

SAÚDE

1ª
EDIÇÃO

sem segredo

UM GUIA
RÁPIDO E
FÁCIL PARA
VOCÊ SE
CUIDAR

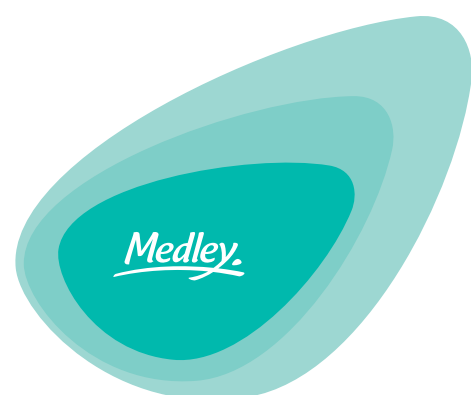


32
DÚVIDAS
respondidas por
especialistas sobre:

- hipertensão
- doença renal
- colesterol
- obesidade

E MAIS!
HISTÓRIAS QUE
INSPIRAM A
TER MAIS
SAÚDE!

APRESENTADO POR:



AstraZeneca

Libbs
Porque se trata da vida

#saúde
não se
pesa

OFERECIDO POR:



Saúde sem Segredo é uma série gratuita de e-books produzida pela Editora MOL e a Raia Drogasil, as mesmas criadoras das revistas *Sorria* e *TODOS*.

As revistas trazem conteúdo inspirador e geram doação a ONGs da área da saúde.

Parte do valor que você paga ao comprá-las é destinada às instituições sociais.

Juntas, elas já doaram mais de R\$ 42 milhões!



SAIBA MAIS

COMPRE



SAIBA MAIS

COMPRE

Este e-book também é uma ação social!

SAIBA MAIS NAS PÁGINAS FINAIS

Clique para navegar
entre os capítulos!

HIPERTENSÃO

DOENÇA RENAL

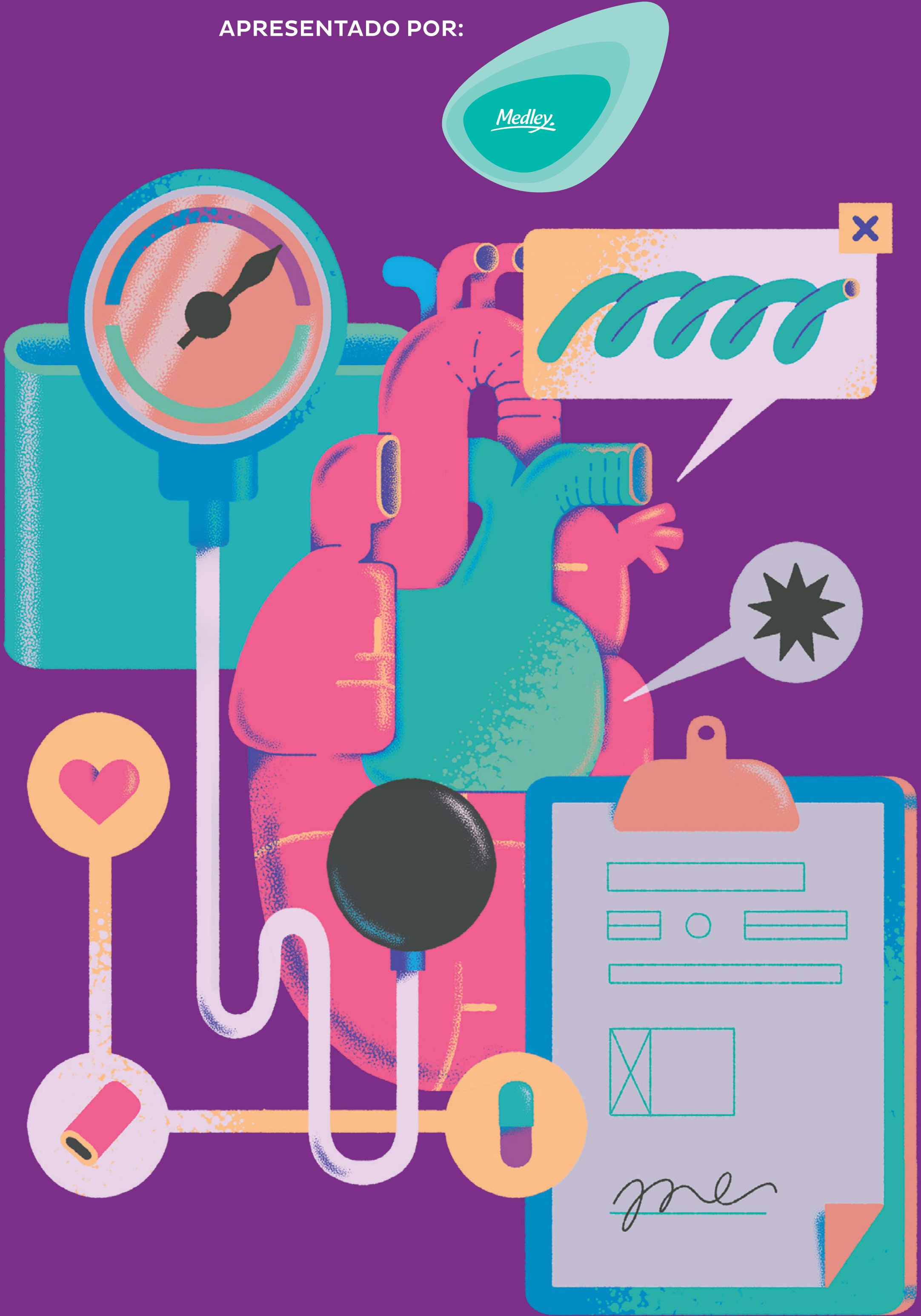
COLESTEROL

OBESIDADE

CAPÍTULO 1

HIPER- TENSÃO

APRESENTADO POR:



1.

O que é hipertensão?

É uma doença crônica não transmissível caracterizada pela elevação persistente da pressão arterial. A pressão é o produto de duas variáveis: o débito cardíaco (função de bomba do coração) e a resistência imposta pelos vasos sanguíneos. Quando ela fica constantemente alta, começa a prejudicar diversos órgãos. O coração pode ficar hipertrofiado e, depois, se dilatar, fazendo com que a pessoa sinta cansaço e falta de ar. A hipertensão também acelera o processo de aterosclerose, que é a deposição de gordura na parede das artérias. Isso pode levar, por exemplo, a um infarto ou um AVC (acidente vascular cerebral). As complicações da doença podem afetar ainda os rins e os vasos sanguíneos.

ESPECIALISTA CONSULTADO NESTE CAPÍTULO:

Evandro José Cesarino, médico cardiologista, diretor científico da Sociedade Brasileira de Hipertensão e professor na Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP de Ribeirão Preto

2.

Como eu descobro se tenho a doença?



A hipertensão é um mal silencioso. Na maioria das vezes, ela não provoca sintomas. Alguns pacientes podem ter dor no peito, falta de ar, tontura ou dores de cabeça, principalmente na nuca. Mas ninguém deve esperar sentir algo para medir a pressão arterial. Isso deve ser feito pelo menos uma vez ao ano.

Para diagnosticar a hipertensão, existem três caminhos possíveis. O primeiro é a partir da média de duas ou mais aferições feitas em dias diferentes por um profissional de saúde. O segundo é por meio de um exame chamado MAPA (monitorização ambulatorial da pressão arterial), em que é realizada a medição automática com um dispositivo preso ao corpo do paciente

no decorrer de 24 horas. E o terceiro é por uma monitorização residencial, na qual o indivíduo faz seis aferições diárias em horários determinados durante cinco dias e calcula a média dessas medidas. Consideramos que uma pessoa tem hipertensão quando os valores da sua pressão são iguais ou maiores que 140 por 90 milímetros de mercúrio, ou seja, 14 por 9. O índice ideal é 12 por 8. Quem tem taxas entre 13 por 8 e 14 por 9 é classificado com pré-hipertensão – e também deve buscar orientação médica.

Para que não haja erro na aferição, é necessário seguir algumas recomendações. A pessoa deve ficar sentada, com o braço relaxado e posicionado na altura do coração. É importante que ela esteja tranquila, com a bexiga vazia e sem ter fumado ou feito exercícios antes da medição. O indicado é usar aparelhos de braço, e não relógios ou equipamentos de pulso ou de dedo.

Não se deve esperar sentir algo para medir a pressão arterial. A medição deve ser feita ao menos uma vez ao ano, o que vale para todas as idades

3.

Quais são os principais fatores de risco?



Em poucos casos há uma causa específica que provoca a hipertensão. Por exemplo, quando há um estreitamento da artéria renal, é possível fazer um procedimento para dilatá-la e, aí, o problema estará resolvido. Mas, na maioria das vezes, a causa não é descoberta. São vários fatores de risco que podem levar à doença. Alguns deles podem ser evitados ou tratados: consumo de sal em excesso, tabagismo, obesidade, diabetes, alterações do colesterol e dos triglicérides. Outros são imutáveis, caso da hereditariedade. Há também maior incidência de pressão alta entre idosos, pessoas negras e homens – após a menopausa, porém, as mulheres perdem essa vantagem, com a queda na produção do estrogênio (hormônio feminino).

4.

Apenas pessoas mais velhas têm hipertensão?

Não. Até um recém-nascido pode ser diagnosticado com a doença, se ele tiver, por exemplo, um estreitamento no início da artéria aorta, na saída do coração. A pressão alta atinge crianças, jovens e adultos. Então, ela precisa ser aferida desde a infância, com equipamentos apropriados a cada idade. Mas, de fato, a hipertensão é mais frequente nos idosos. Isso ocorre porque, ao longo dos anos, a parede das artérias vai se tornando mais rígida, perdendo a elasticidade. Então, pessoas mais velhas, em geral, têm pressão máxima mais elevada – a mínima pode permanecer normal.

**5.**

O sal é mesmo um vilão?

Sim. Naquelas populações em que o consumo de sal é alto, a incidência de hipertensão é maior. A quantidade recomendada de sal por dia é de até 4 gramas (equivalente a quatro sachês). Essa orientação vale tanto para quem já tem hipertensão quanto para quem não tem. É preciso aposentar o saleiro, porque muitos ingredientes já têm alto teor de sódio. O sal é um conservante usado em produtos ultraprocessados, embutidos e enlatados. Por isso, é importante dar preferência a alimentos in natura (frutas, verduras e legumes). Para quem não consegue comer sem adicionar sal, uma opção é a versão light, com teor mais baixo de sódio. De todo modo, ela deve ser usada com moderação.



6.

O estresse aumenta a pressão?

Sim. A pessoa pode ter um estresse agudo e isso levar a um aumento isolado da pressão, sem configurar hipertensão. Mas o estresse crônico é um dos fatores de risco para desenvolver a doença. E ele está cada vez mais presente hoje, com o ritmo acelerado de trabalho, a cobrança para atingir metas e o trânsito caótico nas grandes cidades. Então, é preciso ficar atento. Além disso, pessoas com hipertensão devem tomar cuidado com momentos de estresse extremo, porque podem ter um pico de pressão, o que é bastante perigoso. Em alguns casos, uma emoção muito forte, como a notícia da morte de alguém, pode até provocar um infarto ou um derrame.



7.

