

Tratamento não farmacológico da doença do refluxo gastroesofágico: uma revisão integrativa

Non-pharmacological treatment of gastroesophageal reflux disease: an integrative review

Tratamiento no farmacológico de la enfermedad del reflujo gastroesofágico: una revisión integrativa

Recebido: 19/04/2023 | Revisado: 28/04/2023 | Aceitado: 28/04/2023 | Publicado: 03/05/2023

Gabriel Francisco Vieira Nascimento

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8787-8898>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: gabrielfrancisco26@hotmail.com

Lucas Amadeus Garcez Costa

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1037-1603>
Universidade Federal de Sergipe, Brasil
E-mail: lucasamadeus05@hotmail.com

Camilla Radimack Santos de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6471-6671>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: camillaradimack@gmail.com

Rafael Barros Fontes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6954-3359>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: rafaelbarrosfontes@gmail.com

Arthur Carmo Silva

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8816-1556>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: arthur.carmo@souunit.com.br

Júlia Beatriz Barros Lins Maia

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-3290-2142>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: juliablmaia@gmail.com

Maria Bernadete Galvão de Almeida Figueiredo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9961-5360>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: gbafigueiredo@gmail.com

Resumo

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) apresenta taxa elevada de prevalência em parcela significativa da população mundial, e seus sintomas são de alta frequência na prática clínica diária. O método mais utilizado como tratamento é o medicamentoso, porém a taxa de resolução é baixa e a de recorrência é alta, o que encoraja a pesquisa para outras formas de tratamento. O propósito deste estudo é apresentar os métodos alternativos de tratamento a fim de estimular seu uso. Se trata de uma revisão integrativa com busca de dados nas bases Pubmed, Scielo e Google Scholar, utilizando os descritores que abordam o tratamento não farmacológico da DRGE e filtrados pelos seguintes critérios: texto completo disponível, meta-análises, testes controlados e aleatórios, e publicações dos últimos 2 anos. Após aplicar todos os parâmetros, foram encontrados 10 artigos que se enquadraram na pesquisa. Ademais, ficou clara a necessidade de complementar o tratamento farmacológico através de outras condutas como a mudança do estilo de vida e a utilização de fitoterápicos, trazendo benefícios maiores e mais duradouros.

Palavras-chave: Refluxo gastroesofágico; Tratamento não medicamentoso.

Abstract

The gastroesophageal reflux disease (GERD) represents a high rate prevalence in most people of the world, their symptoms are frequent in clinical practice. The pharmacological treatment is the most widely used, although has a high recurrence of symptoms and low resolution rate, encouraging the search for another types of treatments. The purpose of this study was to present alternative treatments and stimulate their use. It's an integrative review search carried out through in PubMed, Scielo and Google Scholar databases, including the search's descriptors and the following criteria: free full text, clinical trial, randomized controlled trial, articles published in the last two years. Thereby, there is a

necessity to complement the treatment through another management, like the lifestyle interventions and phytotherapy, getting more and long-time benefits.

Keywords: Gastroesophageal reflux; Non-pharmacological treatment.

Resumen

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) representa una alta tasa de prevalencia en la mayoría de las personas del mundo, sus síntomas son frecuentes en la práctica clínica. El tratamiento farmacológico es el más utilizado, aunque presenta una alta recurrencia de los síntomas y baja tasa de resolución, lo que incentiva la búsqueda de otro tipo de tratamientos. El propósito de este estudio fue presentar tratamientos alternativos y estimular su uso. Es una búsqueda de revisión integradora realizada a través de las bases de datos PubMed, Scielo y Google Scholar, incluyendo los descriptores de la búsqueda y los siguientes criterios: texto completo libre, ensayo clínico, ensayo controlado aleatorizado, editorial de artículos en los últimos dos años. Por lo tanto, existe la necesidad de complementar el tratamiento a través de otro manejo, como las intervenciones en el estilo de vida y la fitoterapia, obteniendo mayores beneficios a largo plazo.

Palabras clave: Reflujo gastroesofágico; Tratamiento no farmacológico.

1. Introdução

Conforme definido pelo consenso brasileiro de DRGE, confirmado pelo World Gastroenterology Organization (WGO) e pelo consenso de Montreal para DRGE, a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) se caracteriza por sintomas como regurgitação ácida e pirose duas vezes por semana, em um período de quatro a oito semanas consecutivas, ou a presença de sintomas graves pelo menos uma vez por semana, decorrentes ao refluxo do conteúdo do estômago para o esôfago (Ferreira, et al., 2022; Hunt, et al., 2017; Abenavoli, et al., 2021; Zhang, et al., 2021).

Estima-se que a DRGE tem uma prevalência mundial de 14,8%, sendo 20% no Brasil, o que representa um total de 20 milhões de brasileiros. Contudo, existe uma redução nesse índice quando se observa países do Oriente, demonstrando a influência dos hábitos alimentares, componentes étnicos e culturais da população (Henry, et al., 2014; Abenavoli, et al., 2021; Gu, et al., 2022).

Quanto aos fatores de risco associados a essa doença, alguns estudos citam obesidade, tabagismo, etilismo, sedentarismo e maus hábitos alimentares, fatores intensificados, especialmente, no período da pandemia de COVID-19. O isolamento social ocasionou o aumento do sedentarismo e ingestão de alimentos ultraprocessados, fatores que resultaram em ganho de peso e obesidade de parcela significativa da população, além do uso de tabaco e álcool como forma de escape à ansiedade (Polese, et al., 2022; Malta, et al., 2020).

