



Entendendo e Protegendo seus Rins

Orientações baseadas em evidências científicas para prevenção e controle da Doença Renal Crônica

O Que É a Doença Renal Crônica?

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma condição silenciosa em que os rins perdem progressivamente a capacidade de filtrar o sangue e eliminar toxinas. As principais causas são o **Diabetes Mellitus** (responsável por ~30% dos casos de diálise no Brasil) e a **Hipertensão Arterial**. O diagnóstico precoce permite intervenções que retardam a progressão da doença e protegem o coração.

Microalbuminúria: O Primeiro Sinal de Alerta

A microalbuminúria é a presença de pequenas quantidades de albumina (uma proteína) na urina. Em rins saudáveis, a albumina não passa pelos filtros renais. Quando ela aparece na urina, é o **primeiro sinal de lesão nos glomérulos** (filtros dos rins).

Mais do que um problema renal, a microalbuminúria é um **marcador de lesão endotelial sistêmica** — indica que o revestimento interno de todos os vasos sanguíneos está inflamado. Isso representa um **forte sinal de risco cardiovascular**, com maior chance de infarto e derrame, independentemente de outros fatores de risco.

Como Avaliamos a Função Renal?

Seu médico utiliza dois exames complementares:

Taxa de Filtração Glomerular (TFGe)

Calculada a partir da creatinina no sangue (fórmula CKD-EPI 2021). Indica a porcentagem de funcionamento dos rins. Classifica de G1 a G5.

Razão Albumina/Creatinina (RAC)

Exame de urina (preferencialmente a primeira da manhã). Mede a quantidade de proteína vazando pelos rins. Classifica de A1 a A3.

Classificação por Estágio de Filtração (TFGe)

Estágio	Descrição	TFGe (mL/min)	Acompanhamento Sugerido
G1	Função normal ou alta	≥ 90	Anual (se fator de risco)
G2	Redução leve	60 – 89	Anual
G3a	Redução leve a moderada	45 – 59	A cada 6 meses
G3b	Redução moderada a severa	30 – 44	A cada 3 – 6 meses
G4	Redução severa	15 – 29	A cada 1 – 3 meses
G5	Falência renal	< 15	Mensal ou mais frequente

Classificação por Albuminúria (RAC)

Categoria	Descrição	RAC (mg/g)	Significado Clínico
A1	Normal a levemente aumentada	< 30	Baixo risco renal e cardiovascular
A2	Moderadamente aumentada (Microalbuminúria)	30 – 299	Risco moderado a alto; lesão endotelial
A3	Severamente aumentada (Macroalbuminúria)	≥ 300	Risco muito alto; doença avançada

Sinais de Alerta — Procure seu Médico

- **Urina espumando:** pode indicar proteinúria
- **Inchaço (edema):** pernas, pés e ao redor dos olhos (mais comum pela manhã)
- **Cansaço e palidez:** podem indicar anemia renal
- **Câimbras frequentes:** por alterações de cálcio, magnésio e potássio
- **Aumento da pressão arterial**
- **Redução do volume urinário**
- **Náuseas, perda de apetite e coceira:** estágios avançados
- **Ganho de peso rápido:** retenção de líquidos

Medicamentos que Prejudicam os Rins — AINEs

Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) reduzem o fluxo sanguíneo renal e podem causar lesão aguda ou acelerar a progressão da DRC. **Evite a automedicação com:**

Princípio Ativo	Exemplos Comerciais	Princípio Ativo	Exemplos Comerciais
Diclofenaco	Cataflam, Voltaren	Piroxicam	Feldene
Ibuprofeno	Alivium, Advil	Meloxicam	Movatec
Nimesulida	Nisulid, Scaflan	Celecoxibe	Celebra
Cetoprofeno	Profenid, Bi-Profenid	Etoricoxibe	Arcoxia
Naproxeno	Flanax, Naprosyn	Indometacina	Indocid
Cetorolaco	Toragesic	Ácido Mefenâmico	Ponstan

Para dor: prefira Paracetamol (Tylenol) 750mg ou Dipirona 500mg, conforme orientação médica. **Evite também anabolizantes**, que sobrecarregam os rins.

