

Obesidade: abordagens da Medicina Ocidental e da Medicina Tradicional Chinesa

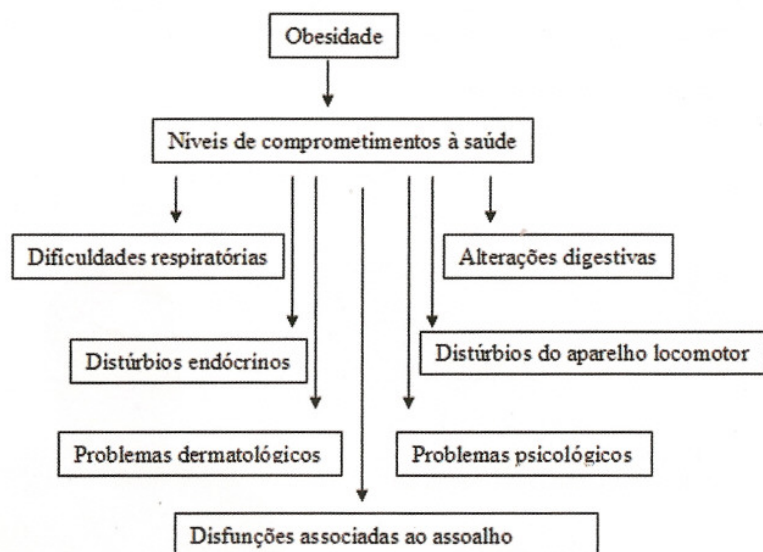
Por | Ludmila Bonelli Cruz¹ Mario Bernardo-Filho², Raquel Terra³, Elaine Maria da Silva⁴, Sebastião David dos Santos-Filho⁵ e Patrícia Fróes Meyer⁶

A obesidade é provavelmente o mais antigo distúrbio metabólico, havendo relatos da ocorrência desta desordem em múmias egípcias e em esculturas gregas [1]. A obesidade tem sido considerada uma epidemia mundial, presente tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento [2] e sua prevalência está crescendo de forma alarmante [3]. O aumento de sua incidência está distribuído em quase todas as raças e sexos, e atinge principalmente a população de 25 a 44 anos [1]. Os procedimentos fisioterapêuticos podem ter grande importância nas ações que envolvem a obesidade [4].

Guyton e Hall [5] descrevem que o ritmo da alimentação é, normalmente, regulado em proporção às reservas de energia do organismo. Quando essas reservas ultrapassam o nível ótimo de uma pessoa normal, a alimentação é automaticamente reduzida para evitar qualquer armazenamento em excesso. Entretanto, em muitos indivíduos obesos isso não ocorre, uma vez que a alimentação nesses indivíduos não diminui até que o peso corporal esteja bem acima do normal. Assim, a obesidade é frequentemente causada por alguma anormalidade no mecanismo regulador da alimentação.

A obesidade é considerada uma doença integrante do grupo de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) [6] e pode acarretar importantes prejuízos à saúde dos indivíduos obesos como indicado na Figura 1 [1, 7, 8, 9].

Figura 1: Possíveis comprometimentos da saúde em indivíduos obesos



A obesidade também favorece o surgimento de enfermidades com potencial de morbidade como (a) dislipidemias, (b) doenças cardiovasculares, (c) Diabetes Não-Insulino-Dependente (Diabetes Tipo II) e (c) certos tipos de câncer [1, 6]. De particular interesse para a Fisioterapia Dermato-funcional, além das consequências dermatológicas, a alteração da imagem corporal pode levar a condições que comprometem a estética e consequentemente a qualidade de vida da pessoa [4].

A obesidade refere-se à disposição de gordura em excesso no organismo. De modo geral, a obesidade seria causada pela ingestão de alimentos em maior quantidade do que a que pode ser utilizada pelo organismo para obtenção de energia. O excesso de alimento, seja na forma de gorduras, carboidratos ou proteínas, é, então armazenado, quase que inteiramente, como gordura para ser usado posteriormente como fonte de energia [5, 10]. Desse modo, a obesidade pode ser causada por excesso de suprimento de energia em relação ao seu consumo [5] e poderia ser definida de uma maneira simplificada como o acúmulo excessivo de gordura corporal, sendo que a extensão desse excesso de gordura, sua distribuição corpórea e as consequências para a saúde apresentam variação entre os obesos [2].

Em estudos de populações, o Índice de Massa Corporal (IMC) (definido pela relação entre o peso em kg do indivíduo dividido pela sua altura em metro elevado ao quadrado) torna-se medida útil para avaliar a quantidade de gordura corporal, sendo consensual admitir

que, independentemente de sexo e idade, adultos com IMC igual ou superior a 30kg/m² devem ser classificados como obesos [2].

O objetivo desse trabalho é apresentar uma pequena revisão sobre a obesidade com abordagens da medicina ocidental e da medicina tradicional chinesa (MTC).

A obesidade no mundo e no Brasil

A obesidade está sendo considerada a mais importante desordem nutricional nos países desenvolvidos, devido ao aumento de sua incidência. De acordo com Francisci et al [1] é possível que atinja 10% da população destes países e que mais de um terço da população norte-americana esteja acima do peso desejável. A obesidade é ainda relativamente incomum nos países da África e da Ásia. Em regiões economicamente avançadas, os padrões de prevalência podem ser tão altos quanto em países industrializados [11].

No Brasil, a obesidade como problema de Saúde Pública é um evento relativamente recente, sendo que a prevalência de obesidade nunca se apresentou em grau epidêmico como na atualidade [11]. O aumento da vida média e o envelhecimento populacional aumentam a probabilidade de acometimento de DCNT, normalmente associadas com idades mais avançadas [12].

