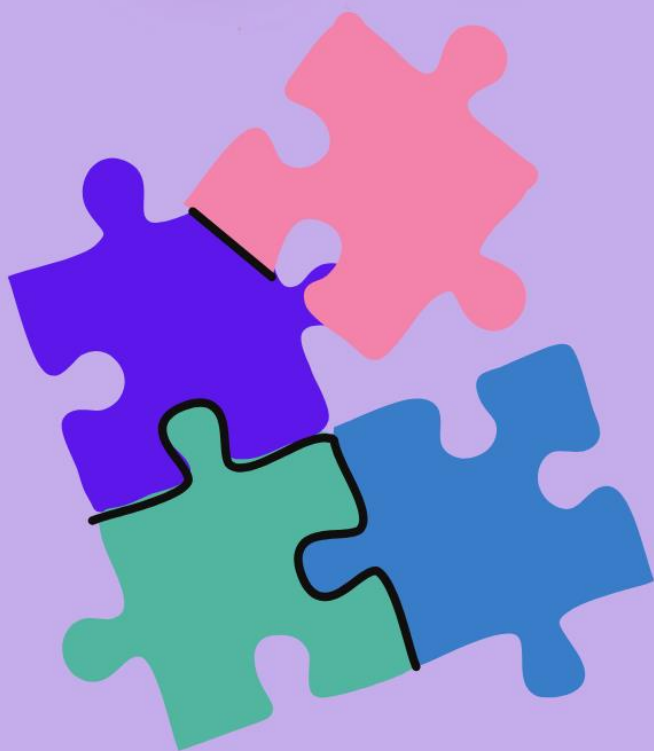


PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PEDIATRIA

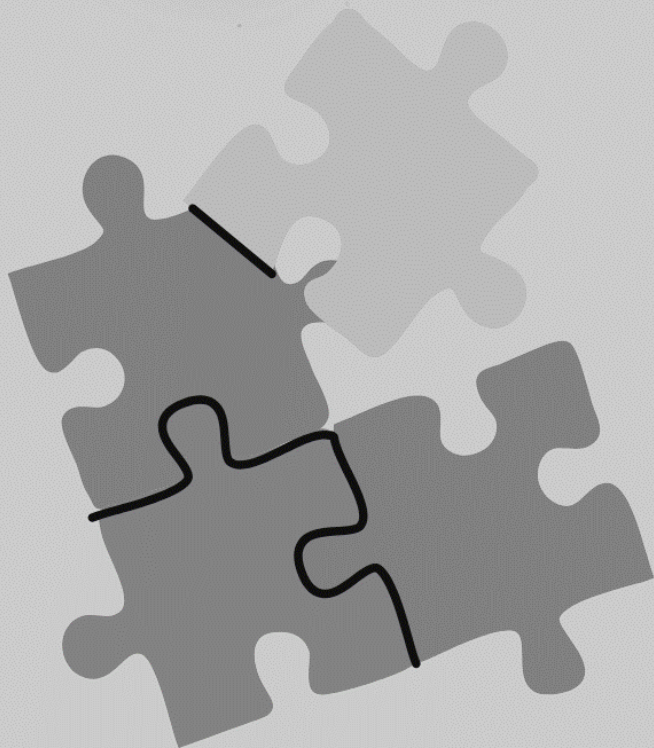


ORGANIZADORES

**PAULO SÉRGIO DA PAZ SILVA FILHO
LENNARA PEREIRA MOTA**



PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PEDIATRIA



ORGANIZADORES

**PAULO SÉRGIO DA PAZ SILVA FILHO
LENNARA PEREIRA MOTA**





O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial do SCISAUDE. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.



LICENÇA CREATIVE COMMONS

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PEDIATRIA de SCISAUDE está licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional. (CC BY-NC-ND 4.0). Baseado no trabalho disponível em <https://www.scisaude.com.br/catalogo/promocao-da-saude-na-pediatria/30>

2023 by SCISAUDE

Copyright © SCISAUDE

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 SCISAUDE

Direitos para esta edição cedidos ao SCISAUDE pelos autores.

Open access publication by SCISAUDE



PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PEDIATRIA

ORGANIZADORES

Me. Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

<http://lattes.cnpq.br/5039801666901284>

<https://orcid.org/0000-0003-4104-6550>

Esp. Lennara Pereira Mota

<http://lattes.cnpq.br/3620937158064990>

<https://orcid.org/0000-0002-2629-6634>

Editor chefe

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

Projeto gráfico

Lennara Pereira Mota

Diagramação:

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

Lennara Pereira Mota

Revisão:

Os Autores



Conselho Editorial

Aline de Oliveira de Freitas	Irislene Costa Pereira	Maria Salete Abreu Rocha Miranda
Aline Oliveira Fernandes de Lima	Isabel Oliveira Aires	Maria Vitalina Alves de Sousa
Allana Rhamayana Bonifácio Fontenele	Isabella Montalvão Borges de Lima	Mariana Carolini Oliveira Faustino
Amanda dos Santos Braga	Jean Scheievany da Silva Alves	Mariana de Sousa Ferreira
Ana Emília Araújo de Oliveira	Jéssica Moreira Fernandes	Marília Nunes Fernandes
Ana Florise Morais Oliveira	Joana Darc de Albuquerque Maranhão Oliveira	Maysa Kelly de Lima
Ana Karine de Oliveira Soares	João Carlos Dias Filho	Mônica Barbosa de Sousa Freitas
Ana Karoline Alves da Silva	Joelma Maria dos Santos da Silva Apolinário	Monica Cristiane Mendes Viana
Ana Paula Barbosa dos Santos	Joyce Carvalho Costa	Monik Cavalcante Damasceno
Antonio Rosa de Sousa Neto	Júlia Isabel Silva Nonato	Noemia santos de Oliveira Silva
Bárbara de Paula Andrade Torres	Juliana de Paula Nascimento	Paulo Sérgio da Paz Silva Filho
Beatriz Santos Pereira	Kaio Germano Sousa da Silva	Raimundo Borges da Mota Junior
Bruna Oliveira Ungaratti Garção	Kayron Rodrigo Ferreira Cunha	Raissa Escandiusi Avramidis
Camila Tuane de Medeiros	Kellyane folha gois Moreira	Rayana Fontenele Alves
Catarina de Jesus Nunes	Láís Melo De Andrade	Roberson Matteus Fernandes Silva
Cleiciane Remigio Nunes	Lauren de Oliveira Machado	Sara da Silva Siqueira Fonseca
Daniela de Castro Barbosa Leonello	Leandra Caline dos Santos	Simony de Freitas Lavor
Davi Leal Sousa	Lennara Pereira Mota	Suelen Neris Almeida Viana
Dayane Dayse de Melo Costa	Letícia de Sousa Chaves	Suellen Aparecida Patricio Pereira
Dayanne de Nazare dos Santos	Lívia Cardoso Reis	Susy Maria Feitosa De Melo Rabelo
Eduarda Augusto Melo	Lívia Karoline Torres Brito	Taison Regis Penariol Natarelli
Elayne da Silva de Oliveira	Luana Pereira Ibiapina Coêlho	Tamires Almeida Bezerra
Elisane Alves do Nascimento	Luís Eduardo Oliveira da Silva	Thayanne Torres Costa
Érika Maria Marques Bacelar	Luiz Cláudio Oliveira Alves de Souza	Thays Helena Araújo da Silva
Esteffany Vaz Pierot	Luíza Alves da Silva	Thomas Oliveira Silva
Francisco Wagner dos Santos Sousa	Lyana Belém Marinho	Wellingta Larissa Ribeiro Dias
Gracielly Karine Tavares Souza	Maraysa Costa Vieira Cardoso	Willams Pierre Moura da Silva
Iara Nadine Vieira da Paz Silva	Maria Clara Nascimento Oliveira	Yasmin Kamila de Jesus
Igor Evangelista Melo Lins	Maria Luiza de Moura Rodrigues	Yraguacyara Santos Mascarenhas