O tratamento clínico ou cirúrgico da DRGE objetiva controlar os sintomas e cicatrizar as lesões, prevenindo complicações. Esse tratamento vem mudando com o passar do tempo e, atualmente, a mudança do estilo de vida é a primeira escolha deixando o inibidor da bomba de próton (IBP) como segundo passo, uma vez que 50% dos pacientes não respondem à dose padrão e os sintomas reaparecem em 2/3 dos casos. Após a interrupção do tratamento, 80% retornam com esofagite e 90% com algum outro sintoma e, no decorrer de um ano, a recorrência de sintomas ainda permanece, chegando a 30,4% (Castro, et al 2000; Zhang, et al., 2021; Li, et al., 2021).

Desse modo, o objetivo deste trabalho é demonstrar e incentivar a adoção de outros métodos de abordagem, como o uso de grânulo Jianpiqinghua, a redução da ingestão de carboidratos simples, a postura ao dormir, a decoção Xiaochaihu modificada, o efeito de alimentos fermentáveis, o uso do composto de galactomannan e o consumo do café “desparafinado” (deswaxed), além de procedimentos da Medicina Tradicional Chinesa que, conforme estudos, melhoraram os sintomas e reduziram a recorrência e os efeitos adversos no tratamento da DRGE não erosiva (Xiao, et al., 2018).

2. Metodologia

A presente pesquisa trata-se de uma revisão integrativa, que busca identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados

ao paciente (Souza et al., 2010).

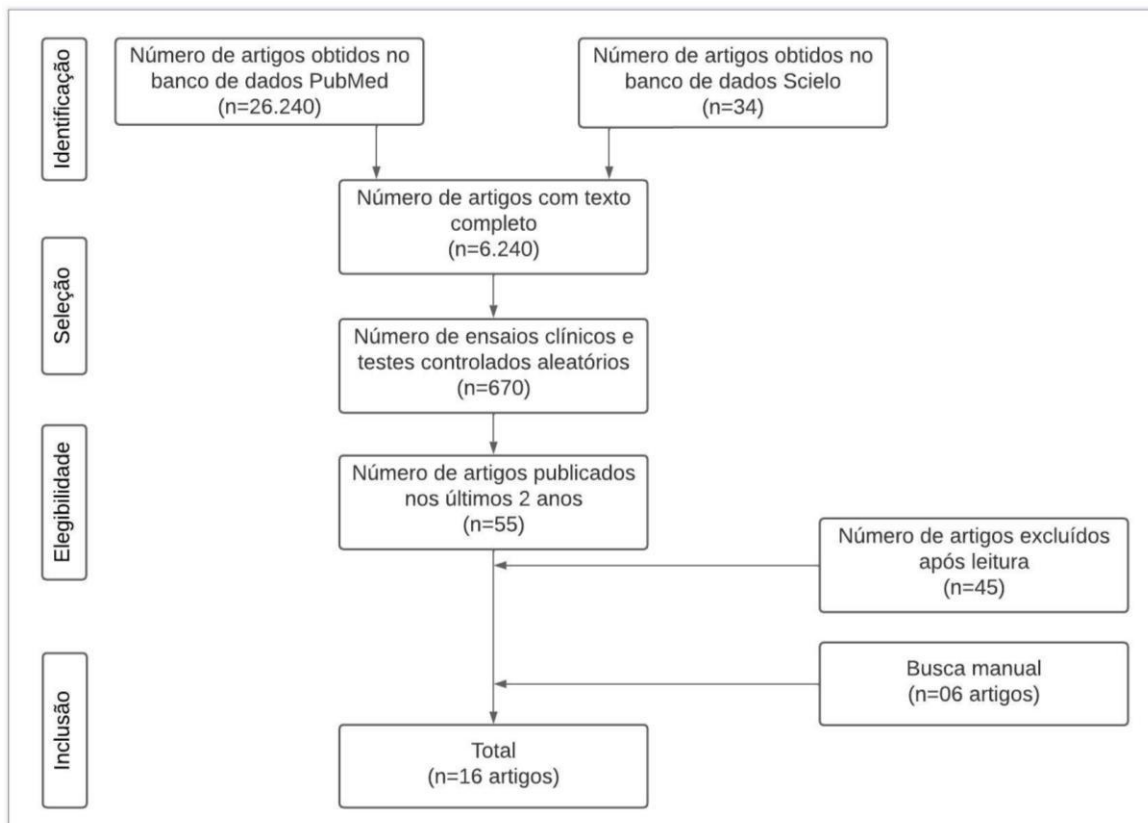
Realizada em janeiro de 2023, a busca dos artigos ocorreu nas bases de dados PubMed, Scielo e Google Scholar, usando os descritores: “treatment” e “GERD”, “non-drug treatment of gastroesophageal reflux disease”, “tratamento DRGE” e “tratamento sem drogas e doença do refluxo gastroesofágico”, relacionados pelo operador booleano “and”.

Os critérios de inclusão utilizados em todas as bases foram os seguintes: texto completo disponível, meta-análises, testes controlados e aleatórios e publicações dos últimos 2 anos que estivessem relacionados aos descritores já mencionados. Foram excluídos artigos que não abordavam o tema e que estavam duplicados nas bases de dados.

3. Resultados

Ao utilizar os descritores mencionados, foram identificados 26.274 artigos. A partir disso, foi necessário refinar a pesquisa e utilizar os critérios de inclusão. Ao filtrar a pesquisa foram encontrados 6.240 com texto completo disponível e, quando selecionados os ensaios clínicos e testes controlados aleatórios, foram obtidos 670. Ao restringir a pesquisa para os últimos dois anos, restaram 55, dos quais somente 10 foram elegíveis. Em seguida foram adicionados 6 artigos por busca manual com os mesmos critérios de inclusão e bases de dados, chegando ao resultado de 16 artigos, como esquematizado na Figura 1 e demonstrado no Quadro 1.

Figura 1 - Fluxograma prisma.