Dados do Ministério da Saúde-Brasil informam que a população adulta vem apresentando prevalência de excesso de peso. De acordo com os dados do inquérito nacional mais recente (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, 1989), cerca de 32% dos adultos brasileiros têm algum grau de excesso de peso. Destes, 6,8 milhões de indivíduos (8%) apresentam obesidade, com predomínio entre as mulheres (70%). A prevalência ainda se acentua com a idade, atingindo um valor maior na faixa etária de 45-54 anos (37% entre homens e 55% entre mulheres). Quando comparados com o Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF) 1974/75, uma situação preocupante é revelada: no período compreendido entre os dois inquéritos nacionais (1975-1989), houve um aumento de 100% na prevalência de obesidade entre os homens e de 70% entre as mulheres, abrangendo todas as faixas etárias [13].

A obesidade e a medicina ocidental

A obesidade corresponde a um grupo heterogêneo de condições com múltiplas causas que em última análise resultam no fenótipo de obesidade. A influência genética na etiologia dessa condição clínica pode ser atenuada ou exacerbada por fatores não-genéticos, como o ambiente externo e interações psicossociais que atuam sobre mediadores

fisiológicos de gasto e consumo energético [14].

Dentre os fatores alimentares, pode-se destacar o excesso de energia e, principalmente, de lipídeos, favorecendo o aumento da adiposidade [15, 16]. Quanto à prática de exercícios físicos, já é bem aceito que à medida que a sociedade se torna mais desenvolvida e mecanizada, a demanda por atividade física é reduzida, diminuindo o gasto energético diário favorecendo o surgimento da obesidade [15, 17].

Há evidências sugerindo forte influência genética no desenvolvimento da obesidade, mas seus mecanismos ainda não estão esclarecidos. Acredita-se que esses fatores possam estar relacionados ao consumo e gasto energético. O controle do apetite e o comportamento alimentar também sofre influência genética. Há indícios de que o componente genético atua sobre o gasto energético, em especial sobre a taxa metabólica basal (TMB) [17], a qual é, determinada principalmente pela quantidade de massa magra [14, 18]. Além disso, deve-se considerar que há diferenças individuais na suscetibilidade à obesidade [1]. Grundy [17] destaca que o envelhecimento também está ligado ao ganho de peso, por estar associado a fatores como declínio na TMB em consequência da perda de massa muscular, diminuição na prática de atividades físicas e aumento no consumo alimentar.

Jebb [14] descreve que comprometimentos endócrinos também parecem conduzir à

obesidade, como no caso do hipotireoidismo e problemas no hipotálamo, mas estas causas representam menos de 1% dos casos de excesso de peso. Outros problemas dessa mesma origem incluem alterações no metabolismo de corticosteróides, hipogonadismo em homens e ovariectomia em mulheres, e a síndrome do ovário policístico, a qual pode estar relacionada a mudanças na função ovariana ou à hipersensibilidade no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.

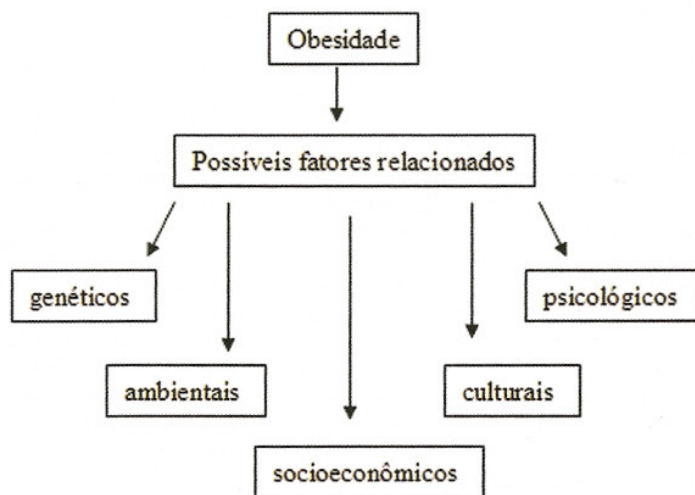
Tem sido descrito que problemas psicológicos (estresse, ansiedade e depressão) também estão associados ao ganho de peso [14], condições que influenciariam principalmente o comportamento alimentar [19].

Segundo Jebb [14], provavelmente a etiologia da obesidade é uma das mais complexas. De fato, o seu desenvolvimento parece possuir múltiplas causas e é o resultado de complexas interações entre os fatores indicados na Figura 2. [1].

A obesidade, particularmente aquela localizada na região abdomi-

nal, pode elevar o risco da ocorrência de Diabetes Mellitus não-dependente de insulina (DMNDI) em dez vezes [1]. Jung [20] descreve que cerca de 75% dos pacientes com DMNDI estão acima do peso desejável e Francisci et al [1] mostra que para um aumento de 10% no peso corporal, há aumento de 2 mg/dl na glicemia em jejum. Jung [20] ao considerar a distribuição da gordura corporal, revela que a circunferência da cintura maior do que 100 cm pode isoladamente elevar o risco do desenvolvimento de diabetes em 3,5 vezes, mesmo após um controle do IMC.

Figura 2: Possíveis fatores relacionados com a etiologia da obesidade



RPG®
ORIGINAL



ANTES



DEPOIS

Organizações de cursos no Brasil

Organização de São Paulo

Tel: (11) 5044-9605 / (11) 5044-0675
Fax: (11) 5531-4442
organizacao@rpgsouchard-sp.com.br
Site: www.rpgsouchard-sp.com.br

Brasília

NPC - Núcleo Permanente de Cursos
Tel: (27) 3329-8307 / (27) 8823-3390
(27) 9316-4744
E-mail: rpg.bsb@gmail.com
E-mail: npcelisabeth@gmail.com

Rio de Janeiro

AXIS
Tel: (21) 2266-4421
E-mail: organizacaorprio@gmail.com
Site: www.rprio.com.br

Salvador

IRPOS
Tel / Fax: (71) 3331-8905
(71) 3331-6272
E-mail: irpos@irpos.com.br
Site: www.irpos.com.br