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Promoção da saúde na pediatria [livro eletrônico] / organizadores Paulo Sérgio da Paz Silva Filho, Lennara Pereira Mota. --
Teresina, PI : SCISAUDE, 2023.
PDF

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-85376-15-0

1. Crianças e adolescentes - Saúde 2. Pediatria
3. Promoção da saúde I. Silva Filho, Paulo Sérgio da Paz. II. Mota, Lennara Pereira.

23-176090


CDD-618.92

NLM-WS-100

Índices para catálogo sistemático:

1. Pediatria : Medicina 618.92

Tábata Alves da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9253

 10.56161/sci.ed.20231006



SCISAUDE



Teresina – PI – Brasil
scienceesaude@hotmail.com
www.scisaude.com.br

APRESENTAÇÃO

O E-BOOK “PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PEDIATRIA” através de trabalhos científicos aborda em seus 14 capítulos o conhecimento multidisciplinar que compõe sobre a neonatologia. Almeja-se que a leitura deste e-book possa incentivar o desenvolvimento de estratégias de atuação coletiva e educacional, visando promoção da saúde na pediatria.

Quem nunca ouviu falar na Pediatria? Essa especialidade, diferente da Oncologia ou Oftalmologia, por exemplo, se dedica a uma idade da vida e não a uma doença ou parte do corpo.

Pediatria é a especialidade da Medicina dedicada ao cuidado da saúde de crianças, pré-adolescentes e adolescentes. Sua atuação inclui a prevenção e tratamento de doenças desde o nascimento até a fase adulta. O pediatra, tem também a função orientar as famílias sobre questões como alimentação, aleitamento materno, vacinação e prevenção de acidentes. Existem diversos subtipos e especializações ligadas à pediatria, como a Neonatologia, Nutróloga pediátrica, Nefrologia pediátrica, Neurologia pediátrica, Infectologia pediátrica, Cardiologia pediátrica, Pneumologia pediátrica, Reumatologia pediátrica, Medicina do adolescente, Endocrinologia pediátrica e Gastroenterologia pediátrica, entre outros.

De acordo com o estudo Demografia Médica no Brasil, divulgado em 2023, a área de pediatria conta com 48.654 especialistas. É a segunda especialidade com maior número de médicos, atrás apenas de Clínica Médica. Além disso, há sempre uma grande demanda por profissionais dessa especialidade, seja na capital ou no interior. Essa especialidade também é a segunda maior em número de profissionais fazendo residência (4.546).



SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	10
ATENÇÃO A CRIANÇA COM DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO: IMPLEMENTANDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM	10
10.56161/sci.ed.20231006c1	10
CAPÍTULO 2	24
AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DURANTE INTERNAÇÃO NA ENFERMARIA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: ESTUDO DE COORTE	24
10.56161/sci.ed.20231006c2	24
CAPÍTULO 3	39
BENEFÍCIOS DA SUPLEMENTAÇÃO DE MELATONINA NO SONO EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	39
10.56161/sci.ed.20231006c3	39
CAPÍTULO 4	47
CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA: ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL NO ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	47
10.56161/sci.ed.20231006c4	47
CAPÍTULO 5	59
EFEITOS DA TERAPIA POR CONTENSÃO INDUZIDA EM CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL - UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	59
10.56161/sci.ed.20231006c5	59
CAPÍTULO 6	68
FISIOTERAPIA AQUÁTICA NA LISENCEFALIA: ESTUDO DE CASO	68
10.56161/sci.ed.20231006c6	68
CAPÍTULO 7	76
FISIOTERAPIA NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR (CIV) EM PEDIATRIA: REVISÃO SISTEMÁTICA	76
10.56161/sci.ed.20231006c7	76
CAPÍTULO 8	94
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA NA COVID-19 NO PACIENTE PEDIÁTRICO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	94
10.56161/sci.ed.20231006c8	94



CAPÍTULO 9	108
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: O PAPEL DA EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS BRASILEIRAS	108
10.56161/sci.ed.20231006c9	108
CAPÍTULO 10	118
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM REALIZADAS EM CRIANÇAS DURANTE A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	118
10.56161/sci.ed.20231006c10	118
CAPÍTULO 11	130
INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS PARA O BEM-ESTAR EMOCIONAL DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS	130
10.56161/sci.ed.20231006c11	130
CAPÍTULO 12	140
RELAÇÃO ENTRE AUTOEFICÁCIA E QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS	140
10.56161/sci.ed.20231006c12	140
CAPÍTULO 13	152
TERAPÊUTICA COM ANIMAIS (ZOOTERAPIA): COMPLEMENTO NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	152
10.56161/sci.ed.20231006c13	152
CAPÍTULO 14	163
PODER DAS ALEGAÇÕES FRONTAIS NA DECISÃO DE COMPRAS DE ALIMENTOS INFANTIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	163
10.56161/sci.ed.20231006c14	163



