

A DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO DRGE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

THE GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE GERD: A LITERATURE REVIEW

¹MORAES.P.M

1Departamento de Ciências Biológicas – Faculdades Integradas de Ourinhos – FIO/FEMM

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo principal analisar, a partir da literatura disponível, a compreensão dos estudiosos sobre a Doença do Refluxo Gastroesofágico – DRGE, suas causas e tratamento disponível. A Metodologia utilizada baseia-se em uma revisão bibliográfica. A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma afecção de elevada incidência, na qual o conteúdo gastroduodenal reflui para o esôfago e/ou órgãos adjacentes, inclusive a cavidade oral, podendo causar lesões nos tecidos duros e moles. A Doença do Refluxo Gastroesofágico – DRGE apresenta-se, tipicamente, por regurgitação e vômitos. A DRGE tem diversas formas de apresentação, variando, principalmente, de acordo com a faixa etária e presença ou não de complicações. As principais complicações são: esofagite, úlcera esofágica, esôfago de Barrett, estenose esofágica e aspiração pulmonar. O tratamento desta doença requer medidas posturais, orientação alimentar e indicação medicamentosa. A indicação de tratamento cirúrgico é feita aos pacientes com doença do refluxo gastroesofágico crônica. A partir do referencial teórico, conclui-se que, apesar da DRGE ser um problema cada vez mais comum na atualidade, existe um considerável embasamento científico que permite um tratamento com totais possibilidades de êxito.

Palavras-chave: Refluxo Gastroesofágico. DRGE. Doença Gástrica.

ABSTRACT

This study is meant to examine, from the available literature, the understanding of scholars on Gastroesophageal Reflux Disease -DRGE, its causes and treatment available. The methodology used is based on a literature review. The gastroesophageal reflux disease (GERD) is a disease of high incidence in which the gastroduodenal content flows back into the esophagus and / or adjacent organs, including the oral cavity, can cause damage to the hard and soft tissues. The Gastroesophageal Reflux Disease -DRGE presents typically by regurgitation and vomiting. This disease has different forms of presentation, varying mainly according to age and the presence or absence of complications. The main complications are: esophagitis, esophageal ulcer, Barrett's esophagus, esophageal stenosis and pulmonary aspiration. Treatment of this disease requires postural measures, nutritional guidance and drug indication. The surgical treatment is done to patients suffering from chronic gastroesophageal reflux. From the theoretical framework, it is concluded that despite the GERD is an increasingly common problem today, there is considerable scientific evidence that allows treatment with total chances of success.

Keywords: Gastroesophageal Reflux. DRGE. Gastric Disease.

INTRODUÇÃO

Com o passar do tempo o interesse do ser humano em mensurar qualidade de vida em relação à saúde tem aumentado significativamente e nos últimos anos tem se acentuado de forma importante.

Ao longo da nossa existência a evolução da medicina tem conseguido cada vez mais ser capaz de proporcionar qualidade de vida e longevidade aos indivíduos, nas palavras de Francis Bacon citado por Pereira et al (2007, p.168) “A função da

medicina é senão afinar esta curiosa harpa do corpo humano e transformá-la em harmonia”, essa harmonia de fato reflete em melhor qualidade de vida para um indivíduo seja qual for o mal que o atinge elevando assim tempo de vida.

O corpo humano é responsável por vários processos entre eles existem os processos de digestão, esses por sua vez são indispensáveis para que um organismo aproveite o máximo possível de todas as substâncias ingeridas por um indivíduo através da ingestão, deglutindo, digestão e por fim a excreção do que não será utilizado. A digestão por si envolve mais fases desde a ingestão via oral até a excreção pelo intestino, porém processos envolvidos no mecanismo de digestão podem ser fisiológicos ou não, essa diferença pode causar mudanças diretas relacionadas ao estilo de vida e a dieta de um indivíduo, ou seja, quando o estilo de vida e os hábitos alimentares não estão alinhados o desequilíbrio entre eles pode gerar distúrbios importantes no organismo. (Andreollo, 2010)

