

REFLUXO GASTROESOFÁGICO: O IMPACTO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM CRIANÇAS

GASTROESOPHAGEAL REFLUX: THE IMPACT OF SURGICAL PROCEDURE IN CHILDREN

¹TEIXEIRA, P. A. T.; ²LOURENÇO C.

¹FEMA - Fundação Educacional do Município de Assis – Curso de Enfermagem

²FEMA - Fundação Educacional do Município de Assis

RESUMO

Esta pesquisa tem 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. Assim a criança considerará essa situação 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 consequências 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. 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 expõem os sinais e sintomas que a mesma pode ocasionar.

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 choronide disea and to be associate others patologicis. Is considerate the SGR what factor of the to feed difficulty who is to manifested by excessives cryings, recuse and aversion to types of the foods and and specifics textures. So, the children willto consider that discontent situation as much as childrens to family, over there to beget others dysfunctions in yeh children. The ocorrency of this fase take the children at nutrition bad and in the deficit on the development and to can to cause again others consequences for to her health and all right general. The work to 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 authores. There to be difficulties on the search of the works what showed the impact in the quality of the children with siknes (SGER), because the majority from the investigations to expose the signals and symptoms which the same to cause have.

Keywords: Child. Gastroesophageal Reflux. Surgery.

INTRODUÇÃO

Esse estudo aborda o impacto do procedimento cirúrgico em uma criança com doença do refluxo gastroesofágico através de um estudo de caso.

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.

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).

Sugere-se que esta pesquisa demonstre o comprometimento psicossocial da criança com diagnóstico da doença do refluxo gastroesofágico.

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 socio- 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.

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

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo se desenvolveu a partir de uma pesquisa de campo descritiva e exploratória, em decorrência da análise de um estudo de caso com abordagem qualitativa.

O Estudo de caso foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa da faculdade Fundação Educacional do Município de Assis IMESA-SP.

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.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

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”.

HISTÓRICO DE SAÚDE

Sexo masculino nascido em Assis SP, no Hospital Europa dia 29/05/2007, as 19:00hr 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.

PRIMEIRAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA PATOLOGIA

Com alguns dias de vida começou “a voltar leite pelo nariz e boca” após um choro forte já com duas horas da mamada durante o sono e também um grande volume de vômito após o “arroto”.

Com dois meses chorava para mamar, sempre incomodado, nervoso. Percebia 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 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 e passou a ficar mais calmo, exceto quando era ofertado chá ou bolacha com leite, sua reação era muito choro seguido de vômito.

CONSULTA MÉDICA, EXAMES, DIAGNOSTICO E MEDICAMENTOS

Ao sair do Hospital após alta, já ficou agendado seu retorno médico, assim passando ao médico a reação do bebê e foi prescrito Dijesan na qual pode ser indicado à distúrbios da motilidade gastrointestinal; 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 assim prescrevendo 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 gastrointestinal superior;

Durante uma infecção (Laringite) foi prescrito antibiótico amoxicilina na qual o bebê entrou em crises de choro devido o 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 em prantos, assim procurou um atendimento específico em Marília. Neste atendimento foi pedido alguns exames dentre eles phmetria, cintilografia, e medicado omeoprazol 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 tendo que ocorria com frequência 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 si dor e solvida 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 se alimentando.

No mês seguinte, mas uma crise porem 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 questionada a qualidade de vida que a criança levava com doenças praticamente todo mês e crises de refluxo mesmo com o tratamento e durante a madrugada havia também crises durante o sono, que era necessário medicar com Dramim é indicado nas náuseasevômitos em geral para haver um conforto e assim um sono de qualidade.

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

Ao exame de endoscopia, uma complicação, a criança fez broncoespasmo devido a alergia a Propofol. Propofol é um anestésico agente indutor por via venosa.

Ao exame confirmado requisitos compatíveis à cirurgia.

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.

A CIRURGIA

Segundo Gurski 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 cirúrgiavideolaparoscópica, 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.

IMPACTO PESSOAL E FAMILIAR REFERENTE

AO PROCEDIMENTO CIRURGICO

O impacto da noticia 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 foram notável as mudanças, em especial em relação a sua personalidade, ativo, sorridente, falante, com um sono ininterrupto de 12 horas e com um intervalo significativo em relações a doenças citadas acima.

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

Também no ambiente escolar houve significativa mudança, neste caso salutar a sua participação junto às atividades propostas, tanto individuais como

coletivas.

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 mostrassem o impacto na qualidade de vida da criança. Os autores expõem os sinais e sintomas que a mesma pode ocasionar, fechando suas pesquisas em facilidades para chegar em 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 a busca por informações referentes a profissão.

Fica aqui um conjunto de sugestões a novos pesquisadores sobre a temática estudada, levando também as intervenções de enfermagem que tende a melhorar 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., MORAES., J., P., P., F. **Doença do Refluxo Gastroesofágico.** São Paulo 2010.

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

COSTA., A.,J.,F., et al;. Prevalência de refluxo gastroesofágico patológico em lactentes regurgitadores. **Jornal de Pediatria**, v.. 80, n. 4, 2004.

CARVALHO., L., etal; **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. 2004.

GONÇALVES., M.,L.,F., et al;Tratamento Laparoscópico do Refluxo Gastroesofágico em Crianças: Estudo Crítico da Literatura. **Junho/2005**.

GUIMARÃES., E.,V., etal;. **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. Videocir.**, v. 3, n.2, p. 76-86, 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.

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

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.

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.

PISTATINO., D., A.. **Doença do refluxo Gastroesofágico, conhecer para melhor tratamento.** 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, 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. et al. **Qualidade do sono em crianças hospitalizadas**. São Paulo, maio 2014.

TOSTES., M., e GOMES., A., M.. Erosão Dentária – Importância da Avaliação de Fatores de risco em crianças. **Revista Fluminense de Odontologia**. Doutora em Odontopediatria USP. 2007 <[http://www.ijosd.uff.br/index.php/n37/article/view File/177/131](http://www.ijosd.uff.br/index.php/n37/article/view/File/177/131)>. Acesso em 15/07/2014.