

Doença do refluxo gastroesofágico: repercussões clínicas e abordagem na RAS do município de João Pessoa-PB

Gastroesophageal reflux disease: clinical repercussions and its approach of RAS in the city of João Pessoa-PB

DOI:10.34119/bjhrv6n2-185

Recebimento dos originais: 01/03/2023

Aceitação para publicação: 03/04/2023

Leyla Fonseca da Nóbrega

Bacharelada em Medicina pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

Instituição: Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

Endereço: Rua Maria Eunice Guimarães Fernandes, 17, Manaíra, João Pessoa - PB

E-mail: leylamedicina@gmail.com

Beatriz de Sousa Santos

Bacharelada em Medicina pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

Instituição: Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

Endereço: Avenida Antônio Lira, 74, Tambau, João Pessoa - PB

E-mail: beatrizdsousa_@hotmail.com

Rafaela Fernandes Miranda de Paiva

Bacharelada em Medicina pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

Instituição: Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

Endereço: Rua Paulo Peixoto de Vasconcelos, n 41, Brisamar, João Pessoa - PB

E-mail: rafa.fmiranda@hotmail.com

Eduarda de Moraes Ramalho

Bacharelada em Medicina pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

Instituição: Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

Endereço: Rua Juraci de Carvalho Luna, 31, Brisamar, João Pessoa - PB

E-mail: eduardaramalho_@hotmail.com

Cecília Nicodemos Martins Barros

Bacharelada em Medicina pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

Instituição: Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

Endereço: Rua da Aurora, n 201, Miramar, João Pessoa - PB

E-mail: cecilianicodemos@gmail.com

Gabriella Andréa de Freitas Crispim

Bacharelada em Medicina pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

Instituição: Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

Endereço: Rua David Ferreira Luna, 94, Brisamar, João Pessoa - PB

E-mail: gabriellafcrispim@gmail.com

Isabela Tatiana Sales de Arruda

Doutora em Biotecnologia da Saúde pela Renorbio
Instituição: Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)
Endereço: BR 230, Km 22, S/N, João Pessoa – PB, CEP: 58053-000
E-mail: isabelaarruda@yahoo.com.br

RESUMO

Diz-se portador da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) o paciente que apresenta sintomas e sinais clínicos compatíveis com o retorno não-fisiológico do conteúdo gastroduodenal para as partes superiores do tubo digestório. Trata-se de uma doença com natureza multifatorial, cuja principal causa é a ineficiência da barreira antirrefluxo que existe entre o esôfago e o estômago. Sua fisiopatologia é diversa em razão da multiplicidade de sintomas que podem ser desenvolvidos, entretanto conta com uma gama de exames laboratoriais e de imagem para que seja realizado um diagnóstico preciso, assim como opções de tratamentos comportamentais, farmacológicos e cirúrgicos que possibilitam uma grande melhoria na qualidade de vida do indivíduo. Com taxa de incidência relevante na população brasileira, a DRGE representa uma das queixas mais comuns nos consultórios médicos particulares e públicos e, por isso, achou-se por bem trazer ênfase à trajetória de um paciente acometido pela enfermidade na Rede de Atenção à Saúde. O presente trabalho tem como objetivo analisar as repercussões clínicas da DRGE e explicar seus mecanismos fisiopatológicos, bem como apresentar meios de diagnóstico, tratamento e abordagem da enfermidade no Sistema Único de Saúde desde a atenção básica. Metodologicamente, trata-se de relato de experiência através de uma revisão bibliográfica com pesquisa realizada nos bancos de dados Scielo, BVS e Pubmed a partir das palavras-chave “refluxo gastroesofágico”, “diagnóstico”, “terapêutica”, “sistema único de saúde”, “gastroesophageal reflux disease”, além de pesquisas realizadas em revistas científicas e livros. Foram excluídos estudos publicados em outras línguas além de português e inglês, e estudos que não abordaram especificamente a temática. Foram incluídos artigos científicos publicados entre os anos de 2006 a 2020 que versam exclusivamente sobre os aspectos clínicos da DRGE. Os resultados apontam para uma grande relevância social da doença, com repercussão não apenas física, mas psicológicas para o paciente afetando, inclusive, sua capacidade laboral. Conclui-se por determinar a importância de conhecer a fundo nuances e formas de tratar a DRGE para a vivência prática da medicina.

Palavras-chave: refluxo gastroesofágico, Sistema Único de Saúde, diagnóstico, farmacologia.

