



COMPORTAMENTO ALIMENTAR: COMPARAÇÃO ENTRE ADOLESCENTES DEFICIENTES INTELECTUAIS EUTRÓFICOS E COM EXCESSO DE PESO

FOOD BEHAVIOR: COMPARISON BETWEEN EUTROPHIC INTELLECTUAL DISABLED ADOLESCENTS AND EXCESSIVE WEIGHT

Joice Ferreira Lopes¹

Valéria Nóbrega da Silva²

RESUMO: Introdução: A adolescência abrange mudanças físicas e comportamentais que revelam alto risco de inadequação na dieta, o qual é ainda maior naqueles que apresentam necessidades especiais. **Objetivo:** Avaliar diferenças no comportamento alimentar de acordo com o estado nutricional de adolescentes com DI. **Metodologia:** Avaliou-se o comportamento alimentar por meio do Questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ) e comparou-se os resultados entre os estados nutricionais aplicando-se o teste *Mann Whitney*. **Resultados:** A subescala Ingestão lenta (SE) foi significativamente maior nos eutróficos, e a “atração por comida” prevalente tanto em eutróficos quanto no excesso de peso. **Conclusão:** Na população estudada o comportamento de “atração por comida” foi prevalente independente do estado nutricional.

Palavras-chave: Adolescente; Deficiência intelectual; Estado nutricional; Comportamento alimentar.

ABSTRACT: Introduction: Adolescence encompasses physical and behavioral changes that reveal a high risk of inadequacy in the diet, which is even greater in those with special needs. Objective: To evaluate differences in eating behavior according to the nutritional status of adolescents with ID. Methodology: The food behavior was evaluated through the Child Behavior Questionnaire (CEBQ) and the results were compared among nutritional status by applying the Mann Whitney test. Results: The subscale Slow Ingestion (SE) was significantly higher in eutrophic, and "food attraction" prevalent in both eutrophic and

¹ Pós Graduada em Nutrição Clínica em Pediatria pela Universidade Estadual Paulista - UNESP/FMB (2015-2016); Nutricionista pelo Centro Universitário Toledo - Araçatuba (2015).

² Docente do Curso de Nutrição da Faculdade Unitoledo-Araçatuba; Doutoranda em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia pela Universidade Estadual Paulista-UNESP/FMB (2015); Mestre em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia pela Universidade Estadual Paulista-UNESP/FMB (2014); Pós-Graduação Lato-Sensu em Nutrição Clínica em Pediatria pela Universidade Estadual Paulista-UNESP/FMB (2012); Nutricionista pela Universidade Metodista de Piracicaba (2009).

overweight. Conclusion: In the study population, the "attraction for food" behavior was prevalent regardless of nutritional status.

Key words: Adolescent; Intellectual deficiency; Nutritional status; Food behavior.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1986) a adolescência compreende a cronologia de 10 à 19 anos. Período caracterizado por mudanças físicas, psíquicas e sociais, abrangendo a puberdade, quando ocorrem intensas mudanças biológicas, de crescimento e desenvolvimento em um curto período de tempo (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010). As características da adolescência revela o alto risco de inadequação na dieta e comprometimento nutricional, ainda assim há pouca abordagem destes fatores em populações especiais, sendo preocupante, uma vez que fatores ambientais adicionados àqueles inerentes a condição gênica podem conduzir a uma pior evolução clínica e agravos secundários nesta população (ABREU, 2011; SALVADOR; KITOKO; GAMBARDELLA, 2014).

A deficiência mental ou intelectual representa metade dos deficientes brasileiros, manifesta-se antes dos dezoito anos, tendo como causa complicações no parto, gestação, vida após nascimento ou fatores genéticos, que por sua vez resultam em uma significativa limitação intelectual somada ao comprometimento do comportamento adaptativo, que engloba práticas diárias e habilidades sociais como a comunicação, cuidado pessoal, saúde, habilidades acadêmicas, lazer e outras (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 1998; BRASIL, 2004; MOURA *et al.*, 2012; AAIDD, 2013).

A síndrome de Down, o autismo, e a paralisia cerebral são algumas das diversas síndromes e desordens comportamentais associadas à deficiência intelectual. Tais indivíduos apresentam especificidades biológicas (alterações esqueléticas, imunológicas, anormalidade de sistemas e órgãos, desordens gastrointestinais e enzimáticas, alterações metabólicas, hipotonia e obstipação intestinal). Estas particularidades de ordem biológica somadas ao comprometimento motor, caracterizado por falha no desenvolvimento da linguagem, menor mobilidade, desordem postural, dificuldade de mastigação e deglutição, entre outros, torna-os vulneráveis a problemas nutricionais propícios do estilo de vida atual (MARCOS, 2008; SILVA; SILVA, 2009; NARUMIA; DÉO; CAMPOS, 2012; ROIESK, 2013).

Visto todas peculiaridades da deficiência intelectual o grupo familiar exerce grande influência no comportamento alimentar dessa população. Macedo, Escobal e Goyos (2013) em seu estudo relatam como é frequente a dificuldade dos deficientes intelectuais em manifestarem ativamente suas escolhas para as refeições, uma vez que poucas oportunidades lhe são dadas. Por outro lado, Giaretta e Ghiorzi (2009) colocam a liberdade irrestrita às escolhas dos filhos como uma tentativa dos pais de compensar a deficiência, contribuindo para o risco de sobrepeso e obesidade. Carvalho *et al.* (2012) citam ainda a indisciplina, a seletividade e a recusa de determinados grupos de alimentos, como contribuintes para uma alimentação inadequada.

