia febril com instabilidade hemodinâmica;
- Leucostase sintomática.

### **DOENÇAS/ CONDIÇÕES ENDÓCRINAS E METABÓLICAS**

- Cetoacidose diabética grave com rebaixamento de nível de consciência;
- Crise tireotóxica ou mixedematosa;
- Distúrbios acidobásicos e/ou eletrolíticos ameaçadores à vida, sem resposta às medidas clínicas instituídas.

### **DOENÇAS/CONDIÇÕES RENAIIS**

- Injúria renal aguda (IRA) com sobrecarga volêmica e edema agudo de pulmão associado ou não a distúrbios acidobásicos e/ou eletrolíticos ameaçadores à vida, sem resposta às medidas clínicas instituídas;
- Necessidade de diálise de urgência, estando indisponível este recurso na origem;
- IRA dialítica de causa obstrutiva.

### **DOENÇAS/CONDIÇÕES GASTROINTESTINAIS E/OU PÓS-OPERATÓRIO COMPLICADO**

- Abdome agudo com instabilidade ou sinais de peritonite;
- Hemorragia digestiva alta (HDA) com instabilidade refratária;
- Perfuração de víscera oca com sepse;
- Complicações pós-operatórias com necessidade de revisão cirúrgica urgente em unidade de maior complexidade;
- Isquemia mesentérica com risco de necrose intestinal.

### **DOENÇAS/CONDIÇÕES PEDIÁTRICAS**

- Insuficiência respiratória aguda com necessidade de alto fluxo de oxigênio ou em ventilação mecânica invasiva;
- Indicação de terapias de substituição renal;
- Uso de drogas vasoativas e necessidade de monitoramento hemodinâmico invasivo;
- Choque hipovolêmico, distributivo, cardiogênico ou obstrutivo;
- Cardiopatia congênita com instabilidade hemodinâmica ou necessidade de intervenção cirúrgica de urgência;
- Politraumatizado;
- TCE moderado ou grave;
- Pacientes cirúrgicos de alta complexidade.

### **DOENÇAS/CONDIÇÕES OBSTÉTRICAS**

- Eclâmpsia, pré-eclâmpsia ou Síndrome de HELLP;
- Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) de forma grave;
- Hemorragia obstétrica (DPP, placenta prévia, rotura uterina);
- Prolapso de cordão umbilical;

- Trabalho de parto prematuro abaixo de 34 semanas e sem suporte local;
- Embolia amniótica suspeita;
- Sofrimento fetal agudo;
- SRAG na gestante.

### **DOENÇAS/CONDIÇÕES NEONATAIS**

- Prematuridade abaixo de 34 semanas;
- Neonatos cirúrgicos: procedimentos de mielomeningocele, gastrosquise, ânus imperfurado e atresia de esôfago;
- Cardiopatia complexa neonatal;
- SRAG no recém-nascido (RN);
- Patologias respiratórias do RN:
- Taquipneia Transitória do Recém-Nascido (TTRN);
- Síndrome da Aspiração Meconial (SAM);
- Sepses neonatais;
- Síndrome do Desconforto do Recém-Nascido (SDRN).

### **DOENÇAS/CONDIÇÕES ORTOPÉDICAS**

- Vítima de esmagamento;
- Síndrome compartimental;
- Osteomielite fulminante com sepse;
- Fraturas instáveis com choque hemorrágico ou risco de perda de membro;
- Fratura de ossos longos com suspeita de embolia gordurosa;
- Fraturas expostas grau III;
- Fraturas e luxações instáveis de quadril;
- Amputação de uma ou mais extremidades que implique risco iminente à vida;
- Lesão medular aguda com urgência para descompressão cirúrgica.

