



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
CURSO DE FISIOTERAPIA**

ISABELLA DINIZ GALLARDO

**A QUIROPRAXIA COMO TRATAMENTO PARA O REFLUXO
GASTRESOFÁGICO EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**CAMPINA GRANDE/PB
2019**

ISABELLA DINIZ GALLARDO

**A QUIROPAXIA COMO TRATAMENTO PARA O REFLUXO
GASTRESOFÁGICO EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Dr. Danilo de Almeida Vasconcelos.

**CAMPINA GRANDE/PB
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

G163q Gallardo, Isabella Diniz.
A quiropraxia como tratamento para o refluxo
gastroesofágico em crianças [manuscrito] : uma revisão
integrativa / Isabella Diniz Gallardo. - 2019.
17 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde , 2019.
"Orientação : Prof. Dr. Danilo de Almeida Vasconcelos ,
Coordenação do Curso de Fisioterapia - CCBS."
1. Refluxo gastroesofágico. 2. Quiropraxia. 3. Crianças. I.
Título

21. ed. CDD 615.82

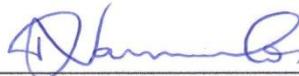
ISABELLA DINIZ GALLARDO

A QUIROPAXIA COMO TRATAMENTO PARA O REFLUXO GASTRESOFÁGICO EM
CRIANÇAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

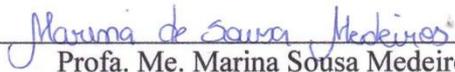
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento do Curso de Fisioterapia da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Fisioterapia.

Aprovada em: 25/11/2019.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Danilo de Almeida Vasconcelos (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Me. Marina Sousa Medeiros
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Esp. Wesley Cavalcante Cruz
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

*À razão pela qual dou o meu melhor todos os dias para ser seu maior exemplo, minha filha e parceira, **Laura**, dedico não só este trabalho, como todos até aqui e os que ainda virão.*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. MATERIAIS E MÉTODOS.....	09
2.1 TIPO DE ESTUDO.....	09
2.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA.....	09
3. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	10
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	13
REFERÊNCIAS.....	14

A QUIROPRAXIA COMO TRATAMENTO PARA O REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Isabella Diniz Gallardo ¹
Danilo de Almeida Vasconcelos ²

RESUMO

O refluxo gastroesofágico (RGE) é uma condição em que o conteúdo gástrico regurgita no esôfago. O princípio da quiropraxia é a relação do indivíduo com o estresse e a sua capacidade de adaptação e recuperação. A medida que esses eventos estressantes se acumulam, o corpo reduz a capacidade de resistência e adaptação aos poucos, levando a modificações na estrutura corporal, especialmente na coluna vertebral. O objetivo desta revisão integrativa é analisar a literatura atual sobre a quiropraxia como tratamento para o refluxo gastroesofágico em crianças. Foram utilizadas as seguintes combinações em português: “refluxo gastroesofágico” AND “quiropraxia” AND “crianças” e em inglês: “*gastroesophageal reflux*” OR “*gerd*” AND “*chiropractic*” OR “*manipulation, chiropractic*” AND “*child*” OR “*children*” nas bases de dados PubMed, SciELO, MEDLINE e LILACS. Foram incluídos os artigos publicados originalmente em inglês e português, disponíveis na íntegra e excluídos artigos de revisão e aqueles que não abordassem a temática de forma satisfatória. Resultando em 1.050.985, porém apenas 2 artigos compuseram a amostra. No estudo de ALCANTARA & ANDERSON (2008), uma bebê de 3 meses com diagnóstico médico de refluxo gastroesofágico apresentava outros sintomas como sono frequentemente interrompido, excesso de gases intestinais, vômitos frequentes, choro excessivo, dificuldade para amamentar, plagiocefalia e torcicolo, e o tratamento médico foi medicação Prosilec. Após quatro visitas foi observada melhoria notável nos sintomas do paciente e resolução total dos sintomas dentro de três meses de atendimento. JONASSON & KNAPP (2006) apresentaram o cuidado de um menino de 8 anos de idade com doença do refluxo gastroesofágico, que inicialmente foi tratado com diagnóstico de cefaleias e cervicalgia, como não houve sucesso no tratamento, foi encaminhado para um quiropraxista pediátrico que a partir de uma avaliação detalhada, chegou ao diagnóstico de RGE. Os efeitos da quiropraxia foram bem enfatizados nas amostras, incluindo melhora na qualidade de vida relatada pelos responsáveis dos pacientes. Pelo número amostral limitado dos artigos, além da escassez da literatura sugere-se que ensaios clínicos sejam realizados.

Palavras-chave: Refluxo Gastroesofágico. Quiropraxia e Criança.