CAPÍTULO 1

ATENÇÃO A CRIANÇA COM DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO: IMPLEMENTANDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM

CARE FOR CHILDREN WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE:
IMPLEMENTING THE NURSING PROCESS

 10.56161/sci.ed.20231006c1

Victória Caetano Bernardo

Discente na Universidade Federal de Pernambuco
Orcid ID do autor (<https://orcid.org/0000-0001-7417-2567>)

José Eduardo Silva de Freitas

Discente na Universidade Federal de Pernambuco
Orcid ID do autor (<https://orcid.org/0009-0000-0630-4310>)

Nathália Émyle Brandão Lopes

Discente na Universidade Federal de Pernambuco
Orcid ID do autor (<https://orcid.org/0000-0002-7621-465X>)

Maria Fernanda Alves Lopes

Discente na Universidade Federal de Pernambuco
Orcid ID do autor (<https://orcid.org/0009-0007-1393-4637>)

Petrucia Radyane Januário da Conceição

Discente na Universidade Federal de Pernambuco
Orcid ID do autor (<https://orcid.org/0000-0003-3656-8741>)

Dielson Sotero Ramos Júnior

Discente na Universidade Federal de Pernambuco
Orcid ID do autor (<https://orcid.org/0009-0008-8521-7167>)

Larissa Ellen Pereira Vieira

Discente na Universidade Federal de Pernambuco
Orcid ID do autor (<https://orcid.org/0000-0002-3810-2454>)



Alessandra Vicente Da Silva

Discente na Universidade Federal de Pernambuco

Orcid ID do autor (<https://orcid.org/0000-0003-4492-6932>)

Luiz Fernando de Andrade Silva

Docente da Universidade Federal de Pernambuco

Orcid ID do autor (<https://orcid.org/0000-0002-2564-3120>)

RESUMO

INTRODUÇÃO: O cuidado à saúde da criança é uma responsabilidade da enfermagem, da atenção primária até a atenção hospitalar. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Este é um estudo qualitativo exploratório do tipo estudo de caso com revisão bibliográfica das patologias, realizado em um hospital, localizado na cidade de Recife-PE, no período do dia 24/10/2022 ao dia 26/10/2022. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Realizado a revisão bibliográfica das 6 patologias apresentadas pela paciente, sendo uma relacionada ao sistema nervoso, e as outras relacionadas ao trato gastrointestinal, também foi feita a correlação entre essas patologias. Também foi realizado o planejamento da assistência de enfermagem contendo diagnósticos de enfermagem elencados de acordo com a importância, resultados esperados para cada diagnóstico, além de intervenções de enfermagem. Dentre os diagnósticos se incluem: Motilidade gastrointestinal disfuncional, Nutrição desequilibrada e Disposição para enfrentamento familiar melhorado. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que as patologias apresentadas pela paciente se correlacionam, e apresentam sintomas e cuidados semelhantes. Esperamos com este capítulo oferecer conhecimento para profissionais de saúde, acerca das patologias e dos cuidados de enfermagem para pacientes pediátricos com essas patologias.

PALAVRAS-CHAVE: Refluxo Gastroesofágico; Esofagite; Alergia a Proteína de Leite de Vaca; Pediatria;

ABSTRACT

INTRODUCTION: Child health care is a nursing responsibility, from primary care to hospital care. **MATERIALS AND METHODS:** This is a qualitative exploratory study of the case study type with a bibliographical review of the pathologies, carried out at one Hospital, located in the city of Recife-PE, from 10/24/2022 to 10/26/2022. **RESULTS AND DISCUSSION:** After carrying out a bibliographical review of the 6 pathologies presented by the patient, one related to the nervous system, and the other related to the gastrointestinal tract, the correlation between these pathologies was also carried out. nursing diagnoses listed according to importance, expected results for each diagnosis, in addition to nursing interventions. Among the diagnoses are: dysfunctional gastrointestinal motility, unbalanced nutrition and readiness for improved family coping. **CONCLUSION:** It is concluded that the pathologies presented by the patient are correlated, and present similar symptoms and care. We hope with this chapter to offer knowledge to health professionals about pathologies and nursing care for pediatric patients with these pathologies.

KEYWORDS: Gastroesophageal Reflux; Esophagitis; Cow's Milk Protein Allergy; Pediatrics;

1. INTRODUÇÃO

O cuidado com a saúde das crianças é uma responsabilidade primordial da equipe de enfermagem, que tem o objetivo de promover a qualidade de vida e o bem-estar dos pequenos pacientes. Entre as diversas condições que podem afetar a saúde infantil, destaca-se a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), uma condição comum que afeta o trato gastrointestinal das crianças, desde recém-nascidos até os primeiros anos de vida.



A doença do refluxo gastroesofágico é caracterizada pelo retorno anormal do conteúdo estomacal para o esôfago ou trato respiratório, causando sintomas como regurgitação, pirose, tosse, dificuldade para se alimentar, choro constante e irritabilidade (Delshad SD et al. 2020; Young A et al. 2020). Essa condição afeta significativamente a qualidade de vida da criança e de seus familiares, resultando em desafios diários na alimentação, no sono e no desenvolvimento socioemocional da criança (JONES, 2015). Desse modo, o diagnóstico e manejo adequados dessa condição requerem um cuidado individualizado e sistematizado, utilizando estratégias clínicas e terapêuticas atualizadas (REID, 2018).

Segundo Gyawali et al. (2018), o diagnóstico moderno da DRGE é baseado no Consenso de Lyon, que tem como objetivo padronizar os critérios de diagnóstico através de testes como a monitorização de impedância-pH. Esse método tem fornecido novas perspectivas para o diagnóstico preciso da DRGE (Frazzoni et al., 2018).

Além das complicações digestivas, a DRGE também pode ter impactos na qualidade do sono. Uma revisão sistemática e meta-análise realizada por Yuksel et al. (2019) identificou uma associação significativa entre a DRGE e a qualidade do sono comprometida, destacando a importância de avaliar e tratar adequadamente a DRGE para melhorar o sono dos pacientes.

No que diz respeito às diretrizes de prática clínica, tanto a American Gastroenterological Association Institute (Jacobson et al., 2018) quanto a American College of Gastroenterology (Chey et al., 2018) publicaram diretrizes abrangentes para o diagnóstico e manejo da DRGE. Essas diretrizes fornecem orientações valiosas para os médicos no manejo da doença e no alívio dos sintomas em pacientes com DRGE.