Belém

Clínica Articularis
Tel: (91) 3241-5256 / (91) 8141-5344
E-mail: clinica@articularis.com.br
Site: www.articularis.com.br

Fortaleza

Associação Beneficente Virgílio Cruz Filho
ABVCF - Tel: (85) 3252-4090 / (85) 8852-4090
E-mail: abvcf@abvcf.com.br
Site: www.abvcf.com.br

Representantes da RPG

FRANÇA - Saint Moint

Tel: 05 62 69 63 18 - Fax: 05 62 69 61 93
E-mail: rpg.souchard@wanadoo.fr
Site: www.rpg-souchard.com

BRASIL - São Paulo

Instituto Philippe Souchard
Te: (11) 3266-9133
E-mail: ipsrpg@gmail.com
Site: www.rpgsouchardinst.com.br

Sociedade Brasileira de RPG

Tel: (11) 5542-6374 / (11) 5044-0940
E-mail: sbrpg@sbrpg.com.br
Site: www.sbrpg.com.br



FOTOS DO INSTITUTO PHILIPPE SOUCHARD



"Estou no Brasil para dar o melhor da RPG®, como faço em outros 11 países. E faço questão absoluta de estar presente em todas as formações. Não há nenhuma razão para que os fisioterapeutas brasileiros se conformem com "cursos RPG" que não têm nada a ver com o método que eu criei".
Philippe E. Souchard.

No desenvolvimento de diabetes, o tecido adiposo atua aumentando a demanda por insulina e, em pacientes obesos, criando resistência a esta, o que ocasiona aumento na glicemia e conseqüente hiperinsulinemia. Contudo, a sensibilidade do tecido adiposo à insulina pode permanecer alta, o que sugere que a lipogênese possa estar favorecida. [1, 10].

Há um conjunto de distúrbios metabólicos e de complicações vasculares que incluem a obesidade, denominado Síndrome Metabólica ou Síndrome X [17, 21]. Hauner [22] descreve que os componentes dessa síndrome são caracterizados pela hiperinsulinemia e por várias formas e graus de resistência à insulina, que explicam a relação entre várias disfunções e obesidade. Krotkiewski [23] mostra que o aumento da resistência à insulina e a conseqüente hiperinsulinemia em mulheres obesas estão associados ao aumento do tecido adiposo abdominal e as alterações hormonais. A hiperinsulinemia promove inibição da síntese de proteínas específicas transportadoras de testosterona. Conseqüentemente, há aumento da concentração de testosterona livre, o que induz características andrógenas em mulheres, como o acúmulo de gordura na região abdominal. Nessa condição clínica, a DMNDI é agravada, uma vez que a resistência à insulina e a hiperinsulinemia são fatores predisponentes para o acúmulo de gordura abdominal e para várias outras doenças, como a hipertensão, as doenças cardiovasculares [24] e as neoplasias [25].

Francischi et al [1] descreve que em jovens adultos de 20 a 45 anos, a prevalência da hipertensão é seis vezes maior em obesos do que em não obesos e Jung [20] mostra que para cada aumento de 10% na gordura corporal, há elevação na pressão arterial sistólica de aproximadamente 6,0 mmHg e na diastólica de 4,0 mmHg. Para cada 10% de aumento no peso corporal, há aumento na incidência de doenças coronarianas em aproximadamente 20%, além da elevação no colesterol plasmático em torno de 12 mg/dl [1]. Isso está relacionado com a dislipidemia na obesidade, representada pela elevação do colesterol total, da lipoproteína de baixa densidade (Low Density Lipoprotein - LDL-colesterol) e dos triglicerídeos circulantes, e diminuição na lipoproteína de alta densidade (High Density Lipoprotein - HDL-colesterol). Esse risco pode se tornar mais acentuado quando o ganho de peso está acompanhado por redução na atividade física e alta ingestão de ácidos graxos saturados [17, 20]. Segundo Defronzo & Ferrannini [24], as doenças cardiovasculares têm origem também com a hiperinsulinemia, a qual aumenta a síntese de lipoproteína de muito baixa densidade (Very Low Density Lipoprotein - VLDL-colesterol), conduzindo a hipertrigliceridemia. Ocorre aumento na síntese de colágeno nas células da parede vascular e na formação de placas de lipídeos nas artérias associada a diminu-

ção de sua remoção. Assim, haverá predisposição à formação do ateroma, elevando a probabilidade de ocorrência de problemas cardiovasculares. A localização do tecido adiposo na região abdominal também predispõe a problemas cardiovasculares.

Francischi et al [1] descreve que homens com sobrepeso têm mortalidade maior por câncer colorrectal e de próstata e aqueles, cujo peso é cerca de 130% maior do que o peso médio para o seu biótipo, tem 2,5 mais chances de morrer por câncer de próstata que indivíduos normais. Francischi et al [1] and Jung [20] mostram que mulheres acima do peso também têm maiores chances de desenvolverem câncer de colo uterino, ovário e mama. Stoll [25] descreve que além da contribuição do excesso de peso para o aumento na ocorrência de neoplasias, a concentração do tecido adiposo na região abdominal aliada à síndrome de resistência à insulina em obesas, elevam o risco de câncer de mama.

Mulheres obesas, em especial as que apresentam obesidade abdominal, desenvolvem irregularidades no ciclo menstrual e amenorréias e apresentam mais problemas durante a gravidez, como a síndrome hipertensiva e a toxemia [1, 26]. Garotas obesas geralmente possuem a menarca em idades mais novas do que jovens com peso normal, já que a menstruação é provavelmente iniciada quando o peso corporal atinge certa massa corporal crítica [1].

A ocorrência de disfunções associadas ao assoalho pélvico como incontinência urinária e prolapso também é maior nos pacientes obesos [7, 8] assim como a incontinência anal [27].

