



Fundação Educacional do Município de Assis
IMESA - Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

PATRÍCIA APARECIDA TAFELLI TEIXEIRA

**O IMPACTO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM CRIANÇAS
COM DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO: um estudo de caso**

Assis

2014

PATRÍCIA APARECIDA TAFELLI TEIXEIRA

**O IMPACTO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM CRIANÇAS
COM DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO: um estudo de caso**

Monografia apresentado ao curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis - IMESA e à Fundação Educacional do Município de Assis, como requisito do Curso à obtenção do Certificado de Conclusão.

Orientadora: Ms Caroline Lourenço de Almeida Pincerati
Área de concentração: Enfermagem

Assis
2014

FICHA CATALOGRÁFICA

TEIXEIRA, Patrícia Aparecida Tafelli

T266i O impacto do procedimento cirúrgico em crianças com doença do refluxogastroesofágico: um estudo de caso/Patrícia Aparecida Tafelli Teixeira. Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA – Assis, 2014.

35p.

Orientadora: Prof.^a Ms^a Caroline Lourenço Pincerate

Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA.

1.Cirurgia pediátrica 2.Criança-cirurgia

CDD: 617.98

Biblioteca da FEMA

**O IMPACTO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM CRIANÇAS
COM DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO: um estudo de
caso.**

Patrícia Aparecida Tafelli Teixeira

Monografia apresentado ao curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis - IMESA e à Fundação Educacional do Município de Assis, como requisito do Curso de Graduação analisado pela seguinte comissão examinadora.

Orientador: Caroline Lourenço de Almeida Pincerati

Analisador: Rosângela Gonçalves da Silva

Assis

2014

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ético aqui presente.

A minha orientadora Caroline Lourenço A. Pincerati, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Ao meu marido e filhos que suportaram esta fase difícil com muito amor e carinho e incentivos para a conclusão deste curso.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo desenvolver um estudo sobre uma criança com diagnóstico da DRGE submetida à cirurgia. A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é enfermidade crônica e pode ser associada a outras patologias. A DRGE é considerada como fator de dificuldade alimentar, na qual é manifestada por choros excessivos, recusa, e aversão a tipos de alimentos e texturas específica. Essa situação torna-se desprazerosa tanto para crianças quanto para família, além de gerar outras disfunções na criança. A ocorrência desta fase leva a criança à má nutrição e ao déficit no crescimento e pode ocasionar, ainda, outras conseqüências para a sua saúde e bem estar geral. O trabalho teve início com um estudo de caso e com uma abordagem descritiva com uma criança com refluxo gastroesofágico (RGE) desde seu nascimento até o pós cirúrgico. A realização ocorreu através de um estudo clínico dos exames e diagnóstico médico, vivência familiar referida pela mãe da criança em uma entrevista não estruturada e o confronto com a literatura. Neste trabalho nota-se as dificuldades apresentada pela criança e pela família com diagnóstico da DRGE, dificuldades confirmadas pelo relato de vários autores. Houve dificuldades na busca de trabalhos que mostrasse o impacto na qualidade de vida da criança com doença DRGE, pois a maioria das pesquisas expõe os sinais e sintomas que a mesma pode ocasionar e não seu impacto na qualidade de vida.

PALAVRAS CHAVE: Cirurgia. Criança. Refluxo Gastroesofágico.

ABSTRACT

This investigation has why objective expand one study about one children with diagnosis of SGER expose to surgery. The Sickness Gastric Esophagus Refluency (SGER) is chronic disease and to be associate others pathologies. It is considered the SGR what factor of the to feed difficulty who is manifested by excessive cryings, refuse and aversion to types of the foods and specific textures. So, the children will consider that discontent situation as much as children to family, over there to beget others dysfunctions in yeh children. The occurrence of this phase take the children at nutrition bad and in the deficit on the development and to can cause again others consequences for to her health and all right general. The work had start with one study of the case and with one descriptive boarding with one children with gastric esophagus refluency (GER) from your birth until after surgical. On the work to note the difficulties proposes by children and by family with diagnosis of the (SGER), difficulties corroborations by report of the various authors. There to be difficulties on the search of the works what showed the impact in the quality of the children with sickness (SGER), because the majority from the investigations to expose the signals and symptoms which the same to cause have.

KEY WORDS: Surgery. Children. Gastricesophagus

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO/CONTEXTUALIZAÇÃO	9
2.OBJETIVOS.....	13
3. RELEVÂNCIA OU JUSTIFICATIVA.....	13
4. METODOLOGIA	14
5. REVISÃO DA LITERATURA.....	14
6. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO	19
6.1 HISTÓRICO DE SAÚDE.....	19
6.2 PRIMEIRAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA PATOLOGIA	19
6.3 CONSULTA MÉDICA, EXAMES, DIAGNÓSTICO E MEDICAMENTOS.....	20
6.4 EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO.....	22
6.5 A CIRURGIA.....	23
6.6 IMPACTO PESSOAL E FAMILIAR REFERENTE AO PROCEDIMENTO CIRURGICO	23
7. ESTUDO DE CASO X LITERATURA	24
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS.....	30

1. INTRODUÇÃO/CONTEXTUALIZAÇÃO

O presente trabalho trata-se de um estudo de caso em cumprimentos às exigências da faculdade Fundação Educacional do Município de Assis, para a conclusão de curso de Enfermagem. Esse estudo aborda o impacto do procedimento cirúrgico em uma criança com doença do refluxo gastroesofágico através de um estudo de caso.

O objetivo deste trabalho foi compreender o comprometimento na qualidade de vida da criança com diagnóstico da DRGE.

A primária que levou a autora a trabalhar com esse tema foi a experiência vivenciada com seu filho com DRGE. Essa experiência motivou a pesquisadora a aprofundar nas investigações da doença e demonstrar todas as conseqüências que DRGE ocasiona na vida da criança, pois a mesma traz outras patologias oportunistas.

A doença do refluxo gastroesofágico doravante DRGE, é enfermidade crônica decorrente do fluxo retrógrado de parte do conteúdo gastroduodenal para o esôfago e/ou órgãos adjacentes, acarretando variável espectro de sintomas esofágicos ou extra-esofágicos, associados ou não às lesões teciduais. Essa é uma das enfermidades do trato gastrointestinal mais freqüente atualmente (NASSIF, *et al*; 2012).

O refluxo gastroesofágico pode ser avaliado de duas formas: refluxo fisiológico com o qual crianças menores de dois anos apresentam sintomas como regurgitação, denominado (RI), e refluxo gastresofágico patológico que se associa a sintomatologia clínica denominada Doença do Refluxo (DRGE) (COSTA, *et al*; 2004).

