

CLÁUDIA SAUNDERS¹
PATRICIA DE CARVALHO PADILHA²
BEATRIZ DELLA LÍBERA³
JAMILE LIMA NOGUEIRA⁴
LARISSA MELLO DE OLIVEIRA⁵
ÁUREA ASTULLA⁶

Picamalácia: epidemiologia e associação com complicações da gravidez

Pica: epidemiology and association with pregnancy complications

Artigo original

Palavras-chave

Pica/epidemiologia
Pica/etiologia
Pica/patologia
Gravidez
Complicações na gravidez/epidemiologia
Complicações na gravidez/etiologia
Complicações na gravidez/patologia
Prevalência
Cuidado pré-natal

Keywords

Pica/epidemiology
Pica/etiology
Pica/pathology
Pregnancy
Pregnancy complications/epidemiology
Pregnancy complications/etiology
Pregnancy complications/pathology
Prevalence
Prenatal care

Resumo

OBJETIVO: verificar a taxa de ocorrência de picamalácia em gestantes e o impacto na saúde materna e do concepto. **MÉTODOS:** trata-se de estudo prospectivo realizado com 227 gestantes adultas e seus recém-nascidos atendidos na Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro entre 2005 e 2006. Considerou-se como picamalácia a ingestão de substâncias não alimentares ou combinações atípicas de alimentos. A coleta de dados foi realizada por meio de consultas aos prontuários e entrevista. **RESULTADOS:** a picamalácia na gestação foi referida por 14,4% das mulheres, e 42,1% destas a praticavam diariamente. Em 46,7% dos casos, o início da prática foi no segundo trimestre e, em 30% dos casos, no terceiro trimestre gestacional. Dentre os motivos alegados, 65% das mulheres não sabiam informar, 15% declararam alívio de náuseas e pirose e, 10%, alívio de estresse e ansiedade. A prática em gestação/puerpério anterior foi referida por 15% das gestantes. A picamalácia não se associou ao estado antropométrico materno; à cor de pele; à situação marital; ao grau de instrução materna; e à presença de parasitoses. Não houve diferença entre as médias de renda familiar total e do número de gestações para os grupos de mulheres que praticaram ou não a picamalácia. A picamalácia foi associada à anemia gestacional ($p < 0,009$) e intercorrências gestacionais ($OR=3,5$; $IC95\%=1,6-7,9$). Quanto à saúde do concepto, a picamalácia materna não interferiu nas condições ao nascer: peso, idade gestacional e intercorrências. **CONCLUSÃO:** a picamalácia deve ser investigada na assistência pré-natal e reconhecida como um fator de risco para a saúde materna.

Abstract

PURPOSE: to verify the occurrence ratio of pica in pregnant women and its impact on the mother and newborn health. **METHODS:** prospective study with 227 adult pregnant women and their newborns treated at the Maternity School of Universidade Federal do Rio de Janeiro, between 2005 and 2006. Pica has been considered as the ingestion of inedible substances or atypical food combinations. The data was collected was done by medical chart review and interview. **RESULTS:** Pica was referred to by 14.4% of the women, 42.1% of whom practiced it daily. The onset occurred in the second gestational trimester in 46.7% of the cases, and, in the third trimester, in 30% of them. Among the alleged reasons, 65% of the women were unable to give them, 15% declared relief of nausea and heartburn and 10% reported reduced stress and anxiety. The practice in the previous gestation/puerperium was referred to by 15% of the women. Pica was not associated with the maternal anthropometric condition, the skin color, the marital status, the maternal schooling and the presence of parasitosis. There was no difference between the average of the total family income and the number of gestations for the women who did or did not have pica. Pica was associated with gestational anemia ($p < 0.009$) and gestational intercurrents ($OR=3.5$; $CI95\%=1.6-7.9$). As for the baby, pica did not interfere in the health parameters at birth: weight, gestational age and intercurrents. **CONCLUSIONS:** pica must be investigated at prenatal assistance and recognized as a risk factor for the mother's health.