Há uma série de disfunções pulmonares em indivíduos obesos, como a síndrome Pickwickian ou síndrome da obesidade-hipoventilação, caracterizada por sonolência e redução da ventilação. Há queda uniforme no volume de reserva expiratório e na capacidade vital [28]. O aumento na quantidade de gordura acumulada na região peitoral e abdominal limita os movimentos respiratórios e diminui o volume pulmonar [20]. Na medida em que o indivíduo se torna mais obeso, ocorre sobrecarga muscular para a ventilação, resultando em disfunção da musculatura respiratória [1].

A relação entre artrite e obesidade consiste em problema mecânico e não metabólico [1]. O excesso de peso facilita a ocorrência de traumas, principalmente nas articulações, como a osteoartrite no joelho [29, 30].

A obesidade ainda pode ser associada a uma série de distúrbios, como problemas no trato digestivo (problemas no fígado, esôfago e vesícula biliar). A formação de cálculo na vesícula biliar é a forma mais comum de doença do trato digestivo em obesos. Mulheres obesas entre 20 e 30 anos apresentam um risco seis vezes maior no desenvolvimento de disfunção na vesícula biliar do que mulheres com o peso normal. [1; 20].

Tratamentos para a redução da obesidade
O tratamento da obesidade depende da redução do suprimento de energia abaixo de seu consumo [5], associado com procedimentos envolvendo em conjunto ou personalizado para cada indivíduo, medicamentos, acompanhamento psicológico, orientação e uso de técnicas fisioterapêuticas, cirurgia, mudanças comportamentais e procedimentos da medicina tradicional chinesa (MTC). Cowburn et al. [31] descreve que a literatura é extensa quanto aos diferentes tratamentos para a obesidade, porém ainda não foi possível alcançar uma conclusão definitiva.

Muitos tratamentos para a obesidade envolvem a restrição da ingestão energética total, uma das formas de alcançar o déficit energético e reduzir o peso corporal. Rössner [29] descreve que a quantidade adequada de fibras alimentares tem importante função na dieta para redução de obesidade, tais como: redução na ingestão energética; aumento no tempo de esvaziamento gástrico; diminuição na secreção de insulina; aumento na sensação de saciedade; redução na digestibilidade; redução no gasto energético e aumento na excreção fecal de energia. Guyton e Hall [5] descrevem a importância das dietas redutoras planejadas para conter grande quantidade de "alimentos volumosos", os quais em geral, são constituídos por substâncias ricas em celulose, porém, não nutritivas. O'Dea [32]; Truswell & Beynen [33] descrevem que dietas ricas em fibras também contribuem para a minimização dos problemas de doenças cardiovasculares, devido à redução do colesterol plasmático e da LDL. Guirro e Guirro [4] salientam que as possíveis complicações de uma rápida perda de peso, como hipotensão postural, cetose, acidose metabólica, hiperurcemia, estão sempre associadas a restrições calóricas graves e prolongadas, ocorrendo com frequência nos pacientes obesos.

O exercício físico regular resulta benefícios para o organismo, como melhora na capacidade cardiovascular e respiratória, diminuição na pressão arterial em hipertensos, melhora na tolerância à glicose e na ação da insulina [34]. O exercício regular está associado com diminuição da mortalidade em geral e a longo prazo [1]. Guyton e Hall [5] descrevem que a atividade física é, sem dúvida, a maneira mais importante pela qual o organismo consome energia, o aumento da atividade física constitui, frequentemente, uma maneira eficaz de reduzir as reservas de gordura. Blair [35] descreve que indivíduos fisicamente ativos e com excesso de peso apresentam menor morbidade e mortalidade que aqueles sedentários, pelo aumento na sensibilidade à insulina e melhora na tolerância à glicose, e no metabolismo lipídico [36]. Sabe-se que um dos transportadores de glicose nas células musculares e adipócitos (Glut 4) é regulado pela atividade contrátil dos músculos, e insulina. Esses dois estímulos

translocam essa proteína dos compartimentos intracelulares para a membrana plasmática, para receber e transportar a glicose para dentro da célula [5, 37]. Guirro e Guirro [4] descrevem que o exercício físico é extremamente útil para o programa de redução ponderal, uma vez que não somente eleva a taxa de consumo calórico como também, qualitativamente, reduz o ganho gorduroso localizado em certas regiões do corpo, melhora a circulação periférica e induz maior eliminação de água e sal. Além disso é sugerido que o estágio inicial de um programa de exercícios para um indivíduo obeso previamente sedentário deve ser de natureza progressiva e não deve incluir um alto dispendio de energia. Segundo Guyton e Hall [5] quanto mais exercício, maior é o consumo diário de energia e mais rapidamente desaparece a obesidade. Sugerem que o exercício forçado, frequentemente, deveria constituir parte essencial do tratamento da obesidade. Guirro e Guirro [4] descrevem que a atividade física executada em meio líquido (hidroterapia) pode trazer inúmeros benefícios para o paciente obeso. A imersão por si só pode proporcionar alterações saudáveis tanto para o sistema cardiovascular quanto para o musculosquelético. Em decorrência da diminuição do esforço para a sustentação do peso dos membros inferiores e da maior resistência apresentada pela água, os programas executados em ambiente aquático têm vantagens sobre os realizados no solo.

Nicklas et al. [38] demonstraram que o exercício aeróbico combinado à dieta previne o declínio na resposta lipolítica e na oxidação de gorduras que ocorre em obesos submetidos apenas à dieta. Outro aspecto positivo da combinação de dieta com o exercício é quanto à manutenção do peso perdido. Racette et al. [39] referem a maior adesão à dieta entre aqueles que associam a atividade física. Miller et al [40] descrevem uma intensa perda de peso devido a uma dieta com déficit de energia e associada a exercícios que melhoram a função física de adultos obesos com osteoartrite de joelho, sendo que isso foi mais intenso em pacientes com maior perda de peso.

