

Deficiência de ferro e anemia ferropriva em lactentes — Atualização 2026

Diretriz SBP nº 32 (17/03/2026) comparada com AAP (Clinical Report jul/2026), NICE/UK, AEP, Itália, Harvard, Johns Hopkins, OMS e ESPGHAN.

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

Professor do Centro Universitário Max Planck · Departamento SBP: Nutrologia · Hematologia e Hemoterapia

Atualização SBP: Diretriz nº 32 de 17/03/2026 · Análise: setembro de 2026

Resumo com convergências e divergências entre a atualização da Sociedade Brasileira de Pediatria e AAP, NICE, AEP, Sociedade Italiana de Pediatria, Harvard (Boston Children's) e Johns Hopkins Children's Center. [Documento original da SBP](#) (acervo, associados) · [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que a SBP recomenda
2. Posição das referências internacionais
3. Concordâncias e discordâncias
4. Síntese
5. Fontes

EM RESUMO

A Diretriz SBP nº 32 substitui o consenso de 2018/2021: a profilaxia em lactentes a termo passa de 1 mg/kg/dia contínuo para **dose fixa de 10–12,5 mg/dia em dois ciclos de 3 meses (aos 6 e 12 meses)**, seguindo OMS 2016 e o PNSF; adota os cortes de hemoglobina da OMS 2024 (<10,5 g/dL de 6 a 23 meses) e de ferritina da OMS 2020; rastreio só em risco; tratamento 3–6 mg/kg/dia. As referências convergem em prevenção (clampeamento tardio, leite de vaca só após 12 meses, prematuros 2–4 mg/kg/dia) e tratamento. Divergem na profilaxia populacional (AAP: 1 mg/kg só em amamentados; Reino Unido/ESPGHAN/Canadá: nenhuma), no corte de Hb (todas ainda usam 11,0 g/dL) e na ferritina (AAP 2026 elevou para ≤20 ng/mL).

1. O que a SBP recomenda

Documento: Diretriz nº 32, 17/03/2026, 18 p., ISBN 978-85-88520-69-1. DCs de Nutrologia (coord. Fabíola Suano) e Hematologia (coord. Josefina Pellegrini Braga). Prevalência de anemia no Brasil: 19–35% das crianças de 6–24 meses.

Diagnóstico

ITEM	RECOMENDAÇÃO SBP
Hemoglobina (OMS 2024)	Anemia se <10,5 g/dL (6–23 m); <11,0 (24–59 m); <11,5 (5–11 a); <12,0 (12–14 a); gestantes 1º/2º/3º trimestre <11,0/<10,5/<11,0
Ferritina (OMS 2020)	<12 µg/L (<5 anos) e <15 (≥5 anos) sem inflamação; com PCR elevada <30 e <70
Outros	Reticulócitos/CHr como marcador precoce; ferro sérico, TIBC, saturação; estágios (depleção → deficiência → anemia); diferencial com talassemias (Hb Bart's na triagem; eletroforese após 6 m), anemia da inflamação, cobre, IRIDA
Rastreio	Não rotineiro em lactentes saudáveis com crescimento e dieta adequados; em risco (premature/BPN, falha da profilaxia, dieta pobre em ferro, crescimento inadequado): hemograma + ferritina + PCR entre 9 e 12 meses

Tratamento

Ferro oral **3–6 mg/kg/dia** de ferro elementar, dose única ou fracionada, por 3–6 meses ou até normalizar Hb e repor estoques; hemograma em 30–45 dias (↑Hb ≥1 g/dL); sem superioridade entre formulações; calcular pelo ferro elementar (sulfato ~20%, fumarato ~33%, gluconato ~12%, bisglicinato ~20%, carbonila ~98%); **carboximaltose e derisomaltose férricas não recomendadas em pediatria**; ferro parenteral, eritropoietina ou transfusão só com especialista.