ABSTRACT

A patient with Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) has clinical symptoms and signs compatible with the non-physiological return of gastroduodenal content to the upper digestive tract. It is a multifactorial nature disease, which main cause is the inefficiency of the anti-reflux barrier that exists between the esophagus and the stomach. Its pathophysiology is diverse due to the multiplicity of symptoms that can be developed, however it has a range of laboratory and imaging exams to make an accurate diagnosis, as well as options for behavioral, pharmacological and surgical treatments that allow a great improvement in quality of life of the individual. With a relevant incidence rate in the Brazilian population, GERD represents one of the most common complaints in private and public medical practices and, therefore, it was felt to bring the emphasis to the trajectory of a patient affected by the disease in the RAS, that is João pessoa city's public health network. The present work aims to analyse GERD's clinical repercussions and explain its pathophysiological mechanisms, as well as to present diagnosis methods, treatments and finally, how a patient is managed in João Pessoa's Health System. Methodologically, this is an experiment report based on a bibliographic review of Scielo's,

BVS's and Pubmed's databases using the keywords "refluxo gastroesofágico", "diagnóstico", "terapêutica", "sistema único de saúde", "gastroesophageal reflux disease", besides research in scientific magazines and books. Studies published in languages other than Portuguese and English, and studies that did not specifically address the topic were excluded. Scientific articles published between the years 2006 to 2020 that deal exclusively with the clinical aspects of GERD were included. The results present a great social relevance of the disease, with not only physical repercussions but psychological for the patient, affecting also his work capacity. It concludes by determining the importance of knowing the disease's nuances and treatments in daily practice.

Keywords: gastroesophageal reflux, Sistema Único de Saúde, diagnosis, pharmacology.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Consenso Brasileiro da Doença do Refluxo Gastroesofágico de 2002, a enfermidade ora retratada é "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 extraesofagianos, associados ou não a lesões teciduais". Assim, a partir do momento que leva a sintomas de diferentes intensidades que se manifestam por tempo prolongado, verificou-se o quanto a DRGE pode comprometer a vida dos pacientes. Com elevada morbidade, estima-se que, no Brasil, a incidência é de 20 milhões de indivíduos, equivalente a 12% da população, representando, assim, um grande problema de saúde pública.

Assim, sua fisiopatologia ainda é alvo de muitos estudos em virtude da diversidade de sintomas e sinais que pode apresentar, sendo exemplo da sintomatologia típica a regurgitação de conteúdo estomacal através do esôfago e sensação de queimação no trato gastrointestinal superior. Porém, muitas vezes a DRGE pode apresentar sintomas atípicos que podem levar o profissional a confundir o quadro clínico.

Por esta razão, o diagnóstico dessa enfermidade é determinado a partir de um exame físico atencioso em conjunto com exames laboratoriais e de imagem complementares. Entre os principais testes que auxiliam na persecução desse diagnóstico estão a endoscopia digestiva alta (EDA), a biópsia tecidual, a pHmetria e a manometria esofágica. Cada exame tem suas particularidades e especificidades e deve ser contrastado com a realidade clínica do paciente para aumentar a acurácia do resultado e determinar o tratamento mais adequado, qual seja modificação comportamental, intervenção farmacológica e procedimento endoscópico ou cirúrgico.

O processo de diagnóstico e tratamento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) inicia na consulta com o médico generalista da Unidade Básica de Saúde (UBS), de onde é encaminhado para outros níveis de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para consulta com especialista, realização de exames e tratamentos complementares, ao final, retorna à UBS para acompanhamento e evolução.

Finalmente, ressalta-se que o presente trabalho tem como objetivo geral analisar as repercussões clínicas da DRGE e específicos explicar sua fisiopatologia, apresentar as consequências na vida dos pacientes e elucidar o caminho percorrido pelo usuário do SUS, portador dessa doença, dentro da RAS do município de João Pessoa-PB.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de um Relato de Experiência e, para sua elaboração, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, março a abril de 2021, nas bases de dados do SciELO, Pubmed e BVS, utilizando as palavras chaves: “refluxo gastroesofágico”, “diagnóstico”, “terapêutica”, “sistema único de saúde”, “gastroesophageal reflux disease”, além de pesquisas realizadas em revistas científicas, livros e documentos governamentais. foram excluídos estudos publicados em outras línguas, além de inglês e português, e estudos que não abordaram especificamente a temática. Por outro lado, foram incluídos apenas trabalhos cujos métodos possuíam em seu contexto a Doença do Refluxo Gastroesofágico e suas correlações clínicas e morfofisiológicas, publicados entre os anos de 2006 a 2020, no Brasil e nos Estados Unidos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Patologia multifatorial, a DRGE é uma das doenças mais constantes no dia-a-dia dos consultórios médicos de gastroenterologia. Em razão de apresentar quadro clínico múltiplo, faz-se mister ser analisada de maneira minuciosa, perpassando etiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. Nesse norte, frente à importância social e magnitude da incidência, é essencial determinar, ainda, o caminho percorrido pelo usuário do SUS, uma vez acometido por essa enfermidade.