Guirro e Guirro [4] descrevem que o uso do forno de Bier, que emite radiações infravermelhas compreendidas no espectro eletromagnético entre 800 e 15 000 nm, não promover alterações já camada adiposa, pois produz ação superficial. Isso faria com que, no máximo, se produza uma perda de água, ocasionada pela intensa sudorese que acompanha o tratamento. Assim, o efeito fisiológico atribuído a essas radiações, como o aumento do metabolismo, de fato acontece, porém superficialmente.

Vários fármacos que reduzem a intensidade da fome têm sido utilizados no tratamento da redução da obesidade [5]. Esse tratamento medicamentoso utiliza drogas como, anfetaminas, sibutramina, fenfluraminas, fenterminas, dietilpropiona, mazindol, pemolina, fenilpropanolamina e os anti-depressivos, fluoxitina e sertralina. Há muitas controvérsias sobre a utilização desses devido aos

poucos estudos sobre os efeitos desses medicamentos a longo prazo. Os medicamentos criam uma expectativa de cura para a obesidade e as pessoas comumente voltam a engordar com a suspensão do medicamento. Os efeitos colaterais normalmente observados incluem sonolência, nervosismo, cefaléia, hipertensão, tonturas e distúrbios no trato gastrointestinal [1, 4, 5]. Guyton e Hall [5] citam o fármaco orlistat, inibidor da lipase, que reduz a digestão intestinal de gorduras. Em consequência dessa ação, parte da gordura ingerida seria eliminada nas fezes, o que reduz a absorção de energia. Entretanto, a perda fecal de gorduras poder gerar efeitos colaterais gastrointestinais, bem como a perda de vitaminas lipossolúveis. Guirro e Guirro [4] relatam que hormônio tireidiano tem sido usado indiscriminadamente, sendo que a maioria dos indivíduos obesos apresenta a função tireoidiana normal e o excesso desses hormônios representa um risco à saúde do paciente devido aos efeitos colaterais promovidos.

Guirro e Guirro [4] relatam que a crioterapia, que foi usado no passado, hoje é considerado ultrapassado nas intervenções relacionadas com o tratamento da obesidade.

Herbert [10] relata que pacientes com obesidade clinicamente grave, com sobrepeso acima de 45 kg, para os quais uma acentuada restrição calórica não teve sucesso, podem ser candidatos à cirurgia para reduzir o tamanho do estômago. Em geral, esses pacientes perdem de 40 a 50% do sobrepeso durante o primeiro ano após a cirurgia gástrica, entretanto, alguns consomem líquidos densamente calóricos e readquirem peso. A segurança e a eficácia dessa cirurgia a longo prazo não são garantidas.

Tendo em vista fatores cognitivos e emocionais associados ao aumento do consumo de alimentos, a mudança comportamental tem sido usada no tratamento da obesidade [41]. Maciocia [42], Ross [43] e Yamamura [44], descrevem que o desequilíbrio emocional pode contribuir para o surgimento de desarmonias energéticas e as técnicas usadas na MTC podem auxiliar nesses tratamentos. Cabioglu et al [45] sugerem que a eletroacupuntura pode ser uma terapia efetiva para pacientes obesos, incluindo aqueles com sinais e sintomas psicológicos.

A obesidade e a medicina tradicional chinesa

A MTC emprega técnicas variadas no tratamento das desarmonias energéticas que se manifestam como doenças na medicina ocidental. A acupuntura é realizada com agulhas de forma manual ou com auxílio de um mandril que auxilia no direcionamento e aplicação da agulha. Também pode ser associada a eletroterapia, a eletroacupuntura, que combina o uso de agulhas associado a estímulos elétricos definidos [45]. Quando a agulha é aplicada corretamente no ponto de acupuntura (acuponto), de modo geral, o paciente relata alguma sensação característica para cada um de nós, e de modo geral passageira, que é denominada de De-Qi [42,



Quiropraxia Tradição e Qualidade!

CURSO LIVRE INTENSIVO DE QUIROPRAXIA MÉTODO MATHEUS DE SOUZA®

Instituto pioneiro em
Quiropraxia no Brasil.
Venha conhecer a Quiropraxia,
faça seu curso com quem
entende do assunto!



QUIROPRAXIA
Uma maneira inteligente de
cuidar das dores nas costas



IBRAQUI®
CURSOS

INSCRIÇÕES

Pessoalmente:

IMAS - Instituto Matheus de Souza

IBRAQUI - Instituto Brasileiro de Quiropraxia

(11) 5071-7898

(11) 3867-2403

Via internet: www.conhecimento.com.br
secretaria@conhecimento.com.br
cursos@conhecimento.com.br

Quadro 1: Zang com suas respectivas funções e os Fu acoplados (*).

Zang (órgão)	Funções
Coração	Governa o sangue, controla os vasos sanguíneos, manifesta-se na Tez (face, complexão), abriga a mente (Shen), abre-se na língua, relaciona-se com a sudorese, governa os Sonhos, acoplado do Intestino Delgado (Fu)
Fígado	Armazena o sangue, promove a livre circulação do Qi (mantém o fluxo suave do Qi), controla os tendões, manifesta-se nas unhas, abre-se nos olhos, abriga a Alma Etérea, controla o fluxo menstrual, acoplado da Vesícula Biliar (Fu)
Pulmão	Governa o Qi e a respiração (forma o Qi torácico, dispersa o Qi na forma de líquido orgânico), controla os canais e os vasos sanguíneos, harmoniza a descida e a dispersão, regula a passagem das águas, controla a pele e os cabelos, se abre no nariz, abriga a Alma Corpórea, mantém a Umidade da pele, acoplado do Intestino Grosso (Fu)
Baço	Governa a transformação dos alimentos e líquidos e o transporte do Qi dos alimentos, harmoniza o sangue, controla os músculos e os membros, se abre na boca e se manifesta nos lábios, regula a ascensão do Qi, abriga o pensamento, acoplado do Estômago (Fu)
Rim	Armazena a essência, governa o nascimento, crescimento, reprodução e desenvolvimento, produz a medula, controla os ossos, governa a Água, regula a recepção de Qi, se abre nos ouvidos, se manifesta nos cabelos, Controla os dois orifícios inferiores, Abriga a força de vontade, acoplado da Bexiga (Fu).
Coração-Sexualidade	Mestre do coração, envoltório do coração, pericárdio (outras denominações), acoplado do San Jiao (Triplo Aquecedor - Fu)