O paciente pode beber

álcool? E café?

○ álcool em excesso eleva a pressão arterial. Se a pessoa com hipertensão não consegue ficar sem beber, precisa ter moderação. O limite diário é uma latinha de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose pequena de bebida destilada. Não se pode tomar uma caixa de cerveja ou uma garrafa de vinho de uma vez só de jeito nenhum. Em relação ao café, não existem estudos que indiquem a necessidade da proibição. A cafeína é um estimulante que age no sistema nervoso central e acelera os batimentos cardíacos. Então, quem tem hipertensão pode beber café, mas não deve exagerar.

8.



Como é o tratamento?

Antes de tudo, o paciente deve mudar o estilo de vida. São recomendados ao menos 150 minutos de atividades físicas moderadas por semana. É essencial ter uma dieta saudável, reduzir o sal, controlar o peso e abandonar o álcool e o cigarro. Se mesmo com essas medidas a pessoa não atingir a meta, é preciso iniciar o tratamento com remédios. Podem ser usadas algumas classes de medicamentos com ações diferentes: eliminar o excesso de sal pela urina, reduzir a frequência cardíaca, dilatar os vasos sanguíneos e atuar no sistema nervoso central. É importante se manter firme no tratamento, porque a hipertensão não tem cura, mas tem controle. Dependendo da disciplina do paciente, ele até pode ser autorizado pelo médico a diminuir a dose, mas dificilmente poderá suspender as medicações.

HIPERTENSÃO

DOENÇA RENAL

COLESTEROL

OBESIDADE

MINHA HISTÓRIA



VALDECI PEREIRA CAMARGO,
67 ANOS, MANICURE, SÃO PAULO

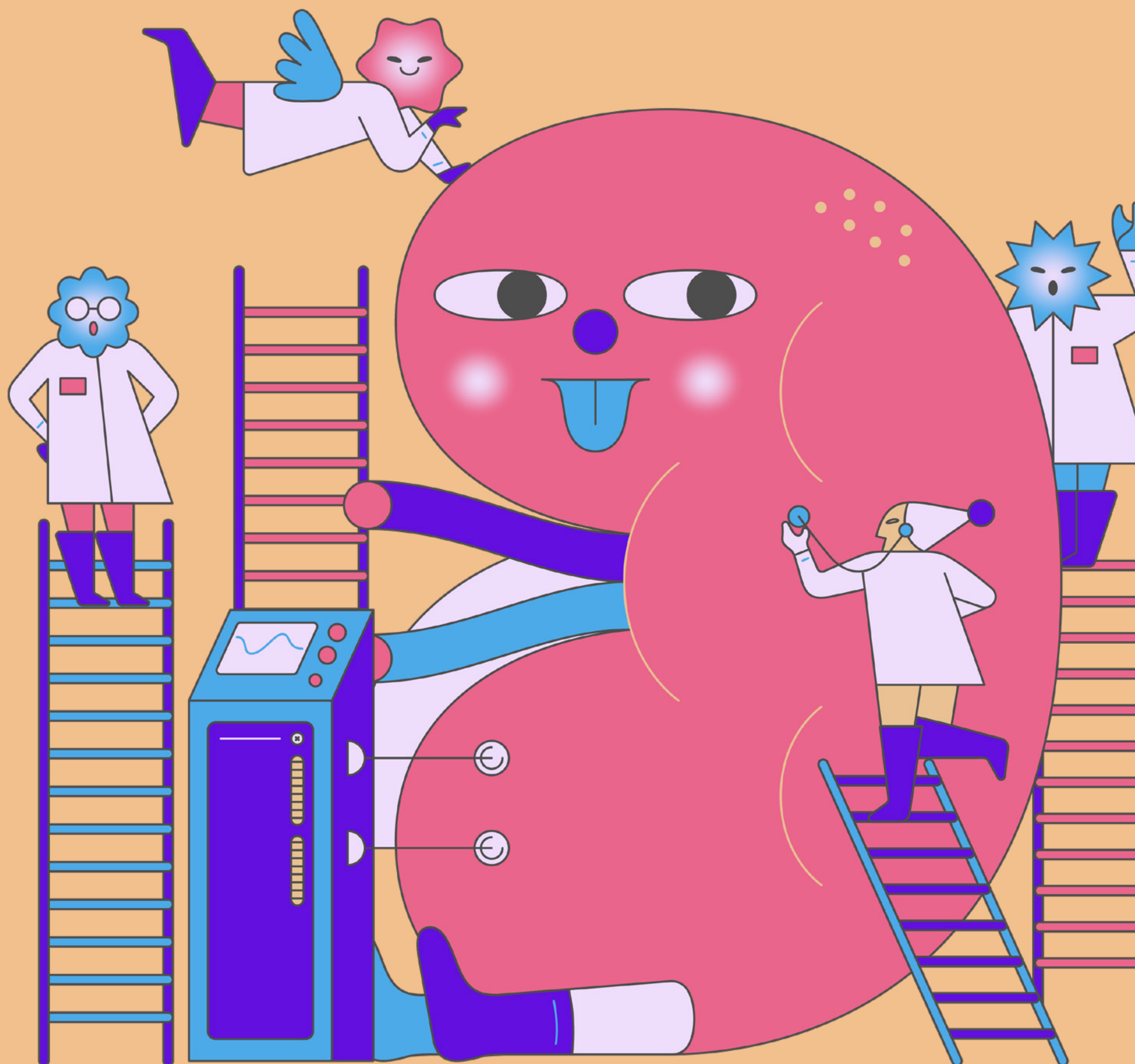
“**Passsei a me cuidar mais e assim consegui controlar a pressão”**



Num dia, há uns três anos, senti uma dor forte na nuca e na testa. Minha prima mediu minha pressão e viu que estava alta, 19 por 10. Fui ao posto de saúde e fiz exames. Depois disso, me consultei com uma cardiologista. A médica fez o diagnóstico de hipertensão e prescreveu a medicação necessária. Tomo tudo certinho, todos os dias. Ela também passou um remédio para eu me acalmar. Percebi que minha pressão alta tem uma relação grande com meu emocional. Quando eu media a pressão em casa e via que estava elevada, ficava nervosa, e, em vez de abaixar, ela subia. Nessa situação, a cardiologista me orientou a deitar e relaxar. Agora, já sei lidar melhor com isso e estou até largando o calmante, com orientação médica. Depois de descobrir que tenho hipertensão, passei a me cuidar mais. Meu esposo também tem a doença, então regulo o sal na comida, uso mais alho e cebola no tempero. Além disso, caminho ao menos três vezes por semana e gosto de fazer ginástica em casa, vendo aulas que passam na TV Cultura. Hoje, minha pressão está controlada, e eu me sinto muito bem, com bastante vigor.

DOENÇA RENAL

APRESENTADO POR: AstraZeneca 





1.

O que é

doença
renal?

Há dois tipos. Um é a lesão renal aguda, na qual há perda súbita da capacidade dos rins de filtrar os resíduos tóxicos do sangue. Há vários fatores que podem provocar esse quadro, entre eles desidratação e infecções. Na maioria das vezes, os danos são reversíveis. Outro tipo é a doença renal crônica, caracterizada por toda lesão nos rins que perdura por ao menos três meses. Uma vez estabelecida, ela é irreversível. No estágio inicial da doença, não há quase alteração da função renal. No quinto e último, o paciente tem menos de 15% dos rins funcionando e precisa de terapias substitutivas, caso da diálise e do transplante.

ESPECIALISTA CONSULTADA NESTE CAPÍTULO:

Andrea Pio de Abreu, médica nefrologista e hipertensióloga do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e diretora secretária-geral da Sociedade Brasileira de Nefrologia

2.

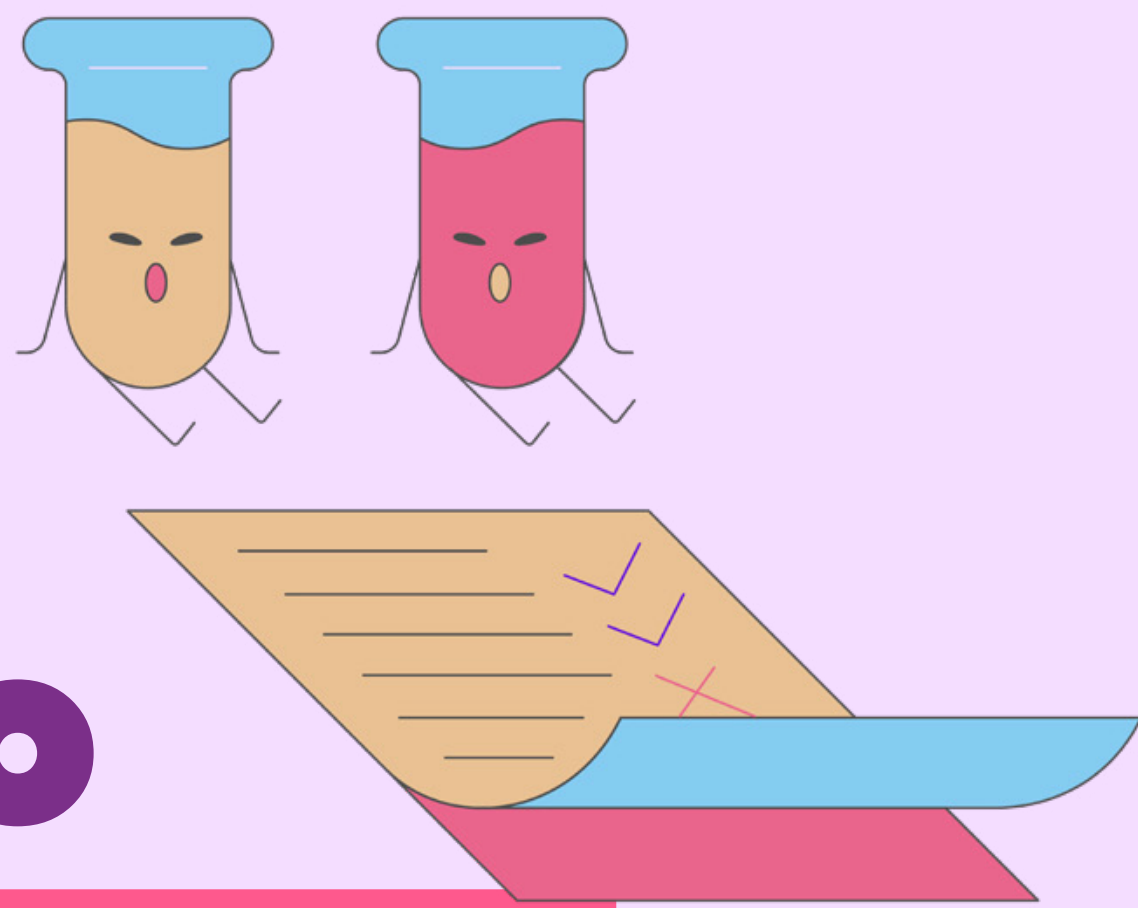
Quais são as causas da doença renal crônica?



