

# Avaliação do estado nutricional de pacientes atendidos em ambulatório de neuropsiquiatria infantil

## Assessment of nutritional status of patients treated at a children's neuropsychiatric day clinic

<sup>1</sup> Thaisa Martins Brito

<sup>1</sup> Izadora Arrais Rosenthal

<sup>2</sup> Cristiane Simões Bento de Souza

<sup>1</sup> Acadêmica de Medicina – PUC/GO

<sup>2</sup> Doutora em saúde da criança e do adolescente - FMRP/USP

Não há conflitos de interesse

### RESUMO

**Objetivo:** O estudo visou identificar a prevalência de doenças psiquiátricas e estado nutricional de pacientes atendidos em ambulatório de neuropsiquiatria infantil, entre abril de 2013 e julho de 2015.

**Métodos:** Estudo descritivo transversal de prevalência. Projeto de pesquisa aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. Obtidos de prontuários médicos dados de idade, sexo, peso e altura, diagnóstico e medicações em uso. Índice de Massa Corporal (Peso / altura<sup>2</sup>) analisado pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS).

**Resultados:** Analisados prontuários de 381 pacientes, com idade entre 3 e 19 anos (média = 11), 270 do sexo masculino e 111 do feminino. O estado nutricional predominante foi a magreza, principalmente em pacientes com diagnóstico de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade TDAH (50%). Sobrepeso e obesidade foram prevalentes em pacientes com retardo mental (46%). O TDAH (n = 180; 47,5%) foi o diagnóstico prevalente. O TDAH foi prevalente no sexo masculino (n= 147; 54,8%) e retardo mental no feminino (n= 34; 30,6%). 0,5% dos pacientes eram pré-escolares, 26,3% escolares e 73,2% adolescentes. Quanto a medicações, 21,2% (n= 81) usavam Metilfenidato e 11,8% (n= 45) Risperidona.

**Conclusão:** Na população estudada é prevalente a magreza, enquanto na população saudável de mesma idade prevalecem o sobrepeso e a obesidade. Sugere-se realizar novos estudos sobre o estado nutricional de crianças e adolescentes com distúrbios psiquiátricos que direcionem a elaboração de estratégias de atendimento multidisciplinar englobando aspectos nutricionais na assistência eficaz e integral destes pacientes.

**Palavras-chave:** prevalência, transtornos mentais, distúrbios nutricionais, pré-escolar, escolar, adolescente.

### ABSTRACT

**Objective:** This study set out to identify the prevalence of nutritional disorders in patients treated at a children's neuropsychiatric day clinic, based on data from medical records in April 2013 - July 2015.

**Methods:** A cross-sectional descriptive study of prevalence. Research project approved by the Research Ethics Committee. Data obtained for age, gender, weight and height, diagnosis and current medication. Body mass index (BMI = weight/height<sup>2</sup>) calculated by World Health Organization references.

**Results:** The study analysed medical records of 381 patients, aged between 3 and 19 years (mean =

11), X males and Y females. The prevailing nutritional status was thinness, especially among patients with attention deficit hyperactivity disorder (ADH). Overweight and obesity were more prevalent in mentally retarded patients. The most prevalent diagnoses were ADHD (n = 180; 47.49%). ADHD was the most prevalent in males (n= 147; 54,8 %) and in females (n= 34; 30,6%). 0,5% of patients were preschoolers, 26,3% were students and 73,2% adolescents. In terms of medication, 21.2% (n = 81) were taking Methylphenidate while 11.8% (n = 45) were taking Risperidone.

Conclusion: In this population, thinness is most prevalent, while overweight and obesity prevail in the healthy population of this same age group. It suggested that further studies on the nutritional status of children and adolescents with psychiatric disorders be carried out with a view to drafting multidisciplinary care strategies encompassing nutritional aspects to provide effective and comprehensive care to these patients.

Keywords: prevalence, mental disorders, nutritional disorders, pediatrics

## INTRODUÇÃO

O Brasil atravessa um período de transição nutricional, marcado pela redução do número de casos de desnutrição em crianças e adultos e aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade. Inquéritos demográficos atribuem a redução da prevalência da desnutrição entre escolares, de 13,5% em 1996 para 6,8% em 2006, ao aumento da escolaridade materna, crescimento do poder aquisitivo das famílias e à melhoria da assistência à saúde e das condições de saneamento<sup>1</sup>.