^{1*} Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba. isabelladgallardo@gmail.com

^{2**} Professor Doutor de Fisioterapia na Universidade Estadual da Paraíba. osteopatia@gmail.com

THE CHIROPRAXY AS A TREATMENT FOR GASTROESOPHAGEAL REFLUX IN CHILDREN: AN INTEGRATIVE REVIEW

Isabella Diniz Gallardo¹
Danilo de Almeida Vasconcelos²

ABSTRACT

Gastroesophageal reflux (GER) is a condition in which gastric contents regurgitate in the esophagus. The principle of chiropractic is the individual's relationship to stress and their ability to adapt and recover. As these stressful events accumulate, the body gradually reduces its resilience and adaptability, leading to changes in body structure, especially in the spine. The purpose of this integrative review is to analyze the current literature on chiropractic as a treatment for gastroesophageal reflux in children. The following combinations were used in Portuguese: "gastroesophageal reflux" AND "chiropractic" AND "children" and in English: "gastroesophageal reflux" OR "gerd" AND "chiropractic" OR "manipulation, chiropractic" AND "child" OR "children" in the PubMed, SciELO, MEDLINE and LILACS databases. Articles originally published in English and Portuguese, fully available, and review articles and those that did not address the topic satisfactorily were included. Resulting in 1,050,985, but only 2 articles composed the sample. In the study by ALCANTARA & ANDERSON (2008), a 3-month-old baby with a medical diagnosis of gastroesophageal reflux had other symptoms such as frequently interrupted sleep, excessive bowel gas, frequent vomiting, excessive crying, difficulty breastfeeding, plagiocephaly, and stiff neck. Medical treatment was Prosilic medication. After four visits noticeable improvement in patient symptoms and full resolution of symptoms within three months of care were observed. JONASSON & KNAPP (2006) presented the care of an 8-year-old boy with gastroesophageal reflux disease, who was initially treated with a headache and neck pain, as unsuccessful treatment was referred to a pediatric chiropractor. After a detailed evaluation, he arrived at the diagnosis of GER. The effects of chiropractic were well emphasized in the samples, including improvement in quality of life reported by patients' guardians. Due to the limited sample number of articles, besides the scarcity of the literature, it is suggested that clinical trials be performed.

Keywords: Gastroesophageal reflux, Chiropractic and Children

^{1*} Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba. isabelladgallardo@gmail.com

^{2**} Professor Doutor de Fisioterapia na Universidade Estadual da Paraíba. osteopatia@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A infância compreende o período de desenvolvimento neuropsicomotor do ser humano desde o nascimento até a puberdade. É comum crianças terem um acompanhamento regular aos serviços de saúde, uma vez que muitas das afecções acometidas na infância, se tratadas, evitam problemas maiores na fase adulta.

Um instrumento bastante eficaz para acompanhamento é a Caderneta de Saúde da Criança, criada pelo Ministério da Saúde e distribuída para todos os nascidos vivos nas maternidades públicas e privadas, em cumprimento ao estabelecido na Portaria nº 1.058, de 4 de julho de 2005, que permite aos profissionais de saúde e familiares manter um controle do crescimento e aquisições do desenvolvimento, peso, altura, alimentação, imunização, entre outras informações, importantes para a promoção e prevenção em saúde, diagnóstico e tratamento precoce dos agravos à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Os lactentes (0-2 anos) são o alvo maior da rede de atenção básica em saúde, devido à vulnerabilidade e complexidade dos seus sistemas. É preciso ter em vista alguns “sinais de alerta do bebê”, como: baixo ganho de peso, agitação, choro excessivo, vômitos e regurgitações recorrentes, dificuldade para respirar especialmente durante as mamadas, incluindo recusas seguidas às mamadas, alterações no sono, entre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Alguns desses sinais são considerados fisiológicos, devido a imaturidade de diversos mecanismos, como a barreira antirreflexo, causando o refluxo gastroesofágico (RGE), uma condição em que o conteúdo gástrico regurgitado no esôfago, podendo atingir faringe, boca e até mesmo as vias aéreas superiores, sendo fator de risco para ocorrência de infecções respiratórias de repetição, crises de asma e piora do quadro clínico de pacientes com pneumopatias crônicas (RIBEIRO et. al., 2001). Nesta categoria de idade é principalmente o refluxo excessivo de leite, são as conhecidas “golfadas”. Com alta incidência em bebês com menos de 1 ano (aproximadamente 40% - 65%), não é incomum em adultos (JONES, 2001; SOCIEDADE BRASILEIRA de PEDIATRIA, 2017).

Deve-se suspeitar do RGE patológico quando apresenta repercussões clínicas como déficit do crescimento, dor abdominal, irritabilidade, hemorragias digestivas, broncoespasmo, sinais e sintomas sugestivos de esofagite, pneumonias de repetição ou complicações otorrinolaringológicas, onde não melhoram após seis meses de vida e não respondem às medidas posturais e dietéticas (NORTON, 2000).

É necessário ter em mente que o RGE patológico está associado a sintomatologia clínica da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) classificada em primária, quando decorre de um distúrbio funcional do trato digestório proximal; ou secundária, quando há alterações estruturais, infecciosas, metabólicas, neurológicas, alérgicas que são responsáveis pelo retorno do conteúdo gástrico ao esôfago (VANDENPLAS e HASSAL, 2002). A partir disso, é possível realizar um diagnóstico preciso e escolher o tratamento mais adequado a cada caso.

Parte do tratamento para crianças com RGE é voltado a orientações dadas aos familiares pelo profissional de saúde, como: evitar ambientes expostos a fumaça de cigarro, uma vez que a nicotina diminui a pressão no esfíncter esofageano inferior (EEI) dos mesmos e facilita a ocorrência de maior número de episódios de RGE (ORENSTEIN e MCGOWAN, 2008); manter a criança em posição ereta pelo período de vinte a trinta minutos após as mamadas facilita a eructação e esvaziamento gástrico (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2015).

