

Prematuridade tardia — motivo de alerta

DC SBP nº 33 (19/03/2026) comparado com AAP, NICE/BAPM, SENEo, SIN/Bambino Gesù, Harvard e Johns Hopkins.

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076
Professor do Centro Universitário Max Planck · Departamento SBP: Neonatologia
Atualização SBP: DC nº 33 de 19/03/2026 · 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

O DC nº 33 reafirma que o prematuro tardio (PTT, 34 0/7 a 36 6/7 semanas) corresponde a ~70% dos prematuros e não deve ser tratado como recém-nascido a termo: tem mais necessidade de reanimação, mais insuficiência respiratória, hipotermia, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, dificuldades alimentares, sepse e reinternação (80% nos primeiros 5 dias), além de desfechos cognitivos, comportamentais e cardiometabólicos piores. A SBP propõe uma "tétrade": alta segura (≥ 48 h, critérios objetivos), primeira consulta em até 48 h após a alta, acompanhamento de curto prazo (peso e icterícia) e follow-up diferenciado do neurodesenvolvimento. AAP, NICE/BAPM, SENEo, SIN, Harvard e Johns Hopkins concordam no essencial. As diferenças estão na extensão do follow-up ao PTT (o Reino Unido não o faz), na imunoprofilaxia do VSR (nirsevimabe universal na Espanha e nos EUA; não recomendado para 34–36 s no Reino Unido), no limite de perda de peso (7% vs 10%) e no instrumento para bilirrubina (nomograma de Bhutani vs curvas da AAP 2022).

1. O que a SBP recomenda

Documento: DC nº 33, 19/03/2026, 14 p. DC de Neonatologia (pres. Licia Maria Oliveira Moreira; sec. Rita de Cassia Silveira), relatores Carlos Alberto Moreno Zaconeta e Leila Denise Cesário Pereira.

Epidemiologia e riscos (dados citados): apneia na sala de parto em 13%; coorte brasileira de 35 hospitais (1.054 PTT $\times$ 9.720 termos) com VPP 2 $\times$ e intubação 3 $\times$ mais frequentes; insuficiência respiratória 18,8% vs 2,2%; hipotermia 10%; hipoglicemia com risco 7,4 $\times$ (11,5% às 34 s, 5,3% às 35 s, 4,4% às 36 s); icterícia 16% vs 5,3% com pico mais

tardio e BT > 20 mg/dL 8× mais frequente; aleitamento exclusivo na alta 4× menor; hemorragia peri-intraventricular 4,9×; sepse com cultura positiva 5×; IgG transplacentária ≈ metade da do termo (522 vs 1.100 mg/dL); reinternação 3×, 80% nos primeiros 5 dias, alta antes de 4 dias com OR 2,94. Longo prazo: bronquiolite (OR 1,51), hospitalização por VSR 15% vs 10%, cérebro às 36 s com 40% do volume final, TDAH 5,7% vs 4,5%, TEA 1,9% vs 1,4%, paralisia cerebral 2,7×, diabetes (RR 1,24) e hipertensão (RR 1,21), mortalidade neonatal 5–6× e infantil 3–4×.

A "tétrade" de cuidado

COMPONENTE	POSIÇÃO DA SBP
Sala de parto e maternidade	Equipe treinada no PRN-SBP presente; hora de ouro (clameamento tardio, pele a pele e amamentação na 1ª hora) se vigoroso; 8–12 mamadas/24 h , suplementação por sonda/copo conforme glicemia e peso; peso diário; sinais vitais 6/6 h; controle glicêmico desde o nascimento por protocolo institucional; icterícia com BT total interpretada no nomograma de Bhutani (zonas de alto risco e intermediária-superior); Coombs; triagens (olhinho, oximetria, auditiva, biológica); hepatite B e BCG; avaliação de riscos psicossociais
Critérios de alta segura	≥ 48 h de vida ; alimentação oral competente com pega adequada; perda de peso ≤ 3%/dia e ≤ 7% até 48 h ; diurese e mecônio presentes; glicemia normal; sinais vitais estáveis por 12 h em berço comum (T 36,5–37,5 °C, FC 100–160, FR < 60); sem apneia no período de segurança; pais treinados; 1ª consulta agendada
Plano de alta	Aleitamento em livre demanda; sono seguro (decúbito dorsal, berço próprio no quarto dos pais por 6 meses, sem cama compartilhada); vacinas pela idade cronológica + imunoprofilaxia do VSR ; evitar aglomerações; teste do pezinho no 3º–5º dia; 1ª consulta em até 48 h após a alta ; sinais de alerta; cadeirinha para o transporte; vitamina D 400 UI/dia; Caderneta da Criança
Seguimento	Peso e icterícia até sair da zona de risco, com curvas de prematuros; follow-up diferenciado (a SBP reconhece que o SUS não o contempla): neurodesenvolvimento nas 4 esferas em cada consulta; M-CHAT-R/F aos 18 e 24 meses de idade cronológica ; atenção às dificuldades escolares (TEA/TDAH leves, dislexia); vigilância cardiometabólica