Um resultado importante desse desequilíbrio é o refluxo que pode ser apresentar de duas formas distintas, o primeiro é o refluxo gastroesofágico (DRGE) é caracterizado pelo retorno espontâneo do conteúdo do estômago para o esôfago. Em todos os seres humanos uma pequena quantidade de refluxo ocorre no esôfago distal, fato este que não provoca sintoma ou sinal, sendo chamado de refluxo fisiológico; já o segundo distúrbio chamado de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) vem sendo descrita e observada a tempo e certamente é uma das doenças de maior relevância no mundo, alguns possíveis fatores como stress, má alimentação e estilo de vida são considerados fatores para seu surgimento em grande escala, afinal esses fatores estão presentes na grande maioria da população mundial fazendo dessa doença uma das mais importantes afecções digestivas dos últimos tempos. Essa valorização da doença somada à preocupação de órgãos mundiais com a DRGE tem levado as investigações sobre intensidade de sintomas e a complicações geradas nos casos relatados. (Moraes Filho, 2002)

O Diagnóstico precoce vem sendo difundido amplamente, pois pode significar maior conforto no tratamento com menor tempo de recuperação de um paciente em relação à doença, otimizando assim o seu tratamento e a cura; do contrário o diagnóstico tardio pode significar a complicação da doença e em muitos casos a reversão tardia de um quadro pode deixar sequelas importantes, como úlceras mal curadas, perda de função e problemas digestivos comprometendo assim o estilo de vida do paciente por ela acometido refletindo e uma maior morbidade em relação ao

problema. Nada substitui bons hábitos alimentares e de estilo de vida. Algumas informações podem de fato fornecer aporte necessário para que o paciente não apresente complicações a cumpra com seu tratamento de forma adequada através de medicação específica e dieta alimentar. Como parte de uma educação continuada alguns artigos científicos têm tentado elucidar perguntas importantes sobre o tema, perguntas que ainda não apresentam uma resposta satisfatória, algumas dessas perguntas tem tentado resolver questões importantes como: definição/o que é, prevalência/incidência, fatores de risco, sinais e sintomas, complicações, morbimortalidade, tratamento farmacológico e não farmacológico, evolução e qualidade de vida.(Andreollo, 2010)

A DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO – DRGE

A Doença do Refluxo Gastroesofágico –DRGE, tem se tornado um problema cada vez mais comum na atualidade, devido à má qualidade de vida da população, hábitos de vida deletérios e alimentação desregrada (BARROS, 2005).

Segundo Nasi e Michelsohn (2001) a DRGE é uma afecção crônica de grande importância médico-social pela elevada e crescente incidência e por apresentar sintomas que se manifestam por longo tempo, causando prejuízo da qualidade de vida do indivíduo que a possui

Conforme Corrêa (2007), o esôfago possui 2 funções básicas que seriam:

Condução de bolo alimentar da cavidade oral até o estômago

Impedir o refluxo gastroesofágico

Para realização destas funções ele utiliza alguns elementos anatômicos e fisiológicos como por exemplo: entrada oblíqua do esôfago no estômago, pilar direito do diafragma, tempo de esvaziamento gástrico, volume gástrico, clearance esofágico e o esfíncter inferior do esôfago (CORRÊA, 2007).

Segundo Corrêa (2007), o esôfago constitui um tubo muscular de aproximadamente 20 cm de comprimento e nos seus 2 a 4 cm finais encontra-se uma faixa muscular caracterizada por uma zona de alta pressão, comprovada pela manometria esofágica a qual é denominada esfíncter inferior do esôfago, que com a chegada da onda peristáltica sofre dilatação e logo após a passagem desta deve contrair.

