



LETÍCIA BOLSSON RADINS

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO

**RELATO DE CASO: TRANSTORNO DE PICA POR INGESTA DE ESPONJAS
NA ADOLESCÊNCIA**

PICA BY INGESTION OF SPONGE IN ADOLESCENCE: CASE REPORT

Santa Maria, RS

2021

LETÍCIA BOLSSON RADINS

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO
RELATO DE CASO: TRANSTORNO DE PICA POR INGESTA DE
ESPONJAS NA ADOLESCÊNCIA

Trabalho final de graduação (TFG) apresentado ao curso de Medicina, Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana - UFN, como requisito básico para conclusão de curso.

Orientadora:

Prof. Denise Araújo de Freitas

Santa Maria, RS

2021

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
	1.1 JUSTIFICATIVA.....	8
	1.2 OBJETIVOS.....	9
	1.2.1 Objetivo Geral	9
	1.2.2 Objetivos Específicos	9
2	DESCRIÇÃO DO CASO.....	10
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	12
	3.1 Epidemiologia	12
	3.2 Etiologia.....	12
	3.3 Quadro clínico	14
	3.4 Diagnóstico.....	15
	3.5 Tratamento	16
4	DISCUSSÃO.....	18
5	CONCLUSÃO.....	21
5	REFERÊNCIAS.....	22

RESUMO

O transtorno de pica é caracterizado pela ingestão de substâncias não alimentares e não nutritivas pelo período de pelo menos um mês. A prevalência da patologia não é totalmente estabelecida na literatura, entretanto há estudos demonstrando que a frequência é maior entre crianças e gestantes. A etiologia também carece de evidências, com fatores psicodinâmicos, nutricionais, culturais e socioeconômicos sendo citados. Muitas vezes o diagnóstico não é estabelecido devido à vergonha do paciente em compartilhar seus hábitos e à falta de conhecimento do profissional da saúde a respeito do transtorno. O tratamento é multidisciplinar, com psicoterapia, medidas preventivas, nutricionais e medicamentosas. Neste relato de caso, é descrito uma paciente adolescente com diagnóstico de transtorno de pica por ingestão de esponjas, em que aspectos psicodinâmicos, como abuso sexual e adversidades familiares, podem definir a etiologia. Foi realizada revisão da literatura acerca das apresentações e características do distúrbio. O propósito deste estudo de caso baseia-se na necessidade de mais revisões a respeito da doença, a qual pode ocasionar consequências negativas para o paciente, se não diagnosticada e manejada da forma correta.

Palavras-Chave: pica; transtorno; transtorno de pica; transtorno alimentar; perversão alimentar; ingestão; esponja; abuso sexual

ABSTRACT

Pica is a disorder characterized by the ingestion of non-food and non-nutritive substances for a period of at least one month. The prevalence of the pathology is not fully established in the literature, however there are studies showing that the frequency is higher among children and pregnant women. The etiology is also lacking of evidence, with psychodynamic, nutritional, cultural and socioeconomic factors being cited. The diagnosis is often not established due to the patient's shame in sharing their habits and the health professional's lack of knowledge about the disorder. Treatment is multidisciplinary, with psychotherapy, preventive, nutritional and drug measures. In this case report, is described an adolescent patient with a diagnosis of pica by sponge ingestion, in which psychodynamic aspects, such as sexual abuse and family adversities, can define the etiology. A literature review was carried out on the presentations and characteristics of the disorder. The purpose of this case study is based on the need for more reviews regarding the disease, which can have negative consequences for the patient if it is not correctly diagnosed and administered.

Key words: pica; disorder; eating disorder; food perversion; ingestion; sponge; sexual abuse

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), o transtorno de pica é uma perversão alimentar caracterizada pela ingestão persistente de substâncias não nutritivas, não alimentares, pelo período de pelo menos um mês. Tal ingestão é considerada imprópria em relação ao nível de desenvolvimento do indivíduo e esse comportamento alimentar não faz parte de nenhuma prática culturalmente aceita (American psychiatric association, 2014, p. 329). O termo “pica” deriva do nome em latim do pássaro pega-rabilonga (magpie, em inglês), que possui hábitos alimentares peculiares, ingerindo substâncias variadas para saciar sua fome, sem discriminar substâncias nutritivas daquelas não nutritivas (BORGNA-PIGNATTI; ZANELLA; 2016).

O transtorno pode ser definido pelos tipos de substâncias consumidas, que são variadas, incluindo papel, sabão, tecido, cabelo, terra, gelo, tinta, cola, esponja, detergente, vômito, fezes, carvão vegetal ou mineral, pedras, metal, tinta, cola, entre outras. Há uma nomenclatura específica dependendo da substância, como geofagia (consumo de terra), pagofagia (consumo de gelo), acufagia (consumo de objetos pontiagudos), tricofagia (consumo de cabelo), amilofagia (consumo de farinha crua), rizofagia (consumo de arroz cru) e litofagia (consumo de pedras). A introdução de mais de uma substância é chamada polípica e, em geral, as perversões mais comuns são geofagia e amilofagia. (MCNAUGHTEN; BOURKE; THOMPSON; 2017).