A maior vantagem de seguir essas orientações é evitar os efeitos colaterais do tratamento medicamentoso. Existem vários argumentos contra o tratamento medicamentoso para DRGE em lactentes, destacando-se que nos primeiros meses de vida, os eventos predominantes relacionados aos sintomas, são de refluxos denominados fracamente ácidos,

para os quais não há tratamento eficaz (SOCIEDADE BRASILEIRA de PEDIATRIA, 2017). Como exemplo de efeitos colaterais que atingem mais de 30% dos pacientes, há: cólicas, irritabilidade e sonolência excessivas, por vezes, sinais de liberação extrapiramidal, uma vez que a dose tóxica é muito próxima da dose terapêutica (CRAIG et. al., 2004).

Ainda não se sabe ao certo o motivo, mas existe uma suspeita de que a manobra de retirada do recém-nascido acabe estirando o nervo vago, hiperexcitando e gerando uma imaturidade do sistema gástrico, causando a debilidade do mecanismo fisiológico anti-refluxo, o aumento da pressão intra-abdominal ou até mesmo tensões viscerais que podem ter sido geradas na vida intra-uterina ou durante o nascimento, que resultarão em alterações mecânicas, como uma vértebra mal posicionada causando um pinçamento nervoso e conseqüentemente, o mau funcionamento de um órgão, favorecendo a instalação do refluxo (GURSKI, 2006). As demais hipóteses do por quê surge o RGE estão associadas a doenças respiratórias como Asma e DPOC, estabelecendo uma relação de causa e efeito.

Partindo do ponto de que o RGE não tem ao certo uma explicação fisiopatológica, buscando melhorias na economia de gastos médicos em diagnosticar e tratar (exames complementares e medicações), na promoção e prevenção à saúde, outros métodos de tratamento estão sendo procurados para evitar longos períodos de tratamento com drogas ou procedimentos cirúrgicos, como a fisioterapia e a quiropraxia (GIL et. al., 2007).

De acordo com o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO, 2009), fisioterapia é uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Algumas disfunções respiratórias estão associadas à ocorrência de RGE, no entanto, a relação entre a fisioterapia e RGE parece ainda não estar bem elucidada, principalmente as repercussões que as técnicas de fisioterapia respiratória (TFR) podem ter sobre esses episódios. Alguns estudos sugerem que TFR tenham potencial refluxogênico (RIBEIRO, 2001; VANDENPLAS et. al., 1991), outros não confirmam esse evento. (PHILLIPS et al., 1998; CAMY e MEZZACAPPA, 2011; DOUMIT et. al, 2012)

A Quiropraxia, reconhecida pela RESOLUÇÃO Nº 399, 03 DE AGOSTO DE 2011 do COFFITO como especialidade da fisioterapia, é uma profissão da área da saúde, originada nos Estados Unidos há mais de cem anos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) destinada ao diagnóstico, tratamento e prevenção de alterações no sistema neuromusculoesquelético e os efeitos dessas condições na saúde em geral, com ênfases em técnicas manuais, incluindo os ajustamentos e a manipulação articular (WHO, 2005). A satisfação dos pacientes e a redução dos custos são evidenciadas nos estudos de LEGORRETA et. al. (1985), GAUMER (2006) e GEMMELL & HAYES (2001).

O quiropraxista vê o indivíduo em sua totalidade, tratando não apenas a consequência, mas também, investigando a fundo a causa do problema, desta forma, pode ser um tratamento eficaz para tal patologia devido ênfase na capacidade inerente do corpo humano em se adaptar e recuperar aos estresses (físicos, químicos e emocionais) através dos ajustes, que promovem a eliminação da interferência no sistema nervoso, permitindo o fluxo normal das informações. (VASCONCELOS, 2011).

Com base nos escassos estudos de intervenção para o tratamento de RGE utilizando ajustes e manipulações quiropráticos, evidencia-se a necessidade de maiores abordagens, enfatizando a quiropraxia como método de tratamento direto e de nível primário, visando ainda melhora na qualidade de vida futura dos pacientes, além dos baixos custos investidos na saúde em geral. Portanto, o objetivo desse trabalho é analisar, na literatura, a quiropraxia como tratamento para o refluxo gastresofágico em crianças.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma Revisão Integrativa (RI) que, surgiu como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática, propiciando aos profissionais, melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos. (SILVEIRA, 2005)

Dentro deste cenário, a RI assim como outras revisões, tem como propósito a Prática Baseada em Evidências (PBE), encorajando a utilização de resultados de pesquisas junto à assistência à saúde prestada nos diversos níveis de atenção, reforçando a importância da pesquisa para a prática clínica. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). De acordo com MELNYK (2003), a PBE é uma abordagem de solução de problema para a tomada de decisão que incorpora a busca da melhor e mais recente evidência, competência clínica do profissional e os valores e preferências do paciente dentro do contexto do cuidado.

Para a realização desta revisão, seguiu-se as etapas propostas por Mendes; Silveira; Galvão (2008): 1. Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2. Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3. Categorização dos estudos; 4. Avaliação dos estudos incluídos; 5. Interpretação e discussão dos resultados e 6. Síntese do conhecimento.