A implementação do processo de enfermagem é fundamental para garantir uma abordagem sistematizada e eficiente no cuidado à criança com DRGE. Pois fornecem a base para o cuidado individualizado e holístico da criança, considerando suas necessidades específicas e promovendo a melhoria da qualidade de vida (CARVALHO, 2019).

Neste capítulo, exploraremos a importância da atenção à criança com doença do refluxo gastroesofágico e outras patologias associadas neste caso, utilizando o processo de enfermagem como guia para uma assistência de qualidade. Serão abordados os principais aspectos da DRGE, desde sua etiologia até as estratégias de cuidado mais atualizadas, destacando a importância da comunicação interprofissional e do suporte à família (RODRIGUES, 2018). Através da análise dos artigos científicos selecionados para embasar este capítulo, buscamos oferecer um conhecimento embasado e atualizado sobre o tema, contribuindo para a formação do profissional de enfermagem e para uma assistência efetiva e humanizada à criança com doença do refluxo gastroesofágico.

2. MATERIAIS E MÉTODOS



Trata-se de um estudo qualitativo exploratório do tipo estudo de caso com revisão bibliográfica realizado na enfermaria pediátrica de um hospital, localizado na cidade de Recife-PE, durante o período de 24/10/2022 a 26/10/2022. Foi realizado o levantamento dos dados, e uma revisão bibliográfica das patologias do paciente. Os diagnósticos de enfermagem foram desenvolvidos a partir dessas primeiras informações obtidas sobre o paciente, utilizando a NANDA. Elaborou-se o planejamento, e as intervenções de acordo com as necessidades e prioridades do paciente e suas limitações, tendo em vista que se trata de um paciente com patologias relacionadas ao trato gastrointestinal.

Dentre os objetivos deste trabalho temos: descrever a apresentação clínica, o diagnóstico, o tratamento e a aplicação do processo de enfermagem no manejo de uma criança com doença do refluxo gastroesofágico; Contribuir para o aprimoramento do cuidado de enfermagem a crianças com doença do refluxo gastroesofágico antes e após a implementação do protocolo de atendimento. e contribuir para o aprimoramento do cuidado de enfermagem às crianças com patologias do trato gastrointestinal.

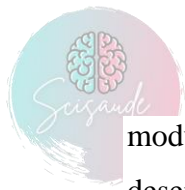
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram utilizados 10 artigos para a revisão bibliográfica das patologias apresentadas pela paciente do estudo de caso em questão, que apresenta patologia neurológica como a ECNP secundária a hipóxia, e também apresenta algumas patologias relacionadas ao trato gastrointestinal e apresentam uma correlação entre si, como a Doença do Refluxo Gastroesofágico, Disfagia, Esofagite Eosinofílica, Alergia a Proteína do Leite de Vaca mediada por IgE e Alergias a múltiplas Proteínas.

3.1 Doença do Refluxo Gastroesofágico

A doença do refluxo gastroesofágico é caracterizada pelo refluxo crônico do conteúdo gástrico para o esôfago e/ou trato respiratório, podendo ocasionar diversas manifestações clínicas tanto dentro quanto fora do esôfago. Os sintomas típicos incluem pirose e/ou regurgitação, sendo esses sintomas os que levam ao diagnóstico da doença e que podem piorar com o repouso no leito, principalmente após refeições. Sintomas extra-esofágicos ou atípicos também podem ocorrer com a doença, incluindo tosse crônica, asma de difícil controle, laringite e erosão dentária (Eusebi LH et al. 2018; Delshad SD et al. 2020; Young A et al. 2020).

A DRGE é uma doença crônica e recorrente que verifica-se quando o refluxo gástrico, composto por ácido clorídrico, pepsina, conteúdo duodenal e enzimas pancreáticas, faz com que o paciente apresente sintomas desagradáveis e/ou complicações (Cheng J e Ouwehand AC, 2020). O decurso da doença inclui uma série de eventos envolvendo a junção esofagogástrica e o corpo esofágico, além de mecanismos mediados por órgãos centrais e periféricos do sistema nervoso que



modulam a sensibilidade visceral. A oscilação entre fatores protetores e adversos é a razão do desenvolvimento da DRGE (Domingues G e Moraes - Filho JPP, 2021).

O diagnóstico pode ser feito com base no exame físico e história clínica. Porém, o início da terapia com inibidores da bomba de prótons (IBPs) ou bloqueadores de histamina tipo 2 (H2) e posterior cessação dos sintomas é encarado como diagnóstico (Mousa e Hassan, 2017). Existem ferramentas para auxiliar no diagnóstico se não houver resposta a este tratamento ou se houver apresentação atípica (Clarret e Hachem, 2018). A esofagogastroduodenoscopia (EGD) também é um exame que pode ser utilizado, permitindo a visualização direta da mucosa esofágica a fim de evidenciar possíveis complicações da DRGE e excluir diagnósticos diferenciais (Maret-ouda, Markar & Lagergren, 2020). Além disso, embora menos utilizada, a pHmetria ambulatorial é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico de refluxo ácido devido à sua reprodutibilidade de até 93%, sensibilidade e especificidade de 96% (Clarret e Hachem, 2018 ano). Essa abordagem é adequada para pacientes com ausência parcial ou total de resposta à terapia objetiva com IBP e a resposta à terapia objetiva da doença ao registrar o número de eventos de refluxos, sua extensão e duração proximais. Ademais, os resultados podem ser úteis relacionados à sintomatologia, o que é benéfico em pacientes sintomáticos com achados endoscópicos normais (Mousa e 2017; Sandhu Hassan e Fass, 28).

A DRGE é uma doença que afeta a qualidade de vida, e requer recursos médicos significativos em seu tratamento. Nesses casos, o conhecimento sobre a doença é essencial para o diagnóstico e o tratamento adequado precocemente, evitando complicações. A terapia inicial e de primeira linha para a DRGE geralmente envolve modificações na dieta e perda de peso. Outras opções incluem medicamentos e terapias alternativas que não exigem mudanças no estilo de vida. Aqueles com DRGE que não melhoraram com essas opções são recomendados a tentar terapias alternativas ou produtos farmacêuticos. (Kroner PT, et al., 2021; Richter JE e Rubenstein JH, 2018).

