

INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO POR CRIANÇAS E CORRELAÇÃO COM O PICANISMO

FOREIGN BODY INGESTION BY CHILDREN AND CORRELATION WITH PICANISM

Jéssica de C. Haddad¹✉; Carla Eliane C. de Sousa²

¹ Acadêmica de medicina da UNIFESO – Centro Universitário Serra dos Órgãos, ² Cirurgiã Pediátrica – professora adjunta da UNIFESO – Centro Universitário Serra dos Órgãos.

RESUMO

Introdução: A ingestão de corpos estranhos – entendidos como qualquer objeto ou substância que inadvertidamente penetre o corpo ou suas cavidades – é um tema importante em pediatria. A sufocação ou obstrução é a primeira causa de morte por causa externa em bebês com até um ano de idade e, quando os eventos de ingestão se tornam recorrentes para uma mesma criança, pode-se suspeitar da Síndrome de Pica.

Objetivo: Elucidar medidas básicas de prevenção contra ingestão de corpo estranho por crianças e a importância da identificação de casos recorrentes correlacionando-os com o picanismo. **Metodologia:** Para a pesquisa as bases de dados consultadas foram: *Lilacs e PubMed*, usando os descritores: “Foreign Body Ingestion”, “Pica”, “Picanismo”. Sendo selecionados artigos de 2012 a 2019. **Resultado:** A ingestão de corpo estranho resulta em um grave problema de saúde na população pediátrica, sendo um dos principais acidentes ocasionados na infância com taxas de morbimortalidade elevadas. A relação da frequência dos eventos no público infantil com a Síndrome de Pica ainda não é um tema amplamente estudado, não havendo estudos verticalizados correlacionando os dois assuntos. **Conclusão:** O pediatra exerce um papel de suma importância na prevenção da ingestão de corpo estranho, em especial quando fornece orientação aos pais e/ou responsáveis de que as medidas básicas de precaução são a melhor proteção que podem oferecer às crianças. Ademais, não somente necessitam atuar de forma incisiva no tratamento imediato, como também precisam, por meio de uma visão ampliada do acontecimento – e desde que seja recorrente –, identificar um possível transtorno alimentar como o picanismo.

Descritores: Ingestão de Corpo Estranho. Acidentes na Infância. Síndrome de Pica. Picanismo. Transtornos alimentares na infância e adolescência.

ABSTRACT

Background: The ingestion of foreign bodies – understood as any object or substance that inadvertently penetrates the body or its cavities – is an important topic in pediatrics. Suffocation or obstruction is the leading cause of death from external causes in babies up to one year of age, and when ingestion events become recurrent for the same child, Pica Syndrome should be suspected. **Objectives:** To elucidate basic preventive measures against foreign body ingestion by children and the importance of identifying recurrent cases and correlating them with pica. **Methods:** For the research the databases consulted were: LILACS and PubMed, using the descriptors: "Foreign Body Ingestion", "Pica", "Picanismo". Articles being selected from 2012 to 2019. **Results:** Ingestion of a foreign body leads to a serious health problem in the pediatric population, being one of the main accidents caused in childhood with high morbimortality rates. The relation between the frequency of events in children and the pica syndrome is still not a widely studied

topic, with only a few vertical studies correlating the two subjects. **Conclusions:** Pediatricians play an extremely important role in preventing foreign body ingestion, especially when providing guidance to parents and / or guardians that basic precautionary measures are the best protection they can offer their children. Furthermore, not only do they need to act decisively in the immediate treatment, but they also need, through an amplified view of the event - and since it is recurrent -, to identify a possible eating disorder such as pica.

Keywords: Foreign Body Ingestion; Childhood accidents; Pica Syndrome; Picanism; Eating disorders in childhood and adolescence

INTRODUÇÃO

Uma das questões mais recorrentes e corriqueiras que os pediatras enfrentam no dia-a-dia da profissão nas emergências, diz respeito ao atendimento a crianças que ingerem corpos estranhos (CE), problema este que apresenta uma taxa elevada de morbidade¹, em especial quando há a reiteração do ato, o que, a seu turno, pode significar a existência de um distúrbio psiquiátrico conhecido como Síndrome de Pica, ou picanismo – daí a relevância do presente estudo que, por meio de uma revisão bibliográfica, terá como escopo a análise e a apresentação das condutas comumente utilizadas no tratamento das aludidas questões.

O conceito de corpo estranho compreende qualquer objeto ou substância que inadvertidamente penetre no corpo ou em suas cavidades². Apesar de os CE mais associados a esses acidentes serem as moedas, são os objetos pontiagudos, perfurocortantes, ímãs e baterias – que estão presentes nas maiorias dos brinquedos, controles e aparelhos eletrônicos aos quais a criança tem contato direto – que acabam restando mais relacionados a maior morbimortalidade¹.

Na primeira infância, mais especificamente nos três primeiros anos de vida, encontra-se a maioria dos casos atendidos, com prevalência dos meninos em relação às meninas, em uma proporção de 2:1³. O desenvolvimento neuropsicomotor e a anatomia encontrados nessa fase estão intimamente ligados às causas que levam a ocorrência desse tipo de evento³.

Quando impactados, os objetos ingeridos podem ser encontrados no trato digestório em locais de constrições fisiológicas, sendo o esfôfago o órgão onde ocorre mais comumente as

complicações. Em torno de 80% dos CE são eliminados espontaneamente, sendo que apenas 20% necessitam de retiradas endoscópicas e, destes, menos de 1% resultam em cirurgia¹.