Correspondência:

Cláudia Saunders
Departamento de Nutrição e Dietética do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro – INJC/UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Avenida Trompovsky, s/n, Edifício dos Institutos, bloco J, 2º andar, sala 26 – Ilha do Fundão
CEP 21941-590 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil
E-mail: claudiasaunders@nutricao.ufrj.br

Recebido

10/6/09

Aceito com modificações

10/8/09

Departamento de Nutrição e Dietética do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹ Professor Adjunto do Departamento de Nutrição e Dietética do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil do Núcleo de Pesquisa em Micronutrientes (GPSMI/NPqM) do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

² Nutricionista do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil do Núcleo de Pesquisa em Micronutrientes (GPSMI/NPqM) do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³ Nutricionista; Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil do Núcleo de Pesquisa em Micronutrientes (GPSMI/NPqM) do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴ Nutricionista; Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil do Núcleo de Pesquisa em Micronutrientes (GPSMI/NPqM) do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵ Nutricionista da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁶ Nutricionista; Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil do Núcleo de Pesquisa em Micronutrientes (GPSMI/NPqM) do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

Introdução

A pica, ou picamalácia, vem sendo estudada há décadas e documentada na história há séculos, havendo relatos desde a civilização greco-romana. Acredita-se que Hipócrates foi o primeiro autor a descrever esse transtorno¹⁻³. No ano 40 a.C. já havia sido documentado o uso de argila para curar enfermidades, e havia registros de vários casos de desejo por substâncias não comestíveis. Em uma revisão da literatura sobre esse transtorno alimentar na gestação, os primeiros achados descritos são datados do século 16¹.

Na literatura nacional e internacional, vários termos são utilizados para descrever a desordem alimentar conhecida como pica, caracterizada pela ingestão persistente de substâncias inadequadas com pequeno ou nenhum valor nutritivo, ou de substâncias comestíveis, mas não na sua forma habitual. Além desse, outros termos são propostos, tais como: picamalácia, picacia, picacismo, malácia, geomania, pseudorexia, entre outros – todos com diferentes graus de descontrole do apetite^{2,4-6}. Outra definição para pica refere-se ao gosto por alimentos esdrúxulos, condimentos raros ou substâncias estranhas⁷.

Dentre as perversões do apetite mais comuns encontram-se a pagofagia (ingestão de gelo), a geofagia (ingestão de terra ou barro), a amilofagia (ingestão de goma, principalmente a de lavanderia), o consumo de miscelâneas (combinações atípicas) e frutas verdes. No entanto, outras substâncias não alimentares também são referidas, como palitos de fósforo queimados, cabelo, pedra e cascalho, carvão, fuligem, cinzas, comprimidos de antiácidos, leite de magnésia, borra de café, bolinhas de naftalina, pedaços de câmara de ar, plástico, tinta, sabonete, giz, toalha de papel e, até mesmo, sujeira^{1,2,4-9}.

A prática da pica não está limitada a uma área geográfica, raça, crença religiosa, cultura ou sexo; contudo, é comumente relatada em indivíduos com doenças mentais, crianças, especialmente mulheres na gestação, entre outros^{2,4}. No entanto, a amilofagia, a geofagia e a ingestão de itens relacionados são mais frequentes entre gestantes socioeconomicamente menos favorecidas⁶, e parecem estar mais associadas à inadequação do estado nutricional antropométrico². Em estudo no qual se investigou a prevalência de pica entre gestantes com boas condições de vida e bem nutridas, os autores descreveram que apenas 0,02% delas apresentaram tal desordem alimentar¹⁰.

Os escassos estudos publicados nos últimos anos descrevem a prática de pica durante a gestação em distintos lugares do mundo, e as prevalências apresentadas variaram conforme a região estudada^{8,9,11}. Em estudo americano com gestantes da região rural da Geórgia⁶, foi verificado que 14,4% praticavam a pica e, entre mulheres mexicanas residentes na Califórnia, a prevalência foi de 44%¹². Prevalências maiores são descritas entre gestantes

africanas, quando se observou que metade delas conduzia a prática⁶ e, em estudo realizado na Tanzânia, foi encontrada a taxa de 63,7%⁹.

Tendo em vista a dificuldade para diagnosticar o problema, como consequência do constrangimento dos indivíduos em falar sobre o assunto e pela falta de padronização para a investigação na assistência pré-natal², acredita-se que os casos podem ser subestimados e pouco valorizados¹³. Contudo, deve-se reconhecer a possível associação entre a prática de pica com o resultado obstétrico indesejável, que pode variar conforme a substância ingerida.

A prática de pica dentre as gestantes pode estar associada à anemia, à constipação, à distensão, à obstrução intestinal^{1,2}, a problemas dentários, a infecções parasitárias, à toxoplasmose, a síndromes hipertensivas na gravidez, a interferências na absorção de nutrientes, ao envenenamento por chumbo e à hipercalemia^{2,6,12,13}. Dentre os efeitos da prática para o conceito, podem ser apontados a associação com o parto prematuro, o baixo peso ao nascer, a irritabilidade do neonato, o perímetro cefálico fetal diminuído, a exposição fetal a substâncias químicas, tais como chumbo, pesticidas e herbicidas, e, por fim, pode aumentar o risco de morte perinatal^{2,11,12}.