A DRGE pode ser classificada como erosiva (DRE) quando além dos sintomas comuns da doença apresentam complicações na mucosa esofagiana e a não erosiva (DRNE) quando existem os mesmos sintomas mais sem as lesões referidas, ao exame de endoscopia (AGUERO, *et al*; 2007).

A DRGE tem sido associada a sintomas pulmonares e doenças de vias aéreas inferiores, como asma, tosse crônica, bronquite, pneumonia aspirativa e fibrose pulmonar idiopática; sinais e sintomas otorrinolaringológicos incluindo rouquidão, laringite, estenose subglótica, granuloma de prega vocal e carcinoma de laringe; e outras manifestações extra-esofágicas

como dor torácica não cardíaca, erosão dentária, sinusite, faringite e apnéia do sono (GURSKI, *et al*; 2006).

O RGE é seguramente uma das principais condições gastroenterológicas entre as crianças. Apesar de predominar no sexo masculino, a diferença entre os sexos não tem significância estatística. Estima-se que entre crianças que apresentam regurgitações com frequência preocupante para os pais, apenas 2% necessitarão de investigação e 0,4% de cirurgia (NORTON, *et al*; 2000).

Segundo Ozaki (2006), a fisiopatologia da doença se inicia na vida embrionária: as vias aéreas, o esôfago e o estômago, que são localizados em porções adjacentes do intestino, compartilham a inervação pelo nervo vago. As altas prevalências de refluxo gastroesofágico estão relacionadas à adaptação evolutiva dos humanos, pois a gravidade e o peso dos órgãos torácicos exercem pressão no diafragma, contribuindo para as disfunções do esfíncter esofágico inferior.

As circunstâncias normais e a junção esofágica gástrica representam uma aérea de proteção à ocorrência de RGE, para Ozaki (2006), e afirma que suas características estruturais atuam como barreira. Ressaltando que a transição esofágica gástrica é por natureza imperfeita, pois episódios de refluxo ácido ocorrem em indivíduos normais, portanto sua função protetora principal é atuar na modelação e limitação da frequência e intensidade dos episódios de RGE.

“O refluxo de conteúdo gástrico para a luz do esôfago acontece, basicamente, por três mecanismos: relaxamentos transitórios do esfíncter esofágico inferior (EEI), incompetência ou baixa pressão do EEI ou alterações anatômicas da junção esôfago-gástrica. Os relaxamentos transitórios do EEI são fenômenos fisiológicos mediados pelo nervo vago, não relacionado à deglutição e de duração um pouco mais longa do que a observada na deglutição normal. O refluxo de conteúdo gástrico é desencadeado, principalmente, pela distensão do fundo gástrico após as refeições, para permitir o escape de gás, mas ocorrem em frequência muito maior nos indivíduos com doença do RGE” (OZAKI, *et al*; 2006, p.36).

As taxas de prevalência de DRGE, caracterizada por presença de sintomas de pirose e regurgitação ácida, são bastante variáveis, mas, principalmente em países ocidentais, quase sempre elevadas. Na Espanha, estudo transversal publicado em 2004, identificou prevalência de 31,6% de DRGE ao ano. Na Bélgica também é elevada, tendo sido de 28% em 2002. Em

estudo realizado na Austrália em 1996, 56% dos indivíduos relataram ter tido sintomas de DRGE pelo menos alguma vez em suas vidas, sendo que 37% os têm pelo menos uma vez a cada 4 meses. Na Dinamarca, em 1994, a prevalência foi de 38% entre os homens e 30% entre as mulheres. No Brasil, em 2001 foi de 48,2%. Em estudo de revisão publicado em 1997, a variação da prevalência fica na faixa de 10% a 48% para pirose, 9% a 45% para regurgitação ácida e 21% a 59% para ambos os sintomas (OLIVEIRA, *et al*; 2005).

Sugiro que esta pesquisa demonstre o comprometimento psicossocial da criança com diagnóstico da doença do refluxo gastroesofágico

Segundo Figueiras (2005), mãe é quem mais convive com a criança, portanto, é quem mais a observa. Comparando-a com outras crianças, na maioria das vezes, é ela quem primeiro percebe que seu filho não vai bem. É importante que o profissional valorize sua opinião, e quando esta achar que a criança não vai bem, redobre sua atenção na vigilância do desenvolvimento desta criança.

O refluxo gastroesofágico é considerado como fator de dificuldade alimentar tanto em neonatos, quanto em crianças maiores (FIELD, *et al*; 2003 *apud* DUCA, 2004).

A dificuldade de se alimentar é manifestada por recusa em iniciar, ou incapacitar para manter a alimentação oral, e aversão a tipos de alimentos e texturas específicas (FIELD, *et al*; 2003 *apud* DUCA, 2004).

Alterações relacionadas à alimentação tornam essa função menos prazerosa tanto para crianças quanto para família, além de gerar outras disfunções na criança (SILVÉRIO, *et al*; 2005).

Embora caracterizada como função de sobrevivência, tal como a respiração, a alimentação é um processo complexo. Compreendem fases como mastigação, deglutição e digestão. A ocorrência de interrupções ou alterações em alguma destas fases expõe a criança à má nutrição e ao déficit no crescimento e pode ocasionar, ainda, outras conseqüências para a sua saúde e bem estar geral (ARVEDSON, *et al*; 1997 *apud* DUCA, 2004).

A alimentação adequada desde o nascimento proporciona à criança melhores condições para o crescimento físico, desenvolvimento neuropsicomotor e sócio - emocional e a aquisição de resistência imunológica (QUINTELLA, *et al*; 1999).

A alimentação é imprescindível à vida e à sobrevivência humana, sendo considerada uma necessidade básica e um direito humano. É moldada pela cultura e sofre os efeitos da organização e da distribuição da riqueza na sociedade. Apesar das escolhas alimentares não serem reguladas apenas pelo fator econômico, pois incluem a aprendizagem do que se come, a qual é específica nas distintas classes sociais, elas sofrem os efeitos do modo de produção capitalista e da organização das unidades domésticas na sociedade (CHUPROSKI, *et al*; 2012).

Em seu conceito de vulnerabilidade da família, desenvolvido por Pettengill (2006), a autora, identificou elementos definidores de vulnerabilidade na experiência de famílias que experienciam a hospitalização do filho. Segundo a autora, a vulnerabilidade da família em uma situação de doença pode ser definida como se sentir ameaçado em sua autonomia, sob pressão da doença, da família e da equipe.

A DRGE por ter os sintomas mais agressivos como complicações na mucosa esofágica e manifestações supra-esofágicas, “uma vez que são provocadas pelo efeito do conteúdo gástrico refluído em regiões que ultrapassam o esôfago”, (AGUERO, *et al*; 2007), ocasionam muita dor a essa criança, na qual a mesma chora muito e a mãe não consegue detectar a causa e também não associa o choro com a patologia do refluxo, pois o maior sintoma do refluxo é a regurgitação, mas a criança medicada não apresentará regurgitação, onde os mesmos diminuirão a acidez gástrica e aumentará a motilidade do esôfago, sendo desconhecido para a mãe a reação da criança.

