



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência

NOTA TÉCNICA Nº 99/2026-DAHUD/SAES/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Normatização técnica para realização do transporte neonatal de alto risco - recém-nascido que necessita ser transportado de unidades de baixa/média complexidade para unidades de alta complexidade e/ou dentro da própria unidade neonatal, no âmbito do sistema único de saúde e/ou saúde suplementar.

2. **ANÁLISE**

2.1. A Portaria GM/MS nº 2.048/2002, que é a principal norma do atendimento pré-hospitalar no Brasil e que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas de Urgência e Emergência, não aborda de forma detalhada o transporte neonatal, porém estabelece que pacientes em situação crítica devem ser atendidos por Unidades de Suporte Avançado, compostas por médico, enfermeiro e condutor. Dessa forma, o recém-nascido de alto risco se enquadra como paciente crítico, devendo ser transportado conforme os princípios do suporte avançado de vida. Em termos de materiais diz apenas que: "para o atendimento a neonatos deverá haver pelo menos uma Incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts). A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância e conter respirador e equipamentos adequados para recém-natos".

2.2. Assim, esse documento técnico normatiza o Transporte de Recém-nascido de Alto Risco (TRnAR) para os profissionais de saúde, médicos e equipe multiprofissional, visando a organização da atenção integral e humanizada aos recém-nascidos no momento em que necessitem serem transportados de unidades de menor complexidade para unidades de maior complexidade e, ainda, dentro da própria unidade neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde e/ou Saúde Suplementar.

2.3. A maneira mais segura de transportar um recém-nascido (RN) de risco é no útero materno. A mortalidade neonatal é menor quando o nascimento de um paciente de alto risco ocorre em centros terciários bem equipados em termos de recursos materiais e humanos. No entanto, o nascimento de um recém-nascido de alto risco/doente pode ocorrer em locais sem a presença de profissionais de saúde capacitados para o seu atendimento bem como sem a necessária infra-estrutura. Assim, é necessária sua remoção para propiciar condições para que o RN possa ser assistido em local com infra-estrutura adequada em termos de espaço físico, equipe profissional, equipamentos e recursos diagnósticos e terapêuticos, diminuindo seus riscos de morbidade e mortalidade em curto, médio e longo prazos. Esse transporte é chamado de INTER-HOSPITALAR e deve ocorrer de forma segura, respeitando os princípios da regionalização de cuidados neonatais especializados de cada Estado da Federação e Distrito Federal.

2.4. Temos, também, que considerar o transporte INTRA-HOSPITALAR, que é aquele realizado quando o recém-nascido é deslocado do local de nascimento para ser internado em Unidade Neonatal ou quando, já internado, necessita de transporte para realizar algum procedimento diagnóstico e/ou terapêutico.

2.5. A normatização do Transporte do Recém-nascido de Alto Risco está no contexto das boas práticas em neonatologia, meta do Ministério da Saúde em consonância ao Objetivo do Desenvolvimento Sustentável-ODS 2015-2030, de até 2030, *"acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos."*

2.6. Desta forma, é essencial o conhecimento e a habilidade nas práticas em TRnAR por parte dos profissionais que atendem recém-nascidos no momento da remoção. Essas práticas, apoiadas pelo Ministério da Saúde, baseiam-se nas melhores evidências científicas possíveis, nacionais e internacionais. No caso do Brasil temos como exemplo as Diretrizes do Transporte do Recém-nascido de Alto Risco do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) com milhares de pessoas capacitadas desde 2011. Por outro lado, a rede canadense de transporte neonatal é uma das mais estruturadas do mundo e usada como referência internacional.

2.7. Quanto a equipe, esta deve ser constituída por um médico, preferencialmente neonatologista, um enfermeiro e um condutor. Ressaltar a importância de que a equipe que transporta o recém-nascido seja a mais capacitada possível. Preferencialmente, ela deve ser constituída por profissionais de saúde do hospital de referência, os quais, em última análise, detêm a experiência e habilidade técnica necessárias ao cuidado neonatal. Outros arranjos na formação da equipe de transporte podem ser adotados desde que sejam profissionais treinados e capacitados no transporte neonatal de alto risco (SAMU, Bombeiro socorrista, empresas terceirizadas).