Fonte: Autores.

Quadro 1 - descrição dos estudos encontrados.

Autor/ano	Objetivos	Resultados/conclusões
Abenavoli et al., 2021	Avaliar a eficácia e a segurança de uma nova formulação líquida à base de galactomanana na redução dos sintomas típicos de DRGE em pacientes que não tomam IBPs.	RefluGTM foi superior ao placebo ao reduzir em 30% os sintomas em todos os pacientes, enquanto nenhum do outro grupo alcançou essa redução. Esse padrão se repetiu após 7 e 14 dias de tratamento, havendo uma melhora significativa na qualidade de vida.
Braghetto et al., 2022	Apresentar o pós-operatório de pacientes submetidos a três tipos de cirurgias secundárias a funduplicatura de Nissen.	As técnicas de Nissen e Toupet combinadas com gastrectomia de Roux-en-Y são seguras no manejo da falha da funduplicatura de Nissen isolada.
Chhabra e Ingole, 2022	Revisar os sintomas, epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento.	O diagnóstico mais preciso é feito pela endoscopia de alta resolução e pela miotomia endoscópica peri-oral esofágica (POEM). O tratamento deve ser direcionado pela persistência ou não de sintomas após uso da medicação.
Cordero, 2021	Revisar a eficácia dos procedimentos endoscópicos no tratamento da DRGE.	Os tratamentos mostraram uma boa eficácia a curto prazo, de 6 a 12 meses de tratamento, quando comparados ao IBP e placebo.
Ferreira et al., 2022	Analisar e verificar a efetividade do tratamento não farmacológico na abordagem inicial da DRGE.	Pacientes que realizam todas as mudanças no estilo de vida tendem a utilizar menos IBP.
Gu et al., 2022	Investigar a influência da quantidade e do tipo de carboidrato na DRGE sintomática.	A redução da ingestão de carboidratos simples na dieta mostrou redução do tempo de exposição ao ácido e melhora dos sintomas.
Kalapala et al., 2022	Determinar a eficácia e a segurança do PEET (GERD-X) em pacientes com DRGE dependente de IBP, na melhoria da qualidade de vida, sintomas e exposição ácida esofágica.	Houve melhora maior de 50% no escore HRQL aos 3 meses, melhora dos sintomas e da endoscopia do esôfago e estômago aos 12 meses.
Lee e Chang, 2022	Discutir as opções de terapias endoscópicas.	A terapia é aprovada mas deve ser baseada em situações específicas, no tipo de paciente, na alteração anatômica e na clínica da DRGE.
Li et al., 2021	Verificar a eficácia da decocção de Xiaochaihu modificada (MXD) para DRGE e seu efeito na motilidade esofágica.	A MXD foi superior ao omeprazol na melhora da pressão de repouso do EII, na redução da sua deglutição ineficaz e na recorrência dos sintomas, seja em 1 ou 3 meses após o término do tratamento.
O'Hara et al., 2021	Avaliar o uso de IBPs no tratamento de sintomas persistentes de garganta.	Este estudo descobriu que o lansoprazol não oferece nenhum benefício em relação ao placebo.
Plaidum et al., 2022	Avaliar os efeitos da dieta com alto teor de FODMAP no relaxamento transitório do esfíncter esofágico (TLESRs), produção de gás intestinal e sintomas de DRGE.	As refeições com alto teor de FODMAP induziram uma frequência maior de TLESRs, pontuações maiores de sintomas e maior produção de gás do que uma dieta com baixo teor.
Polese et al., 2022	Verificar o efeito do consumo padrão (SC) e de café “desparafinado” (DC) nos sintomas de refluxo gastroesofágico e na qualidade de vida em pacientes com doenças gastrointestinais.	O uso de DC foi associado a melhora da náusea, plenitude pós-prandial, distensão abdominal, azia e regurgitação em comparação com o SC.
Rettura et al., 2021	Revisar os diferentes manejos da DRGE	A refratariedade ao uso de IBP pode ser manejada com outros medicamentos, cirurgia ou endoscopia.
Schuitenmaker et al., 2022	Avaliar o efeito de um novo dispositivo portátil eletrônico na posição do sono e nos sintomas de refluxo noturno.	O grupo tratamento teve melhora dos sintomas em 44% contra 24% no controle.
Seeras et al., 2023	Descrever as indicações, as complicações, a importância do cuidado multiprofissional e resumir a técnica da funduplicatura de Nissen.	A técnica total e a parcial posterior produziram melhor alívio dos sintomas, apesar disso, o cirurgião deve escolher aquela que o deixe mais confortável.
Zhang et al., 2021	Investigar a eficácia e segurança dos grânulos de JianpiQinghua (JQ) combinados com meia dose de omeprazol (10 mg).	A combinação se mostrou superior à dose convencional (20 mg) na resolução completa dos sintomas, na melhora da ansiedade e na diversidade do ambiente intestinal.

Fonte: Autores.

4. Discussão

4.1 Considerações gerais

O propósito desta pesquisa é agrupar os tratamentos não medicamentosos da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), discutindo seu uso e seus benefícios. Os tratamentos convencionais, isoladamente, não tiveram eficácia suficiente para diminuir o impacto da doença na qualidade de vida dos pacientes, existindo, por isso, a necessidade de compreender melhor a doença para, então, tratá-la.