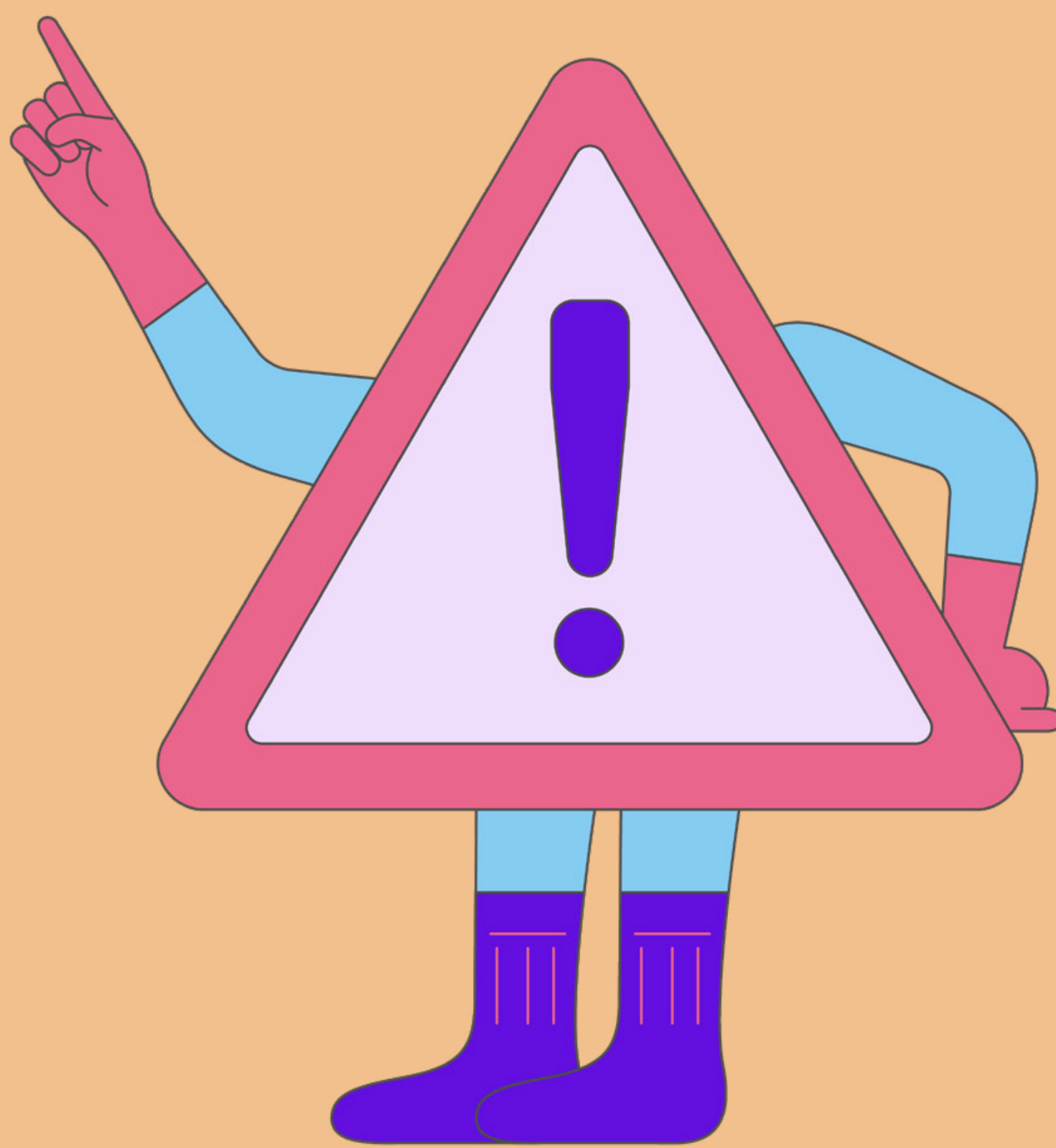
As duas maiores causas são a hipertensão e o diabetes. Isso é preocupante, porque são condições muito prevalentes na população e que não provocam sintomas. Essas doenças, associadas ou sozinhas, causam lesões nos rins, que vão perdendo sua função ao longo dos anos. A idade, sobretudo acima dos 65 anos, é fator de risco para a doença renal, assim como obesidade e histórico familiar. Repetidas infecções urinárias e cálculos renais (pedras nos rins) não tratados também podem causar danos irreversíveis nesses órgãos.

3.

Quais são as principais complicações?



Os rins são responsáveis pelo controle da pressão arterial. Então, a hipertensão pode ser ao mesmo tempo causa e consequência da doença renal crônica – o que gera um círculo vicioso. Além disso, esses órgãos produzem um hormônio chamado eritropoietina, que ajuda na formação dos glóbulos vermelhos do sangue. Quando os rins não funcionam direito, o paciente fica com anemia. Em geral, ele também tem retenção de líquido, que pode até chegar aos pulmões. Existem ainda as complicações relacionadas ao aumento da ureia (substância nociva ao organismo) no sangue. Em casos mais avançados, pode haver sangramentos e quadros neurológicos importantes. Por fim, mesmo aqueles pacientes que não têm essas complicações mais graves apresentam maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares.



4.

Como saber se eu tenho a doença?

Muita gente confunde a doença renal com o cálculo e acha que ela vai provocar algum sintoma. Mas não. Em geral, os pacientes não sentem nada. Dessa forma, quem tem fatores de risco para a doença, como hipertensão, obesidade e diabetes, precisa passar em consulta com um médico e fazer um rastreamento de rotina.

Para isso, são necessários dois exames muito simples. O primeiro é o de urina, em



que se verifica a presença de proteínas (em especial, a albumina). O segundo é a dosagem no sangue de creatinina (substância que é produzida pelos músculos e eliminada pelos rins). Com isso, é possível saber como está a taxa de filtração desses órgãos. A partir do momento em que o resultado desses exames está alterado, é preciso fazer outros, como ultrassom dos rins e das vias urinárias.

Na maioria das vezes, a pessoa vai apresentar sintomas

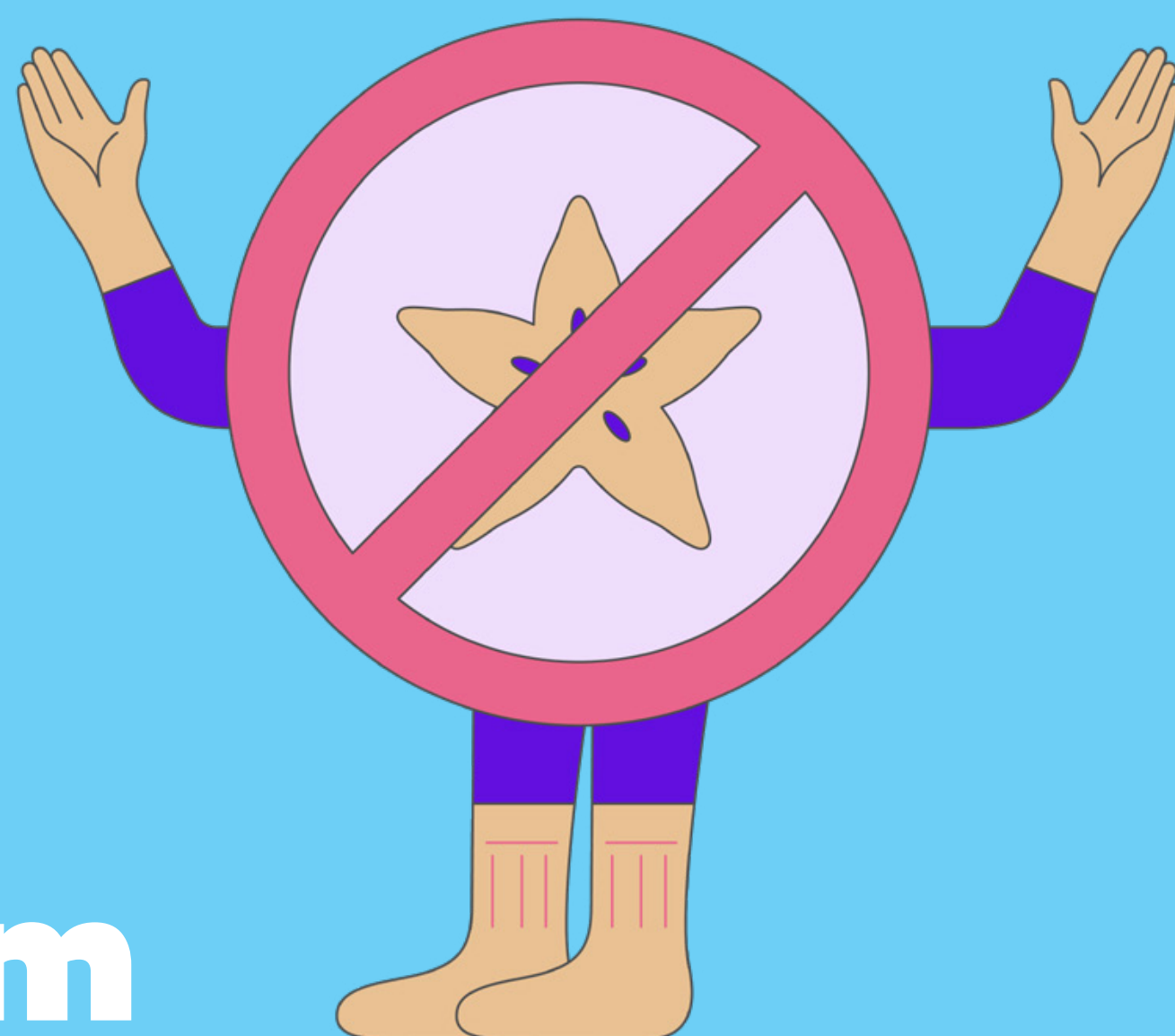
somente nos estágios mais avançados da doença, quando menos de 30% dos rins estão funcionando. Com a piora da anemia, o paciente pode sentir cansaço, fraqueza e mal-estar. Em geral, há também diminuição da quantidade de urina, e, assim, ele fica mais inchado, principalmente nos membros inferiores. Pode haver ainda náuseas, vômitos, confusão mental e até sangramentos, em razão do excesso de toxinas no sangue.

Quem tem fatores de risco para a doença precisa passar em consulta com um médico e fazer exames de sangue e de urina

5.

O uso excessivo de anti-inflamatórios pode levar à doença renal?

Sim. É uma causa menos frequente, mas importante. Há pacientes que têm inflamações crônicas e acabam recorrendo a esse tipo de medicamento sem orientação médica. O problema é que o uso regular de anti-inflamatórios ao longo de anos pode causar lesões irreversíveis nos rins. É preciso ressaltar esse alerta principalmente aos idosos, porque, conforme a idade avança, os problemas articulares aumentam. E, muitas vezes, a pessoa acaba tomando esses remédios como um hábito para não sentir dor. Mas os rins não estão mais jovens e isso por si só já eleva o risco de doença renal.



