

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM BEBÊS: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANA KARINE DA SILVA

CAMPOS GERAIS - MINAS GERAIS
2012

ANA KARINE DA SILVA

**REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM BEBÊS: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para
a obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Professora Flávia Casasanta
Marini

**CAMPOS GERAIS - MINAS GERAIS
2012**

ANA KARINE DA SILVA

**REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM BEBÊS: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para
a obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Professora Flávia Casasanta
Marini

Banca Examinadora:

Professora Flávia Casasanta Marini - Orientadora
Professor Edílson José Corrêa - Examinador

Aprovado em Belo Horizonte em 04/02/2012

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida:

Ao meu pai Geraldo, que já não está mais fisicamente presente entre nós, mas que sempre me incentivou a lutar pelos meus ideais. Muitas saudades.

À minha mãe Terezinha, que com muita garra e determinação, nos educou sabiamente na ausência física de nosso pai.

Aos meus irmãos, Júnior, Thiago e Luiz Fernando, meus alicerces.

À minha filhinha Alice, por ser tão carinhosa e companheira.

À Isadora, sempre tão meiga e querida.

Aos meus sobrinhos Sofia e Pedro, que enchem nossas vidas de alegria.

Ao meu noivo Rodolfo, por me apoiar, me entender, me amar e me fazer muito feliz.

Amo muito todos vocês.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me ter dado a oportunidade de estar aqui e viver cada dia.

À Professora Flávia Casasanta Marini, minha orientadora, pela imensa dedicação e carinho e pelos preciosos ensinamentos que levarei comigo por toda a vida.

Os verdadeiros sábios se dão a conhecer pelos bons princípios de seus atos, pela intocável moral das suas atitudes e pelo fato de servirem de exemplo dos ensinamentos que transmitem.

Eduardo Lambert

Aos tutores e colegas da Turma Delta do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

À equipe da Unidade Básica de Saúde Ana Rosa de Oliveira e à comunidade do Bairro Santa Terezinha, que me acolheram e me proporcionam diariamente oportunidades para o meu crescimento profissional.

RESUMO

Uma abordagem ao refluxo gastroesofágico em bebês, sua fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e cuidados. O refluxo gastroesofágico é uma ocorrência muito comum em recém-nascidos e lactentes e sua incidência é relativamente alta (67% no primeiro ano de vida). O refluxo fisiológico ocorre na maioria dos casos e requer, para o seu controle, apenas a adoção de algumas medidas gerais e comportamentais, como modificações dietéticas e posicionamento correto do bebê. O conhecimento do assunto é de extrema importância para o enfermeiro que atua na Estratégia Saúde da Família, e sua habilidade em utilizar estratégias relacionadas com as orientações dos pais, irão contribuir positivamente na minimização dos sintomas do refluxo. O objetivo deste estudo é propor um plano de intervenção junto à Estratégia Saúde da Família que engloba orientações aos pais dos bebês com refluxo gastroesofágico nas consultas mensais realizadas pelo enfermeiro, preconizadas neste programa. Para a elaboração do plano de intervenção foi realizada uma revisão da literatura sobre o tema proposto. Os dados levantados permitiram a confecção de orientações sobre o manejo adequado dos bebês com refluxo gastroesofágico.

Descritores: refluxo gastroesofágico, bebês, tratamento, assistência.

ABSTRACT

One approach to gastroesophageal reflux in infants, pathophysiology, diagnosis, treatment and care. Gastroesophageal reflux is a very common occurrence in newborns and infants and its incidence is relatively high (67% in the first year of life). The physiologic reflux occurs in most cases and requires, for its control, only the adoption of some general and behavioral measures such as dietary changes and correct positioning of the baby. The knowledge of the matter is of extreme importance for the nurses who work in the Family Health Strategy, and its ability to use strategies related to the guidance of parents, will contribute positively in reducing symptoms of reflux. The objective of this study is to propose an intervention plan with the Family Health Strategy which includes guidance for parents of infants with gastroesophageal reflux in monthly visits conducted by nurses, this proposed program. For the preparation of the intervention plan was carried out a review of the literature on the theme. The data collected allowed the preparation of guidelines on the proper management of infants with gastroesophageal reflux.

Descriptors: gastroesophageal reflux, babies, treatment, care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. JUSTIFICATIVA	12
3. REFERENCIAL TEÓRICO	13
4. OBJETIVO GERAL.....	23
4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
5. METODOLOGIA.....	24
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	25
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

1. INTRODUÇÃO

O refluxo gastroesofágico é definido como o retorno passivo do conteúdo gástrico para o esôfago, independentemente de sua etiologia. Tal fenômeno pode ocorrer em circunstâncias fisiológicas ou patológicas e em qualquer indivíduo, seja criança ou adulto. Quando não está associado a doenças ou complicações, é denominado refluxo gastroesofágico fisiológico. O refluxo patológico, ou doença do refluxo gastroesofágico, é uma condição menos comum e possui prognóstico mais grave, além de abordagens diagnóstica e terapêutica diferentes (MAGALHÃES, 2009).

