

Dia Mundial do Rim 2026 — saúde renal desde a infância

Nota Especial SBP nº 31 (12/03/2026) comparada com AAP, NICE, KDIGO, AEP, Itália, Harvard e Johns Hopkins.

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076
Professor do Centro Universitário Max Planck · Departamento SBP: Nefrologia
Atualização SBP: Nota Especial nº 31 de 12/03/2026 · 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 | 3. Concordâncias e discordâncias |
| 2. Posição das referências internacionais | 4. Síntese |
| | 5. Fontes |

EM RESUMO

A Nota Especial nº 31 marca o Dia Mundial do Rim de 2026 em dois contextos: a resolução da Assembleia Mundial da Saúde de maio/2025 que incluiu a doença renal crônica (DRC) entre as doenças crônicas não transmissíveis prioritárias, e o tema da campanha, saúde renal e sustentabilidade. O texto pede ao pediatra que integre a saúde renal à rotina: rastreamento com urinálise e creatinina nos grupos de risco (diabetes, hipertensão, história renal ou cardiovascular, obesidade, prematuridade, baixo peso ao nascer), valorização das alterações ultrassonográficas pré-natais e vigilância especial do prematuro, cuja nefrogênese interrompida é risco independente de DRC e doença cardiovascular. AAP, NICE, KDIGO, AEP e o consenso neonatal norte-americano de 2026 concordam com a premissa; divergem no instrumento (albuminúria e TFG estimada, não urinálise), no peso da obesidade isolada e, sobretudo, na precisão: a SBP não define idades, intervalos, equações nem limiares de pressão arterial.

1. O que a SBP recomenda

Documento: Nota Especial nº 31, 12/03/2026, 3 p. Departamento Científico de Nefrologia (pres. e relatora Nilzete Liberato Bresolin; sec. Clotilde Druck Garcia; relatora Vandrea Carla de Souza).

Contexto: resolução WHA78.6 (aprovada em comitê em 23/05/2025, proposta pela Guatemala) reconhece a doença renal como prioridade global e integra a DRC às políticas de DCNT; tema 2026 do World Kidney Day: saúde renal e sustentabilidade (fatores ambientais, pegada dos serviços de saúde, prevenção de exposições evitáveis desde o início da vida). Base conceitual: programação fetal (Barker) e epigenética.

PONTO	POSIÇÃO DA SBP
Rastreamento	Ações educativas e exames simples — urinálise e creatinina sérica — nos grupos de maior risco: diabetes, hipertensão, história prévia de doença renal ou cardiovascular, obesidade, prematuridade, baixo peso ao nascer
Pré-natal	Investigar alterações ultrassonográficas renais (primeira pista de CAKUT)
Prematuros	Prematuridade = fator de risco independente para DRC e complicações cardiovasculares (menos néfrons, hiperfiltração); obesidade e catch-up acelerado como "segundo insulto"; história neonatal registrada por toda a infância ; monitorização da PA; rastreamento laboratorial periódico conforme risco individual; uso criterioso de nefrotóxicos; estilo de vida
Mensagem	Integrar a saúde renal de forma sistemática à rotina da Pediatria: "proteger os rins da criança é garantir a saúde do adulto de amanhã"

Não traz: idades e intervalos de rastreamento, definição de DRC pediátrica, equação de TFG, albuminúria, limiares de pressão arterial, critérios de encaminhamento à nefrologia.