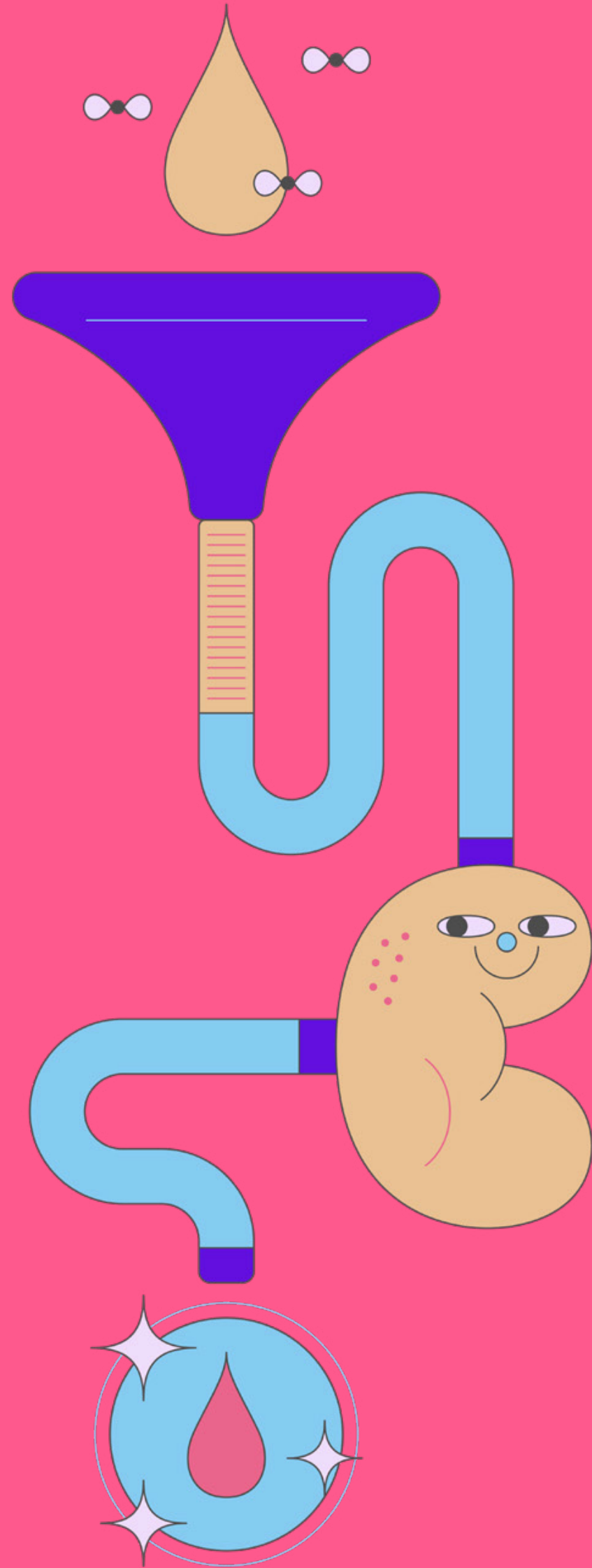
6. Quem tem doença renal precisa restringir a alimentação?

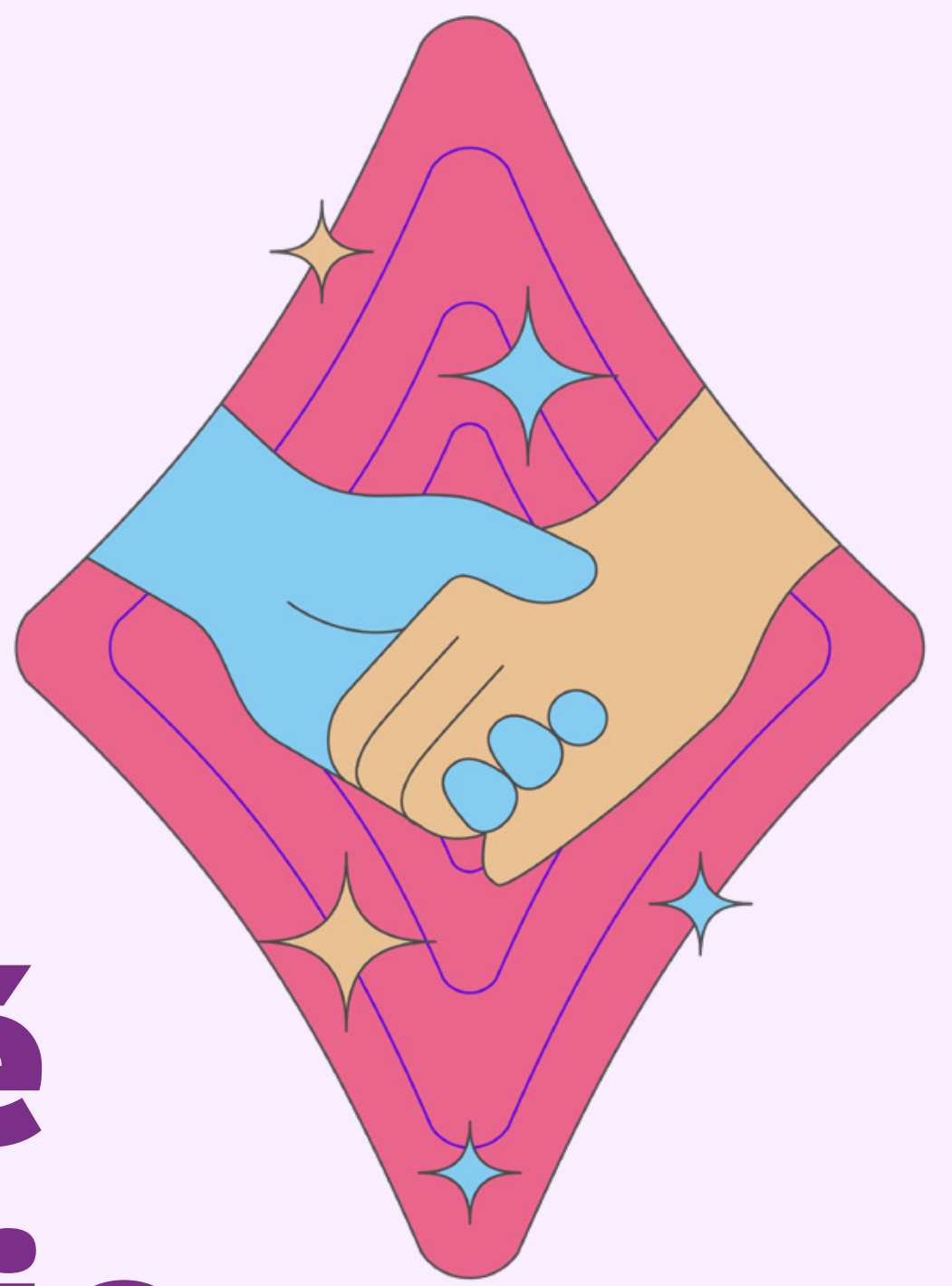
Depende do estágio da doença. Se o paciente ainda não estiver em diálise, ele provavelmente precisará reduzir a ingestão de proteínas. No caso daqueles que já fazem diálise, haverá também a necessidade de maior restrição a alimentos ricos em fósforo e potássio. E, em todos os estágios da doença, o sal é um vilão. Outro cuidado é com a ingestão de líquidos, que vai variar conforme o volume urinário do paciente. Em geral, se a pessoa já não urina mais, ela deverá beber só 500 ml por dia. O único alimento proibido é a carambola, porque a fruta contém uma substância tóxica que não é eliminada por quem tem doença renal. As consequências podem ser agitação, convulsões e até a morte.

7.

O que é a diálise?

É um tratamento que substitui a função de filtragem dos rins e é indicado sobretudo a quem está no estágio cinco da doença renal crônica (menos de 15% dos rins funcionando). Há dois tipos. O primeiro é a hemodiálise, na qual uma máquina faz o trabalho dos rins e filtra o sangue. Em geral, a pessoa vai à clínica três vezes por semana para sessões de cerca de quatro horas. O segundo tipo é a diálise peritoneal, feita na barriga do paciente, através de uma membrana chamada peritônio. Em um cateter colocado no abdômen, é inserida uma solução que ajuda a puxar as toxinas, e, depois, esse líquido é drenado. O procedimento é realizado em casa, à noite, e exige maior responsabilidade do paciente e de sua família. Importante lembrar que o diagnóstico precoce pode evitar a necessidade desses procedimentos.



**8.**

Quando é necessário

transplantar

o rim?

Quem está no estágio cinco da doença já tem os requisitos para isso. O transplante pode ser feito com órgão de um doador vivo ou falecido, que é o caso mais comum. Ao iniciar a diálise, o paciente já é inscrito na fila do SUS, a não ser que ele não queira ou não tenha condições clínicas para fazer a cirurgia.

A prioridade na lista é determinada por critérios técnicos – por exemplo, ordem de chegada, compatibilidade genética e falta de acesso venoso para continuar a hemodiálise. O transplante, porém, não é a cura. O indivíduo precisa fazer uso contínuo de remédios para evitar a rejeição ao novo rim, e o órgão tem tempo de vida – em média, 15 anos. Para evitar que a doença chegue a esse ponto, o diagnóstico precoce é crucial.

HIPERTENSÃO

DOENÇA RENAL

COLESTEROL

OBESIDADE

MINHA HISTÓRIA



CAMILA APARECIDA SALOMÃO,
36 ANOS, ENFERMEIRA, SÃO PAULO

“Renovei
minha
esperança ao
receber um
transplante
de rim”



Engravidei em 2015 e, no pré-natal, descobri uma lesão nos rins. Infelizmente, o diagnóstico foi tardio. Tenho diabetes desde os 13 anos e, durante a 33ª semana de gravidez, tive um pico hipertensivo gigantesco. Meu filho nasceu de emergência e, a partir daí, eu iniciei o tratamento para doença renal. Em 2017, comecei a emagrecer bastante e me sentia mal, mas continuava trabalhando. Até que, ao chegar de um plantão, tive falta de ar e fui ao pronto-socorro. Estava com anemia e a pressão 23 por 10. Apenas 10% dos meus rins estavam funcionando. Fiquei internada por oito dias para regularizar a parte renal.

Quando saí do hospital, passei a fazer hemodiálise três vezes por semana em uma clínica. Foi um choque ter de parar toda minha vida para me dedicar ao tratamento. Mas eu me sentia bem fazendo hemodiálise. Se não fosse a máquina, eu não estaria aqui hoje. Durante um ano, esperei na fila do transplante em São Paulo. Então, conheci uma moça que me indicou a Fundação Pró-Rim, em Joinville (SC). Após fazer todas as consultas necessárias, saí da lista de espera em que eu estava

e mudei para a da instituição. Não achei que fosse ser chamada tão cedo e, por isso, continuei morando em São Paulo.

No dia 31 de outubro de 2018, estava arrumando meu filho para uma festa de Halloween, quando recebi a ligação dizendo que havia um rim esperando por mim em Joinville. Meu esposo estava em outra cidade e veio correndo para São Paulo enquanto eu procurava por passagens de avião. As filas no aeroporto estavam quilométricas, mas funcionários da companhia aérea me ajudaram muito. Eu tinha seis horas para estar no hospital. O horário limite era às 19h e eu cheguei às 18h. A operação durou três horas e, pouco depois, eu já urinava – um sinal de que o rim estava funcionando. Fiquei internada por cinco dias e, com menos de um mês, já estava dirigindo. Morei na cidade durante um ano e meio com meu filho, para fazer o acompanhamento.

Hoje, estou de volta a São Paulo e ao trabalho. Preciso tomar medicamentos para evitar a rejeição ao órgão, mas tenho uma vida normal. Depois de tudo isso, comecei a dar mais valor a coisas que antes passavam despercebidas: a esperança e o amor pelo outro.