A prevalência do transtorno de pica não é totalmente estabelecida na literatura, devido às diferenças da definição do distúrbio, do diagnóstico e dos hábitos culturais ao redor do mundo. Além disso, os pacientes muitas vezes não relatam a prática alimentar, o que dificulta a definição da prevalência. Estima-se que a incidência de perversão alimentar seja maior entre crianças de 18 a 36 meses, diminuindo com a idade. Contudo, o DSM V recomenda que o diagnóstico de pica seja realizado apenas após os 2 anos de idade. A patologia é mais prevalente entre indivíduos com baixo nível cognitivo, transtornos mentais e problemas sociais. Entre gestantes o hábito é frequente, com estudos mostrando que 27.8% das mulheres gestantes e no pós-parto possuem a prática alimentar (BLINDER; SALAMA; 2008 e J. FAWCETT; M. FAWCETT; MAZMANIAN; 2015).

A etiologia de tal transtorno não é bem definida na literatura, sendo provavelmente multifatorial, incluindo mecanismos bioquímicos até psicossociais. A associação com

deficiência de micronutrientes, como ferro, zinco e cálcio, além de baixo nível de hematócrito e hemoglobina, é descrita. No caso de crianças e adolescentes, há relação com desorganização social, negligência parental, abuso sexual e desnutrição. Em adultos, ocorre com mais frequência em indivíduos com distúrbios mentais e gestantes (LEUNG; HON; 2019 e MCNAUGHTEN; BOURKE; THOMPSON; 2017).

Complicações podem ser decorrentes do consumo de substâncias não alimentares e não nutritivas, sendo que a gravidade depende do item consumido. Pode haver deficiência nutricional, problemas dentais e orais, constipação, dor abdominal e infecção por parasitas. Consequências mais graves, potencialmente fatais, incluem obstrução e perfuração intestinal, infecção e envenenamento, o qual ocorre comumente por chumbo decorrente de geofagia. (CALL; SIMMONS; MEVERS; ALVAREZ; 2015).

Para o diagnóstico, além de seguir os critérios presentes no DSM V, é importante focar no tipo de substância que está sendo ingerida pelo paciente, questionando o tempo e a frequência do hábito. Pesquisar na anamnese patologias que podem coexistir com o transtorno de pica, assim como informações a respeito do histórico de desenvolvimento e contexto social do paciente. O diagnóstico pode ser complexo diante da dificuldade do paciente em conversar sobre o hábito alimentar, por isso é de extrema importância manter uma boa relação médico-paciente. O tratamento, por sua vez, é multidisciplinar, realizado por meio de medidas preventivas, educacionais e medicamentosas. Há evidências de que a terapia cognitivo comportamental é o método de psicoterapia com melhores desfechos. A respeito do tratamento medicamentoso, há relatos de uso de inibidores da receptação da serotonina e metilfenidato, porém são escassos. (MCNAUGHTEN; BOURKE; THOMPSON; 2017)

1.1 JUSTIFICATIVA

O transtorno de pica é uma patologia que pode levar a consequências graves e até mesmo fatais, dependendo do tipo de substância que é ingerida pelo paciente. No entanto, há poucos relatos e estudos relacionados sobre assunto, o que leva ao subdiagnóstico e ao manejo inadequado de muitos pacientes. Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de transtorno de pica em uma paciente adolescente, e realizar uma revisão da literatura que aborde a definição da doença, suas possíveis etiologias, suas principais manifestações clínicas, seu diagnóstico e seu tratamento.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Relatar um caso de transtorno de pica em uma paciente adolescente.

1.2.2 Objetivos Específicos

Elaborar uma revisão de literatura sobre o tema, desde a definição do transtorno de pica, suas manifestações clínicas, investigação diagnóstica e tratamento, tendo em vista a necessidade de novos relatos devido à precariedade de estudos a respeito dessa patologia e seu tratamento na literatura científica.

2. DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente L.R.D, 16 anos, feminina, estudante do ensino médio, procedente e residente de Santa Maria/RS. Apresenta como queixa principal crises de ansiedade que vem piorando há 1 ano.