Prevenção e profilaxia

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO SBP 2026
Gestação e parto	Ferro + ácido fólico no pré-natal; clampeamento do cordão após o 1º minuto
Alimentação	Aleitamento exclusivo 6 m; alimentação complementar com ferro heme; leite de vaca não antes de 12 meses ; fórmula infantil se não amamentado
Termo, peso adequado	10–12,5 mg/dia de ferro elementar, dose fixa, dos 6 aos 24 meses, em 2 ciclos de 3 meses (iniciados aos 6 e 12 meses) com pausa de 3 meses (PNSF 2022/OMS). Se leite de vaca: pode iniciar aos 4 meses
Prematuro / baixo peso	Iniciar aos 30 dias de vida : 2 mg/kg/dia (1.500–2.500 g), 3 (1.000–1.500 g), 4 (<1.000 g) durante o 1º ano; descontar o ferro da fórmula; 12–24 meses: 1 mg/kg/dia contínuo
Cuidados	Efeitos GI; avaliar sobrecarga (transfundidos) e fortificação domiciliar; ao diagnosticar anemia, a conduta passa a ser terapêutica

2. Posição das referências internacionais

REFERÊNCIA	DOCUMENTO E ANO	POSIÇÃO RESUMIDA
AAP	Clinical Report — Prevention, Screening, Diagnosis and Treatment of Iron Deficiency (Powers et al., Pediatrics jul/2026) — substitui Baker & Greer 2010; resumos HealthyChildren e Contemporary Pediatrics	Profilaxia só em amamentados: 1 mg/kg/dia a partir dos 4 meses (ou 6 m) até dieta com ferro; fórmula fortificada para os demais. Prematuro: 2–3 mg/kg/dia desde 2 semanas . Clampeamento tardio. Leite de vaca não <12 m, depois <480–720 mL/dia. Rastreio abandona a Hb universal aos 12 m : hemograma + ferritina aos 9–12 m (amamentados) ou 15–18 m (fórmula); adolescentes menstruantes universal. Ferritina ≤20 ng/mL (crianças) e ≤30 (adolescentes). Hb mantida em 11,0 g/dL (6 m–5 a). Tratamento 3 mg/kg/dia em dose única , mínimo 3 meses; ferro IV em centro especializado (FDA aprovou carboximaltose ≥1 ano em 2021).
NICE / Reino Unido	UK National Screening Committee — IDA <5 anos (2017) ; NICE CKS Anaemia — iron deficiency (não acessível); NICE NG235 clampeamento (2023) ; SACN Iron and Health 2010	Sem suplementação profilática de rotina em lactentes a termo e sem rastreio (prevalência 1–3%); Hb <11,0 (1–3 a); ferritina <12 µg/L (NSC) ou <20 (prática); tratamento 3 mg/kg/dia (ou 6 mg/kg em dias alternados) ≥3 meses; clampeamento não antes de 1 minuto; prematuros: feredetato de sódio das 4–6 semanas.
AEP / AEPap / SEPEAP	PrevInfad — Cribado de ferropenia (abr/2024) ; Algoritmo AEPap prevenção (2015) ; Pediatria Integral 2021	Sem rastreio universal ; ferritina (<12) só em grupos de risco. Termo amamentado de baixo risco: 1 mg/kg/dia dos 4–6 m até alimentação complementar; prematuro 2–4 mg/kg/dia (4 mg/kg se <1.500 g) a partir de 2 semanas–1 mês, no 1º ano. Leite de vaca não <12 m, <500–600 mL/dia depois. Tratamento 3 mg/kg/dia dose única (6 em anemia grave), ≥3 meses; ferro IV: sacarato preferido, carboximaltose como alternativa .
SIPPS / AIEOP (Itália)	SIPPS 2017 — Chi supplementare con ferro? ; AIEOP — Anemia sideropenica ; Quaderni ACP 2021	Amamentado 1 mg/kg/dia dos 4 (SIPPS) ou 6 meses (AIEOP), no 1º ano; prematuro/BPN 1–4 mg/kg/dia por peso; rastreio de Hb aos 12 m (segue AAP 2010); ferritina <10–15; tratamento 3–6 mg/kg/dia ≥3 meses após normalizar; clampeamento tardio. Sem consenso intersocietário localizado.
Harvard / Boston Children's	Página institucional bloqueada	Não verificado; segue AAP.
Johns Hopkins	Harriet Lane Continuity Clinic — módulo anemia	Hb <11 (6–24 m); rastreio 9–12 m e 15–18 m; amamentados 1 mg/kg/dia dos 4–6 m; prematuro 2–4 mg/kg/dia de 4–8 semanas até 12 m ; leite de vaca ≤720 mL/dia após 12 m; tratamento 3–6 mg/kg/dia.
OMS / ESPGHAN	OMS 2024 — cortes de Hb ; OMS 2020 — ferritina ; OMS 2016 — suplementação diária ; ESPGHAN 2014 (Domellöf)	OMS 2024: 6–23 m <10,5 g/dL (única faixa alterada). OMS 2016: 10–12,5 mg/dia, 3 meses/ano, onde anemia ≥40%. ESPGHAN: sem suplementação geral em lactentes europeus a termo ; BPN 2.000–2.500 g 1–2 mg/kg; <2.000 g 2–3 mg/kg (2023: desde 2 semanas até 6–12 m); leite de vaca não <12 m e <500 mL/dia; sem rastreio de rotina.