A obesidade tem sido considerada um problema de saúde pública e está associada ao desmame precoce, à introdução inadequada da alimentação complementar, distúrbios do comportamento e da relação familiar — especialmente nos períodos de aceleração do crescimento<sup>2</sup>. A identificação precoce do excesso de peso em crianças reduz o risco de se tornarem adultos obesos<sup>3</sup>, o que é importante já que se sabe que o risco de crianças obesas desenvolverem doenças cardiovasculares quando se tornarem adultos de peso adequado é igual ao das crianças eutróficas que se mantêm com o peso adequado na idade adulta<sup>4</sup>.

No Brasil, a *Pesquisa de Orçamentos Familiares* (POF) de 2008-2009<sup>5</sup> revela que uma em cada três crianças em idade escolar (33,5%) apresenta sobrepeso e 14,3% é obesa, e, entre adolescentes, 20,5% apresentaram sobrepeso e 4,9% são obesos<sup>5</sup>. Segundo Motter et al., embora os fatores biológicos/genéticos sejam importantes para determinação da suscetibilidade individual a ter sobrepeso/obesidade, os fatores ambientais criam o contexto para o desenvolvimento desse distúrbio<sup>6</sup>.

Porém, a prevalência de desnutrição na infância ainda é elevada em vários países<sup>7</sup>,

prejudicando o desenvolvimento psicomotor, o rendimento escolar, a capacidade produtiva na idade adulta e aumentando a mortalidade por doenças infecciosas. Sabe-se também que várias doenças, bem como o seu tratamento, podem interferir no estado nutricional de crianças e adolescentes. Sendo assim, o monitoramento constante dos dados antropométricos pode prevenir e identificar precocemente distúrbios nutricionais<sup>8,9</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo menos 10% das crianças, em tempos de paz e em qualquer país, adquirem ou nascem com impedimentos físicos, mentais ou sensoriais que interferirão no seu desenvolvimento. Cerca de 50% de crianças e adolescentes com necessidades especiais são os portadores de doença mental, que demandam diferentes níveis de assistência, de acordo com a doença de base e comorbidades associadas<sup>10</sup>.

Dentre as doenças psiquiátricas na faixa etária pediátrica, as mais frequentes são o retardo mental, a depressão e o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). A prevalência do retardo mental na população jovem varia de 1 a 10%. O diagnóstico de depressão em crianças e adolescentes vem aumentando e há estimativas de que a prevalência seja de 2% em crianças e 5 a 8% em adolescentes. A prevalência do TDAH varia entre 3 e 6%<sup>11, 12, 13</sup>.

Além das doenças psiquiátricas, os fármacos usados no tratamento também podem interferir no estado nutricional. Os psicoestimulantes são o tratamento de primeira linha para tratar o TDAH<sup>14</sup>. Entre os mais utilizados está o metilfenidato<sup>15</sup>. Estudo realizado nos EUA revelou que em uma década houve aumento de 6,3% do seu uso em jovens. Segundo Schachar e cols. (2002), a prescrição desta classe

de medicamentos aumentou quatro vezes na última década na América do Norte<sup>16</sup>. No entanto, mesmo com o aumento da prescrição em crianças, seu uso não perdura mais de cinco meses, comprovando baixos níveis de adesão ao tratamento devido aos efeitos adversos<sup>17</sup>.

A medicação mais usada por pacientes com retardo mental são os antipsicóticos, como a risperidona. No tratamento da depressão em Pediatria, a primeira escolha são os antidepressivos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) como fluoxetina, sertralina e paroxetina, ou os antidepressivos tricíclicos nos casos refratários (imipramina, nortriptilina, amitriptilina)<sup>18</sup>.

Estudo realizado no Canadá avaliando a eficácia e segurança do uso da risperidona em crianças de cinco a 12 anos de idade com distúrbios comportamentais e desordens do desenvolvimento mostrou ser este um medicamento eficaz, melhorando os sintomas comportamentais e diminuindo a irritabilidade e hiperatividade. No entanto, entre seus efeitos adversos estão o aumento de apetite e peso, aumento da prolactina, sedação e alterações metabólicas como diabetes mellitus e aumento de triglicérides e colesterol<sup>19, 20</sup>.

