

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA

LOUISE TANDAYA BENDAHA
VERÔNICA OHASHI TORRES

**DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO CLÍNICA
PREVALÊNCIA POPULACIONAL NA MACRORREGIÃO DE BELÉM**

Belém
2008

LOUISE TANDAYA BENDAHAN
VERÔNICA OHASHI TORRES

DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO CLÍNICA
PREVALÊNCIA POPULACIONAL NA MACRORREGIÃO DE BELÉM

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como pré-requisito para obtenção do grau em Medicina pela Universidade Federal do Pará.
Orientador: Prof. Dr. Marcus Vinicius Henriques Brito

Belém
2008

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal do Pará

Bendahan, Louise Tandaya

Doença do refluxo gastroesofágico clínica : prevalência populacional na macrorregião de Belém / Louise Tandaya Bendahan, Verônica Ohashi Torres; orientador, Marcus Vinicius Henriques Brito. — 2008

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências e Saúde, Faculdade de Medicina, Belém, 2008.

1. Refluxo gastroesofágico – Belém (PA). 2. Esôfago – Doenças – Belém (PA). 3. Gastroenterologia – Belém (PA). I. Torres, Verônica Ohashi. II. Título.

CDD 22. ed. 616.32

LOUISE TANDAYA BENDAHAN
VERÔNICA OHASHI TORRES

DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO CLÍNICA
PREVALÊNCIA POPULACIONAL NA MACRORREGIÃO DE BELÉM

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como pré-requisito para obtenção do grau em Medicina pela Universidade Federal do Pará.

Orientador: Prof. Dr. Marcus Vinicius Henriques Brito

Data de Aprovação: ____/____/____

Conceito: _____

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Marcus Vinicius Henriques Brito – Orientador
Doutor em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental
Universidade Federal do Pará

De Louise

Aos meus pais, que não mediram esforços para concretização de todos os meus sonhos. Pela demonstração de amor, carinho e compreensão, compartilhando cada momento de minha vida, guiando-me nos momentos difíceis e comemorando cada vitória. Mostraram-me que quando temos algum sonho não devemos medir esforços para alcançá-los.

Ao meu irmão Júlio, pela sua amizade, inspiração, paciência e carinho.

A minha avó, Maria Luisa (*in memoriam*), pelo verdadeiro exemplo de amor, perseverança e dedicação. Ensinou-me que a família é a verdadeira sustentação do ser humano.

Ao meu padrinho Álvaro, pelo seu exemplo de bondade, amor e amizade.

Aos meus tios e tias, primos e primas que sempre confiaram em mim e torceram pelo meu sucesso.

À Verônica, minha amiga, pela cumplicidade acadêmica, intelectual, e, principalmente fraternal, quando nos aliamos na elaboração deste trabalho.

De Verônica

Aos meus pais, que, apesar da distancia física, sempre se fizeram presentes nos momentos de necessidade, fortalecendo-me na luta para vencer cada obstáculo da vida e comemorando juntos a cada vitória.

Às minhas irmãs Inez e Ligia, pelos seus conselhos, cuidados, pela companhia e, acima de tudo, pela amizade.

À Lu e à tia Carina, que tanto colaboraram para a minha vida acadêmica. Ofereceram-me não só carinho e apoio, mas também um lugar familiar de aconchego que pude chamar de lar.

À Louise, minha companheira de trabalho e amiga, sempre atenciosa e dedicada, que tanto se empenhou para a concretização deste trabalho.

Aos amigos e namorado que foram compreensivos com a dedicação necessária para conclusão deste curso e me fortaleceram com suas palavras de incentivo e confiança.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, eterna fonte de vida e sabedoria.

Ao Prof. Dr. Marcus Vinicius Henriques Brito, em especial, orientador deste trabalho, que aceitou nos conduzir, não medindo esforços à superação das dificuldades, relativas à concepção e construção deste estudo em sua íntegra. Dr. Marcus, nossa a honra!

Aos Professores da Faculdade de Medicina, pelos conhecimentos que nos propiciaram adicionar.

A Soraya Maria Bitar de Lima, pelo empenho, dedicação e voluntarismo quanto à normalização técnica deste trabalho.

A todos que de forma direta e indireta colaboraram para a realização deste trabalho.

“Jamais considere seus estudos como uma obrigação, mas como uma oportunidade invejável para aprender a conhecer a influência libertadora da beleza do reino do espírito, para seu próprio prazer pessoal e para proveito da comunidade à qual seu futuro trabalho pertencer”

Albert Einstein

RESUMO

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) pode ser definida como uma afecção crônica decorrente do refluxo retrógrado de parte do conteúdo gastroduodenal para o esôfago ou órgãos adjacentes a ele, acarretando um espectro variável de sintomas e sinais esofagianos e/ou extra-esofagianos, associados ou não a lesões teciduais. Este trabalho tem como objetivo verificar a prevalência da DRGE na população da macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008. Trata-se de um estudo de caráter regional, descritivo, comparativo, multicêntrico, transversal com delineamento epidemiológico, onde 400 habitantes adultos e de ambos os sexos foram entrevistados no período de novembro de 2007 a março de 2008 da macrorregião de Belém, no Estado do Pará. A pesquisa apresenta como resultado a alta prevalência de DRGE na macrorregião de Belém, predominando a do tipo mista. A regurgitação é o principal sintoma típico e a faringite/pneumonia o sintoma atípico mais referido. O paciente portador da DRGE tem como perfil epidemiológico predomínio do sexo feminino, jovem (18-30 anos), solteiro, sem filhos, escolaridade prevalecendo o ensino médio e com renda familiar de 2-3 salários mínimos. A DRGE está relacionada a situações de estresse e ansiedade e é uma importante causa de diminuição da qualidade de vida.

Palavras – chave: Doença do refluxo gastroesofágico. Prevalência. Perfil epidemiológico.

ABSTRACT

The gastroesophageal reflux disease (GERD) is a chronic illness caused by the retrograde flux of the gastroduodenal content to the esophagus or adjacent organs, resulting a variable spectrum of esophageal or extraesophageal symptoms and/or signs, that may be associated or not with tissue injuries. This issue has as aim to assess the prevalence of GERD in the region of Belém in the period from November 2007 to March 2008. This is a study of regional character, descriptive, comparative, multicentered, cross-sectional with epidemiological design, where 400 adult-inhabitants of both sexes were interviewed in the period from November 2007 to March 2008 of , in the state of For. This research shows the high prevalence of GERD in Belém, mainly the kind of miste. The regurgitation is the main typical symptom and pharyngitis / pneumonia atypical symptoms the most mentioned. The epidemiological profile of the GERD's patient has the predominance of females, young (18-30 years) and unmarried, without children, the prevailing high school education and family incomes of 2-3 minimum wages. The GERD is related to situations of stress and anxiety and is a major cause of reduced quality of life.

Keywords: Gastroesophageal reflux disease. Prevalence. Epidemiological profile.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Prevalência da doença do refluxo gastresofágico na população da macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.....	37
Gráfico 2 – Subtipos da doença do refluxo gastresofágico na população da macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.....	38
Gráfico 3 – Sexo da população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.....	39
Gráfico 4 – Faixa etária da população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.	40
Gráfico 5 - Presença de pirose na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.	41
Gráfico 6 - Frequência de pirose na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.	42
Gráfico 7 – Presença de regurgitação na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.	43
Gráfico 8 – Frequência da regurgitação na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.	44
Gráfico 9 - Frequência de vômitos e náuseas entre os entrevistados que referiram regurgitação na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.....	45
Gráfico 10 – Melhora da regurgitação com alimento ácido, na população entrevistada na macrorregião de Belém, no período de novembro de 2007 a março de 2008.....	46
Gráfico 11 – Presença dos sintomas típicos nos últimos três meses na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008..	47
Gráfico 12 – Presença dos sintomas típicos nos últimos seis meses na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008..	48
Gráfico 13 – Presença de globus faríngeo na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.	49
Gráfico 14 - Frequência de globus faríngeo na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.	50
Gráfico 15 – Presença do sintoma boca amarga na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.	51
Gráfico 16 - Presença de sintomas atípicos na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.	52

Gráfico 17 - Sexo dos doentes na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.....	53
Gráfico 18 - Faixa etária dos doentes na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.	54
Gráfico 19 - Estado civil da população portadora de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	55
Gráfico 20 - Número de filhos referidos por portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	56
Gráfico 21 - Escolaridade de portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	57
Gráfico 22 - Atividade laboral dos portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	58
Gráfico 23 - Religião dos portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	59
Gráfico 24 - Renda mensal dos portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	60
Gráfico 25- Como cada portador DRGE considera sua saúde na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	61
Gráfico 26 - Prática de atividade física em portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	62
Gráfico 27 - Pirose de supino em portadores da DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	63
Gráfico 28 - Pirose em ortostase em portadores da DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	64
Gráfico 29 - Mudança de hábitos alimentares dos portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	65
Gráfico 30 - Melhora dos sintomas após mudança de hábitos alimentares em portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	66
Gráfico 31 - Mudança do estilo de vida dos portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	67
Gráfico 32 - Melhora dos sintomas após mudança do estilo de vida em portadores de DRGE, que na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	68

Gráfico 33 - Distribuição de portadores de DRGE que referiram má digestão na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	69
Gráfico 34 - Portadores de DRGE que referiram diminuição do apetite na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	70
Gráfico 35 - Portadores de DRGE que referiram distensão abdominal na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	71
Gráfico 36 - Portadores de DRGE que referiram dor de cabeça na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	72
Gráfico 37 - Portadores de DRGE que referiram dor nas costas na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	73
Gráfico 38 - Portadores de DRGE que referiram torcicolo na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	74
Gráfico 39 - Portadores de DRGE que se consideram ansioso na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	75
Gráfico 40 - Portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 no qual seus amigos o consideram ansioso.	76
Gráfico 41 - Portadores de DRGE que se consideram depressivo na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	77
Gráfico 42 - Portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 no qual seus amigos o consideram depressivo.....	78
Gráfico 43 - Portadores de DRGE que referiram insônia na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	79
Gráfico 44 - Portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 que já acordaram sufocado à noite.	80
Gráfico 45 - Portadores de DRGE que relatam cansaço com frequência na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	81
Gráfico 46 - Falta de atividades cotidianas relatadas por portadores da DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	82
Gráfico 47 - Realização de tratamento em pacientes portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	83
Gráfico 48 - Tipo de tratamento realizado em pacientes portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	84
Gráfico 49 - Alteração dos sintomas em portadores de DRGE na macrorregião de Belém, no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	85