Não aborda: teste da cadeirinha (car seat challenge) antes da alta; rastreio por neuroimagem (afirma não haver diretriz); doses ou produtos para imunoprofilaxia do VSR (remete ao calendário vacinal da SBP).

2. Posição das referências internacionais

REFERÊNCIA	DOCUMENTO E ANO	POSIÇÃO RESUMIDA
AAP	Clinical Report — "Late-Preterm Infants: A Population at Risk (Engle, Pediatrics 2007, reafirmado); Hospital Discharge of the High-Risk Neonate (2008/2020); Hiperbilirrubinemia ≥ 35 s (Kemper 2022); Hipoglicemia neonatal (Adamkin 2011); Nirsevimabe 2025–26	Define PTT como 34 0/7–36 6/7 s e lista os mesmos riscos; alta não antes de 48 h , sinais vitais estáveis por 12 h, ≥ 24 h de alimentação bem-sucedida com avaliação formal da amamentação, perda de peso "não excessiva", bilirrubina avaliada com plano de seguimento, teste da cadeirinha para transporte, consulta em 24–48 h após a alta. Hipoglicemia: rastreo nas primeiras 24 h nos PTT. Bilirrubina: curvas de fototerapia específicas para 35–36 s (2022), fora do nomograma de Bhutani. Nirsevimabe para todos os < 8 meses na 1ª temporada, sem distinção por idade gestacional. Vigilância de desenvolvimento pelo Bright Futures (M-CHAT aos 18 e 24 m) para todos.
NICE / BAPM (Reino Unido)	NICE NG194 — Postnatal care (2021); NICE CG98 — Jaundice in newborn babies under 28 days; NICE NG72 — Developmental follow-up of children born preterm (2017); BAPM — Framework for the management of late preterm infants (2023); NHS England — nirsevimabe 2025	BAPM 2023 recomenda vias transicionais na maternidade (não UTI) para 34–36 s: temperatura, glicemia com protocolo, apoio à amamentação, avaliação de icterícia por idade gestacional; alta quando alimentação estável e critérios clínicos atingidos, com visita domiciliar/consulta em 24–72 h (equipe de midwives). CG98 usa limiares de bilirrubina próprios por semana de idade gestacional (não Bhutani). NG72 restringe o follow-up estruturado do desenvolvimento a < 30 s (e 30–36 s com fatores de risco) ; PTT sem fatores de risco segue o programa universal. Nirsevimabe (2025): apenas < 32 s ou com cardiopatia/DPC; 34–36 s sem imunoprofilaxia.
AEP / SENeO (Espanha)	SENeO — Recomendaciones para el manejo del prematuro tardío (2014; atualização 2017); Protocolo de seguimiento del prematuro tardío (2024); AEP-CAV — calendário 2025	Documento específico e detalhado: idade gestacional 34 0/7–36 6/7; glicemia às 1–2 h e antes das mamadas nas primeiras 24 h; 8–12 mamadas com observação e suplementação por indicação; alta não antes de 48–72 h , com peso, icterícia e alimentação estáveis; consulta em 48 h e novamente na 1ª semana; perda de peso máxima aceitável 10% ; follow-up do prematuro tardio com marcos específicos e triagem de TEA aos 18–24 m. Nirsevimabe universal (todos os nascidos na temporada) desde 2023 — inclui PTT.
SIP / SIN (Itália)	SIN — raccomandazioni follow-up neonatale (aplicável a < 32 s); Ospedale Pediatrico Bambino Gesù — prematuro tardivo; Ministero della Salute — nirsevimabe 2024–25	A SIN reconhece o PTT como "falso termo" e recomenda alta com critérios de estabilidade (temperatura, alimentação, peso, bilirrubina) e controle em 48–72 h; o follow-up estruturado nacional cobre < 32 s , com o PTT deixado ao pediatra de família com atenção a marcos e linguagem. Bambino Gesù enfatiza icterícia tardia, hipoglicemia e apoio ao aleitamento. Nirsevimabe oferecido a todos os lactentes na 1ª temporada nas regiões que aderiram (2024–25), incluindo PTT.
Harvard — Boston Children's / Brigham	Cloherty & Stark's Manual of Neonatal Care (9ª ed., 2023, cap. Late Preterm); Brigham and Women's — Late preterm infant guideline	Manual de referência do sistema Harvard: PTT admitido em berçário de cuidados intermediários ou transição; glicemia nas primeiras 24 h por protocolo; temperatura a cada 4–6 h; alimentação 8–12×/dia com plano lactacional; bilirrubina com curvas AAP 2022; alta ≥ 48 h com ganho de peso ou perda estabilizada, consulta em 24–48 h; car seat test; nirsevimabe antes da alta na temporada. Follow-up do neurodesenvolvimento recomendado para PTT com intercorrências (UTI, HPIV, hipoglicemia sintomática).
Johns Hopkins Children's Center	Johns Hopkins Medicine — Premature/late preterm infant discharge instructions; CHOP — Late preterm infant clinical pathway (2024) (referência de pares)	Orientações de alta do JH: mamadas a cada 2–3 h, sinais de icterícia e de baixa ingesta, sono seguro, consulta em 1–2 dias, vacinas pela idade cronológica. A via clínica da CHOP (padrão de referência nos EUA) detalha: glicemia por 24 h, temperatura axilar a cada 4 h, alimentação assistida, bilirrubina sérica/transcutânea antes da alta, alta ≥ 48 h, car seat challenge para < 37 s, consulta em 24–48 h.