O tratamento farmacológico é recomendado para indivíduos com sintomas relacionados à DRGE que não conseguem se adaptar adequadamente ao seu estilo de vida. Isso inclui o uso de antiácidos, antagonistas do receptor de histamina 2 chamados H2RAs, procinéticos e medicamentos IBPs. Suprimir a produção de ácido no estômago induz alívio a longo prazo dos sintomas da DRGE, no entanto, há poucas evidências sugerindo que a redução dos níveis de ácido gástrico melhora a gravidade da doença. Em vez disso, o tratamento medicamentoso parece se concentrar na redução dos sintomas e na preservação da integridade da mucosa.

3.2 Disfagia

A disfagia é definida como alterações ou dificuldade no processo de deglutição em crianças, a qual afeta a passagem do alimento e líquidos da boca para o estômago devido a alterações



neuroológicas e/ou estruturais. Por mais que os variados tratamentos aumentem as chances de sobrevivência, os efeitos adversos afetam diretamente a qualidade de vida do paciente.

Os sintomas são variáveis quanto a idade da criança, podendo influenciar uma ou mais fases da deglutição: nas mais novas pode estar relacionada à movimentação desordenada da língua, fluxo crescido, dificuldade de sucção, postura corporal irregular, desarranjo entre sucção-deglutição-respiração onde não há intervalos para respirar entre sucção e deglutição; nas crianças mais velhas têm relação à modificações ou adversidades de mastigação na introdução de sólidos e semissólidos, falta de controle motor oral, redução do complexo hio laríngeo durante a deglutição, sendo os sinais clínicos insinuantes de penetração/aspiração mais recorrente para a densidade líquida, principalmente a água devido à sensação intraoral diminuída. Além disso, as causas da disfagia podem abranger alguns diagnósticos, dentre eles condições que afetam a sincronia entre sucção/deglutição/respiração, condições genéticas, anormalidades anatômicas relacionadas ao trato aerodigestivo, alterações neurológicas (malformações congênitas, imaturidade ou atrasos) e outras alterações que podem interferir na deglutição.

A disfagia é qualquer atraso ou modificação na sequência de deglutição que possa afetar a eficiência e segurança ou mesmo a ingestão nutricional normal. Como a deglutição e respiração estão associadas à faringe, alterações com um desses processos ou ritmação entre eles pode comprometer a habilidade da criança, bem como a proteção da via aérea durante a ingestão de alimentos.

A dificuldade alimentar é multifatorial, mais relacionada ao diagnóstico de base, tendo efeitos presentes durante toda a internação hospitalar do paciente. Algumas manifestações incluem: dificuldade respiratória, atraso na transição alimentar, sucção fraca, DRGE, disfunção na fase faríngea, seletividade, atrasos motores-orais, recusa a consumir texturas ou alimentos apropriados para o período de desenvolvimento, comprometimento nutricional, recusa alimentar, ou ainda uma associação dessas manifestações. Por essa razão, a progressão nos processos de transição alimentar, associada a presença de tal dificuldade, pode tornar a recuperação dessas pessoas mais difícil. Problemas de deglutição são prevalentes em crianças prematuras, cardiopatas, anormalidades neurológicas, síndromes variadas, com anormalidades anatômicas ou com displasia broncopulmonar.

Algumas avaliações permitem identificar alterações durante as etapas do desenvolvimento alimentar, são elas: Schedule for Oral Motor Assessment (SOMA), Protocolo de Avaliação Clínica da Disfagia Pediátrica (PAD PED) e Dysphagia Disorder Survey (DDS), por exemplo, sendo esse último considerado o mais robusto. O protocolo PAD-PED classifica os sinais clínicos indicativos de risco para dificuldade alimentar ou aspiração em cada etapa do desenvolvimento alimentar. Além disso, o protocolo analisa as habilidades funcionais da criança em decorrência da disfagia, auxiliando o fonoaudiólogo na avaliação de crianças de um mês a sete anos e 11 meses. Nesse período, essa



avaliação pode ser feita enquanto a criança é amamentada, sendo dividida em 4 consistências (líquido fino, engrossado, pastoso e sólido).

O protocolo Soma avalia como um paciente come e engole com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Desvantagens (CIF). O Soma é validado utilizando atividades e níveis de limitações para avaliar os pacientes, em uma faixa etária de 6 meses a 2 anos. O examinador não necessita de equipamento especializado para realizar o teste. O protocolo DDS incorpora avaliações para crianças e adultos. Ele se divide em duas partes, uma focada em fatores relacionados com a alimentação e a outra na competência alimentar e de deglutição.

As intervenções terapêuticas para crianças com disfagia geralmente envolvem exercícios destinados a melhorar as capacidades motoras e sensoriais envolvidas em comer e beber. Estes visam remediar ou controlar as causas da disfagia tratável, bem como minimizar o impacto da alteração. O tratamento para essa condição geralmente envolve modificar as estratégias de deglutição da criança ou ensinar seu cuidador a modificar o bolo alimentar. Em alguns casos, as medidas compensatórias podem incluir a mudança da postura da criança, dos utensílios, da viscosidade ou consistência do fluido e do ritmo da alimentação. Não há dados suficientes para uma ideia clara a respeito da influência do tratamento e estratégias alimentares na disfagia, o que resulta em estudos escassos acerca do impacto delas na população pediátrica.

3.3 Esofagite Eosinofílica

Definida como uma doença esofágica crônica, a esofagite eosinofílica (EEO) é ocasionada por uma resposta imune adaptativa específicos do paciente, principalmente alimentos, caracterizada clinicamente por sintomas relacionados com disfunção esofágica e inflamação predominantemente eosinofílica. (Lucendo et al., 2017). Esta é uma patologia complexa que não segue o padrão mendeliano clássico, produzindo a interação de múltiplos genes. Não se sabe se a EoE é mediada por IgE ou não. Os pacientes que são acometidos por essas doenças geralmente sofrem de várias doenças atópicas concomitantes, incluindo eczema, asma e rinite, além de alergia alimentar mediada por IgE serem comuns.

A inflamação eosinofílica do epitélio reduz a integridade da barreira esofágica (Rawla, et al., 2018). Geralmente crianças mais novas costumam sentir sintomas inespecíficos, como problemas alimentares, dor abdominal, regurgitação e vômitos, traços semelhantes à DRGE. Adolescentes e adultos podem sentir azia, recusa alimentar, disfagia e dor retroesternal, que dependendo da consistência e da velocidade do trânsito alimentar, algumas pessoas podem ter esses sintomas de forma mais contínua ou grave.