O diagnóstico geralmente acontece como RI quando a criança ainda é menor de um ano, momento em que a mãe, família e a criança estão em fase de adaptação pela chegada de mais um membro na família, com mudanças na rotina e por muitas vezes os pais por terem poucas experiências, vivenciam este momento de forma árdua, uma vez que o desconhecido proporciona diversos sentimentos como medo, dúvidas, anseios, causando muitas dificuldades de enfrentamento diante de situações vivenciadas.

Desta forma, será que há comprometimento psicossocial e da qualidade de vida da criança no diagnóstico da doença de RGE?

O refluxo gastroesofágico pode interferir no dia a dia da criança como, por exemplo, “brincar”, onde ao correr demais ou pular, fará com que essa criança não se sinta bem, evitando até mesmo de se relacionar.

Tal situação patológica dificulta o diagnóstico precoce, e a sintomatologia da criança vai piorando com o decorrer do tempo, influenciando até mesmo no sono, dor inespecífica na região do abdome e irritabilidade. A família inteira pode sofrer com a doença alterando a qualidade de vida de todos que moram com a criança.

2.OBJETIVOS

A pesquisa teve como objetivo geral indagar o impacto do pós operado buscando compreender o comprometimento na qualidade de vida da criança e familiares. Favorecendo o conhecimento do objetivo geral, procurou-se demonstrar o comprometimento psicossocial da criança com diagnóstico da doença do RGE, compreender o impacto do refluxo gastroesofágico grave na vida das crianças e seus familiares, verificarem a presença de mudança no padrão de vigília antes e depois da intervenção cirúrgica para correção de refluxo esofágico e identificar interferência no sono, má alimentação, mau humor, mau relacionamento com outras crianças ou pessoas (má socialização), escola, passeios familiares, brincadeiras...

3. RELEVÂNCIA OU JUSTIFICATIVA

A escolha desse tema surgiu da vivência desta patologia em familiares da autora, que vivenciou o Refluxo Gastroesofágico RI com o filho, sendo que foi diagnosticado desde seus 2 meses de vida. A experiência de receber o tratamento medicamentoso durante 6 meses, sendo suspenso sem uma orientação previa por parte da equipe médica, assim despertava angustias e dúvidas, pois a criança não apresentava melhora do quadro. Essa situação levava a automedicação devido aos sintomas que não regrediam. Essa situação levanta questionamentos quanto a padronizações de condutas sem a participação ativa dos responsáveis pela criança.

Esta patologia por exigir um acompanhamento longo, no caso desde os dois meses de vida da criança, ao chegar na idade escolar trouxe a necessidade de novas formas de lidar com a mesma, desde na atenção emocional até em cuidados específicos em sua rotina, exigindo saberes acerca, o que observou-se muita dificuldade em lidar.

Esta pesquisa proporciona maior conhecimento acerca do assunto possibilitando para autora uma prática profissional futura mais qualificada, além de poder proporcionar material para outros profissionais pela necessidade contínua de estudos, bem como servir para elaboração de material informativo que poderá ser apresentado na Secretaria Municipal de Saúde, para servir como mais um instrumento de trabalho para os profissionais envolvidos, qualificando ainda mais o cuidado prestado e valorizando a socialização entre aluno de graduação e os serviços de saúde municipais.

4. METODOLOGIA

Pesquisa de campo descritiva e exploratória de um estudo de caso com abordagem qualitativa. O Estudo de caso foi submetido ao Comitê de Ética através da plataforma Brasil.

Os dados foram coletados no período de 0 à 6 anos da criança, o registro do material clínico foi realizado por escrito, a partir dos eixos: o problema, alimentação, comportamento, psiquismo.

A pesquisa foi embasada em bancos de dados e literatura. Desta forma, tentou-se qualificar as informações encontradas como forma de conhecimento para estender o fenômeno específico.

5. REVISÃO DA LITERATURA

Segundo Costa (2004) em crianças saudáveis menores de 2 anos de idade, os episódios de refluxo gastroesofágico fisiológico muitas vezes são sintomáticos, sendo a regurgitação o sintoma característico. Recentemente essa situação foi denominada regurgitação infantil (RI), a qual deve ser diferenciada do refluxo gastroesofágico patológico (RGEP), que se associa à sintomatologia clínica e é denominado doença do refluxo gastroesofágico (DRGE).

A DRGE é classificada como primária e secundária, sendo primária quando decorre de um distúrbio funcional do trato digestório proximal e secundária quando há alterações estruturais, infecciosas, metabólicas, neurológicas, alérgicas que são responsáveis pelo retorno do conteúdo gástrico ao esôfago (COSTA, 2004).

Segundo Agüero (2007), doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é definida como doença crônica relacionada ao fluxo retrógrado do conteúdo gastroduodenal em direção ao esôfago

e/ou órgãos adjacentes, resultando em variável espectro de sintomas, com ou sem lesão tecidual.

A DRGE pode ser classificada em doença do refluxo erosiva (DRE), pelo encontro de erosões ou evidências de suas complicações na mucosa esofagiana, na presença de sintomas típicos e doença do refluxo não-erosiva (DRNE) quando existem os mesmos sintomas, porém sem as lesões acima referidas, ao exame endoscópico. É importante ressaltar que cerca de 50%-70% dos pacientes que procuram auxílio médico têm DRNE, também denominados de pacientes endoscopicamente negativos (AGUERO, 2007).

De acordo com o Congresso Mundial de Gastroenterologia, o termo doença do refluxo gastroesofágico deve ser utilizado nos indivíduos que estão expostos aos riscos de complicações físicas do refluxo gastroesofágico ou que, clinicamente, experimentem piora de sua saúde, relacionada à qualidade de vida, devido aos sintomas relacionados com o refluxo, depois de adequado reconhecimento da natureza benigna dos mesmos (PIGNATARI, 2007).

Os sintomas clássicos da DRGE são a pirose e a regurgitação, intitulados de sintomas típicos. Existem também as manifestações atípicas como dor torácica, sintomas respiratórios e otorrinolaringológicos, os dois últimos considerados manifestações supra-esofágicas, uma vez que são provocadas pelo efeito do conteúdo gástrico refluído em regiões que ultrapassam o esôfago. (AGUERO, *et al*; 2007).

