

Reanimação neonatal e transição ao nascimento

Diretrizes PRN-SBP 2026 (RN ≥ 34 e < 34 semanas) comparadas com AHA/AAP 2025, ERC 2025, Resuscitation Council UK 2025 e BAPM, guia SENEo/AEP 2026, IRC 2026 (Itália), Harvard e Johns Hopkins.

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Atualizações analisadas: SBP/PRN-SBP — Diretrizes de reanimação do RN ≥ 34 semanas e do prematuro < 34 semanas (06/2026); AHA/AAP — Neonatal Resuscitation, Part 5 (10/2025); ERC — Newborn Resuscitation and Support of Transition (2025); Resuscitation Council UK — NLS (2025); SENEo/AEP — Guía española de estabilización y reanimación neonatal (02/2026); BAPM — Extreme preterm birth before 27 weeks (02/2026); IRC — Capítulo 8 NLS (04/2026) · Análise: setembro de 2026

Resumo com convergências e divergências entre as atualizações de 2025–2026 em Neonatologia e as posições da Sociedade Brasileira de Pediatria, AAP, NICE, AEP/SENeo, Sociedade Italiana de Neonatologia, Harvard (Boston Children's) e Johns Hopkins. [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. O que mudou em 2025–2026 | 4. Concordâncias e discordâncias |
| 2. Posição brasileira (SBP) | 5. Síntese |
| 3. Posição das referências internacionais | 6. Fontes |

EM RESUMO

Em 12/06/2026 o Programa de Reanimação Neonatal da SBP publicou as **Diretrizes 2026** (ciclo 2026–2030, base ILCOR 2025), em dois volumes: RN ≥34 semanas e prematuro <34 semanas. No mesmo período saíram as diretrizes da AHA/AAP (out/2025), do ERC e do Resuscitation Council UK (2025), o guia espanhol SENEo/AEP (fev/2026) e a tradução italiana do IRC (abr/2026). Há **ampla concordância** em clampeamento ≥60 s no RN que não precisa de suporte, ordenha do cordão só a partir de 28 semanas, aspiração não rotineira mesmo com mecônio, VPP com ar ambiente no RN a termo, oximetria pré-ductal, massagem 3:1, adrenalina IV dentro da faixa de 10–30 mcg/kg do ERC e discussão da interrupção aos 20 minutos. A **divergência principal** é o oxigênio inicial no prematuro: a SBP inicia a VPP com **O2 a 60% em todo RN <34 semanas**, enquanto a AHA/AAP usa **21–30% entre 32 e 34+6 semanas e 30–100% abaixo de 32**, o ERC **21% a partir de 32 semanas e ≥30% abaixo** e a SENEo **0,21–0,30 e 0,30–0,50** — a distância é maior entre 32 e 33+6 semanas. Diferem também o tempo de estímulo tátil antes do clampeamento (cerca de 15 s na SBP, 30 s na SENEo) e a periviabilidade, que a SBP trata como decisão compartilhada sem limite em semanas. Lacunas no material SBP consultado: cafeína na sala de parto, acesso intraósseo e corticoide antenatal.

1. O que mudou em 2025–2026

DATA	INSTITUIÇÃO	DOCUMENTO	O QUE MUDOU
10/2025	AHA/AAP	Part 5 — Neonatal Resuscitation (Circulation)	O2 inicial em três estratos por IG; ordenha contraindicada <28+0 semanas; máscara laríngea ≥34+0 semanas; ECG para FC; redirecionar cuidado após 20 min sem FC
2025	ERC	Newborn Resuscitation and Support of Transition (Resuscitation)	O2 em dois estratos (21% ≥32; ≥30% <32); clampeamento <30 s se reanimação; supraglótico mais amplo
2025	Resuscitation Council UK	NLS 2025	Adapta o ERC; videolaringoscopia; adrenalina a cada 4 min; sem bicarbonato
02/2026	SENeo/AEP	Guía española de estabilización y reanimación neonatal	FiO2 por IG; estímulo de 30 s antes do clampeamento; CPAP em todo <32 semanas; sala a 23 °C
09/02/2026	BAPM	Extreme preterm birth before 27 weeks	Nova versão do framework do pré-termo extremo
13/04/2026	IRC (Itália)	Capítulo 8 — NLS	Tradução do ERC 2025 com integrações nacionais
12/06/2026	SBP/PRN-SBP	Diretrizes 2026 — ≥34 semanas (58 p.) e <34 semanas (64 p.)	Novo ciclo 2026–2030 (abaixo)

2. Posição brasileira (SBP)

Documento: Diretrizes 2026 do PRN-SBP — Reanimação do RN ≥34 semanas e do prematuro <34 semanas, 12/06/2026; Almeida MFB, Guinsburg R e coordenadores do PRN-SBP, DC de Neonatologia; doi 10.25060/PRN-SBP-2026-1. Contexto: 21.582 óbitos neonatais no Brasil em 2023, 20% dos precoces associados a asfíxia, hipóxia ou aspiração de mecônio.