Gráfico 50 - Portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 que relataram utilizar antiácidos.....	86
Gráfico 51 - Portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 que tiveram férias nos últimos dois anos.	88
Gráfico 52 – Alteração dos sintomas durante as férias relatadas por portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008..	89
Gráfico 53 - Alteração dos sintomas durante o período menstrual em portadoras da DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008..	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Prevalência da doença do refluxo gastresofágico na população da macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.....	37
Tabela 2 – Subtipos da doença do refluxo gastresofágico na população da macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.....	38
Tabela 3 – Sexo da população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.....	39
Tabela 4 – Faixa etária da população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.	40
Tabela 5 - Presença de pirose na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.	41
Tabela 6 - Frequência de pirose na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.	42
Tabela 7 – Presença de regurgitação na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.	43
Tabela 8 – Frequência da regurgitação na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.	44
Tabela 9 - Frequência de vômitos e náuseas entre os entrevistados que referiram regurgitação na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.....	45
Tabela 10 - Melhora da regurgitação com alimento ácido, na população entrevistada na macrorregião de Belém, no período de novembro de 2007 a março de 2008.....	46
Tabela 11 – Presença dos sintomas típicos nos últimos três meses na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008..	47
Tabela 12 – Presença dos sintomas típicos nos últimos seis meses na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008..	48
Tabela 13 – Presença de globus faríngeo na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.	49
Tabela 14 - Frequência de globus faríngeo na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.	50
Tabela 15 – Presença do sintoma boca amarga na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.	51
Tabela 16 - Presença de sintomas atípicos na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.	52

Tabela 17 - Sexo dos doentes na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.....	53
Tabela 18 - Faixa etária dos doentes na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.	54
Tabela 19 - Estado civil da população portadora de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	55
Tabela 20 - Número de filhos referidos por portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	56
Tabela 21 - Escolaridade de portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	57
Tabela 22 - Atividade laboral dos portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	58
Tabela 23 - Religião dos portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	59
Tabela 24 - Renda mensal dos portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	60
Tabela 25- Como cada portador DRGE considera sua saúde na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	61
Tabela 26 - Prática de atividade física em portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	62
Tabela 27 - Pirose de supino em portadores da DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	63
Tabela 28 - Pirose em ortostase em portadores da DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	64
Tabela 29 - Mudança de hábitos alimentares dos portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	65
Tabela 30 - Melhora dos sintomas após mudança de hábitos alimentares em portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	66
Tabela 31 - Mudança do estilo de vida dos portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	67
Tabela 32 - Melhora dos sintomas após mudança do estilo de vida em portadores de DRGE, que na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	68

Tabela 33 - Distribuição de portadores de DRGE que referiram má digestão na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	69
Tabela 34 - Portadores de DRGE que referiram diminuição do apetite na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	70
Tabela 35 - Portadores de DRGE que referiram distensão abdominal na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	71
Tabela 36 - Portadores de DRGE que referiram dor de cabeça na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	72
Tabela 37 - Portadores de DRGE que referiram dor nas costas na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	73
Tabela 38 - Portadores de DRGE que referiram torcicolo na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	74
Tabela 39 - Portadores de DRGE que se consideram ansioso na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	75
Tabela 40 - Portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 no qual seus amigos o consideram ansioso.	76
Tabela 41 - Portadores de DRGE que se consideram depressivo na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	77
Tabela 42 - Portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 no qual seus amigos o consideram depressivo.....	78
Tabela 43 - Portadores de DRGE que referiram insônia na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	79
Tabela 44 - Portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 que já acordaram sufocado à noite.	80
Tabela 45 - Portadores de DRGE que relatam cansaço com frequência na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	81
Tabela 46 - Falta de atividades cotidianas relatadas por portadores da DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	82
Tabela 47 - Realização de tratamento em pacientes portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	83
Tabela 48 - Tipo de tratamento realizado em pacientes portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	84
Tabela 49 - Alteração dos sintomas em portadores de DRGE na macrorregião de Belém, no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	85

Tabela 50 - Portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 que relataram utilizar antiácidos.....	86
Tabela 51- Distribuição de alimentos que melhoram sintomas relatados por portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	87
Tabela 52 - Distribuição de alimentos que pioram os sintomas relatados por portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	87
Tabela 53 - Portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 que tiveram férias nos últimos dois anos.	88
Tabela 54 – Alteração dos sintomas durante as férias relatadas por portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008..	89
Tabela 55 - Alteração dos sintomas durante o período menstrual em portadoras da DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008..	90
Tabela 56 - Comparação entre prevalências da DRGE deste inquérito em relação a outros quatro estudos.	91
Tabela 57 - Cálculo do fator referente à quantidade de questionários a serem aplicados na Macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.	
Tabela 58 – Cálculo da quantidade de questionários a serem aplicados na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.	
Tabela 59 – Número de domicílios particulares permanentes na macrorregião de Belém segundo o Censo 2000.	
Tabela 60 – Número de moradores em domicílios particulares permanentes na macrorregião de Belém segundo o Censo 2000.	
Tabela 61 – Média de moradores em domicílios particulares permanentes na macrorregião de Belém segundo o Censo 2000.	

Quadro 1 - Critérios Internacionais de Desordens Funcionais Gastrointestinais – Roma III

Quadro 2 - Critérios Internacionais de Desordens Funcionais Gastrointestinais – Roma III

Quadro 3 - Critérios Internacionais de Desordens Funcionais Gastrointestinais – Roma III

LISTA DE ABREVIATURAS

DRGE – Doença do Refluxo Gastresofágico

IBPs – Inibidores da bomba de prótons

EDA – Endoscopia digestiva alta

EIE – Esfíncter inferior esofágico

RGE – Refluxo gastresofágico

EMN- Esofagomanometria

ER – Esofagite de refluxo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 OBJETIVO GERAL	21
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1 DEFINIÇÃO.....	22
2.2 ETIOLOGIA	22
2.3 EPIDEMIOLOGIA	24
2.4 FISIOPATOLOGIA.....	24
2.5 QUADRO CLÍNICO.....	25
2.6 DIAGNÓSTICO	27
2.7 TRATAMENTO.....	30
2.7.1 Tratamento Clínico	30
2.7.2 Tratamento Cirúrgico	31
2.8 PROGNÓSTICO.....	32
3 CASUÍSTICA E MÉTODOS	33
4 RESULTADOS	37
5 DISCUSSÃO	92
6 CONCLUSÃO	99
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma afecção de grande importância médico-social pela elevada e crescente incidência e por determinar sintomas de intensidade variável, que se manifestam por tempo prolongado, podendo prejudicar a qualidade de vida do paciente (NASI, 2005)

O Consenso Brasileiro da Doença do Refluxo Gastroesofágico (CBDRGE) definiu a DRGE como uma afecção crônica decorrente do fluxo retrógrado 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 (CHINZON, 2003).

Esta doença apresenta uma grande variedade de manifestações clínicas, secundárias ao refluxo do material gástrico refluído para o esôfago ou para órgãos adjacentes, como ocorre no caso de formas atípicas, ou ainda por meio da exacerbação dos reflexos mediados pelo vago como, por exemplo, o reflexo esôfago-brônquico (CHINZON, 2003).

Na anamnese, primeiramente, questiona-se a respeito das manifestações clínicas típicas da DRGE que são a pirose e regurgitação ácida. A pirose pode ser definida como uma sensação de desconforto ou queimação que se estende do manúbrio do esterno à base do pescoço. Algumas vezes, a pirose pode ter localização baixa, irradiando-se para a região epigástrica. A duração e frequência dos sintomas são informações importantes que precisam ser sempre avaliadas e quantificadas, porém não são bons preditores da gravidade da doença. Pacientes que apresentam sintomas com frequência mínima de duas vezes por semana, há cerca de quatro a oito semanas, devem ser considerados possíveis portadores de DRGE (NASI, 2001; CHINZON, 2003).

Exames subsidiários também auxiliam no diagnóstico da doença. Primeiramente, tem-se que o exame endoscópico, embora apresente uma sensibilidade de cerca de 60%, pela facilidade de sua execução e disponibilidade na maioria dos centros médicos em nosso meio é o método de escolha para o diagnóstico das complicações causadas pelo refluxo

gastroesofágico. Permite avaliar a gravidade da esofagite e realizar biópsias quando necessário; como nos casos de complicações do refluxo gastroesofágico (úlceras, estenose péptica e esôfago de Barrett). Atualmente, as classificações mais empregadas são a de Savary-Miller e de Los Angeles uma vez que há a necessidade de se uniformizar o diagnóstico endoscópico das lesões esofagianas. Deve-se ressaltar que a ausência de alterações endoscópicas não exclui o diagnóstico de DRGE, já que 60% dos pacientes com sintomas típicos apresentam endoscopia normal (CHINZON, 2003).

Porém, os métodos denominados morfológicos, que são a endoscopia digestiva alta (EDA) e a radiologia, por vezes não são suficientes para o esclarecimento de certos distúrbios motores. Tem-se, então, a necessidade de optar por recursos diagnósticos que avaliam efetivamente a capacidade funcional do esôfago (manometria esofágica e pHmetria esofágica de 24 horas). A variabilidade de métodos diagnósticos favorece a rápida descoberta da doença e o início precoce do tratamento (MACHADO, 2005).

O tratamento clínico tem como objetivo o alívio dos sintomas, a cicatrização das lesões e a prevenção de recidivas e complicações. Pode ser dividido em comportamental, que corresponde a mudanças no estilo de vida visando afastar possíveis fatores de piora ou situações predisponentes a ocorrência de refluxo gastroesofágico (RGE), e tratamento medicamentoso com destaque para os inibidores da bomba de prótons, procinéticos e antiácidos (CHINZON, 2003).

O tratamento cirúrgico é considerado quando a terapia clínica mostra-se ineficaz, estende-se por período muito prolongado ou por preferência do paciente. O procedimento de escolha é a funduplicatura laparoscópica de Nissen (ORLANDO, 2005).

Os sintomas da DRGE correspondem às queixas orgânicas mais frequentes nos ambulatórios de gastroenterologia. Acredita-se que seja bastante prevalente na população geral. Somado a isso, sabe-se que uma importante parcela dos portadores jamais consultou o sistema de saúde pelo quadro de DRGE.