A esofagite eosinofílica, ou EEO, é uma condição crônica que afeta principalmente crianças do sexo masculino com idades entre 5 e 10 anos. É relatada com mais frequência em países



desenvolvidos e em indivíduos caucasianos. A EoE tem uma taxa de incidência de 5 a 10 casos por 1.000.000 de pessoas na população geral. Além disso, acredita-se que fatores genéticos e alguma exposição nos primeiros anos de vida como, antibioticoterapia precoce, aleitamento materno exclusivo ou fórmula mista, parto prematuro e cesariana podem estar associados a uma maior incidência.

O diagnóstico da esofagia eosinófila pode ser feito histologicamente, por meio da contagem de ≥ 15 eosinófilos em campo de grande aumento no local que possui maior densidade eosinofílica. Para completar o diagnóstico, além da apresentação clínica, o padrão ouro são 4 a 6 biópsias do esôfago proximal e distal (Durrani S 2017).

A primeira linha de tratamento envolve basicamente o uso de inibidores de bomba de prótons (IBP) e corticóide, sendo eficaz tanto para o tratamento da DRGE. Em casos onde a resposta não é satisfatória, deve-se priorizar outras abordagens terapêuticas (Veiga et al., 2017; Gutiérrez - Junquera C, et al. 2018). Pesquisas recentes constataram que mais de 50% dos pacientes com EEO tratados com IBPs (inibidores da bomba de prótons) obtiveram remissão histológica (Gutiérrez- Junquera C, et al. 2018). Medicamentos comumente prescritos incluem corticosteróides que são administrados sistemicamente. É recomendada a remoção de todos os alimentos alérgicos da dieta quando um paciente apresenta uma resposta imune contra um antígeno, como um alimento específico, isso ajuda a aumentar a responsividade, histológica e clinicamente, à sua condição.

3.4 Alergia à Proteína do Leite de Vaca mediada por IgE

A reação adversa a um alimento é uma reação indesejável após o consumo do mesmo, pode ser dividido em: alergia alimentar, que tem origem imunológica, e intolerância alimentar, que não é mediada pelo sistema imunológico.

A alergia à proteína do leite de vaca (APLV) é uma doença imunológica, que configura-se como uma reação adversa imuno-mediada desencadeada pela exposição do paciente ao alérgeno que neste caso são as proteínas do leite de vaca (PLV), que são as caseínas, e lactoproteínas como a β -lactoglobulina e a α -lactoalbumina. A APLV é classificada em três tipos: a IgE-mediada ou hipersensibilidade tipo I, a não IgE mediada ou hipersensibilidade III ou IV, e a mista. Na IgE-mediada, as proteínas proveniente do alimento vão entrar em contato com os epitopos das células e através disso irão causar uma reação imune, que causa diversas manifestações clínicas que podem envolver vários órgãos além do sistema gastrointestinal, e por isso quanto mais cedo for realizado o diagnóstico de forma correta, melhor é para realizar o acompanhamento do lactente a fim de reduzir as consequências da alergia (Falcão; Mansilha, 2017).

É a alergia alimentar mais comum em lactentes, pois eles acabam tendo um contato precoce às PLV, pois elas estão presentes em boa parte das fórmulas lácteas encontradas no mercado, sendo



considerada uma alergia transitória, pois em predominante maioria dos casos ela evolui para uma tolerância quando a criança está na faixa etária dos 3 a 5 anos, porém pode prejudicar o desenvolvimento do lactente, visto que a exclusão do leite de vaca da dieta do lactente é considerado um fator de risco para o déficit de crescimento, além de que os sintomas da doença também podem contribuir neste fator (Korz et al.,2021).

As manifestações clínicas que o paciente com APLV pode apresentar podem ser imediatas que ocorrem de minutos até 2 horas após a ingestão do alérgeno e são mais comuns, e tardias que ocorrem entre 48 horas e uma semana após a exposição. Falcão e Mansilha (2017) dividem as manifestações em alguns grupos de acordo com o grupo de órgãos que se apresentam. As manifestações gastrointestinais incluem regurgitação frequente, cólicas, dor abdominal, vômitos, anorexia, recusa da dieta alimentar, episódios de diarreia, podendo ter perda proteica ou de sangue nas fezes, obstipação, disfagia e sangue oculto nas fezes. Quanto as respiratórias podem apresentar rinorreia (excesso de muco no nariz, que ocasiona o corrimento nasal), dificuldade respiratória e tosse crônica. Quanto às cutâneas apresentam-se urticária, dermatite atópica e angioedema. Pode apresentar também uma má evolução ponderal, um déficit no crescimento, em casos mais graves anafilaxia, acidose metabólica grave e anemia ferropénica.

O diagnóstico é realizado com base na história clínica do paciente, e são realizados para completar o diagnóstico o Teste Cutâneo por picada que apresenta maior sensibilidade e também o exame de IgE específica para PLV, porém só a presença de IgE específica não indica um diagnóstico de APLV, pois o paciente pode estar apenas sensibilizado e não ter a alergia, por isso se faz necessário o exame e a avaliação do quadro clínico. Em casos em que a IgE é sempre elevada apresenta-se como um fator de risco para desenvolvimento de outras doenças alérgicas como asma, rinoconjuntivite e dermatite atópica.

Para melhor avaliar o quadro clínico, pode ser realizada uma dieta de evicção por um período de tempo, para verificar se a não ingestão de PLV pelo paciente causa a melhora no quadro clínico. Em casos de aleitamento materno exclusivo, que é uma das formas de prevenção da APLV, mesmo que com menor frequência o leite materno pode ter traços da proteína do leite de vaca que é ingerida pela mãe na alimentação, e nesses casos a mãe deve fazer uma dieta de evicção para garantir que o lactente não terá contato com a proteína, a dieta de evicção serve para verificar se o quadro clínico do paciente está ligado a presença de PLV na sua alimentação. Também pode ser realizado Testes de Provocação oral, porém deve ser realizado sob supervisão médica e com acesso endovenoso para promover uma rápida abordagem em casos de anafilaxia, porém não há necessidade da realização do TPO se os testes cutâneos, a IgE específica e o quadro clínico já contribuem para o diagnóstico da APLV, é contraindicado sua realização quando a alergia tem manifestações potencialmente fatais (Falcão; Mansilha, 2017).