A etiologia da pica é pouco compreendida, mas complexa. Fatores culturais, nutricionais, ambientais, fisiológicos (alívio de sintomatologia digestiva) e causas psicológicas têm sido postulados¹². Dentre os fatores culturais e ambientais associados, podem ser citados os tabus e superstições, história familiar e condição socioeconômica^{2,6} e, entre os emocionais, há relação com alterações hormonais e diminuição do estresse^{1,6}.

Na prática da assistência pré-natal, muitas vezes, a pica pode ser considerada como alimentação extravagante da grávida, e não como um problema de saúde. Contudo, trata-se de uma situação na qual a distinção entre os limites do normal e do patológico é difícil. Acredita-se que esse transtorno alimentar pode anunciar o começo de uma psicose grave⁷.

Os fatores culturais e aqueles relacionados à tradição constituem outro condicionante que deve ser levado em conta ao interpretar as causas que predisõem o consumo de substâncias não nutritivas. Em estudo realizado no Alabama, Estados Unidos, em 1995, com gestantes e não gestantes que tinham o hábito de comer argila, maisena, farinha e bicarbonato de sódio, foi revelado que a maior parte das mulheres acreditava que tais substâncias evitavam o vômito, aliviavam as náuseas, melhoravam o edema das pernas e asseguravam o nascimento de crianças saudáveis².

Em face às repercussões do transtorno alimentar em questão na saúde da gestante e do conceito, o presente estudo tem como objetivo verificar a taxa de ocorrência de picamalácia em gestantes adultas atendidas em uma

maternidade pública do Rio de Janeiro, e avaliar o impacto dessa prática na saúde materna e na do concepto.

Métodos

Trata-se de estudo prospectivo realizado com 227 gestantes adultas e seus recém-nascidos, integrantes do estudo Avaliação do Impacto da Assistência Nutricional Pré-Natal no Resultado Obstétrico, que foram atendidos na Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME/UFRJ), no Rio de Janeiro, entre Junho de 2005 a Janeiro de 2007.

A seleção da ME/UFRJ ocorreu tendo em vista que a referida unidade de saúde atende gratuitamente a gestantes que apresentam as mesmas características da clientela atendida em outras unidades de saúde do município do Rio de Janeiro, segundo as variáveis: idade materna e número de consultas da assistência pré-natal.

As gestantes incluídas no estudo apresentavam: idade cronológica igual ou maior que 20 anos, início da assistência pré-natal até a 16ª semana gestacional, gestação de feto único. Foram excluídas as mulheres com enfermidades crônicas e as de gestação gemelar. Todas as gestantes foram acompanhadas pelo serviço de pré-natal da ME/UFRJ, incluindo acompanhamento nutricional com pelo menos quatro consultas com um nutricionista.

Na assistência nutricional pré-natal foi realizada a avaliação nutricional detalhada que subsidiou a orientação individualizada, incluindo avaliação dietética, antropométrica, clínica, bioquímica, funcional, sociodemográfica e obstétrica¹⁴.

Na avaliação dietética foi investigada a prática de picamalácia, termo preferido no presente estudo, que foi considerada presente quando a gestante referia a ingestão de substâncias não alimentares e combinações atípicas de alimentos na gestação^{7,14,15,16}. Para a identificação dos casos, foram empregadas questões sobre a ocorrência do transtorno, sua frequência, quais eram as substâncias ingeridas, se houve a ocorrência em gestações anteriores e quais eram os motivos dessa vontade ou desejo.

Para a identificação dos casos de picamalácia, o nutricionista conversou com as gestantes, investigando problemas emocionais ou familiares que pudessem estar associados, e orientou as clientes quanto a substituição da prática pela ingestão de alimentos de sua preferência. Também foi sugerido que as gestantes evitassem o contato com as substâncias desejadas, além do esclarecimento sobre os riscos associados à prática.

Para a avaliação antropométrica materna, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional com base no peso informado ou medido até a 13ª semana de gestação. O ganho de peso gestacional total foi estimado por meio da subtração do peso pré-parto (ou do registrado

na última consulta da assistência pré-natal) do peso pré-gestacional. Para avaliação da adequação do ganho de peso gestacional, adotou-se a recomendação vigente no país¹⁷, validada para gestantes atendidas na unidade em estudo¹⁸.

Na avaliação clínica foram investigados a sintomatologia digestiva, os sinais sugestivos de carências nutricionais específicas e as intercorrências gestacionais^{14,17}. As informações sobre as intercorrências gestacionais foram obtidas por meio de consulta aos pareceres da equipe médica e avaliação dos exames laboratoriais incluídos nos prontuários^{14,17}.