Considerando a hipótese de que doenças psiquiátricas e seu tratamento medicamentoso podem influenciar o estado nutricional de crianças e adolescentes, o presente estudo teve por objetivo avaliar a prevalência de doenças psiquiátricas, o estado nutricional e medicações utilizadas no tratamento de crianças e adolescentes atendidos em ambulatório de Neuropsiquiatria Infantil de uma unidade municipal de referência.

## Métodos

Estudo observacional transversal de prevalência. Dados foram obtidos de prontuários de crianças e adolescentes atendidos no serviço de pediatria do Ambulatório Municipal de Psiquiatria (AMP), unidade de referência no atendimento de distúrbios psiquiátricos na região metropolitana da cidade de Goiânia-GO, no período entre abril de 2013 e junho de 2015. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) e à Plataforma Brasil.

Foram incluídos crianças e adolescentes de ambos os sexos. Foram excluídos os que apresentassem outra condição clínica que comprometesse seu estado nutricional, como síndromes

congenitas e adquiridas ou aqueles cujos dados antropométricos, diagnóstico da doença ou medicações em uso não constassem do prontuário. Utilizou-se um questionário estruturado para coleta dos dados quanto às seguintes variáveis: sexo, idade, região de domicílio, peso e altura da consulta mais recente, diagnóstico psiquiátrico e medicações em uso (vide Anexo 1). As medidas de peso e altura foram usadas para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) = [peso (kg)/estatura (m)<sup>2</sup>], para classificar o estado nutricional segundo pontos de corte propostos pela OMS.

Para a análise estatística, utilizou-se o programa Epi Info™ versão 7; o teste Qui Quadrado foi utilizado para comparação das variáveis categóricas com nível de significância de 5%.

Para o cálculo do IMC usou-se a fórmula  $IMC = [peso (kg)/estatura (m)^2]$ . Foi considerado magro o indivíduo cujo IMC estivesse abaixo do escore z -2 e muito magro abaixo do escore z -3 para o sexo e idade na curva de IMC da OMS. As crianças de 0 a 5 anos são consideradas em risco de sobrepeso quando estão com escore z entre +1 e +2; com sobrepeso quando estão com escore z entre +2 e +3; e com obesidade quando no escore z maior que +3. Para as maiores de 5 anos, o sobrepeso se relaciona a valores de escore z entre +1 e +2; a obesidade, a valores de escore z entre +2 e +3; e a obesidade grave a valores de escore z maior que +3.

## Resultados

Dos 432 prontuários analisados, 381 preenchem os critérios de inclusão da pesquisa. A idade dos pacientes atendidos pelo serviço varia de 3 a 19 anos, sendo a média de 11 anos. 71% são do sexo masculino e 29% do feminino. A caracterização da população quanto ao sexo, faixa etária e estado nutricional está representada na Tabela 1.

Quanto ao diagnóstico psiquiátrico, 47,49% (180/381) dos pacientes possuíam TDHA; 26,12% (99/381) retardo mental; 8,71% (34/381) transtornos de leitura; 4,49% (18/381) depressão; 2,11% (8/381) transtorno de ansiedade generalizada; 1,85% (7/381) autismo; 1,85% (7/381) transtornos de personalidade; 1,06% (4/381) distúrbios da fala; 0,79% (3/381) síndrome do pânico; 5,01% (19/381) outros diagnósticos e 0,52% (2/381) não tinham diagnóstico definido. O diagnóstico prevalente no sexo feminino foi o retardo mental 30,63% (34/381) e no masculino o TDAH 54,85% (147/381).

Quanto às medicações utilizadas no tratamento, 21,26% (81/381) usavam Metilfenidato; 11,81% (45 /381) Risperidona; 4,72% (18/381) Fluoxetina; 4,72% (18/381) Imipramina; 3,41% (13/381) Nortriptilina; 3,41% (13/381) Sertralina; 3,15% (12/381) Carbamazepina; 1,84% (7/381) Amitriptilina; 1,57% (6/381) Haloperidol; 0,52% (2/381) Diazepam (Valium); 7,61% (29/381) dos pacientes usavam outras medicações, 27,98% (108/381) não estavam em uso de medicações e 8% (29/381) usavam mais de uma medicação.

O estado nutricional prevalente foi a magreza, principalmente nos pacientes com diagnóstico de TDAH, autismo, retardo mental, transtorno de leitura e transtorno de personalidade; em geral, os pacientes com diagnóstico de depressão, transtorno do pânico, transtorno de personalidade e transtorno de ansiedade generalizada eram eutróficos; o sobrepeso e a obesidade foram prevalentes em pacientes diagnosticados com transtorno do pânico e transtorno de personalidade.

