



VOLUME II

O PACIENTE QUE NÃO EMAGRECE

*Da anamnese à prescrição: platô, rebote
e o manejo real da consulta*

EMERSON CRUZ · GABRIEL SCALON

CRM/SC 22.306 · CRM/SC 22.132

VALLIS ACADEMY

V A L L I S A C A D E M Y

O PACIENTE QUE NÃO EMAGRECE

V O L U M E I I

V A L L I S A C A D E M Y

O Paciente Que Não Emagrece

Da anamnese à prescrição: platô, rebote e o manejo real da consulta

Dr. Emerson Cruz

CRM/SC 22.306

Dr. Gabriel Scalon

CRM/SC 22.132

V O L U M E I I D A L I N H A V A L L I S A C A D E M Y

T U B A R ã O · S A N T A C A T A R I N A · 2 0 2 6

CRÉDITOS

O Paciente Que Não Emagrece

Da anamnese à prescrição: platô, rebote e o manejo real da consulta

Volume II da linha Vallis Academy

Primeira edição digital, 2026

Dr. Emerson Cruz, CRM/SC 22.306

Dr. Gabriel Scalon, CRM/SC 22.132

ISBN 978-65-977939-3-8 (e-book, PDF)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Cruz, Emerson

O paciente que não emagrece [livro eletrônico] : da anamnese à prescrição : platô, rebote e o manejo real da consulta / Emerson Cruz, Gabriel Scalon. -- Tubarão, SC : Instituto Vallis, 2026. -- (Vallis Academy ; 2)

PDF

ISBN 978-65-977939-3-8

1. Anamnese 2. Emagrecimento - Aspectos da saúde 3. Nutrologia 4. Obesidade - Cuidado e tratamento 5. Prescrição médica I. Scalon, Gabriel. II. Título. III. Série.

26-401061.0

CDD-613.25

Índices para catálogo sistemático:

1. Emagrecimento : Programa : Promoção da saúde 613.25

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380

COMO CITAR ESTA OBRA

CRUZ, E.; SCALON, G. *O Paciente Que Não Emagrece: da anamnese à prescrição: platô, rebote e o manejo real da consulta*. Tubarão: Vallis Academy, 2026. (Vallis Academy, v. 2). E-book.

Copyright 2026 Instituto Vallis. Todos os direitos reservados.

Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida, distribuída ou transmitida por qualquer meio sem autorização escrita dos autores. A licença de uso é individual e intransferível.

Esta obra é material de educação profissional continuada. Não substitui a avaliação clínica individual, as bulas, as diretrizes das sociedades nem as normas do conselho profissional de cada leitor. Indicações, doses e condutas farmacológicas têm finalidade educacional e são privativas do médico.

Instituto Vallis. Rua José Evaristo Fogaça 86, Tubarão, Santa Catarina, Brasil.

Como usar este livro

Este volume trata de conduta. Ele começa onde o Volume I termina: os exames já foram pedidos e lidos, e agora é preciso decidir o que fazer, em que ordem, por quanto tempo e o que ajustar quando o resultado parar de vir.

Por decisão editorial, nenhum exame é reexplicado aqui. Quando a conduta depender de interpretação laboratorial, o texto remete ao capítulo correspondente do Volume I. Quem tem os dois usa em conjunto, quem tem apenas este não fica sem entender o que fazer.

Análogos de GLP-1 e agonistas duplos aparecem como camada de tratamento, com indicação, limites e o que o profissional não prescritor acompanha. O manejo detalhado desses fármacos é assunto do Volume III e não seria bem servido por um capítulo de passagem.

Protocolos de reposição hormonal e de implantes ficam fora desta obra. O que entra é a preservação de massa magra durante a perda de peso, incluindo as fórmulas de apoio, sempre com o selo de quem pode prescrever cada item.

Ao final de cada capítulo de conduta há a seção Pronto para usar, com o material daquele tema em formato copiável: roteiros de consulta, planos em camadas, fichas de acompanhamento e frases de consultório. Não há neste livro promessa de resultado, cronograma de emagrecimento garantido nem percentual sem fonte.

O QUE ESTE LIVRO NÃO COBRE

Cirurgia bariátrica e seu pré e pós-operatório, obesidade infantil, gestação e lactação, atleta de alto rendimento e manejo de obesidade em doença renal ou hepática avançada. Também não trata de estética corporal, procedimentos e tecnologias.

