

Seletividade alimentar em pacientes com laudo de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

¹ Andreza Brandão da Silva  

¹ Patrícia da Silva Martins Botelho 

¹ Ana Beatriz da S. S. Guimarães Vasconcelos 

¹ Thamiris Linhares Marques 

² Clarisse Pereira Dias Drumond Fortes 

³ Cecília Pereira Silva 

1 Discente do curso de Medicina. Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA, Volta Redonda - RJ.

2 Preceptora do internato de Medicina. Centro Universitário de VoltaRedonda - UniFOA. Volta Redonda,RJ.

3 Docente do curso de Medicina. Centro Universitário de VoltaRedonda - UniFOA. Volta Redonda,RJ.

RESUMO

Este artigo buscou analisar a rotina alimentar de pacientes diagnosticados com TDAH, por meio da aplicação de um questionário pré-elaborado e direcionado a esses pacientes e aos seus responsáveis. Os dados foram coletados no ambulatório de neuropediatria do *Campus* Leonardo Mollica, Anexo ao Hospital Municipal Doutor Munir Rafful, do Sistema Único de Saúde (SUS) em Volta Redonda, Rio de Janeiro. Os resultados correspondem a uma população de 20 pacientes com laudo de TDAH, sendo constatado a prevalência de 85% do sexo masculino, 60% com idade de 8 a 11 anos e 60% diagnosticados entre 4 e 7 anos de idade. Quanto à seletividade alimentar, 35% dos pacientes se tornaram seletivos antes dos 3 anos de idade e 20%, entre 4 e 7 anos, sendo os alimentos minimamente processados e os alimentos processados os mais consumidos por esses pacientes. Sabendo que a dieta alimentar faz parte da terapia para tratar os sintomas do TDAH, principalmente a hiperatividade, é fundamental o desenvolvimento de estudos que tratem da alimentação adequada, a fim de melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

Palavras-chave: Comportamento alimentar. Criança. Família. Neurologia.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um distúrbio neurofisiológico que afeta o lobo frontal do córtex cerebral e cursa com desatenção, impulsividade e hiperatividade (CURADO et.al., 2019; SILVA E RODRIGUES, 2021). Suas causas ainda são desconhecidas, porém sabe-se que é multifatorial e está relacionada aos hábitos de vida, fatores genéticos e psicossociais (SILVA E RODRIGUES, 2021).

Está presente em torno de 5% da população infantil, sendo mais prevalente em meninos. Apesar de na grande maioria estar presente e ser diagnosticado na faixa infanto-juvenil, esse transtorno pode estender-se até a fase adulta. Os sintomas variam entre o tipo hiperativo, desatento, combinado ou não específico (ARAÚJO, MARQUES E BEZERRA, 2020).

O diagnóstico pode ser classificado entre leve, moderado e grave e pode se associar a uma série de prejuízos no cotidiano da criança, desde dificuldade no aprendizado a distúrbios sociais, sendo, portanto, fundamental o acompanhamento familiar e dos professores na escola (ARAÚJO, MARQUES E BEZERRA, 2020).

O tratamento inclui a farmacoterapia e a dietoterapia que pode ser aplicada para melhorar os sintomas do TDAH já que a alimentação é um fator que pode influenciar principalmente na hiperatividade, mesmo que em pequenos efeitos (GONÇALVES e SILVA, 2018).

O TDAH tem uma tendência à desnutrição e hábitos alimentares ruins e o próprio tratamento gera efeitos de perda de apetite e peso, por exemplo. Inclusive, pode ter deficiências como de vitamina D e ferro que já foram observadas em maior prevalência nesse grupo se comparada aos indivíduos sem a patologia (CURADO et.al., 2019).

No geral, as crianças consomem muitos alimentos industrializados e ultraprocessados, os quais podem piorar os sintomas do TDAH, apesar de necessitarem de maior comprovação científica (GONÇALVES e SILVA, 2018). O que torna evidente a necessidade de compreender a relação do TDAH e a seletividade alimentar dos pacientes.