Paciente atendida no ambulatório de Psiquiatria do Hospital Casa de Saúde com relato de crises de ansiedade diárias, insônia e humor deprimido. Mora com a mãe, três irmãos e três primas menores de idade. Uma das primas é cadeirante, apresenta paralisia cerebral e demanda cuidados e supervisão pela família. Pais de L são separados, a mãe trabalha em uma loja de roupas e o pai não tem convívio com a paciente. Também refere que ele é usuário de cocaína e está desempregado. Tem um padrasto que está preso por tráfico de drogas. Relata histórico de abuso sexual por tio avó paterno quando tinha cinco anos de idade, com duração de um ano. Há um ano atrás tia materna faleceu por CID 10 B24 e, desde então, a paciente apresentou piora dos sintomas de ansiedade. Na mesma época contou a sua mãe a respeito do abuso sexual. Logo depois desses eventos iniciou também com perversão alimentar, pela ingestão de esponja de cozinha. Não soube informar a quantidade de esponja ingerida, mas sua mãe relata encontrar a substância escondida no quarto da paciente, o que sinaliza a gravidade do comportamento. Além disso, a mãe tem evitado comprar esponjas para tentar reduzir o hábito de L.

Há seis meses houve piora da insônia, sendo que a paciente relata passar noites escutando músicas tristes e chorando. Refere uso esporádico de cigarro e cannabis. Nega ideação suicida atual ou prévia.

Na primeira consulta veio acompanhada da mãe, sendo prescrito escitalopram 10 mg/dia e rivotril sublingual 0,25 mg se necessário. Foi solicitado exames laboratoriais e orientada que se houvesse crises de ansiedade intensas ou ideação suicida, procurasse atendimento na UPA com urgência.

No retorno, a paciente veio acompanhada da mãe do namorado, relatando não ter iniciado as medicações devido a sua mãe temer os efeitos colaterais. Também não coletou os exames laboratoriais solicitados. Refere ter feito uso de valeriana, água de melissa, cigarro e maconha desde a última consulta. Houve piora dos sintomas, com persistência das crises de ansiedade e da perversão alimentar. A paciente e acompanhante foram orientadas sobre a segurança da medicação, da importância de realizar o tratamento adequado e das consequências da não adesão, optando-se dessa vez pela prescrição de sertralina 25 mg/dia, com plano de aumento para 50mg/dia. A troca foi sugerida com o

objetivo de melhorar a insônia e pela praticidade na tomada, sem necessidade de partir o comprimido. A mãe do namorado se comprometeu a trazer a paciente nas próximas consultas, referindo que a mãe de L. trabalha durante o dia. Além do tratamento farmacológico, L. foi encaminhada à psicologia com brevidade.

Até o presente momento, a paciente mantém difícil adesão ao ambulatório, tendo faltado a última consulta. Entramos em contato 3 vezes, através do telefone celular, com a paciente e sua mãe, sendo explicado a mãe, que não veio na última consulta, sobre a importância do seguimento ambulatorial para a realização de um tratamento adequado. Entretanto, não houve retorno da paciente ao ambulatório. Também nos foi informado pela mãe que a paciente teria necessidade de trabalhar para ajudar nos sustento da casa e naquele momento estava iniciando como cuidadora de uma criança, o que impossibilitaria sua ida ao ambulatório.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 EPIDEMIOLOGIA

A epidemiologia do transtorno de pica não é bem definida na literatura. Acredita-se que a frequência é maior do que a registrada nos estudos, devido ao transtorno não ser frequentemente investigado por profissionais da saúde e ser pouco relatado pelos pacientes e seus parentes. Sabe-se que a ingestão de substâncias não alimentares e não nutritivas é mais comum em crianças entre dezoito meses e seis anos, sendo que a prática diminui com o aumento da idade e o diagnóstico de pica é realizado a partir dos dois anos. Segundo estimativas, 20 a 30% das crianças entre essa faixa etária já possuíram a prática de perversão alimentar. Entre as crianças, tal distúrbio ocorre com mais frequência naquelas que apresentam deficiência nutricional, estresse psicossocial, figura materna ou paterna não presente e desorganização familiar. Entre os adultos, é mais comum quando associado a gestação, transtornos mentais e baixo nível cognitivo (LEUNG; LUN HON; 2019 e BHATIA; GUPTA; 2009).

Há uma evidente associação entre o transtorno de pica e a gestação. Uma metanálise realizada com 70 estudos demonstrou uma prevalência do transtorno em 27.8% das gestantes e puérperas ao redor do mundo. Nesse mesmo estudo, notou-se que a patologia é mais prevalente na África quando comparada com o resto do mundo. Níveis de anemia também são relacionados com o aumento da prevalência, visto que mulheres com anemia apresentaram 1.6 vezes mais chances de ter a perversão alimentar. Ademais, a frequência aumenta em indivíduos de nível social e educacional mais baixo (J. FAWCETT; M. FAWCETT; MAZMANIAN; 2015).

