



71479 - CLASSIFICAÇÃO DO IMC PODE SER PRECIPITADA COMO MEDIDA DE MAIOR ADIPOSIDADE NA AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOMETABÓLICO DE MENINOS

Área de Conhecimento: 88- Promoção da Saúde

Introdução: O risco cardiometabólico para o desenvolvimento de doenças crônicas está amplamente associado com maiores níveis de adiposidade. Na infância e adolescência há uma grande variação da composição corporal que pode ser ocasionada devido ao processo de crescimento, além de fatores como hereditariedade, alimentação, atividade física, idade, sexo, entre outras. É nessa fase que o estilo de vida ideal e os hábitos saudáveis são adquiridos pelo resto da vida. Porém, nos últimos anos há uma mudança nos padrões de estilo de vida da população infantojuvenil, ocasionando um aumento do índice de massa corporal (IMC). O IMC é amplamente usado em avaliações de composição corporal e um indicador válido para estudos epidemiológicos, contudo essa técnica não demonstra a distribuição de gordura corporal, ou seja, jovens com o IMC normal podem ter um percentual de gordura alto. Para o melhor conhecimento da gordura corporal pode ser utilizado o percentual de gordura (%G), importante medida antropométrica para a saúde. Há inúmeros instrumentos para facilitar a avaliação da composição corporal, cada um com suas vantagens e limitações e o uso do adipômetro pode ser mais preciso para estimar o %G. **Objetivo:** Verificar diferenças no escore de risco cardiometabólico (ERM) de acordo com a classificação de IMC e %G, de forma agrupada, em crianças e adolescentes. **Método:** Estudo transversal que incluiu 2317 participantes (984 meninos) de 6 a 18 anos de idade. Foram avaliados o IMC, por meio da relação $\text{peso(kg)}/\text{altura(m)}^2$, posteriormente classificado em peso normal e sobrepeso-obesidade de acordo com referências internacionais específicas para idade e sexo; o %G por meio de equações preditivas utilizando a soma de dobras cutâneas dos pontos antropométricos tricípital e subescapular, além de maturação sexual e cor da pele (obtidos por auto avaliação). Valores de %G maiores que 25% e 32% foram considerados altos para meninos e meninas, respectivamente. Posteriormente, IMC e percentual de gordura foram classificados em uma única variável com as seguintes categorias: (1) Peso normal/Baixo %G; (2) Peso normal/Alto %G; (3) Sobrepeso-Obesidade/Baixo %G; e (4) Sobrepeso-Obesidade/Alto %G. Para a construção do ERM foram avaliados e calculados escore Z (baseados em referências internacionais para crianças e adolescentes específicas para idade e sexo) para os seguintes fatores de risco: aptidão cardiorrespiratória (APCR); circunferência da cintura, pressão arterial sistólica, glicose, triglicerídeos e relação entre colesterol total e colesterol de alta densidade. O ERM foi calculado por meio da soma dos escores Z (APCR invertida), dividindo-os por seis. As diferenças do ERM de acordo com a relação IMC/%G foram avaliadas por análise de variância (ANOVA) com post hoc de Dunn-Bonferroni para verificar diferenças entre os grupos. Foram considerados significativos os valores de $p < 0,05$. **Resultados:** Independentemente do sexo, o ERM foi significativamente menos favorável em participantes com Sobrepeso-Obesidade/Alto %G e mais favorável em participantes com Peso normal/Baixo %G. Os valores de ERM foram diferentes ($p < 0,05$) entre todos os grupos com exceção dos meninos com Sobrepeso-Obesidade/Baixo %G e Peso normal/Alto %G, em que os valores de ERM não diferiram ($p = 0,109$). **Conclusão:** Diferenças entre ERM foram encontradas em todos os grupos com exceção de meninos com Sobrepeso-Obesidade/Baixo %G e Peso normal/Alto %G.

Autor - Vanessa Regina Jung

Coautor - João Francisco de Castro Silveira

Orientador - Cézane Priscila Reuter