3.1 FISIOPATOLOGIA

A DRGE trata-se de uma enfermidade crônica com quadro clínico múltiplo consequente de movimentos antiperistálticos de parte do material refluído do estômago para a região esofágica ou adjacente. As causas mais comuns para seu acometimento são o Relaxamento

Transitório Frequente do Esfíncter Esofágico Inferior (EEI), a hérnia de hiato e a Estenose Pilórica Hipertrófica Congênita.

O esôfago é um tubo muscular que compõe o sistema digestório interligando a faringe ao estômago. Origina-se ao nível da cartilagem cricóidea e termina abaixo do processo xifoide do esterno, possuindo 25 cm de comprimento. Histologicamente, o esôfago é composto pela túnica mucosa interna, tela submucosa, túnica muscular e túnica adventícia (nas partes cervical e torácica) ou túnica serosa (na parte abdominal; peritônio visceral).

Esse órgão é particionado em: cervical, torácica e abdominal. Sendo essa última, a mais curta, porém diretamente ligada à ocorrência do DRGE, vascularizada pelas artérias gástrica esquerda e frênica inferior, e inervada pelo plexo nervoso esofágico. O esôfago, ao nível da vértebra T10, atravessa o músculo diafragma por um óstio resultante do afastamento das fibras do pilar direito diafragmático, o hiato esofágico, onde está localizado o EEI. O encontro entre o esôfago e o estômago é denominado junção esofagogástrica.

A barreira antirrefluxo (BAR) consiste em uma zona anatômica composta principalmente pelo EEI, ângulo de His, ligamento frenoesofágico, diafragma crural e roseta gástrica. Esse conjunto de estruturas impede que o bolo alimentar ao chegar no estômago, retorne para o esôfago, condição denominada refluxo gastroesofágico (RGE). O EEI é um segmento de músculo liso, de 2,5 a 3,5 cm de extensão nos indivíduos adultos, disposto circularmente na porção diafragmática do esôfago, sob controle não-colinérgico e não-adrenérgico, capaz de provocar uma alta pressão, que varia entre 15 e 40 mmHg.

O EEI é sustentado pelo ligamento frenoesofágico, uma estrutura fibroelástica resultante da continuação da fáscia transversal diafragmática. Também compondo a BAR, o ângulo de His, localizado entre o esôfago e o fundo do estômago, é um ângulo agudo que assegura uma maior distância entre a região de armazenamento do alimento no estômago e o esôfago.

Em condições fisiológicas, o RGE deveria ocorrer em razão da pressão abdominal superar a pressão torácica. Contudo, a junção gastroesofágica possui um mecanismo valvular capaz de compensar esse gradiente de pressão transdiafragmática principalmente pela ação do EEI. A fisiopatologia da DRGE é multifatorial, entretanto, observa-se direta relação com a BAR e o correto funcionamento do EEI, com a resistência da mucosa esofágica e com a depuração esofagiana.

O Relaxamento Transitório Frequente do EEI está presente em 60% dos indivíduos acometidos pela DRGE e decorre do mau funcionamento do EEI. Esse quadro é caracterizado por um relaxamento prolongado da musculatura esfínteriana independente da deglutição e do peristaltismo esofágico, com duração de dez a sessenta segundos, que promove queda abrupta

da pressão ao nível do EEI. A diminuição pressórica na junção gastroesofágica concomitante aos movimentos peristálticos reflexos pela presença do conteúdo ácido do estômago na região esofágica, provocam o RGE.