A DRGE resulta de um distúrbio motor do esôfago, decorrente de um defeito na barreira antirrefluxo, situada em nível da junção esofagogastrica (PAULA CASTRO, 2000a). Esta barreira é composta de vários elementos, representados pelo esfíncter inferior do esôfago - EIE e pela crura diafragmática, entre outros. De acordo com estudo de Mittal et al (1995), o relaxamento do EIE na ausência da deglutição é responsável por aproximadamente 60% a 70% dos episódios de refluxo gastroesofágico.

Segundo Abrão Júnior et al (2006), estudos recentes têm mostrado que o refluxo gastroesofágico está relacionado mais ao relaxamento transitório do EIE (RTEIE-relaxamento transitório do esfíncter inferior do esôfago) do que a hipotonia do mesmo.

O RTEIE-relaxamento transitório do esfíncter inferior do esôfago, pode ser conceituado como uma queda abrupta da pressão no EIE (esfíncter inferior do esôfago), em nível da pressão intragástrica, não induzida pela deglutição e foi observado pela primeira vez em 1964 (MITTAL et al, 1995). Em pacientes idosos pode ocorrer falha na peristalse ocasionando a exposição ácida esofágica (ACHEM et al, 2003).

Segundo Moraes-Filho et al (2002) o refluxo gastroesofágico pode ser considerado fisiológico ou patológico.

O refluxo que ocorre em pacientes normais e não causa sintomas nem alterações histológicas na mucosa esofágica, é considerado fisiológico, ao qual todas as pessoas estão expostas em alguma época da vida, não necessitando de tratamento medicamentoso (MORAES-FILHO et al, 2002).

O refluxo que provoca sintomas e complicações é denominado patológico ou DRGE, normalmente necessita de tratamento clínico e até cirúrgico (CARVALHEIRA, 2005).

Henry (2003) pontua que do desequilíbrio entre fatores agressivos (refluxo gastroesofágico) e defensivos (clareamento esofágico) podem surgir ou não alterações na parede esofágica que caracterizam a esofagite de refluxo.

A doença do refluxo gastroesofágico foi definida pelo Consenso Brasileiro da Doença do Refluxo Gastroesofágico como:

Uma afecção crônica decorrente do fluxo retrógrado de parte do conteúdo gastroduodenal para o esôfago e/ou órgãos adjacentes a ele, acarretando um

espectro variável de sintomas e/ou sinais esofagianos e/ou extra-esofagianos, associados ou não a lesões teciduais (MORAES-FILHO ET AL, 2003, p.23).

Chandra et al (2004) explica que a sua elevada e crescente incidência tem suscitado inúmeras pesquisas e reuniões a respeito de novos métodos diagnósticos, manifestações atípicas entre outros interesses.

A Doença do Refluxo Gastroesofágico – DRGE tem como sintomas predominantes pirose e regurgitação ácida. Suas taxas de prevalência geralmente são altas, sendo muito variáveis (CORRÊA, 2007).

A Doença do Refluxo Gastroesofágico –DRGE é um problema comum nos Estados Unidos, afetando um terço da população. As taxas norte americanas mostram que 15% têm experiência de azia no mínimo uma vez ao mês; 13% uma vez na semana e 7% diariamente (ACHEM et al,2003).

Nader et al (2003), realizaram um estudo na zona urbana de Pelotas –RS, no qual estudaram a prevalência de pirose em pessoas acima de 20 anos e concluíram que a pirose estava significativamente mais associada ao sexo feminino, não havendo diferenças entre faixas etárias.

Estudo de Harding e Sontag (2000) concluíram que a variação da prevalência fica na faixa de 10% a 48% para pirose, 9% a 45% para regurgitação ácida e 21% a 59% para ambos os sintomas. A freqüência da DRGE aumenta acima dos 40 anos acometendo igualmente ambos os sexos, estando o sexo masculino mais predisposto ao desenvolvimento de esofagite de refluxo e de esôfago de Barrett. Em função da alta prevalência, tem sido uma das afecções mais comuns nos consultórios de cirurgiões e gastroenterologistas (ACHEM et al., 2003).