Os casos de anemia na gestação foram diagnosticados quando as concentrações de hemoglobina foram menores que 11 g/dL¹⁷. Na análise dos dados, foi considerada também a concentração de hemoglobina de acordo com a semana de gestação, sendo identificados os casos de anemia por trimestre gestacional.

Na avaliação funcional da deficiência de vitamina A, adotou-se a entrevista padronizada para a investigação da cegueira noturna gestacional em todas as consultas com o nutricionista¹⁴.

Nas avaliações sociodemográfica, obstétricas e da assistência pré-natal, foram avaliadas as características: idade materna, situação marital, cor da pele, grau de instrução, condição de saneamento da moradia, renda familiar total, número de gestações, idade gestacional ao parto segundo a data da última menstruação e número de consultas no pré-natal. Foram consideradas condições adequadas de saneamento da moradia o acesso à água tratada, à rede geral de esgoto e à coleta de lixo.

As condutas adotadas para as intercorrências gestacionais na unidade estudada se baseavam nas recomendações oficiais¹⁷, destacando-se a suplementação de ferro e ácido fólico para os casos de anemia, com dosagem variada para a prevenção e tratamento, e orientação alimentar específica para cada intercorrência gestacional¹⁴.

Quanto às condições dos recém-nascidos, foram avaliados o peso e a idade gestacional ao nascer. O baixo peso foi definido como peso ao nascer <2.500 g. Foram considerados pré-termos os recém-nascidos com idade gestacional <37 semanas, segundo a data da última menstruação. As condições ao nascer, bem como as informações sobre as intercorrências dos recém-nascidos no período neonatal precoce (antes da alta hospitalar), foram identificadas com base na consulta aos prontuários.

A coleta de dados do estudo foi feita por pesquisadores treinados, reciclados e supervisionados, visando a padronização dos procedimentos e a elaboração do cuidado nutricional previamente padronizado. A coleta de informações foi realizada por meio de consulta aos prontuários, registros da equipe de saúde e entrevista às gestantes, com preenchimento de protocolo pré-testado. No

estudo, foram aplicados os princípios do aconselhamento nutricional, visando a favorecer a adesão das gestantes ao cuidado nutricional¹⁹.

Na análise exploratória dos dados, foram calculadas as medidas de tendência central – média e desvio padrão (DP) – e de dispersão das variáveis contínuas. O teste do χ^2 foi empregado no estudo da homogeneidade das proporções e foram obtidos os valores das Odds Ratio (OR), bem como os intervalos de confiança (IC), de 95%, para avaliação da razão de chance entre a exposição e os desfechos selecionados. O nível de significância estatística considerado foi de 5%. A homogeneidade das variâncias foi verificada com o uso da estatística Levene, para avaliação da adequação do tipo de teste estatístico a ser adotado. Todas as análises foram realizadas no pacote estatístico SPSS for Windows, versão 13.0.

O estudo foi planejado respeitando-se os aspectos éticos previstos pelo Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, da UFRJ, em Dezembro de 2004 (parecer nº 35/04).

Resultados

Das 227 gestantes incluídas no estudo, 208 chegaram ao parto na unidade em estudo e, para essas, os resultados foram analisados.

As gestantes estudadas apresentaram média de idade de 27,3 anos (DP=4,9), média de ganho de peso gestacional total e IMC pré-gestacional, respectivamente, de 13,3 kg (DP=4,5) e 23,4 kg/m² (DP=3,8). A média de consultas da assistência pré-natal foi de 9 (DP=1,7). A maioria das gestantes tinha a cor da pele branca (37%), eram casadas ou viviam com o companheiro (88%). A avaliação da escolaridade indica que 70,7% da amostra apresentava o ensino fundamental completo, e 98,6% das entrevistadas residia em moradia com condições de saneamento adequadas.

Em relação ao estado antropométrico pré-gestacional, verificou-se que 13,1% apresentavam baixo peso e, 18,5%, sobrepeso/obesidade. Quanto às condições dos conceptos ao nascer, a média de peso foi de 3,3kg (DP=0,5) com idade gestacional ao nascer de 39,4 semanas (DP=1,7), sendo que 6,4% dos recém-nascidos foram pré-termos.

Verificou-se que 14,4% das gestantes praticavam a picamalácia durante a gestação, e 42,1% destas mulheres referiram que a prática era diária. Dentre os motivos alegados para a prática, 65% não sabiam informar, 15% declaravam que aliviava a sintomatologia digestiva, como náuseas e pirose, 10% alegavam que aliviava o estresse e/ou a ansiedade, e 10% apresentaram outras razões.