No que diz respeito à prevalência e morbidade da DRGE, é necessário compreender seus mecanismos patogênicos. De modo geral, o agente agressor é o ácido gástrico que é regurgitado do estômago. Esse fluxo retrógrado de parte do conteúdo gastroduodenal associado à descontinuidade da barreira mucosa constituída pelas células basais, intermediárias e superficiais, causa diversos sintomas e sinais esofageanos ou extraesofageanos. À fisiopatologia somam-se um conjunto de fatores, como a hipotonia e o relaxamento transitório do esfíncter esofágico inferior (EEI) não relacionado à deglutição, a alteração da barreira antirrefluxo, o peristaltismo inadequado, a lesão da mucosa, o tempo de exposição ao ácido e a pressão que esse exerce sobre o EEI, aumentando a incidência de hérnia hiatal. Além do refluxo ácido, outros componentes como a pepsina, a tripsina e os ácidos biliares têm influência nessa agressão, estimulando sua produção e aumento do número de relaxamentos no esfíncter esofágico (Henry, et al., 2014; Li, et al., 2021; Abenavoli, et al., 2021; Gu, et al., 2022).

Apesar de a doença ser caracterizada pela presença dos sintomas típicos, há outras formas de manifestação. A pirose, é a sensação de queimação retroesternal que irradia do manúbrio até a base do pescoço, e a regurgitação que é o retorno de ácido ou alimentos para a cavidade oral. Quanto às outras formas de manifestação, existem os sintomas atípicos que são tosse, disfonia, pigarro, globus faríngeo, erosão dentária, afta e halitose, podendo estar associados ou não à clínica típica.

Quanto à classificação acerca do acometimento histológico no esôfago, a DRGE pode ser estratificada em não erosiva, que corresponde a 50-70% dos casos, e erosiva, quando há lesão em pelo menos 3 mm de mucosa, que corresponde a 10% (Zhang, et al., 2021; Henry, et al., 2014; Hunt, et al., 2017).

Com a progressão da doença podem surgir complicações como estenose péptica, hemorragia e esôfago de Barrett (EB). A hemorragia é decorrente de úlcera e, por isso, pouco frequente; a estenose está associada à forma grave da doença podendo causar obstrução; o EB chama mais atenção por estar presente em 10-15% dos pacientes e se tratar da substituição do epitélio normal por um atípico, gerando maior risco de desenvolvimento de adenocarcinoma (Hunt, et al., 2017; Henry, et al., 2014).

O diagnóstico da DRGE é clínico, através da anamnese e exame físico. Diante dos sintomas e sinais típicos se faz, para os paciente menores que 40 anos e sem sinais de alarme, a orientação de mudança do estilo de vida (MEV) e teste terapêutico, através do uso de inibidor da bomba de prótons (IBP) por 4 semanas, e verifica-se a resposta ao tratamento. Há outros modos de diagnóstico como a endoscopia digestiva alta (EDA), o esofagograma, manometria computadorizada, pHmetria, cintilografia, teste de Bernstein e impedanciometria esofágica (Henry, et al., 2014; Moraes-Filho, et al., 2023).

A EDA está indicada para os maiores de 40 anos ou caso exista sinal de alarme (disfagia, odinofagia, anemia, hemorragia digestiva, emagrecimento, história familiar de câncer, náuseas e vômitos, sintomas de grande intensidade ou de ocorrência noturna). É o exame de escolha e permite a diferenciação entre esofagite erosiva, não erosiva, úlcera e esôfago de Barrett, oferecendo grande auxílio no seguimento e prognóstico do paciente. Entretanto, o exame “padrão ouro” é a pHmetria, que relaciona os sintomas à ocorrência do refluxo, apesar da EDA ser mais barato e de tão boa qualidade quanto a pHmetria (Henry, et al., 2014; Moraes-Filho, et al., 2023).

4.2 Tratamentos convencionais clínico e cirúrgico

Conforme orientado pela American Gastroenterological Association, o uso de IBP deve ter indicação clara de que os benefícios superem as desvantagens. Por isso há a necessidade de outras medidas de tratamento. Dentre os possíveis efeitos

adversos estão a demência, a osteoporose, a pneumonia comunitária e a doença renal crônica, além do uso de IBP influenciar no supercrescimento bacteriano, aumentando o risco para infecção intestinal (Zhang, et al., 2021; Ferreira, et al., 2022).

O inibidor da bomba de próton é coadjuvante importante no tratamento para DRGE, ficando atrás da mudança do estilo de vida. Age inibindo a produção de ácido pelas células parietais do estômago, interrompendo uma das formas de lesão. Seu uso é feito com um comprimido pela manhã por quatro a oito semanas, podendo-se dobrar a dose diária se sintomas refratários (Henry, et al., 2014).

Apesar disso, um estudo controle que observou, por 6 semanas, 346 pacientes com sintomas altos de DRGE (rouquidão, globus, tosse entre outros), constatou que o uso de lansoprazol não ofereceu benefícios em relação ao placebo e, além disso, piorou os sintomas, desencorajando seu uso (O'Hara, et al., 2021).

Sendo assim, foi possível observar que os pacientes se beneficiaram do mesmo modo com o uso do placebo, reduzindo os riscos de efeitos colaterais como doença renal, demência e pólipos gástricos, interações medicamentosas e o custo do tratamento que pode ser cinco vezes maior, sendo 50% desse valor atribuído aos IBPs (O'Hara, et al., 2021; Zhang, et al., 2021).