TEMA	CONTEÚDO
Equipe	≥34 semanas: ≥1 profissional apto a passos iniciais e VPP com essa única responsabilidade; com fatores de risco, 2–3 e ≥1 médico apto a intubar; SBP recomenda pediatra em todo nascimento. <34 semanas: 2–3 profissionais com pelo menos um pediatra
Preparação	Sala a 23–25 °C; checklist; briefing e debriefing com roteiros
Boa vitalidade	Clampeamento ≥60 s , de preferência após o início da respiração; pele a pele; amamentação na 1ª hora. <34 semanas: cuidado térmico; 32–33 semanas: pele a pele pode ser considerado com monitorização ; <32 semanas: mesa após o clampeamento
Sem boa vitalidade	Estímulo tátil no dorso por cerca de 15 s antes do clampeamento ; se não respirar, clampear e levar à mesa. Ordenha (20 cm, 3 vezes) considerada a partir de 28 semanas, contraindicada <28 ; cordão intacto só em pesquisa; clampeamento imediato em descolamento, placenta prévia com sangramento ou nó verdadeiro
Passos iniciais	Até 30 s; aspiração não rotineira, mesmo com mecônio; VPP no "Minuto de Ouro"
Monitorização	Monitor cardíaco obrigatório com VPP e para todo <34 semanas; oximetria pré-ductal; SpO2 alvo 65–70% (2 min), 70–75% (3), 75–80% (4), 80–85% (5), 85–95% (10)
VPP ≥34 semanas	Ar ambiente (21%) , ajuste de 20% a cada 30 s; blender obrigatório; peça-T preferível; PIP 20–30 cmH2O; PEEP 5 cmH2O; máscara laríngea se a máscara facial falha
VPP <34 semanas	O2 a 60% em todo RN <34 semanas , ajustado pela oximetria; peça-T obrigatória; gases aquecidos e umidificados; PIP 20–25 cmH2O; PEEP 5–6 cmH2O
CPAP e surfactante	CPAP com peça-T 5–6 cmH2O se FC ≥100 bpm com desconforto ou SpO2 baixa (nunca balão autoinflável). Surfactante não rotineiro na sala de parto ; indicação nas primeiras 2 h
Térmico	Evitar >38 °C; saco plástico e touca dupla no <34; não iniciar hipotermia terapêutica na sala de parto
Massagem e drogas	FC <60 bpm após VPP eficaz: 3:1 com O2 a 100%. Adrenalina IV 0,02 mg/kg (0,2 mL/kg de 0,1 mg/mL) a cada 3–5 min; ET 0,1 mg/kg uma vez ; SF 0,9% 10 mL/kg se hipovolemia
Ética	Na dúvida, reanimar; discutir interrupção aos 20 min ; prematuro extremo: decisão compartilhada com a família

Não aborda (no material consultado): limite de viabilidade em semanas; cafeína na sala de parto; acesso intraósseo; corticoide antenatal. Videolaringoscopia aparece só como opcional.