Devido à escassez de trabalhos epidemiológicos de base populacional, se faz necessária a realização deste estudo para melhor conhecimento da incidência desta afecção localmente, complementando estudos já realizados em outras regiões, possibilitando colaborar na projeção da incidência nacional desta afecção.

1.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a prevalência da doença do refluxo gastroesofágico na macrorregião de Belém, no período de novembro de 2007 a março de 2008.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Obter dados clínico-epidemiológicos, traçando o perfil dos portadores da DRGE, dividindo-os em grupos de acordo com a apresentação clínica predominante.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 DEFINIÇÃO

O RGE consiste em um processo fisiológico que se refere ao movimento involuntário e sem esforço do conteúdo gástrico para o interior do esôfago, podendo ocorrer várias vezes ao dia. Há também sua forma patológica, que corresponde DRGE, caracterizada pela associação do refluxo a presença de lesões teciduais e/ou sintomatologia associada. Quando afeta somente esôfago, é considerada típica, e, se orofaringe, laringe e trato respiratório estiverem envolvidos, classifica-se como atípica. A DRGE é a afecção esofagiana mais prevalente, de evolução crônica, com recidivas freqüentes e possibilidade de complicações graves (ORLANDO, 2005; CHEHTER, 2004).

2.2 ETIOLOGIA

A DRGE é de etiologia multifatorial, sendo que as principais alterações envolvidas são as esofagianas, as gástricas e as alterações ao nível da barreira esofagogástrica. As alterações esofagianas envolvem a deficiência de salivação, a menor secreção de bicarbonato esofagiano, a diminuição das deglutições espontâneas e a perda da eficácia do peristaltismo. As alterações na barreira esofagogástrica correspondem à presença de hérnia hiatal, relaxamento transitório do esfíncter inferior esofagiano (EIE), hipotonia do EIE. Enquanto as alterações gástricas referem-se à gastroparesia, refluxo duodeno-gástrico e alterações na curva pressão-volume. Além disso, sabe-se que o aumento da sensibilidade esofagiana, alterações comportamentais, alterações psíquicas e a presença do *Helicobacter Pylori*, também estão associados com a etiologia da DRGE (CHEHTER, 2004).

A presença prolongada e repetida do ácido em local não apropriado ocasiona a doença. Assim, a exposição da mucosa esofágica ao contato repetido e prolongado da secreção gástrica resulta na inflamação e em suas complicações. No sentido de prevenir tais danos, existe a barreira antirefluxo. Esta barreira é constituída por componentes anatômicos e fisiológicos, que atuam sinergicamente para evitar que o suco gástrico reflua para o esôfago, mantendo assim a integridade da mucosa esofágica. Dos componentes anatômicos, têm-se:

entrada oblíqua do esôfago, roseta da mucosa gástrica no nível da cárdia, elementos de fixação do estômago – artéria gástrica esquerda, ligamento frenoesofágico, pilar direito do diafragma (diafragma crural) e fator valvular – prega de Gubaroff (CHEHTER, 2004).

Entretanto, os componentes fisiológicos resultam de uma inter-relação entre vários fatores: a pressão do esfíncter inferior do esôfago (EIE), a eficiência dos mecanismos do clareamento esofágico, a resistência da mucosa esofágica à agressão, ao volume e ao tempo de esvaziamento gástrico (CHEHTER, 2004).

2.3 EPIDEMIOLOGIA

A DRGE tem uma elevada prevalência na população em geral. É causa de muitas consultas médicas ao clínico geral e ao gastroenterologista. Tanto sua incidência quanto sua prevalência não são exatas, pois são subestimadas. Parece afetar cerca de 20% da população americana adulta e acarreta um prejuízo significativo à qualidade de vida (CHEHTER, 2004).

Estudos epidemiológicos têm evidenciado aumento, nas duas últimas décadas, da prevalência da pirose. É possível que mudanças nos hábitos alimentares, fatores ambientais, o aumento do uso do álcool, aspectos culturais e raciais possam estar relacionados com esse aumento. Assim, dados publicados no Canadá, 4% dos participantes referiram pirose diária, 30% pirose semanal. Na Finlândia, estes números foram 10,3% e 30%, respectivamente. Enquanto que, nos Estados Unidos, 45% dos adultos referem pirose mensal, 20%, semanal e 10%, diária. A ocorrência de pirose anual na Suécia é relatada em 25%, na Inglaterra 18% e na França 27,1%. Em países orientais as cifras referidas são bem inferiores: Índia 7,5%, Malásia 3% e China 0,8% (NADER, 2003).

Na Austrália, a DRGE é mais comum em homens, porém, a mulheres tendem a evidenciar sintomatologia mais exuberante. Cerca de metade dos indivíduos, experimentam desconforto ou dor de leve intensidade, um terço assinalou desconforto moderado e 15% apresentam dor intensa. Não foram observadas diferenças entre a população rural e urbana e os principais agravantes incluem comidas apimentadas ou gordurosas, estresse, álcool, sobrepeso, fumo, gravidez, alergia alimentar e café. Mais da metade dos entrevistados

apresentaram o controle dos sintomas com antiácidos, sendo que 20% os fazem sob prescrição médica, enquanto que outros 20% não fazem qualquer tipo de tratamento (BOLIN, 2000).

Nos Estados Unidos, a DRGE afeta mais homens do que mulheres, na proporção de 2-3:1. Além disso, esta patologia é mais freqüente em brancos do que em negros. Trata-se de uma doença que reduz a qualidade de vida e tem um alto índice de morbidade, devido a complicações da doença tais como: ulceração, sangramento, constrição, esôfago de Barrett e adenocarcinoma (ORLANDO, 2005).

Em trabalho realizado na cidade de Pelotas – RS obteve-se que 76,5% dos adultos entrevistados haviam experimentado algum tipo de sintoma abdominal no último ano, sendo que o mais freqüente foi a pirose retroesternal, alcançando 46% das queixas. A pirose e a regurgitação ácida correspondem aos principais sintomas da DRGE (OLIVEIRA, 2006).

No Brasil, tem-se que a DRGE tem incidência de 7,3% na população. É diretamente proporcional à idade, sendo mais prevalente após os 55 anos. Diferentemente dos Estados Unidos e Austrália, no Brasil, 55,9% dos portadores de DRGE são do sexo feminino. A maioria (55,0%) dos indivíduos relaciona o aparecimento dos sintomas à ingestão alimentar, com destaque para as refeições gordurosas (25,9%). O segundo fator mais importante de piora consiste nos abalos emocionais (24,1%), que incluem estresse, tristeza, ansiedade e tensões, estes se manifestando principalmente nas mulheres (MORAES-FILHO, 2005).

2.4 FISIOPATOLOGIA

Com o desenvolvimento dos dispositivos de monitorização prolongada do pH intraluminal esofágico, ampliou-se o conhecimento fisiopatológico da doença, chegando-se, assim, à concepção atual da DRGE, onde se entende que o RGE é o principal fator agressivo responsável pelo aparecimento da doença. Do desequilíbrio entre os fatores agressivos da mucosa esofágica, fundamentalmente o RGE, e os fatores defensivos, podem surgir alterações estruturais da parede esofágica, identificáveis macroscopicamente pelo exame endoscópico e, microscopicamente, pela análise histopatológica de material de biopsia obtido na região, caracterizando o que se denomina de esofagite de refluxo (ER). No entanto, a esofagite pode

estar ausente mesmo com RGE em níveis considerados patológicos, desde que os mecanismos de defesa da mucosa sejam suficientemente ativos para evitar alterações estruturais da mesma (NASI, 2001).

O mecanismo mais importante no desencadeamento de eventos de refluxo é o relaxamento transitório, espontâneo e inadequado do EIE, caracterizado pela diminuição de aproximadamente 90% da sua pressão basal, não associados à deglutição ou ondas peristálticas esofágicas. A junção esofagogástrica é formada por dois esfíncteres justapostos: a crura diafragmática e o EIE propriamente dito. Esta união potencializa a eficácia de barreira. O tônus do EIE (14 a 34 mmHG) impede o conteúdo gástrico, submetido à pressão intra-abdominal (+ 5 mmHg, em média) de refluir para o esôfago, submetido a pressão intratorácica (-5 mmHG, em média). Durante aumentos lentos da pressão intra-abdominal, o EIE protege o esôfago aumentando seu tônus. Contudo, nos aumentos repentinos, durante esforço físico, a crura diafragmática reforça a barreira esofagogástrica. A pressão da crura também é importante durante o relaxamento do EIE. Outros fatores interferem na competência da barreira esofagogástrica, entre eles o comprimento total do EIE, de sua porção abdominal, sua pressão de repouso e a resposta ao esforço físico (CHEHTER, 2004).

O tônus do EIE pode ser alterado por alimentos, hormônios, neurotransmissores ou fármacos. Seu relaxamento é mediado por via neural cujo transmissor é não-colinérgico e não-adrenérgico, sendo o óxido nítrico um bom exemplo (CHEHTER, 2004).

2.5 QUADRO CLÍNICO

O refluxo do conteúdo gástrico em direção ao esôfago provoca a inflamação do órgão, levando a um quadro de ER, cujos sintomas mais específicos são a pirose e regurgitação, sendo, em geral, suficientes para depreciar a qualidade de vida dos portadores de DRGE e causar uma série de complicações em longo prazo (MOAYYEDI; TALLEY, 2006; LOFFELD, 2006).

A pirose corresponde ao sintoma mais comum de DRGE e varia desde uma discreta sensação de queimação ocasional que se segue à ingestão alimentar excessiva até um

desconforto intenso constante, que está implicado na mudança do estilo de vida do paciente. A pirose pode ser acompanhada por regurgitação do conteúdo gástrico para a boca ou para a árvore respiratória. Antiácidos e medicação supressora controlam efetivamente os sintomas, porém, comumente recidivam após a descontinuação do medicamento (COHEN, 2001; PARKMAN, 2001). São freqüentes os sintomas dispépticos, tais como plenitude pós-prandial e eructações; menos comumente relatam-se náuseas, sialorréia e soluços freqüentes (CHEHTER, 2004).

A disfagia é um achado comum, podendo ser grave, o que marca o início da estenose esofágica. Porém, geralmente é de leve intensidade. Corresponde a uma disfagia para sólidos, que é aliviada pela deglutição repetida ou a ingestão de água para impulsionar o bolo alimentar (COHEN; PARKMAN, 2001).