O Tratamento da APLV é a restrição rigorosa da ingestão de proteínas do leite de vaca, sendo recomendado não só o corte desta na alimentação, mas também que a criança tenha seus próprios objetos de uso pessoal separados, como copo, prato, talheres, podendo ser necessário a separação até mesmo de liquidificador e utensílios de cozinha para evitar que o paciente tenha contato com vestígios do leite de vaca que tem potencial alergênico. Como já ressaltado, o aleitamento materno exclusivo deve ser encorajado, em casos que não haja traços de PLV no leite materno. O lactente pode utilizar fórmulas lácteas específicas, como a fórmula de soja, ou fórmulas lácteas extensamente hidrolisada, na qual se realiza a hidrólise da proteína a fim de diminuir a alergenicidade, porém estas são bem mais caras que as fórmulas comuns.

Nos casos em que a criança tem manifestações potencialmente fatais se faz importante a indicação para portar um dispositivo para auto administração de adrenalina (Falcão; Mansilha, 2017). O acompanhamento por um nutricionista se faz de grande importância para que o paciente possa ter uma alimentação que satisfaça suas necessidades nutricionais apesar da sua alergia, e dessa forma suprir a sua necessidade para o crescimento adequado (Assis et al, 2022).

3.5 Alergias a múltiplas Proteínas

A alergia é definida como uma resposta imune anormal a um alérgeno, na qual as células da imunidade ao entrar em contato com o alérgeno em questão irão desencadear uma reação inflamatória exagerada que leva a manifestação de diversos sintomas, essa alergia ocorre toda vez que o paciente é exposto ao alérgeno. No caso da alergia alimentar o fator que leva ao desenvolvimento da reação alérgica é um alimento ou um constituinte desse alimento, como uma proteína. A alergia alimentar mais comum na infância é a alergia à proteína do leite de vaca, mas existem alergias alimentares a diversas proteínas presentes na dieta comum, como alergia a proteína de ovos, da soja, do feijão e da pinha (Abbas; Litchman, 2013).

A principal manifestação clínica de alergia alimentar é a anafilaxia, na qual ocorre uma vasodilatação generalizada, ocasionando hipotensão e hipoperfusão causando a diminuição da chegada de sangue para órgãos importantes como coração e cérebro, podendo levar a morte do paciente, a alergia ainda causa edema, urticária com placas eritematosas na derme e angioedema esses são sintomas iniciais da anafilaxia. Ainda pode ocasionar sintomas no sistema digestório como náuseas, vômitos e diarreia, e atingir o sistema respiratório ocasionando coriza intensa, espirros, tosse, broncoespasmo, edema de laringe, e em casos mais graves apneia. O paciente ainda pode apresentar confusão mental e perda de consciência. A gravidade da alergia varia de acordo com a quantidade de alérgeno consumida, como é sua digestão e sua estabilidade. Além da manifestação anafilática o paciente pode apresentar um quadro clínico que é conhecido como enterocolite induzida por proteína alimentar que ocorre a nível de sistema gastrointestinal, são manifestações que iniciam de 1 a 4 horas



após a ingestão do alimento, que causa sintomas como síndromes de má absorção, diarreia, vômitos, anemia, enteropatia induzida por alimento (Sarinho; Lins, 2017).

O diagnóstico de alergia a proteínas alimentares é feito com os mesmos exames utilizados para a APLV, baseando-se no quadro clínico, com exames de teste cutâneos por picada e pode ser realizado o Teste de Provocação Oral. Mas o exame de IgE só é válido em caso de ser uma hipersensibilidade tipo I, que é mediada por IgE, mas se for uma alergia não mediada por IgE, este exame não será tão colaborativo para o diagnóstico.

O tratamento deve ser feito de forma imediata ao diagnóstico, pois a anafilaxia pode levar a morte do paciente muito rapidamente, o medicamento utilizado é a epinefrina em caso de já haver sintomas respiratórios, de hipotensão ou choque, e os anti-histamínicos ou os corticosteróides caso ainda esteja na fase inicial da alergia. A partir do diagnóstico da alergia alimentar o paciente não deve mais ser exposto ao agente causador, sua família e seu ciclo social deve contribuir para que ele evite esse alimento, deve ser encaminhado para um acompanhamento nutricional, para garantir um desenvolvimento e uma dieta com bom aporte nutricional. O paciente que já teve caso de anafilaxia deve portar consigo epinefrina auto injetável para uso em caso de contato com o alérgeno (Sarinho; Lins, 2017).

3.6 ECNP secundária a hipóxia

Também conhecida como paralisia cerebral a encefalopatia da infância (ECI) não progressiva, ou encefalopatia crônica não progressiva (ECNP), caracteriza-se por alterações de caráter permanente, que afetam o desenvolvimento cognitivo bem como o motor, ocasionando diversas limitações nos indivíduos que a possuem. Os aspectos anatomopatológicos da ECNP não evoluem, no entanto, as alterações psicológicas e físicas podem ser observadas durante toda a vida do paciente.

Diversas causas podem estar atreladas às lesões ocasionadas no encéfalo e que levam à alterações no sistema motor. Essas lesões podem ocorrer nos períodos pré-natal, perinatal, neonatal ou até mesmo em um ou dois anos de idade. As lesões do sistema nervoso central podem estar relacionadas a fatores exógenos que se distinguem em períodos em que a agressão ocorre, e endógenos que envolvem os fatores genéticos relacionados.

As crianças com ECI geralmente apresentam déficits motores que prejudicam o movimento do corpo. As mudanças resultantes na biomecânica causam outros problemas, como deficiência sensorial, deficiência auditiva, deficiência visual, linguagem corporal alterada, habilidades motoras alteradas, bem como o controle motor. Crianças com ECI também podem apresentar vários outros distúrbios, incluindo déficit de habilidades motoras, sensoriais, cognitivas, visuais e auditivas. Todos esses distúrbios resultam em limitações funcionais significativas.



O ECI é um distúrbio não progressivo cujo o qual acontece durante o desenvolvimento da região encefálica infantil ou fetal, sendo considerada como distúrbio mais comum na infância. O dano causado ao paciente com ECNPI pode acontecer em qualquer estrutura do encéfalo ocasionando alteração no tônus muscular, podendo ser classificada como hipotônica (o tônus de base diminui); atáxico (caracterizado por movimentos incoordenados); espástica (ocorre aumento do tônus de base) e mista.

Os estudos epidemiológicos acerca dessa condição se mostram incertos devido a dificuldade em estabelecer critérios diagnósticos e variação de definições, o que dificulta o levantamento de dados que indiquem sua incidência e prevalência. A realidade virtual é uma opção na terapia de crianças com ECI que vem sendo recomendada, por se tratar de um método atrativo e lúdico que possibilita uma melhora na aprendizagem motora do paciente de forma progressiva, além de também contribuir no desenvolvimento cognitivo através de funções básicas. Essa terapia pode ser feita juntamente com a fisioterapia, proporcionando assim uma melhora significativa no que diz respeito a execução de atividades físicas e alterações sensório-motoras.