Outra condição que favorece o acometimento da DRGE é a hérnia de hiato. Quando a compressão do pilar diafragmático aumenta a pressão na junção esofagogástrica, nos momentos de inspiração e de aumento de pressão intra-abdominal, e o hiato esofágico está mais dilatado, permitindo assim, a protrusão do estômago para o mediastino. Associa-se o excesso de peso ao aumento da pressão intra-abdominal, o que aumenta o gradiente de pressão gastroesofágica, a pressão intragástrica e a chance de desenvolver hérnia de hiato.

O tipo de hérnia de hiato que mais causa RGE é a por deslizamento. Ocorre quando a parte abdominal do esôfago, da cárdia e de partes do fundo gástrico deslizam pelo hiato esofágico para o tórax. Um estudo observou que há uma prevalência de hérnia de hiato em pacientes com DRGE erosivo comparado com não erosivo. Observou também, que a hérnia de hiato é fator de predisposição do retardo da expurgação do ácido no esôfago, além de favorecer a perda de função do diafragma crural como esfíncter externo, a ocorrência do refluxo e a diminuição do comprimento do EEI, em sua porção intra-abdominal.

A dieta tem papel importante no quadro da DRGE, já que o abuso de alimentos ricos em gorduras reduz a pressão do EEI, aumenta a frequência dos relaxamentos transitórios e retarda o esvaziamento do estômago. Outro fator é a ingestão em quantidade exagerada ou muito acelerada de alimentos, que promoverá a dilatação do fundo gástrico, aumentando o refluxo pós-prandial.

Tanto o Relaxamento Transitório Freqüente do EEI quanto a hérnia hiatal são condições que favorecem a diminuição da resistência da mucosa esofágica pela perda da sensibilidade do seu epitélio escamoso. Patologia essa, oriunda da contínua exposição da mucosa à acidez do conteúdo gástrico que transforma seu epitélio em colunar, denominada de Esôfago de Barrett (EB).

A anomalia congênita mais comum relacionada à DRGE é a Estenose Pilórica Hipertrófica Congênita, que consiste na hipertrofia do músculo liso pilórico, principalmente nos músculos circulares, resultando em uma estenose do canal pilórico e, conseqüentemente, na obstrução da luz de passagem do alimento. Pela dificuldade de passagem do quimo, o estômago distende, provocando vômitos em jato. Embora suas causas sejam desconhecidas, a frequência em gêmeos monozigóticos sugere que há correlação genética.

Goshal e Chourasia enumeraram fatores genéticos que contribuem para a DRGE e suas complicações. De acordo com os autores, a presença de interleucinas pró-inflamatórias beta-1

e de uma variante do gene IL-1RN (responsável pelo bloqueio da sinalização molecular dos receptores antagonistas da IL-1; IL-1B-511*T/IL-1RN*1), em conjunto com infecção pela bactéria *Helicobacter pylori*, aparenta reduzir a ocorrência da DRGE. Por outro lado, ainda segundo os autores, indivíduos com expressões genéticas alteradas de ciclogênase-2, IL-10, glutatona-S-transferases e genes reparadores de DNA, estão mais propensos a serem acometidos pela DRGE.

Em 2014, 182 pacientes participaram de um estudo que concluiu que polimorfismos no gene FOXF1 e no complexo principal do histocompatibilidade (MHC) estão fortemente associados à ocorrência de DRGE nos indivíduos com sintomas de RGE. Isso porque o produto desta variante no gene FOXF1 pode estar envolvido com a regulação da contratilidade muscular do EEI, tendo em vista sua influência no desenvolvimento da musculatura lisa do trato gastrointestinal. Ademais, genes do MHC possuem direta relação com os alelos do HLA, e assim, podem influenciar na atividade das células T, comprovadamente associadas com a DRGE.

3.2 SINAIS E SINTOMAS

Os sintomas da DRGE podem ser típicos e atípicos. Os primeiros, mais comuns, incluem a pirose: sensação de queimação na região retrosternal, que se irradia do manúbrio do esterno até a base do pescoço, podendo atingir a garganta; e a regurgitação, que consiste no retorno do conteúdo ácido ou do alimento para a cavidade oral.

A sintomatologia atípica, também denominada de extraesofágica, não diretamente relacionada ao dano esofágico, inclui: dor torácica não coronariana, sintomas respiratórios, otorrinolaringológicos e orais. Os sintomas respiratórios mais observados são tosse crônica, asma, pneumonia, pigarro e bronquiectasia. Já rouquidão, otite e sinusite podem ser os otorrinolaringológicos. Ademais, as manifestações orais são erosão dentária, halitose e aftas. Porém, a grande maioria dos pacientes com os sintomas atípicos da DRGE não apresenta os típicos, dificultando seu diagnóstico.