(*) adaptado de Maciocia [42] e Carvalho [47]

44]. Vários métodos relacionados com a acupuntura são empregados, como a moxabustão (aplicação de calor) e a ventosa e a acupressão que são pressões negativa e positiva, respectivamente, aplicadas em regiões definidas do corpo. Pressões realizadas com auxílio de sementes aplicadas no pavilhão auricular são utilizadas nas técnicas de auriculoterapia ou acupuntura auricular [46]. A justificativa para o uso das técnicas de acupuntura está relacionada com o fato desses acupontos corresponderem a regiões de acesso no trajeto externo dos canais energéticos dos órgãos e vísceras, conhecidos como Zang Fu, localizados internamente. Existem doze meridianos relacionados a cada Zang (seis) Fu (seis) e oito meridianos chamados de maravilhosos, sendo que desses últimos, o Governador e o da Concepção apresentam seus próprios acupontos [42, 44, 47].

No Quadro 1 estão indicados os Zang com suas respectivas funções e os Fu acoplados.

Segundo a MTC, a energia responsável pela fisiologia e o metabolismo celular é denominada Qi que percorre esses canais ao longo do dia e da noite. O Qi pode se manifestar de várias formas e cada Zang e Fu também têm seu Qi próprio. Agentes externos, referidos como fatores patogênicos externos, como Frio, Vento, Calor (Fogo), Secura e Umidade (Fleuma) podem causar desarmonias energéticas e comprometer as funções de um Zang ou Fu, desequilibrando o Qi e contribuindo para o surgimento de uma desarmonia energética. Da mesma forma, fatores internos como as emoções em desequilíbrio (medo, alegria, tristeza, raiva, ansiedade), seja em excesso, seja em falta, podem acarretar uma desarmonia energética que poderá se manifestar em um determinado Zang ou Fu [42, 43, 44, 47].

Os Zang e Fu têm associação com movimentos ou elementos e se relacionam com nossos sentidos e se manifestam em tecidos específicos. Os procedimentos de acupuntura, moxabustão ou ventosa poderão ser úteis em todas as condições que visem re-estabelecer o equilíbrio energético do paciente [42, 43, 44].

Segundo Ken e Yongqiang [48] a obesidade aconteceria principalmente pela deficiência do Qi do Baço e pela disfunção do Baço em transformar adequadamente os alimentos, causando acúmulo de Umidade e Fleuma no organismo. Ross [43] sugere que os obesos com excesso de peso devido ao processo metabólico poderiam ter

síndromes associadas ao Baço ou ao Rim que estão indicadas no Quadro 2. No caso da obesidade por excesso de alimentação teriam síndromes associadas ao Coração, Fígado, Baço como indicado no Quadro 3. Nos Quadros 2 e 3 também estão indicados sinais e sintomas de cada uma das citadas desarmonias.

Um outro procedimento da MTC seria a fitoterapia, que é um recurso terapêutico caracterizado pelo uso de substâncias de três origens (animal, vegetal e mineral) isoladamente ou combinadas em fórmulas com a finalidade de harmonizar energeticamente um indivíduo. Essas substâncias são selecionadas também em relação da ação das mesmas em determinados canais energéticos. Isso permitiria a harmonização desejada do Qi de um Zang ou Fu desejado [49, 50].

Como visto no Quadro 3, Ross [43] cita a pressão por estar acima do peso, a pressão por comer demais, a falta de amor, a depressão, a insegurança, a fome pela vida e a tensão nervosa são condições que favorecem o aumento do peso corporal do indivíduo. A pessoa pode estar escondendo por trás de sua gordura e usa o fato de estar acima do peso como uma proteção contra ameaças percebidas na vida. Quanto maior a insegurança de uma pessoa, mais medo ela terá da vida e maior a necessidade de sua gordura protetora. Quanto mais segura se sentir, menos necessidade terá dela. A pessoa pode sentir mais confortável estando mais gordinha, considerando o excesso de peso tranquilizador e agradável. Pode achar que o peso extra lhe capacita a ser levado mais a sério, propiciando às suas opiniões um maior peso e consistência. O peso corporal extra, talvez a Umidade e Fleuma Extras no cérebro, podem propiciar a ilusão tranquilizadora de que o mundo é lento, sólido e estável, quando na verdade o mundo externo muda rapidamente. Essas sensações estão relacionadas com as emoções do medo, insegurança e preocupações associadas com Rins e Baço debilitados e instáveis, podem ser tratados fortalecendo e estabilizando o Qi do Rim e do Baço.

Ross [43] também destaca que o comer demais é basicamente uma compensação pela perda do contato com o entusiasmo e com o amor internos, de forma que não conseguem sentir amor por si e se tornam limitados em compartilhar o amor nos relacionamentos. De fato, podem se sentir desgostosos e se odiar, nutrir um auto desprezo por se considerarem fracos e ba-