Sendo assim, o objetivo deste estudo consiste em analisar a rotina alimentar de pacientes com TDAH, identificando as predileções por determinados grupos alimentares e como se comportam em relação à alimentação. Além de analisar os dados antropométricos, os hábitos alimentares e aspectos psicossociais dos pacientes com TDAH, relacionando com os demais aspectos da patologia.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, com caráter descritivo, no qual foram analisados e sintetizados os dados coletados por meio de um questionário, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética - CAAE 56991322.8.0000.5237.

A coleta de dados foi realizada por meio do questionário respondido por pacientes com TDAH e seus responsáveis na sala de espera de um ambulatório de neuropediatria do Campus Leonardo Mollica, Anexo ao Hospital Municipal Doutor Munir Rafful, do Sistema Único de Saúde (SUS) em Volta Redonda, Rio de Janeiro.

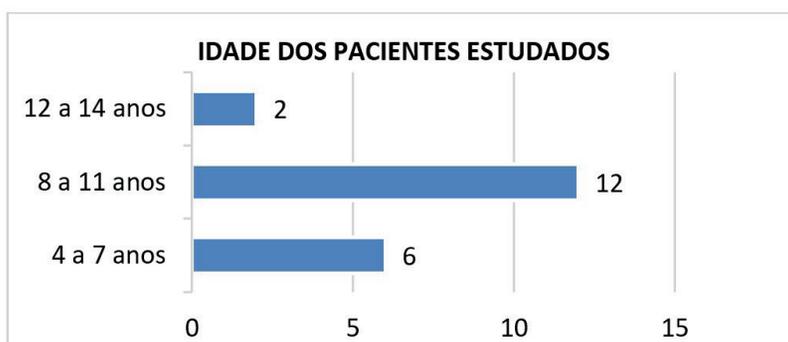
Vale ressaltar, que antes de aplicar o questionário foram coletadas assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento (TA) em pacientes com TDAH a fim de compreender a relação desses pacientes na seletividade alimentar. A inclusão e exclusão dos pacientes foi conduzida pelos seguintes critérios:

- Critérios de inclusão: pacientes do ambulatório supracitado em idade pediátrica até os 14 anos, já com laudo de TDAH, tendo a falta do biomarcador como limitação deste trabalho.
- Critérios de exclusão: pacientes maiores que 14 anos de idade, sem laudo de TDAH e que são atendidos em outros serviços.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, foram coletados dados da idade e do sexo dos 20 pacientes estudados. A partir desses dados foi verificado que 60% dos pacientes têm entre 8 a 11 anos, 30% possuem entre 4 a 7 anos e 10% estão na faixa etária entre 12 a 14 anos, como mostra a Figura 1.

Figura 1 - Idade dos pacientes com laudo de TDAH estudados



Fonte: Elaborado pelos autores

Quanto ao sexo, 85% dos pacientes são do sexo masculino, com 85% de representação (Figura 2). Essa análise consolida o estudo de Araújo; Marques e Bezerra (2020), que declara maior prevalência do TDAH no sexo masculino.

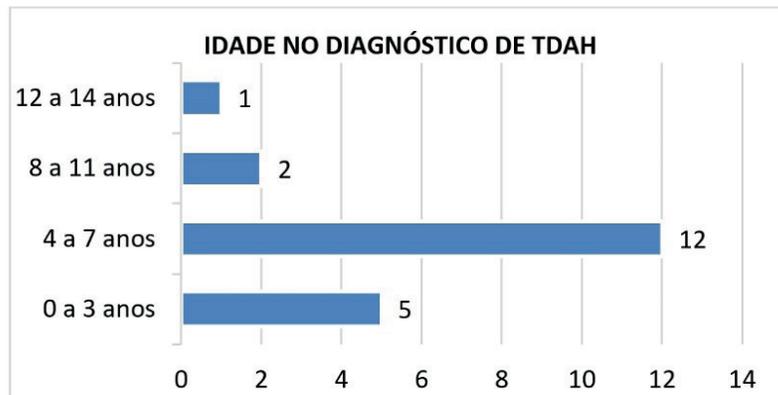
Figura 2 - Sexo dos pacientes com laudo de TDAH estudados



Fonte: Elaborado pelos autores

A Figura 3, mostra que 60% dos pacientes foram diagnosticados com TDAH entre 4 a 7 anos de idade, 25% obteve o diagnostico antes dos 3 anos, 10% entre 8 a 11 anos e 5% teve o laudo entre 12 e 14 anos.