3.2 ETIOLOGIA

A etiologia do transtorno de pica é incerta, porém existem algumas hipóteses multifatoriais para explicar tal perversão alimentar. Fatores psicodinâmicos, nutricionais, culturais e socioeconômicos são citados na literatura. A respeito do aspecto psicodinâmico, eventos traumáticos, como separação e negligência parental, abuso sexual e problemas familiares podem predispor a um quadro de pica. Há duas publicações de relatos de casos sobre pica, por ingestão de objetos metálicos pontiagudos e papel, em

que os autores relacionam o abuso sexual sofrido na infância pelas pacientes com o surgimento da patologia (BGATTACHARJEE; SINGH; 2008 e TABAAC, J.; TABAAC, V.; 2015).

Além disso, a ingestão de substâncias não nutritivas é um hábito cultural em alguns lugares e comunidades do mundo. Em algumas culturas da Índia, por exemplo, acredita-se que ingerir substâncias como lama e cinzas irá melhorar a espiritualidade. Na África, por sua vez, o consumo de terra é comum entre as mulheres devido a crença de que tal substâncias beneficiarão a fertilidade e a reprodução. Entretanto, nesses casos, a ingestão é uma prática cultural, não sendo considerada patológica (BHATA; KAUR; 2014).

Outro aspecto discutido é o nutricional, que se apresenta pela deficiência de nutrientes. Em alguns casos do transtorno de pica, há deficiência de zinco, ferro, cálcio e sódio, além de menores níveis de hematócrito e hemoglobina. Duas teorias que explicam a relação do distúrbio com tal deficiência são discutidas. A primeira traz que as substâncias não nutritivas ingeridas se aderem a mucosa do intestino, causando assim consequências negativas, ao dificultar a absorção dos micronutrientes. A segunda teoria afirma que a deficiência dos micronutrientes no sistema nervoso central faz com que o paciente consuma substâncias não alimentares como um mecanismo compensatório, levando assim ao caso de perversão alimentar (MIAO; YOUNG; GOLDEN; 2015).

Há relatos de casos que associam pica (por ingestão de esponja e litofagia), deficiência de ferro e doença celíaca. Sugere-se que a má absorção de ferro tenha correlação com a ingestão de substâncias não nutritivas, considerando que o tratamento baseado em uma dieta sem glúten e suplementação de ferro fez com que o hábito cessasse (BORGNA-PIGNATTI; ZANELLA; 2016 e GRUPTA; RAJPUT; MADUABUCHI; KUMAR; 2007). Além disso, um estudo realizado com 262 adultos não gestantes e com quadro de anemia demonstrou que o transtorno de pica pode se desenvolver em pacientes com deficiência de ferro, visto que os sintomas de perversão alimentar estavam presentes em 45% dos pacientes analisados, entre esses 87% apresentando pagofagia (consumo de gelo) (BARTON C., BARTON J., BERTOLI, 2010).

O elemento socioeconômico pode ser citado como fator etiológico, visto que pessoas com poucas condições econômicas podem consumir substâncias não nutritivas afim de apresentar sensação de saciedade, o que ocorre principalmente entre as crianças sem supervisão. Além disso, problemas alimentares, como o transtorno de pica, são comuns entre indivíduos com baixo nível cognitivo, ocorrendo até mesmo coprofagia

(ingestão de fezes). Tal prática nessas situações é devido à falta de discernimento a respeito das substâncias que estão sendo consumidas (KACHANI; CORDÁS; 2009).

3.3 QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico do transtorno de pica é definido pelo consumo de substâncias não alimentares e não nutritivas pelo tempo mínimo de um mês. As substâncias ingeridas variam e geralmente há o desejo por apenas uma substância específica, como papel, alimentos crus (farinha e arroz, por exemplo), cigarro, cinzas, gelo, esponja, entre outros. Tendo em vista os itens consumidos, substâncias como terra e similares são as mais frequentes segundo a literatura (HARTMANN; 2019).

Na maioria dos casos, o exame físico não irá apresentar alterações. Contudo, o paciente pode possuir aspecto de mal nutrição, atraso no desenvolvimento, desconforto abdominal devido a quantidade de substâncias não alimentares ingeridas ou palidez decorrente de anemia. Podem haver complicações clínicas dependendo do tipo de substância consumida. Uma consequência que ocorre com frequência é o envenenamento por chumbo, principalmente em casos de geofagia em ambientes poluídos, o que pode ocasionar sinais e sintomas como letargia, dor abdominal, constipação, encefalopatia, marcas nas gengivas e dentes e atraso cognitivo. Infecções por parasitas também podem ocorrer ao serem consumidas substâncias contaminadas, como terra. Ademais, constipação e obstrução intestinal podem ser consequências quando substâncias como papel, roupas e cabelos são ingeridas, além do consumo de objetos pontiagudos que podem causar perfuração intestinal (LEUNG; LUN HON; 2019).