Mas segundo Ferreira (2001) o RGE nas crianças menores (lactentes) é, na grande maioria das vezes, benigno e resolve-se, espontaneamente, por volta dos 12 a 18 meses de idade. O RGE desaparecerá em 80% das crianças até os 18 meses. Medidas anti-RGE e mesmo farmacoterapia vão frequentemente resultar em resolução do problema nessas crianças menores. Essa situação, entretanto, é diferente nas crianças maiores, assim como nos adultos, no qual a doença do RGE (DRGE), uma vez presente, apresenta um curso crônico e recidivante, sendo resistente à resolução completa. Além disso, temos que diferenciar as crianças com RGE e aquelas com doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Os lactentes que vomitam, mesmo que sejam vômitos intensos, mas que crescem normalmente e não apresentam outras complicações decorrentes do RGE, NÃO devem ser tratados medicamentosamente. Essas crianças não necessitam nem investigação, nem tratamento medicamentoso. No máximo, elas podem receber as medidas gerais (postura, dieta espessada, etc.).

“Os lactentes amamentados no peito NÃO devem ter suspensa à amamentação. O que se pode fazer nesses casos é melhorar a posição (não deitar após comer, posição DLD ou prona para dormir). O melhor tratamento para essas crianças é o tempo, que vai melhorar a imaturidade dos mecanismos anti-RGE. Por outro lado, existe um grupo de crianças que têm a DRGE. Essas apresentam complicações mórbidas do RGE, como perda de peso, dor, sangramento, etc. Lembrar sempre que, na DRGE, complicações significativas se desenvolvem em 10% das crianças não tratadas. As complicações podem ser esofágicas, decorrentes de esofagite, ou extra-esofágicas” (FERREIRA, 2001,p.18).

Segundo Norton, *et al*; (2000) a etiologia do RGE é seguramente uma das principais condições gastroenterológicas entre as crianças. Apesar de predominar o sexo masculino, a diferença entre os sexos não tem significância estatística. Estima-se que entre crianças que apresentam regurgitações com frequência preocupante para os pais, apenas 2% necessitarão de investigação e 0,4% de cirurgia.

Assim o autor Norton (2000) ainda afirma que se deve suspeitar do RGE patológico quando os vômitos e regurgitações não melhoram após seis meses de vida, não respondem às medidas posturais e dietéticas, e quando estão presentes repercussões clínicas como, parada do crescimento ou sintomas e sinais sugestivos de esofagite. O refluxo é denominado oculto quando manifestações respiratórias, otorrinolaringológicas ou indicativas de esofagite (irritabilidade, choro constante) ocorrem na ausência de vômitos e regurgitações.

Os sintomas presentes da DRGE pediátrica incluem: regurgitações e/ou vômitos, irritabilidade, choro excessivo, anorexia e recusa alimentar, entre outros. (MAGALHÃES, *et al*; 2009).

Segundo Norton, *et al*; (2000),as manifestações clínicas podem ser específicas, tais como ruminação, vômitos, regurgitações, eructação; relacionadas à esofagite, como dor, anemia e sangramentos;respiratórias, como broncoespasmo e pneumonias de repetição;otorrinolaringológicas como laringites, sinusites, otites e outras. Vômitos e regurgitações estão presentes na maioria das crianças com RGE.

A presença de esofagite pode ser suspeitada de diferentes formas, conforme a idade da criança. Em lactentes, é observado choro excessivo, irritabilidade, distúrbios do sono, agitação e recusa da dieta.

Segundo Ferreira (2001) as drogas recomendadas são os medicamentos antiácidos (bloqueadores H₂e inibidores de bomba de prótons), quando os sintomas estão associados à presença do ácido no esôfago (esofagite, azia ou sintomas respiratórios associados a estímulo vagal) e drogas procinéticas, que, melhorando o RGE, ajudam a controlar os sintomas. Portanto, usar um agente procinético para o RGE, sem esofagite, um bloqueador da secreção ácida para quando há esofagite associada e antiácidos, para sintomas esporádicos ou para a quebra ácida noturna, são procedimentos lógicos e que não estão errados. Deve-se, sempre, levar em conta o custo - benefício e os efeitos colaterais de cada medicamento prescrito.

Segundo Abbeele (2009) a inibição da secreção ácida do estômago é o pilar do tratamento medicamentoso. O inibidor da bomba de próton, como o omeprazol, substituiu quase completamente os bloqueadores H₂. De qualquer modo, existem algumas controvérsias na pediatria quanto à dose e a duração do tratamento.

Procinéticos: somente a cisoprida foi comprovadamente eficiente. Entretanto, esta molécula pode causar efeitos colaterais cardíacos e conseqüentemente está sendo menos usada. Outros procinéticos, tal como o metaclopramida e a domperidona são medicamentos menos eficientes para o RGE.

Na cirurgia segundo Abbeele (2009), o tratamento cirúrgico é provavelmente o mais eficiente, mas é limitado aos casos graves e após a falha de todos os tratamentos medicamentosos. A taxa de sucesso é maior de 90%, mas pode haver complicações tais como a disfagia e as síndromes de “Dumping” e de retenção gasosa (dificuldade para a eructação).

Estudos recentes têm demonstrado que o tratamento cirúrgico da DRGE é realmente eficaz, com poucas complicações; trabalhos avaliando DRGE crônica grave, a cirurgia pode se apresentar mais eficaz que o tratamento médico no alívio dos sintomas da esofagite, embora o uso do omeprazol possa acarretar alívio sintomático similar com o ajuste da dose, mas a cirurgia pode vir a representar uma importante opção terapêutica no manejo de pacientes esclerodérmicos com sintomas esofágicos graves não responsivos ao tratamento convencional (BARROS, *et al*; 2003).

“A cirurgia anti-refluxo (funduplicatura gástrica) é uma das três cirurgias mais realizadas em crianças nos Estados Unidos. A técnica de Nissen é a mais usada em todo o mundo e, mais recentemente, a via videolaparoscópica vem ganhando adesões, especialmente em virtude do menor risco de complicações e menor tempo de recuperação” (NORTON, 2000, p.223).

Segundo Guimarães (2006), a cirurgia era muito usada antes dos avanços tecnológicos da efetividade dos fármacos para DRGE. Seu uso indiscriminável não é compatível com estudos atuais e com as altas taxas de falhas e morbidade cirúrgica.

Já o autor Esteves (2001), afirma que a cirurgia pediátrica tem sido de grande melhora na vida das crianças, na qual ele coloca a laparoscopia como menos invasiva e com menos complicações pós-operatórias relacionando com a cirurgia de laparotomia, pois sua incisão é maior (camadas da parede abdominal) e exposição das vísceras, com diversas possibilidades de complicações decorrentes.

É feita anestesia pré anestesia em crianças maiores de 6 meses, na qual tem a finalidade de promover sedação ou sono proporcionando diminuição da ansiedade.