As práticas de picamalácia referidas pelas 30 gestantes foram: gelo (30%); fruta verde com sal (16,7%); fruta

com sal (10%); fruta verde (6,7%); tijolo e argila (6,7%); iogurte, goiabada e e os alimentos que compõe o almoço ou o jantar (6,7%); sabonete (3,3%); massa de bolo crua (3,3%); remédio e gelo (3,3%); e outros (13,3%). Em quase metade dos casos de picamalácia (46,7%), o início da prática foi no segundo trimestre; em 30% dos casos, no terceiro; e, em 23,3%, no primeiro trimestre.

Ao investigar as características maternas associadas à prática de picamalácia, foi verificado que esta foi independente da classificação do IMC pré-gestacional ($p=0,9$); da adequação do ganho de peso gestacional total ($p=0,1$); da cor de pele materna ($p=0,2$); da situação marital ($p=0,4$); do grau de instrução materna ($p=0,2$); e da presença de parasitoses ($p=0,9$). Não houve diferença entre as médias de renda familiar total ($p=0,6$) e do número de gestações ($p=0,5$) para o grupo de mulheres que praticavam ou não a picamalácia. Foi verificado que 15% das gestantes referiram picamalácia em gestação ou puerpério anterior.

Na avaliação da associação entre a prática de picamalácia e as deficiências nutricionais, verificou-se que não houve associação com a cegueira noturna gestacional ($p=0,4$); contudo, a prática foi associada à anemia ($p=0,009$). Dentre as mulheres que apresentaram anemia gestacional, 33,3% praticavam a picamalácia (Tabela 1).

Ao comparar as médias de hemoglobina no terceiro trimestre, foram observados níveis de 11,6 g/dL (DP=1,3) e 12,2 g/dL (DP=1,1; $p=0,02$) para os grupos de gestantes que praticavam e não praticavam a picamalácia, respectivamente. Contudo, diferenças significativas nas concentrações médias de hemoglobina no primeiro (12,6 g/dL, DP=0,9 e 12,6 g/dL, DP=0,9; $p=0,8$) ou no segundo trimestre (11,8 g/dL, DP=0,9 e 11,9 g/dL, DP=0,9; $p=0,6$) não foram encontradas entre os grupos de grávidas que praticavam e não praticavam a picamalácia, respectivamente.

Foi verificada, ainda, uma forte associação entre a prática de picamalácia e o desenvolvimento de intercorrências gestacionais, analisando-se a presença ou não de intercorrência (OR=3,5; IC95%=1,6-7,9), sendo que 63,3% das mulheres que relataram picamalácia as desenvolveram (Tabela 2).

Dentre as mulheres que adotaram a prática, foi observada maior proporção de casos de anemia, síndromes

Tabela 1 - Associação entre picamalácia e anemia na gestação

Picamalácia	Anemia na gestação				Total	Valor de p
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Sim	10	33,3	20	66,7	30	0,009
Não	25	14	153	86	178	
Total	35	16,8	178	83,2	208	

Diagnóstico de anemia na gestação: concentrações de hemoglobina menores que 11 g/dL em qualquer idade gestacional.

Tabela 2 - Associação entre a picamalácia na gestação e intercorrências gestacionais

Picamalácia	Intercorrências gestacionais												Total
	Nenhuma		Anemia		SHG		DG		ITU		Outras		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sim	11	6,7	9	30,0	4	13,3	1	3,3	3	10,0	2	6,7	30
Não	120	67,4	22	12,4	8	4,5	3	1,7	11	6,2	14	7,8	178
Total	131	63,0	31	14,9	12	5,8	4	1,9	14	6,7	16	7,7	208

Diagnóstico de anemia na gestação: concentrações de hemoglobina menores que 11g/dL em qualquer idade gestacional.

SHG: síndromes hipertensivas da gravidez; DG: diabetes gestacional; ITU: infecção do trato urinário.

hipertensivas da gravidez, diabetes gestacional e infecção do trato urinário (Tabela 2).

A associação entre a picamalácia materna durante a gestação e as características dos conceptos não foi evidenciada para as variáveis: peso ao nascer ($p=0,9$), idade gestacional ao nascer ($p=0,6$) e intercorrências no período neonatal ($p=0,5$).