Quando associada a gestação, a ingestão de substâncias não alimentares e não nutritivas também pode causar sérias complicações. O consumo de bicarbonato de sódio pode ocasionar uma síndrome hipertensiva aguda similar a pré-eclâmpsia. Amilofagia (consumo de farinha crua), por sua vez, leva ao consumo de níveis elevados de carboidrato, ocasionando em aumento de peso excessivo, podendo resultar em diabetes gestacional (EPLER; PIERCE; RAPPAPORT; 2017).

Em alguns casos, os pacientes apresentarão alterações laboratoriais. Segundo estudos, há uma relação entre o transtorno de pica, anemia e baixas concentrações de ferro, zinco e sódio. Uma metanálise que incluía 6.407 pacientes com transtorno de pica e 10.277 participantes do grupo controle demonstrou que naqueles com pica o risco de

anemia e concentrações baixas de zinco era 2.35 vezes maior do que no grupo controle (MIAO; YOUNG; GOLDEN; 2015). Outro estudo foi realizado com 1236 doadores de sangue com níveis de hemoglobina menores que 12.5 g/dl e 400 pacientes do grupo controle, com níveis de hemoglobina acima de 12.5 g/dl. No primeiro grupo, 30% e 8% das mulheres e homens, respectivamente, apresentaram deficiência de ferro, enquanto no segundo grupo os valores eram 29% e 18% das mulheres e homens, respectivamente. Os resultados demonstraram que o transtorno de pica estava presente em 11% dos doadores com deficiência de ferro, comparado com 4% dos doadores sem a deficiência, sendo mais comum a presença de pagofagia (consumo de gelo). Assim, concluiu-se que é possível relacionar a presença da perversão alimentar com alta prevalência de deficiência de ferro (BRYANT et al.; 2013).

3.4 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do transtorno de pica é essencialmente clínico, por meio dos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), apresentados no quadro a seguir.

Critérios Diagnósticos de Pica segundo o DSM V:
A. Ingestão persistente de substâncias não nutritivas, não alimentares, durante um período mínimo de um mês.
B. A ingestão de substâncias não nutritivas, não alimentares, é inapropriada ao estágio de desenvolvimento do indivíduo.
C. O comportamento alimentar não faz parte de uma prática culturalmente aceita.
D. Se o comportamento alimentar ocorrer no contexto de outro transtorno mental (por exemplo, deficiência intelectual) ou condição médica (incluindo gestação), é suficientemente grave a ponto de necessitar de atenção clínica adicional.

American psychiatric association, 2014, p. 329.

É considerada uma história de ingestão de substâncias não nutritivas por pelo menos um mês, sendo que tal prática não é culturalmente aceita e é inapropriada diante do nível de desenvolvimento do indivíduo. Os critérios não se aplicam à ingestão de produtos alimentares com conteúdo nutricional mínimo. Além disso, é recomendado uma

idade mínima de 2 anos para o diagnóstico ser realizado, afim de excluir a exploração de objetos com a boca que acabam por ser consumidos, normal no processo de desenvolvimento das crianças pequenas (American psychiatric association, 2014, p. 330).

A história clínica pode ser difícil de ser coletada, o que dificulta o diagnóstico, em virtude de o paciente possuir vergonha e medo de ser julgado devido aos hábitos alimentares peculiares. Por isso, é importante uma boa relação médico-paciente e, na maioria das vezes, é necessário mais de uma consulta para boa compreensão de todo o contexto clínico. É essencial que o profissional trate a prática de ingestão de substâncias não nutritivas com seriedade e paciência, visto que muitas vezes tal patologia não é diagnosticada devido à falta desses fatores, o que pode ocasionar consequências clínicas graves para o paciente. (WILLIAMS; MCADAM; 2012)

Durante a anamnese é de extrema importância identificar quantas e quais substâncias são ingeridas, quais são e a duração do consumo das mesmas. Além disso, é importante entrevistar os parentes próximos, afim de identificar mais detalhes a respeito do consumo, e também explorar o histórico social do paciente. O exame físico pode auxiliar no diagnóstico, ao explorar sinais como perda de cabelos e unhas, dentes quebrados, gengivite, corpo estranho na cavidade bucal, emagrecimento e mucosas descoradas. A respeito de exames complementares, estes são úteis principalmente para buscar a etiologia e complicações decorrentes do distúrbio. Podem ser solicitados exames laboratoriais para identificar a presença de anemia e deficiência de nutrientes (por exemplo, hemograma completo, ferro, ferritina, cálcio, zinco e demais eletrólitos). O exame parasitológico de fezes pode ser solicitado para identificar parasitas e, em casos mais extremos, radiografia de abdômen pode ser necessária para visualizar objetos estranhos que podem causar obstrução ou perfuração intestinal, como moedas, cabelos, papel e objetos pontiagudos (ORZCO-GONZÁLEZ, et al; 2018).