O refluxo gastroesofágico fisiológico é mais comum nos primeiros meses de vida. As regurgitações pós alimentares surgem entre o nascimento e os quatro meses de idade, apresentando resolução espontânea, na maioria dos casos, até um a dois anos de idade. Nesses casos o crescimento da criança é normal, e não há complicações associadas. A frequência de regurgitações diminui após seis meses de idade, coincidindo com a introdução de dieta sólida e adoção de postura mais ereta pela criança. Deve-se suspeitar do refluxo gastroesofágico patológico quando os vômitos e regurgitações não melhoram após os seis meses de vida e não respondem às medidas posturais e dietéticas. O refluxo também pode ser denominado oculto quando manifestações respiratórias, otorrinolaringológicas ou indicativas de esofagite (irritabilidade, choro constante) ocorrem na ausência de vômitos e regurgitações (NORTON, 2000).

Dependendo da forma de apresentação predominante, o tratamento do refluxo pode requerer medidas gerais, tratamento medicamentoso ou cirúrgico. Os objetivos do tratamento são o alívio dos sintomas, cicatrização das lesões esofágicas estabelecidas e prevenção de complicações. Medidas gerais devem ser recomendadas em todos os casos. Incluem a orientação aos pais, recomendações dietéticas e postura adequada. Medicamentos são indicados para pacientes com doença do refluxo gastroesofágico (refluxo patológico) ou como terapêutica de prova em algumas situações específicas, por curtos períodos. A cirurgia deve ser reservada para os casos refratários ao tratamento clínico ou para situações que envolvam risco de vida (NORTON, 2000).

De acordo com Guimarães (2006) a prevalência do refluxo gastroesofágico no primeiro ano de vida é de cerca de 67% entre quatro e cinco meses, caindo de 67% para 21% entre seis e sete meses e para menos de 5% aos 12 meses.

No município de Passa Quatro, no Estado de Minas Gerais, pode-se observar empiricamente o aumento no número de atendimentos a bebês portadores de refluxo gastroesofágico durante as consultas de puericultura nas unidades básicas de saúde da Estratégia Saúde da Família.

Neste contexto, os programas estruturados para oferecer atenção básica à saúde da criança, como a Estratégia Saúde da Família, implantada no Brasil em 1994, pelo Ministério da Saúde, têm como metas principais a promoção da saúde e a prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Promover e recuperar a saúde e o bem estar da criança têm sido, há muito tempo, prioridade dentro da assistência à saúde infantil, a fim de garantir o crescimento e o desenvolvimento adequados dos menores nos aspectos físico, emocional e social. As consultas de puericultura têm como objetivos básicos a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares por meio de orientações podendo oferecer medidas preventivas mais eficazes (DEL CAMPO, 2005).

A consulta de enfermagem à criança, de forma particular, tem como objetivo prestar assistência sistematizada, de forma global e individualizada, identificando problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a proteção, recuperação e reabilitação de sua saúde. Com a implementação da Estratégia Saúde da Família houve o avanço da implantação da consulta de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde e esta atividade passou a ser realizada de forma contínua a seus usuários, constituindo uma estratégia de atendimento de caráter generalista, centrada no ciclo vital e na assistência à família (CAMPOS, 2011).

Nas Unidades Básicas da Estratégia Saúde da Família é realizado o acompanhamento mensal dos bebês durante o primeiro ano de vida, através das consultas de puericultura, pelo médico e enfermeiro. Nessas consultas, além da avaliação do crescimento e desenvolvimento, exame físico e imunização também são realizadas orientações aos pais em relação aos cuidados com o bebê. Como a prevalência do refluxo gastroesofágico é relativamente alta (67% entre quatro e cinco meses), é imprescindível a orientação dos pais sobre os cuidados com os bebês.

Segundo Guimarães (2006) um aspecto de grande importância é transmitir orientações e segurança aos pais. Essa conduta associada à adoção de algumas medidas de mudança no estilo de vida, tais como posicionamento correto e

espessamento da dieta, é suficiente para que os episódios de refluxo sejam minimizados e suas complicações evitadas.

2. JUSTIFICATIVA

O refluxo gastroesofágico é uma ocorrência comum na infância, principalmente em recém-nascidos e lactentes. É estimado que 40% dos recém-nascidos normais terão sintomas associados ao refluxo nos primeiros meses de vida. Esse percentual é ainda maior em prematuros (MENDES, 2006).

Nós, profissionais que atuamos na Estratégia Saúde da Família, atendemos diariamente várias crianças com esse problema e muitas vezes nos limitamos apenas ao tratamento medicamentoso, não orientando os pais quanto aos cuidados adequados com os bebês com refluxo. Esse manejo torna-se essencial para a abordagem do problema e auxilia na prevenção de complicações associadas. Portanto, torna-se importante a realização de uma proposta de intervenção pela Estratégia Saúde da Família, tendo como foco principal a orientação dos pais dos bebês com refluxo gastroesofágico nas consultas de puericultura realizadas pelo enfermeiro.

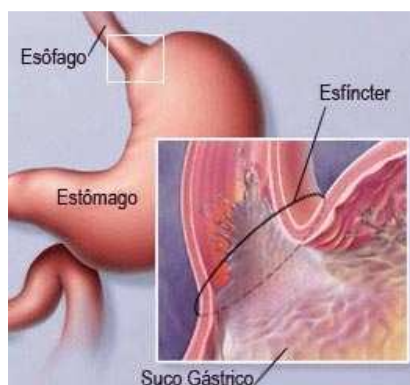
3. REFERENCIAL TEÓRICO

A fisiopatologia do refluxo gastroesofágico é complexa e variada, sendo influenciada por fatores genéticos, anatômicos, hormonais e neurogênicos (NEUFELD, 2002).