3. Posição das referências internacionais

REFERÊNCIA	DOCUMENTO E ANO	POSIÇÃO RESUMIDA
EUA — AHA/AAP	Part 5 — Neonatal Resuscitation (Circulation 2025) ; AHA 2025 ; periviabilidade: ACOG/SMFM nº 6 (2017) e AAP (Pediatrics 2015)	O2 inicial 21% ≥35 semanas, 21–30% de 32 a 34+6, 30–100% <32 (COR 2b); clampeamento ≥60 s; ordenha COR 2b ≥28 semanas se clampeamento tardio inviável, COR 3 (dano) <28+0 ; máscara laríngea ≥34+0; ECG (2a); aspiração de rotina sem benefício; 3:1; redirecionar após 20 min sem FC. Periviável = 20+0 a 25+6 semanas, decisão individualizada
Europa — ERC	ERC 2025 (Resuscitation) ; Trevisanuto et al., Neonatology 2026	21% ≥32 semanas; ≥30% <32 ; clampeamento ≥60 s ou <30 s se reanimação; sem ordenha <28; 5 insuflações de 2–3 s; adrenalina IV/IO 10–30 mcg/kg, ET 100 mcg/kg ; CPAP/PEEP 6 cmH ₂ O; pele a pele ≥32 semanas; interrupção >20 min sem FC
Reino Unido — RCUK / BAPM / NICE	RCUK 2025 ; BAPM 2026 ; BAPM 2019	RCUK adapta o ERC: supraglótico precoce, videolaringoscopia, adrenalina a cada 4 min , sem bicarbonato, decisões com sênior e pais. BAPM 2019: cuidado orientado à sobrevida possível a partir de 22+0 semanas com avaliação de risco. NICE: sem documento específico localizado
Espanha — SENEo/AEP	Avila-Álvarez et al., An Pediatr 2026	FiO2 0,21 ≥35 semanas; 0,21–0,30 de 32 a 34+6; 0,30–0,50 <32 ; estímulo suave de 30 s antes do clampeamento; sem ordenha <28; máscara laríngea ≥34 semanas ou ≥2.000 g; CPAP em todo <32; videolaringoscopia como 1ª escolha razoável; IO como alternativa
Itália — IRC / SIN	IRC — Capítulo 8 NLS (2026)	Segue o ERC 2025 (21%/≥30%, adrenalina 10–30 mcg/kg, 20 min), com aplicação principal a IG ≥25 semanas. Não localizamos posição formal própria da SIN
Harvard — Boston Children's / Brigham	Curso NRP no BWH (2022)	Sem documento específico localizado; o Brigham treina pelo NRP
Johns Hopkins	JHACH — Management of Perivable Births (2023)	Protocolo institucional (Johns Hopkins All Children's): <22 semanas conforto; 22+0–23+6 individualizado , intubação se os pais desejarem, sem massagem ou adrenalina; ≥24 semanas reanimar
ILCOR	Lakshminrusimha et al., J Perinatol 2026	≥30% de O2 razoável <32 semanas (recomendação fraca, baixa certeza); autores propõem escala de 40–100% por IG

4. Concordâncias e discordâncias

TEMA	SBP	AAP	NICE/UK	AEP/SENEO	ITÁLIA	HARVARD	J. HOPKINS	LEITURA
O2 inicial ≥35 semanas	21% (≥34)	21%	21% (≥32)	0,21	21% (≥32)	NRP	—	Concordância
O2 inicial 32–33+6 semanas	60%	21–30%	21%	0,21–0,30	21%	NRP	—	Divergência principal
O2 inicial <32 semanas	60%	30–100%	≥30%	0,30–0,50	≥30%	NRP	—	SBP acima do teto SENEo
Clampeamento ≥60 s	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	NRP	—	Concordância
Estímulo antes do clampeamento	~15 s	Não específica (estímulo 2a se esforço ineficaz)	—	30 s	Delicado	—	—	Diverge na duração
Ordenha	≥28; não <28	2b ≥28; dano <28	Não <28	Não <28	Não <28	—	—	Concordância
Pele a pele pré-termo	32–33, monitorizado	—	≥32 (ERC)	—	≥32	—	—	Concordância com ERC
Monitor cardíaco	Obrigatório com VPP	Recomendado	Preferível	—	Preferível	—	—	SBP mais incisiva
Via aérea avançada	ML ≥34; vídeo opcional	ML ≥34	Supraglótico precoce; vídeo	ML ≥34 ou ≥2.000 g; vídeo 1ª escolha	Supraglótico	—	—	SBP mais conservadora
CPAP pré-termo	5–6 cmH2O	—	6 cmH2O	Todo <32	6 cmH2O	—	—	Próximos
Surfactante na sala	Não rotineiro	—	—	—	—	—	—	Sem comparação direta
Adrenalina IV	0,02 mg/kg, 3–5 min	—	A cada 4 min	Veia umbilical ou IO	10–30 mcg/kg	—	Não em 22–23 semanas	Dentro da faixa ERC
Interrupção	20 min	20 min	20 min	—	>20 min	—	—	Concordância
Periviabilidade	Compartilhada, sem semana fixa	20–25+6, individual	BAPM ≥22+0 com risco	—	≥25 (aplicação)	—	22–23 individual; ≥24 reanimar	SBP menos operacional

5. Síntese

A diretriz brasileira de 2026 está alinhada ao ILCOR 2025 em quase todo o fluxo: clampeamento tardio como padrão, ordenha apenas a partir de 28 semanas, fim da aspiração de rotina (inclusive no mecônio), ar ambiente no RN a termo, alvos de SpO2 coincidentes com os do ERC aos 3, 5 e 10 min, massagem 3:1, adrenalina IV de 20

mcg/kg (dentro da faixa de 10–30 mcg/kg do ERC e do IRC) e limiar de 20 minutos. Em alguns pontos a SBP é mais exigente, como o monitor cardíaco obrigatório com VPP e o pediatra em todo parto <34 semanas.