3.5 TRATAMENTO

O tratamento inclui medidas preventivas, educacionais, medicamentosas e nutricionais direcionadas a modificação dos hábitos alimentares. A terapia cognitivo comportamental é o método de psicoterapia mais eficaz, com utilização de técnicas de exposição, manipulação do ambiente em que o paciente se encontra, vigilância e técnicas aversivas. Uma revisão de 26 estudos demonstrou que, em 25 dos estudos, tal terapia

reduziu os hábitos de pica em até 80%. Outro estudo ilustrou que a terapia foi extremamente eficaz ao reduzir os sintomas de perversão alimentar em crianças com deficiência no desenvolvimento. (HAGOPIAN; ROOKER; ROLIDER; 2011 e CALL, et al; 2015). As substâncias consumidas devem ser inacessíveis, o ambiente deve desviar a atenção do paciente e as causas subjacentes da patologia devem ser solucionadas se possível, como deficiência de ferro, anemia e fatores sociais. (KACHANI; CORDÁS; 2009).

Em relação ao tratamento medicamentoso, há relatos na literatura de uso de inibidores da recaptação de serotonina (como escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina), antipsicóticos atípicos (como olanzapina e quetiapina), metilfenidato ou clomipramina, porém tais relatos são escassos. No caso de gestantes, devem ser utilizados medicamentos com menor risco fetal, como sertralina ou fluoxetina. A suplementação com ferro mostrou reduzir os hábitos do transtorno em pacientes que tinham associação com deficiência desse nutriente. Ademais, as complicações do transtorno devem ser tratadas. Em casos de obstrução ou perfuração intestinal, por exemplo, deve ser realizada intervenção cirúrgica em casos extremos (MISHORI; MCHALE; 2014).

4. DISCUSSÃO

Postula-se dentro das hipóteses etiológicas que o transtorno de pica pode estar relacionado com conflitos emocionais não resolvidos. No caso apresentado, embora não possa ser excluída a carência nutricional de ferro, pois a paciente não fez os exames solicitados, há importantes fatores estressores. O abuso sexual sofrido na infância e o âmbito familiar, que inclui a separação dos pais, o abuso de substâncias por parte do pai e o histórico de prisão do padrasto por tráfico são acontecimentos traumáticos que possivelmente apresentam relação com o quadro de perversão alimentar. Além disso, a paciente relatou piora dos sintomas após o falecimento da tia por CID 10 B24, outro evento traumático na vida de L. que pode influenciar no desenvolvimento ou agravamento da patologia, visto que a paciente passa a maior parte do dia sozinha com os irmãos e primos, todos menores de idade, sendo um com necessidades especiais, sem supervisão de um adulto. Percebe-se no caso de L. uma desorganização familiar com negligência parental e uma situação econômica desvantajosa, sem uma rede social de suporte.

Considerando a substância consumida pela paciente do relato apresentado, a ingestão de esponjas como apresentação clínica é rara na literatura, sendo descrita em 4 casos de crianças entre 4 e 6 anos, estando associados à anemia e doença celíaca. Além disso, há um relato de um homem de 26 anos com obstrução intestinal por esponjas associado a déficit intelectual, o que difere do nosso caso clínico (BHATIA; GUPTA; 2009 e YOSHIDA et al.; 2019).

Seria importante maior divulgação a respeito da doença para a população geral, afim de expandir o conhecimento a respeito de tal condição e facilitar a conversa aberta dos profissionais com os pacientes, beneficiando assim o diagnóstico (J. FAWCETT; M. FAWCETT; MAZMANIAN; 2015).

O diagnóstico da paciente foi realizado de maneira exclusivamente clínica, seguindo os critérios presentes no DSM V. Durante a consulta, L. relatou que consumia com frequência esponjas de cozinha e, mesmo sem saber informar exatamente a data do início do quadro, referiu que a prática ocorria há pelo menos mais de um mês. Conversamos também com a familiar da paciente que confirmou o quadro perversão alimentar. Sendo assim, tendo em vista que o consumo não é uma prática cultural e não é adequado diante do nível de desenvolvimento da paciente, foi realizado o diagnóstico de transtorno de pica.

No caso apresentado, é importante citar a não adesão da paciente ao tratamento. Em primeiro lugar, foi prescrito um inibidor da recaptação de serotonina (escitalopram 10 mg/dia), devido aos sintomas de ansiedade generalizada e ao quadro de transtorno de pica que a paciente apresentava, além de rivotril sublingual 0,25 mg se necessário. Ao retornar ao ambulatório, L. relatou que não fez uso do medicamento por que a mãe teve medo dos possíveis efeitos colaterais, além de manter uso de cannabis. Mesmo com todas as recomendações, esclarecimentos, encaminhamento para a psicoterapia e tentativas de retorno por parte da equipe, não houve seguimento da paciente no ambulatório.