Norton et al (2000, p.219) descreve as várias estruturas, presentes na região esofageana, que contribuem para a barreira anti-refluxo:

“ ESFÍNCTER ESOFÁGICO INFERIOR (EEI) – é um seguimento circular de músculo liso no esôfago terminal adaptado para gerar zona de alta pressão, que pode variar de 15 a 40 mmHg. A maturação do EEI inicia-se nas primeiras semanas de vida intra-uterina e continua durante todo o primeiro ao de vida da criança. Mede cerca de 2,5 a 3,5 cm de extensão no adulto, com porções supra e infradiafragmáticas iguais. No recém nascido mede de 0,5 a 1,0 cm e está localizado predominantemente no tórax. Suas características se modificam após os três meses de idade, com o processo do desenvolvimento.

Figura 1 Esfíncter Esofágico Inferior



Fonte: NORTON, 2000

LIGAMENTO FRENOESOFÁGICO – é constituído pela fáscia subdiafragmática e sua função é impedir que o esfíncter esofágico inferior seja submetido à pressão intratorácica negativa.

HIATO DIAFRAGMÁTICO – é formado por fibras da crura direita do diafragma, por onde o esôfago penetra no abdome. Durante a inspiração, o hiato diafragmático se contrai, aumentando a pressão intraluminal da junção esofagogástrica, impedindo o refluxo.

ÂNGULO DE HIS – formado pelo esôfago abdominal e o fundo gástrico. Em condições normais esse ângulo é agudo. Assim o volume do conteúdo gástrico aumenta a pressão no esôfago abdominal por compressão

extrínseca, decorrente de distensão do fundo do estômago. No recém-nascido esse ângulo é obtuso.

ROSETA GÁSTRICA – é formada pelas pregas concêntricas da mucosa gástrica, na transição entre o esôfago e estômago, auxilia na contenção do conteúdo gástrico, evitando sua passagem para o esôfago.”

Em recém-nascidos e lactentes, o mecanismo anti refluxo é relativamente deficitário visto que o esfíncter esofágico inferior é em menor comprimento, o ângulo de His é mais aberto e o esôfago abdominal é mais curto que no adulto, fatores que justificam a elevada incidência do refluxo gastroesofágico nessa faixa etária (MENDES, 2006).

Segundo Freitas (2004, p.260) a investigação diagnóstica e o manejo das crianças com refluxo gastroesofágico dependem da intensidade dos sinais e sintomas:

“LACTENTES COM VÔMITOS CLÍNICOS: não havendo outros problemas além dos vômitos, trata-se apenas de refluxo gastroesofágico e não da doença do refluxo gastroesofágico. A conduta recomendada é expectante, não havendo necessidade de investigação ou tratamento. Se, no entanto, os vômitos piorarem ou persistirem após os 18 a 24 meses de idade, a investigação se faz necessária, consistindo geralmente em estudo radiológico de esôfago, estômago e duodeno.

LACTENTES COM VÔMITOS RECORRENTES E GANHO DE PESO INSUFICIENTE – toda criança que, apesar de receber uma taxa calórica suficiente, não ganha peso adequadamente, deve ser investigada. A avaliação inclui hemograma, eletrólitos (sódio, potássio, cloro e bicarbonato), uréia, creatinina, transaminases, glicemia, amônia, exame de urina para corpos cetônicos e substâncias redutoras e revisão da triagem neonatal (Teste do Pezinho). Um estudo radiográfico do esôfago terminal, estômago e duodeno também está indicado. É necessário um acompanhamento cuidadoso.

LACTENTES COM VÔMITOS RECORRENTES E IRRITABILIDADE – um bebê normal costuma estar inquieto ou chorar em torno de duas horas por dia. Se após uma anamnese detalhada, o choro parecer exagerado, alguns especialistas recomendam tratamento empírico com uma fórmula láctea hipoalergênica (Ex: leite de soja) se a criança não estiver sendo amamentada e sequencial ou simultaneamente um neutralizador da acidez gástrica. Não havendo melhora a criança deve ser encaminhada para a realização de pHmetria esofágica ou endoscopia esofágica.

LACTENTES COM DISFAGIA OU ODINOFAGIA – em crianças com dificuldade para deglutir e/ou com deglutição dolorosa, deve-se evitar tratamento empírico antes da investigação diagnóstica.

LACTENTES COM APNÉIA E CRISES DE SUFOCAÇÃO – é comum a presença de vômitos ou regurgitações recorrentes em crianças com apnéia e crises de sufocação. Nesse caso, medidas antirrefluxo são úteis.”

De acordo com Norton (2000) o diagnóstico do refluxo gastroesofágico deve começar pela elaboração da história clínica completa. Regurgitações em crianças menores de um ano, sem outras queixas e sem alterações ao exame físico, sugere o diagnóstico de refluxo fisiológico. Nesses casos não há necessidade de exames complementares, sendo recomendado o acompanhamento clínico e a adoção de medidas gerais. Sintomas e sinais de ganho insuficiente de peso, irritabilidade, choro constante, sangramentos digestivos evidentes ou ocultos, acompanhados de anemias de difícil controle, bronco espasmo persistente, pneumonias de repetição e sintomas otorrinolaringológicos recorrentes podem ser manifestações do refluxo patológico.

Norton (2000, p.220), descreve os exames complementares para a confirmação do diagnóstico do refluxo gastroesofágico patológico:

“Radiografia de esôfago, estômago e duodeno (REED): é o exame mais utilizado para a avaliação do refluxo gastroesofágico, com sensibilidade de 50 a 65%. Pode ser falso positivo em decorrência do relaxamento transitório do esfíncter esofágico inferior, que ocorre após a deglutição ou à distensão gástrica e à técnica do exame. O curto período de observação é responsável por 10 a 15% de resultados falsos negativos. O estudo dinâmico pode demonstrar alterações de motilidade e a presença de espasmos do esôfago, que podem ser relacionados ao refluxo gastroesofágico.