Cuidados com Contraste Iodado

Exames como tomografia e cateterismo usam contraste iodado, que pode ser tóxico para rins comprometidos. **Sempre informe seu médico sobre sua função renal** antes desses exames. A hidratação adequada antes e depois do procedimento é a principal forma de prevenção. Em alguns casos, preparo com soro fisiológico intravenoso pode ser necessário.

⚠️ **PERIGO — Carambola:** Para pacientes com DRC, a carambola é **estritamente proibida**. Contém uma neurotoxina (caramboxina) que se acumula em pacientes renais, podendo causar soluços persistentes, confusão mental, convulsões e até coma. A mortalidade pode chegar a 40%.





Orientações Alimentares para Saúde Renal

Quanta Proteína por Dia? Veja Exemplos Práticos

A restrição moderada de proteínas (0,8 g por quilo de peso ideal por dia) é indicada para adultos nos estágios avançados da doença renal (G4 e G5 não dialítico) e também ajuda a proteger os rins em estágios iniciais com perda de proteína na urina (A2 e A3). Dê preferência às proteínas de origem vegetal (como feijão e lentilha) e evite carnes vermelhas e processadas. **Evite suplementos proteicos (Whey Protein, BCAA, Creatina) sem prescrição.**

Sua meta diária

Peso ideal	Meta diária
50 kg	40 g
60 kg	48 g
70 kg	56 g
80 kg	64 g
90 kg	72 g
100 kg	80 g

Peso ideal não é o peso atual. O médico ou nutricionista calcula para você.

Quanta proteína tem em cada alimento?

Alimento	Porção prática	Proteína
Filé de peixe grelhado	100 g	22 g
Peito de frango grelhado	100 g	32 g
Carne magra grelhada	100 g	35 g
Ovo cozido	1 unidade	6 g
Queijo minas frescal	1 fatia (~30 g)	5 g
logurte natural / Leite	1 pote (~170 g) / 1 copo (200 ml)	7 g
Feijão cozido	4 colh. sopa (~80 g)	5 g
Lentilha cozida	4 colh. sopa (~80 g)	7 g
Castanha-do-Pará / Amêndoas	5 unidades (~25 g) / 1 punhado (~30 g)	4 g / 6 g

Como usar na prática: Some as proteínas dos alimentos do dia até atingir sua meta.

Exemplo (meta 56 g): 1 ovo (6 g) + 1 copo de leite (7 g) + 100 g de peixe (22 g) + 4 colh. de feijão (5 g) + 100 g de frango (32 g) ≈ 72 g. (Neste caso, ultrapassou a meta, seria necessário reduzir as porções de carne/frango/peixe).

Sódio (Sal)

Limite: até 5g de sal/dia (~2g de sódio). Evite embutidos, enlatados, temperos em cubo/pó e ultraprocessados. Use ervas naturais, alho, cebola e especiarias para temperar. Recomenda-se ≤3,75 g sal/dia (1,5 g sódio) quando além da doença renal crônica o paciente apresenta quadro de hipertensão arterial associada.

Fósforo

Rins doentes retêm fósforo, o que enfraquece os ossos e calcifica as artérias (risco cardiovascular). O fósforo dos ultraprocessados é o mais perigoso — é absorvido quase 100% (vs. 40-60% do fósforo natural). Evite refrigerantes tipo cola, embutidos, queijos processados e temperos prontos. No rótulo, fuja de palavras com "fosf" (fosfato, polifosfato, ácido fosfórico). Modere queijos amarelos, leite integral, gema do ovo, vísceras e castanhas.

Potássio (Restringir apenas se indicado)

A restrição só é necessária se exames mostrarem hipercalemia. Use a técnica de **duplo cozimento** para vegetais (ferver, descartar a água, ferver novamente).

