

Obesidade: O que é isto?

03 de Abril de 2007

Fonte: PsiqWeb - Psiquiatria Geral

Em nossa opinião, a obesidade comporta um duplo enfoque; um enfoque antropométrico e fisiopatológico e outro enfoque psicodinâmico. Se você acredita que a qualidade de vida não pode se basear apenas na quantidade de dias vividos, então entenderá o que queremos dizer com enfoque psicodinâmico da questão obesidade. {mostextad 1}

Psicodinamicamente, seria correto considerar-se obesa toda pessoa insatisfeita com seu próprio corpo por ter seu peso acima do ideal antropométrico. O parâmetro "antropométrico" é indispensável na definição para excluirmos, das pessoas psicodinamicamente obesas, aquelas portadoras de anorexia nervosa e que se acham gordas, sem o estarem de fato.

Ainda psicodinamicamente ou emocionalmente, peso ideal seria aquele onde a pessoa está se sentindo bem, quando se olha no espelho e se gosta, quando se acha linda, não importando o número que a balança está marcando.

Academicamente (antropometricamente), entretanto, a obesidade pode ser definida como quantidade percentual aumentada de gordura corporal, sendo que a partir deste critério é obesa uma pessoa que possua mais de 30% de gordura em sua composição corporal total e um homem com mais de 25% de gordura corpórea em relação à massa magra.

A obesidade é uma síndrome com várias causas, caracterizada por um excesso de tecido gorduroso e pode ser classificada em várias modalidades. Há várias maneiras de saber se a pessoa é ou não gorda, ou seja, de se classificar a obesidade. A maneira mais simples e comum de classificar a obesidade é pelo peso. Na realidade nem sempre o pesado é gordo, já que a musculatura pesa mais que o tecido gorduroso, e uma pessoa musculosa não costuma ser gorda.

Desde 1958, depois da famosa frase do economista John Kenneth Gailbraith, afirmando que "nos Estados Unidos da América morrem mais pessoas por excesso que por falta de comida", o tratamento da obesidade deixou de ser uma questão simplesmente estética e passou a ser uma questão de saúde pública e pessoal.

O Índice de Massa Corpórea (IMC) é o mais utilizado na prática. Tem boa correlação com a percentagem de gordura corporal. No entanto, perde a confiabilidade em atletas com grande massa muscular.

A meta de se atingir um bom peso passou a exigir mudanças no hábito alimentar, na prática do condicionamento físico e na atenção à saúde psíquica. Um peso mais proporcional passou a ter forte relação com o desenvolvimento, amadurecimento e envelhecimento mais saudáveis.

Desde a antiguidade Hipócrates percebera maior tendência dos obesos para a morte súbita e, de fato, a questão da obesidade está muito além das preocupações estéticas. A obesidade predispõe, então, a uma série de outras doenças. São também sintomas comuns aos obesos o cansaço, a sudorese excessiva, principalmente em pés, mãos e axilas, as dores nas pernas e colunas.

O excesso de peso tem íntima relação, por exemplo, com a mortalidade por causas cardiovasculares. Normalmente a obesidade predispõe à hipertensão arterial, ao aumento dos níveis de triglicérides e colesterol, bem como à diminuição do colesterol benigno (HDL-colesterol).

Quando se observa um obeso ofegante, normalmente é porque o aumento da gordura no tórax e abdome pode causar alterações no padrão respiratório. Nesses casos há diminuição do volume e da complacência pulmonares e aumento do trabalho do diafragma. Em grandes obesos também pode ocorrer uma má oxigenação dos tecidos devido aos distúrbios da relação entre a ventilação e a área corporal a ser nutrida pelo oxigênio (perfusão).

A obesidade é também um importante fator para o desenvolvimento da diabetes mellitus, do tipo não dependente de insulina. Mesmo diante do tratamento com insulina esses diabéticos obesos apresentam uma fraca resposta metabólica terapêutica.

Havendo aumento do peso há, sem dúvida, aumento das necessidades de insulina. Dessa forma, ou seja, com hiper secreção de insulina, é que os obesos mantêm sua glicemia plasmática mas, a persistência desta condição de hipersecreção em longo prazo, poderá produzir a falência da capacidade de secreção de insulina pela célula β do pâncreas. Aí sim, teríamos, de fato, a diabetes.