CONFORMIDADE

Limites desta obra

Material de educação profissional continuada dirigido a médicos e a nutricionistas. Não substitui a avaliação clínica individual, as bulas, as diretrizes das sociedades nem as normas do conselho profissional de cada leitor.

Este volume cita medicamentos, doses e fórmulas magistrais. Todas as condutas farmacológicas trazem selo de conduta médica e são privativas do médico. A citação de dose tem finalidade educacional e não substitui a bula, a avaliação individual nem a verificação de interações e contraindicações no momento da prescrição.

As fórmulas magistrais citadas seguem a regulamentação sanitária vigente e dependem de prescrição válida. Marcas registradas aparecem apenas para identificar tecnologia ou padronização de ativo, sem qualquer recomendação

comercial, e nenhum autor recebeu patrocínio de indústria, farmácia de manipulação ou fabricante de suplementos para a produção desta obra.

Os casos clínicos são reais em sua lógica e desidentificados em todos os dados que permitiriam reconhecer alguém.

CONVENÇÕES

Os dois selos

Toda conduta recomendada carrega dois selos, sempre juntos, no mesmo padrão do Volume I. O primeiro responde quem pode executar. O segundo responde o quanto a literatura sustenta.

Selo de escopo	Significado
Compartilhada	Conduta ao alcance do médico e do nutricionista, respeitados os limites de cada conselho
Médica	Fármaco, hormônio ou qualquer item de prescrição médica
Encaminhar	Situação que sai do escopo de quem está lendo e exige outro profissional
Selo de evidência	Significado
Estabelecido	Sustentado por ensaios, metanálises ou diretriz de sociedade
Plausível	Mecanismo coerente e evidência clínica limitada ou heterogênea
Exploratório	Hipótese de trabalho, útil para observar, insuficiente para decidir sozinha

SUMÁRIO

PARTE I · ANTES DE PRESCREVER

1. Por que ele não emagrece	9
2. A anamnese que muda o tratamento	21
3. O que medir no início e o que acompanhar depois	32

PARTE II · O TRATAMENTO

4. O básico não se negocia	45
5. Estratégias alimentares	53
6. Os padrões de fome e a conduta de cada um	63
7. Massa magra: preservar é acelerar	76
8. Ferramentas farmacológicas	89
9. Suplementos e fórmulas magistrais	103

PARTE III · O QUE DÁ ERRADO

10. Platô	125
11. Rebote e reganho	139
12. Adesão, ambivalência e transtorno alimentar	152
13. Manutenção	163

PARTE IV · A PRÁTICA

14. Casos comentados	172
----------------------------	-----

APÊNDICES

A. Roteiro da consulta	185
B. Ficha de acompanhamento	188
C. Medicamentos que dificultam a perda de peso	189
D. Plano em camadas, modelo	190
E. Frases de consultório	191
F. Alvos e selos	193

PARTE I · CAPÍTULO 1

Por que ele não emagrece

A pergunta deste capítulo: por que o mesmo esforço que funcionou nos primeiros meses deixa de funcionar, e o que isso exige de quem conduz o tratamento?

RESUMO EXECUTIVO

- O peso não é apenas escolhido, ele é defendido. Perder peso ativa uma resposta fisiológica que aumenta a fome e reduz o gasto.
- As duas metades dessa resposta não se comportam igual, e confundi-las é o erro conceitual mais caro do tratamento. A fome sobe cedo, permanece por pelo menos dois anos e prevê o reganho. O gasto cai, mas boa parte dessa queda é transitória, encolhe quando o peso estabiliza e não prevê o reganho.
- A maior parte da mudança hormonal já está instalada com cinco por cento de perda. A contrarregulação não espera perda grande para começar.
- O peso máximo que a pessoa já atingiu na vida carrega informação que o peso da primeira consulta não carrega, e quanto mais tempo passou desde esse pico, maior o risco de reganho.
- Tratar sem contar com essa resposta é planejar o reganho. O plano de manutenção precisa nascer na primeira consulta, não na última.
- O tratamento atua em quatro alavancas: ingestão, gasto e composição, regulação da fome e obstáculos. Mexer em uma só é o motivo mais comum de insucesso.
- A maioria das falhas não é de conhecimento, é de sequência: intervenção certa na ordem errada, e prazo curto demais para julgar o resultado.