2.8. O transporte neonatal de alto risco deve estar em consonância ao processo de regionalização do atendimento obstétrico e neonatal, que delimita a área a ser atendida, analisa as maternidades existentes no território, além de observar as questões demográficas populacionais, as condições climáticas e a malha viária da região, em uma pactuação entre os gestores, serviços e profissionais de saúde, definindo as responsabilidades nos diferentes pontos do cuidado neonatal.

2.9. Quanto a capacitação profissional, os mesmos devem ser aprovados em curso que deverão estar alinhado às diretrizes mais recentes de reanimação neonatal baseadas em evidências científicas internacionais (ILCOR/AAP) e nacionais, com metodologia teórico-prática, simulação realística e certificação reconhecida nacionalmente. Nesse sentido, a Sociedade Brasileira de Pediatria possui reconhecimento nacional e exclusividade na certificação oficial do curso de transporte de alto risco do programa de reanimação neonatal. Ainda que não haja norma legal que estabeleça o curso da Sociedade Brasileira de Pediatria como padrão ouro obrigatório em licitações, o seu conteúdo é amplamente reconhecido por estar alinhado às diretrizes internacionais supra citadas, podendo ser utilizado como referência técnica para definição de critérios de qualidade, desde que respeitados os princípios da Lei nº 14.133/2021.

2.10. É desejável também que os hospitais possuam em seus quadros profissionais instrutores em transporte de RN de alto risco, que aproveitem o potencial destes profissionais, para, de forma ágil e prática, capacitarem os colegas de trabalho, bastando para tal uma negociação de reorganização de escalas de trabalho destes médicos, a exemplo de vários Hospitais do SUS que já desenvolvem esta alternativa exitosa.

2.11. A capacitação deve consistir em treinamento teórico-prático, com um conteúdo programático que aborde temas referentes à solicitação de vaga em outro hospital, elaboração de relatório médico, solicitação de consentimento da mãe ou responsável, formação da equipe e veículo para transporte, preparação de equipamentos, materiais e medicações, cálculo do risco de morbidade do paciente, estabilização do recém-nascido antes e durante o transporte, cuidados e intercorrências durante o transporte e cuidados ao fim do transporte. A carga horária mínima deve ser de 8 (oito) horas e o certificado de aprovação expedido preferencialmente pela SBP.

2.12. Quanto ao veículo, o mesmo deve a ser selecionado a depender de diversos fatores, incluindo o estado clínico do paciente, a distância a ser percorrida, as condições climáticas, do número e qualificação dos profissionais de saúde necessários e a malha viária do local. De maneira geral, os veículos usados são as ambulâncias para o transporte terrestre e os helicópteros e aeronaves de asa fixa para o transporte aéreo, preferindo-se, sempre que possível, o transporte terrestre. Dependendo da geografia regional, o transporte fluvial pode ser necessário.

2.13. Para o transporte neonatal por via terrestre, deve-se dispor de ambulância de suporte avançado (tipo D. Os seguintes pré-requisitos são necessários para o uso da ambulância tipo D no transporte neonatal:

- Altura do compartimento de pacientes suficiente para acomodar a incubadora de transporte, com local seguro para fixar os rodízios
- Espaço interno suficiente para manipular o recém-nascido em situação de emergência;
- Fonte de energia para conectar aos aparelhos elétricos de transporte, luz interna para visualizar o paciente e controle de temperatura ambiente;
- Cilindros de oxigênio e ar comprimido para uso durante o transporte e para estoque;
- Cintos de segurança para a equipe de transporte.

2.14. Para o transporte aéreo, são empregadas aeronaves de transporte médico (tipo E), helicópteros ou aeronaves de asa fixa. O transporte por via marítima ou fluvial depende da disponibilidade de um veículo motorizado aquaviário (tipo F) que precisa dos mesmos pré-requisitos especificados para a ambulância do tipo D.

2.15. Os equipamentos e materiais estão listados no anexo dessa nota técnica.

3. CONCLUSÃO

3.1. O cumprimento, pelos estabelecimentos de saúde, da diretriz de garantir a oferta de profissionais da saúde, médico e de enfermagem capacitados em transporte de RN de alto risco, conforme previsto nesta Nota Técnica, serão objeto do monitoramento durante as oficinas de Qualificação da Atenção Neonatal (QualiNeo) e Rede Alyne, por parte dos respectivos gestores municipais ou estaduais e pelo Ministério da Saúde.