3.7 Assistência de Enfermagem

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Motilidade Gastrointestinal disfuncional relacionado a Doença do Refluxo Gastroesofágico e intolerância alimentar evidenciado por diarreia, náusea e vômito.	- Controle dos sintomas. - Eliminação intestinal controlada. - Hidratação.	- Administrar e orientar quanto a TRO. - Avaliar SSVV - Observar sinais de desidratação. - Observar aspecto das fezes. - Administrar medicação prescrita. - Orientar quanto à higiene e ao uso de creme de barreira. - Orientar e estimular dieta recomendada pelo nutricionista. - Estimular ingestão hídrica adequada. - Manter paciente em decúbito lateral esquerdo ou Semi fowler.
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais relacionado a ingestão alimentar insuficiente	- Controle da condição nutricional. - Controle do peso.	- Estimular a ingestão diária da dieta por completo. - Realizar manejo nutricional. - Realizar monitoramento de líquidos.



evidenciado por perda de peso com ingestão adequada de alimentos.		
Disposição para enfrentamento familiar melhorado evidenciado por expressar desejo de escolher experiências que otimizem o bem estar.	<ul style="list-style-type: none">- Bem estar dos cuidadores familiares.- Promover a participação dos familiares nas decisões sobre a saúde do paciente.- Promoção de saúde.	<ul style="list-style-type: none">Apoiar os familiares.- Apoiar na tomada de decisão dos familiares.- Apoiar o cuidador principal.- Incentivar o envolvimento familiar nas AVD.- Responder possíveis dúvidas dos familiares sobre o paciente e sua doença.

5. CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

As patologias que a paciente apresenta foram revisadas e pode-se perceber que por serem patologias que afetam o sistema digestório, acabam se comunicando de certa forma, tendo sintomatologias semelhantes, e cuidados de enfermagem parecidos. Mas se faz de suma importância que a enfermagem esteja bem preparada para atender e cuidar de pacientes que apresentem essas patologias, ainda mais quando crianças pois elas podem influenciar de forma direta no crescimento e desenvolvimento da mesma.

A paciente referida apesar de ter várias patologias e um déficit neurológico, é uma paciente muito bem cuidada, que tende a evoluir de forma positiva, a qual seus familiares e responsáveis são muito bem informados sobre suas diversas patologias, sobre suas medicações e se empenham em procurar condutas terapêuticas que possam auxiliar no quadro dela; ao conversar com sua mãe percebemos toda a dedicação que ela tem à filha e ao quadro clínico dela, um exemplo claro dessa dedicação é que a mãe sabe decorado todas as suas medicações e horários de cada uma delas, apesar de serem muitas.

Ao primeiro contato com a paciente percebe-se que ela apresentava aversão ao contato com os profissionais de saúde, se sentia intimidada, e aparentava estar mais abatida, além de estar com edema nos olhos, e devido ao tratamento, a paciente apresentava melhora, tanto no quadro da febre, assim como no quadro de vômitos; também ficava menos agitada ao ter contato com o profissional sem o jaleco.

Com esta revisão bibliográfica esperamos oferecer um conhecimento atualizado sobre o tema, que possa contribuir para a formação dos profissionais de saúde, principalmente de enfermagem, para uma assistência efetiva e humanizada à criança com patologias neurológicas e do trato gastrointestinal, incluindo doença do refluxo gastroesofágico, disfagia, esofagite eosinofílica e alergia a proteínas alimentares, além de ECNP secundária a hipóxia.



REFERÊNCIAS

CARVALHO, A. O. R. et al. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial. São Paulo: Editora Atheneu, 2019.

JONES, P. H. et al. Pediatric gastroesophageal reflux disease. *Pediatric Clinics of North America*, v. 62, n. 4, p. 889-908, 2015.

RODRIGUES, L. M. et al. Implementation of nursing care protocols in gastroesophageal reflux disease. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 3, p. 1341-1346, 2018.

REID, C. J. et al. Diagnosis and management of pediatric gastroesophageal reflux disease. *Current Opinion in Pediatrics*, v. 30, n. 5, p. 669-674, 2018.

ASSIS, Priscila Prazeres de et al. Growth of infants with gastrointestinal manifestations of cow's milk protein allergy. *Revista de Nutrição [online]*, v. 35, 2022.

BRANDT, B. R. AVALIAÇÃO MOTORA-ORAL E DA DEGLUTIÇÃO INFANTIL (AMORA DI): VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO. 2018. 71p. Dissertação (PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE) - FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, Porto Alegre, 2018.

DELSHAD, Sean D. et al. Prevalence of gastroesophageal reflux disease and proton pump inhibitor-refractory symptoms. *Gastroenterology*, v. 158, n. 5, p. 1250-1261. e2, 2020.

DOMINGUES G, MORAES - FILHO JPP. Gastroesophageal Reflux Disease: A Practical Approach. *Arq. Gastroenterol*, v. 58, n.4, p.525 - 533, 2021.

Korz V, Kremr MM, Vargas DM, Nunes CRO. Cow's milk protein allergy, quality of life and parental style. *J Hum Growth Dev*. v. 31, n.1, p.28-36, 2021.

OLIVEIRA, L, C, R.; CARDOSO, S, P; ALMEIDA, M, I.; et al. Benefícios motores da Realidade Virtual na Encefalopatia Crônica da Infância: uma revisão narrativa. *Revista Review Article*. v.19, n.2, 2020.

SARINHO, Emanuel; LINS, Maria das G. M. Formas graves de alergia alimentar. *Jornal de Pediatria*, Volume 93, Suplemento 1, p.53-59, 2017.

GYWALI, C. P., et al. (2018). Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. *Gut*, 67(7), 1351-1362.

FRAZZONI, M., et al. (2018). Impedance-pH monitoring for diagnosis of reflux disease: new perspectives. *Digestive Diseases and Sciences*, 63(4), 934-944.

YUKSEL, E. S., et al. (2019). The association between gastroesophageal reflux disease and sleep quality: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Disorders*, 2019, 9207198.

JACOBSON, B. C., et al. (2018). American Gastroenterological Association Institute guideline on the management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology*, 135(4), 1383-1391.