### **OUTRAS DOENÇAS/CONDIÇÕES PATOLÓGICAS**

- Politrauma com instabilidade hemodinâmica ou respiratória;
- Trauma torácico com pneumotórax hipertensivo ou tamponamento ou contusão pulmonar extensa;
- Tórax instável;
- Trauma abdominal com hemorragia ativa;
- Vítima grave de explosão;
- Queimaduras extensas (>20–30% da SCQ em adultos ou >10–20% em crianças) ou comprometendo áreas críticas (face, mãos, períneo, grandes articulações) ou com suspeita de comprometimento de via aérea;

- Ferimento penetrante em tórax, abdome, pescoço e crânio com instabilidade hemodinâmica e/ou respiratória;
- Traumatismo facial ou ocular grave que comprometam a vida e/ou função;
- Intoxicação exógena aguda grave, na falta de tratamento específico;
- Acidente por animal peçonhento apresentando instabilidade clínica e/ou hemodinâmica e/ou respiratória e/ou evidência de síndrome compartimental ou na falta de antídoto;
- Paciente com indicação de Transplante de Órgãos autorizado pelo Sistema Nacional de Transplantes e Central Estadual de Transplante de Órgãos, hemodinamicamente estável e internado em Unidade de Terapia Intensiva – UTI.

**OBSERVAÇÕES:**

1. **Situações não previstas neste documento serão avaliadas pelo CR, considerando gravidade, viabilidade logística e disponibilidade de recursos locais;**
2. **Para os municípios com acesso terrestre à capital, será priorizado este tipo de remoção.**

---

## **7. CONTRAINDICAÇÕES PARA O TRANSPORTE DE PACIENTES PELO SERVIÇO DE REMOÇÃO AÉREA EM UTI**

### **CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS:**

- O risco do transporte é maior do que manter o paciente no local de origem;
- Paciente em parada cardiorrespiratória/óbito;
- Paciente em condição clínica de terminalidade, paliativa ou em situação irreversível, condições tais que a transferência não trará benefício ou mudança no curso da doença;
- Fraturas não complicadas;
- Diretivas de vontade antecipada (DVAs), com negativa de medidas invasivas ou recusa do familiar responsável;
- Paciente para avaliação eletiva com especialista;
- Paciente para cirurgia eletiva ou outros atendimentos eletivos.

### **CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS:**

- Paciente com estabilidade clínica plena e sem necessidade de suporte avançado;
- Infecção ou contaminação aguda em fase de contágio;
- Paciente agressivo, incluindo os casos de surto psiquiátrico e delirium hiperativo, não controlável;
- Abdome agudo ou pós operatório complicado;
- Pneumomediastino/Pneumotórax com repercussão hemodinâmica, não drenado;
- Gangrena gasosa;
- Cirurgia de catarata com menos de 7 dias;
- Perda sanguínea aguda para um hematócrito < 21%;

- Pacientes oncológicos com plaquetopenia < 20.000 mm<sup>3</sup> com sangramento ativo;
- Disponibilidade de transporte terrestre;
- Falta de acompanhante legal.

**OBSERVAÇÃO: As contraindicações relativas serão avaliadas criteriosamente pelo médico regulador, levando-se em consideração os recursos disponíveis e a capacidade instalada da unidade solicitante.**

---

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este protocolo será revisado periodicamente e sua aplicabilidade visa garantir a priorização ética, técnica e logística dos recursos disponíveis, com foco na segurança assistencial e resolutividade.

A decisão pela modalidade aérea deve sempre considerar a gravidade, o tempo-resposta, a distância e a estrutura dos serviços de origem e destino.

Cabe ao CR a análise técnica e logística da solicitação, promovendo a utilização eficiente dos recursos públicos e a resolutividade da assistência.