O comportamento alimentar de um indivíduo diz respeito as suas atitudes de escolha dos alimentos a ingerir e seus fatores psicossociais inerentes, podendo apresentar relação direta com o estado nutricional de uma população, evidências científicas apontam que comportamentos alimentares que refletem o interesse pela comida estão associados positivamente ao excesso de peso, enquanto que os comportamentos de desinteresse pela comida associam-se ao mesmo de forma negativa. (VIANA *et al.*, 2008; LUIZ, 2010; RODRIGUES, 2011; VIANA; SINDE; SAXTON, 2011; FERREIRA, 2013; PASSOS *et al.*, 2015).

Um dos métodos de avaliar o comportamento alimentar é através de questionários que considera as dimensões psicológicas da alimentação. O Questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ) é um instrumento que foi criado com o intuito de investigar crianças e jovens em contexto de obesidade, no entanto também é um instrumento utilizado para analisar estilos alimentares atípicos, ressalta-se ainda a importância da investigação do comportamento alimentar também em populações que apresentam perturbações alimentares (falta de apetite, recusa de alimentos, seletividade e outros), quer seja por ordem comportamental, constitucional ou neurológica. (VIANA *et al.*, 2008; VIANA; SINDE; SAXTON, 2011).

Com a escassez de estudos sobre a temática em populações que apresentam especificidades e a ausência dos mesmos puramente em deficientes intelectuais torna-se emergente o desenvolvimento de pesquisas, e a aplicação do CEBQ, visto que este tem se mostrado como um instrumento eficaz na avaliação do comportamento alimentar de crianças e jovens. O presente estudo objetivou avaliar diferenças no comportamento

alimentar de acordo com o estado nutricional de adolescentes deficientes intelectuais assistidos por uma instituição de ensino especial.

2. CASUÍSTICA E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo de campo de caráter transversal descritivo de natureza observacional, cuja coleta de dados ocorreu no período de maio a agosto de 2015, em uma instituição de ensino especial. A coleta iniciou-se somente após a diretoria ser esclarecida sobre todos os procedimentos e fins da pesquisa, quando concordando assinou ao Termo de Autorização para Pesquisa, o mesmo procedeu-se à psicóloga da instituição responsável pelos prontuários, e aos pais dos adolescentes, aos quais foi entregue o Termos de Consentimento Livre e esclarecido e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Menores. A aplicação dos questionários aos pais foi realizada de forma coletiva, preenchidos pelos responsáveis mediante instruções da pesquisadora, que permaneceu presente. Aos responsáveis analfabetos, procedeu-se a aplicação individualmente, relatando a opção escolhida após a leitura de cada questão, sendo as mesmas assinaladas pela pesquisadora.

A amostra do presente estudo foi composta por adolescentes de ambos os sexos matriculados na instituição, considerados pertencentes à fase adolescência aqueles com idade cronológica entre 10 e 19 anos, critério estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1986).

Os alunos matriculados na instituição apresentam parecer técnico de deficiência intelectual no prontuário, e o numero de Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID 10). Desse modo além da faixa etária e gêneros já descritos, foram considerados como critérios de inclusão para pesquisa: o adolescente estar matriculado na instituição, receber alimentação por via oral exclusiva e apresentarem autorização do responsável. Os critérios para exclusão foram: o uso de cadeira de rodas, ou limitação que impedisse aferição da estatura e/ou peso, a ausência em alguma etapa da pesquisa, resistência a permitir os procedimentos, faixa etária diferente da descrita, e a não autorização por parte do responsável.

Foi realizada a caracterização da amostra por meio de dados disponibilizados pela instituição dos prontuários dos alunos: diagnóstico, condições associadas e número do

CID, causa da deficiência, comprometimento na execução de atividades e grau de instrução dos responsáveis.

Para avaliação do estado nutricional foram coletados os dados: data de nascimento, peso corporal, estatura, e circunferência da cintura, posteriormente o valor do IMC foi obtido pela fórmula $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Estatura (m}^2\text{)}$. Todas as medidas foram feitas em duplicata pela pesquisadora, para melhor confiabilidade dos valores. Utilizou-se uma balança eletrônica da marca *G-Thech*®, com capacidade de 150 kg e precisão de 0,1 kg, um estadiômetro da marca *WCS*®, que apresenta precisão de 1mm e capacidade de 220 cm e uma fita métrica da marca *Inconterm*® do tipo trena com fita de fibra de vidro inelástica e maleável, com capacidade 1,5m e precisão de 1mm.

Sendo o estado nutricional traçado de acordo com a classificação destes nas curvas de crescimento em percentil (WHO, 2007). Para tanto se utilizou o programa Antro Plus de Blösser *et al.* (2011), que classifica os adolescentes quanto ao IMC por Idade (IMC/I) e Estatura por Idade (E/I), devido ao limitado número amostral não utilizou-se estratificação de tipos de magreza e obesidade no presente estudo. A circunferência cintura se deu pela medida no ponto médio da distância entre o último arco costal e a crista ilíaca, os valores encontrados foram classificados no parâmetro de Taylor *et al.* (2000), uma vez que este abrange toda a faixa etária da presente pesquisa, considerou-se circunferência aumentada valores acima do percentil 80.

Para classificar o estado nutricional de adolescentes com Síndrome de Down (n=3), foram utilizadas as curvas de crescimento de Cronk *et al.* (1988), parâmetro mais utilizado para tal população e recomendado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* – CDC (BRAVO-VALENZUELA; PASSARELLI; COATES, 2011). As medidas foram expressas em percentis de Peso por Idade (P/I) e Estatura por Idade (E/I) os quais foram classificados segundo Cronk *et al.* (1988) *apud* Prado *et al.* (2009).