HIPERTENSÃO

DOENÇA RENAL

COLESTEROL

OBESIDADE

CAPÍTULO 3

COLES- TEROL

APRESENTADO POR: **Libbs**





1.

O que é e pra que serve?

É um tipo de gordura importante para o funcionamento do organismo. Cerca de 70% do colesterol é produzido pelo fígado e apenas 30% vem dos alimentos. Essas moléculas, que circulam no sangue, compõem a membrana das células e são essenciais para a formação de alguns hormônios. O colesterol normalmente é visto como vilão, mas isso não é verdade. Ele só se torna um quando está aumentado.

ESPECIALISTA CONSULTADO NESTE CAPÍTULO:

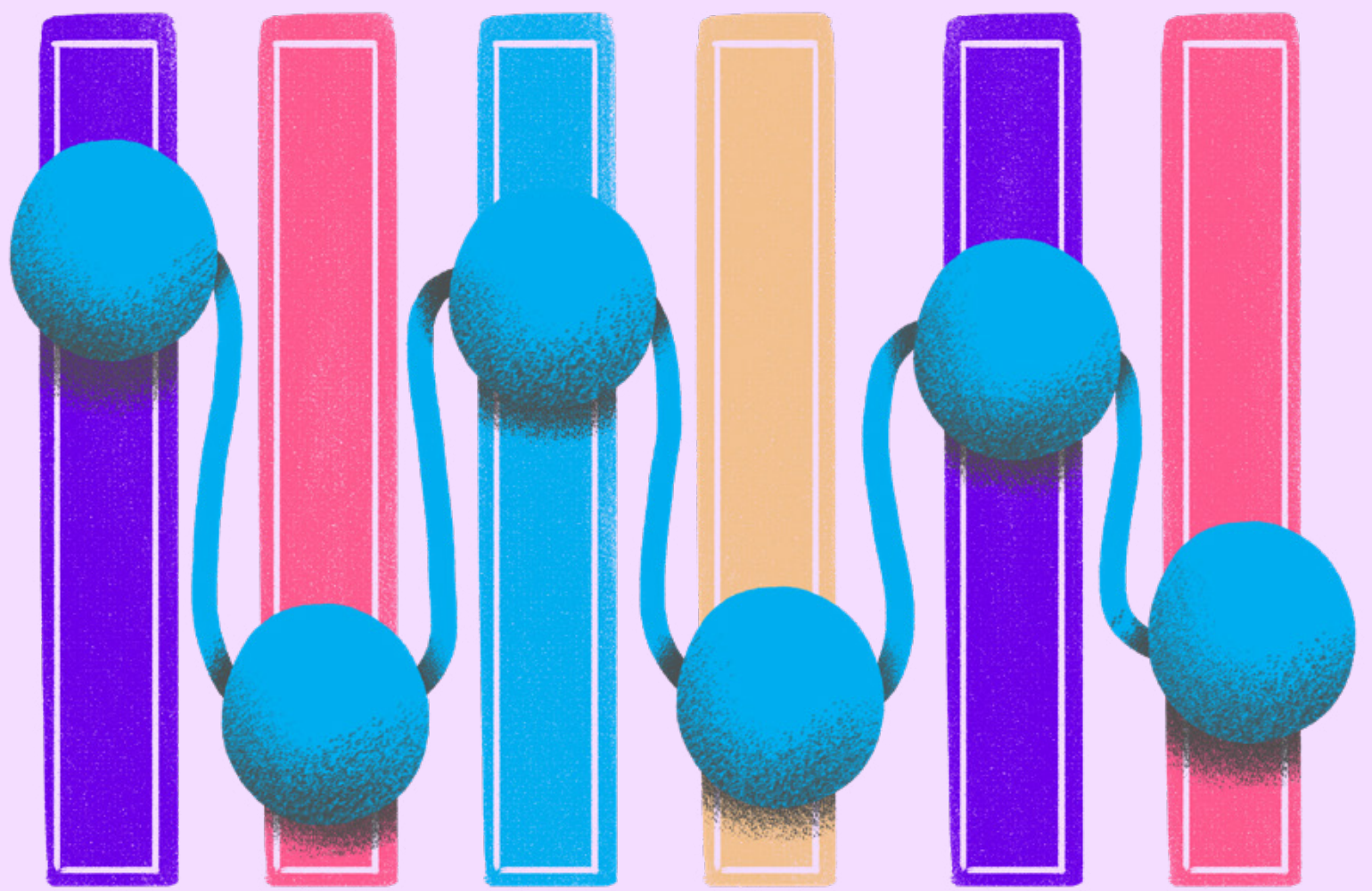
Carlos Eduardo Barra Couri, médico endocrinologista, pós-doutor em medicina pela USP e pesquisador da USP de Ribeirão Preto



2.

Qual é a diferença entre o colesterol bom e o ruim?

Em excesso, o colesterol ruim (LDL) gruda na parede das artérias em áreas inflamadas. Como as próprias partículas de LDL são inflamatórias, cria-se um círculo vicioso. É como uma avenida quando está congestionada: um carro quebra e, aí, surge uma fila de carros atrás dele. Na artéria, o acúmulo de gordura se forma ao longo de anos e provoca entupimento, que pode causar infarto ou AVC (acidente vascular cerebral), por exemplo. Já o colesterol bom (HDL) é o "lixeiro" dos vasos sanguíneos. Ele tem ação anti-inflamatória e carrega as moléculas de colesterol de volta para o fígado.

**3.**

Quais são os **níveis ideais** de colesterol?

No caso do colesterol ruim (LDL), não existe um nível ideal para todo mundo. Cada indivíduo tem uma meta de acordo com seus fatores de risco cardiovascular. O valor habitual para um adulto é 130 mg/dl. O problema é que, para alguém com diabetes, esse número já está associado a maior risco de infarto. Isso significa que quem apresenta maior risco precisa ter metas mais baixas. É o caso de quem tem hipertensão, diabetes, fumantes, pessoas que bebem ou que já infartaram, por exemplo. Quanto mais baixo o LDL, melhor. Já em relação ao colesterol bom (HDL), é o contrário. Quanto maior, melhor. E a meta costuma ser a mesma para todo mundo: acima de 40 mg/dl.

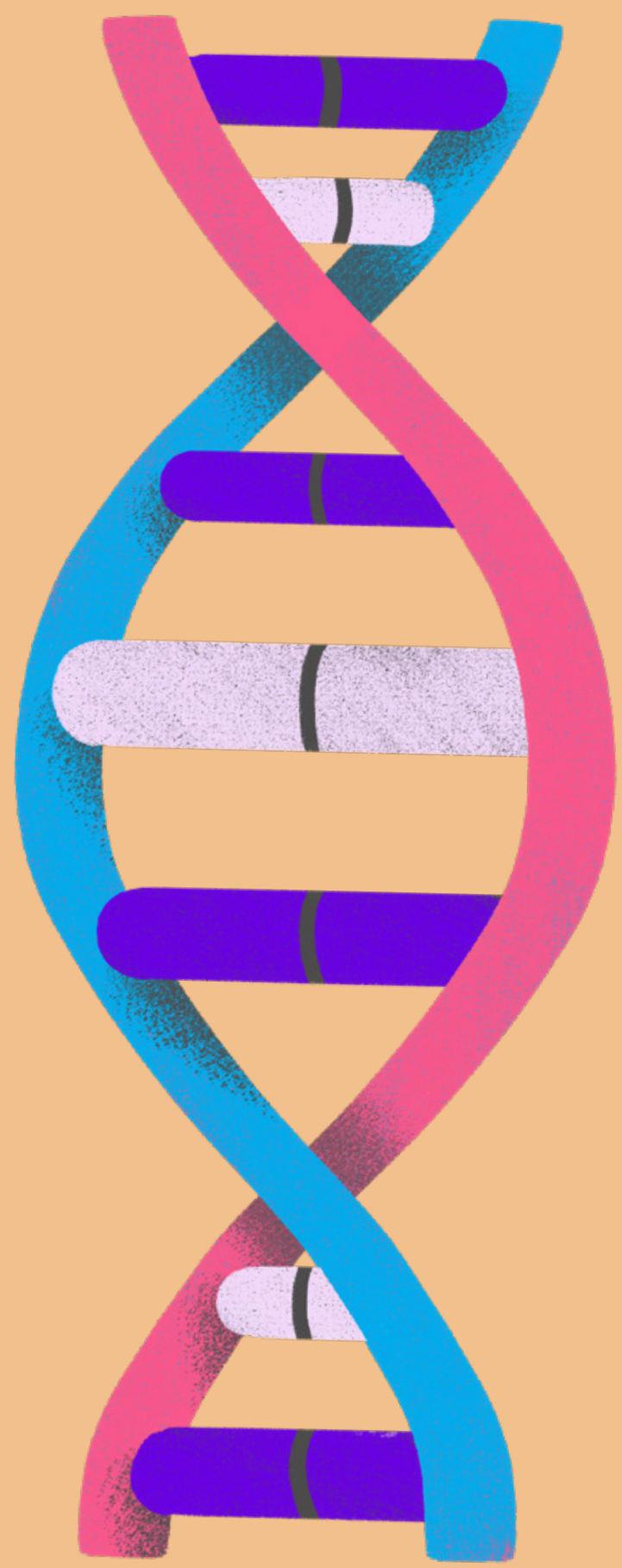
**4.**

O colesterol alto provoca algum sintoma?

Em geral, não. O excesso de colesterol ruim (LDL) não obstrui a artéria da noite para o dia. Isso ocorre ao longo de anos. Imagine jogar todo dia óleo na pia: ela continuará funcionando, mas uma hora o cano vai entupir. Com a artéria, é igual. Na maioria das vezes, o colesterol alto não causa sintomas. Algumas pessoas podem ter xantomas (lesões amareladas pelo corpo), sendo um tipo comum o xantelasma, que surge ao redor dos olhos. Mas esses sinais não são frequentes. A única forma de detectar a doença é fazer exames periódicos que incluam a dosagem de colesterol no sangue.

5.

Se meus pais têm colesterol alto, eu também terei?



Não necessariamente, mas o risco é maior. É importante prestar atenção não só no histórico de colesterol (LDL) alto na família, mas também no de infarto do miocárdio. Porque, antigamente, não era praxe dosar o colesterol no sangue. É comum ouvir a frase: “Meu avô era forte, só conheceu o hospital quando passou mal”. Se a pessoa infartou com 50 anos é porque ela, provavelmente, tinha colesterol alto e não fazia exames periódicos. Então, é preciso ficar ainda mais atento se você tiver familiares de primeiro grau que infartaram – principalmente homens antes dos 55 anos e mulheres antes dos 65.

6.