3.2. A presente nota técnica constitui importante instrumento de enfrentamento para redução da morte neonatal e de qualificação e humanização da atenção ao Recém-nascido no momento em que necessita ser transportado em conformidade com os objetivos do Ministério da Saúde. Para tal a SAES/MS apoiará uma ampla mobilização interfederativa no SUS, envolvendo gestores, trabalhadores da saúde, entidades de Pediatria e da sociedade civil em geral.

ANEXO

EQUIPAMENTOS E INSUMOS NECESSÁRIOS PARA O TRANSPORTE DE RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO (que precisarão estar acessíveis e prontas para uso no momento da remoção da criança)

MATERIAL PERMANENTE

EQUIPAMENTOS E DISPOSITIVOS
Incubadora de dupla parede com cilindros de O ₂ e ar comprimido de 0,5-1,0m ³ com manômetro e fluxômetro, com cabo de 12 volts e cintos de segurança para o RN
Ventilador mecânico manual em T com circuito / Ventilador para transporte neonatal
Bomba de infusão perfusora de seringa com bateria (duração mínima - 1h)
Balão auto-inflável com volume máximo de 750 mL, reservatório de O ₂ e válvula de escape para 30-40 cmH ₂ O com manômetro
Máscaras faciais transparentes ou semitransparentes com coxim nº 00, 0 e 1
Halo (capacete/capuz) acrílico com altura ajustada à incubadora de transporte
Laringoscópio infantil com lâminas retas nº 00, 0 e 1
Pinça de Magill 16/20 cm para intubação nasotraqueal
Oxímetro de pulso e sensor neonatal
Estetoscópio neonatal
Termômetro clínico axilar digital para RN
SONDAS, CÂNULAS, DRENOS E CATETERES
Tubo de silicone 240 com diâmetro de 1 cm para a conexão à fonte de gases e de vácuo)
Sondas traqueais sem válvula nº 8 e 10 (1 unidade de cada)
Sondas gástricas curtas nº 6, 8 e 10 (1 unidade de cada)
Cânulas/tubos traqueais de diâmetro uniforme, sem balonete, com linha radiopaca de 2,5 / 3,0 / 3,5 e 4,0 mm.
Dreno tubular de tórax em PVC com fio guia rígido nº 10 ou 12
Cateter nasal de O ₂ (cateter sobre orelha, modelo infantil 2,1m)
Dispositivo intravenoso agulhado nº 25 e 27 (escalpe)
Cateter intravenoso periférico nº 22 e 24
Cateter umbilical 3,5 / 5 ou 8F (x 38cm)
MATERIAL PARA ESTABILIZAÇÃO/FIXAÇÃO
Compressa branca 45 x 50 cm ou fralda (para coxim)
Travesseiro circular de gel ou ar (diâmetro ~15 cm) para estabilizar a cabeça do RN
Tala de estabilização para os membros (cerca de 3x10cm)
Bandagem elástica escura para fixar sensor de oxímetro (largura 50 mm) - 10 cm
Adesivo próprio ou fita adesiva hipoalergênica longa em H para fixação da cânula traqueal
Cadarço de algodão ou gaze para o coto umbilical
Fita adesiva hipoalergênica para fixação do cateter
Tesoura de ponta romba
SERINGAS, AGULHAS E AFINS
2 seringas de 20 mL
Seringa de 1, 3, 5 e 10 mL (1 unidade de cada)