A perda de sangue pode ser resultante de erosões ou ulcerações superficiais. São raros os casos potencialmente fatais. Geralmente evoluem silenciosamente podendo causar anemia ferropriva (COHEN; PARKMAN, 2001).

Odinofagia e/ou dor retroesternal intensa, concomitante ou sucedendo à sensação de pirose, sugere esofagite erosiva grave ou ulcerada. Hemorragia digestiva alta é incomum na DRGE e, quando ocorre, significa esofagite intensa ou úlcera de esôfago. Anemia, decorrente de perda oculta, por vezes é observada em portadores de volumosas hérnias hiatais (CHEHTER, 2004).

A DRGE pode apresentar manifestações atípicas, sendo as mais estudadas a dor torácica, as respiratórias e as otorrinolaringológicas. Manifestações respiratórias, tais como tosse crônica, pneumonias de repetição e asma, têm sido associadas ao refluxo. Cerca de 25% dos pacientes com DRGE apresentam sintomas relacionados a cabeça e pescoço. As queixas mais freqüentes são rouquidão, redução do volume ou falha vocal, pigarro (52,86%), necessidade de clarear a garganta, sensação de globo cervical (65,60%), disfonia (69,42%), sintomas que podem aparecer isolados ou em combinação. Também podem ocorrer disfagia alta, por vezes engasgos no ato da deglutição, e sensação de asfixia noturna, com ou sem estridor da laringe, acordando o paciente (CHEHTER, 2004). Alguns autores também

acrescentam como manifestação da DRGE a sinusite crônica, calo de corda vocal e ainda lesões bucais como aftas, erosões dentárias e cáries (ORLANDO, 2005).

2.6 DIAGNÓSTICO

A anamnese e manifestações clínicas correspondem aos elementos diagnósticos mais importantes. Se o paciente relata sensação de queimação retroesternal com irradiação para a região do pescoço, que é rapidamente aliviada pela ingestão de antiácidos, deve-se direcionar a visão clínica para a investigação de possível DRGE. Se o material refluído causa somente dor torácica semelhante a insuficiência coronária ou se as erosões e sangramentos fazem-se presentes sem associação com os sintomas clássicos de pirose, o diagnóstico torna-se mais difícil (POPE, 1994).

Pesquisas revelam que os sintomas característicos da DRGE, pirose e regurgitação ácida, são preditivos da doença em 70% dos pacientes (LABENZ; MALFERTHEINER, 2005).

Caso o paciente apresente somente pirose, a avaliação diagnóstica se inicia com um teste terapêutico, através da utilização de uma droga supressora da secreção ácida no estômago, cujos principais são os antagonistas de receptores de Histamina-2 (H2) e os IBPs. Se esta eliminar a sintomatologia, não é importante complementar a pesquisa e o diagnóstico está estabelecido. Caso os sintomas persistam ou se a pirose é acompanhada de sangramentos ou disfagia, faz-se necessária a realização de uma endoscopia digestiva alta (EDA). Se os sintomas disfágicos forem sugestivos de estreitamento da luz do esôfago, pode-se indicar um esofagograma preliminarmente (POPE, 1994).

A endoscopia digestiva alta é o exame de escolha para a visualização da mucosa esofágica, pois possibilita constatar as alterações iniciais da mucosa, como hiperemia, estrias hiperêmicas juncionais, mudança de coloração no esôfago distal. Permite também verificar erosões, seu número, sua confluência ou não, além de dimensionar a extensão da lesão. A existência de hérnia de hiato e seu tamanho aproximado são dados que a endoscopia pode fornecer. Outra vantagem desse exame é que permite avaliar mucosas metaplásicas e úlceras,

além de permitir a realização de biópsias. Torna-se relevante destacar que a endoscopia não é o método ideal para constatar a presença da DRGE. Por haver a visualização da mucosa esofágica, a endoscopia permite classificar as esofagites quanto à extensão e intensidade da inflamação, entre outras. Existem várias classificações propostas, sendo as mais aceitas as de Savary–Miller e de Los Angeles (1990). O Consenso Brasileiro de DRGE preconiza a EDA em pacientes com sintomas típicos duas ou mais vezes por semana, por mais de 4 a 8 semanas, ou aqueles com “sintoma de alarme”, tais como disfagia, perda de peso, anemia ou hemorragia digestiva¹ (CHEHTER, 2004).

Portanto, através deste meio de diagnóstico poderá ser revelado edema, friabilidade, erosões, úlceras, constrictões ou esôfago de Barrett. O esôfago de Barrett corresponde à substituição do epitélio escamoso normal do terço esofágico distal por epitélio colunar através da metaplasia. Nos casos mais avançados, que correspondem a 40%, a biópsia pode revelar edema e necrose de células epiteliais com neutrófilos e eosinófilos intraepiteliais. Através do estudo contrastado do esôfago, podem ser detectadas úlceras, constrictões e hérnias hiatais (ORLANDO, 2005).

Os exames específicos são principalmente indicados a pacientes com DRGE associada a sintomas de alarme (disfagia, perda de peso, sangramento gastrointestinal) ou presença de sintomas orofaríngeos, laríngeos ou das vias aéreas ou ainda de dor torácica atípica (ORLANDO, 2005).

Faz-se a monitorização do pH esofágico por um intervalo de 24 horas através de uma sonda fixada a cinco centímetros do esfíncter esofágico inferior, que registrará o número e a duração de cada evento ácido, permitindo calcular o tempo total de contato do conteúdo gástrico com a mucosa do esôfago, bem com relacioná-lo com os sintomas do paciente, que são controlados por um marcador de eventos (ORLANDO, 2005).

A pHmetria esofagiana prolongada tem sido considerada o método isolado mais sensível e específico para o diagnóstico da DRGE. Trata-se da monitorização do pH do esôfago por 24 horas, levando-se em consideração o horário das refeições e das posições ortostática e supina. Tem como característica única a possibilidade de correlação entre os

sintomas e os episódios de refluxo. Como o método é invasivo, envolvendo um fino cateter nasoesofágico, suas indicações devem ser reservadas para casos muito precisos. Em pacientes com sintomas típicos, a principal indicação da pHmetria prolongada é a demonstração de refluxo na ausência de esofagite. Pelo menos 50% destes pacientes terão refluxo anormal. Outra indicação deste método é a avaliação de pacientes com sintomas atípicos da doença, tais como a dor torácica não-cardíaca, sintomas respiratórios ou otorrinolaringológicos, tanto pela demonstração de refluxo anormal, quanto pela possibilidade de correlação com a sintomatologia clínica (CHEHTER, 2004).

Para estabelecimento da DRGE como a causa dos sintomas apresentados pelo paciente, faz-se o Teste de Bernstein, que consiste na alternância da perfusão de ácido ou solução salina (controle) através de uma sonda posicionada no terço médio do esôfago. Caso a solução ácida, e não a salina, desencadeie quadro sintomatológico igual ao sentido espontaneamente pelo paciente, o teste é considerado positivo. Com mais frequência, realiza-se um teste de supressão de ácido, que corresponde a um experimento empírico. Trata-se da utilização de um IBP, podendo ser associado a um antagonista de receptor H₂, antes de o paciente dormir. Deve-se aguardar um período de 3 a 4 semanas para dor torácica e 2 a 3 meses no caso de doença inflamatória das vias aéreas. A resolução dos sintomas implicaria em forte evidência da ocorrência de DRGE (ORLANDO, 2005).

O teste para função motora é feito através da manometria esofágica. Quando a pressão no esfíncter esofágico inferior encontra-se baixa, é altamente específica para DRGE. Porém sua principal aplicação está no diagnóstico diferencial com doença motora e na quantificação da amplitude peristáltica para avaliar a necessidade de funduplicatura (ORLANDO, 2005). A esofagomanometria (EMN) não é método de demonstração de refluxo e tem seu valor limitado na avaliação destes pacientes.

A DRGE é uma doença motora que se acompanha de alterações como a redução da pressão do EIE em pelo menos 15% dos pacientes e anormalidades ditas inespecíficas, porém com padrão característico: redução da amplitude das ondas do corpo esofágico, falhas na condução, conhecidas como motilidade esofágica ineficaz, até alterações graves em que há perda completa da peristalse. A principal indicação para a realização da EMN em pacientes com sintomas típicos é no pré-operatório de cirurgia anti-refluxo, para avaliação da função

motora do corpo, em especial para diagnóstico diferencial com doenças do tipo acalasia e esclerose sistêmica. É também indicado para verificação da pressão do EIE, na elucidação diagnóstica, pois caso o EIE apresente hipotonia severa, a terapêutica cirúrgica se impõe (CHEHTER, 2004).

2.7 TRATAMENTO

Os objetivos básicos do tratamento da DRGE são: permitir o controle dos sintomas; manter a remissão sintomática; curar a esofagite e manter a remissão endoscópica do quadro e tratar ou prevenir as complicações (LABENZ; MALFERTHEINER, 2005).

Geralmente a intervenção envolve a supressão ácida gástrica através da administração de drogas antagonistas de receptores H₂ e inibidores de bomba de prótons. A cirurgia anti-refluxo visa criar uma barreira física ao refluxo gastroesofágico através da fundoplicatura (SPECHLER, 2002).

Os tratamentos clínico e cirúrgico são altamente efetivos na redução e eliminação sintomática, porém, é importante visualizar que nenhuma terapia anti-refluxo reduziu comprovadamente o risco de adenocarcinoma (SPECHLER, 2002).

2.7.1 Tratamento clínico

Baseia-se fundamentalmente em modificações do estilo de vida e farmacoterapia, com o objetivo de aliviar os sintomas e evitar complicações. As modificações do estilo de vida correspondem a: 1) elevar a cabeceira da cama em 15 cm; 2) cessação do tabagismo; 3) evitar o consumo excessivo de bebidas alcoólicas; 4) reduzir a gordura da dieta; 5) reduzir a porção das refeições; 6) evitar alimentos antes de deitar; 7) reduzir o peso; 8) evitar chocolates, condimentos, café, chá, refrigerantes do tipo cola, suco de tomate e de frutas cítricas, 9) evitar anticolinérgicos, teofilina, diazepam, narcóticos, bloqueadores do canal de cálcio, agonistas α e β -adrenérgicos, progesterona (POPE, 1994; ORLANDO, 2005).

Para pirose ocasional, é recomendável a administração de antiácidos para alívio de forma segura, barata, conveniente e efetiva. Para pirose recorrente, opta-se por medicação supressora da acidez. Os mais utilizados são antagonistas dos receptores H₂ e IBPs (ORLANDO, 2005).