Pessoas magras

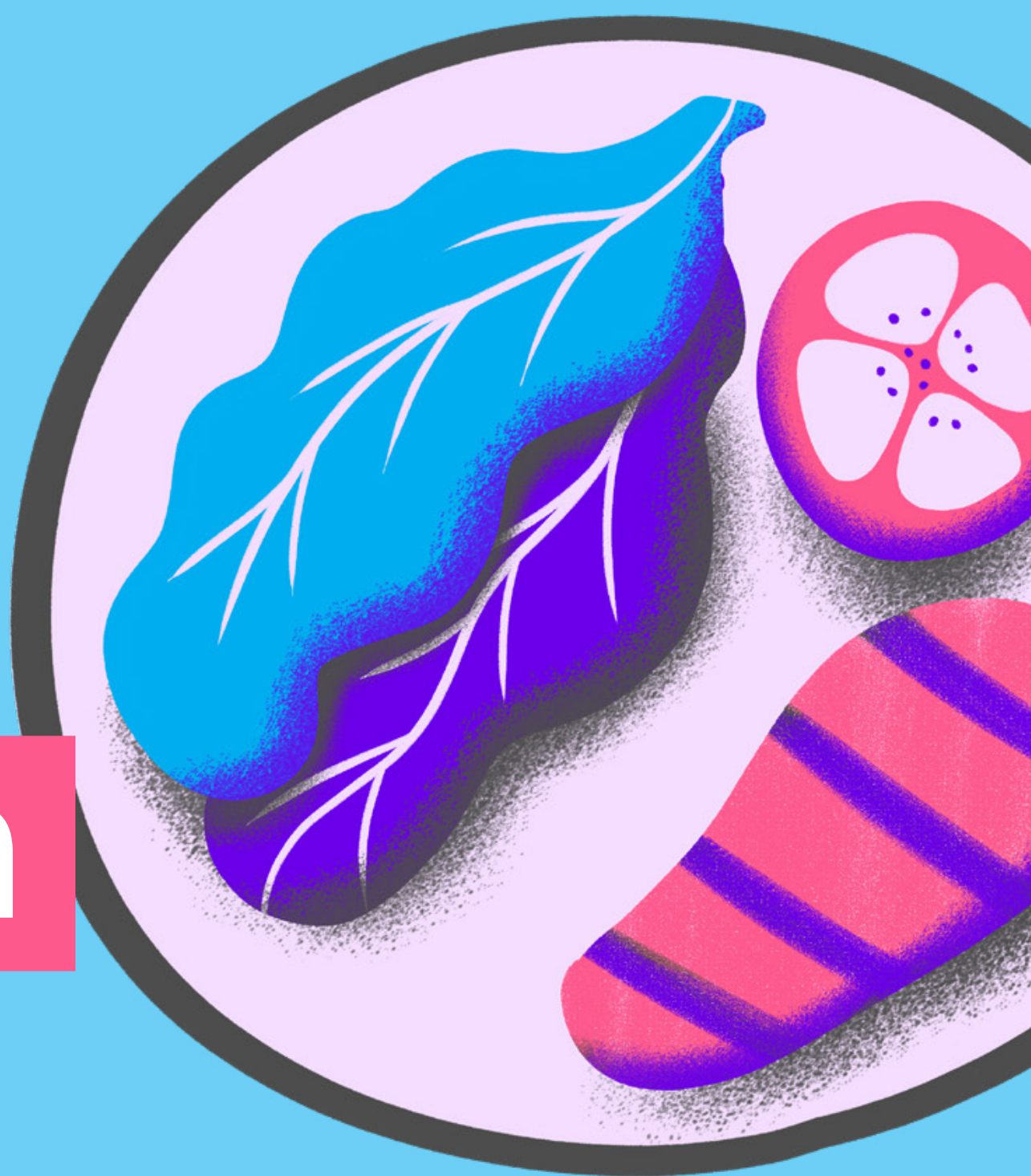
podem ter colesterol alto?

Sim. Engana-se quem pensa que essa é uma condição apenas de pessoas com obesidade. O excesso de peso é um fator de risco para colesterol elevado, mas quem é magro não está livre de desenvolver o problema. O paciente pode ter o LDL alto por causa principalmente de uma produção maior no fígado. Pessoas magras podem ter o colesterol aumentado, assim como outras doenças crônicas, caso do diabetes e da hipertensão. Por isso, é fundamental fazer avaliação com o médico regularmente.

7.

Qual é o papel da dieta no

controle dos níveis de colesterol?



Na maioria dos casos, a alimentação não é tão relevante para a redução ou o aumento dos níveis de colesterol. Claro que uma dieta balanceada é a base da saúde. Mas, de modo geral, apenas 30% do colesterol vem da alimentação. Muitos mitos foram criados em torno do ovo. Ele não é considerado um vilão do colesterol, porém é preciso dizer também que exageros não funcionam. A recomendação é evitar as gorduras e as frituras. E, se há alimentos que devem ser eliminados, são aqueles que contêm gorduras trans – produtos ultraprocessados, como biscoito recheado, salgadinho e macarrão instantâneo.

**8.**

Como é o **tratamento?**

Quando os níveis de colesterol estão próximos da meta, a recomendação é fazer um teste. Estabelece-se um prazo para que o paciente mude o estilo de vida, incluindo uma alimentação mais saudável e a prática de exercícios físicos. Se, ao refazer os exames, ele não atingir a meta, inicia-se o tratamento com remédios. Nos casos em que a pessoa está muito longe da meta, ela já começa a fazer uso de medicação desde o momento do diagnóstico. Há muitas classes de medicamentos usadas no tratamento, mas as três mais importantes são as estatinas, a ezetimiba e os inibidores de PCSK9. As duas primeiras são de uso diário, por via oral. Já a terceira é uma injeção subcutânea, aplicada a cada duas a quatro semanas. No Brasil, há cinco estatinas que são as mais utilizadas.

Algumas têm maior potência, outras, menor. Quando o paciente não atinge a meta com a estatina, passa a usá-la em combinação com a ezetimiba – já existem associações fixas com os dois componentes na mesma formulação. E, caso a meta não seja alcançada, pode-se adicionar o inibidor de PCSK9. Como regra, o tratamento medicamentoso de colesterol é para a vida toda.

O problema é que, como estamos falando de uma doença silenciosa, muitas vezes o paciente duvida da importância de usar a medicação. Ele toma o comprimido por algum tempo e depois para. Há também muitas informações inverídicas nas redes sociais sobre o tratamento do colesterol. Fala-se que os remédios fazem mal e provocam dores musculares, mas essa ocorrência não é comum com o uso desses medicamentos, cuja utilização é segura. Os remédios que tratam o colesterol fizeram uma revolução na sobrevivência da humanidade.

Como estamos falando de uma doença silenciosa, muitas vezes o paciente duvida da importância de usar a medicação

HIPERTENSÃO

DOENÇA RENAL

COLESTEROL

OBESIDADE

MINHA HISTÓRIA



LAILLA SOUZA SANTOS,
23 ANOS, ESTUDANTE, ILHÉUS (BA)



Foi um choque descobrir o colesterol alto na infância"



Aos 10 anos, descobri que estava com o colesterol elevado ao fazer um exame de rotina. Foi um baque para mim e para minha família. Todo mundo ficou em choque, porque até então ninguém tinha esse problema em casa. Como eu era criança, não entendia muito bem o que estava acontecendo. A pediatra disse que, se eu não me cuidasse, seria perigoso. Ela recomendou que eu fizesse exercícios físicos e me encaminhou a uma nutricionista. Entrei na natação e no judô e comecei uma dieta muito restritiva. Não podia comer fritura, embutido, nada que não fosse saudável. Nem no meu aniversário eu pude abrir uma exceção, nem quis comemorar. A médica falou que, se essas mudanças não resolvessem, eu teria de tomar remédio. Mas, depois de um ano, refiz os exames e minha situação estava normalizada. A partir de então, nunca deixei de me cuidar. Estou sempre buscando melhorar a alimentação e vou à academia pelo menos três vezes por semana. Todo ano, passo em consulta com o clínico e refaço os exames. Tenho de estar sempre atenta.

HIPERTENSÃO

DOENÇA RENAL

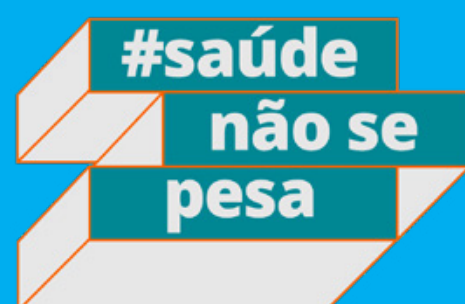
COLESTEROL

OBESIDADE

CAPÍTULO 4

OBESI- DADE

APRESENTADO POR:



OFERECIMENTO:



1.

O que é**obesidade?**

É uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo de gordura em diferentes locais do corpo. Uma das ferramentas para fazer o diagnóstico é o cálculo do IMC (índice de massa corporal). Para se chegar a ele, divide-se o peso da pessoa pela sua altura ao quadrado. Por exemplo, alguém com 80 kg e 1,70 m tem IMC de 27,7 kg/m². Valores entre 25 e 29,9 kg/m² são considerados sobrepeso. Acima de 30 kg/m², a classificação é de obesidade, que é dividida em três graus: 1 (IMC entre 30 e 34,9 kg/m²), 2 (entre 35 e 39,9 kg/m²) e 3 (acima de 40 kg/m²). A medição da circunferência abdominal é outra ferramenta útil, sendo que a recomendação é que a medida não ultrapasse 80 cm em mulheres e 94 cm em homens. Além disso, é possível realizar o exame de bioimpedância, que permite diferenciar o que é massa magra e massa gorda.

ESPECIALISTA CONSULTADO NAS PERGUNTAS DE 1 A 7 DESTE CAPÍTULO:
Alexandre Hohl, médico endocrinologista e professor da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina)

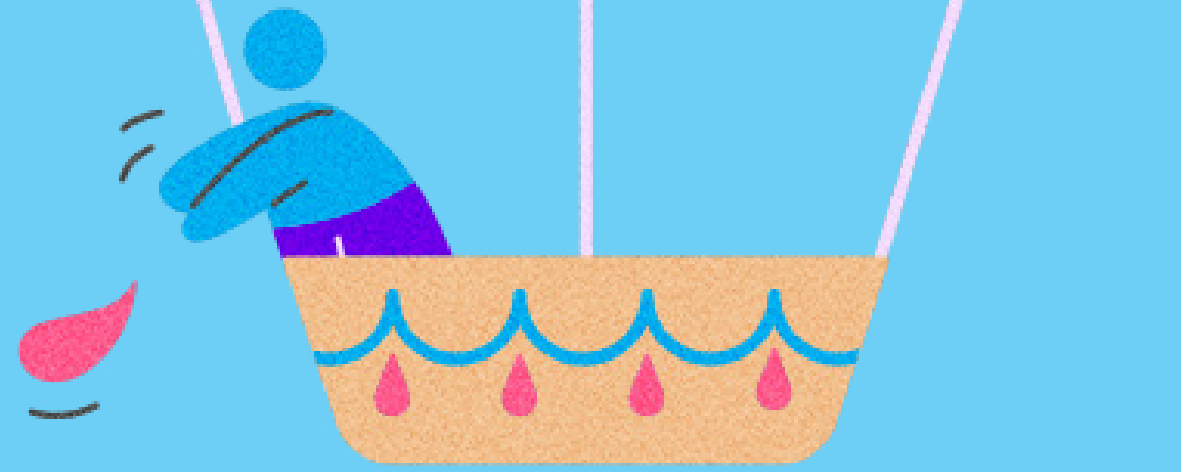
**2.**

A obesidade está ligada apenas a excessos na alimentação?

