



Artigo Original

AVALIAÇÃO DA DIETA HABITUAL DE ADOLESCENTES COM SÍNDROME DE DOWN

HABITUAL DIET ASSESSMENT IN ADOLESCENTS WITH THE DOWN'S SYNDROME

Resumo

Ivandra Mari Roieski¹
Iris Lima e Silva¹
Adriana Arruda Barbosa Rezende¹
Cristhiane Sousa Soares Borges¹
Heron Beresford¹

¹Universidade Castelo Branco -
(UCB)
Rio de Janeiro – RJ – Brasil

E-mail
ivandra.roieski@yahoo.com.br

A formação dos hábitos alimentares dos indivíduos com síndrome de Down merece atenção especial, pois, além de alterações anatomofisiológicas específicas, alguns aspectos ambientais interferem nesse processo. Dentre estes, a conduta dos pais é um dos que mais contam, sendo essencial para que se estabeleça uma dieta saudável. Diante disto, este estudo teve como objetivo avaliar a dieta habitual de oito adolescentes com síndrome de Down com excesso de peso residentes na Região Sul do Estado do Tocantins, com idade entre 10 e 19 anos. Para instrumentalizar a referida avaliação se aplicou o Questionário de Frequência Alimentar para Adolescentes e se comparou com as recomendações da Pirâmide Alimentar Adaptada. Observou-se que 68% dos adolescentes consumia menos que o recomendado dos grupos das hortaliças e dos cereais/pães/tubérculos/raízes; 68% menos frutas e 87% menos leite/produtos lácteos. Também foi detectado consumo exagerado, dos grupos de leguminosas por 82% deles, de carnes/ovos e de açúcares/doces por todos os adolescentes. Concluiu-se que os adolescentes mantêm, habitualmente, uma dieta fora do padrão recomendado como saudável, com predominância de alimentos de fácil mastigação e alto valor calórico, o que pode acarretar risco de desenvolverem sobrepeso e mesmo obesidade. Assim, é imprescindível que passem por uma reeducação alimentar na qual a família tenha participação, para que mudanças nos hábitos alimentares possam ser alcançadas.

Palavras-chave: avaliação; dieta; adolescentes; síndrome de Down.

Abstract

The eating habits formation of the individuals with the Down's syndrome deserves special attention because, besides specific anatomical and physiological alterations, some aspects also interfere in this process. Among them, the parents' behavior is the one that counts most, and it's essential to establish a healthy diet. Facing this, the objective in this study was to assess the habitual diet in eight overweight adolescents with the Down's syndrome living in the South Region of Tocantins State. These adolescents are between 10 and 19 years of age. To instrumentalize the referred assessment, the Food Frequency Questionnaire for

Adolescents was applied and it was compared with the Adapted Food Pyramid recommendations. It was observed 82% of the adolescents used to eat less than the recommended amount of the vegetables and cereal/bread/tubers/roots; 68% eat less fruits and 87% eat less milk/dairy products groups. It was also detected an exaggeration in the consumption of grains, meat/eggs and sugar/candy groups. It was concluded that the adolescents habitually keep a diet out of the pattern considered healthy. It's predominantly easy chewing food and high in calories, what may bring risks of getting overweight and even obese. Thus, it's vital to go through an eating re-education process, in which the family has participation, so that changes in the eating habits may be achieved.

Key words: Assessment; diet; adolescents; Down's syndrome.

Introdução

O comportamento alimentar do adulto é adquirido em função de diversos aspectos que envolvem o seu ambiente de vida desde a infância, sendo resultado de fatores de diferentes naturezas: cultural, antropológico, socioeconômico, psicológico, neurofisiológico e outros, evidenciando-se a importância da formação de bons hábitos alimentares em crianças¹.

Em crianças com síndrome de Down (SD) esse é um aspecto particularmente considerado, visto que algumas alterações anatomofisiológicas próprias dessa síndrome podem dificultar tal processo.

Dentre essas alterações a principal é a protusão da língua, que se deve à hipotonia dos lábios, e que faz com que a criança tenda a ficar com a boca entreaberta, provocando dificuldade para mastigar, cuspir e reter o alimento, sendo comum a recusa de qualquer substância crocante ou de difícil mastigação².