Para o sucesso do tratamento em tempo recorde, é necessário que se tenha um diagnóstico precoce, que somente pode ser estabelecido em conjunto com a família ou responsáveis e pediatras quando da suspeita de ingestão de CE pela criança, já que os sintomas apresentados são extremamente inespecíficos e qualquer atraso pode ocasionar em complicações severas e/ou óbito¹.

OBJETIVOS

Objetivo primário:

Discorrer sobre as formas atuais de tratamento emergencial de crianças que ingerem corpos estranhos, bem como elucidar a importância do papel do pediatra em insistir com os pais, responsáveis ou cuidadores acerca da necessidade da adoção de medidas básicas de prevenção, uma vez que são essas as principais maneiras de se proteger a criança.

Objetivo secundário:

Correlacionar a recorrência de casos de ingestão de corpo estranho por crianças e a possibilidade do aludido comportamento estar relacionado com a Síndrome de Pica – tratar da importância do desenvolvimento de um trabalho em conjunto com uma equipe multidisciplinar, a fim de tratar não somente os casos críticos, mas também, prevenir a ocorrência de novos casos.

METODOLOGIA

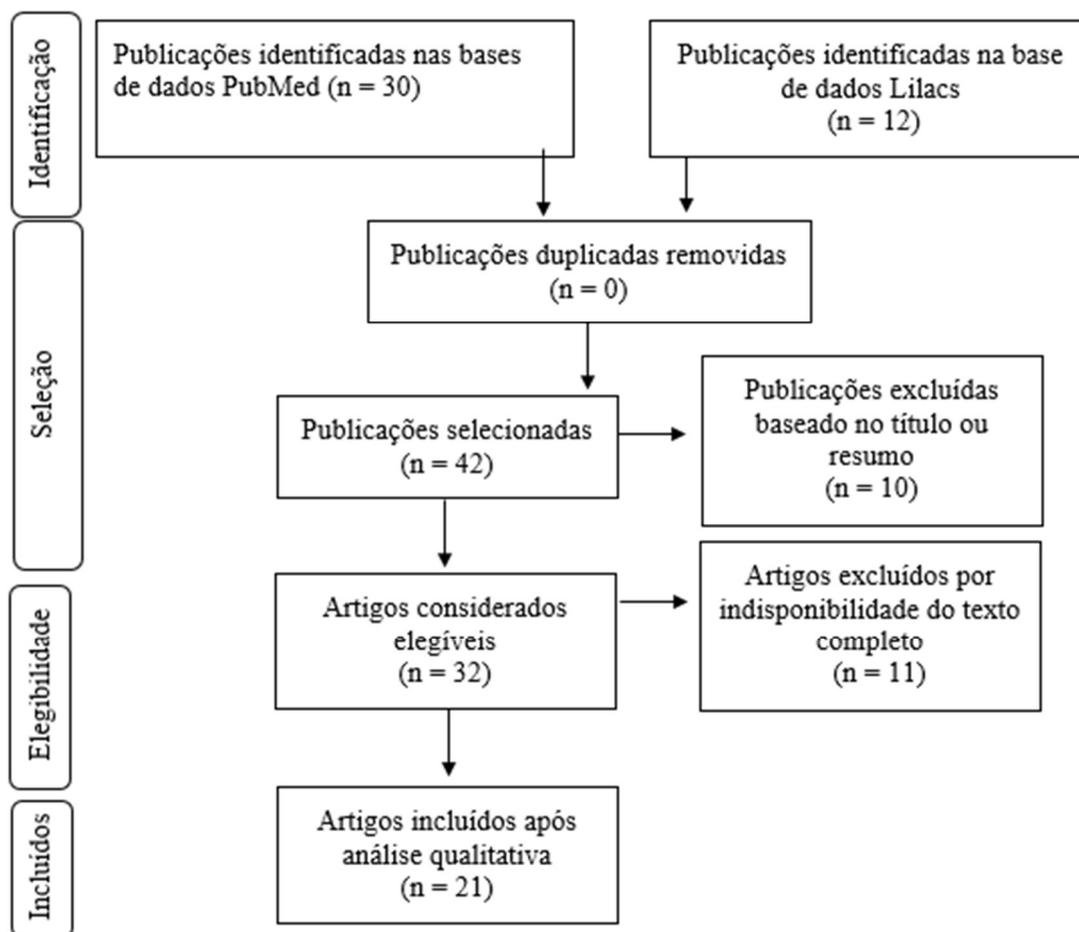
Trata-se de uma revisão sistemática de literatura. Para a pesquisa, as bases de dados

consultadas foram: *Lilacs* e *PubMed*, usando os descritores “*Foreign Body Ingestion*”, “*Pica*”, “*Picanismo*”. Empregando o operador booleano “AND” na formação da chave de pesquisa.

Foram incluídos artigos de 2012 a 2019 escritos na língua portuguesa e inglesa e que tinham como foco o acidente por ingestão de corpo estranho em crianças e a Síndrome de Pica. O filtro utilizado foi de textos completos grátis.

Foram excluídos todos os artigos que não incluíram a população pediátrica tanto nos acidentes por ingestão de corpo estranho, quanto correlacionando-os com a síndrome, bem como os que possuíam um baixo grau de evidência. Dos 42 artigos encontrados, foram selecionados 21 para a construção do trabalho, que abrangiam o tema e as descrições necessárias, seguindo a metodologia de seleção do fluxograma abaixo:

Figura 1: Protocolo de Pesquisa (*PRISMA Flow Diagram*).