Os IBPs são os mais potentes supressores da secreção ácida gástrica, e representam a drogas de escolha para o tratamento da DRGE, com um efeito terapêutico que promove rápido alívio dos sintomas e maior velocidade de cura da esofagite (VARANNES, 2006; LIM; HO, 2003).

A eficácia da terapia anti-secretória para DRGE é diretamente proporcional ao grau de supressão ácida e inversamente proporcional à severidade da esofagite de refluxo associada (SPECHLER, 2002).

2.7.2 Tratamento cirúrgico

É indicado como alternativa à manutenção clínica em pacientes mais jovens com baixo risco operatório e como meio de controle da regurgitação e de seu risco concomitante de pneumonia por aspiração. O tratamento cirúrgico é considerado quando a terapia clínica mostra-se ineficaz ou estende-se por período muito prolongado ou por preferência do paciente ((POPE, 1994; ORLANDO, 2005).

O procedimento de escolha é a funduplicatura laparoscópica de Nissen, com um percentual de sucesso de 85 a 90%. As principais complicações pós-operatórias são a disfagia e a síndrome dos gases-timpanismo, que são controláveis. Em pacientes com definições manométricas de amplitudes peristálticas fracas é preferível optar por funduplicatura parcial, para reduzir o índice de disfagia pós-operatória (ORLANDO, 2005).

2.8 PROGNÓSTICO

Com grande frequência, a pirose da DRGE permanece estável por longos períodos, intercalando exacerbações e remissões. Nos casos de ausência de erosões ou inflamações, é pouco comum a progressão para esofagite erosiva, da mesma forma, a progressão para contração, esôfago de Barret e adenocarcinoma (ORLANDO, 2005).

Quando o esôfago de Barret é verificado endoscopicamente, é provável que siga um curso benigno, mantendo-se estável por anos, independentemente da realização de tratamento. Quando a cura ocorre sem esôfago de Barret, é improvável que esta complicação venha a ser detectada no futuro. O esôfago de Barret representa um risco de 10% de evolução para adenocarcinoma durante a vida do paciente (ORLANDO, 2005).

Na grande maioria dos pacientes, esta doença não leva a complicações, apesar de frequentemente levar a sintomas intensos. Cerca de 60% dos pacientes no atendimento primário com refluxo severo e sintomatologia exacerbada, endoscopicamente, não possuem qualquer lesão de mucosa esofágica, enquanto 35% possuem esofagite erosiva (LABENZ; MALFERTHEINER, 2005).

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

Este estudo é de caráter regional, descritivo, comparativo, multicêntrico, transversal com delineamento epidemiológico, onde 400 habitantes adultos (a partir de 18 anos) e de ambos os sexos foram entrevistados no período de novembro de 2007 a março de 2008 da macrorregião de Belém.

Todos os pacientes da presente pesquisa foram estudados segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitando as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS do nº 196/96) do Conselho Nacional de Saúde, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade do Estado do Pará (ANEXO A) e autorizado pelos pacientes ou responsáveis dos mesmos estudados, por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Os entrevistados responderam um Protocolo A (APÊNDICE B), responsável pela triagem diagnóstica dos pacientes com DRGE, baseado nos Critérios Internacionais de Desordens Funcionais Gastrointestinais - Roma III (ANEXOS G, F, H). Considerou-se para o diagnóstico clínico da Doença do Refluxo:

- Doente típico: pacientes que relataram a presença de pirose e/ou regurgitação por três meses, presente nos últimos seis meses;
- Doente atípico: pacientes que apresentaram pelo menos 3 vezes a cada 6 meses os seguintes sintomas: faringite, otite, pneumonia, asma e sinusite de repetição; dor precordial, arritmias cardíacas, rouquidão e tosse seca mesmo sem pirose;
- DRGE mista: pacientes que relataram sintomas característicos da doença típica e atípica.

Posteriormente, para aqueles que se enquadraram nesta doença, foi utilizado um Protocolo B (APÊNDICE C), que qualificou cada paciente portador da patologia.

O Protocolo A buscou dados sobre a identificação do paciente (iniciais do nome, sexo e idade), fez perguntas referentes ao diagnóstico sintomático da DRGE típica, que incluiu sintomas como pirose, regurgitação, presença de globus, azia e a dificuldade de deglutição, boca amarga e DRGE atípica.

O Protocolo B buscou dados como estado civil, número de filhos, número de moradores na residência do paciente, nível de escolaridade, profissão, religião, renda mensal, condição de saúde, prática de atividade física, outras sintomatologias inespecíficas que podem estar relacionadas com a DRGE (distensão abdominal, empachamento, dor abdominal), mudanças nos hábitos alimentares e hábitos de vida, a relação com sintomas secundários à doença (sintomas dispépticos, diminuição do apetite, sintomas não-gastrointestinais, onde se enquadram sintomas do sistema cardiorespiratório, sistema nervoso e psiquiátrico), terapêutica que o paciente realizou, alimentação que melhora ou que piora o quadro, solicitação de licença do trabalho e a busca de uma relação da DRGE com ciclo menstrual e situações de estresse.

A modalidade de pesquisa adotada consistiu na aplicação, por entrevistadores, de formulários estruturados e padronizados a uma casuística representativa do universo de investigação. O tamanho total da casuística foi calculado em 400, mediante a fórmula seguinte:

$$N = \frac{N \cdot N_o}{N + N_o}$$

Onde: (N) representa o tamanho da população, que de acordo com o Censo do IBGE 2000 equivale a 1.265.143; (No) é $1/e^2$; onde e^2 equivale a 5%, portanto o erro máximo de amostragem permitido.

Tomando por base a população total de Belém e a população de cada bairro, foi calculado um fator, encontrado a partir da divisão da população total de cada bairro pela população total de Belém, utilizando-se para isto o Microsoft Excel, versão 2003 (ANEXO B). Posteriormente, foi multiplicado o fator de cada bairro pelo número total de entrevistas (N=400) a serem realizadas na macrorregião de Belém, obtendo assim a quantidade de

entrevistas necessárias em cada bairro (ANEXO C). Para obtenção dos dados referentes à população total e à população por bairros, foi consultado o Censo 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (ANEXO D).

Os questionários estruturados e padronizados foram aplicados tomando como ponto de partida os postos de saúde de cada bairro, entrevistando moradores de áreas próximas desses postos. Caso o bairro pesquisado não possuísse posto de saúde ou este não estivesse funcionando no período da pesquisa, os pesquisadores realizariam um sorteio aleatório entre as ruas do devido bairro até que se completasse o número de entrevistas pré-determinado para o bairro.

Critérios de inclusão:

- Os entrevistados devem ser moradores do bairro em questão analisado há pelo menos um ano;
- Devem estar de acordo com o termo de consentimento livre e esclarecido, assinando o documento para comprovação do fato;
- Os entrevistados deverão assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Critérios de exclusão:

- Os entrevistados que não forem moradores do bairro em questão analisado há pelo menos um ano;
- Os entrevistados que não estiverem de acordo com o termo de consentimento livre e esclarecido;
- Os moradores que habitarem em zonas rurais da região estudada;
- Os entrevistados com idade inferior a 18 anos.

Este trabalho teve como objetivo avaliar a prevalência da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). Para as variáveis categóricas nominais foi aplicado o teste do Qui-Quadrado, o qual compara as frequências das respostas categóricas. Para tal teste ficou previamente estabelecida a utilização do nível de significância $\alpha=0.05$ para rejeição da hipótese de nulidade. Todo o processamento estatístico foi realizado sob o suporte computacional do pacote bioestatístico BioEstat versão 5 e para apresentação gráfica foi utilizado o *software* Prisma 5. Foram indicadas com asterisco (*) as diferenças estatisticamente significativas.

4 RESULTADOS

Tabela 1 – Prevalência da doença do refluxo gastresofágico na população da macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

DRGE	Presente		Ausente*		Total
	N	%	n	%	
	147*	36,8	253	63,2	400

p-valor <0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa.

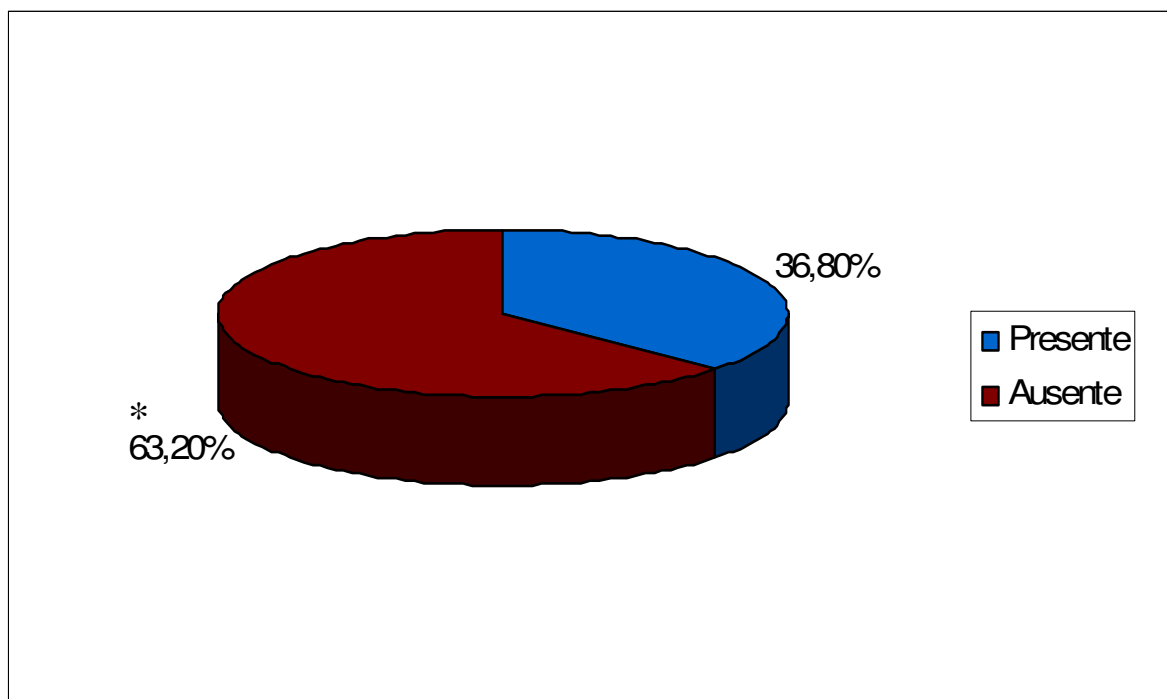


Gráfico1 – Prevalência da doença do refluxo gastresofágico na população da macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 2 – Subtipos da doença do refluxo gastresofágico na população da macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Subtipos de DRGE	N	%
Típica	42	28,6
Atípica	23	15,6
Mista*	82	55,8
Total	147	100,0

p-valor <0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa.