Oliveira et al (2005) sugeriram que a DRGE é uma patologia de elevada prevalência sendo mais comum em mulheres, estado civil viúvas, separadas ou divorciadas, tabagistas, índice de massa corpórea alto, cor não branca, que relatam a ocorrência de eventos estressantes no decorrer do último ano.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada para o desenvolvimento do trabalho tem como base, uma revisão de literatura. De acordo com Gil (2008, p.50): “A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente”.

O desenvolvimento da pesquisa, que se apoia na investigação de material bibliográfico já publicado, tem escopo de permitir, através dos teóricos pesquisados, uma melhor compreensão da temática: A Doença do Refluxo Gastroesofágico.

As coletas das publicações foram realizadas a partir das seguintes bases de dados: *Scientific Eletrônica Library Online* (SciELO); Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); o banco de dados foi complementado com trabalhos disponíveis em repositórios de Instituições Superiores, livros e publicações oficiais do Ministério da Saúde. As palavras-chave mais utilizadas para a localização do material bibliográfico foram: gastroesofágico; refluxo e doença gástrica.

Em cada base de dados foram selecionados no máximo 10 publicações (conforme a ordem apresentada pelo banco de dados no momento da busca), sendo o critério principal de inclusão a data de publicação, excluiu-se publicações anteriores a 1985. Foram priorizados trabalhos escritos em português e inglês. Também foi levado em consideração- em um primeiro momento, a análise do resumo (no caso de artigos) e do sumário (no caso de livros, teses e dissertações), após a leitura, excluía-se aqueles que não atendessem o propósito deste trabalho.

Dentre os teóricos pesquisados, destacam-se: Cury (2005); Ferreira e Carvalho (2003); Henry (2003); Kumar, Abbas e Aster (2016); Lopes (1998); Nasi e Michelsohn (2001) e Orenstein (1999).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao procurar analisar o que a literatura científica apresenta sobre a Doença do Refluxo Gastroesofágico- DRGE percebe-se que existe uma considerável fundamentação para o diagnóstico e o tratamento da doença.

A Doença do Refluxo Gastroesofágico – DRGE tem sido um problema cada vez mais recorrente na população mundial, muitas vezes em decorrência da má

qualidade de vida da população e da alimentação inadequada. Trata-se de um problema que acarreta um alto custo para o diagnóstico e tratamento.

É importante que o profissional médico faça uma análise acurada do problema relatado pelo paciente, para que o diagnóstico e tratamento seja o mais correto possível.

O tratamento pode ser não-farmacológico que baseia-se nas medidas comportamentais proposto pelo Consenso Brasileiro da DRGE, o farmacológico e o cirúrgico nos casos mais crônicos.

A qualidade de vida do paciente com a Doença do Refluxo Gastroesofágico - DRGE dependerá da avaliação médica, em alguns casos, da possível indicação de um tratamento multiprofissional, e do esforço e dedicação do paciente em colaborar com as orientações recomendadas.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Júnior; LEMME, E.M.O; CARVALHO, B.B; ALVARIZ, A; AGUERO, G.C.C, SCHECHTER, R.B. Relação entre o tamanho de hérnia hiatal e tempo de exposição ácida esofágica nas doenças do refluxo erosiva e não-erosiva. **Arq. Gastroenterol**, 43:37-40, 2006.

ACHEM, A.C; AICHEM, S.R; STARK, M.E; DEVAULT, K.R. Failure of esophageal peristalsis in older patients: Association with esophageal acid exposure. **Am J Gastroenterol**, 98:35-39, 2003.

APOLONE, G; MOSCONI, P. Review of the concept of quality of life assessment and discussion of the present trend in clinical reseach. **Nephrol Dial Transplant**, 13: 65-9, 1998.

AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, sup, 2008.

ARANHA, A.C.C; MARCHI, G.M. Hipersensibilidade dentinária: aspectos gerais e tratamento. **J Bras Clín Odontol Integr**, v. 8, n. 44, p. 179-84, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de medicamentos**. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2001.