Também fatores extrínsecos, especialmente relacionados ao ambiente familiar, primeiro universo de socialização da criança, influenciam nesse sentido. O ambiente familiar é o que sofre as mais profundas transformações quando ocorre o nascimento de uma criança deficiente mental, não só em termos de reações e sentimentos de seus membros, como também de estrutura e funcionamento da família³.

Devido ao retardo mental da criança, fica mais complicado reconhecer quando ela está pronta para uma progressão na prática alimentar. Por isto, os pais mantêm, por tempo muito longo, alimentos de fácil mastigação e deglutição, como líquidos e alimentos pastosos na dieta da criança. Depois que esta se acostuma a comer estes alimentos, principalmente os de alto teor de açúcar e gordura, torna-se mais difícil o controle deste "hábito"^{4,5}.

Manter esse tipo de dieta por excessivo tempo, evitando uma devida progressão alimentar, é uma resposta emocional de alguns pais que mostra uma tendência, inconsciente, de superproteger as crianças por terem a SD. Esta tendência é também evidenciada ao ser oferecido maior quantidade de comida à criança do que o necessário, do ponto de vista nutricional, como a compensá-la por ter a SD, incluindo também guloseimas e lanches extras,

criando-se um contexto facilitador de desenvolvimento de sobrepeso e obesidade, problema que já pode ser detectado em parte desta população^{4,5}.

A tendência à obesidade nesses indivíduos é uma característica predominante que se inicia entre os três e os seis anos de idade, acentuando-se na adolescência, e que dificulta a manutenção de uma massa corporal adequada em fase posterior. Tal fato constitui fator de risco para que outras enfermidades, como as cardiovasculares e os distúrbios metabólicos, venham a acometer esse grupo populacional⁶.

Assim, uma avaliação do consumo alimentar de crianças e adolescentes com SD, permitindo descrever as condições relativas a este aspecto e a identificação das necessidades nutricionais não supridas, torna-se necessária como condição essencial para o planejamento de programas de educação alimentar, visando a saúde daquelas⁷.

Diante dessa problemática, este estudo teve como objetivo avaliar a dieta de adolescentes com síndrome de Down que já apresentam excesso de peso ou obesidade.

Metodologia

Nesta pesquisa se utilizou o método de avaliação de contexto que permite definir o meio concernente a um fenômeno, descrever as condições reais e desejadas em relação ao referido ambiente, identificar as necessidades não supridas, as oportunidades não utilizadas e diagnosticar os problemas que impeçam o desenvolvimento de objetivos previamente determinados⁸.

Assim, foi desenvolvido um estudo descritivo acerca do perfil alimentar de oito adolescentes com síndrome de Down, residentes na Região Sul do Estado do Tocantins, com idade entre 10 e 19 anos, sendo sete do sexo feminino e um do sexo masculino, atendendo-se ao critério de apresentarem sobrepeso ou obesidade segundo curvas específicas para indivíduos com SD propostas por CRONK et al⁹.

Como estratégia metodológica a coleta dos dados foi realizada no domicílio de cada indivíduo, cujos endereços foram fornecidos pelas APAE's e Secretarias de Saúde dos municípios, aplicando-se diretamente aos pais ou responsáveis o Questionário de Freqüência Alimentar para Adolescentes (QFAA), desenvolvido e validado por Slater¹⁰ e adaptado para o presente estudo para coleta de dados acerca dos hábitos alimentares dos indivíduos avaliados.

O QFAA foi delineado por meio de uma lista de alimentos e alternativas de porções diárias consumidas para cada item alimentar referido na Pirâmide Alimentar adaptada¹¹, a qual indica as porções diárias ideais, em medidas caseiras, para o consumo de açúcares e doces (1 porção no mínimo e 2 no máximo); leite e produtos lácteos (3 porções); óleos e gorduras (1 porção no mínimo e 2 no máximo); cereais, pães, tubérculos e raízes (5 porções no mínimo e 9 no máximo); hortaliças (4 porções no mínimo e 5 no máximo); frutas (3 porções no mínimo e 5 no máximo); leguminosas (1 porção); carnes e ovos (1 porção no mínimo e 2 no máximo), ao que se comparou os resultados obtidos.