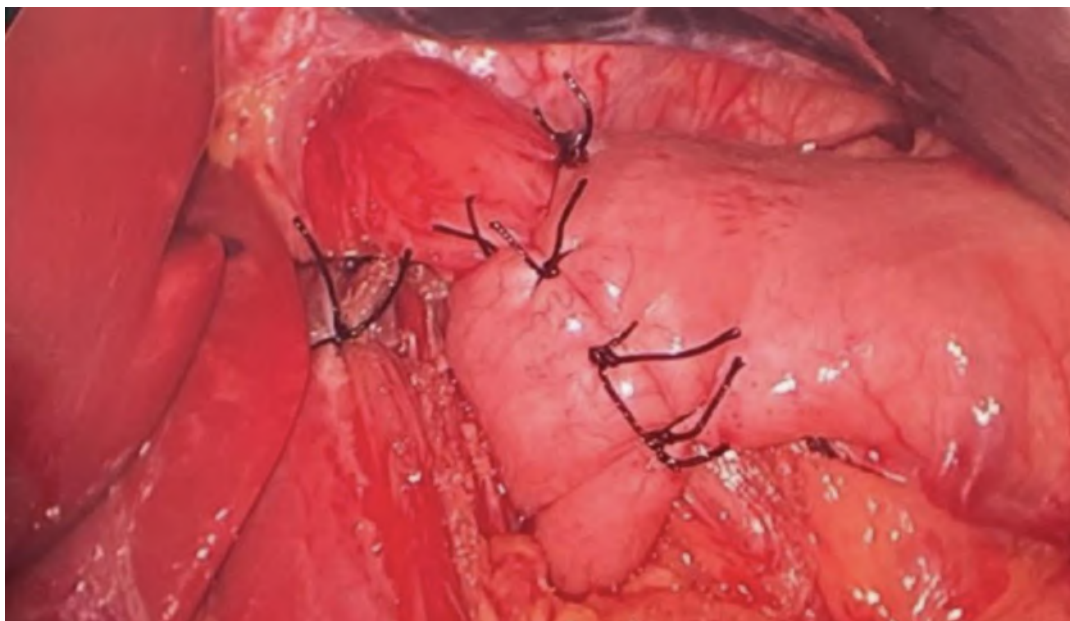
Além dos IBPs, existem os medicamentos de segunda linha, como os procinéticos, que aceleram o esvaziamento gástrico e são representados pela domperidona e metoclopramida; os antagonistas dos receptores da histamina, inibidores do receptor de histamina da célula parietal e conseqüentemente da expressão ácida, a exemplo da ranitidina e famotidina. Em caso de efeitos adversos ao uso desses medicamentos, existem os alginatos e sucralfatos que, em contato com o conteúdo ácido, formam uma barreira mecânica impedindo seu retorno ao esôfago (Chhabra & Ingole, 2022).

Em casos refratários à abordagem clínica, em que se faz uso de IBPs por longos períodos, é necessário realizar outra abordagem: a cirúrgica. Considerada padrão-ouro na restauração da barreira protetora do esôfago, a Cirurgia Laparoscópica Antirrefluxo (CLAR) cria uma nova válvula através da fundoplicatura gástrica, fortalecendo o diafragma, corrigindo a hérnia hiatal, presente em 89% dos pacientes, e reconstruindo o esfíncter esofágico inferior (Lee & Chang, 2022; Chhabra & Ingole, 2022).

A cirurgia laparoscópica tem maior benefício em relação à cirurgia aberta pois apresenta rápida recuperação e alta precoce, reduzindo os efeitos colaterais. As três técnicas mais usadas de fundoplicatura por CLAR são a de Nissen, Toupet e Dor (Rettura, et al, 2021; Chhabra & Ingole, 2022).

Na primeira técnica é confeccionado um envoltório posterior total de 360 graus (Figura 2) na junção esofagogástrica (JEG), que preserva por mais tempo a integridade da sutura sendo, portanto, a mais utilizada, ainda que apresente maior frequência de disfagia no pós-procedimento. Já a segunda e a última, são caracterizadas por um envoltório posterior parcial de 270 graus e um envoltório anterior parcial de 180 graus, respectivamente, que embora evoluam com menor taxa de disfagia, progredem mais rapidamente com resolução da sutura. Ainda assim, 60% dos pacientes recorrem ao uso de medicamentos na próxima década, 30% evoluem com alteração estrutural da nova válvula antirrefluxo e 10% precisam de reabordagem, o que incentiva a busca por intervenções alternativas (Rettura, et al, 2021; Seeras, et al., 2023; Braghetto, et al., 2022).

Figura 2 - fundoplicatura posterior total (de Nissen).



Fonte: Sales (2021).

Além da alternativa cirúrgica existem as técnicas endoscópicas, reduzindo alguns efeitos colaterais relacionados ao procedimento. A exemplo da estimulação por radiofrequência através de quatro eletrodos na JEG, que reforçam a musculatura do esfíncter esofágico inferior, da cárdia e por conseguinte da barreira. Esta técnica já foi utilizada e aprovada em milhares de pacientes (Lee & Chang, 2022; Cordeiro, 2021).

Outro tipo de intervenção é a Plicatura Endoscópica de Espessura Total (PEET). Ela consiste na realização de suturas transmuralis na JEG, que reestruturam a anatomia da cárdia gástrica e fortalecem o esfíncter esofágico, sendo portanto uma forma mais segura, simples e rápida quando comparada à CLAR por Nissen. Essa técnica conseguiu reduzir os sintomas pela metade em 3 meses em 65,7% do grupo tratamento, e esse benefício se prolongou por 12 meses, tendo eliminado 97,1% da azia e 94,3% da regurgitação. A sutura e a mucosa estavam intactas sem sinal de estreitamento luminal da JEG. Apesar das vantagens, essa abordagem é restrita àqueles dependentes de IBP ou que tenham hérnia hiatal e, por isso, não pode ser usada de rotina (Kalapala, et al., 2022; Lee & Chang, 2022).

4.3 Tratamento não farmacológico

A mudança do estilo de vida (MEV) é a primeira escolha no tratamento para DRGE, fato já comprovado em alguns estudos. Segundo Ferreira et al. (2022), cada medida comportamental adicionada pelos pacientes reduz o uso dos Inibidores da Bomba de Prótons (IBPs), deixando-os reservados às crises e melhora na resolução de sintomas. Além disso, aqueles que usam IBP de forma contínua têm melhor desfecho quando associado a alguma MEV (Ferreira, et al., 2022).