Também a atividade fibrinolítica, indispensável para a fluidez do sangue encontra-se diminuída, predispondo à formação de coágulos. Neste caso os níveis de Antitrombina III, importante anticoagulante endógeno, está significativamente reduzidos em obesos mórbidos. Na parte osteo-muscular a obesidade está associada à maior incidência de osteoartrose de joelhos.

Alguns estudos da American Cancer Society mostram que a incidência de câncer intestinal (colo-retal) e de próstata, foi de 1,33 vezes maior em homens obesos e o câncer de endométrio, vesícula, colo de útero e mama, 1,55 vezes maior em mulheres obesas.

Em mulheres obesas observa-se maior freqüência de ovários policísticos, bem como maior produção de hormônios masculinos (androgênios) pelos ovários. Isso pode ocasionar o surgimento de pelos e barba (hirsutismo), irregularidade menstrual, infertilidade e aumento dos ovários.

Atualmente, possivelmente pela supervalorização cultural da estética e conseqüente rejeição social sofrida pelo obeso, com freqüência essas pessoas entram em estado de depressão emocional.

Definição e Classificação da Obesidade

Para que essa definição tenha aplicação prática, é necessário baseá-la em critérios matematicamente definidos. Para isso existe o Índice de Massa Corpórea (IMC), hoje aceito como padrão de medida internacional para obesidade.

Se queremos nos reportar apenas ao tecido gorduroso (adiposo) os meios de classificação são variados. Podemos usar a relação do peso/altura (tabela do Metropolitan Life Insurance Company), ou as medidas de espessura de prega cutânea ou, ainda, o Índice de Massa Corpórea (IMC). O IMC é obtido pela divisão do peso em Quilos pela altura ao quadrado (expressa em metros). Podemos classificar o peso em categorias, de acordo com o IMC.

Desta forma, quanto ao grau (quantidade) de obesidade, o parâmetro de medida é o IMC e podemos tê-la em 4 tipos:

A forma de cálculo para IMC é a divisão do peso (em kg) da pessoa por sua altura, elevada ao quadrado (em m²).

CATEGORIA DE IMC (em Kg)

Desnutrição: Abaixo de 14,5

Abaixo do Peso: até 20

Peso Normal: 20 - 24,9

Sobrepeso: 25,0 - 29,9

Obeso: 30,0 - 39,9

Obeso Mórbido: 40 e acima

Para um indivíduo com 1,70 m de altura, por exemplo, se o peso for de 86,7 kg, ele terá IMC = 30. Com peso de 101,15 kg, ele atinge IMC de 35; com peso de 115,6 kg, o IMC é de 40, e ele é considerado um obeso mórbido.

Em termos gerais, aceita-se que o peso ideal ou de menor risco para saúde corresponde a um IMC de 20 a 25, e até 27 para pessoas idosas. Este índice deve ser usado para adultos. Para crianças e adolescentes devem ser utilizadas curvas específicas, uma vez que, ainda, estão em fase de crescimento.

Entretanto, mesmo considerando a frieza e pretensa exatidão do IMC, existem muitas variáveis, como por exemplo distribuição corporal da gordura, biótipo, etc. Nesses casos preconizam-se outros métodos para "medirmos" gordura, como por exemplo, a densitometria.

Esta classificação tem importância estatística no que se refere ao prognóstico de intercorrências clínicas, como por exemplo, a hipertensão arterial, a gota, a osteoartrose, a dislipidemia, etc, e conseqüentemente estimar-se o risco de morbidade e mortalidade das pessoas.

Quanto à circunstância em que ocorre, segundo Sandra Gasparini, podemos classificar a obesidade em:

1. obesidade de longa data - indivíduos obesos desde criança; é a forma de mais difícil tratamento e entre as causas existe a predisposição genética (herança familiar) e a hiperalimentação precoce;
2. obesidade da puberdade - aparece na puberdade, é predominante em mulheres, tem como causas angustias e ansiedades desta fase da vida e alterações orgânicas;

3. obesidade da gravidez - na gravidez e no pós parto, também por fenômenos psíquicos e/ou orgânicos;
4. obesidade por interrupção de exercícios - comum em esportistas que ingerem grandes quantidades de calorias e param de fazer exercícios, ou seja, deixam de gastá-las;
5. obesidade secundária a drogas - alguns medicamentos como os corticóides, os antidepressivos e os estrógenos podem induzir a um ganho de peso;
6. obesidade após parar de fumar - a explicação é que a nicotina aumenta o gasto calórico por sua ação lipolítica; também é responsável por perda de apetite;
7. obesidade endócrina - apesar da população leiga ter outro ponto de vista, a obesidade Endócrina aparece em somente 4% das obesidades. Aqui se incluem doenças da tireóide, do pâncreas e da supra renal.