O comportamento alimentar foi investigado aplicando-se o Questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ), desenvolvido por Wardle *et al.* (2001) e adaptado para população portuguesa por Viana e Sinde (2008). Este instrumento é composto por 35 itens divididos em oito subescalas, que caracterizam dois grupos: “evitamento da comida” – Resposta a saciedade (SR), Ingestão lenta (SE), Seletividade (FF), e Subingestão emocional (EUE); e “atração pela comida” – Resposta à comida (FR), Prazer em comer (EF), Sobreingestão emocional (EOE) e Desejo de beber (DD). Para cada

questão foi assinalado um item na escala de Likert, sendo de 1 a 5, onde 1 representa “nunca”, 2 “raramente”, 3 “por vezes”, 4 “muitas vezes”, 5 “sempre”. São consideradas exceções as questões 3, 4, 10, 16 e 32, as quais apresentam conotação inversa às demais.

A pontuação de cada indivíduo em cada subescala se deu a partir do cálculo da média dos valores (escala – likert) assinalados as perguntas pertencentes a cada subescala. Calculou-se a pontuação média, mediana e desvio padrão das pontuações da amostra para cada subescala, e o mesmo se repetiu estratificando indivíduos eutróficos e com excesso de peso (sobrepesos e obesos) a fim de comparar os resultados em função do estado nutricional.

Como forma de avaliar o conjunto que traduz “atração pela comida” e “evitamento da comida”, comparou-se o valor mediano obtido dentre as medianas das pontuações encontradas para subescalas de atração e evitamento, de eutróficos e com excesso de peso.

Após a coleta, os dados foram avaliados quanto a sua consistência, codificados e transcritos a um banco de dados. Posteriormente descritos em frequência relativa (%) e absoluta (n), por meio da estatística descritiva (mediana, média e desvio-padrão) em formato de gráficos e tabelas. O software utilizado para análise dos dados foi o programa *Microsoft Office Excel 2007*. Para realizar a comparação do comportamento alimentar entre os estados nutricionais aplicou-se o teste estatístico *Mann Whitney* calculado no site *Social Science Statistic* (2015) considerando diferenças significativas ($p < 0,05$).

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram encontrados 21 adolescentes com idade entre 10 a 19 anos matriculados na instituição de ensino especial, destes 18 participaram do presente estudo, sendo excluídos dois indivíduos cujos responsáveis não compareceram nas reuniões para a autorização, e um indivíduo que foi transferido para outra instituição antes do término da coleta de dados. A Tabela 1 expressa os valores em n (%) das variáveis de caracterização da amostra segundo dados pessoais dos adolescentes, diagnósticos, sinais clínicos apresentados por estes e grau de instrução do responsável.

A média de idade da população foi $14,54 \pm 2,62$ e a maioria dos adolescentes encontravam-se no início e no final da adolescência, ambos os casos 39% (n=7). O sexo masculino foi predominante na amostra 72% (n=13). Os responsáveis pelos adolescentes

apresentam nível básico de escolaridade ou analfabetismo, a prevalência se deu para o ensino fundamental, somados aqueles que obtiveram grau completo e incompleto 72% (n=13).

Com relação aos pareceres técnicos e diagnósticos da amostra deste estudo, foi notada a prevalência do parecer correspondente a deficiência intelectual não especificada (CID 10 F79) 89% (n=16) dentre os quais um indivíduo apresentou comprometimento significativo do comportamento (CID 10 F79.1), e foram observadas ao menos uma condição associada à deficiência intelectual em 56% (n=10) da amostra. Os diagnósticos e condições associadas encontrados na amostra estão descritos no Quadro 1.

Conforme Ke e Liu (2015) os mais frequentes diagnósticos duplos nos indivíduos deficientes intelectuais quando se tratando de transtornos psiquiátricos se dão em associação ao Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), depressão, autismo e problemas de conduta, cita ainda epilepsia como o primeiro problema de saúde, nesta população. Tais dados corroboram com o encontrado no presente estudo.

A maior parte dos indivíduos 56% (n=10) não apresentou no prontuário identificação de qualquer risco que se relacione à causa da deficiência intelectual. Por sua vez, o comprometimento do padrão de maturidade mental e de alguma das habilidades adaptativas (auto cuidado, lazer e saúde) foram observados na totalidade da amostra 100% (n=18), também identificou-se a prevalência de comprometimento na habilidade de cognição e concentração, em 61% (n=11). De acordo com a AAIDD (2013) o significativo comprometimento intelectual e das habilidades práticas e sociais são características inerentes ao diagnóstico da deficiência intelectual, explicando assim a presença destes na totalidade da amostra.

Com relação as características antropométricas observou-se prevalência de estatura adequada à idade 72% (n=13), o estado nutricional de eutrofia correspondeu a 56% (n=10) da amostra, e para sobrepeso e obesidade os percentuais foram iguais, em 22% (n=4) dos adolescentes. Foi observado o aumento da circunferência da cintura em 33% (n=6) do total da amostra, destes 16,5% (n=3) estavam obesos, 11% (n=2) eutróficos, e 5,5% (n=1) com sobrepeso. Ainda notou-se circunferência da cintura limítrofe com percentuais iguais ao ponto de corte, para sobrepeso e obesos, em ambos 5,5% (n=1), o que sugere risco futuro para apresentarem excesso de adiposidade abdominal, deve-se considerar que diferente do estado nutricional, não há classificação específica para Síndrome de Down neste

parâmetro, podendo estes ter apresentado classificação superestimada devido especificidade de composição corporal (Figuras 1, 2).