Fonte: elaborada pelo autor.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ingestão de Corpo Estranho na Pediatria:

Para o grupo pediátrico, uma grande dificuldade com que lidam constantemente são os acidentes relacionados à ingestão de corpo estranho, pois a sufocação ou obstrução das vias aéreas é um desfecho bastante comum – esta constitui a primeira razão de morte por causa externa em bebês em seu primeiro ano de vida. De acordo com o Ministério da Saúde, em 2012,

756 crianças de até 14 anos foram a óbito vítimas de sufocação³.

Por essa razão, com o objetivo de se quantificar tais eventos e traçar uma linha de prevenção, criou-se o Susy Safe Project, um projeto de origem europeia – nascido na Itália – e no qual o Brasil tem participação. Esse projeto europeu busca, primordialmente, integrar diversos dados dos países de todos os continentes na luta contra as aspirações/ingestões de corpos estranhos em crianças de 0 a 14 anos³. O próprio site do programa define que:

“Susy Safe é um registro de vigilância de lesões causadas pela ingestão, aspiração, inalação ou inserção de corpos estranhos alimentares ou não alimentares (correspondendo aos códigos 930 a 939 da CID9), que reúne dados de todos os países da UE e outros, para:

1. fornecer um perfil de análise de risco para cada um dos produtos que causam a lesão, com o objetivo de:

- criar sistemas de vigilância para lesões causadas por asfixia em jovens consumidores em razão de *design* ou embalagem inadequada de produto;
- ajudar a garantir a segurança dos consumidores, indicando produtos cujo perfil de risco é claramente incompatível com uma fruição segura do próprio produto;
- fornecer à Comissão da UE dados comparativos sobre o risco/benefício de cada um dos produtos que causam as lesões, a fim de ponderar os riscos aceitáveis *versus* o impacto econômico previsto com a retirada do mercado do produto envolvido;

2. fornecer uma avaliação de como as disparidades socioeconômicas entre os cidadãos da UE podem afetar a probabilidade de serem feridos pela ingestão de CE, com o objetivo de implementar atividades educacionais específicas sobre comportamento seguro e proteção parental ativa em relação aos produtos específicos que causam as lesões;

3. envolver, conforme apropriado, associações de consumidores e/ou autoridades nacionais de fiscalização do mercado na coleta de dados e na educação adequada dos consumidores, permitindo uma estimativa precisa dos perfis de risco para os produtos que de fato estejam causando as lesões, mas que, devido ao baixo impacto em termos de saúde infantil (ingestão de CE auto-resolvida), geralmente são subnotificados e desconhecidos nos dados oficiais da alta clínica.” (Tradução livre)⁴

Com a atenção voltada para a diminuição desse tipo de acidente, bem como com o foco voltado para a sua prevenção, muitos estudos epidemiológicos têm como principal objetivo estabelecer fatores de risco e traçar uma linha de raciocínio que expliquem por qual razão esses acidentes na infância ocorrem com tamanha incidência⁵. Como resultado, essas pesquisas demonstram como resultado que a alta probabilidade de acidentes dessa natureza decorre da interação entre o agente etiológico (forma de energia que lesa tecidos orgânicos), o

hospedeiro (criança com estado de desenvolvimento neuromotor que propicia indenizar maiores riscos) e o ambiente (situação física e psicossocial no qual ocorre o acidente)⁶.

Com o reconhecimento da aludida tríade, muitos acidentes na infância deixam de ser mera casualidade, o que também ajuda a identificar os grupos que estão em uma linha de risco elevado, assim como a relacionar os tipos de acidentes com a fase de desenvolvimento em que a criança se encontra. Como consequência, tem-se material suficiente para promover ações específicas de prevenção dos acidentes⁷.

Por que ingerem?

A anatomia e o próprio desenvolvimento neuropsicomotor de cada fase em que a criança se encontra – especialmente nas mais novas – são fatores que propiciam a ingestão de CE com maior facilidade³.

Até o primeiro ano de idade, a boca da criança apresenta uma curta distância entre os dentes incisivos e a base da língua – com o decorrer do desenvolvimento da face, a distância aumenta progressivamente. Além disso, a frequência respiratória fisiológica é mais elevada, o que faz com que alimentos lisos e escorregadios como milho, uvas ou azeitonas, deslizem pela laringe com grande facilidade, o que, em havendo aspiração, pode encaminhar os corpos estranhos aos brônquios ou até causar asfixia em razão do pequeno calibre da via aérea³.

Nos primeiros três anos de vida, a criança passa pela fase oral, na qual explora o mundo basicamente inserindo em sua boca todo e qualquer objeto com que venha a se deparar. Além disso, com o avançar da idade desenvolvem coordenação motora fina, movimento em pinça capaz de captar os menores objetos que inevitavelmente serão colocados na boca. Entretanto, a ausência dos molares faz com que a mastigação ocorra de forma incompleta, predispondo ainda mais a aspiração ou ingestão de corpos estranhos³.

O que Ingerem?

No Brasil, alimentos como milho, amendoim e feijão são os principais causadores desse tipo de injúria, principalmente em crianças em idade pré-escolar. Já nos mais velhos e

adolescentes, os objetos que compõem o material escolar são os mais predominantes, assim como outros materiais sintéticos como balões de borrachas, estrutura esféricas e brinquedos^{2, 3}.

Sinais e Sintomas:

A grande maioria dos CE que passam pelo esôfago são assintomáticos e sua conduta é expectante, podendo aguardar até três semanas no estômago para a sua eliminação – desde que não sejam perfurantes³. Porém, quando ocorre perfuração ou obstrução tanto no estômago quanto no intestino por conta desse corpo estranho, podem se manifestar sinais e sintomas da peritonite, como reação de defesa a palpação, dor abdominal, sensibilidade a descompressão. Quando o evento ocorre no intestino, a clínica além da dor abdominal, manifesta com distensão e/ou presença de vômito².