Por esta classificação já podemos concluir que a obesidade não é característica de pessoas com "falta de vontade para emagrecer, descuidadas com sua aparência, etc", mas de pessoas com uma doença que deve ser tratada como tal. Jane Feldman acha que definir obesidade é, muitas vezes, uma tarefa difícil. Existem situações em que qualquer um olha para um indivíduo e afirma que ele é obeso. No entanto, existem casos onde afirmar que alguém é obeso é extremamente duvidosa. Nesses casos, podemos lançar mão da abio-impedanciometria e da densidade corporal para definir melhor a porcentagem de tecido adiposo e, assim, delimitar melhor o diagnóstico da obesidade.

A classificação pode ainda tomar como base o consumo e o gasto de energia. Dessa forma teremos dois tipos de obesidade:

Obesidade por Hiperfagia, é o tipo da doença conseqüente à ingestão de muita comida. São os obesos que comem muito, em quantidade ou em qualidade (alimentos muito calóricos) e neste grupo estão incluídos os populares "beliscadores".

Além dos mecanismos psíquicos envolvidos na obesidade por Hiperfagia, tais como a depressão, ansiedade, angustia, carência afetiva, etc, estão sendo cada vez mais descritas alterações orgânicas condicionantes de hiperfagia (alterações no centro da saciedade, alterações hipotâlmicas e alterações de alguns hormônios gastrintestinais);

Obesidade por Gasto Ineficiente. Estão incluídas neste grupo pessoas com vida sedentária, portanto, aquelas que comem mais do que gastam e as pessoas que, mesmo comendo proporcionalmente ao gasto com exercício, de repente param de praticá-lo sem diminuir a quantidade de comida ingerida. Também estão aqui as pessoas que comem pouco mas, conforme dizem sempre, têm a famosa tendência para engordar.

Este último grupo de pessoas "com tendência para engordar" não costumam ter alterações de tireóide, como costumam achar, ou outro distúrbio do metabolismo. Normalmente a causa da obesidade é que elas gastam menos calorias do que consomem.

O número de células adiposas do corpo humano cresce mais durante o período que vai do fim da infância ao início da idade adulta. A obesidade pode ainda ser classificada quanto ao número de células de gordura.

Será considerada Obesidade Hipercelular, quando então ocorre aumento do número total de células adiposas, que pode se tornar até cinco vezes superior ao número encontrado em indivíduo adulto normal. Esta é a forma de obesidade que ocorre na infância ou adolescência, porém pode também ser observada nas pessoas com mais de 75% de excesso de peso corporal.

Por outro lado, será considerada Obesidade Hipertrófica, quando ao invés de um aumento no número de células gordurosas, ocorre um aumento de tamanho dessas células por acúmulo de lipídeos. Esse tipo de obesidade se inicia na idade adulta, na gestação e se correlaciona melhor com a distribuição andróide de gordura.

Há ainda uma outra classificação da obesidade, agora no que diz respeito à distribuição da gordura no corpo. Para essa classificação é necessário estabelecer o índice W/H, representado pela relação cintura-quadril. A medida da cintura deve ser apurada de acordo com a circunferência que passa entre o umbigo e as costelas e medida do quadril deve ser medida tomando-se a maior circunferência na região glútea. Para os homens, Obesidade Andróide, esse índice W/H tem que dar maior que 0.9, ou seja, a cintura deve ser igual ou maior que o quadril. Na Obesidade Ginóide o índice W/H deve dar menor que 0.9, ou seja, o quadril tende a ser maior que a cintura.

As observações antropométricas têm sugerido que quanto maior o índice W/H, ou seja quanto maior a cintura em relação ao quadril, mais tendência tem a pessoa para doença coronariana, diabetes, hipertensão arterial e dislipidemias, que é o aumento de colesterol e triglicérides.