A partir disso, foram definidos com critérios de inclusão: artigos publicados originalmente nos idiomas português e inglês, indexados nas bases de dados escolhidas, disponíveis na íntegra sem delimitação de tempo. Já os critérios de exclusão foram: artigos que não satisfizessem a temática abordada e estudos do tipo revisão.

2.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA

Nesta RI foi utilizada a Estratégia PICO, trata-se uma sigla para representar quatro termos: P - problema, I - intervenção, C - comparação e O - *outcomes* (em português, desfecho). Utilizada para construir questões de pesquisa de naturezas diversas, oriundas da clínica, do gerenciamento de recursos humanos e materiais, da busca de instrumentos para avaliação de sintomas e evita que o resultado da pesquisa seja inconclusivo ou tendencioso. (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007)

Conforme a estratégia de busca escolhida, a pergunta norteadora da pesquisa foi: “O refluxo gastroesofágico (P) pode ser tratado pela quiropraxia (I) e trazer vantagem (O) as crianças?”. Após esse questionamento, foi realizada uma consulta dos descritores no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): “refluxo gastroesofágico”, “quiropraxia” e “crianças” e no MeSH (*Medical Subject Headings*): “*gastroesophageal reflux*”, “*chiropractic*” e “*child*”, juntamente com os entre termos: “*gerd*”, “*manipulation, chiropractic*”, “*children*”, combinando-os com os operadores booleanos AND e OR.

Foram utilizadas as seguintes combinações em português: “refluxo gastroesofágico” AND “quiropraxia” AND “crianças” e em inglês: “*gastroesophageal reflux*” OR “*gerd*” AND “*chiropractic*” OR “*manipulation, chiropractic*” AND “*child*” OR “*children*” nas bases de dados PubMed, SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), MEDLINE e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). A seleção dos estudos teve caráter qualitativo, levando-se em conta a temática explorada nesta revisão.

A princípio, a seleção dos artigos foi feita separadamente em cada base de dado eletrônica por meio dos filtros nelas existentes. Após isso, foi realizada uma leitura dos títulos, seguindo-se da leitura dos resumos. Aplicados os critérios de elegibilidade por

plataforma, foi criado um banco de dados único com os artigos selecionados, onde houve a remoção das duplicatas. Por fim, os textos foram lidos na íntegra.

Para a avaliação e análise dos artigos incluídos foi elaborada uma tabela (tabela 1) com a síntese dos estudos, em ordem decrescente, conforme seu ano de publicação, que contemplou os seguintes aspectos considerados pertinentes: autores e ano, objetivo e conclusões. A interpretação e discussão dos resultados foram feitas de forma descritiva e através da análise metodológica proposta pela escala PEDro (quadro 1), a qual, não deve ser utilizada para comparar a qualidade de estudo clínicos realizados em diferentes áreas de terapia, principalmente porque algumas áreas da prática da fisioterapia não são possíveis satisfazer todos os itens da escala.

Quadro 1 – Escala PEDro

Escala de PEDro – Português (Brasil)

1. Os critérios de elegibilidade foram especificados	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
2. Os sujeitos foram aleatoriamente distribuídos por grupos (num estudo cruzado, os sujeitos foram colocados em grupos de forma aleatória de acordo com o tratamento recebido)	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
3. A alocação dos sujeitos foi secreta	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
4. Inicialmente, os grupos eram semelhantes no que diz respeito aos indicadores de prognóstico mais importantes	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
5. Todos os sujeitos participaram de forma cega no estudo	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
6. Todos os terapeutas que administraram a terapia fizeram-no de forma cega	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
7. Todos os avaliadores que mediram pelo menos um resultado-chave, fizeram-no de forma cega	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
8. Mensurações de pelo menos um resultado-chave foram obtidas em mais de 85% dos sujeitos inicialmente distribuídos pelos grupos	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
9. Todos os sujeitos a partir dos quais se apresentaram mensurações de resultados receberam o tratamento ou a condição de controle conforme a alocação ou, quando não foi esse o caso, fez-se a análise dos dados para pelo menos um dos resultados-chave por “intenção de tratamento”	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
10. Os resultados das comparações estatísticas inter-grupos foram descritos para pelo menos um resultado-chave	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
11. O estudo apresenta tanto medidas de precisão como medidas de variabilidade para pelo menos um resultado-chave	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:

Fonte: Disponível para download no site da plataforma

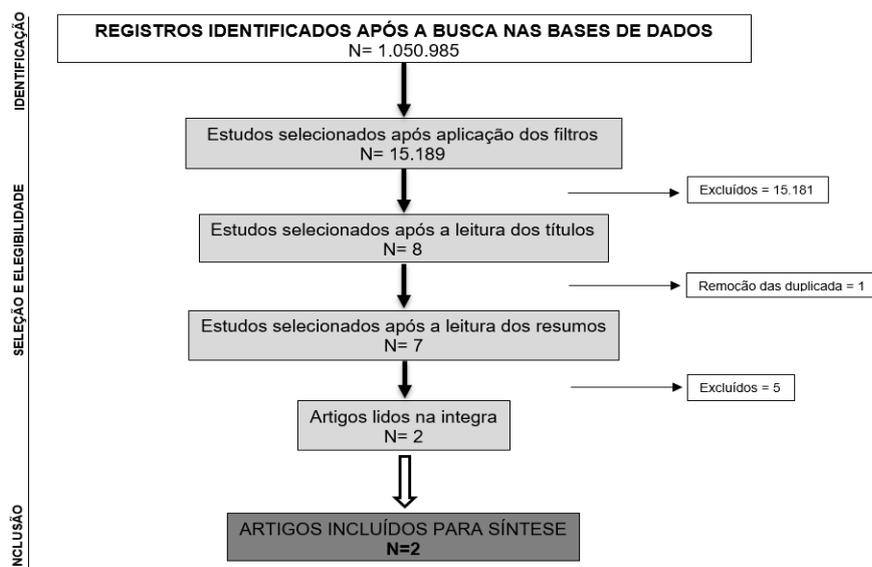
A escala PEDro baseia-se na lista de Delphi, desenvolvida por Verhagen e colegas no Departamento de Epidemiologia, da Universidade de Maastricht. A lista, na sua maior parte, baseia-se num “consenso de peritos” e não em dados empíricos. À medida que forem disponibilizados mais dados empíricos, pode vir a ser possível ponderar os itens da escala de forma a que a pontuação obtida a partir da aplicação da escala PEDro reflita a importância de cada um dos itens da escala. (VERHAGEN et al., 1988)

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nenhum artigo foi encontrado utilizando a combinação dos descritores em português e na base Scielo. Já em inglês, totalizou-se 1.050.985. Destes, 2 pertenciam a LILACS, 4 a MEDLINE e os demais da PubMed. A partir disso, com os próprios filtros das bases de dados eletrônicas, baseados nos critérios de elegibilidade, foram obtidos 15.189 artigos. Feita

a leitura dos títulos, restaram: 1 artigo na LILACS, 2 na MEDLINE e 5 na PubMed. Excluindo as duplicatas, 7 artigos passaram pela leitura dos resumos, resultando numa amostra de 2 artigos.

Fluxograma 1 - identificação de seleção dos estudos da revisão integrativa



As informações mais relevantes dos artigos selecionados foram descritas no quadro a seguir para facilitar a avaliação e análise crítica.

Tabela 1 - Categorização dos artigos selecionados segundo o ano e as características

AUTOR E ANO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO	CONCLUSÃO	ESCALA PEDro
ALCANTARA e ANDERSON, 2008	Relato de Caso	Apresentar o diagnóstico e manejo da doença do RGE encontrada em um paciente pediátrico, discutir a importância de um caso clínico detalhado e apresentar algumas das pistas mais importantes, verbais e não verbais, que podem levar ao diagnóstico.	Os autores relatam o sucesso da quiropraxia de uma lactente de 3 meses de idade com queixas subjetivas consistentes com a DRGE, além de síndrome do distúrbio do sono e síndrome do bebê irritável de origem musculoesquelética. Este estudo sugere a possibilidade de que pacientes semelhantes possam se beneficiar da quiropraxia.	0/10
JONASSON e KNAPP, 2006	Relato de Caso	Apresentar o diagnóstico e tratamento da doença do refluxo gastroesofágico encontrada em um paciente pediátrico, discutir a importância de um caso clínico detalhado e apresentar algumas das pistas mais importantes, verbais e não verbais, que podem levar ao diagnóstico.	Devido à posição de profissionais de saúde de primeira linha, é inevitável que os médicos de quiropraxia enfrentem queixas de natureza não biomecânica. É importante reconhecer condições, como refluxo gastroesofágico, em um estágio inicial e se referir adequadamente.	0/10

Fonte: Elaborado pelo autor

Os estudos encontrados tratam-se de relatos de caso. Segundo Parente et. al. (2010), relatos de casos foram durante muito tempo a única base de informações científicas, porém com o surgimento das PBE, este tipo de estudo foi caindo em desuso, apesar de aguçar a interpretação de sinais e sintomas e é ser um farto material para discussões que auxiliam no aprendizado. Geralmente, são a primeira fonte de evidências para novas terapias e para detecção de efeitos adversos raros de tratamentos (ALBRECHT; WERTH; BIGBY, 2009).

Possuem indicação clara em situações de doenças incomuns, para as quais tanto o diagnóstico como a terapêutica não estão claramente estabelecidos na literatura científica, onde essas terapêuticas são avaliadas quanto ao sucesso e ao fracasso num único indivíduo e aprendizagens destes “erros e acertos” são apreendidos para um próximo caso (PARENTE et. al., 2010).

De acordo com VERHAGEN et al. (1988), a escala PEDro não deverá ser usada como uma medida da “validade” das conclusões de um estudo. Advertindo, aos utilizadores da de que estudos que revelem efeitos significativos do tratamento e que obtenham pontuação elevada na escala PEDro não fornecem, necessariamente, evidência de que o tratamento seja clinicamente útil. Adicionalmente, importa saber se o efeito do tratamento foi suficientemente expressivo para poder ser considerado clinicamente justificável, se os efeitos positivos superam os negativos, e aferir a relação de custo-benefício do tratamento.