A impactação do corpo no esôfago pode provocar sintomas que são pobres ou ausentes. Todavia, quando há sintomas, eles podem se manifestar em vômitos, dor para engolir e sialorreia³.

Em situações em que ocorre o deslocamento do objeto para as vias aéreas ou uma compressão da mesma, surgem sintomas respiratórios decorrentes da própria aspiração – e isso pode causar asfixia e, até mesmo, uma parada respiratória. A clássica manifestação é a tosse incessante e incontrolável, usada como um mecanismo de defesa do próprio organismo para expelir o corpo estranho⁸.

Corpos estranhos que estão localizados na laringe e na traqueia são potencialmente perigosos e fatais, principalmente para aquelas crianças com menos de um ano de idade, em razão do pequeno calibre da via aérea que possuem – fator que eleva o risco de obstrução completa do trato respiratório, levando à asfixia³.

Abordagem Diagnóstica:

Recebida no atendimento de emergência, é o papel do pediatra colher uma anamnese rica em detalhes que o ajudará em sua conduta e terapêutica. Em crianças maiores ou nas situações em que o acidente tenha sido presenciado pelos

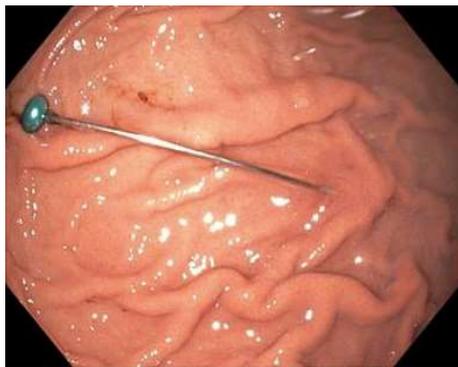
pais ou responsáveis, os corpos estranhos podem ser relatados descrevendo o seu tipo, formato, presença ou ausência de pontas, o tempo da ingestão e os sintomas apresentados desde então. Todavia, nos casos de crianças mais novas ou cuja ingestão não tenha sido presenciada, pode-se questionar as manifestações clínicas que sugerem o provável diagnóstico, como: engasgo, presença de vômitos, sialorreia ou com presença de sangue, hematêmese, disfagia, odinofagia, dor retroesternal ou torácica, recusa alimentar¹.

Após o exame físico com foco na ausculta do aparelho respiratório e exame do abdome à procura de sinais de peritonite, parte-se para os exames de imagem. Radiografias simples de cervical, torácica e abdome total em AP e perfil são capazes de identificar o objeto estranho e auxiliar no acompanhamento da sua progressão ao longo do trato gastrointestinal (GI), por serem radiopacos e poderem mostrar sinais de mediastinite ou perfuração^{1, 9}.

A tomografia computadorizada não é um exame necessário no primeiro momento, sendo indicada quando: (i) a ingestão foi de um corpo estranho radiotransparente, em casos selecionados; (ii) há suspeita de complicações como perfurações, peritonite e mediastinite; (iii) se busca afastar diagnóstico diferencial¹.

A endoscopia digestiva alta (EAD) é um exame muito útil para o diagnóstico principalmente em CE não radiopacos ou não relatados e, ao mesmo tempo, terapêutico, podendo ocorrer a retirada do objeto durante a realização do exame. A sua indicação e o tempo gasto durante a realização desse exame endoscópico irá depender da idade e do quadro clínico da criança, se está em jejum, onde está localizado o CE, o tempo decorrido da ingestão até a realização da EAD, além de ponderar se os riscos relativos de aspiração, perfuração ou obstrução de esôfago ou intestino contraindicariam o exame. Assim que ocorrer a retirada do objeto, deve-se examinar minuciosamente a mucosa do trato digestório para excluir qualquer tipo de lesão¹.

Figura 01: Imagem Endoscópica



A imagem endoscópica mostra um corpo pontiagudo no estômago. Fonte: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/distúrbios-gastrointestinais/bezoares-e-corpos-estranhos/corpos>

Figura 02: Diferenças entre moedas e baterias nas imagens radiológicas



Fonte: http://www.hcb.org.br/arquivos/downloads/hcb2016_manual_12_cadernohospital_vdigital.pdf

Estratificação de risco e conduta:

A avaliação inicial do pequeno paciente deverá ser realizada pelo médico do hospital de origem e precisa incluir a idade da criança, o quadro clínico, o tempo decorrido da ingestão até o atendimento, o tipo de corpo estranho ingerido, o tamanho, a sua forma, a localização do objeto e o estabelecimento da gravidade do caso. Baseando-se nesses dados colhidos, traçar-se-á a conduta mais adequada designando como uma urgência para a remoção mais precoce possível do corpo ou indicando uma conduta expectante, com orientações aos pais ou responsáveis caso surja manifestações de complicação¹.

Sendo indicada a remoção através da EAD, o endoscopista irá avaliar a mucosa subjacente, complicações ou o potencial risco de desenvolvê-las. A intercessão das características do CE com a gravidade das lesões encontradas no exame endoscópico estabelecerá o risco¹.

Pacientes com a classificação de risco 1 serão inseridos na Abordagem Terapêutica Risco 1 (ATR1); os de risco 2 serão na Abordagem

Terapêutica Risco 2 (ATR2) e para os incluídos como risco 3 deve seguir a Abordagem Terapêutica Risco 3 (ATR3)¹.