Figura 3 - Idade no diagnóstico de TDAH dos pacientes estudados



Fonte: Elaborado pelos autores

Sobre seletividade alimentar, foi possível observar que 35% dos pacientes se tornaram seletivos antes dos 3 anos de idade, 20% passaram a selecionar alimentos entre 4 a 7 anos e 45% não possuem seletividade, como mostra a Figura 4.

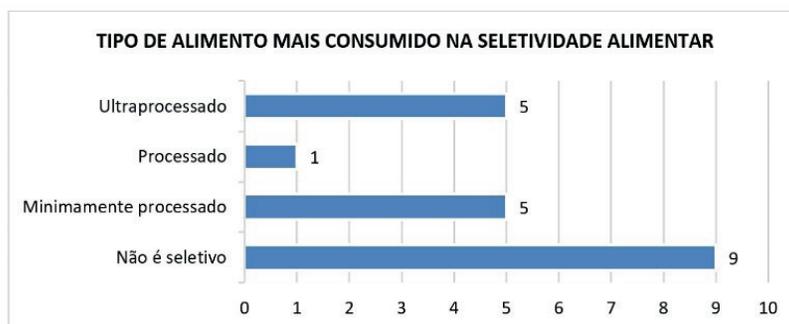
Figura 4 - Idade que iniciou a seletividade alimentar



Fonte: Elaborado pelos autores

A Figura 5 mostra que entre os pacientes que possuem seletividade alimentar, cerca de 25% tem um maior consumo de minimamente processados (carnes, grãos, leite pasteurizado, legumes, verduras e frutas) e outros 25% tem preferência por ultraprocessados (suco de caixa ou em pó, biscoitos recheados, refrigerantes) e uma parcela menor de 5% consomem, preferencialmente, alimentos processados (queijo, iogurte, pães, peixes enlatados). Esses resultados, corroboram com o estudo de Gonçalves e Silva (2018), que evidência o consumo desses tipos de alimentos e declara a importância de mais pesquisas sobre o tema.

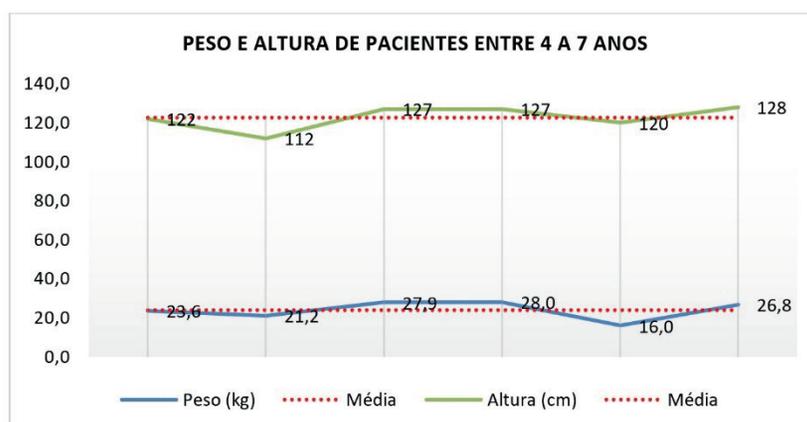
Figura 5 - Tipos de alimentos mais consumido dentro da seletividade alimentar



Fonte: Elaborado pelos autores

Por último, foi feita a análise do peso e da altura dos pacientes que participaram nesse estudo. Nessa abordagem, foi feita a separação por faixas etárias de 4 a 7 anos, de 8 a 11 anos e de 12 a 14 anos. Na Figura 6 é possível observar pequenas variações entre o peso e altura dos pacientes quando comparada com a média, sendo a média de altura dos pacientes entre 4 a 7 anos de 122,7 cm e a média de peso de 23,9 kg.