3. Concordâncias e discordâncias

ITEM	SBP 2026	AAP 2026	REINO UNIDO	AEP	ITÁLIA	OMS / ESPGHAN	VEREDITO
Profilaxia no termo saudável	Universal, 10–12,5 mg/dia fixo, 2 ciclos (6 e 12 m)	Só amamentados, 1 mg/kg/dia de 4–6 m	Nenhuma	Amamentados 1 mg/kg/dia de 4–6 m	Amamentados 1 mg/kg/dia de 4–6 m	OMS: 10–12,5 mg 3 m/ano se anemia ≥40%; ESPGHAN: nenhuma	Principal discordância: SBP é a única com esquema populacional em dose fixa; AAP/AEP/Itália direcionam por mg/kg; RU/ESPGHAN não suplementam. SBP alinha-se à OMS pelo contexto de alta prevalência
Prematuro / baixo peso	Início 30 dias; 2–4 mg/kg/dia por peso no 1º ano; 1 mg/kg até 24 m	2–3 mg/kg/dia desde 2 semanas	Feredetato 4–6 semanas	2–4 mg/kg/dia de 2 sem–1 m	1–4 mg/kg/dia por peso	ESPGHAN 2023: 2–3 mg/kg desde 2 sem	Doses concordam; início diverge (SBP 30 dias vs 2 semanas na AAP/ESPGHAN/SEPEAP); SBP única a estender até 24 m
Leite de vaca	Não <12 m	Não <12 m; <480–720 mL depois	<500–750 mL	<500–600 mL	>450–500 mL = risco	ESPGHAN <500 mL	Concordância; SBP não fixa limite de volume após 12 m
Clampeamento	Após 1º minuto	Recomendado (ACOG ≥30–60 s)	Não antes de 1 min	Recomendado	Recomendado	Reduz deficiência	Concordância
Rastreio	Não rotineiro; risco: 9–12 m com Hb + ferritina + PCR	9–12 m (amamentados) / 15–18 m (fórmula) com Hb + ferritina; deixou de ser universal aos 12 m	Sem rastreio	Só grupos de risco	Hb aos 12 m (AAP 2010)	Sem rotina	Convergência nova: AAP 2026 aproximou-se da SBP; SBP acrescenta PCR
Corte de Hb 6–23 m	<10,5 g/dL (OMS 2024)	11,0	11,0	11,0	11,0	OMS 2024: 10,5	Discordância: SBP única a adotar OMS 2024
Ferritina	<12 / <30 com inflamação (OMS 2020)	≤20 ng/mL (≤30 adolescentes)	<12 (NSC) / <20 (prática)	<12 (PrevInfad); 15–18 (SEPEAP)	<10–15; 30–40 se PCR↑	OMS 12/30	Discordância: AAP 2026 elevou o corte; SBP segue OMS
Tratamento oral	3–6 mg/kg/dia, única ou fracionada; 3–6 m; controle 30–45 d	3 mg/kg/dia dose única; ≥3 m; controle 1 e 3 m	3 mg/kg/dia ou 6 em dias alternados	3 mg/kg dose única; 6 em grave	3–6 mg/kg em 2–3 tomadas	—	Concordância na faixa; tendência internacional a 3 mg/kg em dose única
Ferro IV	Carboximaltose e derisomaltose não recomendadas	IV em centro especializado; FDA: carboximaltose ≥1 ano (2021)	Raramente necessário	Sacarato preferido; carboximaltose alternativa	Não aborda	—	Discordância parcial: EUA (FDA) e Espanha admitem carboximaltose em crianças