O CASO QUE ABRE

Mulher de 44 anos, terceira tentativa de tratamento em cinco anos. Nas duas primeiras perdeu onze e nove quilos, recuperou tudo em cerca de um ano e meio, e voltou com dois quilos a mais do que quando começou. Chega dizendo que o corpo dela aprendeu a não emagrecer, que o metabolismo está destruído e que só resta remédio. Traz razão em parte do que diz, e é por isso que a primeira consulta não pode começar pela dieta.

Onde este capítulo começa. O Volume I, no capítulo 14, resolve a ordem de investigar diante do paciente que não perde peso: se a conta fecha, se é peso ou é gordura, quais obstáculos rastrear e por qual ordem, e o que é platô de verdade. Este volume começa depois disso. Aqui a investigação já terminou, e a pergunta passa a ser o que fazer com o que ela encontrou.

1 O peso é defendido

A regulação do peso corporal não é uma conta simples entre o que entra e o que sai. É um sistema de controle, com sensores, sinalizadores e resposta

compensatória, e ele foi construído para proteger contra a perda, não contra o ganho.

Quando o peso cai, três coisas acontecem quase ao mesmo tempo. A leptina, produzida pelo tecido adiposo, despenca e o cérebro interpreta como escassez. A grelina, sinal de fome, aumenta. E os hormônios de saciedade liberados pelo intestino após as refeições, como o GLP-1 e o peptídeo YY, respondem menos. O resultado é fome maior, saciedade menor e um interesse por comida que responde a sinalização hormonal.

Ao mesmo tempo, o gasto energético cai. Parte dessa queda é esperada, porque um corpo menor gasta menos. A outra parte não é: o gasto fica abaixo do previsto pela nova composição corporal, e esse excedente recebe o nome de adaptação metabólica.



Figura 1.1 A resposta contrarregulatória. A fome sobe cedo e permanece, o gasto cai abaixo do previsto, e o peso encontra o menor ponto antes de voltar a subir. Nenhuma dessas curvas depende de força de vontade.

Uma coisa importante acontece cedo. Um estudo de dose-resposta mostrou que a maior parte da mudança hormonal já está instalada com cinco por cento de perda, com pouca alteração adicional daí até quinze por cento. A grelina sobe de forma significativa por volta dos dez por cento. Ou seja, a contrarregulação não é o preço da perda grande. Ela começa a cobrar na fase em que o paciente ainda está animado com o resultado, e é justamente por isso que o aviso precisa ser dado antes.

2 A fome e o gasto não se comportam igual

Esta seção existe porque a mesma frase costuma ser usada para os dois fenômenos, e eles seguem trajetórias diferentes. Separá-los muda o que se diz ao paciente e muda o que se monitora.

A fome persiste, e prevê. No ensaio de referência, com dez semanas de restrição e perda média de 13,5 kg, a grelina permaneceu acima do valor inicial doze meses depois, com leptina, peptídeo YY, colecistocinina e amilina ainda reduzidas. Um ensaio posterior, com perda induzida por dieta de muito baixa caloria, encontrou leptina baixa e grelina alta aos doze e aos vinte e quatro meses. E, o que mais interessa à conduta, a magnitude da elevação da grelina previu o reganho subsequente. A fome, portanto, não é apenas sintoma. É marcador prognóstico.

O gasto adapta, mas encolhe. Aqui a literatura mudou e o livro precisa acompanhar. Os trabalhos clássicos descrevem uma redução do gasto total da ordem de quinze por cento além do previsto pela composição corporal após dez por cento de perda, e a leitura consagrada é de que ela persiste enquanto o peso reduzido for mantido. Estudos de 2020 em diante, desenhados especificamente para medir o gasto em equilíbrio energético verdadeiro, encontraram algo diferente: a adaptação do gasto de repouso, de cerca de 92 kcal por dia ao fim da dieta, caiu para cerca de 38 kcal após quatro semanas de estabilização de peso e deixou de ser significativa em um e em dois anos. Uma revisão sistemática de trinta e três estudos encontrou o fenômeno na maioria dos trabalhos, mas com heterogeneidade grande e efeitos menores nos estudos de melhor desenho.

A controvérsia é metodológica e está aberta. Ela gira em torno de uma questão simples de enunciar e difícil de executar: medir o gasto quando o paciente ainda está em déficit não é a mesma coisa que medir quando o peso já estabilizou. Nos trabalhos que garantiram a estabilização, a adaptação encolheu.