---

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

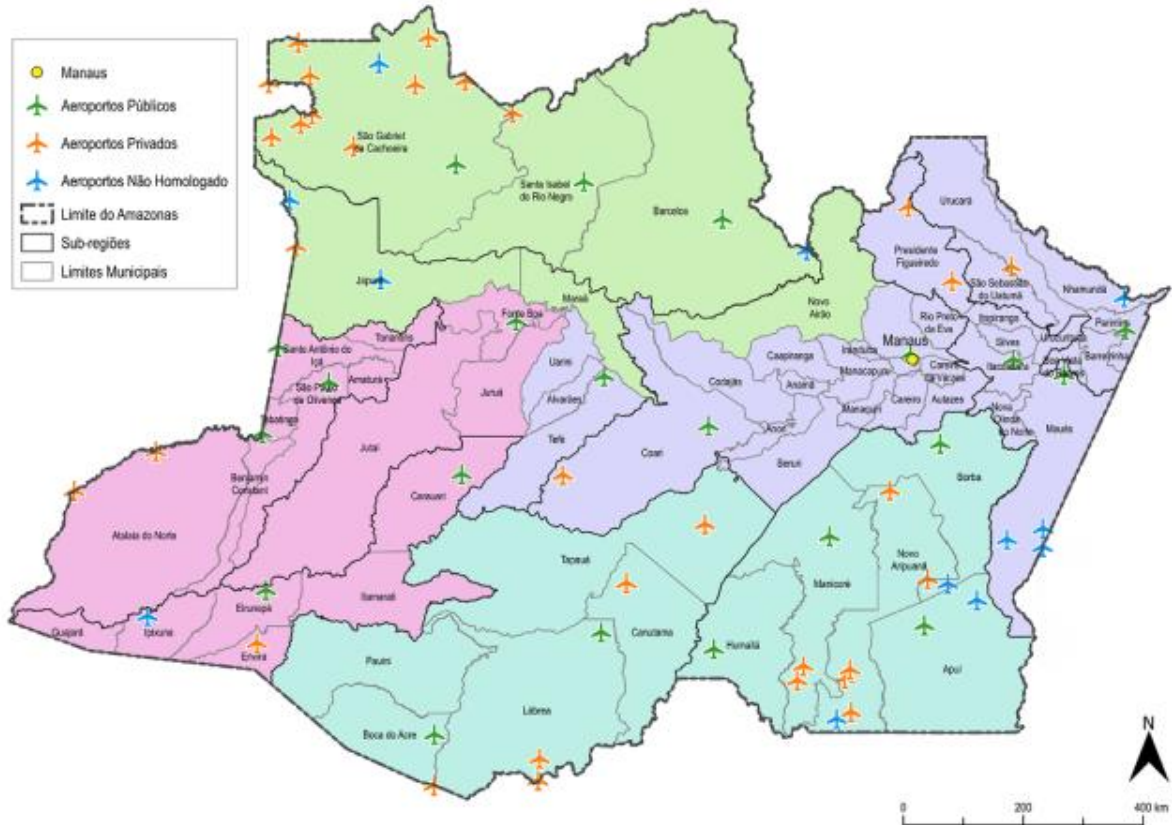
1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.862, de 28 de dezembro de 2023.
3. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.672, de 6 de julho de 2003.
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.156, de 17 de novembro de 2016.
5. Figueiredo AM, Lima Verde DD, Ferreira KMU, Coêlho PDL, Paiva SNS, Figueiredo SN, et al. Fatores associados ao manejo do paciente crítico durante a transferência do município de Coari para Manaus-Amazonas. Rev Cad Pedagógico. 2024;21(6):1-23. doi:10.54033/cadpedv21n6-249.
6. Governo do Estado de Rondônia. Protocolo Aeromédico do Estado de Rondônia. Porto Velho (RO): Governo do Estado; 2023.
7. Governo do Estado do Amazonas. Protocolo UTI Aérea do Estado do Amazonas. Manaus (AM): Governo do Estado; 2023.
8. Moreira SCS. Desafios e soluções no transporte aeromédico na Amazônia a bordo de aeronaves anfíbias: relato de duas décadas de experiência. [local desconhecido]: [publicador desconhecido]; [data desconhecida] [citado 2025 ago 11]. Disponível em:

<https://www.gov.br/anac/pt-br/centrais-de-conteudo/aeroportos-e-aerodromos/manuais-e-cartilhas/manual-de-pouso-e-decolagem-em-aerodromo-na-agua>.

9. Revista Flight & Tour. Translado aeromédico de pacientes críticos: ponderação com a segurança do paciente [Internet]. 2023 [citado 2025 Ago 11]. Disponível em: <https://revistaft.com.br/translado-aeromedico-de-pacientes-criticos-ponderacao-com-a-seguranca-do-paciente/>.
10. Vieira AS. Transporte aeromédico de pacientes no estado do Amazonas e fatores associados à complicação clínica durante o voo: estudo de coorte retrospectivo [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2023. 123 p.



## ANEXO 1 – AERPORTOS NO ESTADO DO AMAZONAS



**Elaboração cartográfica:** Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação - SEDECTI, 2023  
**Fonte:** Agência Nacional de Aviação Civil - ANAC, 2022

**ANEXO 2 – FLUXOGRAMA DE SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE PARA PACIENTE CRÍTICO EM UTI AEROMÉDICA**