Os pacientes com DRGE há mais tempo estão sujeitos a complicações, como estenose péptica, hemorragia e EB, sendo esta a principal, pela predisposição em progredir para adenocarcinoma. A estenose péptica também é uma complicação grave, mais frequente em pacientes com esofagite grave associada. Por fim, a hemorragia é a menos comum, podendo ser decorrente de úlceras esofagianas.

3.3 DIAGNÓSTICO

Para chegar ao diagnóstico da DRGE, o médico pode se valer do exame clínico apurado, além de exames laboratoriais e de imagem complementares. Inicialmente, uma anamnese bem detalhada deve definir quais são os sintomas do paciente, pontuando características como intensidade, frequência, duração e fatores que os aliviam ou os desencadeiam.

Na hipótese do paciente apresentar sintomas típicos e não alarmantes de DRGE poderá ser realizado teste terapêutico e, se os sintomas melhorarem, fica fechado o diagnóstico; se não houver alívio, passa-se à investigação com exames. Apesar dessa possibilidade, é recomendação do III Consenso Brasileiro sobre Refluxo (2008) que todo paciente com suspeita ou diagnóstico de refluxo seja submetido a endoscopia digestiva alta (EDA) antes do início do tratamento.

Assim, o exame de escolha é a EDA em razão do custo relativamente mais baixo, facilidade de execução e disponibilidade social. Por esse método, uma câmera montada no final de um tubo flexível é introduzida na cavidade oral do paciente sedado e pode seguir até o intestino, permitindo a visualização do esôfago, junção gastroesofágica, estômago, esfíncter piloro, duodeno e parte proximal do jejuno. Apesar de ser um exame de sensibilidade de apenas 50% para DRGE, é a partir das imagens captadas que é possível visualizar diretamente lesões nas mucosas dos órgãos, como a presença de sangramentos, erosões, úlceras e estenoses. Ademais, à endoscopia pode se somar o estudo histológico de material colhido por biópsia para elevar a especificidade do diagnóstico para mais de 90%.

Atualmente, os exames considerados padrão ouro para o diagnóstico são a pHmetria esofágica de 24h e a Cápsula Bravo. Ambos se utilizam do mecanismo de medição das alterações do potencial Hidrogeniônico nas regiões afetadas pelo refluxo e conseguem definir a quantidade de episódios que acontecem durante um determinado período de tempo, além de mostrar o limiar de pH alcançado (ácido ou alcalino). No entanto, esses testes podem ainda ser associados à Manometria Esofágica, a qual serve para avaliar a pressão no EEI, e à Impedância Esofágica, que é capaz de diferenciar o trânsito esofágico de sólidos ou líquidos, aumentando a acurácia do resultado. Finalmente, outros testes podem auxiliar de maneira secundária nessa investigação, como a Videoesofagografia - de grande auxílio para pacientes que referem disfagia, odinofagia ou presença de estenoses - e a Cintilografia esofágica, que demonstra o retorno do conteúdo gástrico após a ingestão de contraste marcado com Tc99 e é muito utilizado para o diagnóstico da DRGE em crianças.

3.4 TRATAMENTO

Dentre as terapias farmacológicas, o Inibidor da Bomba de Prótons (IBP) é a classe de escolha para o tratamento dessa patologia, sendo também os procinéticos largamente utilizados. Ademais, a DRGE pode ser tratada por recursos não farmacológicos como cirurgia, procedimento endoscópico e pela abordagem comportamental.

Os IBPs são ácidos fracos e, ao serem administrados, ficam inativos até entrarem em contato com o pH ácido estomacal. Eles atuam inibindo a enzima $H^+/K^+ATPase$ (bomba de prótons) na membrana da célula parietal, bloqueando a secreção de ácido gástrico e aumentando o pH, o que diminui o refluxo nos pacientes. Um dos principais medicamentos dessa classe é o omeprazol, protótipo da categoria, e continua sendo o mais aplicado no âmbito da clínica. Essa droga é comprovadamente segura, e seus efeitos adversos mais comuns são cefaleia, diarreia, dor abdominal, náusea, constipação e redução leve dos níveis séricos da vitamina B12.