Manometria: a manometria esofágica é de difícil realização na criança, pois requer sua colaboração. Não diagnostica a presença de refluxo gastroesofágico, pois uma zona de alta pressão do esfíncter esofágico inferior (EEI) não assegura a ausência do refluxo. A pressão do EEI é maior que 15 mmHg e valores menores que 6 mmHg podem estar relacionados com refluxo.

Cintilografia: é realizada após a administração oral de tecnécio com a obtenção de imagens através de contador gama. Não é invasiva, causa baixa exposição à radiação, sendo adequada para avaliar o esvaziamento gástrico e a presença de aspiração pulmonar em imagens tardias.

Ultrassonografia do Esôfago: exame não invasivo que tem sido preconizado para o diagnóstico de refluxo gastroesofágico oculto, de refluxos neutros e para a determinação do tempo de esvaziamento gástrico. Permite ainda o estudo da motilidade do esôfago.

Endoscopia Digestiva Alta e Biópsia Esofágica: exame invasivo que, em crianças requer sedação ou anestesia para ser realizado. Não diagnostica refluxo e sim esofagite a ele associada podendo identificar ainda zonas de estenose, esôfago de Barret e hérnia hiatal. A biópsia do esôfago deve ser realizada em todos os pacientes com suspeita de esofagite, embora alguns autores considerem-na desnecessária em casos de esofagite endoscópica. Em 1970, Ismail-Beiji descreveu as alterações histológicas decorrentes do refluxo gastroesofágico: alongamento das papilas, superior a 60% da espessura do epitélio, presença de neutrófilos intra-epiteliais e de eosinófilos em pequeno número (< 5 por campo). O esôfago de Barret, caracterizado pela presença de metaplasia intestinal no esôfago é condição pré-maligna, pouco freqüente no grupo pediátrico.

Monitorização do pH do Esôfago (pHmetria): O pH esofágico normal varia de 5 a 7. Quando cai abaixo de 4 sugere refluxo ácido. A monitorização do pH esofágico documenta a acidificação do esôfago durante períodos prolongados, com o paciente realizando suas atividades habituais. A sensibilidade do exame varia de 87 a 93% e a especificidade, de 92,9 a 97%. O exame está indicado nas apresentações não usuais do refluxo gastroesofágico caracterizadas por doença respiratória crônica de difícil controle, ruminação, síndrome de Sandifer, apnéia, risco de morte súbita no lactente, déficit do crescimento, anemia ferropriva de difícil controle, prurido faríngeo, dor torácica de origem não cardiológica, sintomas menos comuns e para avaliar a resposta ao tratamento clínico e cirúrgico.

Teste de Bernstein modificado: foi originalmente utilizado para o diagnóstico de esofagite. Os sintomas de esofagite eram provocados no paciente através da instilação de ácido e solução salina no esôfago distal. O teste de Bernstein modificado é útil para determinar a relação entre refluxo gastroesofágico e sintomas respiratórios através da instilação de ácido e solução salina no esôfago.

Impendanciometria intraluminal: permite a determinação de episódios de refluxo de pH fisiológico, sendo, junto com a phmetria, de valor na avaliação das manifestações respiratórias do refluxo gastroesofágico.”

Nogueira (2010) apresenta o diagnóstico diferencial entre o refluxo gastroesofágico e a doença do refluxo gastroesofágico no quadro a seguir:

Quadro 1 Diagnóstico Diferencial entre Refluxo Gastroesofágico e Doença do Refluxo Gastroesofágico

Refluxo Gastresofágico	Doença do Refluxo Gastroesofágico
<ul style="list-style-type: none"> • Regurgitações freqüentes • Vômitos esporádicos • Boa aceitação alimentar • Crescimento pondero - estatural adequado • Tendência a resolução espontânea 	<ul style="list-style-type: none"> • Regurgitações variáveis • Vômitos freqüentes • Dificuldade alimentar • Crescimento pondero – estatural inadequado • Sintomas / sinais de complicação: Dor abdominal, irritabilidade, choro freqüente, tosse crônica, hiperrreatividade brônquica, estridor laríngeo, rouquidão.

Fonte: NOGUEIRA (2010)

O refluxo gastroesofágico fisiológico, quando as regurgitações são esparsas, não requer tratamento medicamentoso. Deve-se explicar aos pais o caráter benigno e a tendência de resolução espontânea até os 18 meses de idade (NOGUEIRA, 2010).

Segundo Freitas (2004) a Sociedade Européia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica divide o tratamento do refluxo gastroesofágico em seis fases:

Quadro 2 Tratamento do Refluxo Gastroesofágico

Fase	Sintomas	Tratamento
1	Regurgitação	Medidas Gerais
2		+ Manejo dietético
3	Doença do Refluxo	+ Fármaco procinético (cisaprida)
4	Gastroesofágico	+ Posição prona (30°)*
5	Esofagite	+ Neutralizador de Acidez Gástrica (bloqueador de H2 ou PPI)
6		Cirurgia

*** Em crianças com menos de um ano de idade, há risco de morte súbita; nesses casos recomenda-se a monitorização domiciliar da frequência cardíaca e/ou respiratória.**

Fonte: Freitas (2004)

As medidas gerais são indicadas tanto para pacientes com refluxo gastroesofágico ou doença do refluxo gastroesofágico. Essas condutas incluem a

adoção de algumas medidas de mudança no estilo de vida, tais como posicionamento e espessamento da dieta e, geralmente, são suficientes para minimizar os episódios (GUIMARÃES, 2006).