sicamente sem qualquer capacidade de despertar amor nos outros. Essa identidade que constroem de si lhes dá uma desculpa para evitar relacionamentos ou evitar o sexo e a sexualidade. O tratamento é centralizado no fortalecimento do Fogo do Coração e no Qi do Coração e do Baço. Além da Deficiência do Fogo do Coração, a depressão resultante em comer demais pode estar associada com a Estagnação do Qi do Fígado, Coração ou Pulmão. O tratamento implica em mover o Qi órgãos Estagnados. A insegurança emocional, talvez ligada a problemas de alimentação inadequada na infância, pode levar ao sentimento de nunca ter tido o suficiente, ou ao medo de que não vai haver o suficiente no futuro. Este sentimento pode estar relacionado a alimento, amor ou segurança material. O fato pode se agravar sob condições de estresse na vida, que faz aumentar a ingestão de alimentos, especialmente de coisas doces e assim aumentar o peso. Esta situação está especialmente ligada a problemas com a mãe e com o elemento Terra. Pode haver um exagero no prazer sensual normal em comer, resultando em gula e aumento do apetite. A tonificação do Baço e do Rim pode ajudar neste caso. O Espírito do Coração se manifesta por meio do corpo físico em excitação, interesse e prazer durante as experiências da vida, pelas quais, há crescimento e expansão da consciência. E como se fosse um tipo de fome pela vida. Mas a pessoa, por medo e insegurança, se fecha para as experiências da vida, então essa fome pode se manifestar como a neces-

sidade por alimentos físicos. É como se fosse uma necessidade física, a pessoa se expande em tamanho ao invés de crescer em caráter. O tratamento consiste em acalmar a pressão emocional e a desobstrução dos blocos de energia, de forma que a energia possa se expressar externamente, participando da vida e dos relacionamentos. A simples tensão nervosa pode encontrar uma válvula de escape na comida, o tratamento consiste em tonificar o Yin e dispersar o Fogo dos Rins, Fígado, Estômago ou Coração.

A somatotopia fetal e a somatotopia do feto invertido representado por pontos ou regiões no pavilhão auricular tem sido usada em auriculoterapia [44, 46, 48]. Os pontos utilizados na auriculoterapia têm sido caracterizados como locais anatômicos discretos medindo aproximadamente de 1 a 5 mm de diâmetro no pavilhão auricular. Esses pontos permitiriam (i) atuar em determinados Zang e Fu, (ii) acessando os meridianos energéticos que se estendem até determinada região (iii), estimulando terminações nervosas do sistema neurovegetativo [46].

Segundo Garcia 2003 [46], a auriculoterapia seria eficaz no tratamento da obesidade. A colocação de sementes nos pontos auriculares, Tálamo, Fome, Abdome e Endócrino seria o sugerido. Shiraishi et al [51] estimularam pontos da concha cava sem defini-los claramente e observou redução de peso de pacientes levemente obesos. Na Concha cava são encontrados diversos pontos como o do Coração, Pulmão, Baço e San Jiao [46] com

importantes ações relacionadas com a geração de energia no corpo.

No Quadro 4 estão indicadas funções propostas para os pontos do pavilhão auricular propostos pelos autores [44, 46] e usados no tratamento de pacientes obesos.

Discussão e Conclusão

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a ocorrência da obesidade nos indivíduos reflete a interação entre fatores dietéticos e ambientais com uma predisposição genética. Contudo, existem poucas evidências de que algumas populações são mais suscetíveis à obesidade por motivos genéticos, o que reforça serem os fatores alimentares, em especial a dieta e a atividade física responsáveis pela diferença na prevalência da obesidade em diferentes grupos populacionais [15].

Ao estudar a obesidade e sua evolução constata-se que o seu aumento determina definição de prioridades e estratégias de ação de Saúde Pública, em especial à prevenção, destacando ações de educação em alimentação e nutrição e as práticas de atividades físicas que alcancem de forma eficaz todas as camadas sociais da população [52]. A importância da redução da obesidade, o interesse social e os investimentos econômicos em alimentação e na qualidade de vida de pessoas obesas indicam que, estudos rigorosos sobre a prevenção e o tratamento da obesidade são essenciais [53]. Gill [54] cita algumas medidas nesse sentido que também envolveriam (i) a legislação e a regulação dos



CURSOS 2009

promind
EVENTOS NA ÁREA DE SAÚDE

TERAPIA
manual

**BANDAGEM FUNCIONAL
GINÁSTICA LABORAL
ERGONOMIA
CONCEITO MAITLAND
MOBILIZAÇÃO NEURAL
ESTABILIZAÇÃO SEGMENTAR TERAPÊUTICA**

"Conhecimento prático e científico"

"Descontos especiais"

"Parcelamento prolongado e sem juros"

"Os melhores professores, com as melhores formações"

Informações / Inscrições:

Grupo Terapia Manual

www.terapiamaneual.com.br

(19) 3203-1620

Cursos: Campinas

Promind - eventos na área de saúde

www.e-promind.com.br

(41) 3206-6886

Cursos: Curitiba / Porto Alegre / Goiânia

Cursos:
Campinas
Curitiba
Goiânia
Porto Alegre

rótulos dos produtos alimentícios; (ii) subsídios para produtores de alimentos com pouca densidade calórica (em especial, frutas e vegetais); (iii) incentivos fiscais para empresas que incentivem a prática de atividades físicas dos empregados; (iv) consultoria nutricional para refeições escolares e empresariais. De fato, intervir de maneira preventiva sobre a obesidade tende a ser mais fácil, menos caro e potencialmente mais efetivo. Raccete et al.[39] citam que muitos estudos demonstram que a redução da quantidade de massa corporal, em especial de gordura, melhora a qualidade de vida e diminui a morbidade e a mortalidade de pacientes obesos. Atkinson et al. [55] descrevem que os componentes de um programa de mudança comportamental para tratamento da obesidade as ações indicadas na Figura 3.

Quadro 2 - Síndromes e respectivos sinais e sintomas relacionadas com a obesidade.