Conforme citado na literatura, muitos são os desafios no tratamento de crianças e adolescentes na psiquiatria: a própria condição de ser menor de idade, resistência por parte dos adultos em acreditarem que crianças sofrem de transtorno psiquiátrico, medo dos efeitos colaterais, temor com relação a dependência de medicamentos, desconhecimento sobre a gravidade dos transtornos e expectativas irrealistas ou negativas a respeito do tratamento. Uma boa parte dos pais ainda resiste à consulta psiquiátrica. Assim, é comum que a família espere até que o quadro apresentado pela criança se agrave (Moura, 2011). Sabe-se que a família é peça fundamental no tratamento da criança, pais motivados com o tratamento refletem nos seus filhos, fazendo com que eles também se sintam motivados (Oliveira, 2002).

No caso de L, não foi possível mais consultas para saber do entendimento da família sobre o tratamento, mas percebe-se que a mãe não teve uma visão positiva da medicação, o que pode ter desmotivado a dar continuidade. Além do temor dos efeitos colaterais, havia a indisponibilidade da paciente, referindo o trabalho como prioridade ou justificativa, o que nos leva a refletir se as dificuldades financeiras também potencializaram o abandono do tratamento.

Por ser um diagnóstico em que o relato por parte do paciente pode gerar vergonha, é muito importante investir numa interação que inspire acolhimento, confiança, compreensão e que possibilite uma conexão com o paciente. O profissional precisa demonstrar empatia e atitude flexível, criando uma atmosfera de segurança. Além disso, é recomendável que se ajude o paciente a achar a sua própria razão para estar em tratamento ou identificar algum benefício que ele poderia ter com o acompanhamento (Moura, 2011). Nas duas consultas com L., investiu-se na relação terapêutica e numa visão otimista dos tratamentos farmacológico e psicoterapêutico, sendo esclarecida sobre os benefícios a longo prazo, os possíveis efeitos colaterais temporários, os riscos do abandono e da importância da mãe como acompanhante nas consultas.

Sobre o abandono precoce do tratamento psiquiátrico de crianças e adolescentes, a literatura aponta como fatores significativamente relevantes: monoparentalidade e sobrecarga do cuidado na figura de um único cuidador, uso abusivo de substâncias psicoativas entre os jovens e seus pais, violência intrafamiliar, grande acometimento psicológico da criança e dos familiares, baixa escolaridade dos pais, baixas condições financeiras, discrepâncias entre as expectativas dos familiares e profissionais quanto ao tratamento, atitudes e comportamentos do terapeuta como empatia e disponibilidade subjetiva, pouca clareza sobre os objetivos e métodos de tratamento, dificuldades na marcação e na acessibilidade ao atendimento, formas de acolhimento não adequadas, vínculo terapêutico frágil, natureza das fontes de encaminhamento, dentre outros. (Paz, 2015, Moura, 2011). A paciente do relato apresenta muitos dos fatores citados, sendo a mãe como única cuidadora (e ausente nos cuidados parentais), uso de drogas por parte da paciente e do seu pai, baixa escolaridade da mãe (ensino fundamental incompleto) e situação financeira desfavorável.

5 CONCLUSÃO

Neste trabalho apresentamos um caso de Transtorno de Pica, manifestado em uma adolescente de 15 anos e associado a fatores etiológicos psicodinâmicos e socioeconômicos importantes. Por ser um transtorno que não é frequentemente investigado por profissionais da saúde e ser pouco relatado pelos pacientes e seus familiares, enfatiza-se a importância da boa relação médico paciente, além da necessidade de mais pesquisas sobre o tema, para uma maior divulgação a respeito da doença entre a população geral e entre os especialistas da área da saúde. É um transtorno que aparece na infância, adolescência e gestação, portanto, especialistas das áreas de Pediatria, Obstetrícia, Nutrição, Psicologia e Psiquiatria devem ficar atentos e abertos para conversar com os pacientes sobre a patologia, beneficiando assim o diagnóstico. E por fim, também conclui-se que há fatores específicos relacionados ao paciente e a sua família que dificultam manter o acompanhamento e que muitas vezes superam os esforços do médico e da equipe em tentar manter o vínculo, por isso sugere-se novos estudos e reflexões sobre as questões que permeiam o abandono do tratamento no campo da saúde mental infantojuvenil, justamente com a intenção de avançar a rede de Saúde Mental e melhorar a adesão destes pacientes na rede SUS.

6 REFERÊNCIAS

American psychiatric association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5** (5ª ed.; M.I.C Nascimento, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed, p. 329-332, 2014.

BARTON, James C.; BARTON, Claybom J.; BERTOLI, Luigi F. Pica associated with iron deficiency or depletion: clinical and laboratory correlates in 262 non-pregnant adult outpatients. **BMC Blood Disorders**, 2010.

BHATIA, M.S.; KAUR, Jaswinder. Pica as a culture bound syndrome. **Dehli Psychiatry Journal**, vol. 17, no 1, 2014.