3. Concordâncias e discordâncias

TEMA	SBP	AAP	NICE/BAPM	SENEO	SIN/ITÁLIA	HARVARD	J. HOPKINS	LEITURA
PTT não é termo; definição 34 0/7–36 6/7	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Concordância total
Alta não antes de 48 h	≥ 48 h	≥ 48 h	quando estável (sem hora fixa)	48–72 h	48–72 h	≥ 48 h	≥ 48 h	Concordância; Reino Unido é o único sem limiar horário
1ª consulta após a alta	≤ 48 h	24–48 h	24–72 h (domiciliar)	48 h	48–72 h	24–48 h	1–2 dias	Concordância
Sinais vitais estáveis antes da alta	12 h	12 h	—	24 h	—	12–24 h	—	Concordância; SENEo mais exigente
Perda de peso máxima	≤ 7% em 48 h	"não excessiva" (7–10% em prática)	não fixa	≤ 10%	≤ 10%	7–10%	7–10%	Divergência de limiar — SBP mais conservadora
Ferramenta de bilirrubina	Nomograma de Bhutani	Curvas AAP 2022 por semana de IG	Limiares NICE por IG	Bhutani/AAP	AAP	AAP 2022	AAP 2022	Divergência de instrumento; SBP ainda cita Bhutani (validado apenas ≥ 36 s)
Rastreio de hipoglicemia	Desde o nascimento, protocolo institucional	Primeiras 24 h (Adamkin)	Protocolo BAPM	1–2 h e pré-mamadas 24 h	Sim	24 h	24 h	Concordância
Teste da cadeirinha	Não menciona	Sim, antes da alta	Não recomenda	Não recomenda de rotina	Não	Sim	Sim (CHOP)	Divergência transatlântica; SBP silente
Imunoprofilaxia do VSR no PTT	Sim (remete ao calendário)	Nirsevimabe universal < 8 m	Não para 34–36 s	Universal	Universal na temporada	Sim	Sim	Divergência do Reino Unido
Follow-up diferenciado do neurodesenvolvimento	Sim, para todo PTT	Vigilância universal (Bright Futures) + atenção ao risco	Só < 30 s ou 30–36 s com risco	Sim, programa próprio	Só < 32 s	PTT com intercorrências	Vigilância universal	Principal divergência: SBP e SENEo ampliam; Reino Unido e Itália restringem
M-CHAT-R/F 18 e 24 m (idade cronológica)	Sim	Sim (para todos)	Não usa M-CHAT de rotina	Sim	Não de rotina	Sim	Sim	Concordância SBP–AAP–SENeo
Sono seguro, vacinas pela idade cronológica, cadeirinha de transporte	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Concordância total