4. Síntese

Converge: prevenção (clampeamento tardio, aleitamento, alimentação complementar rica em ferro heme, leite de vaca só após 12 meses), doses de profilaxia em prematuros (2–4 mg/kg/dia por peso), faixa terapêutica (3–6 mg/kg/dia por ≥ 3 meses) e rastreio baseado em risco — no qual a AAP 2026 acaba de convergir com a SBP ao abandonar a hemoglobina universal aos 12 meses.

Diverge: (1) a profilaxia no lactente a termo saudável — a SBP é a única com esquema universal em dose fixa e ciclos, justificado pela prevalência brasileira (19–35%) e pela OMS 2016; AAP, AEP e Itália suplementam apenas amamentados por mg/kg; Reino Unido, ESPGHAN e Canadá não suplementam; (2) o corte de hemoglobina (SBP 10,5 g/dL vs 11,0 em todas as demais); (3) a ferritina (AAP 2026 ≤ 20 ng/mL vs SBP/OMS < 12); (4) o início da profilaxia em prematuros (SBP 30 dias vs 2 semanas na AAP 2026 e ESPGHAN 2023); (5) carboximaltose férrica, contraindicada pela SBP mas aprovada pelo FDA ≥ 1 ano.

OBSERVAÇÕES CRÍTICAS

(1) O AAP Clinical Report de julho/2026 é posterior à diretriz da SBP e muda três pontos relevantes (rastreio, ferritina ≤ 20 , prematuro desde 2 semanas) — a próxima revisão da SBP deverá posicionar-se frente a ele. (2) Adotar Hb $< 10,5$ g/dL reduz a prevalência aparente de anemia e o número de tratamentos em relação ao corte de 11,0; o pediatra deve saber qual referência seu laboratório usa. (3) O esquema PNSF (dose fixa, ciclos) simplifica a adesão, mas a diretriz não discute a evidência de efetividade dos ciclos com pausa em comparação ao uso contínuo.

5. Fontes

- SBP. Diretriz nº 32 — [Deficiência de ferro e anemia ferropriva em lactentes: Atualização 2026](#) (PDF lido integralmente em 22/09/2026)
- AAP 2026 — [Clinical Report](#) · [HealthyChildren](#) — [resumo](#) · [Contemporary Pediatrics](#) · [AAP 2010 \(Baker & Greer\)](#) · [ACOG/AAP clampeamento](#)
- [UK NSC 2017](#) · [NICE NG235 \(via Tommy's\)](#) · [Patient.info — childhood anaemia](#)
- [PrevInfad 2024](#) · [AEPap algoritmo 2015](#) · [Pediatria Integral 2021](#)
- [SIPPS 2017](#) · [AIEOP](#) · [Quaderni ACP 2021](#)
- [Johns Hopkins — Harriet Lane módulo anemia](#)
- [OMS 2024 Hb \(resumo\)](#) · [OMS 2020 ferritina](#) · [OMS 2016 suplementação](#) · [ESPGHAN 2014](#) · [CPS 2019/2025](#)
- Não verificado: texto integral AAP 2026 e NICE CKS (acesso bloqueado); Boston Children's; Harriet Lane Handbook edição atual; consenso intersocietário italiano.

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.