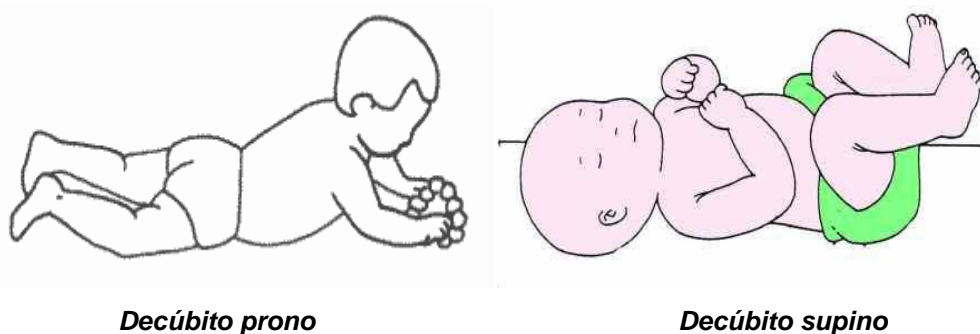
As regurgitações, quando não acompanhadas de complicações, constituem processo transitório relacionado à imaturidade do trato gastro- intestinal. As famílias, algumas vezes, podem considerá-las sério problema. Desse modo, o primeiro passo consiste em escutar os pais, sem desvalorizar suas queixas. Eles devem receber explicações simples sobre a natureza, evolução natural, prognóstico e tratamento da doença (NORTON, 2000).

Tobin (2007) avaliou o refluxo gastroesofágico em 24 lactentes menores de cinco meses de idade em relação às posições prona, supina, decúbito lateral esquerdo e direito, sem elevação e com elevação da cabeceira do leito a 30°. O decúbito lateral esquerdo sem elevação demonstrou menor índice de refluxo, semelhante à posição prona, quando comparado às outras posições.

Guimarães (2006) relata, quanto ao posicionamento do bebê, que os estudos com monitoramento por pHmetria esofágica de 24 horas têm demonstrado que o decúbito prono está relacionado com os menores índices de episódios de refluxo gastroesofágico. Por outro lado existe associação entre essa posição e a síndrome da morte súbita, sendo sua ocorrência reduzida com a adoção do decúbito supino.

Nogueira (2010), Norton (2000), Moraes (2011) e Silva Filho (2006) recomendam como posicionamento correto manter a criança em decúbito supino com elevação da cabeceira a 30° (15 a 20 cm).

Figura 2 Posicionamento do bebê com refluxo gastroesofágico: decúbitos prono e supino



Gastaldi (2008) recomenda ainda evitar o decúbito horizontal, roupas apertadas, agitar ou comprimir o abdome da criança e trocar fraldas em decúbito dorsal horizontal. Em relação a esta última recomendação, o lactente menor de três meses geralmente mama e evacua, podendo estar, no momento da troca de fraldas, com o estômago cheio de alimento líquido; ser colocado nessa posição pode representar risco para refluir, aspirar ou afogar-se durante a higiene do períneo e troca de fraldas. Deve-se assim indicar a posição semi-sentada.

Em relação à dieta, o espessamento do leite diminui a regurgitação, porém aumenta o tempo de esvaziamento esofágico e o tempo de episódio de refluxo quando este ocorrer. Há no mercado fórmulas espessadas industrializadas anti-regurgitação (com amido de arroz, milho ou outros, que se gelatinizam na presença de ácido gástrico). Não têm efeito na duração do refluxo, mas diminui o tempo de choro e melhora o sono. Nas crianças com doença do refluxo gastroesofágico com baixo ganho de peso deve-se aumentar o aporte calórico. Em alguns casos poderá ser necessário o uso de sonda nasogástrica ou até nasojejunal para evitar refluxo, aspiração e para manter o ganho de peso (NOGUEIRA, 2010).

A comparação de leite materno com fórmulas lácteas no manejo do refluxo gastroesofágico não apresentou resultados conclusivos. Em geral, não se recomenda interromper o aleitamento materno e substituí-lo por fórmulas lácteas espessas. Ainda quanto ao manejo dietético, recomenda-se alimentar a criança com volumes menores e com mais frequência (FREITAS, 2004).

A introdução de refeições sólidas, que ocorre por volta dos seis meses de idade, também auxilia na redução dos episódios de refluxo (GUIMARÃES, 2006).

Nogueira (2010) ressalta ainda em relação às medidas gerais manter a criança em posição ereta no período pós prandial por 20 a 30 minutos, para eructação e decúbito elevado em 30° para menores de seis meses.

O tratamento medicamentoso é indicado no refluxo fisiológico somente quando interferir no conforto geral da criança e quando os episódios são muito frequentes (NOGUEIRA, 2010).

Quadro 3 Tratamento medicamentoso do refluxo gastroesofágico e da doença do refluxo gastroesofágico

Medicamentos	Dose
1. Procinéticos: aumentam a pressão do esfíncter esofágico inferior, estimulando o peristaltismo esofágico e o esvaziamento gástrico.	