Agulha hipodérmica 25x7	
Tubo extensor fino de 120 cm (para uso na bomba de infusão)	
Torneira de 3 vias	
Caixa de descarte de material pérfuro-cortante 1,5L	
OUTROS MATERIAIS	
Malha tubular branca 12 cm – 1 m (para preparar touca)	
Campo cirúrgico fenestrado 40 x 40 cm	
Par de luvas estéreis P, M ou G	
Fita métrica flexível (30 cm)	
Saco coletor de urina para RN	
Almotolia com álcool etílico a 70% ou clorexedine	
Flaconetes de 10 mL de soro fisiológico	
Caneta para identificação	
MATERIAL DESCARTÁVEL	
Saco plástico de polietileno 30x50cm (com corte na gola para preparar cobertura para a cabeça em RN<34 semanas ao nascimento)	
10 pares de luvas de procedimentos não estéreis	
Compressa de gaze 7,5 x 7,5 cm	
Fita adesiva/etiqueta para escala de infusão e identificação do soro/medicação e do RN	
2 pilhas AA para o laringoscópio	
MEDICAÇÃO NECESSÁRIA PARA O TRANSPORTE NEONATAL	
REANIMAÇÃO	Adrenalina 1/1.000 e ampola de 10 mL de soro fisiológico (SF)
	Preparar uma seringa antes de iniciar o transporte (diluir 1 mL da adrenalina 1/1.000 em 9 mL de SF).
	Deixar na reserva 2 ampolas de adrenalina milesimal e de SF
	Soro Fisiológico para expansão de volume (4 ampolas de 10mL)
APORTE HIDRELETROLÍTICO	Cloreto de sódio 20% (2 ampolas de 10 mL)
	Glicose a 50% (1 ampola de 10 mL)
	Cloreto de potássio a 19,1% (1 ampola de 10 mL)
	Gluconato de cálcio a 10% (1 ampola de 10 mL)
	SF 0,9% (2 frascos de 250 mL)
	SG 5% e SG 10% (1 frasco de 250 mL de cada um)
EFEITO CARDIOVASCULAR	Dopamina (50 mg em 10 mL ou 5.000 mcg por mL)
	Dobutamina (250 mg em 20 mL ou 12.500 mcg por mL)
	Furosemida (1 mL = 10 mg)
ANTICONVULSIVANTES E ANALGÉSICOS	Prostaglandina E1: requisitar para o transporte sempre que se tratar de RN com suspeita de cardiopatia cong
	Fenobarbital (1 mL = 100 mg)
	Difenil-hidantoína (1 mL = 50 mg)
	Midazolam (1 mL = 5 mg)
	Fentanil (1 mL = 50 mcg)
	<i>Observação: por serem drogas controladas, só colocar na maleta imediatamente antes do início do transporte</i>
ANTIBIÓTICOS	Ampicilina (1frasco = 500mg)
	Gentamicina (1 mL = 10mg)
	<i>Observação: se paciente necessitar de outro antibiótico, verificar horário de aplicação e, se necessário, levar</i>
DIVERSAS	Hidrocortisona (1frasco = 100 mg)
	Vitamina K (1 ampola de 1 mL = 10 mg) protegida da luz
	Heparina (1 ampola de 1 mL = 5.000 UI)
	Aminofilina (1 ampola de 1 ml = 24 mg)
	Lidocaína a 2% sem vasoconstritor (1 frasco de 10 mL)
	Água destilada para diluir medicamentos (5 ampolas de 10 mL)
Surfactante	

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Brasília, DF: Presidência da República, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma do Anexo, as normas de orientação para a implantação do Método Canguru. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido: Método Canguru – Manual Técnico. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia QualiNEO: qualificação da atenção ao recém-nascido grave e potencialmente grave. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Programa de Reanimação Neonatal. Diretrizes do Transporte do Recém-Nascido de Alto Risco. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, atualização vigente.

INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR). Neonatal Life Support Guidelines. Brussels: ILCOR, atualização vigente.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Guidelines for Air and Ground Transport of Neonatal and Pediatric Patients. 5. ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Standards for improving quality of care for small and sick newborns in health facilities. Geneva: World Health Organization, 2020.

UNITED NATIONS. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Nota Técnica nº 99/2026-DAHUD/SAES/MS. Normatização técnica para realização do transporte neonatal de alto risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026.

5. CONTATOS

[Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHU/SAES/MS](#)

Email: dahud@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-6158

Atenciosamente,

THATIANE CRISTHINA DE OLIVEIRA TORRES

Gerente de Projeto

Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHUD/SAES/MS
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS

FERNANDO AUGUSTO MARINHO DOS SANTOS FIGUEIRA

Diretor

Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHUD/SAES/MS

CARLOS AMILCAR SALGADO

Secretário substituto

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS



Documento assinado eletronicamente por **Thatiane Cristhina de Oliveira Torres, Gerente de Projeto**, em 27/05/2026, às 21:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Augusto Marinho dos Santos Figueira, Diretor(a) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência**, em 28/05/2026, às 11:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carlos Amilcar Salgado, Secretário(a) de Atenção Especializada à Saúde substituto(a)**, em 28/05/2026, às 12:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0055676586** e o código CRC **0911E567**.

Referência: Processo nº 25000.066983/2026-15

SEI nº 0055676586

Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHUD
Esplanada dos Ministérios, Bloco G 7º andar - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br