CARVALHEIRA, C. **Doença do refluxo gastroesofágico - DRGE**. 2005.
Disponível em: <<http://www.gastroalgarve.com/doencasdotd/esofago/drge.htm>>
Acesso em: 12 ago.2016.

CASTELL, D.O. Medical, surgical, and endoscopic treatment of gastroesophageal reflux disease and Barrett's esophagus. **J Clin Gastroenterol**, v. 33, n. 4, p. 262-6, 2001.

CHANDRA, A; MOAZZEZ, R; BARTLETT, D; ANGGIANSAH, A; OWEN, W.J. A review of the atypical manifestations of gastroesophageal reflux disease. **J. Clin Pract**, v. 58, p. 41-48, 2004.

CHINZON, D; ROSSINI, A. R. A; KIBURD, B, NAVARRO-RODRIGUES, T; BARBUTI, R. C; HASHIMOTO, C. L; EISIG, J. N; MORAES-FILHO, J.P.P. **Refluxo Gastroesofágico: Diagnóstico e Tratamento**. [S.l.] Projeto Diretrizes Associação Médico Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2003.

CICONELLI, R.M. Medidas de avaliação de qualidade de vida. **Rev Bras Reumatol**, v. 43, n. 2, p. 9-13, 2003.

CORRÊA, Maria Carolina Canteras Scarillo Falotico. **Efeitos do refluxo gastroesofágico na cavidade oral**. Dissertação (Mestrado). Botucatu: UNESP, 2007.

CURY, Marcelo de Souza. **Validação de questionário e avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com doença do refluxo gastroesofágico antes e após o tratamento com pantoprazol**. Tese (Doutorado). São Paulo: UNIFESP, 2005.

CURY, Marcelo de Souza; BARBUTI, Ricardo; PRADO, Joaquim. Doença do refluxo gastroesofágico. **RBM Revista Brasileira de Medicina**, v 60, n. 7, 2003.

DEMEESTER, T.R; PETERS, J.H. Surgical treatment of gastroesophageal reflux disease. In: CASTELL, D.O - **The esophagus**, 2.ed, p.577-617. Boston, Little, Brown and Company, 1995.

FARQUHAR, M. Definition of quality of life: a taxonomy. **J Adv Nurs**, 22, 502-8, 1995.

FERREIRA, C.T; CARVALHO, E. Refluxo gastroesofágico. In: Ferreira CT, Carvalho E, Silva L. **Gastroenterologia e hepatologia em pediatria: diagnóstico e tratamento**. 1a ed, p.3-29. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.

FOPPA, Aline Aparecida; BEVILACQUA, G; PINTO, L. H; BLATT, C. R. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 727-737, 2008.

FRESTON, J.W; TRIADAFILOPOULOS, G. Approaches to the long-term management of adults with GERD-proton pump inhibitor therapy, laparoscopic fundoplication or endoscopic therapy? **Aliment Pharmacol Ther**, v. 19 Suppl 1:35-42, 2004.

GALVANI, C; FISICHELLA, P.M; GORODNER, M.V; PERRETTA, S; PATTI, M.G. Symptoms are a poor indicator of reflux status after fundoplication for gastroesophageal reflux disease. **Arch Surg**. v. 138, p. 514-519, 2003

GIL, Antonio Carlos **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, J. et al. Endoscopic methods of gastroesophageal reflux disease (GERD) treatment and their complications. **Pol. MercuriuszLek**, v.22, n.131, p.429-433, 2007.

GORDON, H; GUYATT, M.D; DAVID, H; FEENY, I; DONALD, L. Measuring Health-related Quality of Life. **Annals of Internal Medicine**. 118:622-629, 1993.

GURSKI, R.R; ROSA; A.R.P; VALE, E; BORBA, A; VALIATI, A. Manifestações extra-esofágicas da doença do refluxo gastroesofágico. **J Bras Pneumologia**, 32(2):150-60, 2006.

HARDING, S.M; SONTAG, S.J. Asthma and gastroesophageal reflux. **Am J Gastroenterol**, v. 95, n. 8, suppl: S23-S32, 2000.