4. Síntese

O DC nº 33 está alinhado com o conjunto das referências no diagnóstico do problema e nos pilares de segurança do período neonatal imediato: nenhuma instituição discorda de que o PTT precisa de ≥ 48 h de observação, critérios objetivos de alta, apoio intensivo ao aleitamento, vigilância de glicemia e bilirrubina e consulta precoce. As divergências reais são três. A primeira é o **follow-up estruturado**: a SBP (com a SENEo) o recomenda para todo PTT, enquanto NICE NG72 e a SIN o reservam aos < 30 – 32 s ou ao PTT com fatores de risco, argumentando custo-efetividade e o fato de o risco absoluto individual ser pequeno; a AAP fica no meio, com vigilância universal e M-CHAT para todos. A segunda é a **imunoprofilaxia do VSR**: EUA, Espanha e Itália incluem o PTT (nirsevimabe universal); o NHS a limita a < 32 s. A terceira é técnica: a SBP cita o **nomograma de Bhutani**, validado para ≥ 36 s, enquanto AAP 2022 e NICE usam curvas por semana de idade gestacional que captam melhor o risco do PTT; e o **limite de perda de peso** de 7% é mais restritivo que os 10% da SENEo, o que pode aumentar suplementação e prolongar internações sem evidência de benefício. O documento também não menciona o teste da cadeirinha, exigido nos EUA e não recomendado na Europa — omissão coerente com a prática brasileira.

OBSERVAÇÕES CRÍTICAS

1. **Bhutani vs curvas AAP 2022**: o nomograma de Bhutani foi construído com RN ≥ 36 s e ≥ 2.000 g; para 34–35 s, as curvas de Kemper 2022 (ou os limiares NICE) por idade gestacional são mais adequadas. Serviços que já usam o app/planilha da AAP não precisam voltar ao nomograma.
2. **Perda de peso $\leq 7\%$ em 48 h**: critério mais rígido que o europeu (10%); vale como gatilho de avaliação da amamentação, não como indicação automática de fórmula.
3. **Follow-up diferenciado**: a SBP reconhece que o SUS não o contempla; na prática, a recomendação factível é a do próprio documento — avaliar as 4 esferas do desenvolvimento em cada consulta e aplicar M-CHAT-R/F aos 18 e 24 meses — mais encaminhamento seletivo dos PTT com intercorrências (UTI, HPIV, hipoglicemia sintomática, RCIU).
4. **VSR**: o DC remete ao calendário; o pediatra deve verificar a disponibilidade de nirsevimabe (PNI 2025–26 para prematuros e SUS ampliado) e da vacina materna (RSVpreF) na gestação, que altera a indicação no lactente.
5. **Teste da cadeirinha**: não recomendado pela SBP nem pela Europa; a orientação prática é transporte na cadeirinha com observação da posição da cabeça e viagens curtas.

5. Fontes

- SBP. Prematuridade tardia: motivo de alerta. Documento Científico nº 33, Departamento de Neonatologia, 19/03/2026. sbp.com.br
- Engle WA, Tomashek KM, Wallman C; AAP Committee on Fetus and Newborn. "Late-preterm" infants: a population at risk. *Pediatrics* 2007;120:1390–401.
- AAP Committee on Fetus and Newborn. Hospital discharge of the high-risk neonate. *Pediatrics* 2008;122:1119–26 (reafirmado).
- Kemper AR et al. Clinical practice guideline revision: management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2022;150:e2022058859.
- Adamkin DH; AAP COFN. Postnatal glucose homeostasis in late-preterm and term infants. *Pediatrics* 2011;127:575–9.
- AAP. Nirsevimab and RSV prevention guidance 2025–26.

- NICE. NG194 Postnatal care (2021); CG98 Jaundice in newborn babies under 28 days (2010, atual. 2023); NG72 Developmental follow-up of children and young people born preterm (2017).
- BAPM. Framework for the management of late preterm infants in the UK (2023). NHS England. Nirsevimab programme 2025.
- SENEo. Recomendaciones para el manejo del prematuro tardío (2014/2017); Protocolo de seguimiento del prematuro tardío (2024). AEP-CAV, calendário 2025.
- Società Italiana di Neonatologia. Raccomandazioni per il follow-up del neonato pretermine; Ospedale Pediatrico Bambino Gesù — Il neonato pretermine tardivo.
- Eichenwald EC, Hansen AR, Martin CR, Stark AR. Cloherty and Stark's Manual of Neonatal Care, 9ª ed., 2023.
- Johns Hopkins Medicine — Premature babies: discharge and home care. CHOP — Late preterm infant clinical pathway (2024).

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.