Tabela 01: Estratificação de risco para ingestão de corpo estranho.

| ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO | DESCRIÇÃO | RISCO DE COMPLICAÇÕES |
|-------------------------|---|-----------------------|
| Risco 1 | CE localizados abaixo do esôfago, rombos, que não eliminam substâncias tóxicas, menores de 2,5cm em diâmetro e 6cm em comprimento, em paciente sem fator de risco para impaction, em paciente assintomático. Ex.: moedas. | Baixo |
| Risco 2 | CE no esôfago; baterias, 2 ímãs ou mais, perfurocortantes ou pontiagudos; CE maiores que 2,5cm em diâmetro e 6cm em comprimento; com fator de risco para impaction, mas sem complicação. | Moderado |
| Risco 3 | Pacientes já com complicações | Alto |

Fonte: http://www.hcb.org.br/arquivos/downloads/hcb2016_manual_12_cadernohospital_vdigital.pdf

Abordagem Terapêutica:

A linha terapêutica a ser adotada deverá levar alguns critérios em conta, como: o quadro clínico em que se encontra o paciente, o tempo decorrente da ingestão e de jejum, as características e o tipo de CE ingerido e as possíveis complicações¹.

Os corpos do tipo rombo, menores que 2,5cm de diâmetro ou 6cm de comprimento, que não têm risco de eliminar substâncias tóxicas, em crianças que não possuem estenoses ou cirurgias prévias do trato gastrointestinal e que estejam localizados abaixo no esôfago (risco 1), esses devem ser incluídos na abordagem terapêutica da categoria 1, ou seja, sua conduta é expectante, sem abordagem endoscópica quando o paciente permanecer assintomático¹.

Objetos limitados ao esôfago, independentemente de suas características, pontiagudos, perfurocortantes, baterias, mais que dois ímãs, ou objetos maiores que 2,5cm de diâmetro ou 6cm de comprimento, ou se a história clínica contiver estenose ou cirurgia prévia do trato digestório, mas não havendo sinais ou lesões que elevem o risco de complicações, essas crianças apresentam risco moderado e serão inseridas na Abordagem Terapêutica Risco 2. As mesmas serão submetidas à remoção endoscópica imediata (até no máximo duas horas) ou urgente (em até 24 horas). Após o procedimento, o

paciente deverá retornar ao hospital de origem recebendo a alta com as devidas orientações aos pais ou responsáveis¹.

Nos casos em que há complicações, tais como lesões no trato GI apresentando manifestações clínicas ou radiológicas de perfuração – como pneumomediastino ou pneumoperitônio –, ou havendo extravasamento de material tóxico para o mediastino, a abordagem será a Abordagem Terapêutica Risco 3. Ao exame de EDA que apresentarem lesões de mucosa, os pacientes deverão receber tratamento individualizado de acordo com o tipo de lesão, contemplando restrição de dieta oral, dieta por sonda, hidratação venosa, sintomáticos, antibióticos e bloqueadores de H2 ou inibidores de bomba de prótons. No caso da complicação ser uma perfuração, deverá ser solicitada avaliação pela cirurgia pediátrica¹.

Em relação à localização dos CE, quando os mesmos se encontram na porção gástrica e são pontiagudos, devem ser removidos por risco de perfuração. Objetos redondos e pequenos (ex: moedas) devem ser observados durante um período de tempo. Os adultos devem observar nas fezes da criança a eliminação espontânea do objeto. Se o mesmo não aparecer nas fezes, a criança deverá retornar ao hospital de origem para a realização de radiografias em intervalos de 48 a 72 horas e, então, semanalmente, para acompanhar o percurso do corpo no trato digestório¹⁰.

A maioria dos CE que alcançam o intestino delgado atravessam normalmente o trato e são eliminados espontaneamente sem problema algum, mesmo que o processo completo leve semanas. No entanto, quando ficam retidos, estão localizados na curvatura da primeira porção do duodeno (varredura duodenal) e no estreitamento fisiológico antes da válvula ileocecal. Alguns objetos como palito de dente ou espinhas de peixes podem permanecer no trato digestório por muitos anos, sendo descobertos quando resultam na formação de granulomas ou abscessos⁴.

Para de acessar, então, o intestino delgado, pode-se realizar uma enteroscopia por *push* ou enteroscopia assistida por balão. A remoção cirúrgica é considerada nos casos em que se trate

de objetos curtos e rombos que estejam localizados no intestino delgado distalmente ao duodeno, cuja localização não tenha se alterado há mais de uma semana – e desde que o tratamento via endoscópica não seja uma opção¹¹.

Quando se observa uma reiteração da ingestão de corpo estranho por uma mesma criança, isso pode significar um transtorno psiquiátrico denominado Síndrome de Pica – cuja identificação e correto diagnóstico podem vir a ser determinantes na prevenção de casos futuros, em especial naqueles que apresentem situações mais agravadas que não possam ser tratadas.

Síndrome de Pica:

A palavra pica deriva do nome em latim do pássaro pega (magpie, em inglês), por seu hábito de colher os mais diversos objetos levando para o seu ninho para se alimentar, não fazendo diferenciação, contudo, de alimentos nutritivos e não nutritivos. Acredita-se que Hipócrates já teria descrito a síndrome no ano V a.C, quando observou a mania de algumas pessoas de comer gelo¹².