HASSAL, E. Decisions in diagnosing and managing chronic gastroesophageal reflux disease in children. **J Pediatr**. v.146(supl 1): S3-12, 2005.

HENRY, Maria Aparecida Coelho de Arruda. Doença do refluxo gastroesofágico. In: Cataneo AJM, Kobayasi S. **Clínica cirúrgica: cirurgia torácica, gastrocirurgia, cirurgia vascular, cirurgia cardíaca, cirurgia pediátrica, urologia e cirurgia plástica**. São Paulo: Revinter; Cap. 26, p.279-83, 2003.

_____. Diagnóstico e tratamento da doença do refluxo gastroesofágico. **ABCD - Arq. Bras. Cir. Dig**. [Online], v.27, n.3, p.210-215, 2014.

KAWAHARA, H; OKUYAMA, H; KUBOTA, A; TAZUKE, Y; YAGI, M. Can laparoscopic antireflux surgery improve the quality of life in children with neurologic and neuromuscular handicaps? **J Pediatr Surg**; v. 39, n. 12, p. 1761-1764, 2004.

KOUFMAN, J.A; AMIN, M.R; PANETTI, M. Prevalence of reflux in 113 consecutive patients with laryngeal and voice disorders. **Otolaryngol Head Neck Surg**,v. 123, n. 4, p. 385-388, 2000.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul; ASTER, Jon. **Robbins & Cotran Patologia - Bases Patológicas das Doenças**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

LALWANI, Anil K. **Current otorrinolaringologia: cirurgia de cabeça e pescoço, diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: AMGR, 2013.

LAURSEN, B. S; BAJAJ, P; OLESEN, A. S; DELMAR, C; ARENDT-NIELSEN, L. Health related quality of life and quantitative pain measurement in females with chronic non-malignant pain. **Eur J Pain**, v. 9, n. 3, p. 267-75, 2005.

LEITE, S.N.; CORDEIRO, B.E. Promoção do uso racional de medicamentos: a interdisciplinaridade necessária. In: SAUPE, R.; TENDHASEN, A.L **Interdisciplinaridade e Saúde**, p. 157-171. Itajaí: UNIVALI, 2007.

LOPES, L.R. **Tratamento cirúrgico videolaparoscópico da doença do refluxo gastroesofágico: técnica de Nissen modificada - resultados clínicos e funcionais**. Tese (Doutorado). Campinas: UNICAMP, 1998.

LUNDELL, L. Surgical therapy of gastro-oesophageal reflux disease. **Best Practice & Research Clinical Gastroenterology**. v. 24, p. 947-959, 2010.

MARIN, N., LUZIA, V.L., OSÓRIO DECASTRO, C.G.S., MACHADO-DOS SANTOS, S., organizadores. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2003

MARQUES, S.B; SAKAI, P; OLIVEIRA, F.A.A; ISHIOKA, S; LINO, A.S; ARTIFON, A.N. Achados endoscópicos em pacientes com esofagite: análise dos fatores preditores. **GED Gastroenterol. Endosc. Dig**, v. 25, n. 5, p.140-144, 2006.

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). Campinas: UNICAMP, 2006.

MENEGHELLI, U.G; BOAVENTURA, S; MORAES-FILHO, J.P; LEITAO, O, FERRARI, A.P; ALMEIDA, J.R. Efficacy and tolerability of Pantoprazole versus ranitidine in the treatment of reflux esophagitis and the influence of Helicobacter pylori infection on healing rate. **Dis Esophagus**, v. 15,n.1, p. 50-56, 2002.

MINAYO; MCS; HARTZ, Z.M.A; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência/Saúde Coletiva**. v. 51, p. 7-18, 2000.

MITTAL, R.K; HOLLOWAY, R.H; BLACKSHAW, L.A; DENT, J. Transient lower esophageal sphincter relaxation. **Gastroenterology**. v. 109, p. 601-610, 1995.