A dose recomendada de omeprazol para DRGE é de 0,7 a 3,5 mg/kg, por um período de 3 meses, antes da primeira refeição, por ser o momento no qual as bombas de prótons são formadas e o IBP pode atuar de forma mais eficiente. Ademais, estudos comprovam que o IBP lansoprazol de 20 mg e 40 mg administrado via oral também reduz sintomas da DRGE.

Diferentemente, os procinéticos são uma classe de droga que aumentam o peristaltismo esofágico, aceleram a depuração do ácido esofágico, aumentam a pressão basal do EEI e promovem um rápido esvaziamento do estômago. Entretanto, seu uso pode acarretar diversos efeitos indesejados, a exemplo da cisaprida, cuja administração pode levar a arritmias e morte súbita, o que levou à suspensão de sua comercialização. Assim, a domperidona passou a ser o fármaco procinético de escolha, apesar de seus efeitos adversos, como sintomas extrapiramidais e movimentos oculógiros em lactentes. Essa droga é antagonista periférico do receptor D2 da dopamina, contribuindo na diminuição do tempo de refluxo pós-prandial, tratando a regurgitação e vômito.

Com os avanços farmacológicos e as altas taxas de falhas e morbidade, indicações cirúrgicas são pouco recomendadas. A DRGE é uma doença crônica controlável com uso de IBP ao longo da vida, assim cirurgias são indicadas nos casos de pacientes intolerantes ao uso ininterrupto de medicações, casos avançados da doença e mulheres na menopausa com osteoporose.

Como alternativa não farmacológica, o procedimento endoscópico controla os sintomas a longo prazo e cura a esofagite erosiva. Porém, é indicado apenas para pacientes com sintomas típicos da DRGE. O sistema Stretta é uma técnica aplicada nesse procedimento que utiliza radiofrequência, o qual fortalece o EEI para evitar o RGE. Por fim, mudanças no estilo de vida são recomendadas em associação a fármacos para melhor evolução do paciente. Assim,

orientações quanto à dieta e o correto posicionamento para dormir costumam reduzir os sintomas tanto de lactentes quanto de adultos.

3.5 A ABORDAGEM DA DRGE NO SUS

O Ministério da Saúde, em 2010, objetivando superar falhas na fragmentação da atenção ao usuário e garantir a integralidade do atendimento, criou a RAS. Essas redes são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde que se integram por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. Constituem-se de três elementos: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde; e conta com cinco redes temáticas: Rede Cegonha, de Atenção Psicossocial, de Urgência e Emergência, de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e a de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Todas elas são coordenadas e sustentadas na Atenção Básica, buscando fornecer atenção contínua e integral à população, com serviços de forma qualificada e humanizada, e acesso igualitário.

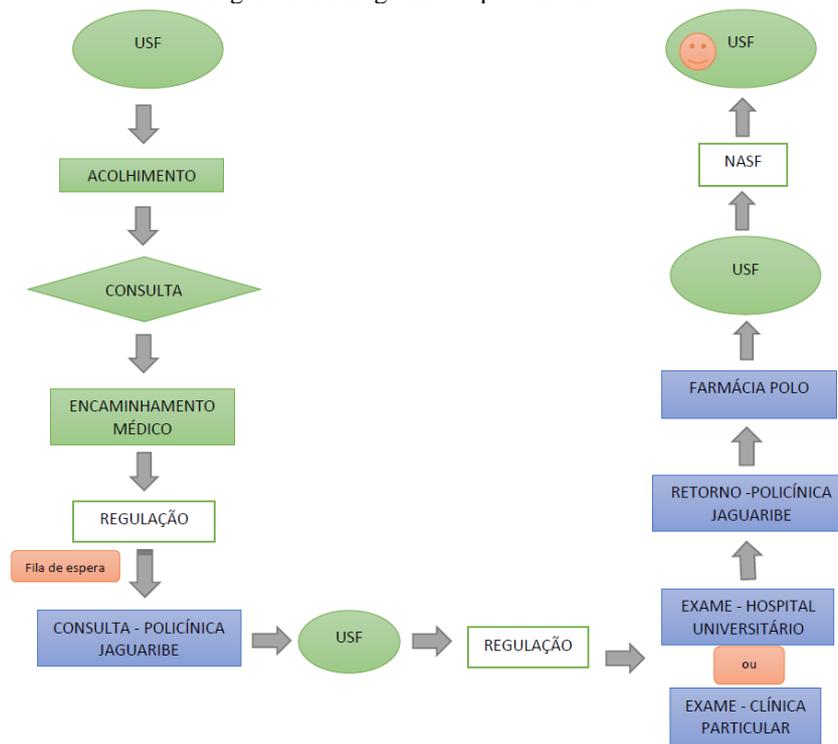
A RAS do município de João Pessoa oferta seus serviços com porta de entrada pelas UBS, para, então, regular o usuário aos serviços de atenção especializada (Policlínicas, CEO, CENDOR, CAPS, LACEN, dentre outros) ou hospitalar (Ortotrauma, Hospital Municipal Santa Isabel, Hospital do Valentina e Instituto Cândida Vargas), conforme a necessidade.