Discussão

Os achados da literatura evidenciam que não há padronização do termo mais adequado a ser empregado para a descrição do fenômeno da compulsão por substâncias não alimentares ou combinações atípicas. Também não foi identificada na literatura entrevista validada para o diagnóstico da picamalácia na gestação. Em face ao exposto, no presente estudo optou-se por utilizar a expressão picamalácia para designar esse transtorno alimentar^{7,15,16}. Além disso, os autores apresentaram proposta de entrevista para permitir uma análise descritiva sobre o problema dentre as gestantes adultas atendidas na unidade.

A proporção dos casos de picamalácia descrita no presente estudo (14,4%) sugere que o problema merece atenção. Contudo, em estudos realizados na América Latina, prevalências menores e maiores também são descritas. Um estudo realizado com 300 gestantes em Buenos Aires, Argentina, revelou que a geofagia e outras formas de picamalácia foram praticadas por 22,6% das grávidas². Em estudo realizado com 200 gestantes em Caracas, Venezuela, foi descrita uma prevalência de 36,5%²⁰.

Outros estudos revelam prevalências preocupantes de picamalácia, pois, entre gestantes americanas é descrita uma prevalência de 31% e de 44% dentre mexicanas grávidas¹². Mais recentemente, em estudo realizado no Quênia, encontrou-se uma prevalência de pica de 74% entre gestantes, e os autores destacaram que o referido transtorno pode ser mais comum do que o sistema de saúde pode prever, trazendo a necessidade de propostas de rotinas sistemáticas e de baixo custo para traçar o diagnóstico epidemiológico²¹.

Diante da prevalência observada nessa casuística, pode-se sugerir que, a investigação da prática de picamalácia deve fazer parte da anamnese da assistência

pré-natal, tendo em vista a associação com o resultado obstétrico desfavorável⁶. Ademais, a pouca difusão entre os profissionais da assistência pré-natal da importância de se investigar a picamalácia, em função das repercussões negativas, assim como a ausência de instrumentos testados e validados, contribuem para a subestimação dessa desordem.

Os profissionais da saúde que aconselham gestantes devem reconhecer que a picamalácia é uma condição prevalente em alguns grupos de mulheres e pode estar associada a um desfecho obstétrico desfavorável. Consequentemente, é necessário investigar todas as gestantes sobre este comportamento e aconselhá-las sobre seus efeitos. Portanto, deve-se não somente realizar a avaliação na prática clínica, mas, também, determinar sua frequência, documentar os casos e publicá-los²². Dessa forma, o aconselhamento, sobretudo o nutricional, terá a função de auxiliar o profissional a encontrar medidas que possam minimizar as dificuldades diante desse problema.

No presente estudo, foi verificado que, na maioria dos casos, as gestantes praticavam picamalácia diariamente ou semanalmente, e tal frequência é descrita em outros estudos realizados com gestantes^{2,4,6}.

Os dados apresentados no presente estudo confirmam o que vem sendo relatado na literatura. Verificou-se que, dentre os motivos alegados para a prática, o alívio da ansiedade ou estresse e, também, o alívio de sintomatologia digestiva, foram os mais relatados. Achados semelhantes são descritos com gestantes americanas, que acreditavam que a ingestão de substâncias como argila, maisena e bicarbonato de sódio aliviavam a sintomatologia digestiva². De fato, a picamalácia pode ser um comportamento de adaptação, de aceitação, de representação de uma necessidade fisiológica ou de um desejo por uma substância não nutritiva que a gestante apresenta⁶.

As principais substâncias não alimentares utilizadas pelas gestantes foram: gelo, tijolo, argila, remédio com gelo, sabonete e combinações atípicas de alimentos. Em um estudo de revisão, López, Ortega e Pita² relataram que a maior parte da informação sobre esta prática provém dos Estados Unidos, das regiões da Califórnia, onde as formas mais características de picamalácia são a pagofagia e a amilofagia. Em um estudo realizado em São Paulo,

observa-se que o tijolo foi a substância mais consumida pelas gestantes, representando 20% da amostra¹⁰.

A falta de associação observada entre a prática de picamalácia e as parasitoses nessa casuística também é revelada em outros estudos, como no que foi realizado com 970 gestantes na Tanzânia²³.