As medidas comportamentais que estão mais fortemente ligadas à melhora das queixas clínicas são elevação da cabeceira da cama, perda de peso em pacientes obesos, deitar somente duas horas após as refeições e preferir o decúbito lateral esquerdo. Em todos os pacientes que adotaram essas medidas, foi percebida melhora do quadro, enquanto que naqueles com pouca ou nenhuma adesão, por mais que usassem IBPs, não melhoraram (Ferreira, et al., 2022).

4.3.1 Dieta

Em se tratando de alimentos que podem agravar as queixas, estariam comumente relacionados aqueles com alto teor de gorduras, porém não é o que mostram alguns estudos. Foi evidenciado que não houve relação entre a ingesta e o tempo de

exposição do ácido no esôfago, nem no relaxamento do esfíncter esofágico inferior. Outros trabalhos relacionaram, também, o consumo de carboidratos, açúcares simples e a alta carga glicêmica geral dos alimentos aos sintomas típicos da DRGE. Sendo assim, essa influência é melhor interpretada quando se sabe que este grupo (os carboidratos) corresponde à maior parte das calorias ingeridas, cerca de 40% a 60% da dieta diária (Gu, et al., 2022).

Observou-se ainda que a mudança na alimentação, isto é, fazer escolhas mais saudáveis com quantidades menores de carboidratos, optando por aqueles mais complexos, sem alterar outros componentes como fibras, proteínas e gorduras, refletiu na diminuição do peso corporal mesmo sem alterar a quantidade de calorias diárias, redução do tempo de exposição ao ácido, quantidade e duração dos episódios de refluxo, e melhora geral dos sintomas, de até 53% dos pacientes (Gu, et al., 2022).

A ingestão excessiva de carboidratos simples está associada ao aumento da fermentação colônica que produz ácidos graxos de cadeia curta e gás, podendo ocasionar distensão gástrica, aumento da pressão no esfíncter esofágico, relaxamento e refluxo. Essas medidas auxiliam na redução dos sintomas da DRGE, promovendo melhor qualidade de vida (Gu, et al., 2022; Plaidum, et al., 2022).

As alterações acima citadas se estendem à categoria FODMAP (oligossacarídeos, dissacarídeos, monossacarídeos e polióis fermentáveis). A emissão de gás H₂ e CH₄ é maior e se estende até oito horas, principalmente após o almoço, quando o bolo alimentar progride até o cólon, onde será fermentado. Essa curva de emissão de gases se relacionou com o aumento do número de relaxamentos do esfíncter, com a piora da gravidade da regurgitação, inchaço, empachamento e eructação (Plaidum, et al., 2022).

Apesar dos compostos bioativos presentes no café serem relacionados à diminuição no risco de câncer, diabetes, doenças hepáticas e cardiovasculares, foi observado que também servem de possíveis indutores para os sintomas da DRGE, como azia e regurgitação. Sendo assim, ao estudar esse grão, foi percebido que seus elementos cerosos, localizados na parte cortical, precisam de condições ideais para serem absorvidos, caso contrário podem causar irritação da mucosa (Polese, et al., 2022).

O café “desparafinado” é livre desses componentes irritativos e rico nos preventivos, o que ameniza os sintomas negativos e mantém seu efeito benéfico. Por isso que a substituição do café tradicional por essa inovação trouxe vantagens como redução da intensidade e frequência dos sintomas sejam eles superiores ou inferiores, a redução do uso de IBPs e melhora da qualidade de vida (Polese, et al., 2022).

4.3.2 Sono

Cerca de 80% dos pacientes com DRGE têm sintomas noturnos que pioram ao decúbito lateral direito, pelo aumento do tempo de exposição ao ácido e pela sua depuração mais lenta. Associado a isso, há o fato de que os IBPs têm eficácia limitada nos sintomas noturnos, por isso opta-se pelo decúbito lateral esquerdo ao deitar. Uma maneira de aumentar a eficácia desse tratamento é o uso de dispositivos eletrônicos, já utilizados em outros agravos, como apneia do sono e ronco excessivo (Schuitemaker, et al., 2022).

Esse método tem uma boa eficácia, aumentando consideravelmente o tempo gasto ao dormir em decúbito lateral esquerdo e, com isso, reduzindo pela metade os sintomas noturnos, aumentando a quantidade de dias sem refluxo, tornando os sintomas mais leves e gerando maior taxa de sucesso no tratamento da DRGE (Schuitemaker, et al., 2022).

4.3.3 Fitoterapia

O tratamento não farmacológico da doença do refluxo gastroesofágico não se restringe somente às medidas de mudança de estilo de vida mas, também, ao uso de medicamentos naturais, compostos por folhas, raízes e outros compostos encontrados na natureza, que vêm sendo usados há muito tempo, principalmente na Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e com boa eficácia.

O uso dos grânulos de Jianpiqinghua associados à meia dose de omeprazol trouxeram melhores resultados na resolução e melhora dos sintomas, do que o uso isolado do IBP em dose padrão (Zhang, et al., 2021).

Apesar de tais medicamentos serem utilizados há milênios, suas propriedades vêm sendo estudadas e comprovadas recentemente. Estudos demonstram segurança quando se fala em efeitos adversos, diminuição da falha terapêutica (alta no uso de IBP), melhora do trânsito intestinal e aumento da diversidade de bactérias. O oposto ocorreu com o uso de IBP, que provoca um supercrescimento bacteriano e aumenta o risco de infecção intestinal. Ademais, essa terapia aumentou a taxa de ácido glutâmico e GABA, reduzindo os sintomas depressivos, ansiosos e a sensibilidade à dor visceral (Zhang, et al., 2021).