ALCANTARA & ANDERSON (2008) descrevem o sucesso do atendimento com uma bebê de 3 meses com diagnóstico médico de refluxo gastroesofágico apresentava outros sintomas como sono frequentemente interrompido, excesso de gases intestinais, vômitos frequentes, choro excessivo, dificuldade para amamentar, plagiocefalia e torcicolo, e o tratamento médico foi medicação Prosilec™. Após quatro visitas foi observada melhoria notável nos sintomas do paciente e resolução total dos sintomas dentro de três meses de atendimento.

Na avaliação física, enquanto se agitava e gritava de dor, a paciente realizava extensão da parte superior do corpo, arqueando as costas, a mãe relatou que já obserara tal atitude. Não respondeu ao estímulo de sucção, a cabeça estava aproximadamente 45° em rotação direita com ligeira flexão lateral esquerda da coluna cervical, também era perceptível um achatamento do occipito direito, ou seja, plagiocefalia. O abdômen estava extremamente tenso e com desconforto na palpação digital. Uma inspeção mais aprofundada revelou que sua mandíbula estava restrita à direita e poderia explicar sua incapacidade de fazer uma boa vedação (pega correta) para a amamentação.

Com base em um procedimento de exame quiroprático incorporando o exame postural, palpação estática e dinâmica da coluna vertebral, foi determinado que a paciente apresentava disfunções segmentares espinais em rotação posterior direita do atlas e inclinação lateral à direita em relação ao corpo vertebral de axis. A 4ª vértebra torácica apresentou má posição posterior em relação a C3. Seguindo os procedimentos da técnica craniossacral, foram determinadas 8 distorções cranianas dos ossos parietais e temporais direitos, bem como movimentos aberrantes da mandíbula na articulação temporomandibular direita (ATM).

A paciente foi tratada com a Terapia Manipulativa Espinhal (TME) de alta velocidade e baixa amplitude (AVBA) caracterizada como Técnica Diversificada (TD) com modificação técnica apropriada para a idade e tamanho do paciente. E a Terapia Craniossacral para as correções cranianas. Tratamento semelhante foi utilizado por CHUANG (2014), também numa lactente de 4 meses.

Após sua 4ª consulta de quiropraxia, a mãe decidiu tirar sua filha do Prilosec™ devido à notável melhora nos sintomas da filha. Na 7ª consulta, a paciente estava vomitando apenas uma vez por dia em comparação com o vômito após cada alimentação. De acordo com a mãe do paciente, sua filha começou a aumentar seu tempo de sono durante a noite para 4-5 horas seguidas, bem como aumentar a duração do “tempo de sesta” no dia para aproximadamente 2

horas. Os pais da criança também notaram que sua filha não estava chorando com tanta frequência ou por longos períodos de tempo como antes da quiropraxia. A mãe da paciente atribuiu a melhoria da filha ao tratamento recebido.

Na busca bibliográfica de Alcantara e Anderson (2008), eles também só encontraram dois estudos, entre eles o de JONASSON & KNAPP (2006) apresentando o cuidado de um menino de 8 anos de idade com doença do refluxo gastroesofágico, que inicialmente foi tratado com diagnóstico de cefaleias e cervicalgia, como não houve sucesso no tratamento, foi encaminhado para um quiropraxista pediátrico que a partir de uma avaliação detalhada, chegou ao diagnóstico de RGE.

Uma das características do RGE é a dor de cabeça ao despertar, devido ao a posição reclinada. O ácido do estômago provoca irritação dos dentes e da membrana oral, levando à dor de cabeça referida (SPIERINGS, 2002). Também é fácil negligenciar a dor abdominal quando partes da queixa estavam relacionadas ao seu primeiro ano de vida; no entanto, eles não foram considerados um problema.

O tratamento para o paciente foi descrito como quiropraxia TME para a coluna cervical superior em combinação com terapia craniana e aconselhamento dietético (ou seja, remover todos os produtos de trigo da dieta). Esta abordagem não teve sucesso com o paciente, que encaminhado a um colega, onde um diagnóstico eventual de DRGE foi feito. Com relação à técnica quiroprática descrita neste relato de caso, o uso de ajustes do tipo AVBA está bem documentado em vários ensaios clínicos (WIBERG; NORDSTEEN; NILSSON, 1999; GRUNNET-NILSSON; WIBERG, 2001).

Além disso, a TME quiroprática pediátrica foi considerada segura, com apenas alguns poucos eventos adversos relatados na revisão sistemática da literatura de VOHRA; JOHNSTON; CRAMER; HUMPHREYS (2007).

Apesar dos autores buscarem realizar uma boa avaliação no paciente, buscando histórico familiar e história pregressa da doença desde quando era bebê, o artigo mostrou-se pobre na avaliação física, deixando a desejar também no tratamento, não especificando como foi realizado o tratamento, portanto, não serve como base para reprodução na prática clínica.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os efeitos da quiropraxia foram bem enfatizados nas amostras, incluindo melhora na qualidade de vida relatada pelos responsáveis dos pacientes. Porém um dos artigos não detalhou o tratamento realizado apesar de assegurar a resolutividade do quadro clínico do paciente.

As conclusões que podem ser retiradas destes estudos são geralmente limitadas pelo pequeno número de indivíduos e pela ausência de um grupo controle. O principal problema no uso de relatos de casos para a instituição de uma terapia nova é que geralmente somente são publicados aqueles casos que tiveram sucesso com a intervenção o que constitui o viés de publicação.