2. Posição das referências internacionais

REFERÊNCIA	DOCUMENTO E ANO	POSIÇÃO RESUMIDA
AAP	Bright Futures Periodicity Schedule (2024/2025); Clinical Practice Guideline — Hipertensão (Flynn 2017)	Sem urinálise de rotina no calendário de puericultura; PA anual a partir de 3 anos. PA antes dos 3 anos se prematuridade < 32 s, PIG, muito baixo peso, UTIN, cateter umbilical, ITU recorrente, doença ou malformação renal, história familiar; a cada consulta se obesidade, DRC, diabetes. Limiares: elevada ≥ p90, estágio 1 ≥ p95; ≥ 13 anos 120/80 e 130/80. Não há programa de rastreio renal laboratorial.
NICE	NG203 — Chronic kidney disease: assessment and management (2021)	Inclui crianças. Oferecer TFGe + relação albumina/creatinina (ACR) se lesão renal aguda prévia ou rim único; considerar se baixo peso ao nascer ≤ 2.500 g , diabetes, hipertensão, cardiopatia, doença estrutural do trato urinário, doença multissistêmica, história familiar, hematúria/proteinúria incidental. Não usar idade, sexo, etnia ou obesidade isolada (sem síndrome metabólica, diabetes ou HAS) como critério. Proteinúria por ACR, não fita. Sem rastreio populacional.
KDIGO	KDIGO 2024 CKD Guideline; síntese pediátrica — Francis, JAMA Pediatr 2024	Anamnese de risco: peso de nascimento, idade gestacional, CAKUT pré-natal, nefrotóxicos, história familiar; TFGe por CKiD U25 (cistatina C se baixa massa muscular); TFGe < 90 pode ser baixa em > 2 anos; proteinúria por PCR e ACR em amostra matinal; em DRC 3–5, MAPA anual com alvo p50. Não define programa de rastreio populacional.
AEP / AEPap	Programa de Salud Infantil — Cribado de HTA (2024)	Ao menos uma medida de PA entre 3 e 6 anos e outra entre 11 e 18 (não anual); mais cedo e mais frequente se prematuridade, muito baixo peso, cateter umbilical, nefro/uropatia, ITU recorrente, história familiar de doença renal congênita, transplante. Urinálise apenas na investigação de HAS confirmada; sem rastreio urinário universal. Protocolos da AENP sobre seguimento renal do prematuro não localizados.
SIP / SInePe (Itália)	Tradução italiana do sumário KDIGO 2024	Sem documento de posição pediátrico próprio localizado; a nefrologia italiana adota KDIGO 2024; ações de rastreio gratuito no WKD 2026 divulgadas por hospitais (Gaslini) sem protocolo nacional.
Harvard — Boston Children's	Neonatal Kidney Health Consensus — Kidney care at NICU discharge and follow-up for preterm infants < 34 weeks (J Perinatol 2026) (consenso multicêntrico norte-americano); página de DRC do BCH (acesso bloqueado)	Consenso 2026: na alta da UTIN, PA padronizada, creatinina (> 0,5 mg/dL → nefrologia), avaliação de nefrocalcinose; até 2 anos, PA em todo contato; aos 2 anos, creatinina, cistatina C e ACR urinária ± US nos de alto risco (< 28 s ou 28–34 s com fatores modificadores); encaminhar se LRA na UTIN, PN < 1.500 g com RCIU, PA > p95; nova vigilância na puberdade e se surgir obesidade ou diabetes.

REFERÊNCIA	DOCUMENTO E ANO	POSIÇÃO RESUMIDA
Johns Hopkins Children's Center	Divisão de Nefrologia Pediátrica; Luyckx et al., Lancet 2017 — Low Birth Weight and Nephron Number Working Group	Sem posição institucional escrita sobre rastreio; serviços de HAS e transplante. O grupo de trabalho internacional (Luyckx 2017): pesar todos os recém-nascidos; registrar baixo peso, prematuridade, RCIU e pré-eclâmpsia como fatores de risco vitalício de HAS e DRC; evitar catch-up acelerado e obesidade; cautela como doador renal. ESPN/IPNA (Westland & Schreuder 2026): consenso só para os 2 primeiros anos; faltam recomendações de longo prazo.

3. Concordâncias e discordâncias

TEMA	SBP	AAP	NICE	KDIGO	AEP	ITÁLIA	CONSENSO NEONATAL 2026 / LUYCKX	LEITURA
Prematuridade / baixo peso como risco vitalício de DRC	Sim	Sim (PA)	Sim (≤ 2.500 g)	Sim	Sim	(KDIGO)	Sim	Concordância total
Rastreio dirigido a grupos de risco, não populacional	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Concordância
Obesidade isolada como critério de exame renal	Sim	PA a cada visita	Não (sem SM/DM/HAS)	Não cita	Não	—	Como "segundo insulto"	Divergência
Instrumento de rastreio	Urinálise + creatinina	Nenhum de rotina	ACR + TFGe	PCR + ACR matinal + TFGe (CKiD U25)	Urinálise só se HAS	KDIGO	Creatinina + cistatina C + ACR aos 2 anos	Divergência de método; SBP não cita albuminúria
Idades e intervalos	Não define	PA anual ≥ 3 a	Sem calendário	—	PA 3–6 a e 11–18 a	—	Alta, 2 anos, puberdade	Lacuna da SBP
Limiares de PA	Não define	p90/p95; 120/80 e 130/80	—	Alvo p50 em DRC	p90/p95	—	p95 para encaminhar	Lacuna da SBP
CAKUT pré-natal como alerta	Sim	—	Sim (doença estrutural)	Sim	Sim	—	Sim	Concordância
Registro da história neonatal por toda a vida	Sim	—	—	Sim (anamnese)	—	—	Sim	Concordância
Evitar nefrotóxicos e catch-up/obesidade	Sim	—	—	Sim	—	—	Sim	Concordância