Sendo o serviço de referência para o atendimento de doenças psiquiátricas na infância e adolescência no município, verificou-se a distribuição dos domicílios dos pacientes segundo as regiões definidas pela Secretaria Municipal de Saúde, na seguinte forma: 22,83% (87/381) dos pacientes moravam na região noroeste; 21,52% (82/381) sudoeste; 19,69% (75/381) oeste; 11,02% (42/381) leste; 9,97% (38/381) central; 9,45% (36/381) sul e 5,52% (21/381) norte.

## Discussão

No presente estudo, o diagnóstico prevalente foi o de TDAH (47,49%), observado com mais frequência em pacientes do sexo masculino com 54,44% (147/270), enquanto o retardo mental foi mais frequente no sexo feminino, 30,63% (34/111). Estes achados são compatíveis com outros relatos na literatura. Segundo o National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), em torno de 5% das crianças e adolescentes apresentam critérios de diagnóstico de TDAH, o correspondente a 366.000 crianças e adolescentes na Inglaterra e País de Gales. De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, em 2007, aproximadamente 9,5% (5,4 milhões) de crianças e adolescentes americanos de 4 a 17 anos tinham TDAH.

Polanczyk, em artigo de revisão sobre o tema, analisou 71 estudos conduzidos entre os anos de 1997 e 2007, encontrando variabilidade de 0,2% a 27%. Quanto à distribuição por sexo, a relação masculino/feminino é de 1,33. Estudos mostram que esta relação é de 2 para escolares e chega a 1 para adolescentes<sup>21</sup>.

No Brasil, segundo a Anvisa (2012), as estimativas de prevalência de TDAH em crianças e adolescentes variaram de 0,9% a 26,8%, com maior acometimento do sexo masculino, na proporção de 4 a 10 meninos para uma menina. Resultados semelhantes foram verificados por outros pesquisadores<sup>22, 23</sup> e são também compatíveis com os do presente estudo.

No trabalho de Machado et al., o diagnóstico prevalente nos meninos também foi de TDAH, seguido por retardo mental e transtorno de conduta. Nas meninas, foram retardo mental (RM), seguido por TDAH e transtorno de conduta<sup>24</sup>. No presente estudo encontrou-se achados semelhantes, exceto que nas meninas o terceiro diagnóstico mais prevalente foi o de depressão.

Em outro estudo, realizado em um ambulatório de psiquiatria infantil de um hospital de São José do Rio Preto, foram analisados dados de 109 pacientes com idade entre 4 e 20 anos e encontrou-se maior prevalência do atendimento de pacientes sexo masculino (77,98%). O diagnóstico prevalente foi o de TDAH (54,12%), seguido por retardo mental (50,45%) e transtorno de conduta (31,19%); achados também semelhantes aos do presente estudo<sup>12</sup>.

Em estudo realizado por Santos et al. em serviço público de atendimento em psiquiatria da infância e adolescência de Salvador, dos 274 prontuários, 68% eram de pacientes do sexo masculino com predomínio da faixa etária entre 15 e 19 anos. Apenas 1,4% dos pacientes eram menores de 5 anos. O diagnóstico mais frequente foi o retardo mental,<sup>24</sup> com um percentual de 42%, que, no presente estudo, foi o segundo diagnóstico mais prevalente.

Uma explicação para o maior diagnóstico de TDAH em meninos seria que as meninas costumam ser subdiagnosticadas, uma vez que apresentam, em geral, mais alterações relacionadas ao humor, à ansiedade e à atenção. Os meninos, por sua vez, apresentam sintomas mais evidentes de agressividade e transtornos de conduta, tornando mais simples realizar seu diagnóstico<sup>25</sup>.

O índice de massa corporal (IMC) é o método antropométrico mais utilizado para avaliação do estado nutricional, por ser uma medida simples e de baixo custo. Apresenta boa concordância com outros indicadores antropométricos e com o risco de doença cardiovascular<sup>26</sup>.

No presente estudo a magreza é o estado nutricional prevalente, presente em 46,19% (176/381) dos pacientes. Este resultado difere dos achados da população saudável da mesma idade e sexo, em que há prevalência de sobrepeso e obesidade, efeitos da transição nutricional<sup>27</sup>.