Não. A obesidade é uma doença crônica e multifatorial. Nosso peso não depende apenas das calorias ingeridas e queimadas. Ele é influenciado por fatores genéticos, metabólicos, sociais e psicológicos. Quanto maior o número de pessoas com obesidade em uma família, por exemplo, maior a probabilidade de os descendentes terem a doença. Além disso, a forma como a pessoa está exposta aos alimentos, ambientes estressantes, sedentarismo e alterações hormonais também podem contribuir para o aumento do peso.

3.

Por que perder peso pode ser tão difícil?



Quanto maior for o grau da obesidade, mais complexos serão os mecanismos que vão dificultar a perda de peso. Eles estão ligados, por exemplo, à fome, à saciedade e à recompensa. Por isso, é importante entender o que está por trás do ganho de peso. Uma estratégia que pode ajudar nesse sentido é a terapia cognitivo-comportamental, porque em algumas situações os próprios pacientes boicotam o tratamento.

É importante evitar buscar caminhos para perder peso por conta própria. Dietas divulgadas na internet podem ser perigosas e levar à frustração por não apresentar o resultado esperado. Há, ainda, aquelas pessoas que têm tendência maior de guardar energia do que de gastar. Elas possuem uma taxa metabólica mais lenta, que é a forma como queimam as calorias. Em muitos casos, o paciente já come pouco. Então, não adianta

diminuir a comida. É preciso aumentar o gasto calórico, praticando mais atividade física.

Em algumas situações, existe a necessidade de tratamento com remédios para a perda de peso. Somente um profissional de saúde poderá avaliar o caso individualmente para fazer a prescrição. O uso de medicamentos é indicado para a pessoa

que tem sobrepeso ou obesidade, associado ao controle dos fatores que dificultam a perda de peso, como compulsão alimentar, distúrbios relacionados à saciedade e excesso

de fome. Esse indivíduo precisa ter como base a dieta saudável e a prática de exercícios, mas a terapia com medicamentos pode contribuir quando não se consegue perder peso, mesmo com a adoção dos hábitos saudáveis. Em determinadas situações, há indicação de uso de balão intragástrico e de cirurgia bariátrica.

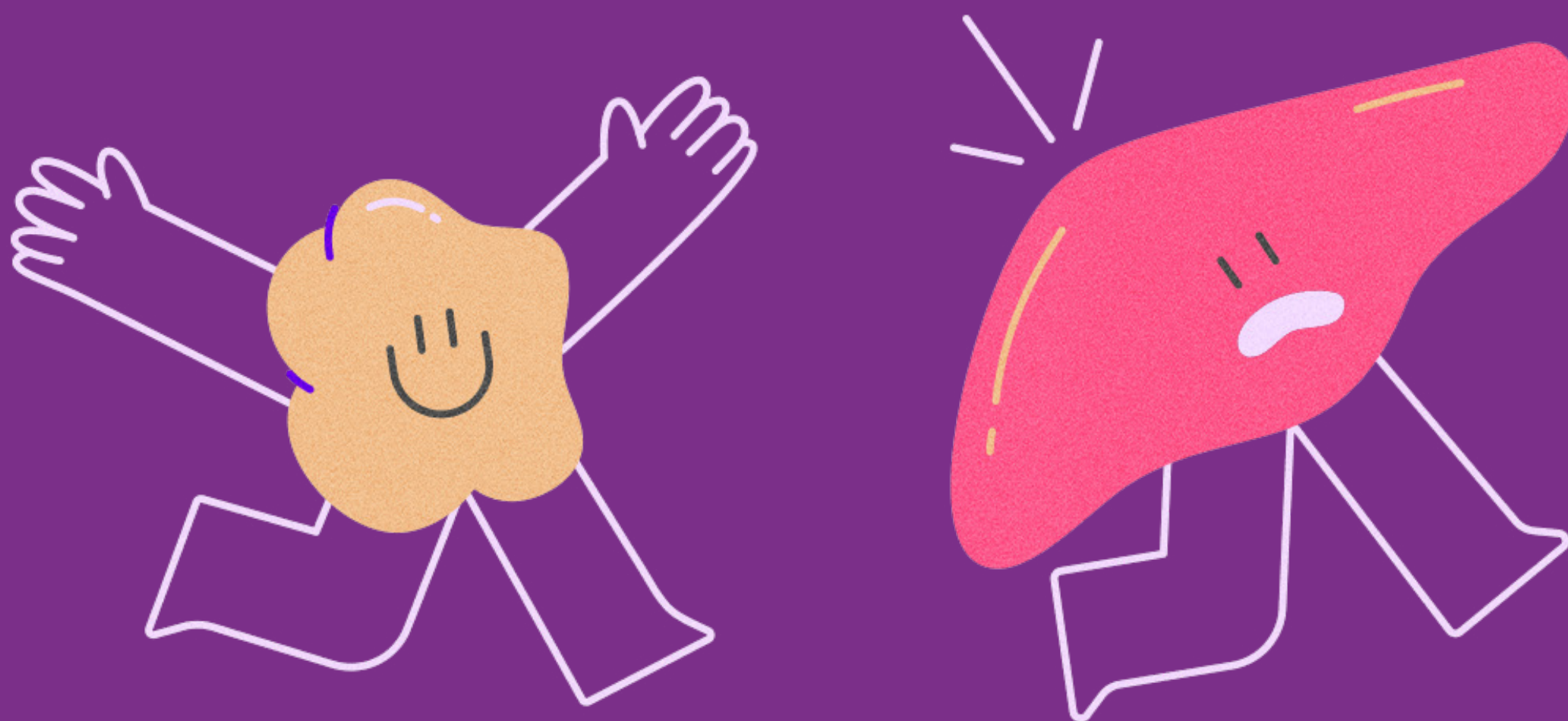
Conforme já citado, outra estratégia que pode ajudar pessoas com obesidade durante sua jornada de perda de peso é a terapia cognitivo-comportamental, na qual serão trabalhadas mudanças nas emoções e comportamentos dos pacientes.

Quanto maior for o grau da obesidade, mais complexos serão os mecanismos que vão dificultar a perda de peso

4.

É possível estar acima do peso e ser saudável?

É bastante improvável que alguém com obesidade possa ser considerado saudável. Mas vale lembrar que o IMC é apenas um indicador. Pessoas que malham e trabalham hipertrofia, por exemplo, podem ter excesso de massa magra e, com isso, apresentar IMC sugestivo de sobrepeso. No entanto, nesse caso, a pessoa não tem obesidade. De modo geral, quanto maior for o peso da pessoa em relação à altura, menor a chance de que ela esteja saudável. Mesmo alguém com bom condicionamento físico pode encontrar alterações metabólicas e estruturais ao fazer uma avaliação detalhada. Se o corpo foi projetado para ter 80 kg e está com 120 kg, as articulações vão carregar 40 kg a mais. Pode ser que aos 20 anos isso ainda não seja um problema, mas mais tarde vai ser. Somente um profissional de saúde será capaz de avaliar o paciente individualmente e entender se ele é saudável ou não.

**5.**

Em que **regiões** o **acúmulo de gordura é mais perigoso?**

Sem dúvida, na região abdominal. A gordura debaixo da pele dos braços ou das pernas não gera alterações do ponto de vista metabólico e não aumenta o risco cardiovascular. Quando esse acúmulo de gordura ocorre na região visceral, ela vai se depositando em órgãos, como o fígado e o pâncreas. Pode haver, inclusive, aumento de gordura no coração. Por isso, a utilização da fita métrica para medir a circunferência abdominal é tão útil. Quanto maior a cintura, maiores são os riscos de complicações associadas ao excesso de peso.

**6.**

Dietas restritivas funcionam?

E estudos mostram que, em algumas pessoas, determinadas dietas restritivas têm benefícios. Mas, de maneira geral, essas dietas não são uma boa solução. Isso porque, geralmente, é difícil manter a dieta restritiva por muito tempo. Ou seja, o maior desafio não é emagrecer, mas manter o peso perdido. A pessoa pode fazer um jejum intermitente e perder 4 kg, mas não dá para ficar dessa maneira o tempo todo. Uma dieta deve ser saudável e considerar todos os grupos alimentares. Não existe um caminho único para a mudança na alimentação, existe o melhor caminho para cada um. O papel do nutricionista é muito importante para orientar sobre a alimentação saudável e desenvolver uma dieta personalizada.



7.

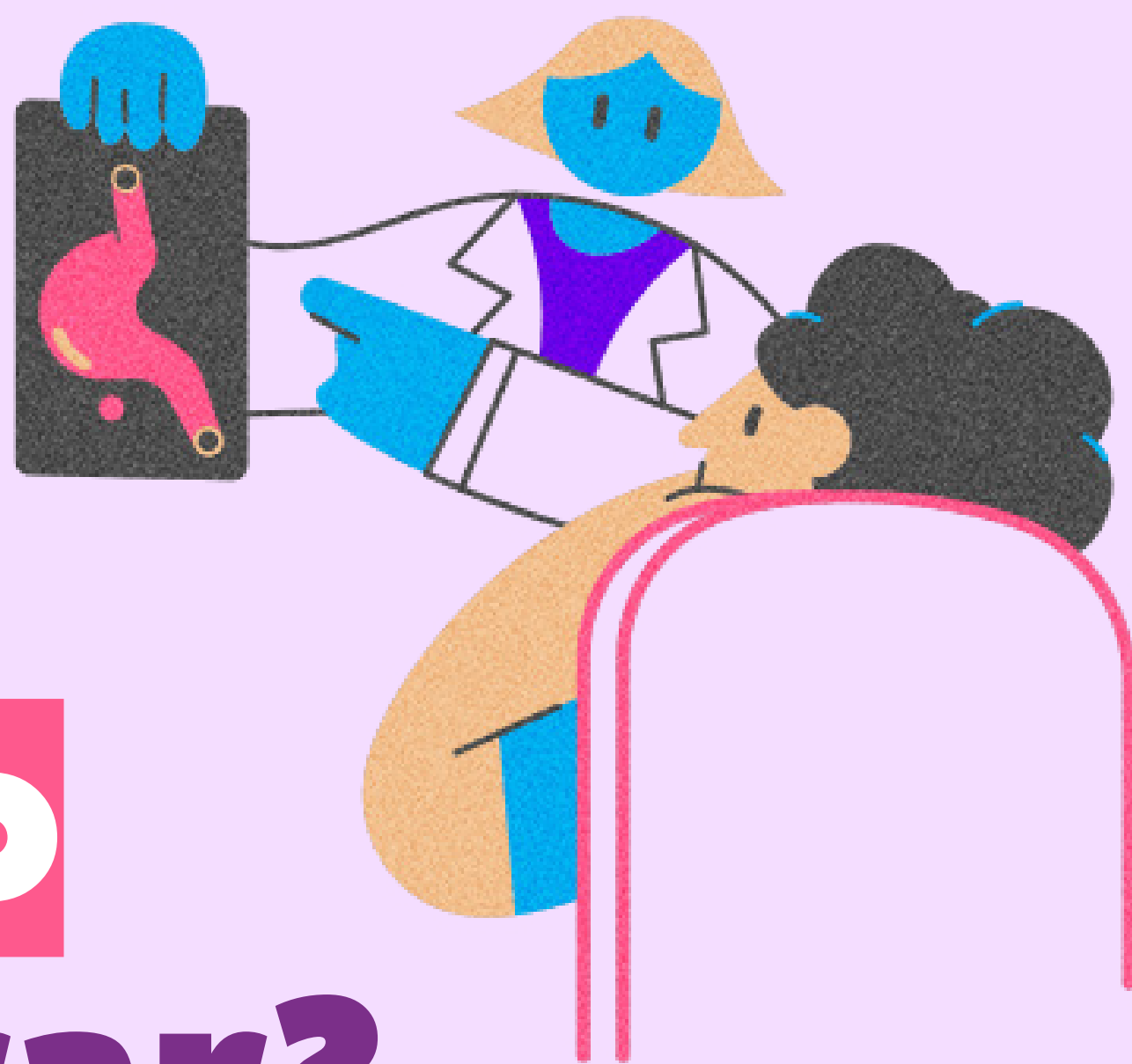
Qual é o papel da **atividade física** na perda de peso?