Síndrome	Sinais e sintomas
Deficiência do Qi e do Yang do Baço	Excesso de peso, catarro no trato respiratório, preguiça, sensação de peso nos membros
Deficiência do Qi e do Yang dos Rins	Excesso de peso, retenção de fluidos, sensação de frio nas costas, pernas e baixo abdome

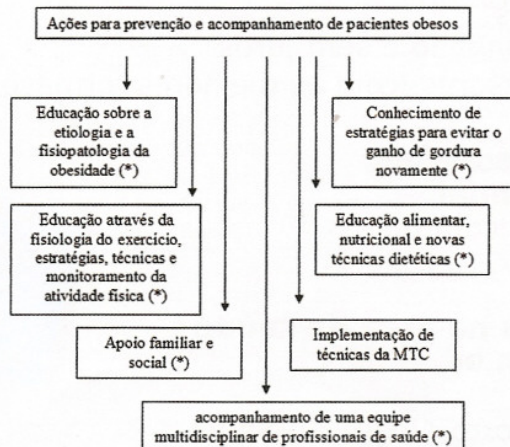
(*) Adaptado de Ross [43]

Quadro 3- Síndromes e respectivos sinais e sintomas relacionados com a obesidade devido ao excesso de peso pelo excesso de alimentação

(*) Adaptado de Ross [43].

Síndrome	Sinais e sintomas
Fogo por deficiência do Coração (falta de amor)	Come em excesso por falta de amor por si mesmo, sente solidão e considera-se incapaz de despertar amor, desgosto consigo mesmo
Estagnação do Qi do Fígado (depressão)	Come em excesso por depressão e frustração
Deficiência do Qi do Baço (insegurança)	Come em excesso por medo, preocupação e insegurança, precisa de gordura como uma forma de escudo de proteção para sentir-se protegido
Supressão do Espírito do Coração (da fome pela vida)	Come demais por excitação suprimida, come ao invés de participar da vida
Deficiência do Yin e Fogo (tensão nervosa)	Come demais por tensão nervosa com inquietação e hiperatividade

Figura 3 - Ações de um programa comportamental para prevenção e acompanhamento de pacientes obesos



Referências

- [1] Francischi RPD, Pereira LO, Freitas CS, Klopfer M, Santos RC, Vieira P, Lancha Júnior AH. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. Rev Nutr 2000; 13: 17-28.
- [2] Popkin BM, Doak CM. The obesity epidemic is a worldwide phenomenon. Nutr Rev 1998; 56: 106-114.
- [3] Fabricatore AN, Wadden TA. Obesity. Annu Rev Clin Psychol 2006; 2: 357-377.
- [4] Guirio E, Guirio R. Fisioterapia Dermato-funcional. Manole; 2002.
- [5] Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiologia Médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- [6] Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec; 1998.
- [7] Grosse D, Sengler J. Reeducação perineal. Barueri: Manole; 2002.
- [8] Pinheiro ARO, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. Rev Nutr 2004; 17: 523-533.
- [9] Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. Lancet 2007; 369: 1027-38.
- [10] Herbert PN. Distúrbios Alimentares. In Cecil Medicina Interna Básica, Andreoli TE, Carpenter CCJ, Griggs RC, Loscalzo J (Editores). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- [11] World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva; 1998. In ([http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_\(p159-276\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_(p159-276).pdf)), accessed on January 10th 2008.
- [12] Laurenti R. Transição demográfica e transição epidemiológica. Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Rio de Janeiro: Abrasco; 1990; 143-65.
- [13] Coitinho DC, Leão MM, Recine E, Sichieri R. Condições nutricionais da população Brasileira: adultos e idosos. Brasília: Ministério da Saúde; 1991. 39p.
- [14] Jebb SA. Aetiology of obesity. Br Med Bull 1997; 53: 264-285.
- [15] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Draft report march 26 2002. In (http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfao_cmo_005.pdf) accessed on January 10th 2008.
- [16] Rolls BJ, Shide DJ. The influence of dietary fat on food intake and body weight. Nutr Rev 1992; 50: 283-290.
- [17] Grundy SM. Multifactorial causation of obesity: implications for prevention. Am J Clin Nutr 1998; 67: 563S-572S.
- [18] Hill JO, Drougas H, Peters JC. Obesity treatment: can diet composition play a role? Ann Intern Med 1993; 119: 694-697.
- [19] Stunkard AJ, Wadden TA. Psychological aspects of human obesity. In: Björntorp P, Brodoff BN. Obesity. Philadelphia: JB Lippincott 1992; 352-360.
- [20] Jung R. Obesity as a disease. Br Med Bull 1997; 53: 307-321.
- [21] Ivkovic-Lazar T, Lepsanovic L, Babic L, Stokic E, Tesic D, Medic-Stojanowska M. The metabolic X syndrome: 4 case reports. Med Pregl 1992; 45: 210-214.
- [22] Hauner H. Abdominal obesity and coronary heart disease: pathophysiology and clinical significance. Herz 1995; 20: 47-55.
- [23] Krotkiewski M. Role of muscle morphology in the development of insulin resistance and metabolic syndrome. Presse Méd 1994; 23: 1393-1399.
- [24] DeFronzo RA, Ferrannini E. Insulin resistance: a multifaceted syndrome responsible for NIDDM, obesity, hypertension, dyslipidemia, and atherosclerotic cardiovascular disease. Diabetes Care 1991; 14: 173-194.
- [25] Stoll BA. Timing of weight gain in relation to breast cancer risk. Ann Oncol 1995; 6: 245-248.
- [26] Givens JR. Reproductive and hormonal alterations in obesity. In: Björntorp P, Brodoff BN. Obesity. Philadelphia: JB Lippincott, 1992; 540-549.
- [27] Chatoor DR, Taylor SJ, Cohen CRG, Emmanuel AV. Faecal incontinence. Br J Surg 2007; 94: 134-144.
- [28] Kopelman PG. Altered respiratory function in obesity: sleep-disordered breathing and the Pickwickian syndrome. In: Björntorp P, Brodoff BN. Obesity. Philadelphia: JB Lippincott, 1992; 568-575.
- [29] Rössner S. Dietary fibre in the prevention and treatment of obesity. In: Schweizer TF, Edwards CA. Dietary fibre: a component of food. London: Springer-Verlag, 1992; 295-332.