Na Tabela 2 estão descritas as pontuações medianas, médias e desvios padrão obtidos nas subescalas do CEBQ para o total da amostra e a distribuição por estado nutricional.

Avaliando o comportamento alimentar da amostra total (n=18), observou-se maior evidência para o comportamento de “atração pela comida” indicado pelas respectivas subescalas (mediana da pontuação > 3, por vezes, muitas vezes ou sempre - escala likert): Desejo de beber (DD), Prazer em comer (EF), Resposta à comida (FR), e Sobreingestão emocional (EOE). Portanto menos pontuadas as subescalas que traduzem “evitamento da comida” (mediana da pontuação < 3, nunca ou raramente - escala likert): Seletividade (FF), Ingestão lenta (SE), Resposta à saciedade (SR) e Subingestão emocional (EUE).

O Desejo de beber (DD) indica a constante vontade de ingerirem líquidos açucarados, altas pontuações das subescalas Prazer em comer (EF) e Resposta à comida (FR) associados a baixa pontuação na subescala Resposta à saciedade (SR) demonstram o interesse dos indivíduos à comida, a relação entre os fatores externos (ex: características sensoriais dos alimentos) às escolhas alimentares destes adolescentes e evidência a dificuldade de distinção dos sinais internos para sentirem-se saciados após a alimentação. Por sua vez, a Sobreingestão emocional (EOE) sugere que situações de estresse os favoreça a ter maior apetite, fato também verificado a partir da menor pontuação na subescala Subingestão ingestão emocional (EUE) (VIANA; SINDE, 2008; PASSOS *et al.*, 2015).

A Seletividade (FF) e Ingestão lenta (SE) demonstram consumo limitado de alimentos e o desinteresse frente a estes, portanto associadas ao baixo peso (VIANA *et al.*, 2008; VIANA; SINDE, 2008). Partindo do pressuposto que a magreza é ausente na presente amostra, baixas pontuações para estas subescalas eram esperadas, no entanto nota-se que a Seletividade (FF) obteve a maior pontuação dentre as subescalas de “evitamento da comida”. Luiz (2010) explica que crianças menos seletivas provam diferentes alimentos, o que favorece a redução de peso devido ao fator qualitativo da dieta, portanto pode-se considerar que a seletividade em alguns casos também favoreça o excesso de peso, visto que o grupo restrito de alimentos consumidos pode apresentar baixa qualidade nutricional e alta densidade energética.

Em relação ao comportamento alimentar e o estado nutricional, a literatura científica, embasada em estudos com populações sem qualquer deficiência, aponta forte ligação entre o Prazer em comer (EF) e a Resposta à comida (FR) ao sobrepeso e obesidade. Em contrapartida, para subescalas Desejo de beber (DD) e Sobreingestão emocional (EOE), parte dos estudos não encontram diferenças significativas em relação ao IMC, apesar de conotadas ao aumento de peso. Já se tratando do “evitamento da comida” observa-se que a Seletividade (FF) é maior em categorias de baixo peso e perturbações alimentares. A Ingestão lenta (SE) e Resposta à saciedade (SR) associam-se negativamente as categorias de excesso de peso, e a Subingestão emocional (EUE) conotada nos estudos ao baixo peso, dificilmente difere significativamente entre os estados nutricionais (VIANA *et al.*, 2008; VIANA; SINDE, 2008; RODRIGUES, 2011; VIANA; SINDE; SAXTON, 2011; FERREIRA, 2013; PASSOS *et al.*, 2015).

No presente estudo, com deficientes intelectuais foi encontrado resultados diferentes da literatura científica. Comparadas as pontuações obtidas entre os estados nutricionais de eutrofia e aqueles que apresentaram estado inadequado, por excesso de peso, segundo aplicação do teste estatístico *Mann Whitney*, encontrou-se pontuações que não diferem significativamente ($p > 0,05$), com exceção da subescala Ingestão lenta (SE) ($p < 0,05$), na qual foi observada maior pontuação para adolescentes eutróficos (Tabela 2). Tal resultado demonstra que os adolescentes com excesso de peso apresentam um mais rápido padrão de alimentação (PASSOS *et al.*, 2015). Crianças sem deficiência intelectual e com excesso de peso tendem a comerem mais rapidamente e realizarem mordidas maiores quando comparadas as com peso adequado (LAESSLE, *et al.*, 2001; BERKOWITZ *et al.*, 2010).

Passos *et al.* (2015) encontraram resultados similares, também não encontraram indivíduos com baixo peso e ainda assim identificaram a prevalência de Ingestão lenta (SE) nos indivíduos de menor peso (eutróficos) comparando-as aqueles com excesso de peso. Ressalta-se que na população em estudo acrescenta-se a tais considerações os fatores inerentes a deficiência intelectual, que também podem influenciar no tempo de ingestão.

A Figura 3 representa os valores medianos do conjunto das escalas que traduzem o comportamento de “evitamento da comida” e “atração pela comida”, obtidos a partir das pontuações medianas das subescalas para indivíduos eutróficos e com excesso de peso. Comparação a partir da aplicação do teste estatístico *Mann Whitney*.