Pica ou picanismo é a ingestão persistente de substâncias não nutritivas, podendo expandir o conceito descrevendo tal distúrbio não apenas pela ingestão inusual, mas abrangendo concomitantemente a ingestão em quantidade excessiva¹³. Para que uma pessoa seja diagnosticada como portadora de picanismo, é necessário que a ingestão persista por no mínimo três meses¹⁴. O estudo da síndrome ainda permanece turvo ao longo da história – por ser pouco relatado nas consultas, a sua etiologia não é totalmente estabelecida mesmo tendo ciência de que fatores sociais, culturais, psicológicos, biológicos, comportamentais e principalmente ambiental têm sua importância. Teorias apontam a íntima ligação entre picanismo, aspectos emocionais e deficiências nutricionais de ferro e zinco¹². A despeito disso, há algumas teorias ou aspectos que se prestam a elucubrar, embora com base em dados empiricamente observados, as causas da síndrome.

Aspectos Nutricionais:

Acredita-se que um dos fatores que contribuem para a ingestão reiterada de substâncias não nutritivas encontra-se na teoria de aspecto nutricional, segundo a qual a deficiência de ferro e zinco sejam determinantes para a ocorrência da geofagia - relacionado ao apetite nutriente-específico. A corroboração da aludida teoria se solidificou após ter sido observada a remissão do hábito alimentar bizarro com a suplementação de tais nutrientes¹².

Apesar de a fisiologia dessa síndrome ainda estar em discussão, acredita-se que essas substâncias ingeridas quelam o ferro, reduzindo sua biodisponibilidade. Em contrapartida, outro braço da teoria estuda a possibilidade de que com a ingestão incessante de substâncias não nutritivas, a pessoa diminuiria o consumo de fontes de alguns tipos de nutrientes como ferro, zinco e manganês – tendo como consequência, portanto, a deficiência dos mesmos¹².

Alguns pesquisadores sugerem que o picanismo poderia ser uma manifestação da deficiência de zinco, mineral intimamente ligado ao crescimento infantil e que, quando deficiente, poderia levar à alteração do paladar. Como resultado dessa alteração, surge a falta de discriminação alimentar, porém não se tem evidências que ratifiquem essa teoria¹³.

Aspectos Culturais:

O picanismo pode ser relacionado a uma doença “folclórica”, sendo frequentemente denominada como um belo exemplo de *culture bound syndrome*, com uma limitação cultural etnocêntrica. Mesmo tendo em vista que experiências consideradas como inusuais seja uma concepção que se altera de acordo com o costume de cada região, algumas características da doença podem ser visualizadas repetidamente em diferentes localidades do mundo e em épocas distintas como prática comum - a exemplo da ingestão de terra ou argila, como costume alimentar ou superstição para cura¹⁵.

De fato, os aspectos culturais de determinada sociedade contribuem para que as pessoas nela inseridas possam realizar a prática

reiterada de geofagia, sem que isso lhes cause qualquer constrangimento - o hábito de toda uma comunidade não é considerado, ao menos internamente, como uma anormalidade que tenha que ser enfrentada do ponto de vista patológico¹².

Aspectos Sociais:

A falta de supervisão ou negligência familiar fazem com que alguns hábitos adquiridos na infância em sua fase de desenvolvimento oral se perpetuem. O ato de ingerir substâncias estranhas é banalizada, pois muitos acreditam que isso tende a ajudar na dentição da criança, sendo que corpos estranhos são muitas vezes oferecidos pelos próprios pais¹³.

Além disso, a pica está intrinsecamente correlacionada à situação econômica desfavorável na qual o indivíduo está inserido, havendo maior incidência do fenômeno em núcleos familiares ou meios sociais em que inexista uma rede de suporte e apoio - das autoridades públicas, quanto ao fornecimento de informações - ou em que persista uma desorganização familiar¹⁶. Não somente isso, mas também desde quando foi descrita pela primeira vez até nos tempos atuais, a geofagia está associada a períodos e regiões com predominância da fome, em virtude do seu efeito na sociedade¹².

Por fim, leva-se em consideração o recrudescimento da ingestão de substâncias não nutritivas por crianças órfãs, justamente nos locais responsáveis pelo seu acolhimento, principalmente por aquelas que possuem um atraso no desenvolvimento - como, por exemplo aquelas que apresentam alguma deficiência mental, baixo índice de cognição e de capacidade de comunicação se comparada a outras crianças - e que, então demandariam atenção especial¹⁷.

Aspectos Psicodinâmicos:

Presume-se que o hábito de pica está intimamente correlacionado a conflitos emocionais não resolvidos – em se tratando de crianças e adolescentes, fatores como separação dos pais e abuso sexual são os mais relatados.

O assunto, no entanto, ainda é pouco estudado e ainda há muitas lacunas a se preencher sobre os aspectos psicodinâmicos da etiologia da pica.

Aspectos Psiquiátricos:

A relação entre pica e a influência cultural ainda é o viés mais forte a ser considerado, porém com a globalização amplamente instaurada no planeta, a cultura vem se dissipando e comportamentos antes ligados a ela hoje não se fazem mais tão presentes. Dessa forma, a linha de raciocínio que relaciona pica com transtornos psiquiátricos vem ganhando espaço no cenário atual¹².

Um dos exemplos é a teoria baseada na dependência de substâncias não nutritivas, na medida em que pacientes apresentavam necessidades cada vez mais exacerbadas da ingestão da substância, que se seguiam por períodos de abstinência, manifestando sintomas como suor, queda de pressão, nervosismo e sensação de gosto da terra na boca, por exemplo¹².

No estudo descrito por Nicoletti¹⁹, a autora relata em seu trabalho o caso de uma adolescente que ingeria pastilhas de Vick Vaporub® com a intenção de não ganhar peso, um exemplo da Síndrome de Pica e transtornos alimentares. Através desse estudo, estabeleceu-se uma vertente de que o picanismo poderia vir a ser um transtorno alimentar.