Em ambos os tipos de cirurgia é utilizada a anestesia geral na qual é o período de mais estresse tanto para o anestesiológico como para a criança. A indução pode ser realizada pela via retal, muscular, venosa ou inalatória. A anestesia geral é geralmente induzida por técnica inalatória ou venosa. (TONELLI, 2005).

Inalatória são utilizados: halotano, enflurano, isoflurano, desflurano são mais irritantes que os outros anestésicos, geralmente, não são usados.

Anestesia venosa total é mais usada propofol.

Complicações pós-operatórias segundo Gonçalves (2005) contradiz o autor citado acima na qual na cirurgia aberta, são descritas as recorrências do refluxo, disfagia, náusea, gases intestinais, abscesso intra-abdominal e pneumonia. Na cirurgia por vídeo, foram relatados problemas como recorrência do RGE, disfagia, evisceração epiplóica, náusea, constrição esofágica, migração intratorácica da válvula, infecção do trato respiratório, empachamento, epigastralgia, aerofagia, pneumotórax, constrição da válvula, hérnia de hiato, hemorragia intestinal, hemoperitônio, infecção do sítio do trocar e peritonite.

6. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

A partir de agora será apresentado estudo de caso da criança em questão. Levando em consideração toda sua história clínica, psicológica e familiar.

O estudo de caso que consiste Segundo Dyniewicz A.M (2009 p.92) é de grande importância para descrever casos novos ou raros, assim sendo uma fonte de idéias para aprimorar conhecimentos teóricos sobre o tema específico.

De acordo com Martins G.A (2008) o autor busca “aprender a totalidade de uma situação, descrever compreender e interpretar a complexidade de um caso concreto”.

6.1 HISTÓRICO DE SAÚDE

Sexo masculino nascido em Assis SP, no Hospital Europa dia 29/05/2007, as 19h00min com 48,5 cm, 3.210 kg, perímetro cefálico de 35 cm apgar de 9/10 tipo de parto: normal.

Recém nascido em 29/05/07, calmo, mamava leite materno em livre demanda e dormia bem.

6.2 PRIMEIRAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA PATOLOGIA

Com alguns dias de vida observou-se a volta de leite pelo nariz e boca e um choro forte, após duas horas depois da mamada isso ocorreu durante o sono; e também um grande volume de vômito após o “arroto”.

Com dois meses chorava para mamar, sempre incomodado, nervoso. Percebia-se que fazia cara feia enquanto dormia ou acordado.

Com três meses teve laringite receitado antibiótico Amoxicilina e corticóide Prelone para ele, sua reação foi de muito choro, crises de dor relacionada a medicação que prejudicava seu quadro clínico devido a sua fragilidade esofágica e gástrica.

Aos quatro meses foram iniciadas as frutas. A criança passou a ficar mais irritada, e seu sono e repouso prejudicado, pois acordava de hora em hora, sempre chorando, assim achando que a criança queria mamar era ofertado leite materno.

Sempre no período da noite, hora de dormir, chorava muito, por horas até dormir. Sem ação os pais saíam com o bebê de carro, às vezes sem solução, continuava a chorar e quando vencido pelo cansaço adormecia.

Aos cinco meses foi ofertado a criança papinha e leite em pó, pois a mãe não tinha mais produção do leite.

Com seis meses de vida a criança apresentava cada vez mais sintomas que caracterizava sua piora, principalmente durante as noites de sono, muita irritação. Ao consultar o médico foi tirado tudo de diferente que a criança comia, inclusive trocado o leite para leite de soja, na qual teve vômitos e alergia pelo corpo, ficou todo pintadinho. O médico então indicou o leite de vaca com baixa lactose, com boa aceitação da criança, portanto passou a ficar mais calmo, exceto quando era ofertado chá ou bolacha com leite, sua reação era muito choro seguido de vômito.

6.3 CONSULTA MÉDICA, EXAMES, DIAGNÓSTICO E MEDICAMENTOS

Ao sair do Hospital após alta, já ficou agendado seu retorno médico.

Durante a consulta foi passado ao médico a reação do bebê e foi prescrito Dijesan na qual pode ser indicado à distúrbios da motilidade gastrintestinal; refluxo gastroesofágico; náuseas e vômitos de origem central e periférica (cirurgias, metabólicas, infecciosas e problemas secundários ao uso de medicamentos) de 8 em 8 horas pois foi diagnosticado refluxo.

Ao decorrer dos dias o bebê teve aumento dos sintomas mesmo medicado, foi comunicado ao médico e o mesmo prescreveu Label 2X ao dia, (cloridrato de ranitidina) é indicado para: Hérnias de hiato diafragmático; Esofagite de refluxo e alívio dos sintomas de refluxo gastroesofágico; Úlceras pépticas hemorrágicas; Gastrites agudas e crônicas; Duodenites; Erosões do trato gastrintestinal superior;

Durante uma infecção (Laringite) foi prescrito antibiótico Amoxicilina na qual o bebê entrou em crises de choro, devido ao refluxo a medicação piorava os sintomas, para seu conforto foi receitado Mylanta Plus 3X ao dia, ele é indicado como um antiácido para o alívio sintomático de hiperacidez associada com o diagnóstico de úlcera péptica, gastrite, esofagite péptica, azia e hérnia do hiato. Como antiflatulento para o alívio dos sintomas consequentes a gases aprisionados no muco.

Após o tratamento de 3 meses foi retirado os medicamentos citados acima, pois a criança não vomitava mais.

O sintoma cada vez pior, principalmente relativo ao sono, chorando muito e o médico diagnosticou que se tratava de uma criança irritada, nervosa e que precisava de um calmante natural Calman 1X por dia à noite, sem melhoras. Então foi iniciado tratamento novamente por conta da mãe, pois a criança chorava muito, com sucesso ele acalmou 50% durante o dia, mesmo assim dormia sempre muito mal, acordando durante à noite pelo menos 6 vezes e em prantos, assim procurou um atendimento específico em Marília. Neste atendimento foi pedido alguns exames dentre eles phmetria, cintilografia, e medicado omeprazol de 10mg líquido 1x ao dia, este é indicado para tratamento da úlcera duodenal, úlcera gástrica, esofagite de refluxo, síndrome de Zollinger-Ellison e pacientes refratários a outros tratamentos. Após os resultados dos exames e comprovado a doença do refluxo gastroesofágico foi prescrito Motilium (síndromes dispépticas frequentemente associadas a um retardo de esvaziamento gástrico, refluxo gastroesofágico e esofagite: - sensação de empachamento epigástrico, saciedade precoce, distensão abdominal, dor abdominal alta; eructação, flatulência; náuseas e vômitos; azia, queimação epigástrica com ou sem regurgitação de conteúdo gástrico) + omeprazol contínuo. Assim foi desta forma até 1 ano de idade.