Segundo a OMS, 10% das crianças e dos adolescentes entre 5 e 17 anos de idade na população mundial apresentam índice de massa corporal elevado, sendo 2 a 3% delas obesas<sup>28</sup>. No Brasil, segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF)5 de 2008-2009, 33,5% apresenta sobrepeso e 14,3% obesidade, 20,5% dos adolescentes apresentaram sobrepeso e 4,9% são obesos. A pesquisa destaca, no entanto, que a desnutrição está em queda desde a década de 1980. O percentual de déficit de altura de crianças entre 5 a 9 anos é de 7,2% entre os meninos e de 6,3% entre as meninas, menor que os índices de 1974 e 1989, quando foram registrados 29,3% e 14,7%, respectivamente, entre os meninos. Entre as meninas, os índices eram de 26,7% e 12,6%.

Entre escolares da rede pública e privada de Florianópolis-SC, a prevalência de sobrepeso/obesidade foi de 34,2%<sup>29</sup>. Entre escolares de uma coorte de São Leopoldo-RS, o estudo de Vicenzi K et al. aponta a prevalência de excesso de peso foi de 38,1%. Mesmo entre o povo indígena Kamayurá, do Alto Xingu, verificou-se alta prevalência de adolescentes com sobrepeso, 38,7% em meninos e 23,5% nas meninas.

A diferença desses achados nacionais e os do presente estudo pode ser explicada pelo fato de que estes se referem a indivíduos aparentemente saudáveis, nos quais, em geral, não se encontram presentes condições que possam interferir no seu estado nutricional. Adicionalmente, os doentes psiquiátricos podem estar mais propensos a comportamentos e efeitos colaterais das medicações usadas no tratamento que prejudiquem seu adequado aporte nutricional.

Os pacientes com TDAH podem ter personalidade agressiva, o que os deixaria esquivos à oferta de alimentos. Podem apresentar também inquietude, desatenção e impulsividade, o que torna

mais difícil fazer com que permaneçam sentados à mesa, mantendo seu interesse nos alimentos e realizando as refeições de forma adequada<sup>30</sup>.

No retardo mental, o paciente pode ter dificuldades em realizar atividades diárias sozinho, como se alimentar; ou se comunicar e manifestar suas necessidades, como quando está com fome ou saciado; além disso, pode passar grande parte do dia sonolento devido aos efeitos de medicações sedativas frequentemente utilizadas, como a Risperidona, e alimentar-se em horários irregulares ou pouco frequentes.

Quanto às medicações usadas, no estudo realizado em Fortaleza-CE, citado acima, a proporção de utilização dos medicamentos nas crianças foi de 88,4%. Os prescritos foram: Risperidona (20,5%), Carbamazepina (17,1%), Amitriptilina (4,8%), Clorpromazina (3,9%), Fluoxetina (8,4%), Haloperidol (8,7%), Imipramina (7,2%), Metilfenidato (6,6%), Periciazina (7,5%) e Valproato de sódio (5,1%).

Entre os meninos, a Risperidona foi a medicação mais prescrita (72,7%); sendo que apenas entre aqueles com idade de sete anos (26,7%) o Metilfenidato foi mais utilizado (80,0%). Tal dado está em dissonância com o achado do presente estudo, em que o Metilfenidato foi a medicação mais prevalente em todas as faixas etárias, utilizado por 81 pacientes (21,26%).

O Metilfenidato é um estimulante do sistema nervoso central com efeitos proeminentes na atividade mental. Alguns de seus efeitos adversos incluem dores gastrointestinais, supressão do crescimento, redução do apetite, depressão, crise de mania, tendência à agressividade e excessiva sonolência, o que pode contribuir para que o achado do estado nutricional prevalente nos pacientes com diagnóstico de TDAH seja a magreza.

Neste estudo, a Risperidona representou a segunda medicação mais prevalente (11,81%). Alguns de seus efeitos colaterais, como aumento de peso e efeito sedativo, poderiam, também, influenciar o estado nutricional de pacientes que utilizam esta medicação.

Vários participantes deste estudo utilizavam em seu tratamento mais de uma medicação, além do que vários deles provavelmente usaram diferentes medicações ao longo do tratamento, não sendo possível, em um estudo de prevalência, aferir as consequências dessas medicações sobre o estado nutricional.

