

MANEJO DA OBESIDADE INFANTO-JUVENIL PELO ESTÍMULO À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Rita de Cássia Delagado Valadão¹, Mariur Gomes Beghetto², Elza Daniel De Mello³

1 Educadora Física. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Faculdade de Medicina/UFRGS. 2 Enfermeira. Professora Adjunta do curso de Graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem /UFRGS. 3 Médica Gastroenterologista Pediátrica e Nutróloga. Professora Adjunta do curso de Graduação em Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Faculdade de Medicina/UFRGS.

Métodos de tratar crianças e adolescentes obesos tem sido amplamente estudados, entre esses, a prática de atividade física é recomendada. Avaliar a eficácia de um programa de atividade física que possa ser realizado no domicílio e aplicado no ambiente SUS ainda é inédito. METODOLOGIA: Avaliar o aumento do nível de atividade física (NAF) de crianças e adolescentes obesos e sua associação com escore-Z IMC segundo critérios da OMS, escore-Z Peso CDC, Peso de Massa Livre de Gordura (PMLG), Peso Massa Gorda (PMG) e Taxa Metabólica Basal (TMB), calculados pela Fórmula Schaefer para população pediátrica em um estudo que acompanhou 15 meninas e 12 meninos com médias de idade de $11,29 \pm 1,92$ anos e percentil IMC >98 . A impedância bioelétrica (BIA) mensurou PMLG, PMG e TMB, calculou-se escore-Z do IMC e do Peso e foi aplicado o questionário International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) para mensurar o NAF. Os dados foram coletados na inclusão, em 6 meses e em 12 meses, a intervenção teve duração de um ano. Os participantes tinham consultas mensais com um educador físico, que orientava e estimulava a prática de atividades esportivas e recreativas. RESULTADOS: Os resultados que apresentaram significância estatística da inclusão para os 12 meses foram: escore-Z IMC apresentou melhora em 21 (77,8%) dos pacientes ($3,37 \pm 0,85 - 3,11 \pm 0,77$) $P < 0,001^*$; PMLG, segundo Fórmula Schaefer, apresentou melhora de 26 (96,3%) ($35,4 \pm 8,2 - 39,0 \pm 8,9$) $P < 0,001^*$; PMG, segundo Fórmula Schaefer, apresentou melhora em 9 (33,3%) dos pacientes ($40,2 \pm 14,6 - 37,3 \pm 15$) $P < 0,001^*$. A TMB apresentou significância da inclusão para os 6 meses e da inclusão para os 12 meses, havendo um incremento de 113 kcal em 26 (96,3%) $P < 0,001$. O escore-Z Peso não apresentou aumento significativo ($2,44 \pm 0,49 - 2,37 \pm 0,48 - 2,36 \pm 0,5$) nos períodos avaliados $P = 0,084$. Para NAF, o IPAQ obteve significância de $P < 0,001^{**}$. Dividindo-se a amostra em ativos e inativos ao final de 12 meses, 4 (14,8%) eram inativos contra 23 (85,2%) ativos. Não houve associação estatisticamente significativa entre a melhora do NAF alcançado com a melhora do escore-Z IMC, PMLG, PMG e TMB. A melhora do NAF tendeu a uma redução no percentil do escore-Z IMC, embora essa associação não seja estatisticamente significativa e manutenção do escore-Z Peso CDC em crianças submetidas a um programa exclusivamente de atividade física. CONCLUSÃO: Crianças e adolescentes, se estimuladas, conseguem melhorar seus NAF e mudar sua composição corporal. A atividade física, mesmo que de forma isolada, colabora positivamente no manejo da obesidade infanto juvenil. * teste de bonferroni, ** teste de McNemar, a 5% de significância.