Ela tem um papel muito importante na jornada do peso, principalmente para a manutenção do peso perdido. Devem predominar as atividades aeróbicas, para que haja maior gasto calórico. É possível fazer exercícios de resistência, caso da musculação, mas a preferência deve ser por atividades como caminhada, esteira, bicicleta, spinning e corrida, quando possível. Quanto maior o peso da pessoa, mais problemas ortopédicos ela pode ter. Mas isso não significa que um indivíduo com obesidade não possa correr – isso deve ser verificado com o médico. O tratamento deve ser baseado, ao mesmo tempo, em alimentação saudável e atividade física.

8.

Qual médico

procurar?



Em geral, o profissional mais procurado é o endocrinologista ou o nutrólogo, porém médicos de qualquer especialidade clínica estão aptos a tratar a doença. Eles devem conhecer sobre mecanismos de apetite e saciedade no cérebro, além de questões metabólicas, ligadas ao gasto energético. O paciente também pode ser encaminhado a outros profissionais da área da saúde, como nutricionista, educador físico e psicólogo. O que não é recomendado é fazer o tratamento por conta própria ou sob orientação de supostos especialistas, sem a devida capacitação, como há na internet. O controle alimentar deve ser balanceado, para que não faltem nutrientes e os resultados sejam obtidos de forma saudável.

ESPECIALISTA CONSULTADA: **Maria Victoria Martinez Descalzo**,
endocrinologista e consultora médica da Coalizão
Vozes do Advocacy em Diabetes e em Obesidade

HIPERTENSÃO

DOENÇA RENAL

COLESTEROL

OBESIDADE

MINHA HISTÓRIA



CARLOS EDUARDO DE ASSIS MATIAS, 35 ANOS, COORDENADOR DE REAL ESTATE, OSASCO (SP)

“ Peguei paixão pelo esporte e já perdi mais de 50 kg”

Fiquei acima do peso a maior parte da minha vida e nunca me exercitei regularmente. Em 2017, consultei pela primeira vez um endocrinologista. Na época, eu estava com 127,5 kg. O médico prescreveu medicação e orientou a prática de atividade física. Nunca tive costume de comer besteira, mas precisei regrar melhor as refeições. No dia seguinte à consulta, fui ao campus da USP para fazer a minha primeira caminhada. Lá, encontrei pessoas de várias idades e condições de saúde. Então, pensei: "Se eles podem, eu também posso!". Não conseguia andar nem 1 km, doía tudo. Resolvi não olhar a balança o tempo todo. Após dois meses, voltei ao médico e vi que havia perdido 8 kg. Fiquei muito animado. Tomei gosto pelo exercício e comecei a aumentar o ritmo. Em 2018, disputei minha primeira corrida, com 10 km de distância. Hoje, participo de provas de 21 km e até com obstáculos, nas quais você pula na lama e passa debaixo de arame farpado. Cheguei a perder 53 kg. Agora, estou pesando 81 kg, porque, depois de emagrecer, ganhei massa muscular. Eu mal saía de casa e, agora, sou muito ativo. O processo não foi fácil. A medicação ajuda, mas o resto é com você.

MAIS DE

RS\$ 11 MIL

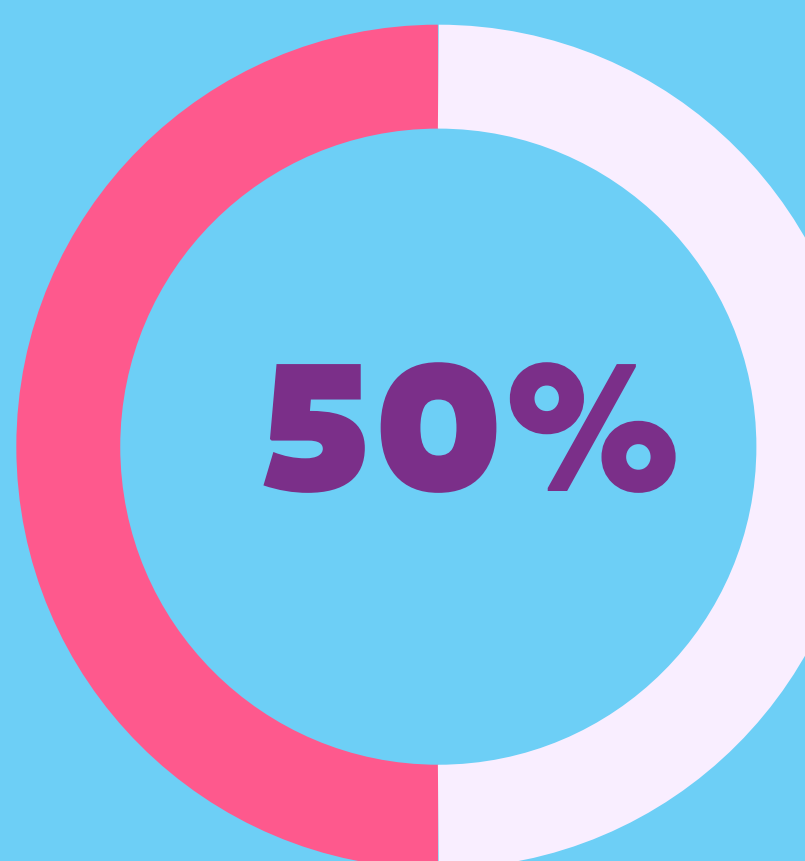
PARA PROJETOS SOCIAIS!

Mais do que fonte de informação de qualidade, este e-book é uma ação do bem: **ele gera doação para 19 ONGs da área da saúde.**

São as entidades beneficiadas pelas revistas *Sorria* e *TODOS*, que, assim como este e-book, são realizadas pela Editora MOL em parceria com a Raia Drogasil.

Parte do valor investido pelas marcas que patrocinam essa publicação é revertida às ONGs.

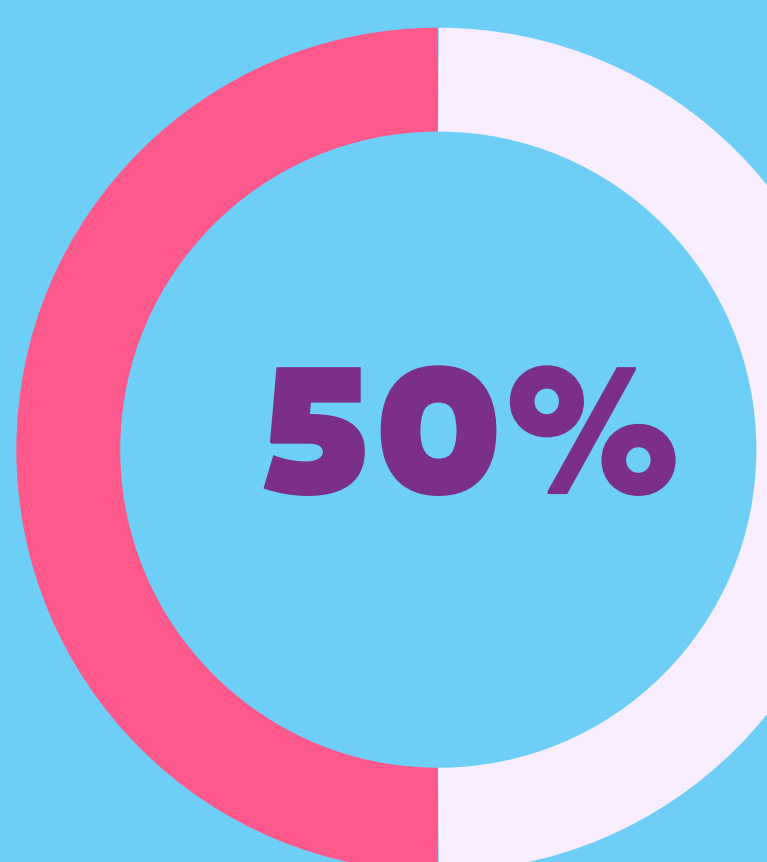
Veja mais nas próximas páginas!



Metade da doação vai para as ONGs apoiadas pela **revista Sorria**.

CLIQUE AQUI PARA CONHECÊ-LAS

*A Sorria é vendida com exclusividade pela Droga Raia. Peça a sua ao passar pelo caixa ou **clique aqui para comprar agora!***



A outra metade vai para as entidades apoiadas pela **revista TODOS**.

CLIQUE AQUI PARA CONHECÊ-LAS

*Você encontra a TODOS apenas na Drogasil. Inclua um exemplar na sua próxima compra ou **clique aqui e adquira já!***



Diretores executivos Roberta Faria e Rodrigo Pipponzi **Diretora de criação** Claudia Inoue **Diretor editorial** Dilson Branco **Diretora financeira e operacional** Gersiane Hosang **Diretora de engajamento** Rafaela Carvalho **Coordenadora de produção** Déborah Moreno **Coordenadora de relacionamento com ONGs** Joana Leal **Consultora interna de gente e cultura** Mafalda Anderson **Designer de comunicação institucional** Marcelo Amaral **Gerente financeira** Elaine Duarte **Gerente de mídias sociais** Roberta Barbieri **Gerente de parcerias e novos negócios** Duda Schneider **Coordenadora de operações** Andréa Breschiliare **Analista de engajamento** Isac Silva **Analista de facilities** Richard Furtado **Analista financeira** Marcela Moraes **Analista de gente e cultura** Fernanda Garcez **Analista de inteligência de dados** Lorena Pereira **Analistas de operações** Guilherme Assis e Thais Silva **Analista de redes sociais** Karolyne Oliveira **Analista de relacionamento com ONGs** Diuliane Prado **Copeira** Nilda Dias **Estagiários** Andressa Garcia (operações), Ero Córdova (arte), Isabelle Freire (design institucional), Laura Lopez (produção), Olivia Guidotti (comunicação) e Vitória Prates (jornalismo). **Colaboradores** Ana Megda/Estúdio Siamo (edição de arte), Carolina Muniz (reportagem e edição), Júlio Yamamoto e Ana Faustino (revisão), Rafael Busmayer/Estúdio Siamo (design), Yasmin Galvão (fotos). **Ilustradores:** Jun Ionedá (Doença Renal), Leo Vargas (Colesterol), Henrique Petrus (Hipertensão), Pevê Azevedo (capa e Obesidade).

FALE COM A MOL

WWW.EDITORAMOL.COM.BR

**ESTE ESPECIAL TAMBÉM PROMOVE
A CULTURA DA DOAÇÃO.**

CLIQUE AQUI PARA SABER MAIS

REALIZAÇÃO



+



+



DROGASIL

AUDITORIA