Medicado continuamente para o refluxo.

Era rotina infecções e viroses com freqüência todo mês como: Otiti, brônquios inflamados, sinusite, garganta inflamada, internações devido a gravidade da infecção.

Aos seu 18 meses de vida, devido a uma infecção, teve convulsão seguido de febre.

No mês seguinte o médico teve a conduta de tirar a medicação já que a patologia deveria ter sido resolvida devido o tempo de tratamento.

Depois de ter retirado o tratamento do refluxo gastroesofágico a criança teve uma infecção de garganta severa e foi prescrito antibiótico, a mesma entrou em crise de refluxo na qual chorava muito com vômito e posteriormente desidratação, pois a medicação forte provocou então uma irritação gástrica desencadeando a crise de refluxo, nesta data estavam em outra cidade à passeio, seguindo viagem com duração de 7 horas para retornarem e sem melhoras do quadro. Ao chegar à cidade foi procurado atendimento hospitalar, sem grandes melhoras, pois sua grande desidratação não permitia acesso venoso ou permeabilidade para correr soro na via endovenosa. Em contato com o médico de Marília foi imediatamente retomado a medicação antes utilizada e tendo uma melhora do quadro após 3 dias, totalizando então uma

crise severa de 7 dias, neste período ficou monitorado e tomando soro em casa por atendimento de home care onde não se alimentou e ficou totalmente enfraquecido até estabelecer novamente sua alimentação.

No mês seguinte, mas uma crise porém leve e mantido o medicamento omeoprazol+ Motilium continuamente e alterado doses conforme seu peso na atual data.

Após reclamações rotineiras ao médico encarregado do quadro da criança, foi questionado a qualidade de vida, na qual a mesma levava devido à doenças oportunistas praticamente todo mês e também crises de refluxo mesmo com o tratamento. Durante a madrugada havia também crises de refluxo durante o sono, que era necessário medicar com DRAMIM para dar conforto à sintomatologia, pois é indicado nas náuseas e vômitos em geral e assim um sono de qualidade.

O médico propôs então que era hora de fazer um novo exame de cintilografia e endoscopia.

Ao exame de endoscopia, uma complicação, a criança fez broncoespasmo devido à alergia a Propofol, foi entubado e medicado e teve o quadro estabilizado sem seqüelas. Propofol é um anestésico agente indutor por via venosa.

Ao exame confirmado requisitos compatíveis à cirurgia.

6.4 EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO

Com três anos de tratamento e com sintomatologia geralmente diárias, o mesmo não reflete evolução da doença, portanto o prognóstico já não era como no início, pois a doença do refluxo gastroesofágico geralmente quando tratado é reduzido seus sintomas e cessado depois de um período, neste caso após todo o tratamento, o médico sugeriu então que fizesse a cirurgia para correção, pois já havia feito tudo que possível inclusive prescrever doses máxima da medicação à criança para ver melhoras e sem sucesso.

6.5 A CIRURGIA

Segundo Gurski 2006 a cirurgia, mas utilizada é funduplicaturavideolaparoscópica, mas a cirurgia aberta não pode ser descartada segundo alguns autores, pois muitos hospitais ainda usam a alternativa, pois possibilita como treinamento para residentes e opção de alguns médicos.

O médico que acompanhou o tratamento utiliza apenas da modalidade cirúrgica aberta na qual a família poderia então optar pela cirurgia videolaparoscópica, mas teria o estresse da mudança de médico, assim então optou pela cirurgia aberta preferindo manter toda afinidade e confiança que adquiriu durante o tratamento.

6.6 IMPACTO PESSOAL E FAMILIAR REFERENTE AO PROCEDIMENTO CIRURGICO

O impacto da notícia para o procedimento cirúrgico sempre ocasiona em preocupações principalmente a essa família já que a criança teve processo alérgico a anestésico (Propofol). Contudo sabia-se que era a melhor decisão, pois a criança não reagia ao tratamento.

O procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrência, e permaneceu hospitalizado por 3 dias até sua alta.

Sua recuperação foi rápida em relação à incisão cirúrgica e muito visível a melhora ao seu comportamento geral. A criança devido a dor tinha um semblante fechado, não conversava espontaneamente, tinha um sono interrompido várias vezes, ao brincar não se sentia bem, na escola se mantém isolado dos amigos e inflexível as brincadeiras propostas, sempre doente com patologias oportunistas associadas a doença do RGE. Após a cirurgia foi notável as mudanças, como se fosse outra criança em relação a sua personalidade, ativo, sorridente, falante, com um sono ininterrupto de 12 horas, com um intervalo significativo em relações a doenças citadas acima.

Essas mudanças foram observadas não só pela família, mas por pessoas que conviviam com ele também.

Na escola houve uma mudança muito importante havendo participação da sua parte durante as atividades.

7. ESTUDO DE CASO X LITERATURA

FATOR PESQUISADO	ESTUDO DE CASO	LITERATURA	LITERATURA
<p>COMPROMETIMENTO PSICOSSOCIAL POS DX</p>	<p>Passeios, lazer, convívio com amigos, devido náuseas vômitos eram inevitáveis. Brincadeiras com amigos apresentava mal estar por estar pulando muito e correndo, se irritando e demonstrando tristeza.</p>	<p>Segundo Campos (2005) os vômitos podem ser desencadeados por lactantes ou crianças. Uma situação comum são os vômitos imediatamente após as refeições, quando são forçados a comer.</p>	<p>Segundo TOSTES (2007) a perimolólise é um sinal presente na cavidade bucal associados a vômitos frequentes, stress emocional, anorexia nervosa, bulimia e refluxo gastroesofágico; firmando neste estudo pela mesma autora que o vômito é o principal fator de risco.</p>
<p>IMPACTO QUALIDADE DE VIDA</p>	<p>Na alimentação sentia mal com náuseas, tosses, irritabilidade, ou seja, um prazer se tornou</p>	<p>Os sinais e sintomas relacionados ao trato gastrointestinal, chamados de sintomas típicos,</p>	<p>Segundo Barbuti (2010), outro sintoma associado além da pirose e vômitos é dor</p>