BHATIA, Manjeet S.; GUPTA, Ravi. Pica responding to SSRI: Na OCD spectrum disorder. **The World Journal of Biological Psychiatry**, 2009.

BHATTACHARJEE, Prosanta; SINGH, Om P. Repeated ingestion of sharp-pointed metallic objects. **Archives of Iranian Medicine**, 2008.

BLINDER, Barton J.; SALAMA, Christina. An Update on Pica: Prevalence, Contributing Causes, and Treatment. **Psychiatric Times**, vol. 25, no5, issue 6, 2008.

BORGNA-PIGNATTI, Caterina; ZANELLA, Sara. Pica as a manifestation of iron deficiency. **Expert Review of Hematology**, vol. 9, no 11, 2016.

CALL, Nathan A.; SIMMONS, Christina A.; MEVERS, Joanna E. Lomas; ALVAREZ, Jessica P. Clinical Outcomes of Behavioral Treatments for Pica in Children with Developmental Disabilities. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 2015.

FAWCETT, Emily J.; FAWCETT, Jonathan M.; MAZMANIAN, Dwight. A meta-analysis of the worldwide prevalence of pica during pregnancy and the postpartum period. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, 2016.

GUPTA, A.; RAJPUT, S.; MADAUBUCHI, G.; HUMAR, P. (2007). Sponge eating: is it and obsessive compulsive disorder or an unusual form of pica? **Foundation Acta Paediatrica**, 2007.

HAGOPIAN, Louis P.; ROOKER, Griffin W.; ROLIDER, Natalie U. Identifying empirically supported treatments for pica in individuals with intellectual disabilities. **Research in Developmental Disabilities**, 2011.

HARTMANN, Andrea S.; POULAIN, Tanja; VOGEL, Mandy; HIEMISH, Andreas; KIESS, Wieland. Prevalence of pica and rumination behavior in German children aged 7-14 and their associations with feeding, eating, and general psychopathology: a population-based study. **European Child and Adolescent Psychiatry**, 27, p. 1499-1508, 2017.

KACHANI Adriana Trejger; CORDÁS, Táki Athanássios. Da ópera-bufa ao caos nosológico: pica. **Acta Paediatrica**, 2009.

KACHANI, Adriana Trejger; CORDÁS, Táki Athanássios. Da ópera-bufa ao caos nosológico: pica. **Revista de psiquiatria clínica**, 2009.

LEUG, Alexander K.C.; HON, Kam Lun. Pica: A common condition that is commonly missed. **Current Pediatric Reviews**, 2019.

MCNAUGHTEN, Ben; BOURKE, Thomas; THOMPSON, Andrew. Fifteen-minute consultation: the child with pica. **BMJ Journals**, 2017.

MIAO, Diana; YOUNG, Sera L.; GOLDEN, Christopher D. A Meta-Analysis of Pica and Micronutrient Status. **American Journal of Human Biology**, 27, p. 84-93, 2015.

MISHORI, Ranit; MCHALE, Courtney. Pica: Na age-old eating disorder that's often missed. **The Journal of Family Practice**, 2014.

MOURA, Marcela A. Desafios do tratamento psiquiátrico para crianças e adolescentes. **Diagnóstico e Tratamento**, 2011; 16(3):139-41.

OLIVEIRA, Iraní T. Critérios de indicação de psicoterapia breve de crianças e pais [Criterio of indication for brief psychotherapy with children and parents]. **Psicologia: Teoria e Prática**, 2002; 4 (1) 39-48.

OROZCO-GONZÁLEZ, Claudia N.; CORTÉS-SANABRIA, Laura; MÁRQUEZ-HERRERA, Roxana N.; NUNÉZ-MURILLO, Gabriela K. Pica em enfermidade renal crónica avançada: revisão de la literatura. **Revista de la Sociedad Española de Nefrologia**, 2018.

PAZ, Raquel Malheiros Teixeira. O abandono do tratamento no contexto dos cuidados de saúde mental para crianças e adolescentes. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), **Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia**, 2015.

TABAAC, Burton J.; TABAAC, Vanessa. Pica patient, status post gastric by-pass, improves with change in medication regimen. **Therapeutic Advances in Psychopharmacology**, 2015.

WILLIAMS, Don E.; MCADAM, David. Assessment, behavioral treatment, and prevention of pica: Clinical guidelines and recommendations for practitioners. **Research in developmental disabilities** 33, online, p. 2050-2057, 2012.

YOSHIDA, Roka; TANAKA, Shota; YOSHIZAKO, Takeshi; ANDO, Shinji; MUKUMOTO, Hidemitsu; TAKINAMI, Yoshikazu; KITAGAKI, Hajime. Small-bowel obstruction owing to kitchen sponge eating as a pica behavior: A case report. **Radiology Case Reports**, 2019.