Sugere-se que mais estudos sejam realizados, de preferência ensaios clínicos com um número amostral que seja significativo para obter uma boa qualidade na análise metodológica e comprovar a eficácia da quiropraxia como tratamento para o RGE, podendo proporcionar além dos efeitos benéficos sistêmicos a saúde, como consta na literatura, a diminuição dos gastos com medicações e exames complementares a curto e longo prazo, tornando o profissional de quiropraxia extremamente importante na atenção primária.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, J; ANDERSON, R. Chiropractic care of a pediatric patient with symptoms associated with gastroesophageal reflux disease, fuss-cry-irritability with sleep disorder syndrome and irritable infant syndrome of musculoskeletal origin. **J Can Chiropr Assoc**; v. 52, n.4, 2008

ALBRECHT, J; WERTH, V; BIGBY, M. The role of case reports in evidence-based practice, with suggestions for improving their reporting. **J Am Acad Dermatol**; v. 60, p. 412-418. 2009

BEHRMAN et. al. **Nelson's textbook of pediatrics**. 16th ed. Philadelphia WB Saunders. p. 1125, n.6. 2000.

CAMY, LFS; MEZZACAPPA, MA. Expiratory flow increase technique and acid esophageal exposure in infants born preterm with bronchopulmonary dysplasia. **Pediatr Phys Ther.**, v. 23, p.328-333. 2011.

CRAIG, WR; HANLON-DEARMAN, A; SINCLAIR, C; TABACK, S; MOFF, M. Metoclopramide, thickened feedings, and positioning for gastroesophageal reflux in children under two years. *The Cochrane database of systematic reviews*. n.4. 2004.

DOUMIT, M; KRISHNAN, U; JAFFÉ, A; BELESSIS, Y. Acid and non-acid reflux during physiotherapy in young children with cystic fibrosis. **Pediatr Pulmonol**. v. 47, p.119-124. 2012;

GAUMER, G. Factors associated with patient satisfaction with chiropractic care: survey and review of the literature. **J Manip Physiol Ther**. v.29, p.455-62. 2006;

GEMMELL, HA; HAYES, BM. Patient satisfaction with chiropractic physicians in an independent physicians' association. **J Manip Physiol Ther**. v.24, p.556-9. 2001;

GIL, J; BASZAK, A; WOJTU, AS; WOJTKOWIAK, M. Endoscopic methods of gastroesophageal reflux disease (GERD) treatment and their complications. **Pol Merkuriusz Lek**, v.22, n.131, p.429-433. 2007

GRUNNET-NILSSON, N; WIBERG, J. Infantile colic and chiropractic spinal manipulation. **Arch Dis Child**; vol. 85, p.268. 2001;

GURSKI, Richard Ricachenevski; ROSA, André Ricardo Pereira da; VALLE, Enio do; BORBA, Marcelo Antonio de; VALIATI, André Alves. Manifestações extra-esofágicas da doença do refluxo gastroesofágico. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. São Paulo, v.32, n.2. 2006

JONASSON, AK; KNAAP, SFC. Gastroesophageal Reflux in an 8-Year Old. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics** v. 29, n. 3, 2006

JONES, AB. Gastroesophageal reflux in infants and children. **Can Fam Physician**. v.47, p 2045-53. 2001;

JUNG, AD. Gastroesophageal reflux in infants and children. **Am Fam Physician**. v.64, p.1853-1860. 2001;

LEGORRETA et. al. Comparative analysis of individuals with and without chiropractic coverage: patient characteristics, utilization and costs. **Arch Intern Med.**; v. 164, p. 1985-92. 2004

MELNYK BM. Finding and appraising systematic reviews of clinical interventions: critical skills for evidence-based practice. **Pediatric Nurs**. V.29, n.2, p.147-149. 2003.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C. de C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Florianópolis: **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta da Saúde da Criança**. 4a Tiragem; 5a edição – 2008

NELSON et. al. Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during childhood: a pediatric practice-based survey. **Arch Pediatr Adolesc Med**; p.154, v.33, n.7. 2000

OFMAN, JJ. The relationship between gastroesophageal reflux disease and esophageal and head and neck cancers: a critical appraisal of epidemiologic literature. **Am J Med**. v.111 (Suppl 8a), n.95. p.1245, 2001;

ORENSTEIN, SR; MCGOWAN, JD. Efficacy of conservative therapy as taught in the primary care setting for symptoms suggesting infant gastroesophageal reflux. **J Pediatr**. v.152, n.3, p310-314. 2008;

PARENTE, Raphael Câmara Medeiros; OLIVEIRA, Marco Aurélio Pinho de; CELESTE, Roger Keller. Relatos e Série de Casos na Era da Medicina Baseada em Evidência. **Brazilian Journal of Videoendoscopic Surgery** - v. 3 - n. 2, p. 67-70, 2010.