	<p>desprazeroso. Na escola, uma criança quieta, isolada do grupo de amigos com olhar triste e de pouca conversa e com expressão seria.</p>	<p>mais comumente relatados nos artigos foram náuseas, vômitos, regurgitação, pirose e epigastralgia (Gonçalves 2005). Em relação ao trato respiratório ou sintomas atípicos, foram citados pelo mesmo autor tosse, pneumonia, bronquite ou asma recorrente e aspirações.</p>	<p>torácica. Vale ressaltar que muitos sintomas só foram relacionados como decorrentes do RGE a poucos anos, com o desenvolvimento dos métodos propedêuticos (Menon e col., 1994) ; Segundo Bretan (1995) os sintomas garganta seca, queimação ou dor de garganta, sensação de engasgo e ou sensação de aperto na garganta, disfagia, odinofagia, hematêmese, salivação excessiva, sensação de algo estranho na</p>
--	--	---	---

			garganta, otalgia, aspiração, tosse, mau hálito, dor cervical, alteração de voz, queimação oral, deglutições repetidas, aerofagia
MUDANÇAS NO PADRÃO DE VIGILIA ANTES E PÓS INTERVENÇÃO CIRÚRGICA	<p>Sono e repouso sempre agitado, acordando varias vezes sem motivo aparente.</p> <p>Pós : um sono noturno de 12 seguidas, uma boa alimentação de 4 à 5 vezes por dia, ganho de peso, uma criança com um rosto expressando alegria com sorrisos tímidos, bom relacionamento com amigos e familiares. Segundo familiares foi como se tivesse mudado de personalidade.</p>	<p>Segundo Freitas (1998) o DRGE, referindo inicialmente que ambas ocorrem conjuntamente, e ainda que podem causar distúrbios do sono . O mecanismo que provocaria esses distúrbios seria o seguinte: a inabilidade de deglutir a própria saliva prejudicaria a realização adequada do clareamento do esôfago. Sendo, o aumento dos sintomas da DRGE, muito incômodo, levaria o paciente a</p>	<p>Estudo publicado por Velanovich et al apud Gruber 2004 avaliou o efeito da síndrome da dor crônica (SDC) e das doenças psicoemocionais (DPE) na qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia anti-refluxo. O estudo em questão foi analisar um questionário para sintomas de</p>

		não conseguir conciliar o sono adequadamente.	DRGE e um questionário pós-cirúrgico na qual houve uma melhora significativa dos escores, esses achados reforçam a necessidade de intervenção destes questionários para medir efeitos de intervenção cirúrgica.
--	--	---	---

FONTE: TAFELI, 2014.

Tostes (2007) relata os vômitos repetitivos como ocasionador de stress emocional e anorexia nervosa e Campos (2005), ressalta o vômito como principal sintoma, principalmente após refeições, em crianças que são forçadas a comer.

O estudo em questão pode evidenciar que, devido ao mal estar vivido pela criança, não era possível brincar, graças às ocorrências frequentes de náuseas e vômitos durante brincadeiras e atividades como: pular e correr.

Irritabilidade e tristeza eram evidentes devido à dor. Em relação a anorexia há uma irrelevância pois o estudo de caso em questão evidenciou que mesmo diante de seu quadro clínico, a criança se alimentava bem mesmo quando alguns alimentos ocasionava mal estar ou dor.

Os autores Campos e Gonçalves e Barturi (2010), trouxeram os sintomas típicos evidenciados na doença como náusea, vômitos, epigastria, regurgitação e pirose.

Os autores Bretan (1995) e Tostes (2007) relataram queimação, dor de garganta, otalgia, dor torácica, risco de aspiração, tosse, deglutições repetidas, aerofagia. Tostes cita também quadros de perimólise, e as doenças oportunistas como pneumonia, bronquite e asma.

O estudo em questão pode confirmar que os sintomas estão presentes e traz sintomatologia para a criança como: choro excessivo, interrupção do sono, comprometimento no seu comportamento, na qual era observado na criança do estudo de caso que sempre ficava quieta com expressões seria demonstrando tristeza, pouca fala com as pessoas da família ou do ambiente escolar.

Em relação aos estudos de Bretan *et al* (1995) que fala dos sintomas como garganta seca, sensação de engasgo e ou sensação de aperto na garganta, disfagia, odinofagia, hematêmese, salivação excessiva, sensação de algo estranho na garganta, mau hálito, dor cervical, alteração de voz, queimação oral, o estudo em questão não apresentou nenhum sintoma parecido com estes citados..

Freitas (1998) traz que os sintomas podem ocasionar ao paciente um sono inadequado e o Velanovich *et al* apud Gruber (2004) traz um estudo da importância de utilizar um questionário para analisar os sintomas do RGE e um questionário para avaliar o pós cirúrgico na qual houve uma melhora significativa dos escores, esses achados reforçam a necessidade de intervenção destes questionários para medir efeitos de intervenção cirúrgica.

Confirmado as afirmações de Velanovich (2004), o paciente dormia muito pouco antes da cirurgia e após a cirurgia passou há dormir 12 horas por noite diminui o numero de doenças oportunistas e passou a realizar uma boa dieta alimentar sem reações após comer a mesma, ganho de peso, um rosto expressando alegria, sorrisos, conclui-se que o pós cirúrgico traz bons resultados à criança e devolve uma vida social normal a mesma.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho pode considerar que o estudo de caso em questão apresentou dificuldades encontradas pela criança e pela família com diagnóstico da DRGE. Nota-se que as dificuldades apresentadas para o diagnóstico foram relatadas por diversos autores por ser uma

doença que sugere vários outros quadros clínicos camuflando então a DRGE; assim como os sintomas pós cirúrgico que podem ocorrer variando de paciente a paciente.

Nesta pesquisa os autores não trazem o desconforto que pode ocasionar a família quando a criança tem confirmado o diagnóstico de DRGE grave e, contudo houve dificuldade na busca de trabalhos que mostrasse o impacto na qualidade de vida da criança. Os autores expõe os sinais e sintomas que a mesma pode ocasionar, fechando suas pesquisas em facilidades para chegar a um diagnóstico preciso da doença, porém esquecendo-se do impacto familiar.

Então foi necessário buscar em artigos estudos relacionados à saúde que não são diretamente da doença em questão, o que limitou informações referentes a nossa profissão. Fica aqui a sugestões a novos pesquisadores sobre a temática estudada, levando também as intervenções de enfermagem que melhoraria a qualidade de vida da criança e da família com diagnóstico de DRGE.

REFERÊNCIAS

ABBEELE, T.V.D. **Refluxogastroesofágico relacionado com patologias do ouvido, nariz e garganta das crianças**. Manual de otorrinolaringologia pediátrica da iapo, 2005.

AGUERO, G.C., *et al*; **Prevalência de queixas supra-esofágicas em pacientes com doenças do refluxo erosiva e não-erosiva**. São Paulo, março/2007.

ANDREOLLO, N.A., *et al*; **Doença do refluxo gastroesofágico: qual a eficácia dos exames no diagnóstico?**.São Paulo, março/2010.

BARROS, P.D.S., *et al*.**Tratamento cirúrgico da doença de refluxo gastroesofágico na esclerose sistêmica**. Fevereiro/2004.

BARBUTI, R.C. e MORAES FILHO J.P.P.. **Doença do refluxo gastroesofágico**. São Paulo, outubro 2010.