A análise dos dados foi feita com base em percentuais dos relatos obtidos acerca do consumo dos grupos alimentares referidos acima, sendo os resultados comparados com o sugerido na Pirâmide Alimentar adaptada¹¹.

A coleta de dados se deu conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹². Inicialmente foi solicitada autorização dos pais ou responsáveis para que o estudo fosse desenvolvido, através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ao qual se anexou uma carta de esclarecimentos explicando a natureza do estudo.

O projeto do estudo foi objetivo específico de tese de mestrado desenvolvida na Universidade Castelo Branco (UCB/RJ), submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos desta instituição e aprovado sob protocolo nº 194/2008.

Resultados

A Figura 1 expressa os resultados relativos aos hábitos alimentares dos indivíduos investigados, os quais, ao serem comparados à Pirâmide Alimentar Adaptada¹¹, evidenciaram consumo maior que o recomendado para os açúcares e para as carnes e ovos, por todos os adolescentes.

Somando-se a isso, verificou-se um consumo excessivo de alimentos do grupo das leguminosas (por 82%); do grupo dos cereais/pães/tubérculos e raízes (28%) do grupo de alimentos formado por leites e produtos lácteos (13%) e de óleos e gorduras (22%).

Já um consumo insuficiente foi verificado para os alimentos do grupo das hortaliças (por 62%), do grupo dos cereais/pães/tubérculos/raízes (62%) e também para as frutas (68%) e para os leites/produtos lácteos (87%).

Por outro lado, adequado consumo só foi verificado para óleos e gorduras, sendo isto relatado por 60% dos responsáveis e, de forma menos intensa, para hortaliças (relatado por 38%), frutas (32%), leguminosas (18%) e para o grupo dos cereais/pães/tubérculos e raízes, este informado por apenas 10% dos responsáveis pelos adolescentes.

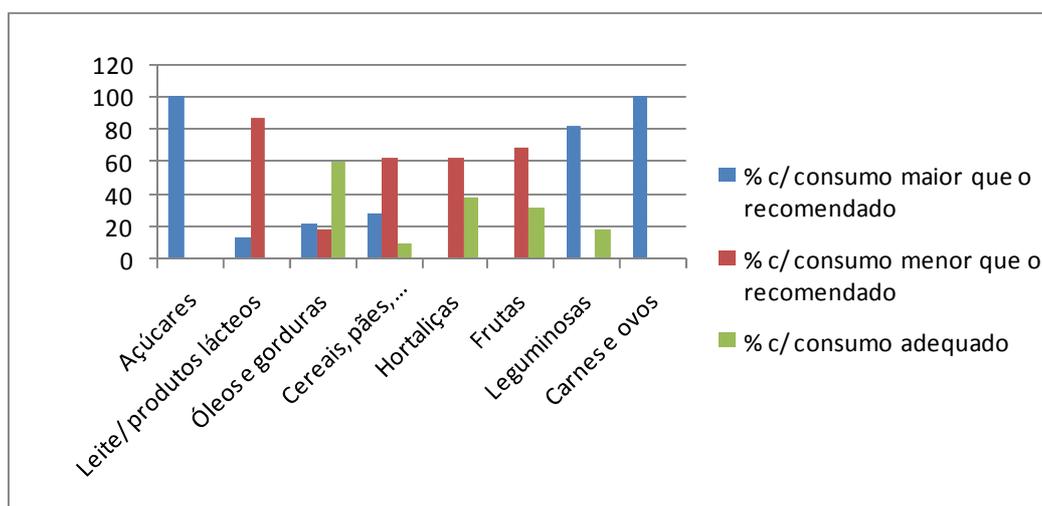


Figura 1 - Percentual de indivíduos que relatou o consumo.