Para ilustração do que fora exposto, elaborou-se um caso clínico hipotético, promovendo a integração teórico-prática do percurso que um paciente do SUS faz quando acometido por DRGE, seguido do respectivo fluxograma (Figura 1). Senão vejamos:

Paciente B. S. S., 29 anos, procura a UBS e passa pela escuta, é direcionada ao atendimento médico. Na consulta, se queixa de regurgitação, indigestão, “sensação de queimação” na garganta e tosse seca após as refeições, há cerca de 1 ano, com piora dos sintomas nos últimos 3 meses. O médico examina e a encaminha para atenção especializada ambulatorial – gastroenterologista. A paciente entrega a guia de encaminhamento na UBS para que a consulta seja regulada via Distrito Sanitário. Após 7 dias, o comprovante de marcação chega na UBS. A usuária comparece no dia agendado à Policlínica de Jaguaribe para consulta com o gastroenterologista, este examina-a e solicita uma EDA. A paciente volta para a UBS com a guia de solicitação de exame para que seja agendado para clínica particular credenciada ao município ou para o Hospital Universitário. Após o exame, a usuária retorna ao especialista, que conclui o diagnóstico junto com os dados clínicos. O especialista receitou o tratamento indicado, neste caso, o IBP Omeprazol; com a receita, a usuária recebeu a medicação na Farmácia Polo. A ESF articula com o NASF para a paciente ser acompanhada

por nutricionista, para orientações de dieta e mudança de hábitos alimentares; bem como pelo profissional de educação física, a fim de inserir atividade física em sua rotina. Após esse trajeto, a paciente permanece acompanhada pela ESF, para confirmar a diminuição dos sintomas e o efeito esperado da medicação, ressaltando a importância da equipe multidisciplinar e de uma abordagem humanizada, visando não apenas a resolução da doença, mas uma melhora na qualidade de vida.

Figura 1: Fluxograma da paciente B. S. S.



Fonte: Figura dos autores (2021).

4 CONCLUSÃO / CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo discorreu acerca da DRGE, abordando-a sob o prisma clínico com ênfase à Atenção Básica de Saúde. Tendo em vista sua relevância enquanto fisiopatologia e suas implicações sociais na rotina do paciente, foi elaborado caso clínico hipotético para facilitar o entendimento e fazer integração teórico-prática.

A DRGE se manifesta quando de fatores agressores, aqui representados por ácido clorídrico, enzimas estomacais e pancreáticas e sais biliares, superam fatores defensivos do organismo, tais como a prega cárdica, a junção gastroesofágica, o pilar direito do diafragma e o peristaltismo fisiológico unidirecional. Além disso, falha no mecanismo de pressão tônica no EEI e a hérnia de hiato, que predispõem à apresentação de sintomas de DRGE.

Apesar de a DRGE se apresentar como enfermidade de difícil compreensão etiológica, quadro clínico múltiplo e com diversas opções para diagnósticos, apresenta fácil tratamento, que vão desde os farmacológicos a mudanças comportamentais. A anamnese demonstra-se fundamental, sendo necessária atenção aos sintomas típicos e atípicos, além do controle dos demais sinais clínicos. Concluimos que, com o aumento da prevalência da DRGE, o diagnóstico e acompanhamento dos pacientes devem visar a melhora na qualidade de vida, utilizando medidas terapêuticas multidisciplinares e prevenindo complicações.

REFERÊNCIAS

ABORL-CCF *et al.* **Tratado de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervicofacial: Faringoestomatologia, Laringologia e Voz, Cirurgia de Cabeça e Pescoço.** 2ª ed. São Paulo: Roca, 2011. 1016 p. v. IV. ISBN 978-85-7241-926-0. pp. 405-408.