O que isso muda na prática. Se a queda do gasto é sobretudo um fenômeno do período de déficit ativo, então a meta calórica precisa ser recalculada durante a perda, e não porque o metabolismo do paciente ficou permanentemente danificado. E se o que persiste é a fome, e é ela que prevê o reganho, então o alvo do plano de manutenção é a regulação da fome, não a contabilidade de calorias. Isso reorganiza o tratamento inteiro, e reorganiza para um lado que o profissional consegue trabalhar.

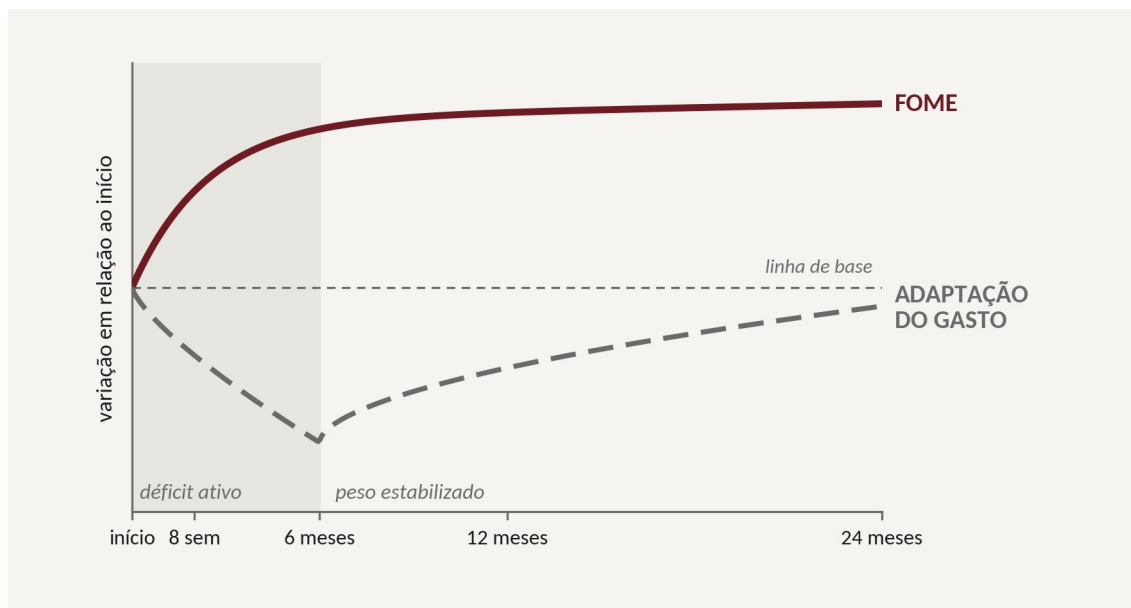


Figura 1.2 As duas metades da resposta contrarregulatória não seguem o mesmo caminho. A adaptação do gasto se concentra no período de déficit ativo e recua quando o peso estabiliza. A fome sobe cedo, permanece e é a que prevê o ganho.

Tabela 1.1 A magnitude da resposta contrarregulatória, separada por componente. Valores descritos em estudos específicos, com variação individual relevante e controvérsia declarada na coluna de evidência.

O que muda	Magnitude descrita	O que fazer com isso	Evidência
Gasto energético total, durante o déficit	Redução de cerca de quinze por cento além do previsto pela composição corporal após perda de dez por cento, nos trabalhos clássicos	Recalcular a meta calórica durante a perda, e não apenas pelo novo peso	Plausível
Gasto de repouso, após estabilização	Cerca de 92 kcal por dia ao fim da dieta, caindo para cerca de 38 kcal após quatro semanas de peso estável, e sem significância em um e dois anos	Não prometer ao paciente que o gasto voltará ao normal, nem afirmar que ficou permanentemente reduzido. Dizer que a maior parte da queda acompanha o déficit	Plausível
Gasto de repouso em perda extrema	Permaneceu cerca de 500 kcal por dia abaixo do previsto seis anos depois, em coorte pequena de perda muito grande	Reservar esse cenário para perda extrema, e não generalizar para o paciente de consultório	Exploratório
Grelina	Acima do valor inicial doze meses após o fim da dieta, e ainda elevada aos vinte e quatro meses em ensaio com dieta de muito baixa caloria	Avisar que a fome não é fase, e planejar estratégia para ela desde o início	Estabelecido
Grelina como	A magnitude da elevação	Perguntar sobre fome em todo	Plausível