A partir dessa hipótese, a síndrome foi proposta como pertencente ao espectro obsessivo-compulsivo, levando a crer que a tal ato seria um ritual que levaria ao alívio do estresse e da ansiedade²⁰.

Aspectos Epidemiológicos:

Apesar dos mais diversos estudos voltados para estabelecer uma prevalência da Síndrome de Pica, a dificuldade para obter dados epidemiológicos concretos deve-se ao fato de os diagnósticos dependerem, primordialmente, de aquela prática não ser considerada comum em determinada sociedade. Ademais, outra grande dificuldade decorre da própria omissão dos

pacientes, que, por vezes, deixam de relatar tal transtorno em virtude da vergonha que sentem¹².

Porém, com a realização de tantas pesquisas nesse campo pode-se notar que em crianças a prevalência de pica é mais alta em meninos e que 80% das ocorrências de corpos estranhos no trato GI ocorrem em indivíduos com menos de 10 anos¹³.

Uma pesquisa realizada em Pittsburgh relatou a prevalência de pica entre crianças de 1 a 6 anos e comprovou que dessas 71% tinham picanismo. As elevadas taxas de parasitoses pertencente a essa faixa está relacionada à ingestão de fezes ou grama, assim como à ingestão de tinta e plástico relacionada com exponenciais níveis séricos de chumbo. Os autores desse trabalho concluíram, por sua vez, a relação entre a síndrome e a condição socioeconômica baixa dessas crianças²¹.

Crianças institucionalizadas são mais propensas a desenvolver problemas comportamentais e têm menor capacidade de entendimento. Por essa razão, Tarren-Sweeney¹⁷ avaliou 274 crianças que pertenciam a orfanatos com idade entre 6 e 11 anos e constatou que 15% consumiam substâncias não nutritivas como objetos encontrados no lixo e água do vaso sanitário. Já estudos relacionados a indivíduos com retardo mental, a incidência estimada está entre 4% e 26%. Dentro desse aspecto, os casos mais relacionados têm a ver com crianças institucionalizadas, do gênero masculino, na primeira infância, com autismo e com dificuldades de interação, hiperatividade, depressão e tendência a automutilação¹⁶.

Diagnóstico:

O diagnóstico da Síndrome de Pica é extremamente complicado, pois depende do relato do próprio paciente que, por vezes, oculta o problema por vergonha e medo do julgamento, principalmente quando as substâncias ingeridas não são de origem alimentar (cinzas, fezes, terra, papel, etc.). Portanto, consultas periódicas com anamneses repetidas são necessárias para se estabelecer um vínculo profissional-paciente que seja suficiente para transpor a barreira da vergonha¹².

O médico deve se atentar para aqueles pacientes trazidos com queixa de problemas gastrointestinais recorrentes, com anemia ferropriva, crianças institucionalizadas e com desenvolvimento mental incompleto¹².

Em casos em que haja suspeita, a família deve ser entrevistada e exames laboratoriais sugestivos devem ser solicitados, incluindo hemograma completo, ferro sérico, ferritina, eletrólitos, chumbo sérico, função hepática e parasitoses, radiografia abdominal e endoscopia¹².

As consequências clínicas do picanismo diferem de acordo com o tipo de substância que foi ingerida e a sua quantidade. Os efeitos adversos podem ser: obstrução intestinal, obesidade pelo valor energético, infecções e desnutrição. A toxicidade é bastante comum, apresentando sintomatologia neurológica como irritabilidade, letargia, descoordenação, dores de cabeça, além de sintomas gastrointestinais (obstipação ou diarreias, dores abdominais, cólicas, vômitos e anorexia)¹².

Tratamento:

Teoricamente, dada a sua etiologia multideterminada, o tratamento para pica deve contemplar – quando não se trata de uma emergência, como uma perfuração ou obstrução intestinal por corpos estranhos – uma equipe multidisciplinar para suas diferentes facetas, incluindo tratamento psiquiátrico, psicológico e nutricional¹².

CONCLUSÃO:

Corpo estranho (CE) é qualquer objeto ou substância que penetre no organismo, ou em suas cavidades, de maneira indevida, sendo que, na infância, as vias mais comuns são a aspiração através das narinas, inserção através do conduto auditivo ou por meio da ingestão. Inicialmente, há grande suspeita de existência do aludido corpo estranho no sistema respiratório quando o acidente decorre de uma situação de engasgo, que, a seu turno, pode se agravar quando ele se

encontra no pulmão. Por outro lado, a ingestão do corpo estranho pode também levar a uma perfuração do trato intestinal ou a sua obstrução.

Portanto, na suspeita de ingestão ou aspiração de C.E. orienta-se levar a criança para o serviço de emergência mais próximo, a fim de que seja feita uma avaliação clínica, bem como sejam realizados exames de imagem, como o raio-x. Em razão de a maioria dos objetos serem radiopacos, por decisão médica podem ser solicitadas uma endoscopia (ingestão) ou broncoscopia (aspiração) – sendo estas justificadas através da anamnese e de alterações físicas encontradas durante o exame físico. Vale ressaltar que os exames de imagem podem servir, na maioria dos casos, tanto como diagnóstico quanto como tratamento. Mas nem sempre o melhor tratamento é apenas o controle do episódio isolado.