A decoção modificada de Xiao Chai Hu, por sua vez, segue o mesmo preceito que o tratamento citado anteriormente, é empregado pela MTC há milênios, tendo seu uso comprovado e assegurado recentemente, em especial nos casos mais leves. A ingestão desse fitoterápico melhorou a ação da barreira esofágica, reduziu as contrações ineficazes e as pré-fases, organizando o movimento esofágico e sua depuração, ou seja, ajustou algumas causas do refluxo esofágico. Ele se mostrou ser mais eficaz que o IBP, reduzir o uso deste e ser mais eficiente na redução da taxa de recorrência dos sintomas. Tais achados permaneceram até o final da observação, cerca de três meses após o término do tratamento (Li, et al., 2021).

Além dos benefícios sobre a DRGE, os componentes da decoção têm ação anti-inflamatória, antioxidante e imunomoduladora, por meio da redução da expressão do fator de necrose tumoral, interleucina-1 e interleucina-6. Os ativos inulina frutana e berberina possuem ação diretamente na mucosa gástrica, aumentando sua proteção e regeneração, além de ter efeito contra a *Helicobacter pylori*, respectivamente (Li, et al., 2021).

Os graus mais leves de esofagite, como na classificação Los Angeles A e B, tendem à autorresolução, por isso a terapia alternativa é a melhor opção nesses casos, apesar de o IBP também ter resposta satisfatória. Pensando nisso, foi desenvolvido um produto composto por galactomananas, polissacarídeos da parede do *Trigonella foenum-graecum*, carbonato de cálcio, bicarbonato de sódio, *Malva sylvestris* e ácido hialurônico, formando uma barreira física que evita o refluxo, com ação antiácida e protetora da mucosa, sem absorção sistêmica e com rápido início de ação. Esse tratamento demonstrou reduzir em, ao menos, 30% dos sintomas com quase 100% de eficácia, sendo observado já no segundo dia de uso, melhorando, inclusive, a qualidade sono, o que não se observa no uso de IBPs cujos sintomas regredem pouco, em poucas pessoas e com um uso mais prolongado (Abenavoli, et al., 2021).

5. Conclusão

Tendo em vista todo o exposto, apesar do tratamento convencional ser consolidado no mundo inteiro, é necessário pesar seus riscos e benefícios. De uma forma geral, ele não tem se mostrado tão efetivo, uma vez que seus efeitos adversos se sobressaem, o que têm se tornado grande foco de estudo. Assim, faz-se necessário pensar em outras formas de tratamento com menos prejuízo e que tragam, acima de tudo, o retorno ao bem-estar físico ou mental. Por isso, este artigo se empenhou em expor as vantagens do uso da medicina alternativa e assim, servir de origem para que outras pesquisas se aprofundem no tema, buscando novas formas de tratamento e como aplicar de maneira mais fácil.

Referências

- Abenavoli, L, Luigiano, C, Pendlimari, R, Fagoonee, S & Pellicano R. (2021 Jun). Efficacy and tolerability of a novel galactomannan-based formulation for symptomatic treatment of gastroesophageal reflux disease: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 25(11):4128-4138. [10.26355/eurrev_202106_26056](https://doi.org/10.26355/eurrev_202106_26056).
- Albarqouni, L, Moynihan, R, Clark, J, Scott, AM, Duggan, A & Del Mar, C. (2021 Jan). Head of bed elevation to relieve gastroesophageal reflux symptoms: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 19;22(1):24. [10.1186/s12875-021-01369-0](https://doi.org/10.1186/s12875-021-01369-0).
- Braghetto, I. et al. (2022) Laparoscopic redo fundoplication alone, redo nissen fundoplication, or toupet fundoplication combined with roux-en-y distal gastrectomy for treatment of failed nissen fundoplication. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva* (São Paulo) [online]. 35, e1678. <<https://doi.org/10.1590/0102-672020220002e1678>>.