O que muda	Magnitude descrita	O que fazer com isso	Evidência
preditor	previu o reganho subsequente	retorno, e tratar aumento sustentado como sinal de risco, não como queixa	
Instalação precoce	A maior parte da mudança hormonal ocorre já com cinco por cento de perda	Dar o aviso na primeira consulta, e não quando o paciente já perdeu bastante	Plausível
Fome relatada	Maior que antes do tratamento ao final de um ano, mesmo com peso ainda reduzido	Registrar fome como parâmetro de acompanhamento em ficha, como se registra peso	Estabelecido

DETALHE QUE MUDA A CONDUTA

A velocidade da perda importa, mas não pelo motivo que costuma ser dito. A metanálise que comparou perda gradual com perda rápida, em perda total equivalente, encontrou mais perda de gordura na gradual, cerca de um quilo, e melhor preservação da taxa metabólica de repouso. **Não encontrou diferença significativa em massa livre de gordura.** Um ensaio adicional mostrou que as diferenças de composição entre ritmos desaparecem depois que o peso estabiliza.

Existe contraponto. Em mulheres pós-menopáusicas, a restrição severa produziu mais perda de massa magra que a moderada, com 4,4 contra 3,1 kg em doze meses. E uma revisão sistemática recente conclui que o que preserva massa livre de gordura é dieta associada a exercício, com perda de tecido magro reduzida a 7,7 por cento do peso perdido, e proteína mais alta, **independentemente da velocidade.**

A regra de trabalho continua sendo mirar entre 0,5 e 1 por cento do peso corporal por semana, que para 90 kg são 450 a 900 gramas. O motivo muda: essa faixa protege gordura e taxa metabólica de repouso. Quem protege massa magra é o treino de força e a proteína. Na consulta, isso significa parar de negociar velocidade com o paciente e passar a negociar treino e proteína, que é o que ele controla e o que o profissional consegue verificar.

3 O peso máximo da vida

Existe um número que quase nenhuma anamnese registra e que carrega informação que o peso da primeira consulta não carrega: o maior peso que a pessoa já atingiu na vida.

Em adultos que perderam ao menos dez por cento do peso máximo, ter passado mais de dez anos desde esse pico mais que dobrou a chance de reganho, com razão de chances de 2,1. Em estudo prospectivo de mulheres que perderam dez por cento do peso inicial, o peso máximo da vida foi um dos dois únicos preditores de reganho em um ano, e o peso pré-tratamento não foi preditor. Uma força-tarefa dedicada à história de peso concluiu, após revisão sistemática, que o peso máximo, a duração da exposição à obesidade e a fase da vida em que ela

começou devem ser componentes essenciais da anamnese, ao lado do peso atual e não no lugar dele.

A diretriz brasileira vigente adota esse raciocínio e passa a avaliar resposta contra o peso máximo atingido na vida, com definições próprias de obesidade controlada e reduzida. Vale registrar o limite com honestidade: nenhum estudo comparou diretamente peso máximo contra peso inicial como referência para definir resposta ao tratamento. O que existe é evidência de que o peso máximo e o tempo desde ele acrescentam informação prognóstica. É recomendação de diretriz apoiada em dado preditivo, e é assim que este livro a apresenta.

DETALHE QUE MUDA A CONDUTA

Duas perguntas, quinze segundos, e a consulta muda de eixo. *Qual foi o maior peso que a senhora já teve na vida? e há quanto tempo foi isso?*

A primeira reposiciona o resultado. A paciente que chega com 92 kg e já pesou 104 não está começando do zero: ela já mantém onze por cento abaixo do máximo, e isso precisa ser dito em voz alta na primeira consulta, porque ela chega convencida do contrário. A segunda estratifica o risco e decide a intensidade da manutenção. Pico recente pede vigilância maior sobre reganho de curto prazo. Pico há mais de dez anos pede plano de manutenção mais longo desde o início.

Registre os dois valores na ficha, junto com peso e cintura. Custam uma linha e não se obtêm depois, porque a memória do paciente sobre o próprio pico piora com o tempo de acompanhamento.

4 As quatro alavancas

Todo tratamento de obesidade age em quatro alavancas. Programas que mexem em uma só produzem resultado inicial e reganho previsível. A conduta deste livro se organiza por elas.

Tabela 1.2 As quatro alavancas e onde cada uma é tratada. Nenhuma funciona sozinha por tempo suficiente.