Não foram notadas diferenças significativas quando se realizou comparação entre o conjunto das subescalas que representam “evitamento da comida” e “atração pela comida” entre os adolescentes eutróficos e com excesso de peso ($p > 0,05$), sendo os valores medianos de pontuação praticamente idênticos. Evidencia-se que o comportamento alimentar de “atração por comida” é prevalente, sendo as atitudes que traduzem tal comportamento observados “muitas vezes” pelos responsáveis (pontuação > 4 escala likert), independente do estado nutricional, podendo correlacionar-se a ausência de magreza na amostra, estado em que se acentua o “evitamento da comida”, e ao excesso de adiposidade abdominal, distribuído nos diferentes estados nutricionais. Esse achado difere da literatura científica, já que crianças e adolescentes sem Deficiência Intelectual e eutróficos apresentam menores pontuações no que diz respeito à “atração pela comida”, e o “evitamento da comida” mostra-se maior em crianças com perturbações alimentares (VIANA *et al.*, 2008; VIANA; SINDE, 2008; RODRIGUES, 2011; VIANA; SINDE; SAXTON, 2011; PASSOS *et al.*, 2015).

Em um estudo realizado em Portugal por Boné, Bonito e Caldeia (2015) com cinco alunas institucionalizadas com dificuldades intelectuais é possível identificar comportamentos que demonstram a apetência desta população por alimentos calóricos, principalmente glicídicos, já que o consumo de pão, acompanhamentos açucarados, e doces, mostram-se habituais mesmo em indivíduos com valor de IMC normal, relatando ainda por parte destes, pedidos constantes de tais alimentos aos colegas.

Ferreira (2013) ao encontrar resultados diferentes do esperado para uma subescala do CEBQ argumenta que este método investiga os desejos de ingestão por parte da criança ou adolescente, porém não considera a real disponibilidade dos alimentos, ou mesmo a reação dos responsáveis diante de tal comportamento. Passos *et al.* (2015) citam este tipo de avaliação como percepção subjetiva dos pais. Sendo estas argumentações extremamente relevantes, considerando que os responsáveis por deficientes intelectuais por vezes agem submissos as vontades dos filhos por compensação à deficiência, ou impedem a manifestação das escolhas por parte destes (GIARETTA; GHIORZI 2009; MACEDO; ESCOBAL; GOYOS, 2013).

Tais fatos sugerem uma possível explicação a diferença nos achados do presente estudo quando comparado aos realizados com populações sem deficiência intelectual. Uma vez que o comportamento alimentar de “atração pela comida” é prevalente nestes

indivíduos a ação dos pais em relação a tal comportamento pode ser consideravelmente decisiva no estado nutricional destes adolescentes, já que a autonomia de escolha e acesso aos alimentos pode ser limitada para esta população. O consumo alimentar em muito acaba por ser determinado pelo cuidador, e não necessariamente condizente ao comportamento expresso pelo adolescente, diferente do que acontece comumente na fase da adolescência, naqueles sem deficiência.

Ainda que se considerar a limitação do estudo dada à amostra reduzida, principalmente no momento da estratificação segundo o estado nutricional. Portanto, não possibilitando realizar estratificação quanto ao sexo, visto a desproporcionalidade da amostra, ocorrendo o mesmo para idade, visto que os indivíduos pertencentes à pesquisa apresentam padrão de maturidade mental diferente da idade cronológica as quais pertencem.

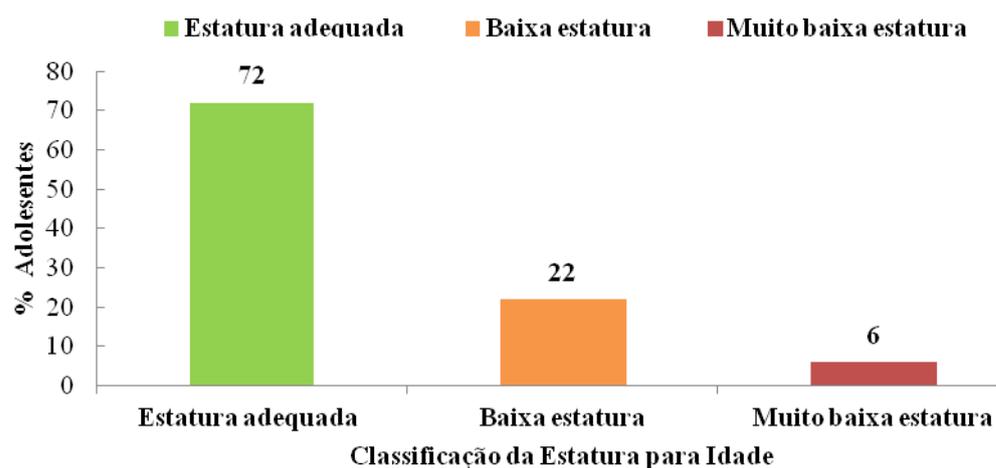
Tabela 1. Distribuição das variáveis de caracterização geral dos adolescentes deficientes intelectuais assistidos por uma instituição de ensino especial. 2015

Características	Total (n= 18)	
	n	%
Idade (anos)		
10 – 12	7	39
13 – 15	4	22
16 – 18	7	39
Sexo		
Feminino	5	28
Masculino	13	72
Escolaridade do responsável		
Analfabeto	3	17
E. Fundamental Incompleto*	4	22
E. Fundamental Completo*	9	50
E. Médio Completo*	2	11
Diagnósticos de DI**		
Grau especificado	2	11
Grau não especificado	16	89
Condições associadas à DI**		
Apresentam	10	56
Não Apresentam	8	44
Riscos relacionados à causa		
Identificados	8	44
Não identificados	10	56
Comprometimento		
Fala	7	39
Cognição e concentração	11	61
Emoção	5	28
Maturidade mental	18	100