Tipos (formas) da Obesidade

Os indivíduos obesos apresentam-se com maior quantidade de tecido gorduroso pelo organismo e essa distribuição da gordura é variável de pessoa para pessoa. E essa variação da gordura altera o risco de doenças associado ao excesso de peso.

A grosso modo, existem dois tipos básicos de distribuição de gordura. A gordura pode concentrar-se na região subcutânea (abaixo da pele), particularmente da cintura para baixo, é chamada de Obesidade Ginóide, que acomete mais a mulher, chamada também de obesidade em forma pêra ou, ainda, obesidade subcutânea.

A gordura pode ainda concentrar-se no abdome, profundamente entre as vísceras, é chamada de Obesidade Andróide, porque acomete mais os homens, ou obesidade em forma de maçã ou, ainda obesidade visceral.

Para a saúde física é diferente quando a gordura se acumula sob a forma de Obesidade Andróide ou Obesidade Ginóide. Entre esses tipos, é o tipo andróide que mais se relaciona ao maior risco cardiovascular. Naturalmente há grandes variações entre esses dois tipos de distribuição de gordura pelo corpo e há indivíduos com os dois tipos de obesidade.

Obesidade Mórbida

O peso corpóreo, considerando o acúmulo e a distribuição da gordura, é determinado por vários mecanismos, incluindo o perfil metabólico, a função hormonal, neurológica e psíquica. Quando há alteração em algum desses mecanismos pode ocorrer um desequilíbrio entre a ingestão alimentar e o gasto de energia, favorecendo o armazenamento anormal da sobra de energia sob a forma de gordura e, conseqüentemente, o aumento do peso corpóreo.

As pessoas com IMC acima de 40 (veja o cálculo acima), são portadoras de Obesidade Mórbida, o que equivale a aproximadamente 45 Kg acima do peso ideal. A Obesidade Mórbida é um problema de saúde que ultrapassa em muito a simples preocupação estética. Ela envolve a saúde global do organismo e, inclusive, a saúde psíquica, já que a auto-estima pode estar severamente prejudicada.

As doenças relacionadas à obesidade são as principais responsáveis pelo aumento das taxas de mortalidade em adultos jovens, da diminuição da qualidade e expectativa de vida. Entre elas destacam-se a sobrecarga das articulações, apnéia do sono, insuficiência cardíaca, diabetes, hipertensão arterial, aumento da gordura no sangue e, conseqüentemente, o entupimento de vasos (arteriosclerose), infarto do miocárdio, etc.

Daphne Marussi e Paulo Dalgalarrodo estudaram o perfil psiquiátrico de 50 pacientes com obesidade mórbida (IMC a partir de 40), 38 mulheres e 12 homens, e encontraram entre eles 20 a 30% de comedores compulsivos passíveis de tratamento psiquiátrico, principalmente se considerarmos que o comedor compulsivo tem maior tendência à depressão e freqüentemente apresenta história de outros transtornos psíquicos.

A idade média dos pacientes com Obesidade Mórbida neste estudo foi de 39,5 anos e o IMC médio foi de 50,4. Entre esses pacientes 32,6% encontravam-se desempregados. As pessoas com peso maior estavam relacionadas significativamente com um menor gosto pelas coisas que faziam anteriormente e os episódios bulímicos (fome voraz e descontrolada) correlacionava-se com uma dificuldade ficar sentado e se divertir relaxado e com o fato de se sentir tenso ou contraído, juntamente com a sensação de medo como se alguma coisa ruim fosse acontecer (elevados índices e depressão).

Esses autores concluíram que existe uma alta incidência de indivíduos com compulsão alimentar entre os pacientes obesos mórbidos que procuram tratamento e, entre eles, apenas 24,5% estavam dentro dos limites da normalidade em termos de hábitos alimentares. A alta freqüência de episódios bulímicos correlacionou-se positivamente com os escores altos da escala de ansiedade e de depressão, portanto, tais pacientes apresentam taxas mais elevadas de transtornos do humor, transtornos de ansiedade e, concomitantemente, de bulimia nervosa. Recomendam que se faça uma diferenciação de pacientes compulsivos dos não compulsivos nos programas de perda de peso para que estes recebam tratamento adequado .