Alavanca	O que se faz	Onde discuto	Escopo
Ingestão	Escolher a estratégia alimentar sustentável, com proteína adequada e déficit tolerável	Capítulos 4 e 5	Compartilhada
Gasto e composição	Treino de força como prioridade, atividade diária e preservação de massa magra	Capítulos 4 e 7	Compartilhada
Regulação da fome	Identificar o padrão de fome e agir sobre ele, do sono às ferramentas farmacológicas	Capítulos 6 e 8	Compartilhada e médica
Obstáculos	Sono e apneia, medicamentos, álcool, tireoide, ferro, humor e disglícemia	Capítulo 2 e capítulo 14 do Volume I	Compartilhada, médica e encaminhar

Alavanca	O que se faz	Onde discuto	Escopo
----------	--------------	--------------	--------

DETALHE QUE MUDA A CONDUTA

A frase mais importante da primeira consulta trata de prazo, antes de tratar de dieta. O paciente que não é avisado de que a fome vai aumentar por volta da segunda semana interpreta esse aumento como fracasso pessoal e abandona o plano exatamente quando ele está funcionando.

Avisar antes muda o significado do sintoma. Quando a fome sobe e o paciente já sabia que subiria, ela deixa de ser prova de que ele não consegue e passa a ser confirmação de que o corpo está respondendo. É a intervenção de menor custo e maior impacto em adesão que existe neste tratamento, e ela cabe em duas frases ditas no primeiro dia.

5 As causas, na ordem em que aparecem

Quando o tratamento não anda, a investigação segue a ordem de frequência real, em vez da ordem de sofisticação. O capítulo 14 do Volume I trata do lado laboratorial dessa investigação, com os quatro portões e os painéis. Aqui interessa o que se faz com cada achado.

Tabela 1.3 O que fazer diante de cada causa. As quatro primeiras linhas não dependem de exame novo.

Causa	Conduta imediata	Onde discuto	Escopo
Medida imprecisa da ingestão	Registro de três dias com um de fim de semana, sem julgamento e sem interrogatório	Capítulo 2	Compartilhada
Sono curto e apneia	Regularizar sono e encaminhar para triagem quando houver ronco ou sonolência	Capítulo 2	Encaminhar
Medicamento que favorece ganho	Revisar a prescrição inteira com o médico assistente, sem suspender por conta	Capítulo 8 e Apêndice C	Médica
Álcool	Quantificar a semana real e negociar redução com meta escrita	Capítulo 4	Compartilhada
Proteína e treino insuficientes	Reorganizar a distribuição proteica e iniciar treino de força progressivo	Capítulos 4 e 7	Compartilhada
Padrão de fome não tratado	Identificar o padrão e escolher a conduta correspondente	Capítulo 6	Compartilhada e médica
Obstáculo metabólico ou hormonal	Corrigir o obstáculo antes de endurecer a dieta	Capítulo 14 do Volume I	Médica
Meta inadequada	Renegociar o objetivo quando o peso atual já traz benefício e a exigência é estética	Capítulo 13	Compartilhada

6 Por que os tratamentos falham

Depois de acompanhar muita gente que já tentou várias vezes, os padrões de falha se repetem, e eles são poucos.

- Mexer em uma alavanca só, quase sempre a ingestão, e esperar que ela sustente o resultado sozinha.
- Julgar o resultado cedo demais, com duas ou três semanas, quando a oscilação de água ainda domina o número.
- Endurecer a restrição diante do platô, o que reduz ainda mais o gasto e aumenta o risco de compulsão.
- Tratar o número da balança em vez da composição corporal, e concluir que não houve progresso quando houve.
- Medir o resultado apenas contra o peso da primeira consulta, ignorando o peso máximo da vida, o que subestima o que o paciente já conquistou.
- Não ter plano de manutenção, o que transforma o fim do tratamento no início do reganho.
- Prometer um cronograma. Peso não obedece a calendário, e a promessa quebrada custa a confiança que sustenta o tratamento inteiro.

Uma ressalva honesta, porque este livro não vive de desculpas. Nada disso torna o emagrecimento impossível, e nada disso explica ausência total de perda em quem relata déficit consistente. O que essas curvas explicam é por que a manutenção exige tratamento ativo, e por que a estratégia que funcionou no terceiro mês costuma falhar no nono.

SINAL DE ALERTA

Interrompa a lógica do emagrecimento e investigue outra coisa diante de perda de peso não intencional, ganho rápido com edema, sinais de hipercortisolismo, ou qualquer indício de transtorno alimentar, como episódios de compulsão, comportamentos compensatórios, restrição extrema ou preocupação com o corpo que domina o dia. Nessas situações, intensificar a restrição agrava o quadro, e a conduta é encaminhar.