Na avaliação da associação entre a prática de picamalácia e as deficiências nutricionais, foi verificado que tal ação foi associada à anemia na gestação. Observou-se que a média de hemoglobina no terceiro trimestre foi significativamente menor, sendo afetada pela prática de picamalácia. Assim, confirmando relatos da literatura, o presente estudo sugere que a prática de picamalácia pode contribuir para o desenvolvimento da anemia gestacional, confirmado pelos baixos níveis de hemoglobina. Em estudo realizado no Quênia³, foram observados menores níveis de hemoglobina e a presença de anemia nas mulheres que praticavam a geofagia, em comparação àquelas que não praticavam. Recentemente, a prática de picamalácia foi descrita como um dos fatores de risco para a anemia (OR=1,6; IC95%=1.05-2.6)²⁴. Em outro estudo, tal achado também é descrito²⁵, e o risco de anemia foi 3,7 maior quando a gestante ingeria terra ou argila (OR=3,7; IC95%=1,1-12,3). Em outra análise, na qual o estado nutricional materno de ferro foi avaliado por meio de múltiplos indicadores (volume eritrocitário, saturação da transferrina e concentração de hemoglobina), foi encontrado um risco de 2,6 maior para o desenvolvimento de anemia na gestação (OR=2,6; IC95%=1,03-6,48) dentre as mulheres que praticavam a picamalácia²⁵.

Na atualidade, evidências sugerem que a depleção das reservas de ferro é a origem da picamalácia, e esse transtorno é reconhecido como um dos sinais característicos da anemia ferropriva, tendo sido demonstrado que a suplementação com ferro diminui o hábito de picamalácia²⁴. Outra teoria sugere que a deficiência de nutrientes como ferro e zinco seria a responsável pelas alterações do funcionamento das enzimas reguladoras do apetite².

Por outro lado, os investigadores que apontam a teoria de que a picamalácia seja uma causa de anemia, baseiam-se no fato de que a ingestão de substâncias como terra ou argila podem inibir a absorção de ferro dietético ao formar compostos insolúveis com este micronutriente^{1,2}. Essas substâncias também poderiam causar saciedade, diminuindo o apetite e ocasionando uma diminuição dos alimentos nutritivos^{1,2}.

Em estudo prospectivo e descritivo foi verificado que a prevalência de pica foi de 38%, sendo mais frequente entre as gestantes de origem africana e nas gestantes com baixo peso pré-gestacional⁶. Apesar de não demonstrar nenhuma complicação específica da pica, demonstrou que os níveis de hematócrito não foram suficientemente baixos

para um diagnóstico de anemia. Contudo, baixos níveis de hematócrito podem predizer uma nutrição deficiente e uma futura anemia. Assim, é de fundamental importância que profissionais da saúde questionem as gestantes sobre esse transtorno durante todo o pré-natal como forma de prevenção e/ou detecção da anemia, intercorrência que acomete aproximadamente 30% das gestantes atendidas na rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Alterações alimentares importantes também são descritas entre as gestantes com diagnóstico de pica. Ao investigar a ingestão de nutrientes entre as gestantes com o transtorno alimentar, observou-se a ingestão significativamente menor de carboidratos, proteína animal, ferro heme e zinco, quando comparadas a gestantes sem pica². Ademais, apenas 22% das mulheres com o referido transtorno alegaram fazer uso da suplementação de ferro no pré-natal. O menor consumo dos nutrientes tradicionalmente marginais, como zinco e ferro, reforçam a importância do diagnóstico pré-natal da pica, a fim de prevenir ou tratar, de maneira precoce, as carências nutricionais específicas e reduzir as complicações decorrentes delas por meio do adequado cuidado nutricional, e também da suplementação oportuna². Nesse sentido, as evidências asseguram que a suplementação de ferro e, conseqüentemente, a correção dos níveis carenciais, associam-se ao desaparecimento da pica²⁵.

Em relação à associação entre as intercorrências gestacionais e a prática de picamalácia observada no presente estudo, foi notado maior risco de intercorrências dentre as mulheres com picamalácia. Estudos demonstram que gestantes que apresentam o hábito de consumir substâncias não alimentares têm uma tendência à hipertensão arterial, hipocalcemia e alterações hidroeletrólíticas, corrigidas logo que os hábitos alimentares são modificados².

Em face ao exposto, os achados do presente estudo revelam que a prática de picamalácia acomete parcela significativa da clientela de grávidas atendidas em maternidade pública do Rio de Janeiro, independentemente das características antropométricas, clínicas, sociodemográfica, obstétricas e da assistência pré-natal. Além disso, o fato de se associar à anemia gestacional e à presença de intercorrências maternas reforça a necessidade de ser investigada no cenário da assistência pré-natal, por ser um marcador de intercorrências gestacionais.

Como limitação do estudo, os autores reconhecem que a prevalência descrita pode ter sido subestimada pela dificuldade das gestantes admitirem a prática. Por outro lado, a definição de picamalácia foi ampliada, sendo considerado como caso do transtorno alimentar toda a ingestão de substâncias não alimentares e as combinações atípicas de alimentos.