Discussão

Comparações com alguns outros estudos relacionados ao consumo alimentar de adolescentes com síndrome de Down podem ser consideradas, muito embora existam diferenças apresentadas nas metodologias adotadas e também aquelas próprias do contexto. No caso do presente estudo, alguns aspectos como baixa renda familiar; altos preços de alguns alimentos e dificuldade de acesso a aquisição, podem também ter determinado a formação dos hábitos alimentares. E a escassez de estudos envolvendo adolescentes que utilizem como instrumento de avaliação o QFAA, dificulta a comparação dos dados.

Mesmo diante dessas observações, entende-se que a preferência por carnes e o menor gosto por frutas, constados nesta pesquisa, foram também evidenciados em estudo¹³ realizado com 40 adolescentes com síndrome de Down, divididos em dois grupos - grupo I, composto de 24 adolescentes com indicador de sobrepeso e obesidade e grupo II, formado por 16 adolescentes com peso adequado, cuja metodologia também se baseou na percepção dos responsáveis.

Apartir de uma pesquisa com 32 indivíduos portadores de síndrome de Down realizada através de um questionário de frequência alimentar, verificou-se que 97% dos entrevistados referiram consumir gorduras diariamente. Já no grupo dos vegetais e frutas essa taxa foi encontrada em menor proporção, sendo 59% e 38%, respectivamente¹⁴.

Sabe-se que a ingestão elevada de grupos altamente calóricos e pouco nutritivos, como o dos açúcares, que envolve as guloseimas, sucos artificiais, doces e refrigerantes, pode contribuir para o ganho de peso, sendo relacionadas ao desenvolvimento da obesidade na infância e adolescência, agravando o risco destes indivíduos que já possuem alterações clínicas pertinentes à sua condição genética.

Um estudo com análise quantitativa da dieta identificou que 70% dos adolescentes consumiam diariamente bebidas gaseificadas, balas, chicletes, salgadinhos tipo chips, biscoitos recheados e doces em barra¹⁵.

O consumo adequado de nutrientes, dentre eles as vitaminas e minerais em todas as fases da vida são necessários para a manutenção das diversas funções metabólicas do organismo. Dessa forma, a ingestão inadequada desses micronutrientes, encontrados nos vegetais como frutas, hortaliças e leguminosos podem potencialmente levar a estados de carência nutricional, sendo conhecidas diversas manifestações patológicas por ela produzidas¹⁶.

A baixa ingestão de frutas e hortaliças, verificados neste estudo, provavelmente pode estar acarretando um déficit de vitaminas e minerais, pois, nesta fase, as necessidades vitamínicas estão todas aumentadas, tendo em vista o anabolismo e o gasto energético da puberdade. Também o aumento das necessidades vitamínicas é progressivamente maior durante o estirão puberal, devido às diferenciações celulares e a mineralização óssea¹⁷.

Como consequência do baixo consumo desses tipos de alimentos ocorre deficiência na ingestão de fibras dietéticas, agravando-se os casos de constipação intestinal, comum entre os portadores de SD, uma vez que as

fibras auxiliam no trânsito intestinal, bem como no seqüestro da glicose e das gorduras, atuando na prevenção de alguns tipos de câncer, no controle do peso, entre outras funções^{18, 19}.

Outra deficiência importante apontada por meio de estudos em pacientes com síndrome de Down é a do zinco, encontrado em alimentos como amendoim, carnes e fígados bovinos e de frango, feijão, ovos e leite. Mineral este considerado por muitos pesquisadores como um agravante para distúrbios bioquímicos, metabólicos e/ou hormonais em organismos de portadores dessa anomalia genética por ser essencial para o crescimento, reprodução e maturação sexual, pois está envolvido na síntese e degradação de proteínas e na transformação de carboidratos em lipídios e ácidos nucleicos. Além disso, exerce importante papel para a imunidade, defesa antioxidante, manutenção do apetite e do paladar e no metabolismo dos hormônios da glândula tireóide. Várias pesquisas mostram os resultados promissores da suplementação com zinco na melhora de quadros clínicos, como o hipotireoidismo subclínico e alterações do sistema imune^{20,21,22,23}.

A ingestão de leite e derivados deve ser adequada para suprir as necessidades de cálcio do organismo, sendo que este mineral tem como principal função atuar no crescimento ósseo e na manutenção da pressão arterial^{11,22}.