MORAES-FILHO, J.P.P; CECCONELLO, I; GAMA-RODRIGUES, J.J, PAULA CASTRO, L; HENRY, M.A.C.A; MENEGHELLI, U. Brazilian consensus on gastroesophageal reflux disease: proposals for assessment, classification and management. **Amer J Gastroenterol**, v. 97, n. 2, p. 241-8, 2002.

MORAES-FILHO, J.P.P; HASHIMOTO, C; CHINZON, D; CECCONELLO, I; EISIG, J.N; GAMA-RODRIGUES, J. **II Consenso brasileiro da doença do refluxo gastroesofágico**, 2003.

MORALES. T.G; SAMPLINER, R.E; BHATTACHARYA, A. Intestinal metaplasia of the gastric cardia. **Am. J. Gastroenterol**, v. 92, p. 414-418, 1997.

MOSS, S, F; ARMSTRONG, D; ARNOLD, R; FERENCI, P; FOCK, K.M; HOLTSMANN, G. GERD 2003 -- a consensus on the way ahead. **Digestion**, v. 67, n. 3, p. 111-117, 2003.

NADER, F; COSTA, J.S.D; NADER, G.A; MOTTA, G.L.C.L. Prevalência de pirose em Pelotas, (RS), Brasil: estudo de base populacional. **Arq. Gastroenterol**, v. 40, p. 31-34, 2003.

NASI, A; MICHELSON, N.H. **Avaliação funcional do esôfago: manometria e pH metria esofágicas**. São Paulo: Roca, 2001.

NEUFELD, C.B; TOPOROVSKI, M.S. Refluxo gastroesofágico na infância. **Rev Paulista Pediatria**, v. 20, n. 6, p. 283-93, 2002.

NOBRE, Rivianny Arrais. **Medida da espessura e ecogenicidade do ramo direito do diafragma crural em pacientes com doença do refluxo gastroesofágico**. Tese (Doutorado). Fortaleza: UFC, 2014.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales**. Genebra, OMS, 2002.

ORENSTEIN, S.R. Gastroesophageal Reflux. In: Wyllie R, Hyams J. **Pediatric Gastrointestinal disease**, p. 164-87. 2. ed. Filadelfia: W.B. Saunders Company; 1999.

_____. Gastroesophageal reflux. **Pediatr Rev**. v. 13: 174-82, 1992.

OSÓRIO DE CASTRO, Claudia Garcia Serpa. **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

PAULA CASTRO, L; CAMACHO-LOBATO, L; PAES, I.B; KLEINER, M; BARBUTI, R; ROLIM, E.G. **I Consenso Brasileiro da Doença do Refluxo Gastroesofágico**, 2000.

PAULA CASTRO, L; BRITO, M.E; COELHO, L.G.V. Doença do refluxo gastroesofágico. **Rev Bras Med**, v. 57, n. 11, p.1214- 1232, 2000.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. IN: FREITAS E.V; PY, L; NERI, A.L; CANÇADO, F.A.X; GORZONI, M.L; ROCHA S.M. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.79-84, 2006.

PEREIRA, Giedre Ingrid das Neves et al. Tradução e validação para a língua portuguesa (Brasil) de instrumentos específicos para avaliação de qualidade de vida na doença do refluxo gastroesofágico. **Arq. Gastroenterol**. [Online], v.44, n.2, pp.168-177, 2007.

PETELIN, J.B. Laparoscopic approach to common duct pathology. In: Paula AL, Hashiba K, Bafutto M, ed. - **Cirurgia videolaparoscópica**. Goiânia, p.93-98, 1993.

ROCHA, A. D; OKABE, I; MARTINS, M. E. A; MACHADO, P. H. B; MELLO, T. C. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 63-81, 2000.

ROCHA, J.R.M; CECCONELLO, I; FÉLIX, N; SALLUM, R.A; OLIVEIRA, M.A; GAMA-RODRIGUES, J. Aspectos clínicos, anatômicos e técnicos atuais no

tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastroesofágico. **Rev Bras de Videocirurgia**, p. 201-205, 2004.