Outras H. Adap.***(auto cuidado, lazer e saúde)	18	100
Coordenação motora	5	28

*E = Ensino **DI= Deficiência Intelectual *** H. Adap.= Habilidades adaptativas

Diagnóstico de Deficiência Intelectual
CID 10 F79 - Deficiência Intelectual não especificada
CID 10 F79.1 - Deficiência Intelectual não especificada com comprometimento significativo do comportamento
CID 10 F71 - Deficiência Intelectual de grau moderado
Condições Associadas
CID 10 G40 - Crises epiléticas
CID 10 G40.40 - Síndrome de Lennox-Gastaut (SLG) - encefalopatia epilética da infância
CID 10 F83 - Transtornos específicos misto do desenvolvimento
CID 10 Q90 - Síndrome de Down
Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)
Síndrome de Asperger - Autismo (em andamento de laudo médico para tal)
Distúrbios do comportamento
CID 10 F91 - Distúrbio de conduta
CID 10 F93 - Transtornos emocionais com início especificamente na infância



Quadro 1. Diagnósticos (CID 10*) apresentados encontrados na amostra, 2015

* CID 10 = Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

Figura1. Classificação da amostra quanto a Estatura para Idade, 2015

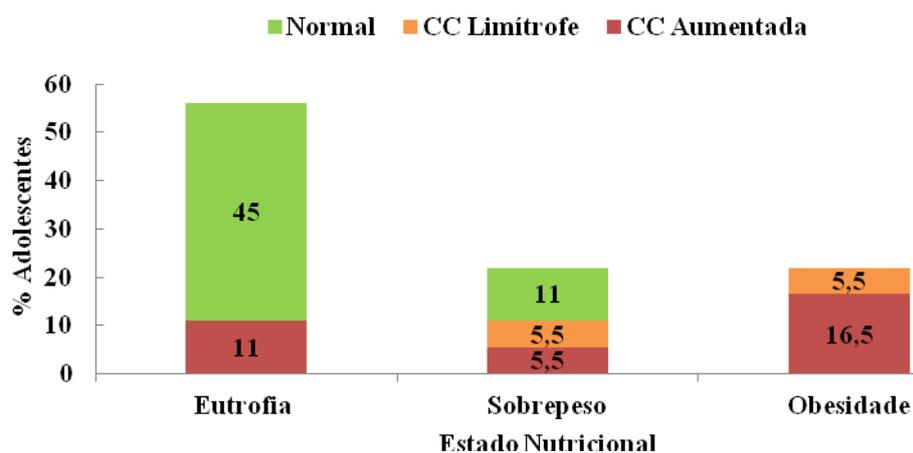


Figura 2. Classificação da amostra quanto ao estado nutricional e circunferência da cintura, 2015

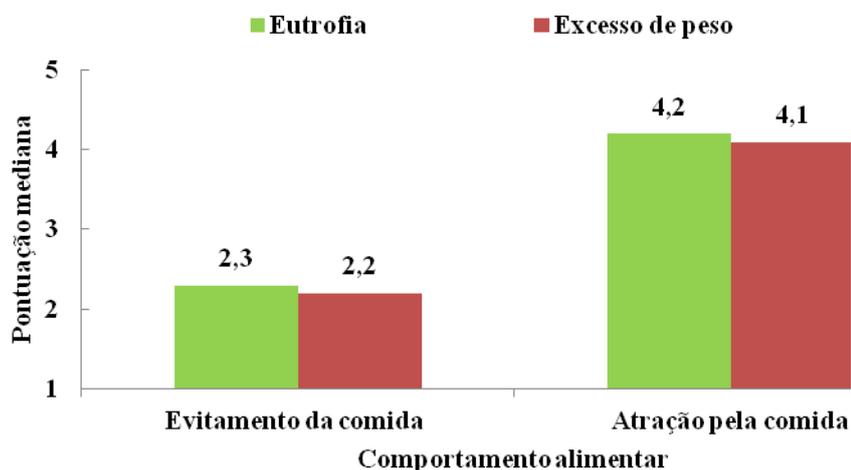


Figura 3. Comparação do conjunto das subescalas que representam evitamento e atração pela comida de adolescentes deficientes intelectuais eutróficos e com excesso de peso assistidos por uma instituição de ensino especial. Teste estatístico *Mann Whitney*, 2015

Tabela 2. Mediana (MED) e média \pm desvio padrão das subescalas do CEBQ* de acordo com as categorias do estado nutricional de adolescentes deficientes intelectuais assistidos por uma instituição de ensino especial, 2015

	Evitamento da comida							
	Resposta à Saciedade (SR)		Ingestão lenta (SE)		Seletividade (FF)		Subingestão emocional (EUE)	
	MED Média \pm DP							
Total (n=18)	2,20	2,53 \pm 0,77	2,38	2,54 \pm 1,30	2,67	2,90 \pm 0,90	1,83	4,35 \pm 0,92
Estado Nutricional ¹								
Eutrofia (n=10)	2,00	2,52 \pm 0,85	3,13	2,98 \pm 1,19	2,67	2,75 \pm 0,89	1,50	4,33 \pm 1,12
Excesso de peso ² (n=8)	2,30	2,55 \pm 0,65	1,50	2,00 \pm 1,23	2,83	3,08 \pm 0,89	2,00	4,38 \pm 0,59
p-valor ³	0,912		0,007		0,920		0,126	

*CEBQ - *Children`s Eating Behaviour* (questionário do comportamento alimentar infantil).