O consumo exagerado do grupo das carnes e ovos, conforme verificado neste estudo, que são principais fontes de proteínas da alimentação, em longo prazo, pode sobrecarregar os rins, e de forma aguda causar desidratação; provocar perda acentuada de cálcio, provocando desmineralização óssea (osteoporose) e resistência periférica à insulina e gota²².

Estudo realizado com 22 adolescentes obesos com idade entre 11 a 16 anos detectou problemas significativos na alimentação dos indivíduos nesta faixa etária. O padrão alimentar característico dos adolescentes, conta com número insuficiente de refeições, consumo de alimentos com alta densidade calórica, baixa ingestão de frutas e verduras, substituição das refeições por lanches e a presença da compulsão alimentar, que se caracteriza pela vontade de comer sem controle sobre o alimento ingerido²⁴.

Pesquisadores avaliaram a ingestão alimentar de 34 crianças (2 aos 9 anos) e adolescentes (10 aos 18 anos) com SD e ao comparar o hábito alimentar das duas faixas etárias, verificou-se que as crianças praticavam hábitos alimentares mais saudáveis do que os adolescentes, com consumo energético e protéico mais adequado às necessidades. Além disso, constataram que a maioria das crianças apresentava um peso normal para a idade, contudo 30% dos adolescentes apresentaram excesso de peso e 13% foram considerados obesos²⁵.

Diante destes fatos, infere-se que os pais exercem influência sobre os filhos, pois habitualmente as crianças ingerem o que lhes é oferecido, enquanto que os adolescentes têm uma maior autonomia para realizarem as suas próprias escolhas alimentares.

Conclusão

No entanto, os achados descritos são preocupantes, considerando-se a relação entre a adoção de dietas desequilibradas e a manifestação de doenças crônicas, incluindo as associadas ao sobrepeso e à obesidade, condições estas já apresentadas pelos indivíduos que participaram do estudo.

Concluiu-se que os adolescentes avaliados mantêm, habitualmente, uma dieta fora do padrão recomendado como saudável, com predominância de alimentos de fácil mastigação e alto valor calórico, o que pode acarretar risco de desenvolverem sobrepeso e mesmo obesidade.

Também ficou evidente que a educação nutricional é importante desde a infância e que, em se tratando de indivíduos com SD, deve ter como foco a família, especialmente os pais que são os sujeitos conscientes do valor de uma boa alimentação.

Programas nesse sentido devem dar ênfase ao valor nutricional dos alimentos e a uma dieta adequada para uma melhor condição da saúde de indivíduos com essa alteração genética. Devem promover uma interação destes com o alimento, através de atividades informais, naturais e rotineiras e, embora desenvolvidos por profissionais da área de nutrição, buscar a participação dos pais, no ambiente de casa, para que possam alcançar os objetivos determinados.

Portanto, os programas não podem se restringir a uma orientação dietética. Devem sim, promover conhecimento e gosto por alimentos saudáveis, de forma a provocar mudanças nos hábitos alimentares, garantindo a ingestão adequada de calorias e nutrientes para evitar que quadros de deficiências ou excessos possam prejudicar o crescimento e desenvolvimento normal. Essa prática, juntamente com a atividade física, irão evitar maiores comprometimentos futuros, uma vez que este grupo populacional já apresenta propensão em desenvolver sobrepeso e mesmo obesidade.

Contribuição dos autores

Roieski IM e Silva IL e Rezende AAB delinearão o estudo e lideraram a redação do manuscrito. Borges CSS efetuaram a busca nas bases de dados e colaboraram com a leitura crítica dos artigos. Beresford H colaborou revisando criticamente o manuscrito.

Referências

1. Assis MA, Nahas MV. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Rev Nutrição* 1999; 12(Suppl 1):33-41.
2. Melo ED, Luft VC. Síndrome de Down: Supervisão em Saúde, Aspectos e Manejo Nutricional. *Nutrição em Pauta*. 2006; 78 (Suppl14):19-23.
3. Silva NLP, Dessen MA. Síndrome de Down: etiologia, caracterização e impacto na família. *Interação em Psicologia*. 2002; 6 (Suppl 2):167-76.