RODRIGUES, F.C; CARVALHO, S.D; NORTON, R.C; PENNA, F.J. Manifestações atípicas da doença do refluxo gastroesofágico em crianças e adolescentes. **Rev. Med. Minas Gerais** ,v. 15, n. 1, (supl1): S7-S14, 2005.

RUDOLPH, C.D; MAZUR, L.J; LIPTAK, G.S; BAKER, R.D; BOYLE, J.T; COLLETTI, R.B; GERSON, W.T; WERLIN, S.L. Pediatric GE reflux clinical practice guidelines. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**; v. 32(S2): S1-S31,2001.

SALVATORE, S; VANDENPLAS, Y. Gastro-oesophageal reflux disease and motility disorders. **Best Pract Res Clin Gastroenterol**, v. 17, n. 2, p. 163-179, 2003.

SEIDL, E.M.F; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública** ; v. 20, n. 2, p. 580-88, 2004.

SILVA, M.A.G. **Manifestações bucais da doença por refluxo gastroesofágico**. Dissertação (Mestrado). Bauru: USP, 1998.

SONTAG, S.J. The medical management of reflux esophagitis. Role of antacids and acid inhibition. **Gastroenterol Clin North Am**, v. 19, n. 3, p. 683-712, 1990.

SPECHLER, S.J. The columnar-lined esophagus, intestinal metaplasia, and Norma Barrett. **Gastroenterology**, v. 110, p. 614-621, 1996.

TOLENTINO, M.M; FAIFER, J.G; TRENTINI, E.A. Doença de Barrett. In: CASTRO, L.P; SAVASSI-ROCHA, R.P. **Tópicos em Gastroenterologia 6**, p. 149-163. Rio de Janeiro: Medsi,1996.

TYTGAT, G.N. Review article: long-term use of proton pump inhibitors in GORD--help or hindrance? **Aliment Pharmacol Ther**, v. 15 Suppl 2, p. 6-9, 2001.

VANDENPLAS, Y, (org.). A standardized protocol for the methodology of esophageal pH monitoring and interpretation of the data for diagnosis of gastroesophageal reflux. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**, v. 14, n. 4, p. 467-471, 1992.

VAKIL, N; VAN ZANTEN, S. V; KAHRILAS, P; DENT, J; JONES, R. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. **Am. J. Gastroenterol**, v. 101, p.1900-1920, 2006.

VINCENT, D; COHEN-JONATHAN, A.M; LEPORT, J; MERROUCHE, M; GERONINI, A; PRADALIER, A; SOULE, J.C. Gastro-esophageal reflux prevalence and relationship with bronchial reactivity in asthma. **Eur Respir J**: p. 2255-2259, 1997.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde**. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v.12, n.1, p.213-220, 2007.

WESTON, A.P; KRMPOTICH, P; CHERIAN, R; DIXON, A; TOPALOSKI, M.
Prospective long-term endoscopic and histological follow-up of short segment
Barret's esophagus: comparison with traditional long segment Barret's esophagus.
Am. J. Gastroenterol. v. 92, p. 407-413, 1997.

YOSHITOSHI, F. N; MIGLIANI, M; TABOADA, P. Estenose esofágica por
Tricobezoar gástrico: relato de caso. **Revista USP**, v.40, suplemento: São Paulo:
USP, 2003

ZANINOTTO, G; DE MEESTER, T.R, SCHWIZER, W; JOHANSSON, K.E; CHENG,
S.C. The lower esophageal sphincter in health and disease. **Am J Surg.** v. 155, p.
104-111, 1988.

ZENTILIN, P; DULBECCO, P; SAVARINO, E; GIANNINI, E; SAVARINO, V.
Combined multichannel intraluminal impedance and pH-metry: a novel technique to
improve detection of gastro-oesophageal reflux – literature review. **Dig Liver Dis;** v.
36, n. 9, p. 565-569, 2004.