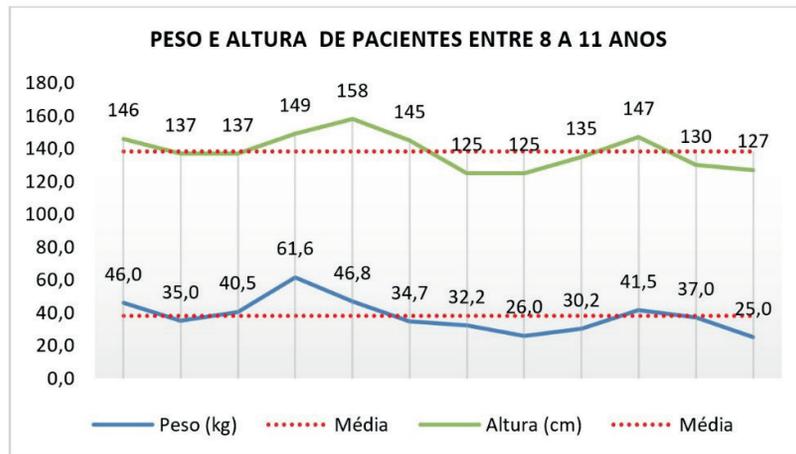
Figura 6 - Peso e altura dos pacientes com laudo de TDAH entre 4 a 7 anos.



Fonte: Elaborado pelos autores

Quando feita a análise de peso e de altura dos pacientes entre 8 a 11 anos, pode se observar variações significativas entre os pacientes, sendo a média de altura é de 138,4 cm e a média de peso de 38 kg. No entanto, é possível constatar que a variação de peso e altura são proporcionais, à medida que o peso aumenta, a altura acompanha esse acréscimo, como mostra a Figura 7.

Figura 7 - Peso e altura dos pacientes com laudo de TDAH entre 8 a 11 anos.



Fonte: Elaborado pelos autores

Para os dois pacientes entre 12 a 14 anos, os pesos são de 38kg e 43kg e as respectivas alturas de 142 cm e 152 cm, com média 40,5 kg e 147cm.

4 CONCLUSÕES

Segundo os estudos utilizados no embasamento deste artigo, o diagnóstico de TDAH em crianças, vem crescendo de maneira relevante, nos últimos anos. Dessa maneira, estudos que abordem a temática são fundamentais para melhorar a qualidade de vida das crianças acometidas. Nesse contexto, a dietoterapia é apontada como um dos pilares para reduzir os sintomas do TDAH, principalmente, a hiperatividade.

Dessarte, é primordial o aumento de novos estudos que comprovem a relevância de bons hábitos alimentares no tratamento de pacientes com TDAH. Outro aspecto relevante, é a conscientização da família quanto a necessidade de mudanças dos hábitos alimentares dessas crianças, uma vez que a alimentação inadequada pode afetar diretamente o crescimento e o desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A.K.F.P.; MARQUES, S.J.S.; BEZERRA, K.C.B.; IBIAPINA, D.F.N. Consumo alimentar e as implicações de deficiências nutricionais em escolares com déficit de atenção e hiperatividade: uma revisão. **Research, Society and Development**, v. 9, n.10, 2020.

CURADO, H.T.A.M. et al. As implicações da alimentação e seus distúrbios no TDAH em crianças. **Revista Educação em Saúde**, v. 7, 2019.

GONÇALVES, A.C.R.; SILVA, M.C. **Avaliação do perfil alimentar de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)**. Monografia (Graduação) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2018.

SILVA, E.A.; RODRIGUES, G.M.M. A interação entre o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade e a subalimentação em crianças. **Revista Liberum Accessum**, v. 9, n.2, p. 1-8, 20.