ANDREOLLO, N. A.; LOPES, L. R.; COELHO-NETO, J. S. Doença do refluxo gastroesofágico: qual a eficácia dos exames no diagnóstico? **ABCD - Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 23, n. 1, mar. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202010000100003. Acesso em: 10 abr. 2021.

ARGYROU A.; *et al.* Risk factors for gastroesophageal reflux disease and analysis of genetic contributors. **World Journal of Clinical Cases**, California, v. 6, pp. 176-182, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30148145/>. Acesso em: 03 abr. 2021.

BICCAS, B. N. *et al.* Maior prevalência de obesidade na doença do refluxo gastroesofágico erosiva. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 46, n. 1, pp. 15-19, mar. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032009000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 02 abr. 2021.

BORGES, D. R. (coord.). **Atualização Terapêutica de Prado, Ramos e Valle: Diagnóstico e Tratamento.** 24ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2012/13. 1990p. pp. 424-425.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2021.

_____. GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023.** 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PLANOS-ESTADUAL-DE-SAUDE-PB-2020-2023.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2021.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010.** Brasília: 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 20 abr. 2021.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS.** Brasília: 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 20 abr. 2021.

CAVALCANTI, R. P.; CRUZ, D. F.; PADILHA, W. W. N. Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 22, n. 2, pp. 181-188, 2018. Acesso em: 28 abr. 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/09/913906/31872-92105-1-pb.pdf>.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GASTROENTEROLOGIA. **Refluxo Gastroesofágico: Diagnóstico e Tratamento.** 2003. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/refluxo-gastroesofagico-diagnostico-e-tratamento.pdf. Acesso em: 01 abr. 2021.

FRAGA, P. L.; MARTINS, F. S. C. Doença do Refluxo Gastroesofágico: uma revisão de literatura. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, v. 7, n. 18, 2012. Disponível em: <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/view/1095/951>. Acesso em: 20 abr. 2021.

GUIMARÃES, E. V.; MARGUET, C.; CAMARGOS P. A. M. Tratamento da doença do refluxo gastroesofágico. **Jornal da Pediatria**, Porto Alegre, v. 82, n. 5, pp. 133-145, nov. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572006000700003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 2 abr. 2021.

GURSKI, R. R. *et al.* Manifestações extra-esofágicas da doença do refluxo gastroesofágico. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 32, n. 2, pp.150-160, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132006000200011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 abr. 2021.

HENRY, M. A. C. A. Diagnóstico e tratamento da doença do refluxo gastroesofágico. **ABCD, Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 27, n. 3, pp. 210-215, jul-set 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/abcd/v27n3/pt_0102-6720-abcd-27-03-00210.pdf. Acesso em: 2 abr. 2021.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 abr. 2021.

MENEZES M. A.; HERBELLA F. A. M. Pathophysiology of Gastroesophageal Reflux Disease. **World Journal of Surgery**, New York, v. 41, n. 7, pp. 1666-1671, jul. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28258452>. Acesso em: 02 abr. 2021.

MOORE, K. L.; DALLEY, A. F.; AGUR, A. M. R. **Anatomia Orientada para a Clínica**. 8ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2019, pp. 467-468.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N.; TORCHIA, M. G. **Embriologia Clínica**. 10ª ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2016, p. 211.

MORSCHER, C. F.; MAFRA, D.; EDUARDO, J. C. C. Inibidores da bomba de prótons e sua relação com a doença renal. **Brazilian Journal of Nephrology**, São Paulo, v. 40, n. 3, pp. 301-306, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jbn/v40n3/pt_2175-8239-jbn-2018-0021.pdf. Acesso em: 02 abr. 2021.

PARRON, R.; TIRYO, R.; ARANTES, V. P. Tratamento farmacológico para doença do refluxo gastroesofágico DRGE: uma revisão de literatura. **Revista Uningá Review**, Maringá, v. 29, n. 3, p. 153-157, 2017. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1978/1573>. Acesso em: 02 abr. 2021.

PAULSEN, F.; WASCHKE, J. **Sobotta, Atlas de Anatomia Humana. Volume 2: órgãos internos**. 24ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2019, pp. 74-79.

SHIBILI, F.; KITAYAMA, Y.; FASS, R. Novel Therapies for Gastroesophageal Reflux Disease: Beyond Proton Pump Inhibitors. **Current Gastroenterology Reports**, Philadelphia, v. 22, n. 4, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32185589/>. Acesso em: 03 abr. 2021.