## Conclusão

Os resultados do estudo evidenciaram no ambulatório de Pediatria do AMP, que atende à população com distúrbios psiquiátricos provenientes de todas as regiões do município, a magreza como o estado nutricional prevalente. O TDAH é mais frequente em meninos, o retardo mental em meninas, e o Metilfenidato é a medicação mais utilizada pelos pacientes.

Apesar de ter englobado a quase totalidade dos pacientes atendidos pelo serviço, o tamanho da amostra não permite que as conclusões sejam extrapoladas para outras populações, o que representa uma limitação deste trabalho. Novos estudos acerca do tema poderão respaldar a atuação de equipes multiprofissionais e contribuir para elaboração de protocolos de atendimento que incluam avaliação e seguimento do estado nutricional.

## REFERÊNCIAS

- Monteiro CA et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *Rev Saúde Pública* 2009;43(1):35-43. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n1/498.pdf>
- Fisberg M, Oliveira CL, Mello MT, Cintra IP. Obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência, *Rev nutr*, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v17n2/21136>
- Giugliano R, Carneiro EC. Fatores associados à obesidade em escolares. *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2004;80(1):17-22. ISSN 1678-4782. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/04-80-01-17/port.pdf>
- Falkner B. Recent clinical and translational advances in pediatric hypertension. *Hypertension*. 2015;65:926-31. Disponível em: <http://hyper.ahajournals.org/content/65/5/926.full.pdf+html>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Antropometria e sobrepeso e obesidade de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
- Motter AF et al. Pontos de venda de alimentos e sobrepeso/obesidade em escolares. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2015;31(3):620-632, mar, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n3/0102-311X-csp-31-03-00620.pdf>
- Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfi eld LE, de OnisM, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008;371(9608):243-60. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(07\)61690-0.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(07)61690-0.pdf)
- Sigulem DM, Macarena UD, Lessa AC. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. *J. pediatr. (Rio J.)*. 2000;76(3):S275-S284. Disponível em: <http://leg.ufpr.br/lib/exe/fetch.php/pessoais:wbonat:port.pdf>
- Obesidade na infância e adolescência – Manual de Orientação / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. São Paulo. 2. ed.: SBP. 2012. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/14617a-PD-ManualNutrologia-Alimentacao.pdf>
- Miranda LP et alii. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. *J Pediatr (Rio J)* 2003;79(Supl.1):S33-S42. Disponível em: <http://www.jped.com.br/Conteudo/03-79-s33/Port.PDF>
- Maciel APP. Utilização dos psicofármacos em crianças nos centros de apoio psicossocial infante juvenil de Fortaleza. 2013. 101 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2013. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/2013040404000412BR.pdf>
- Machado CM, et al. Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. *Psicol. teor. prat. (São Paulo)* 2014-ago;16(2). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v16n2/05.pdf>
- Paranhos-Passos F, Aires S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2013;23(1):13-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n1/02.pdf>
- Steven P. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. July 2007;46(7):894-921. Disponível em: [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(09\)62182-1/pdf](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(09)62182-1/pdf)
- Zito JM, Derivan AT, Kratochvil CJ, Safer DJ, Fegert JM, Greenhill LL. Off-label psychopharmacologic prescribing for children: History supports close clinical monitoring. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2008;2(1):24. Disponível em: <http://www.capmh.com/about/acces>
- Peixoto ALB, Rodrigues MMP. Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental. *Aletheia*, Canoas, dez-2008;(28) Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942008000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000200008&lng=pt&nrm=iso)