Medicamentos	Dose
Bromoprida (1ª opção no tratamento do refluxo gastroesofágico)	
Antagonista central e periférico da dopamina, metabolizada no fígado, excretada na urina. Exige cautela quando associada às drogas atropínicas e digoxina. Pode ocorrer espasmo muscular localizado ou generalizado, sonolência, cefaléia, calafrios, astenia, distúrbios visuais acomodativos.	0,5 a 1 mg / kg / dia 3 a 6 vezes ao dia 30 minutos antes das refeições
Cisaprida (2ª opção no tratamento da doença do refluxo gastroesofágico e 3ª opção no tratamento do refluxo gastroesofágico)	0,8 mg / kg / dia 3 a 4 vezes ao dia No máximo 40 mg/dia
<p>Seu uso em recém nascidos pré termo é desaconselhado pela potencial gravidade dos efeitos colaterais: alterações do sistema nervoso central, colestase, alterações cardíacas graves e arritmias. É recomendável dosagem prévia de potássio, cálcio, magnésio, creatinina e eletrocardiograma.</p> <p>Antagonista pós-gangliônico da serotonina, seu uso restringe o uso concomitante de medicamentos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antagonistas dos receptores de H2 • Analgésicos - acetaminofem, destrometorfano • Antihistamínicos • Benzodiazepínicos • Bloqueadores dos canais de cálcio / Nifedipina • Inibidores de proteases • Antiretrovirais – ritonavir, indinavir • Fenotiazidas • Antiarrítmicos – amiodarona, lidocaína • Antidepressivos – amitriptilina, nefazodona • Antipsicóticos • Bloqueadores da bomba de prótons - omeprazol • Suco de grapefruit 	
Domperidona (1ª opção no tratamento da doença do refluxo gastroesofágico e encefalopatas e 2ª opção no tratamento do refluxo gastroesofágico)	0,2 a 0,5 mg / kg / dose 3 a 4 vezes ao dia Antes das refeições e antes de deitar.
Antagonista dopaminérgico, sem efeitos colaterais. Tem baixa penetração através da barreira hemato-encefálica, não causando reações extrapiramidais.	Melhores resultados após um mês de uso.

Medicamento	Dose
2. Redutores da acidez gástrica	
Antiácidos São recomendados para alívio sintomático em pacientes com esofagite leve e moderada. Não se recomenda uso prolongado pelo risco dos sais de alumínio poderem levar a efeitos colaterais (osteopenia, anemia microcítica e neurotoxicidade).	0,5 ml / kg / dose Uma hora antes ou duas horas após as refeições e antes de dormir. Máximo: 30 ml.
Antagonistas dos receptores de H2 da Histamina (1ª opção, pelo menor custo e maior disponibilidade) Usar antes das refeições e ao deitar	<ul style="list-style-type: none"> • Cimetidina Ou • Ranitidina
Bloqueadores dos canais de hidrogênio (2ª opção pelo alto custo) Não tem apresentação líquida, requerendo manipulação.	Recém nascidos: 5 a 10 mg/kg/dia, 3 a 4 vezes ao dia 2 a 24 meses: 10 a 20 mg/kg/dia, 2 a 4 vezes ao dia 0,7 a 3 mg/kg/dia, 1 vez ao dia (Média 2 mg/kg/dia – disponível na forma solúvel em água)

Fonte: NOGUEIRA (2010)

Em relação à sua duração, o tratamento do refluxo gastroesofágico e da doença do refluxo gastroesofágico é contínuo até a melhora dos sintomas, que, na maioria dos casos ocorre até o 18º mês de vida. Se não houver melhora dos sintomas da doença do refluxo gastroesofágico em dois meses de tratamento clínico, deve-se considerar a abordagem cirúrgica, após a reavaliação através de exames subsidiários. O tratamento clínico requer adesão e compreensão da família e pode apresentar efeitos colaterais (NOGUEIRA, 2010).

Segundo Silva Filho (2006), a cirurgia pode ser uma opção para os casos em que houve falha na terapêutica medicamentosa, e foram descartadas todas as outras causas dos sintomas. O procedimento mais adotado atualmente é a funduplicatura à Nissen, na qual o fundo gástrico é utilizado para amarrar o esôfago distal, em toda a sua volta. Pode ser realizada endoscopicamente com segurança, mesmo em crianças com pouca idade.

O sucesso do tratamento cirúrgico varia entre 57 a 92%. Entre as complicações estão a obstrução de intestino delgado (1,3 a 13%), síndrome pós-funduplicatura (1,9 a 8%), infecção (1,2 a 9%), atelectasia ou pneumonia (3,3 a

13%), perfuração (2 a 4,3%) e estenose esofágica (1,4 a 9%). A taxa de reintervenção é de 3 a 18,9% (FREITAS, 2004).

4. OBJETIVO GERAL

Elaborar uma proposta de intervenção baseada na revisão bibliográfica visando a orientação dos pais de bebês com refluxo gastroesofágico que freqüentam as unidades da Estratégia Saúde da Família.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Pretende - se, a partir da elaboração deste trabalho, motivar os profissionais de saúde enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família a adotar condutas sistematizadas que possibilitem o acompanhamento periódico de bebês com refluxo gastroesofágico, enfocando as orientações necessárias aos pais e estimulando a adoção de medidas que promovam a saúde.

5. METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado em duas etapas, sendo a primeira composta pela revisão da literatura e a segunda pela elaboração de uma proposta de intervenção baseada nos achados da primeira etapa.