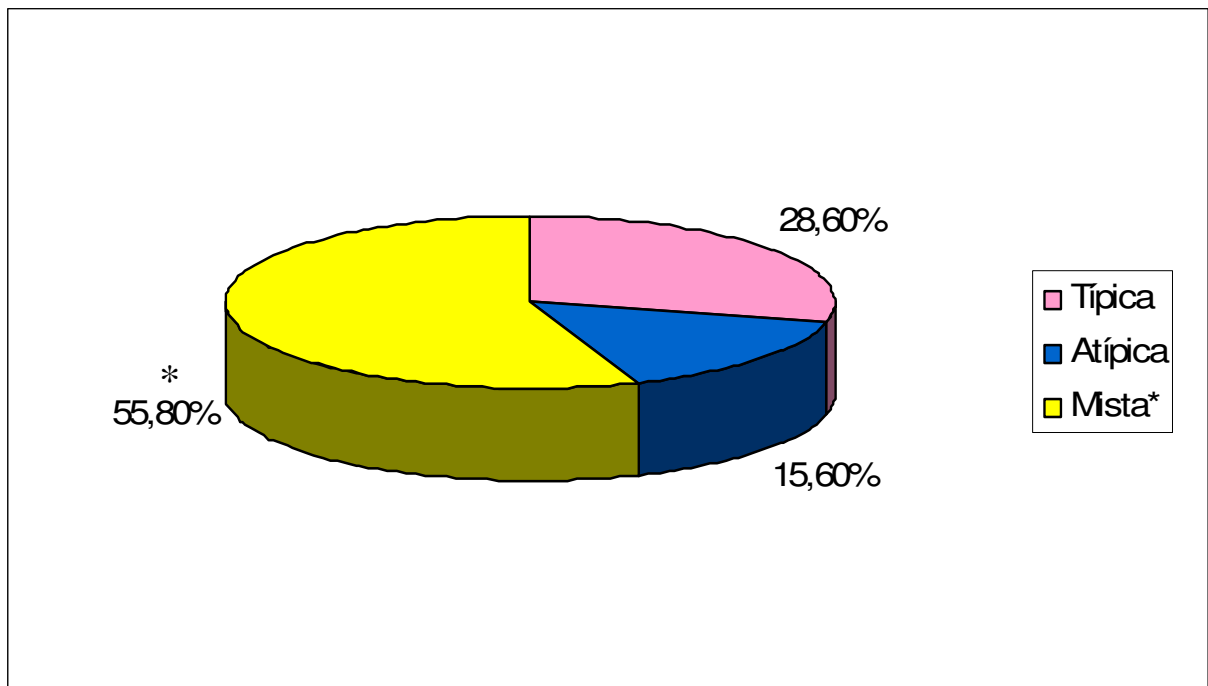


Gráfico 2 – Subtipos da doença do refluxo gastresofágico na população da macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 3 – Sexo da população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Sexo	N	%
Feminino*	244	61,0
Masculino	156	39,0
Total	400	100,0

p-valor <0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa.

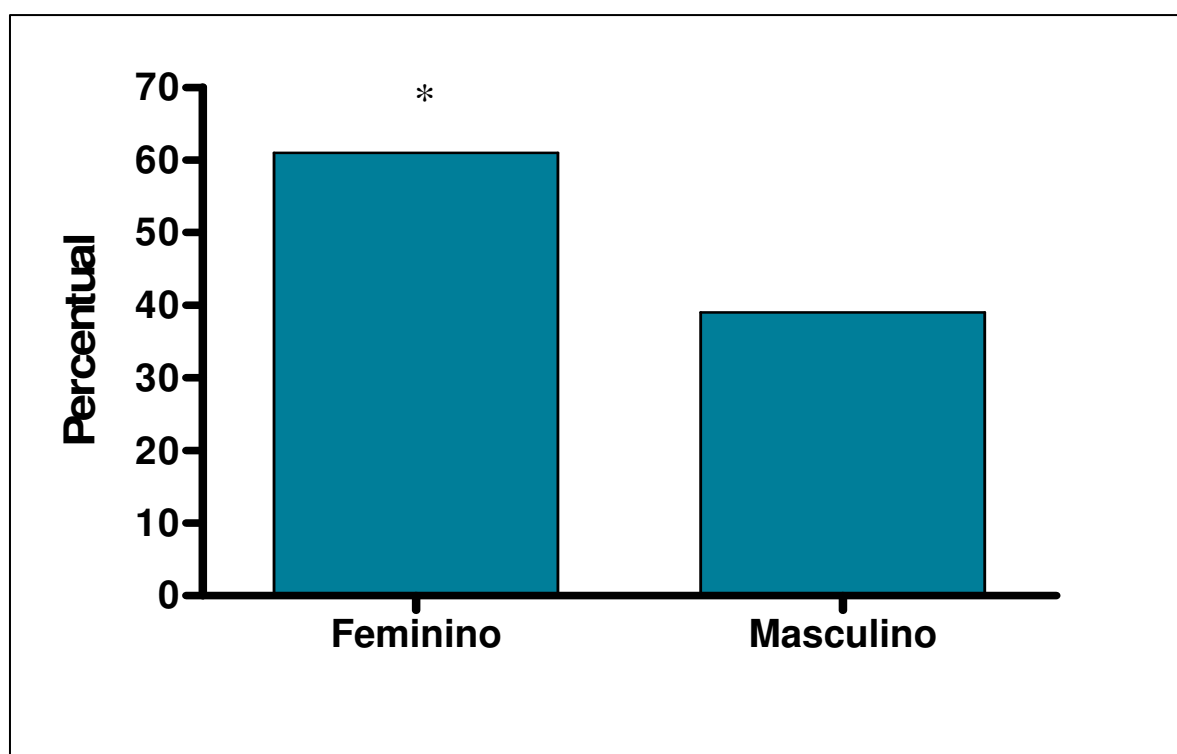


Gráfico 3 – Sexo da população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 4 – Faixa etária da população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Faixa etária (anos)	N	%
18 ----30*	196	49,1
30 ----40	90	22,5
40 ----50	59	14,8
50 ----60	41	10,3
60 ----70	13	3,3
> 80	1	0,3
Total	400	100,0

p-valor <0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

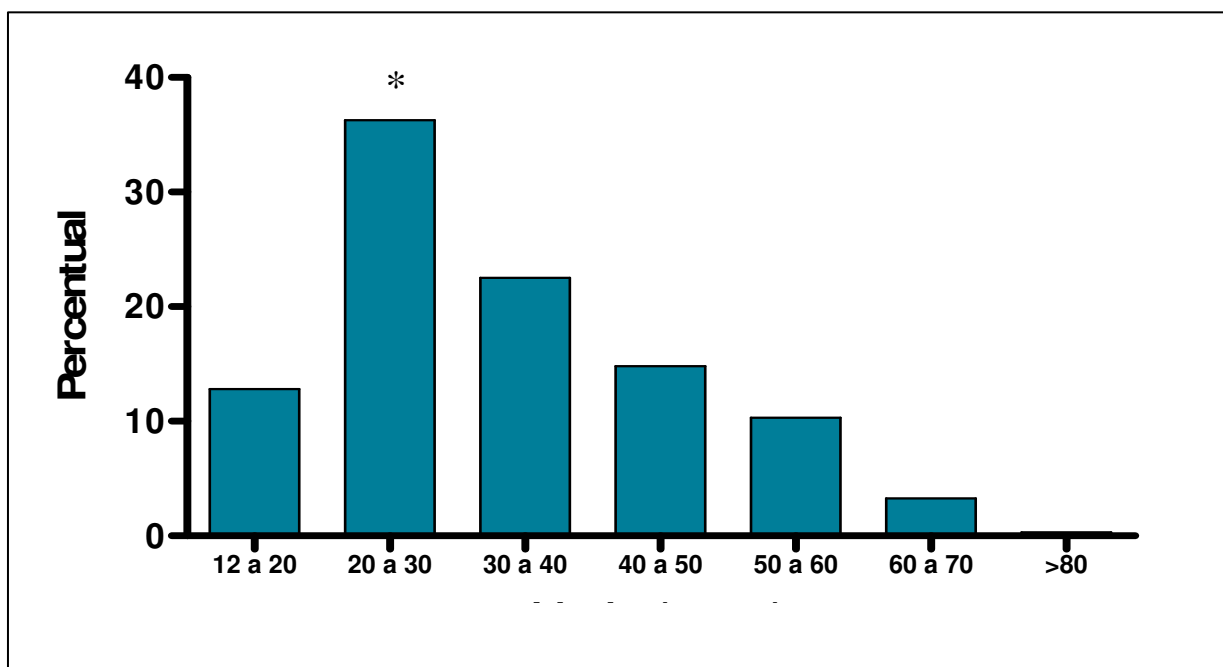


Gráfico 4 – Faixa etária da população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 5 - Presença de pirose na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Presença de pirose	N	%
Sim	77	19,3
Não*	323	80,8
Total	400	100,0