A **divergência central** é o O₂ inicial no prematuro. A SBP usa **60% para todo RN <34 semanas**, enquanto AHA/AAP, ERC/IRC e SENEo estratificam por IG e começam mais baixo. Entre 32 e 33+6 semanas a SBP parte do dobro do teto norte-americano e espanhol (30%) e de quase o triplo do ar ambiente do ERC. Abaixo de 32 semanas, 60% cabe na faixa da AHA (30–100%) e respeita o piso do ERC, mas supera o teto de 0,50 da SENEo. A base do ILCOR é uma recomendação fraca, de baixa certeza, e a escala de 40–100% por IG é proposta de autores, não diretriz. Como todas titulam a FiO₂ pela oximetria, a diferença se concentra nos primeiros minutos.

As demais diferenças são de detalhe — estímulo de ~15 s (SBP) versus 30 s (SENeO), maior espaço para videolaringoscopia e supraglótico na Europa, adrenalina a cada 4 min no RCUK. Na **periviabilidade**, a SBP não fixa semanas, enquanto o protocolo da Johns Hopkins e o BAPM oferecem critérios operacionais. O **surfactante não rotineiro na sala de parto** não encontrou contraponto direto nas diretrizes consultadas.

OBSERVAÇÕES CRÍTICAS

1. **O₂ no prematuro:** seguir a diretriz nacional (60% <34 semanas), mas titular a FiO₂ pela SpO₂ pré-ductal a cada 30 s desde o 1º minuto; entre 32 e 33+6 semanas, AHA, ERC e SENEo começam com 21–30%.
2. **RN não vigoroso:** estimular o dorso por ~15 s antes de clampear; ordenha só a partir de 28 semanas — **contraindicada abaixo de 28** em todas as diretrizes.
3. **Monitor cardíaco** sempre que houver VPP e em todo <34 semanas na mesa.
4. **Adrenalina:** IV 0,02 mg/kg a cada 3–5 min; ET 0,1 mg/kg uma única vez enquanto se obtém o acesso; SF 0,9% 10 mL/kg se hipovolemia.
5. **Prematuro <34 semanas:** CPAP com peça-T a 5–6 cmH₂O, pele a pele monitorizado em 32–33 semanas e surfactante decidido na unidade nas primeiras 2 h.
6. **Periviabilidade:** registrar a conversa pré-natal e ter protocolo institucional; discutir a interrupção aos 20 min sem resposta.

6. Fontes

- SBP/PRN-SBP. Almeida MFB, Guinsburg R et al. Diretrizes 2026 — Reanimação do RN ≥34 semanas e do prematuro <34 semanas. DC de Neonatologia, 12/06/2026. doi 10.25060/PRN-SBP-2026-1.
- AHA/AAP. 2025 Guidelines, Part 5 — Neonatal Resuscitation. Circulation, 2025. ahajournals.org; [JournalFeed](https://journalfeed.org), 2025
- ACOG/SMFM. Obstetric Care Consensus nº 6 — Periviable birth, 2017. AAP. Antenatal counseling regarding resuscitation and intensive care before 25 weeks. Pediatrics 2015;136(3):588.
- ERC. Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth. Resuscitation, 2025. Trevisanuto et al. Neonatology, 2026.
- Resuscitation Council UK. 2025 Resuscitation Guidelines. BAPM. Perinatal management of extreme preterm birth before 27 weeks of gestation, 2019 e 09/02/2026.
- Avila-Álvarez A, Zeballos-Sarrato G, Izquierdo Renau M et al. Guía española de estabilización y reanimación neonatal 2026. An Pediatr (Barc) 2026;104:504143. [PDF](#)
- Italian Resuscitation Council. Capítulo 8 — NLS, 13/04/2026.

- Lakshminrusimha et al. J Perinatol, 2026.
- Johns Hopkins All Children's Hospital. Management of periviable births at JHACH, rev. 09/03/2023. Cloherty and Stark's Manual of Neonatal Care, 9ª ed., 2023.

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · 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.