17. JR WC, Nicolato R. Características das prescrições no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *J Bras Psiquiatr.* 2009;58(3):195-99. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n3/09.pdf>
18. Venancio SI et al. Metilfenidato no tratamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças e adolescentes. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.), São Paulo, maio 2013;14(2).* Disponível em: [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-18122013000200016&lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122013000200016&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 3 out. 2015.
19. Zito JM, Safer DJ, Reis S, Gardner JF, Magder L, Soeken K, Boles M, Lynch F, Riddle MA. Psychotropic Practice Patterns for Youth A 10-Year Perspective *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003. Disponível em: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=481233>
20. Polanczyk, G.; Jensen, P. Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: a review and update. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2008. Disponível em: [http://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993\(07\)00120-4/abstract](http://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993(07)00120-4/abstract)
21. Riesgo, R. e Rohde, L.A. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Em: Kapczinski, F.; Quevedo, J. e Izquierdo, I (Ed.). *Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos.* Porto Alegre: Artmed, 2004.
22. Boaz C. Caracterização das queixas apresentadas por meninos e meninas encaminhados a clínicas-escola. [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre, RS: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/4869>
23. Petresco S, Anselmi L, Santos IS, Barros A J D, Fleitlich-Bilyk B, Barros FC, & Matijasevich A. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6-year-old children: 2004 Pelotas Birth Cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2014. Disponível em: [http://download.springer.com/static/pdf/651/art%253A10.1007%252Fs00127-014-0826-z.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs00127-014-0826-z&toKen2=exp=1445983014~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F651%2Fart%25253A10.1007%25252Fs00127-014-0826-z.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs00127-014-0826-z\\*~hmac=5d0cdd26da25faefbb774de7ba3946d29457718d3ee247e22d21f67e4dd2896c](http://download.springer.com/static/pdf/651/art%253A10.1007%252Fs00127-014-0826-z.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs00127-014-0826-z&toKen2=exp=1445983014~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F651%2Fart%25253A10.1007%25252Fs00127-014-0826-z.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs00127-014-0826-z*~hmac=5d0cdd26da25faefbb774de7ba3946d29457718d3ee247e22d21f67e4dd2896c)
24. Machado CM et al. Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. *Psicol teor pra., São Paulo;2014;16(2).* Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v16n2/05.pdf>
25. Santos et al. Achados comportamentais e cognitivos em crianças de 5 a 11 anos nascidas com baixo peso. *Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 2014;58(3):203-08.* Disponível em: <http://www.amrigs.org.br/revista/58-03/006.pdf>
26. Pinto ICS et al. Excesso de peso e obesidade abdominal em adolescentes escolares. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, 2010;26(9):1727-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/06.pdf>
27. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, 2003;19(Sup. 1):S181-S191. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19s1/a19v19s1.pdf>
28. Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ* 2007; 85:660-7. Disponível em: [http://www.who.int/growthref/growthref\\_who\\_bull/en/](http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull/en/)
29. Sampei MA et al. Avaliação do estado nutricional de adolescentes Kamayurá *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, jun. 2007;23(6):1443-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n6/18.pdf>
30. Almeida FA. A importância das aulas práticas de ciências para alunos com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre, RS: Universidade Federal do Rio Grande; 2012. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/4782/Franciaele%20Almeida%20de%20Almeida.pdf?sequence=1>

Recebido em 11/11/2015  
Revisado em 20/06/2016  
Aceito em 30/06/2016

**Autor correspondente:**

Thaisa Martins Brito  
Rua paulista - Quadra: 10 I 08 - Jardim Luz - Goiânia - Goiás  
CEP 74915200  
Telefone: 91125696  
E-mail: [thaisabritomed@hotmail.com](mailto:thaisabritomed@hotmail.com)

**Tabela 1** - Caracterização do estado nutricional dos pacientes de Neuropsiquiatria infantil do Ambulatório Municipal de Psiquiatria (AMP) de Goiânia no período de abril de 2013 a junho de 2015 quanto ao sexo, faixa etária, diagnóstico e medicamentos mais utilizados.

	<i>Magreza / magreza acentuada</i>	<i>Eutrofia</i>	<i>Sobrepeso / obesidade</i>	<i>Total</i>
<i>Sexo</i>				
Feminino	40 (10,5%)	52 (13,6%)	19 (5%)	111 (29,1%)
Masculino	136 (35,7%)	91 (23,9%)	43 (11,3%)	270 (70,9%)
<i>Total</i>	176 (46,2%)	143 (37,6%)	62 (16,3%)	381 (100%)
<i>Faixa etária</i>				
Pre-escolares	2 (100%)	0	0	2 (1%)
Escolares	67 (67%)	27 (27%)	6 (6%)	100 (26%)
Adolescentes	102 (37%)	116 (43%)	61 (20%)	279 (73%)
<i>Total</i>				381 (100%)
<i>Diagnóstico</i>				
TDAH	90 (50%)	70 (39%)	20 (11%)	180 (47%)
Retardo mental	45 (46%)	28 (28%)	27 (26%)	100 (26%)
Outros	40 (40%)	45 (44%)	16 (15%)	101 (27%)
<i>Total</i>				381 (100%)
<i>Tratamento</i>				
Ritalina	32 (40%)	36 (44%)	13 (16%)	81 (22%)
Risperidona	28 (62%)	11 (24%)	06 (14%)	45 (12%)
Outras				255 (66%)
<i>Total</i>				381 (100%)