4. Síntese

A nota da SBP é uma peça de campanha, e como tal está alinhada com o movimento internacional: o reconhecimento da DRC pela OMS, o tema ambiental do Dia Mundial do Rim e a doutrina de que o rim do prematuro merece vigilância pela vida inteira, agora formalizada no consenso neonatal norte-americano de 2026 e no preâmbulo da própria resolução WHA78.6. As diferenças aparecem quando se tenta operacionalizar. A SBP pede "urinálise e creatinina" em grupos de risco, sem dizer quando; NICE e KDIGO substituíram a urinálise pela **relação albumina/creatinina** e pela TFG estimada com equações pediátricas, e o consenso de 2026 define marcos concretos (alta da UTIN, 2 anos, puberdade). A **obesidade isolada** é critério de rastreio para a SBP, mas o NICE recomenda expressamente não testar por obesidade sem síndrome metabólica, diabetes ou hipertensão. A AAP, por sua vez, não faz rastreio laboratorial nenhum: concentra a vigilância na pressão arterial, anual a partir dos 3 anos e mais cedo nos prematuros. A AEP é a mais frouxa na PA (duas medidas em toda a infância).

OBSERVAÇÕES CRÍTICAS

1. **Urinálise não é o melhor exame:** para detecção precoce de dano renal em prematuros, obesos e diabéticos, a relação albumina/creatinina em amostra matinal e a TFG estimada por CKiD U25 (ou cistatina C) têm mais sensibilidade que a fita e a creatinina isolada, especialmente em crianças com baixa massa muscular.
2. **Marcos práticos para o prematuro < 34 s** (consenso 2026): PA e creatinina na alta; PA em toda consulta até 2 anos; aos 2 anos, creatinina, cistatina C e ACR ($\pm$ US renal se < 28 s ou RCIU); reavaliação na puberdade e se surgir obesidade ou diabetes.
3. **Pressão arterial:** a SBP não cita limiares; o pediatra brasileiro pode usar a diretriz AAP 2017 (p90/p95; 120/80 e 130/80 a partir de 13 anos) ou a Diretriz Brasileira de Hipertensão, que a adota.
4. **Obesidade:** justifica PA a cada consulta e triagem de síndrome metabólica; exames renais só se houver HAS, diabetes ou outro fator.
5. A data da resolução da OMS é citada como 23/05/2025 (aprovação em comitê); o documento oficial é datado de 27/05/2025.

5. Fontes

- SBP. 12 de Março de 2026: Dia Mundial do Rim. Nota Especial nº 31, Departamento Científico de Nefrologia, 12/03/2026. sbp.com.br
- World Kidney Day 2026 — Kidney Health for All: Caring for People, Protecting the Planet. worldkidneyday.org
- WHO. Resolution WHA78.6 — Reducing the burden of noncommunicable diseases through the promotion of kidney health (2025). apps.who.int

- AAP. Bright Futures Periodicity Schedule (2024/2025); Flynn JT et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics 2017;140:e20171904.
- NICE. NG203 Chronic kidney disease: assessment and management (2021).
- KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of CKD; Francis A et al. JAMA Pediatr 2024 (síntese pediátrica).
- AEPap. Programa de Salud Infantil — Cribado de hipertensión arterial (2024).
- Slagle C, Chmielewski J, Rumpel J et al. Kidney care at NICU discharge and follow-up recommendations for preterm infants < 34 weeks. J Perinatol 2026.
- Luyckx VA et al. A developmental approach to the prevention of hypertension and kidney disease: a report from the Low Birth Weight and Nephron Number Working Group. Lancet 2017;390:424–8.
- Westland R, Schreuder MF. Preserving nephron number after preterm birth: a top priority. Pediatr Nephrol 2026;41(2).

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.