p-valor <0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

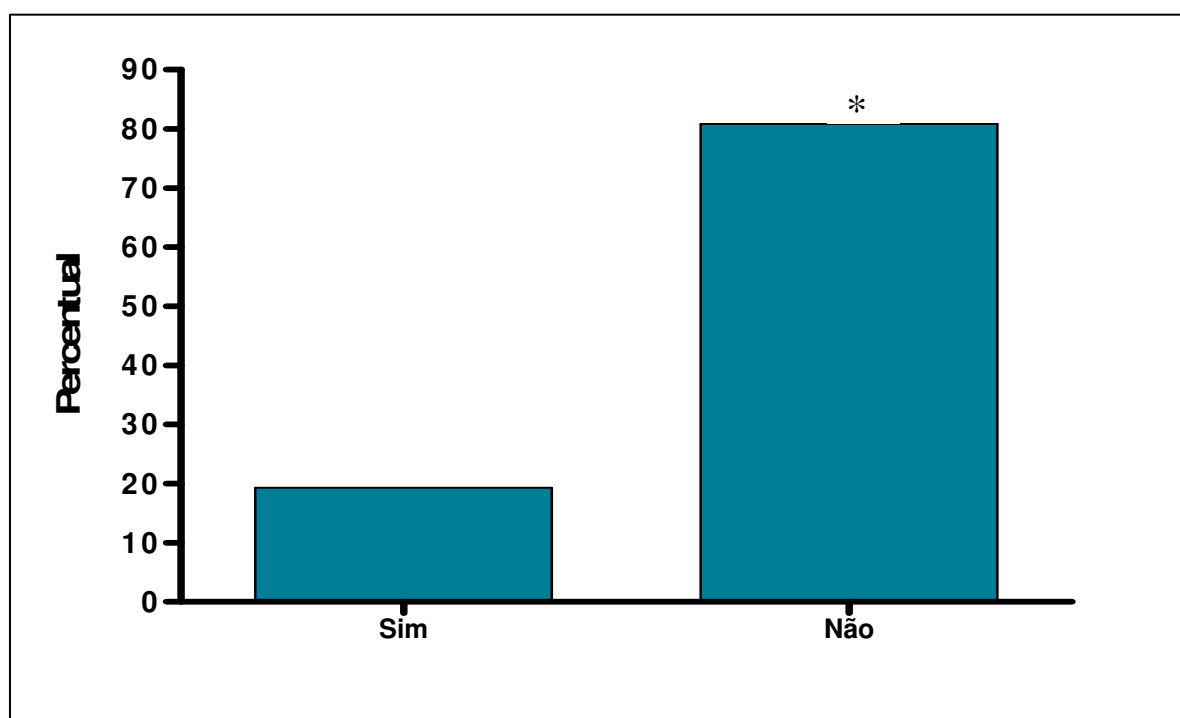


Gráfico 5 - Presença de pirose na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 6 - Frequência de pirose na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Frequência de pirose	n	%
Diariamente	5	6,5
Semanalmente*	30	39,0
1 vez por mês*	22	28,6
2 vezes por mês	18	23,4
Outros	2	2,6
Total	77	100,0

p-valor <0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

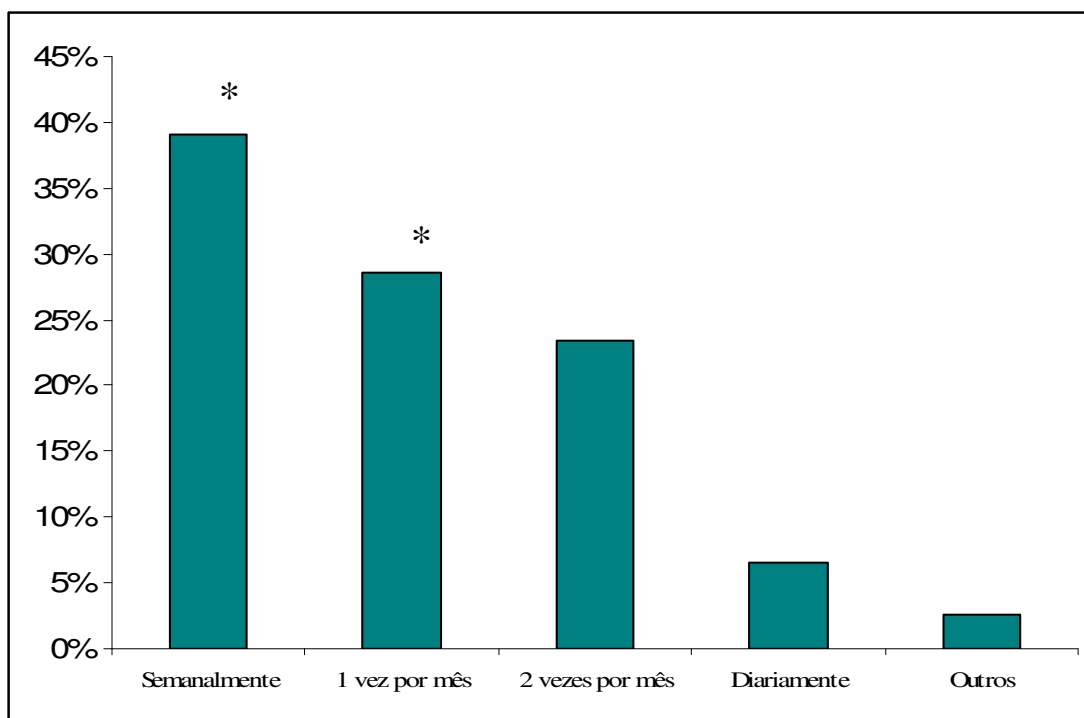


Gráfico 6 - Frequência de pirose na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 7 – Presença de regurgitação na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Presença de regurgitação	N	%
Sim	106	26,5
Não*	294	73,5
Total	400	100,0

p-valor <0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

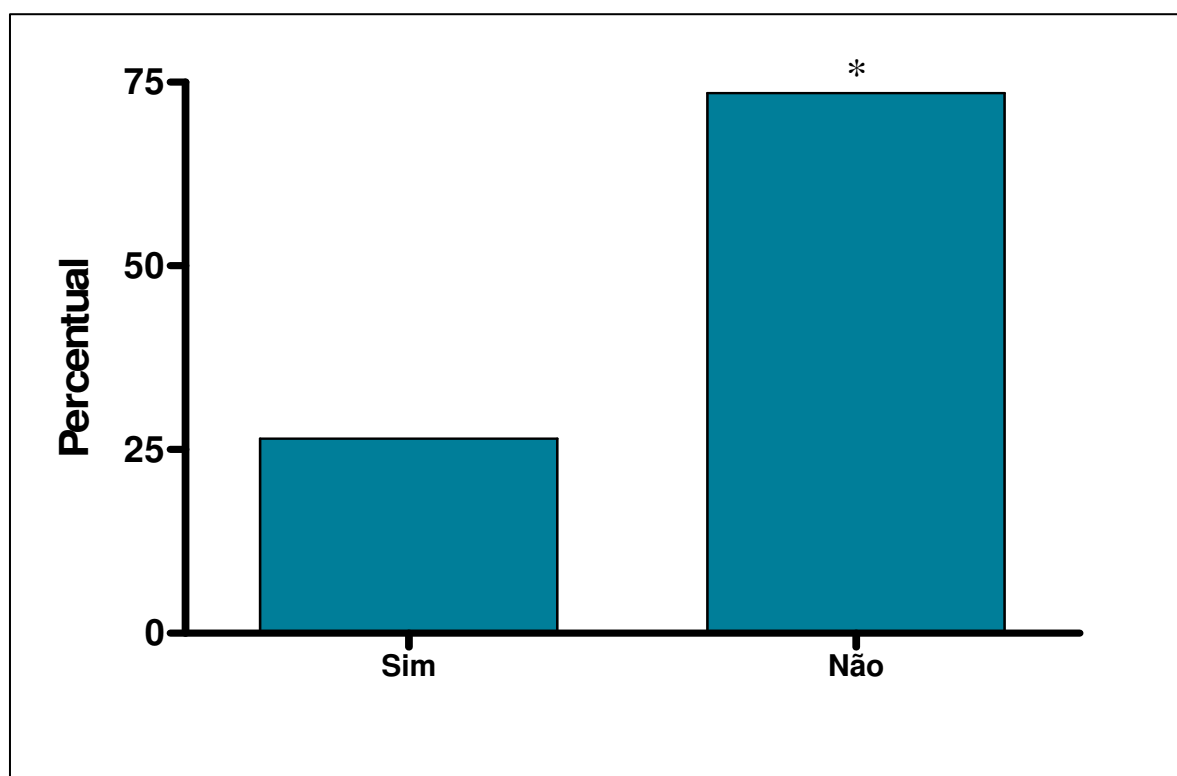


Gráfico 7 – Presença de regurgitação na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 8 – Frequência da regurgitação na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Frequência de Regurgitação	N	%
Diariamente	19	17,9
Semanalmente*	43	40,6
2 vezes por mês	19	17,9
1 vez por mês	13	12,3
1 vez por ano	1	0,9
2 vezes por ano	2	1,9
Outros (não especificado)	9	8,5
Total	106	100,0

p-valor <0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

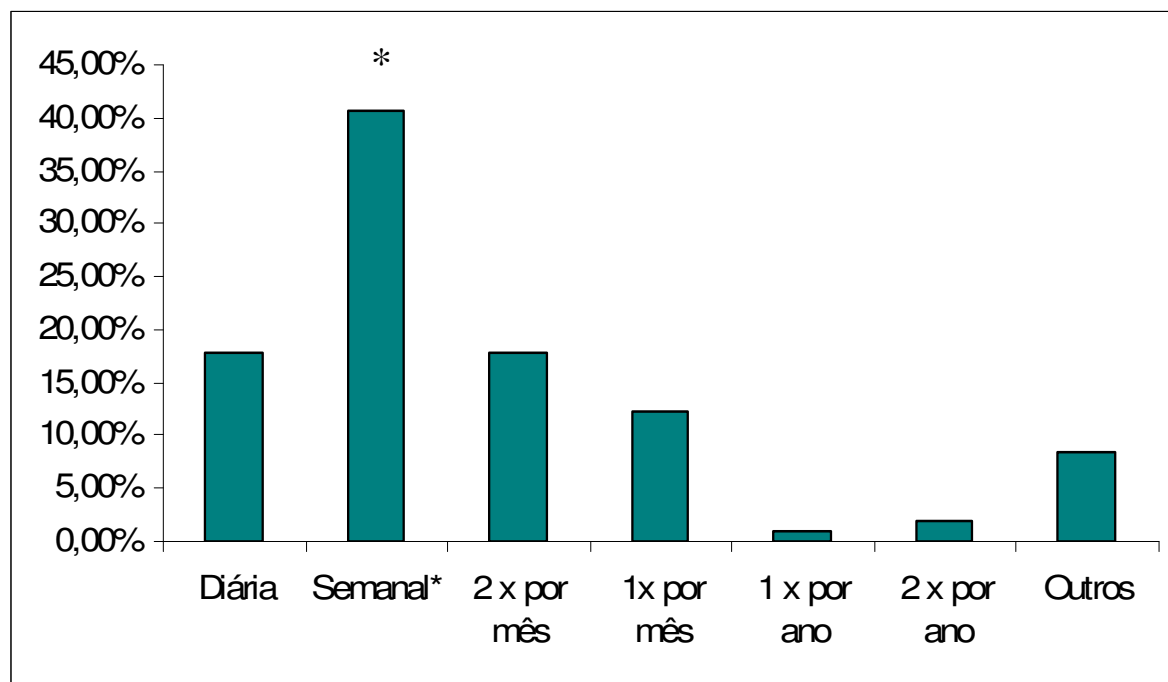


Gráfico 8 – Frequência da regurgitação na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 9 – Frequência de vômitos e náuseas entre os entrevistados que referiram regurgitação na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Vômitos ou náuseas	n	%
Sim	23	21,7
Não*	83	78,3
Total	106	100,0