A revisão bibliográfica foi realizada através de consulta nas bases de dados Scielo, Lilacs, Medline, além de monografias, livros e protocolos sobre o assunto de interesse – refluxo gastroesofágico em bebês, tratamento e assistência. Foram analisados materiais publicados nos últimos quinze anos, através dos descritores: *refluxo gastroesofágico, bebês, tratamento, assistência*. A partir dos achados do levantamento bibliográfico foi proposto um plano de intervenção junto à Estratégia Saúde da Família tendo como objetivo a orientação dos pais dos bebês com refluxo gastroesofágico através de ações educativas nas consultas mensais de puericultura.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Esta proposta tem como objetivos fornecer subsídios para um plano de intervenção junto aos pais de bebês com refluxo gastroesofágico nas consultas de puericultura, realizadas pelo profissional enfermeiro nas unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Passa Quatro – Minas Gerais.

O plano de intervenção se caracterizará por sua aplicabilidade e flexibilidade, pois é economicamente viável, não necessitará de recursos sofisticados e de alto custo e poderá ser aperfeiçoado no decorrer do desenvolvimento das atividades sugeridas, de acordo com as necessidades que porventura surgirem.

As etapas do plano de intervenção estão inter-relacionadas e são descritas a seguir:

1 – Diagnóstico do público alvo:

Essa etapa será conduzida de acordo com a demanda das consultas de puericultura nas Unidades de Estratégia Saúde da Família. Serão incluídos todos os pais de bebês com refluxo gastroesofágico que procurarem as unidades para atendimento de puericultura e imunização.

2 – Objetivos do plano de intervenção:

Realizar, durante as consultas de enfermagem mensais de puericultura, orientações específicas sobre o manejo adequado dos bebês com refluxo gastroesofágico, após anamnese e exame físico do bebê.

3 – Conteúdo do plano de intervenção:

Os achados obtidos na revisão bibliográfica em relação aos cuidados / medidas gerais para com os bebês com refluxo gastroesofágico serão utilizados para a orientação das mães para que as mesmas possam segui-las e, assim, minimizar os episódios de refluxo. São descritos no quadro 4, a seguir:

Quadro 4 Conteúdo do plano de intervenção voltado para os pais dos bebês com refluxo gastroesofágico

CONTEÚDO	ESTRATÉGIAS	MÊS	REFERÊNCIAS
Diferenciação entre refluxo fisiológico e doença do refluxo gastroesofágico	Exposição dialogada	Primeira consulta de puericultura do bebê com refluxo	NORTON (2000) FREITAS (2004) NOGUEIRA (2010)
Tratamento do refluxo gastroesofágico fisiológico através das medidas gerais e cuidados alimentares	Exposição dialogada Folhetos e cartazes informativos	Primeira consulta de puericultura	NOGUEIRA (2010) GUIMARÃES (2006)
Anamnese e exame físico do bebê	Técnicas de anamnese e exame físico do recém nascido e lactente	Primeira consulta de puericultura	FREITAS (2004) NOGUEIRA (2010)
Observação clínica acerca da evolução do bebê e novos esclarecimentos que se fizerem necessários.	Dados antropométricos Anamnese e exame físico Exposição Dialogada	Consultas de puericultura subsequentes	CAMPOS (2011)

As orientações abrangerão as medidas gerais para os bebês com refluxo gastroesofágico, descritas a seguir:

Posicionamento correto do bebê:

- Manter a criança em decúbito supino ou lateral esquerdo, com elevação da cabeceira em 30° (15 a 20 cm). Essa elevação pode ser feita através de travesseiros comuns ou anti-refluxo ou ainda com a suspensão da parte superior do berço.
- Evitar o decúbito horizontal, roupas apertadas, agitar a criança e comprimir seu abdomen.
- Trocar fraldas com o bebê em posição semi sentada, principalmente após as mamadas, pois estando com o estômago repleto de alimento líquido, ao ser

colocado na posição horizontal o mesmo pode refluir, aspirar ou afogar-se durante a higiene do períneo.

- Manter a criança em posição ereta no período pós prandial por 20 a 30 minutos, para eructação.

Dieta:

- Realizar o espessamento do leite com fórmulas industrializadas anti regurgitação (com amido de arroz ou milho) que gelatinizam na presença do suco gástrico, caso o bebê esteja em aleitamento artificial.
- Alimentar a criança com volumes menores e com mais frequência.
- Não interromper o aleitamento materno para substituí-lo por fórmulas lácteas espessas.
- Com a introdução de dieta sólida, a partir dos seis meses de idade, os episódios de refluxo diminuem.

Tratamento Medicamentoso:

- Realizar orientações específicas sobre o medicamento prescrito, posologia, interações medicamentosas e possíveis eventos adversos.

4 – Estratégias da proposta de intervenção:

As estratégias abrangerão os conteúdos a serem abordados, ou seja, as orientações aos pais, através de exposição dialogada, entrega de folhetos informativos e avaliação mensal dos bebês para verificação do resultado dessas orientações.

5 – Avaliação da proposta de intervenção:

Uma avaliação será realizada trimestralmente através do relato dos pais para que seja verificado o impacto das orientações realizadas nas consultas. Os pais serão questionados através de perguntas (melhora dos episódios de refluxo, quais medidas foram adotadas, qual (is) medida (as) mais auxiliaram no caso da melhora dos episódios de refluxo). O crescimento dos bebês também será avaliado através das medidas antropométricas e utilização de gráficos de crescimento.