BRETAN O. e HENRY M.A.C.A. Refluxogastroesofágico e sintomas otorrinolaringológicos. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, outubro de 1995 acesso em 15 de julho de 2014 [.http://www.rborl.org.br/conteudo/acervo/print_acervo.asp?id=2121](http://www.rborl.org.br/conteudo/acervo/print_acervo.asp?id=2121).

COSTA, A.J.F, *et al*;. **Prevalência de refluxo gastroesofágico patológico em lactentes regurgitadores**. Jornal de Pediatria - Vol. 80, N°4, 2004.

CARVALHO. L., *et al*; **Esofagite de refluxo em lactentes: conhecimentos atuais e as lacunas do conhecimento**. Rio de Janeiro, junho/2004.

CHUPROSKI,P., *et al*. **Práticas alimentares e situação social de famílias de crianças desnutridas** São Paulo/2012.

CANZONIERI, A.M. Metodologia da Pesquisa qualitativa na Saúde. Petrópolis, RJ Vozes, 2010.

DYNIEWICZ, A.M. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes.2.ed.São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.

DUCA, A. **Deglutição em criança com refluxo gastroesofágico, avaliação clínica fonoaudiológica e análise videofluoroscópica.** Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2004.

FIGUEIRAS, A.C; SOUZA, I.C.N; RIOS, V.G; BENGUIGUI, Y. **Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI (OPAS),** São Paulo, 2005.

FERREIRA, C.T., Simpósio – **Doença do Refluxo Gastro-Esofágico: Tratamento em pediatria.** Porto Alegre jun/2001.

FREITAS M.V. ENGOLIR e Digerir: **Relação entre distúrbios motores orais e refluxo gastro- esofágico em pediatria.** Cefac Centro de especialização em fonoaudiologia clínica motricidade oral. São Paulo 1998.

GUIMARÃES, E.V., *et al.* **Tratamento da doença do refluxo gastroesofágico.** Porto Alegre novembro/2006.

GURSKI, R.R., *et al*; **Manifestações extra-esofágicas da doença do refluxo Gastroesofágico.** Porto Alegre (RS) 2006.

GONÇALVES, M.L.F, AMARAL P.C.G., FAHEL, E.. **Tratamento Laparoscópico do Refluxo Gastroesofágico em Crianças: Estudo Crítico da Literatura.** Rev.bras.video.cir 2005;3(2):76-86.Junho 2005.

GRUBER A.C et al **Questionário de doença do Refluxo Gastroesofágico.** Rio Grande do sul, dez 2004.

HERBELLA, F.A.M., *et al*; **Doença Do Refluxo Gastroesofágico Na Literatura Cirúrgica Versus Literatura Clínica: Clínicos Não Leem Revistas Cirúrgicas**. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, outubro de 2010.

MINAYO, M.C.S.*et al*; Livro pesquisa social 26 ed 1993.

MARTINS, G.A. Estudo de caso: estratégia de pesquisa, 2.ed.2. reimpr. - Sao Paulo, SP: Atlas 2008.

MAGALHÃES, P.V.S., *et al*; **Revisão sistemática e metanálise do uso de procinéticos no refluxo gastroesofágico e na doença do refluxogastroesofágico em Pediatria**. Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas, RS, Brasil, 2009.

NORTON, R.C., *et al*; **Refluxo gastroesofágico**. Jornal de pediatria/2000.

NASI, A., *et al*.**Doença do refluxo gastroesofágico: revisão ampliada**.São Paulo, dezembro/2006.

NASSIF, P.A.N. *et al*. Incidência e fatores predisponentes da migração da funduplicatura pela técnica de Nissen-Rossetti no tratamento da doença do refluxo Gastroesofágico. São Paulo, junho, 2012.

OZAKI, M.J. *et al*. **Manifestações pulmonares da doença do refluxo gastroesofágico**. USP Pediatria São Paulo, 2006.

OLIVEIRA. S.S., *et al*; **Prevalência e fatores associados à doença do refluxo gastroesofágico**.São Paulo, junho/2005.

PETTENGILL, M.A.M., *et al*. **Identificação da vulnerabilidade da família na prática clínica**. São Paulo, junho/2006.

PEREIRA, J.C.B. **Pneumopatias e doença de refluxo gastroesofágico**. Outubro/2009.

PIGNATARI, S.S.N. *et al*. **Refluxo gastroesofágico em pacientes portadores de papilomatose recorrente de laringe**. São Paulo abril/2007.

PISTARINO, D.A **Doença do refluxo gastroesofágico conhecer para melhor tratar**. Rio de Janeiro 1999.

QUINTELLA, T., *et al.* **Distúrbios de deglutição e aspiração na infância**. Carapicuíba; 1999.

RIBEIRO, K.C.S., *et al.*; Representações sociais da depressão no contexto escolar. Ribeirão Preto, 2007.

SCHRYVER, E.J., *et al.*; **Doença do refluxo gastroesofágico em crianças: quão confiável é o padrão-ouro?**. Jornal de Pediatria Rio de Janeiro de 2009.

SILVA, V.C., **Qualidade de vida em crianças com distúrbios obstrutivos do sono: avaliação pelo OSA-18**. Fortaleza-CE, 2006.

SILVERIO, C.C. *et al.* Ocorrência da dificuldade alimentar em crianças com mielomeningocele, 2005.

SOUZA, R. P.. Qualidade do sono em crianças hospitalizadas. São Paulo, Mar 2014.

TOSTES M. e GOMES A. M. Erosão Dentária – Importancia da Avaliação de Fatores de risco em crianças. Revista Fluminense de Odontologia. Doutora em OdontopediatriaUSP. 2007
Acessado em 15/07/2014
<http://www.ijosd.uff.br/index.php/n37/article/viewFile/177/131>.

<<http://www.medicinanet.com.br/bula/1922/digesan.htm>>. Acesso em: 12 de Março de 2014.

<http://www.medicinanet.com.br/bula/7745/label_liquido.htm>. Acesso em: 12 abril de 2014.

<<http://www.bulas.med.br/bula/3126/mylanta+plus.htm>>. Acesso em: 12 de abril de 2014

<<http://www.bulas.med.br/bula/6555/omeprazol.htm>>. Acesso em:12 de abril

<<http://www.bulas.med.br/bula/3113/motilium.htm>>. Acesso em: 12 de abril de 2014.

<<http://www.bulas.med.br/bula/4793/dramin+b6.htm>>. Acesso em: 12 de abril de 2014.

APÊNDICE

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1- Você percebeu algum comprometimento psicológico, social ou até mesmo, na qualidade de vida de seu filho, com DRE?
- 2- Após a cirurgia o que mudou na rotina de sua vida?