Alimentos Ricos em Potássio (Moderar se indicado)

Frutas	Abacate, banana, laranja, mamão, maracujá, kiwi, melão, água de coco
Vegetais	Batata, mandioca, beterraba, tomate, espinafre, feijão, lentilha, abóbora
Outros	Amendoim, castanhas, chocolate, café solúvel, extrato de tomate, rapadura

Hidratação e Retenção de Líquidos

A restrição hídrica aplica-se geralmente a estágios avançados (G4-G5) ou quando há IC associada. **Pese-se diariamente** pela manhã, após urinar. Ganho rápido de peso (>1 kg/dia) indica acúmulo de líquidos. Observe inchaço nas pernas ao final do dia e ao redor dos olhos pela manhã.

Atividade Física na DRC

O exercício regular é seguro e benéfico em todos os estágios da DRC (com liberação médica). Ajuda a controlar pressão arterial, glicemia, peso e melhora a saúde cardiovascular e a qualidade de vida. Combine exercícios aeróbicos (caminhada, natação, bicicleta — 150 min/semana) com exercícios de resistência leve a moderada (2-3x/semana), evitando exercícios extremos sem orientação. Comece devagar e progrida gradualmente.

Vacinação e Complicações

Pacientes com DRC podem ter imunidade reduzida, com maior risco de infecções graves e hospitalização. Mantenha em dia: influenza (dose anual, antes do inverno), pneumocócica (dose única de Prevenar® 20, seguida de Pneumo® 23 após 3 meses, e uma dose de reforço da Pneumo® 23 após 5 anos), hepatite B (esquema reforçado, com dose dobrada), COVID-19 (com reforços periódicos de acordo com calendário), dTpa (reforço a cada 10 anos) e herpes-zóster recombinante (≥ 50 anos). Com a progressão da DRC, surgem complicações que precisam de monitoramento ativo: anemia (queda da eritropoietina, causando cansaço e palidez), doença mineral e óssea com alterações de cálcio, fósforo, vitamina D e PTH — que enfraquecem os ossos e calcificam as artérias —, acidose metabólica (que acelera a perda óssea e a progressão renal) e maior risco cardiovascular global. A principal causa de morte em DRC é cardíaca, não renal — por isso o acompanhamento regular com cardiologista e nefrologista, somado a exames periódicos de hemograma, ferro, ferritina, cálcio, fósforo, PTH, vitamina D e gasometria venosa, é fundamental para detectar e tratar essas complicações precocemente.

Tratamentos Inovadores que Protegem os Rins

Gliflozinas - Inibidores de SGLT2 (Forxiga® e Jardiance®)

Dapagliflozina e Empagliflozina: inicialmente para diabetes, demonstraram poderoso efeito protetor renal e cardíaco, reduzindo albuminúria em até 30-40% e retardando a necessidade de diálise — mesmo em pacientes sem diabetes. Em pacientes com mais de 65 anos, a dapagliflozina está disponível pelo programa Farmácia Popular.

Finerenona (Firialta®)

Antagonista mineralocorticoide não esteroide de nova geração. Reduz inflamação e fibrose nos rins. Nos estudos FIDELIO e FIGARO, reduziu albuminúria, hospitalização por insuficiência cardíaca e desfechos cardiovasculares em pacientes com DRC e diabetes. **Requer monitoramento periódico do potássio.**

Análogos de GLP-1 (Semaglutida e Liraglutida) e GIP/GLP-1 (Tirzepatida)

Além de auxiliar na perda de peso e controle do diabetes, demonstram benefícios na redução da progressão renal e proteção cardiovascular. O estudo FLOW (2024) mostrou redução de 24% nos desfechos renais com semaglutida.

IECA e BRAS

São as medicações clássicas, medicamentos como enalapril, ramipril, perindopril, losartana, candesartana, valsartana e olmesartana fazem parte desta classe. Ajudam no controle da hipertensão e proteção cardíaca e renal.

O tratamento ideal é individualizado. Converse com seu cardiologista e nefrologista sobre as melhores opções para o seu caso.

Referências: KDIGO 2024 CKD Guideline; Diretriz SBD 2025 — Manejo da Doença Renal do Diabetes; KDIGO 2025 ADPKD Guideline; Oliveira ESM et al. J Bras Nefrol 2015 (Carambola); Zanella MT. Arq Bras Endocrinol Metab 2006 (Microalbuminúria e Risco CV).

Este material tem caráter educativo e não substitui a consulta médica individualizada.