¹ Classificação do estado nutricional segundo Peso para Idade para adolescentes Síndrome de Down (CRONK *et al.*, 1988) e IMC para Idade - Para demais amostra (WHO, 2007).

² Indivíduos que apresentavam-se com peso inadequado: sobrepeso, obesidade e obesidade grave.

³ Teste estatístico *Mann Whitney* ($p < 0,05$).

Continuação Tabela 2.

	Atração pela comida							
	Resposta à comida (FR)		Prazer em comer (EF)		Sobreingestão emocional (EOE)		Desejo de beber (DD)	
	MED Média ± DP							
Total (n=18)	3,80	3,62 ±1,11	4,75	4,51 ±0,57	3,30	3,04±1,06	5,00	4,35±0,92
Estado Nutricional ¹								
Eutrofia (n=10)	3,80	3,66±1,10	4,50	4,35±0,67	2,80	2,78±0,80	5,00	4,33±1,12
Excesso de peso ² (n=8)	3,70	3,58±1,12	4,75	4,72±0,32	3,70	3,38±1,23	4,50	4,38± 0,59
p-valor ³	0,952		1,000		0,727		0,190	

CONCLUSÃO

No presente estudo pode-se identificar uma única diferença entre o comportamento alimentar de adolescentes deficientes intelectuais eutróficos e com excesso de peso, indicada pela subescala Ingestão lenta (SE), maior em indivíduos eutróficos. O conjunto de subescalas que traduzem “atração pela comida” foi prevalente entre os adolescentes deficientes intelectuais, independente do estado nutricional. Assim, destaca-se a necessidade de novos estudos com tal população, sendo tão importantes quanto novos estudos sobre o comportamento alimentar de deficientes intelectuais na adolescência, a investigação da ação dos pais no comportamento alimentar destes, bem como ações educacionais em ambos, que visem a promoção da saúde destes indivíduos.

REFERÊNCIAS

AAIDD – American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. **Definition of intellectual disability**. 2013. Disponível em: <<http://aaidd.org/intellectual-disability/definition#.VedUsPIViko>>. Acesso em: 02 set. 2015.

ABREU, L. C. **Obesidade e condições relacionadas à obesidade secundária na interface do crescimento e desenvolvimento**. Rev. Bras. Cresc. e Desv. Hum., v. 21, n. 1, p. 7-10, 2011. Disponível em:<<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19990/22076>> Acesso em: 20 mai. 2015.

BERKOWITZ, R. I.; *et al.* **Identification of an obese eating style in 4-year-old children born at high and low risk for obesity**. Obesity (Silver Spring), v. 18, n. 3, p. 505-512, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19779474>> Acesso em: 05 set. 2015.

Revista Saúde UniToledo, Araçatuba, SP, v. 01, n. 01, p. 47-63, mar./ago. 2017.

BLÖSSNER, M. *et al.* **Software for assessing growth and development of the world's children.** World Health Organization. Department of Nutrition for Health and Development. Switzerland, 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/childgrowth/software/en/>> Acesso em: 20 mai. 2015.

BONÉ, M. A.; BONITO, J.; CALDEIRA, V. **Capacitação de crianças com dificuldades intelectuais para boas práticas alimentares.** Rev. Holos, v. 3, n. 31, p. 212-237, 2015. Disponível em: <<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/2738>> Acesso em: 15 out. 2015.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004.** Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Subchefia para Assuntos Jurídicos, Presidência da República Casa Civil, Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm> Acesso em: 15 mai. 2015.

BRAVO-VALENZUELA, N. J. M.; PASSARELI, M. L. B.; COATES, M. V. **Curvas de crescimento pândero-estatural em crianças com síndrome de Down: uma revisão sistemática.** Rev. Paul Pediatr., São Paulo, v. 29, n. 2, p. 261-269, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n2/a19v29n2.pdf>> Acesso em: 30 out. 2014.

CARVALHO, J. A. *et al.* **Nutrição e autismo: considerações sobre a alimentação do autista.** Rev. Cient. do ITPAC, Araguaína, v. 5, n. 1, pub. 1, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.itpac.br/arquivos/Revista/51/1.pdf>> Acesso em: 09 abr. 2015.

CRONK, C. *et al.* **Growth charts for children with Down syndrome: 1 month to 18 years of age.** Rev. Ped., v. 81, [s.n], p. 102-10, 1988. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/81/1/102>> Acesso em: 09 abr. 2015.

FERREIRA, I. C. D. **Influência dos Comportamentos Alimentares e do Estatuto Socioeconômico na Prevalência da Obesidade numa População Infantil.** 2013. 38f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade da Beira Interior, Covilhã. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.6/1510>> Acesso em: 10 mai. 2015.

GIARETTA, A.; GHIORZI, A. R. **Ato de comer e pessoas e as pessoas com Síndrome de Down.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 62, n. 3, p. 480-484, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/24.pdf>> Acesso em: 15 abr. 2015.

KE, X.; LIU, J. **Deficiência Intelectual.** In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health.* (edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2015. Disponível em: <<http://iacapap.org/wp-content/uploads/C.1-Intellectual-disabilities-PORTUGUESE-2015.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2015.

LAESSLE, R. G. *et al.* **Parental influences on laboratory eating behavior in obese and non-obese children.** Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord., v. 25, Supl. 1, p. 60-62, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11466591>> Acesso em: 05 set. 2015.

LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L. B. **Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência.** Rev. Med. (São Paulo), v. 89, n. 2, p. 70-75, abr./jun, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/46276/49930>> Acesso em: 20 mai. 2015.