Os transtornos alimentares são condições que interferem no comportamento e na alimentação, ocasionando distúrbios com natureza do consumo em excesso ou à carência nutricional. Um desses transtornos que é pouco relatado é a Síndrome de Pica ou a picamalácia, que é uma séria condição psiquiátrica, com desfechos potencialmente graves e muitas vezes fatais. Por ser rara em seres humanos, e por se tratar do consumo de substâncias não nutritivas, é singular o indivíduo que assume tal hábito. O picanismo é pobremente mencionado no público infantil, sendo necessário uma abrangência nos estudos e pesquisas neste grupo específico abordando diagnóstico, complicações e tratamentos.

O intuito do presente estudo era elucidar a importância do papel do pediatra em insistir com os pais, responsáveis ou cuidadores acerca da importância de adotar medidas básicas de prevenção, uma vez que são essas as principais maneiras de se proteger a criança. A abrangência e a magnitude dos acidentes infantis conclamam a adoção de ações preventivas junto aos profissionais de saúde, criança, família, comunidade e sociedade em geral, com o intuito de alertar para os riscos e para a indispensabilidade da adoção de comportamentos

seguros em relação ao ambiente doméstico e à fase de desenvolvimento da criança.

Há grande importância no desenvolvimento de um trabalho em conjunto, com uma equipe multidisciplinar, quando se identifica a recorrência de ingestão de corpo estranho por uma mesma criança, pois essa recorrência pode ser ocasionada pela Síndrome de Pica – assim, com auxílio de um psiquiatra, um psicólogo e um nutricionista, é possível traçar um plano de tratamento que seja mais completo e contundente, ampliando o tratamento para além dos episódios pontuais, atingindo, conseqüentemente, a própria causa e evitando conseqüências futuras.

REFERÊNCIAS

1. Silva AAR, Rezende ALF, Silva MJO, Passos RS, Falluh Filho R, Gois WAF. Diretriz Interprofissional de Atenção à Criança e ao Adolescente com Ingestão de Corpos Estranhos. Brasília: HCB, 2016.
2. SBP Sociedade Brasileira de Pediatria [homepage na internet]. Aspiração de corpo estranho. 2014. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/aspiracao-de-corpo-estranho/>. (Acesso em: 21/05/2020).
3. Gikas RMC. Recomendações. Atualização de condutas em pediatria. Aspiração/ingestão de corpos estranhos. SBP, São Paulo, 2016.
4. SUSYSAFE [homepage na internet]. The Susy Safe project. Surveillance System on Foreign Body Injuries in Children. Disponível em: <https://www.susysafe.org/index.php?lang=br>. (Acesso em: 21/05/2020).
5. Souza LJEX, Barroso MGT. Revisão bibliográfica sobre acidentes com crianças. Rev Esc Enf USP. 1999; 33(2): 107-112.
6. Martins CBG. Acidentes na infância e adolescência: umarevisão bibliográfica. Rev Bras Enferm. 2006 maio-jun; 59(3): 344-8.
7. Filócomo FRF, Harada MJS, Silva CV, Pedreira MLG. Estudo dos acidentes na infância em um pronto-socorro pediátrico. Rev Latino-am Enf. 2002; 10: 41-7.
8. Chaves D.M, Ishioka S, Cheng S, Martins BC. Corpos estranhos de esôfago. In: Sakai P, Ishioka S, Maluf Filho F, Moura EGH, Martins BC. Tratado de endoscopia digestiva diagnóstica e terapêutica. São Paulo, SP: 2014. Pgs. 215-223.
9. MSDMANUALS [homepage na internet]. Corpos estranhos intestinais e gástricos. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/disturbios-gastrointestinais/bezoares-e-corpos-estranhos/corpos-estranhos-intestinais-e-gastricos?query=Corpos%20estranhos%20no%20trato%20digestivo>. (Acesso em: 21/05/2020).
10. ASGE Standards of Practice Committee, Ikenberry SO, Jue TL, et al. Management of ingested foreign bodies and food impactions. Gastrointest Endosc. 2011;73(6):1085-1091.
11. MSDMANUALS [homepage na internet]. Endoscopia. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%3%BARbios-gastrointestinais/procedimentos-diagn%3%B3sticos-e-terap%3%AAuticos-gastrointestinais/endoscopia>. (Acesso em: 02/06/2020).
12. Kachani AT, Cordás TA. Da ópera-bufa ao caos nosológico: pica. Rev Psiq Clín. 2009; 36(4): 162-9.
13. Walker ARP, Walker BF, Sookaria FI, Cannan RJ. Pica. R Soc Promot Health. 1997; 117: 280-4.
14. Nascimento IS, Alves MAL. Picamalácia infantil: um estudo de caso. Nut Brasil. 2018; 17(3).
15. Boyle JS, Mackey MC. Pica: sorting it out! J Transcult Nurs. 1999; 10: 65-8.
16. Gravestock S. Eating disorders in adults with intellectual disability. J Intellect Disabil Res. 2000; 44: 625-37.
17. Tarren-Sweeney M. Patterns of aberrant eating among pre-adolescent children in foster care. J Abnorm Child Psychol. 2006; 34: 623-34.
18. Singhi S, Singhi P, Adwani GB. Role of psycho social stress in the cause of pica. Clinical Pediatrics. 1981; 20: 783-5.

19. Nicoletti A. Pica when you least expectit. J
Pediatr Adolesc Gynecol.2003; 16: 173-4.
20. Gurenlian JR. Eating disorders. J Dent
Hyg.2002; 76: 219-38.

21. Glickman LT, Chaudry IH, Constantino J,
Clack FB, Cypress RH, Winslow L. Pica patterns,
toxocarioris, and elevated blood lead in children.
Am J Trop Med Hyg. 1981; 30: 77-80.