4. Pueschel S. Síndrome de Down: guia para pais e educadores. São Paulo: Editora Papyrus; 2006.
5. Schwartzman F, Vitolo MR. Abordagem nutricional na síndrome de Down. In: Schwartzman JS. Síndrome de Down. São Paulo: Mackenzie: Memnon; 1999. p. 143-54.
6. Vieira VCR, Priore SE, Ribeiro SMR. Alterações no padrão alimentar de adolescentes com adequação pondero-estatural e elevado percentual de gordura corporal. Rev Bras. Saúde Materno Infantil 2005; 5(1):93-102
7. Wolfe WS, Campbell CC. Food pattern, diet quality, and related characteristics of schoolchildren in New York State. J Am Diet Assoc 1993; 93:280-84.
8. Stoffebeam DL. Overview of the Joint Committee's project on evaluation standards. Joint session of the American Educational Research Association and the National Council on Measurement in Education, New York, 1977.
9. Cronk C. Growth charts for children with Down syndrome: 1 month to 18 years of age. Pediatrics 1988; 81(1): 102-110.
10. Slater B, Philippi ST, Fisberg RM, Latorre MRDO. Validation of a semi-quantitative adolescents food frequency questionnaire applied at public school in São Paulo, Brazil. Eur J Clin Nutr 2003; 57:629-35
11. Philippi ST, Latterza AR, Cruz ATR, Ribeiro LC. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. Rev Nutr 1999;12:65-80
12. Brasil, 1996. Ministério da Saúde. [citado 2009 ago. 15] Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br>.
13. Theodoro LR, Blascovi-Assis SM. Síndrome de Down: associação de fatores clínicos e alimentares em adolescentes com sobrepeso e obesidade. Psicologia: Teoria e Prática – 2009, 11(1): 189-194.
14. Zorzi F, Di Primio EM, Marques AC, Helbig E. Perfil alimentar de adultos com síndrome de Down na cidade de Pelotas/RS. Anais / XVIII Congresso de Iniciação Científica, XI Encontro de Pós-Graduação e I Mostra Científica. – Pelotas: Editora Universitária / UFPEL, 2009.
15. Garcia GCB, Gambardella AMD, Frutuoso MPF. Estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes de um centro de juventude da cidade de São Paulo. Rev Nutr Campinas 2003; 16(1):41-50.
16. Vade A, Kramer L. Extralobar pulmonary sequestration presenting as intractable pleural effusion. Pediatr Radiol 1989;19:333-34
17. Eisenstein E. et al. Nutrição na adolescência. J Pediatr (Rio) 2000;76:263-74.
18. Luke A. et al. Nutrient intake and obesity in prepubescent children with Down syndrome. J Am Diet Assoc 1996; 96:1262-67.
19. Teixeira RA. Fibras em nutrição. In: Neto FT. Nutrição clínica. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2003.
20. Romano C, Pettinato R, Ragusa L, Barone C, Alberti A, Failla P. Is there a relationship between zinc and the peculiar comorbidities of Down syndrome? Down Syndr Res Pract. 2002; 8(1):25-8.
21. Marques RC, Marreiro DN. Aspectos metabólicos e funcionais do zinco na síndrome de Down. Rev Nutr Campinas 2006; 19(4):501-10.
22. Cozzolino SMF. Biodisponibilidade de nutrientes. São Paulo: Manole, 2007.
23. Maret W. Zinc biochemistry, physiology and homeostasis: recent insights and current trends. Bio Metal. 2001; 14:187-90.

24. Rodrigues EM, Boog MCF. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. Cad. Saúde Pública 2006; 22(5):923-31.
25. Zini B, Ricalde SR. Características nutricionais das crianças e adolescentes portadoras de síndrome de Down da APAE de Caxias do Sul e São Marcos – RS. Pediatría São Paulo 2009; 31(4):252-9.

Endereço para correspondência

Av. Pará, nº 1652 – Setor Central
Gurupi – Tocantins - Brasil
CEP: 77403-010

Recebido em 15/10/2009
Aprovado em 02/05/2011