- Castro, L. P., Brito, E. M. & Coelho L. G. V. (2000). Doença do refluxo gastroesofágico. *Rev Bras Med.* 57(11):1214-1232.
- Chhabra, P., & Ingole, N. (2022). Gastroesophageal Reflux Disease (GERD): Highlighting Diagnosis, Treatment, and Lifestyle Changes. *Cureus*, 14(8), e28563. <https://doi.org/10.7759/cureus.28563>
- Cordero, M. A. C. (2021). *A eficácia dos diferentes tratamentos endoscópicos versus métodos simulados, farmacológicos ou cirúrgicos para a doença crônica por refluxo gastroesofágico: revisão sistemática e metanálise*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 10.11606/D.5.2021.tde-28102021-145133.
- Ferreira, F. B., Pacheco, M. P., Clara, A. P. H. S., Trindade, L. Z., Castellan, G. A., Guidoni, P. B., Martins, A. L., & Carneiro, A. V. de A. (2022). Efetividade do tratamento não farmacológico na abordagem da doença do Refluxo Gastroesofágico: Effectiveness of non- pharmacological treatment in addressing Gastroesophageal Reflux disease. *Brazilian Journal of Development*, 8(7), 54227–54237. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n7-342>.
- Galvão, T. F., Pansani, T. de S. A., & Harrad, D.. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia E Serviços De Saúde*, 24(Epidemiol. Serv. Saúde, 2015 24(2)). <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>.
- Gu C., Olszewski T., King K. L., Vaezi M. F., Niswender K. D. & Silver H. J. (2022) The Effects of Modifying Amount and Type of Dietary Carbohydrate on Esophageal Acid Exposure Time and Esophageal Reflux Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *Am J Gastroenterol.* 1;117(10):1655-1667. 10.14309/ajg.0000000000001889.
- Henry, M. A. C. de A.. (2014). Diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *ABCD. Arquivos Brasileiros De Cirurgia Digestiva* (são Paulo), 27(ABCD, arq. bras. cir. dig., 2014 27(3)). <https://doi.org/10.1590/S0102-6720201400030001>.
- Hunt, Richard et al. (2017). World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: GERD Global Perspective on Gastroesophageal Reflux Disease. *Journal of clinical gastroenterology*, 10.1097/MCG.0000000000000854. https://journals.lww.com/jcge/Fulltext/2017/07000/WorldGastroenterology_Organisation_Global.5.aspx.
- Jiang X., Cheng H., Zhang N., Xu S., An L., Yan L., Niu F. & Jia B. (2022). Study on syndrome rules of stagnated heat in liver and stomach of non-erosive reflux disease based on microecology of tongue coating. *Medicine* (Baltimore). 101(44):e31618. 10.1097/MD.00000000000031618.
- Kalapala R., Karyampudi A., Nabi Z. Darisetty S., Jagtap N., Ramchandani M., Gupta R., Lakhtakia S., Goud R., Venkat Rao G., Sharma P. & Reddy D. N. (2022). Endoscopic full-thickness plication for the treatment of PPI-dependent GERD: results from a randomised, sham controlled trial. *Gut*. 71(4):686-694. 10.1136/gutjnl-2020-321811.
- Lee, D. P., & Chang, K. J. (2022). Endoscopic Management of GERD. *Digestive diseases and sciences*, 67(5), 1455–1468. <https://doi.org/10.1007/s10620-022-07390-2>
- Li Z., Tao L., Zhang S. S., Sun X. H., Chen S. N. & Wu J. (2021). Modified Xiaochaihu Decoction for gastroesophageal reflux disease: A randomized double-simulation controlled trial. *World J Gastroenterol.* 27(28):4710-4721. 10.3748/wjg.v27.i28.4710.
- Malta, Deborah Carvalho et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal. (2020). *Epidemiol. Serv. Saúde*, 29(4), e2020407. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000400026>.
- Moraes-Filho, Joaquim Prado P. et al. (2021). Brazilian consensus on gastroesophageal reflux disease: Proposals for assessment, classification, and management. *American Journal of Gastroenterology*, 10.1111/j.1572-0241.2002.05476.x.
- O'Hara J., Stocken D. D., Watson G. C., Fouweather T., McGlashan J., MacKenzie K., Carding P., Karagama Y., Wood R. & Wilson J. A. (2021). Use of proton pump inhibitors to treat persistent throat symptoms: multicentre, double blind, randomised, placebo controlled trial. *BMJ*. 7;372:m4903. 10.1136/bmj.m4903.
- Plaidum S., Patcharatrakul T., Promjampa W. & Gonlachanvit S. (2022). The Effect of Fermentable, Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides, and Polyols (FODMAP) Meals on Transient Lower Esophageal Relaxations (TLESR) in Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) Patients with Overlapping Irritable Bowel Syndrome (IBS). *Nutrients*. 14(9):1755. 10.3390/nu14091755.
- Polese B., Izzo L., Mancino N., Pesce M., Rurgo S., Tricarico M. C., Lombardi S., De Conno B., Sarnelli G. & Ritieni A. (2022) Effect of Dewaxed Coffee on Gastroesophageal Symptoms in Patients with GERD: A Randomized Pilot Study. *Nutrients*. 16;14(12):2510. 10.3390/nu14122510.
- Rettura, F., Bronzini, F., Campigotto, M., Lambiase, C., Pancetti, A., Berti, G., Marchi, S., de Bortoli, N., Zerbib, F., Savarino, E., & Bellini, M. (2021). Refractory Gastroesophageal Reflux Disease: A Management Update. *Frontiers in medicine*, 8, 765061. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.765061>
- Sales, L. A. S. (2021). *Avaliação da dinâmica pressórica na junção esofagagástrica em pacientes com doença do refluxo gastroesofágico antes e após a funduplicatura de Nissen*. 65 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médico-Cirúrgicas) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2021.
- Schuitmaker J. M., Kuipers T., Oude Nijhuis R. A. B., Schijven M. P., Smout A. J. P. M., Fockens P. & Bredenoord A. J. (2022) Sleep Positional Therapy for Nocturnal Gastroesophageal Reflux: A Double-Blind, Randomized, Sham-Controlled Trial. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 20(12):2753-2762.e2. 10.1016/j.cgh.2022.02.058.
- Seeras, K., Bittar, K., & Siccardi, M. A. (2023). Nissen Fundoplication. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Sousa, V. D. (2006). Como escrever o resumo de um artigo para publicação. *Acta Paulista De Enfermagem*, 19(Acta paul. enferm., 2006 19(3)), 5–8. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000300001>.
- Souza, M. T. de., Silva, M. D. da., & Carvalho, R. de .. (2010). Integrative review: what is it? How to do it?. *Einstein* (são Paulo), 8(einstein (São Paulo), 2010 8(1)). <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>.

Xiao, J., Yang, Y., Zhu, Y., Qin, Y., Li, Y., Fu, M., Zhai, Z., & Zhu, L. (2018). Efficacy and Safety of Traditional Chinese Medicine on Nonerosive Reflux Disease: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Evidence-based complementary and alternative medicine: eCAM*, 2018, 1505394. <https://doi.org/10.1155/2018/1505394>

Zhang J., Che H., Zhang B., Zhang C., Zhou B., Ji H., Xie J., Shi X., Li X., Wang F. & Tang X. (2021) JianpiQinghua granule reduced PPI dosage in patients with nonerosive reflux disease: A multicenter, randomized, double-blind, double-dummy, noninferiority study. *Phytomedicine*. 15;88:153584. [10.1016/j.phymed.2021.153584](https://doi.org/10.1016/j.phymed.2021.153584).