PEREIRA JCB. Pneumopatas e doença de refluxo gastroesofágico. **Rev Port Pneumol**. v.15, p. 899-921. 2009;

PHILLIPS, GE; PIKE, SE; ROSENTHAL, M; BUSH, A. Holding the baby: head downwards positioning for physiotherapy does not cause gastro-oesophageal reflux. **Eur Respir J**. v.12, p.954-957. 1998

RIBEIRO, MAGO; CUNHA ML, ETCHEBEHERE ECC; CAMARGO EE; RIBEIRO JD; CONDINO-NETO A. Efeito da cisaprida e da fisioterapia respiratória sobre o refluxo gastroesofágico de lactentes chiadores segundo avaliação cintilográfica. **J. pediatr**. (Rio J.). v.77, p. 393-400. 2001;

SANTOS, C.M.C.; PIMENTA, C.A.M.; NOBRE, M.R.C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 3, 2007.

SILVEIRA, RCCP. **O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências** [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Regurgitação do lactente (Refluxo Gastroesofágico Fisiológico) e Doença do Refluxo Gastroesofágico em Pediatria. Departamento Científico de Gastroenterologia • Nº 2, Dezembro de 2017

SPIERINGS EL. Reflux-triggered migraine headache originating from the upper gum/teeth. **Cephalgia** v.22, n.6. p.555, 2002;

VANDENPLAS, Y; HASSAL, E. Mechanisms of gastroesophageal reflux and gastroesophageal reflux disease. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**. v. 35, p. 119-136. 2002;

VANDENPLAS, Y; DIERICX, A; BLECKER, U; LANCIERS, S; DENEYER, M. Esophageal pH monitoring data during chest physiotherapy. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**. v.13, p. 23-26. 1991;

VASCONCELOS, Danilo de Almeida. **Quiropraxia no Tratamento da Pelve** – João Pessoa – PB – JRC. 1ª edição. 2011;

VERHAGEN, A.P. et al. The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomised clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 51, n.12, p.1235-1241.1988;

VOHRA, S; JOHNSTON, BC; CRAMER, K; HUMPHREYS, K. Adverse events associated with pediatric spinal manipulation: a systematic review. **Pediatrics**. v.119, p.275–283. 2007;

WIBERG, JM; NORDSTEEN, J; NILSSON, N. The short-term effect of spinal manipulation in the treatment of infantile colic: a randomized controlled clinical trial with a blinded observer. **J Manipulative Physiol Ther** v.22, p. 517–522. 1999;

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on basic training and safety in chiropractic**. Geneva; 2005. Disponível Em: <<http://www.who.int/medicines/areas/traditional/ChiroGuidelines.pdf>>

AGRADECIMENTOS

Minha eterna gratidão a **Deus**, Bendito seja, pela graça da vida, por abençoar-me durante toda esta caminhada e me fazer entender que Seus planos são melhores que os meus.

Agradeço a **Laura**, minha pequena triunfante, que com seu sorriso me dá forças para conquistar meus objetivos, pelo abraço apertado que me faz esquecer todas as dificuldades e por ser meu norte, a razão pela qual busco ser melhor todos os dias para ser seu exemplo. Ser a sua mãe é a maior bênção e vitória da minha vida.

Aos meus amados pais, **Gustavo e Leninha**, por todo amor incondicional, por investirem e apoiarem a cada passo, por me ensinarem, em meio a toda a adversidade, a sempre correr atrás dos meus propósitos. As minhas irmãs, **Carolina e Alicia**, pela paciência e ajuda nos momentos de precisão. Aos meus avós, **José Pedro e Joselita**; as minhas tias, **Nilda e Ilda**, por todo carinho, incentivo e amparo ao longo da vida. Vocês são meu alicerce e a certeza de que jamais estarei só.

Ao professor e orientador, **Danilo Vasconcelos**, que sempre agiu como um pai para mim, por me inspirar como pessoa e profissional, por apresentar-me a terapia manual e as práticas integrativas, por depositar em mim a sua confiança. Jamais saberei expressar em palavras a minha gratidão.

Aos membros da banca examinadora, **Marina Medeiros e Wesley Cavalcante**, pela contribuição com este trabalho, por serem exemplos de profissionais aos quais me espelho e pela serenidade em atender minhas aflições quando precisei.

A **Yasmyne Martins e Rodolfo Ramos**, presentes de Deus nesse fim de curso, que enxergaram em mim um potencial que eu mesma não acreditava ser capaz, por me estimularem a dar grandes passos e por serem exemplos para mim. Completando a Equipe Nasa, **Anna Kellssya**, por crescermos juntas, ajudando e motivando uma a outra, parceria que virou uma bela amizade, com muito respeito e admiração, obrigada por dividir comigo os melhores e piores momentos, não só da graduação e sim da vida. Com vocês, aprendi que madrugadas são feitas para construir os sonhos que, graças a vocês, passei a realizar.

Imensa gratidão aos meus **amigos, companheiros e colegas de curso**, sem vocês para enfrentar a rotina, os estresses, os cansaços, as alegrias, e principalmente as conquistas, nada faria sentido. Meus queridos **mestres**, por todo conhecimento compartilhado, por serem minhas referências, pela compreensão, pelas críticas construtivas que fizeram brotar em mim o amor e o compromisso com a profissão.

A cada um que fez parte da minha trajetória, de forma direta ou indireta, nem todos os “obrigadas” do mundo, seriam capazes de descrever a gratidão que sinto com esse ciclo que se fecha e aos novos que se iniciam.