Todas as orientações realizadas e a avaliação trimestral das orientações aos pais serão registradas no prontuário do bebê na Unidade de Saúde, visando a melhoria da assistência.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia Saúde da Família, implantada para reorganizar os modelos anteriores de atenção à saúde, enfoca o cuidado ao indivíduo em todos os ciclos de vida, desde o nascimento até a velhice. Os profissionais que atuam nessa área devem seguir os objetivos propostos pelo programa, como a promoção à saúde e a prevenção de agravos, além de estratégias de reabilitação.

A Saúde da Criança, ponto importante dessa Estratégia, requer dos profissionais o cuidado integral e sistematizado da criança em todas as fases da infância. Nos programas de puericultura inseridos na Saúde da Família, a criança deve ser assistida mensalmente, para o acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento, imunização, suplementação vitamínica e demais atividades. Nessas consultas os profissionais que a realizam, sejam eles médicos ou enfermeiros, devem identificar possíveis agravos e intervir para que sejam minimizados.

Dentre outras ocorrências comuns na infância, principalmente no primeiro ano de vida, como as infecções respiratórias agudas, os problemas intestinais, as hipoavitaminoses, o refluxo gastroesofágico é comum nos recém-nascidos e lactentes. Na maioria das vezes não se trata de uma condição patológica, e sim fisiológica, por imaturidade de alguns mecanismos anti refluxo. Uma condição temporária, devendo ser conduzida através de cuidados específicos, como orientações dietéticas e posturais, para que o bebê não seja exposto a riscos, como a broncoaspiração, e ganhe peso adequadamente.

O acompanhamento periódico dos bebês com refluxo gastroesofágico nas Unidades da Estratégia Saúde da Família é essencial. Os pais devem estar bem orientados sobre o problema, suas causas e todos os cuidados necessários, uma vez que, a partir de orientações adequadas, os sintomas podem ser minimizados. Todas essas medidas irão garantir uma assistência integral às crianças e às suas famílias.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, Roseli Márcia Crozariol. **Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na estratégia saúde da família**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.45, n.3. São Paulo, junho, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3>>. Acesso em: 23 jul. 2011.

DIEL CIAMPO, Luiz Antônio. **O programa de saúde da família e a puericultura**. Revista Ciências & Saúde Coletiva, v.11, n.3: p. 739-743, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csv/v11n3/30988.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2011.

FREITAS, Ariel Azambuja Gomes. Problemas mais comuns nos recém nascidos e no lactente. In: DUNCAN, Bruce B. **Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseada em evidências**. Artmed. 4. ed. Porto Alegre, p257-268. 2004.

GASTALDI, Luiz Alberto. **Refluxo Gastroesofágico**. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gastro/refluxogastroesofagico.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2011.

GUIMARÃES, Elizabet Vilar; MARGUET, Christophe; CAMARGOS, Augusto Moreira. **Tratamento da doença do refluxo gastroesofágico**. Jornal de Pediatria, v. 82, n.5. Rio de Janeiro, julho, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo/php>>. Acesso em: 01 jul. 2011.

MAGALHÃES, Pedro Vieira S. **Revisão sistemática e metanálise do uso de procinéticos no refluxo gastroesofágico e na doença do refluxo gastroesofágico em pediatria**. Revista Paulista de Pediatria, v. 27, n.3: p. 236-242, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n3/02.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2011.

MENDES, Thaís de Barros. **Fatores de risco para doença de refluxo gastroesofágico em recém-nascidos com menos de 1500 gramas e displasia broncopulmonar**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas,

Universidade Estadual de Campinas, 2006. Disponível em: <http://www.prpg.unicamp.br/teses_defesa02>. Acesso em: 30 ago. 2011.

MORAES, Livia Barboza de Andrade; FREIRE, Ana Lúcia de Gusmão. **Repercussões broncopulmonares da doença do refluxo gastroesofágico em crianças**. Disponível em: <<http://www.climefic.com.br/painel>>. Acesso em: 23 mai. 2011.

NEUFELD, Clarice Blaj, TOPOROVSKI, Mauro Sérgio. **Refluxo gastroesofágico na infância**. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 20, n. 6: 283-296, dezembro, 2002. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br>>. Acesso em: 29 jul. 2011.

NORTON, Rocksane C. ; PENNA, Francisco J. Pena. **Refluxo gastroesofágico**. *Jornal de Pediatria*, v. 76, n.2: p. 218-224, 2000. Disponível em: <<http://www.jpmed.com.br/conteudo/00.76.S2/8/port.pdf>> Acesso em: 19 jun. 2011.

NOGUEIRA, Deise et al. **Protocolo sobre refluxo gastroesofágico**. Hospital Infantil Menino Jesus. Prefeitura Municipal de São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://ebookbrowse.com/himj-protocolo-refluxo-ge-1254773714-pdf-d93994302>>. Acesso em: 03 jul. 2011.

SILVA FILHO, Luiz Vicente da; OZAKI, Marcos Jiro; RODRIGUES, Joaquim Carlos. **Manifestações pulmonares da doença do refluxo gastroesofágico**. *Jornal de Pediatria*, v. 28, n. 1: p. 33-47, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.pediatricsaopaulo.usp.br/upload.pdf.1155.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2011.

TOBIN J. M; MCCLOUD P; CAMERON D. J. **Posture and gastro-esophageal reflux: a case for left lateral positioning**. *Arch Dis Child* 1997; 76: 254-8. Disponível em: <<http://adc.bmj.com/content/7613/254>>. Acesso em: 20 out. 2011.