Com esse estudo, espera-se chamar a atenção dos profissionais de saúde para um problema que é subestimado

na prática pré-natal e que precisa ser diagnosticado o mais precocemente possível. Deve ser tratado com o objetivo de contribuir para a redução da morbimortalidade materna,

colaborando para o alcance de uma das metas de saúde estabelecidas para 2015: reduzir a mortalidade materna, com consequente impacto na saúde infantil.

Referências

- Boyle JS, Mackey MC. Pica: sorting it out. *J Transcult Nurs*. 1999;10(1):65-8.
- López LB, Ortega Soler CR, Pita Martín de Portela ML. La pica durante el embarazo: un trastorno frecuentemente subestimado. *Arch Latinoam Nutr*. 2004;54(1):17-24.
- Woywodt A, Kiss A. Geophagia: the history of earth-eating. *J R Soc Med*. 2002;95(3):143-6.
- Mills ME. Craving more than food: the implications of pica in pregnancy. *Nurs Womens Health*. 2007;11(3):266-73.
- López LB, de Portela ML, Soler CR. Nutrient intake in women with pagophagia and other forms of pica during the pregnancy. *Nutr Hosp*. 2007;22(6):641-7.
- Corbett RW, Ryan C, Weinrich SP. Pica in pregnancy: does it affect pregnancy outcomes? *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2003;28(3):183-9.
- Belfort P. Medicina preventiva. In: Rezende J, editor. *Obstetrícia*. 10a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 268-86.
- Viguria Padilla F, Miján de la Torre A. Pica: the portrait of a little known clinical entity. *Nutr Hosp*. 2006;21(5):557-66.
- Nyaruhucha CN. Food cravings, aversions and pica among pregnant women in Dar es Salaam, Tanzania. *Tanzan J Health Res*. 2009;11(1):29-34.
- Mikkelsen TB, Andersen AM, Olsen SF. Pica in pregnancy in a privileged population: myth or reality. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(10):1265-6.
- Rose EA, Porcerelli JH, Neale AV. Pica: common but commonly missed. *J Am Board Fam Pract*. 2000;13(5):353-8.
- Simpson E, Mull JD, Longley E, East J. Pica during pregnancy in low-income women born in Mexico. *West J Med*. 2000;173(1):20-4.
- Toker H, Ozdemir H, Ozan F, Turgut M, Goze F, Sencan M, et al. Dramatic oral findings belonging to a pica patient: a case report. *Int Dent J*. 2009; 59(1):26-30.
- Saunders C, Bessa TCAB, Padilha PC. Assistência nutricional pré-natal. In: Accioly E, Saunders C, Lacerda EA, editores. *Nutrição em obstetrícia e pediatria*. 2a ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2009. p. 103-24.
- Chaves Netto H, Sá RAM, Marinho PS. Pequenos distúrbios da gestação. In: Chaves Netto H, Sá RAM, editores. *Obstetrícia básica*. 2a ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2007. p. 135-49.
- Ivascu NS, Sarnaik S, McCrae J, Whitten-Shurney W, Thomas R, Bond S. Characterization of pica prevalence among patients with sickle cell disease. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001;155(11):1243-7.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- Padilha PC, Accioly E, Veiga GV, Bessa TC, Libera BD, Nogueira JL, et al. The performance of various anthropometric assessment methods for predicting low birth weight in pregnant women. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2009;9(2):197-206.
- Rodrigues EM, Soares FPTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Rev Nutr*. 2005;18(1):119-28.
- Paoli IR, Sánchez AA, Pérez GH. Estado nutricional en gestantes de una comunidad menos privilegiada de Caracas. *An Venez Nutr*. 2002;15(2):94-104.
- Ngozi PO. Pica practices of pregnant women in Nairobi, Kenya. *East Afr Med J*. 2008;85(2):72-9.
- Horner RD, Lackey CJ, Kolasa K, Warren K. Pica practices of pregnant women. *J Am Diet Assoc*. 1991;91(1):34-8.
- Young SL, Goodman D, Farag TH, Ali SM, Khatib MR, Khalfan SS, et al. Geophagia is not associated with Trichuris or hookworm transmission in Zanzibar, Tanzania. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2007;101(8):766-72.
- Adam I, Khamis AH, Elbashir MI. Prevalence and risk factors for anaemia in pregnant women of eastern Sudan. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2005;99(10):739-43.
- Baig-Ansari N, Badruddin SH, Karmaliani R, Harris H, Jehan I, Pasha O, et al. Anemia prevalence and risk factors in pregnant women in an urban area of Pakistan. *Food Nutr Bull*. 2008;29(2):132-9.