LUIZ, A. M. A. G. **Efeitos de um programa de intervenção cognitivo – comportamental em grupo para crianças obesas.** 2010. 111f. Tese (Doutorado em Ciências, Área: Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto – SP. Disponível em: <http://www.ffclrp.usp.br/imagens_defesas/12_04_2011__14_43_24__61.pdf> Acesso em: 10 jul. 2015.

MACEDO, M.; ESCOBAL, G.; GOYOS, C. **Escolha e preferência por alimentos com ou sem valor calórico em crianças com deficiência intelectual e sobrepeso.** Acta comport., v. 21, n. 1, p. 83-98, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=274526149006>> Acesso em: 09 abr. 2015.

MARCOS, E. N. F. **Estado nutricional e níveis plasmáticos de zinco de crianças com deficiência mental de uma instituição de educação especial do Sul do Brasil.** 2008. 132f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/90943>> Acesso em: 09 abr. 2015.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Deficiência mental.** Deficiência física. Cadernos da TV Escola - Educação Especial. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto, 1998 p. 96. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me000351.pdf>> Acesso em: 20 mai. 2015.

MOURA, A. B. *et al.* **Perfil nutricional de crianças e adolescentes com deficiência intelectual.** Rev. Ped. Moder., v. 48, n. 8, p. 309-318, ago. 2012. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5134> Acesso em: 15 mai. 2015.

NARUMIA, E. M.; DÉO, E. M.; CAMPOS, C. D. **Perfil nutricional dos alunos portadores de síndrome de Down da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Santa Fé do Sul –SP.** Rev. Funec. Cient., v. 2, n. 3, jul./dez. 2012. Disponível em: <<http://seer.funecSantaFe.edu.br/index.php?journal=rfc&page=article&op=view&path%5B%5D=945>> Acesso em: 17 mai. 2015.

PASSOS, D. R. *et al.* **Comportamento alimentar infantil:** comparação entre crianças sem e com excesso de peso em uma escola do município de Pelotas, RS. Rev. Paul. Ped., v. 33, n. 1, p. 42-49, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822015000100042&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 15 mai. 2015.

PRADO, M. *et al.* **Acompanhamento nutricional de pacientes com Síndrome de Down atendidos em um consultório médico pediátrico.** Rev. Mund. Saúde, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 335-346, 2009. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/69/335a346.pdf> Acesso em: 30 out. 2014.

RODRIGUES, E. A. G. S. **O Comportamento alimentar, o autoconceito e a obesidade infanto juvenil.** 2011. 42f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade do Minho, Braga. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1822/17810>> Acesso em: 10 jul. 2015.

ROIESK, I. M. *et al.* **Síndrome de Down: uma avaliação do perfil antropométrico.** Rev. Amaz., v. 1, n. 2, p. 2-6, 2013. Disponível em: <<http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/505>> Acesso em: 30 out. 2014.

SALVADOR, C. C. Z.; KITOKO, P. M.; GAMBARDELLA, A. M. D. **Estado Nutricional de Crianças e Adolescentes:** fatores associados ao excesso de peso e acúmulo de gordura. Journ. of Hum. Growth and Devel., v. 24, n. 3, p. 313-319, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822014000300011&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 15 mai. 2015.

SILVA, R.; SILVA, G. P. **Características antropométricas e nutricionais de pessoas com deficiência mental.** Rev. Fit. Perf. J., Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 130-135, mar./abr. 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/751/75112591009.pdf>> Acesso em: 09 abr. 2015

SOCIAL SCIENCE STATISTIC. **Statistical Test Calculators.** Mann-Whitney U-Value Calculator, 2015. Disponível em: <<http://www.socscistatistics.com/Default.aspx>> Acesso em: 20 set. 2015.

TAYLOR, R. W. *et al.* **Evaluation of waist circumference, waist-to-hip ratio, and the conicity index as screening tools for high trunk fat mass, as measured by dual-energy X-ray absorptiometry, in children aged 3-19 y.** Am. J. Clin. Nutr., v. 72, n. 2, p. 490-495, ago. 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10919946>> Acesso em: 09 abr. 2015.

VIANA, V. P. G. *et al.* **Caracterização do estilo alimentar de crianças com perturbações alimentares.** Rev. Pisc. Saúde doen., v. 9, n. 2, p. 233-243, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862008000200004&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 30 abr. 2015.

VIANA, V.; SINDE, S. **O comportamento alimentar em crianças:** Estudo de validação de um questionário numa amostra portuguesa (CEBQ). Rev. Anal. Psic., v. 26, n. 1, p. 111-120, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a09.pdf>> Acesso em: 30 abr. 2015.

VIANA, V.; SINDE, S.; SAXTON, J. **Questionário do comportamento alimentar da criança (CEBQ).** Rev. Instr. Cont. Aval. Psic., [s.v], [s.n], p. 145-157, 2011. Disponível em: < <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/61853/2/7068.pdf>> Acesso em: 30 abr. 2015.

WARDLE, J. *et al.* **Development of the Children`s Eating Behaviour Questionnaire.** Jor. of Child Psychol. and Psys., v. 42, n. 7, p. 963-970, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11693591>> Acesso em: 30 abr. 2015.

WHO. World Health Organization. **Growth reference 5-19 years.** 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/growthref/en/>> Acesso em: 30 abr. 2015.

WHO. World Health Organization. **Young People`s Health** - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and "Health for All by the year 2000". Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731.pdf> Acesso em: 12 mai. 2015.