p-valor <0.0001*

Fonte: protocolo de pesquisa

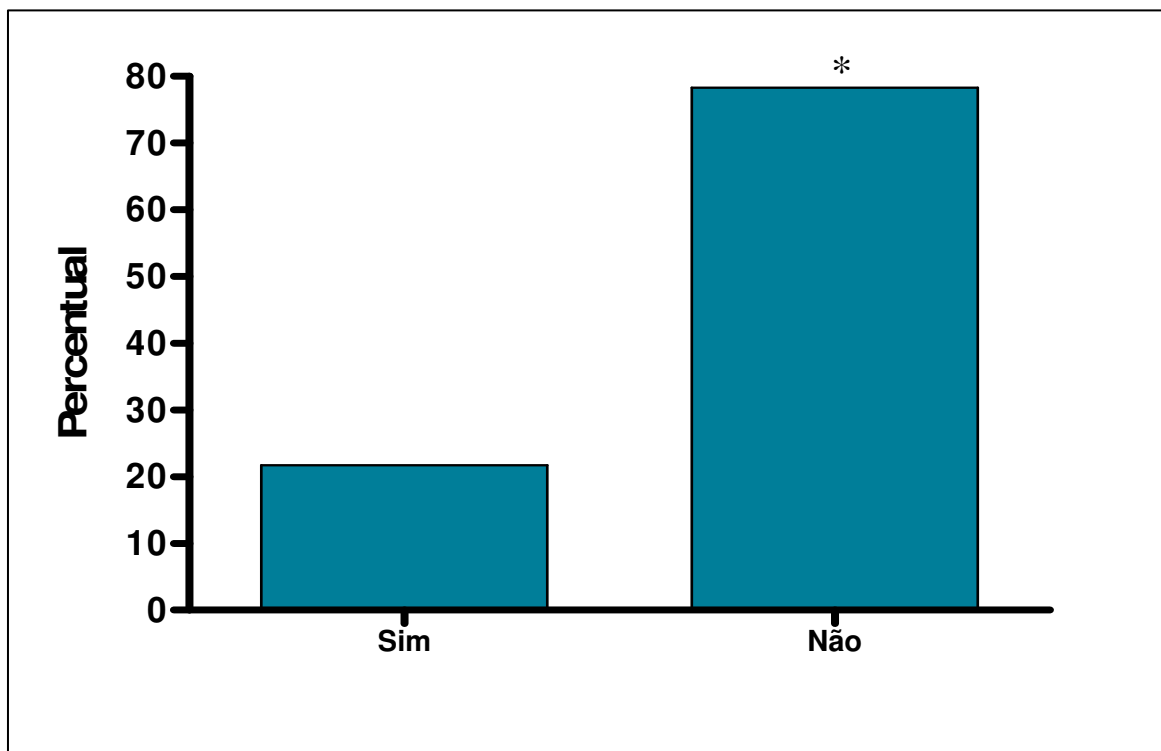


Gráfico 9 - Frequência de vômitos e náuseas entre os entrevistados que referiram regurgitação na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 10 – Melhora da regurgitação com alimento ácido segundo a população entrevistada na macrorregião de Belém, no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Houve melhora da regurgitação	N	%
Sim	16	15,1
Não*	90	84,9
Total	106	100,0

p-valor <0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

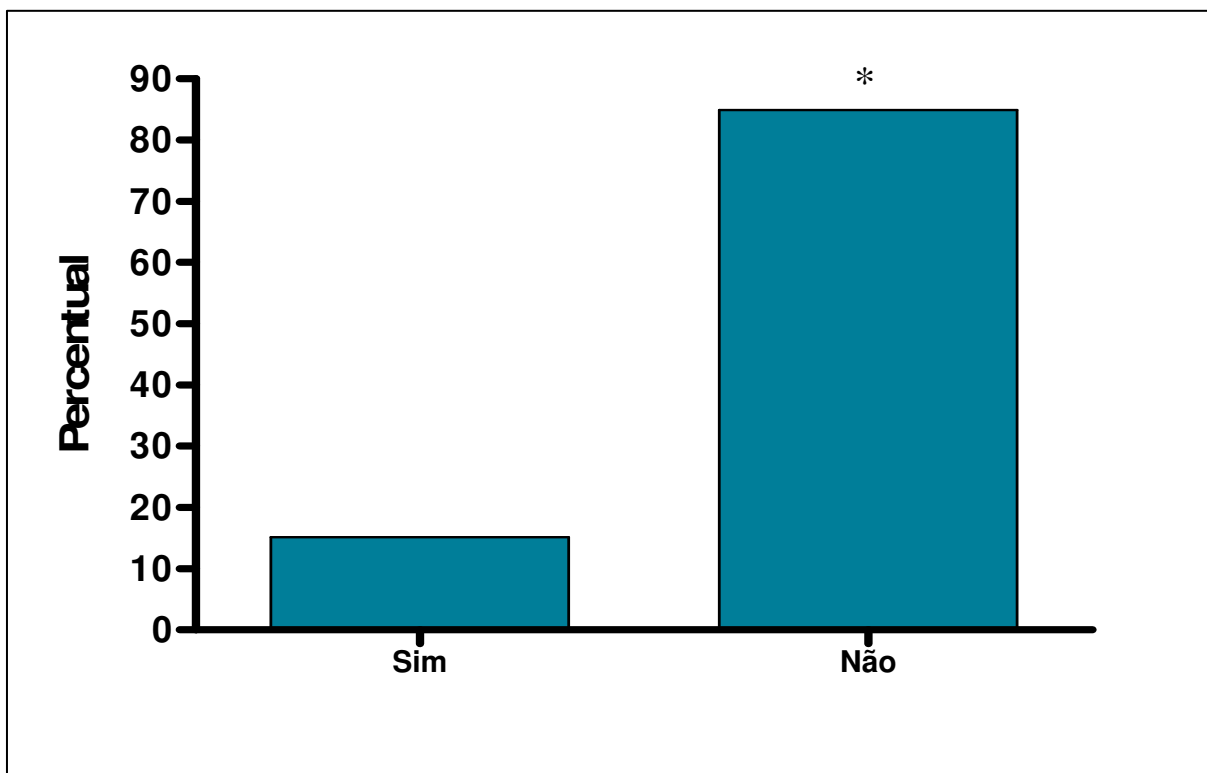


Gráfico 10 – Melhora da regurgitação com alimento ácido, segundo a população entrevistada na macrorregião de Belém, no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 11 – Presença dos sintomas típicos nos últimos três meses na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Presença de sintomas típicos – 3 meses	N	%
Sim	124	31
Não*	276	69
Total	400	100,0

p-valor <0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

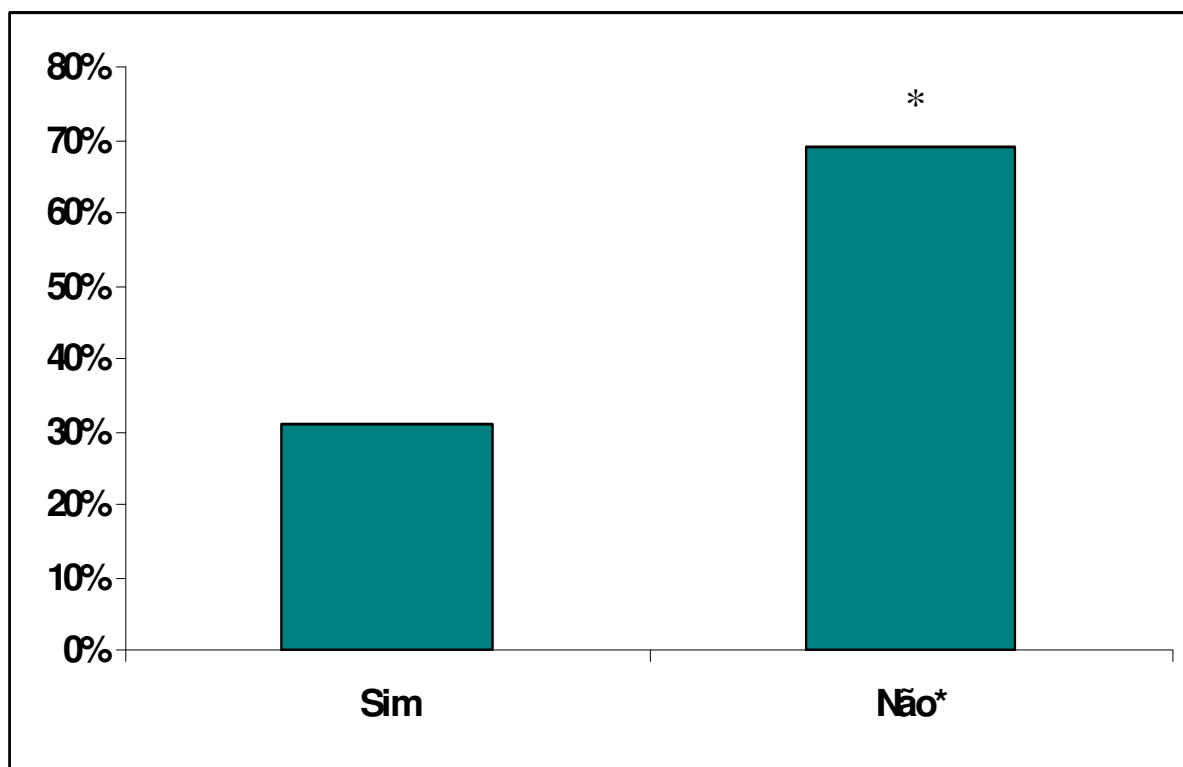


Gráfico 11 – Presença dos sintomas típicos nos últimos três meses na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 12 – Presença dos sintomas típicos nos últimos seis meses na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Presença de sintomas típicos – 6 meses	N	%
Sim	124	31
Não*	276	69
Total	400	100,0

p-valor <0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

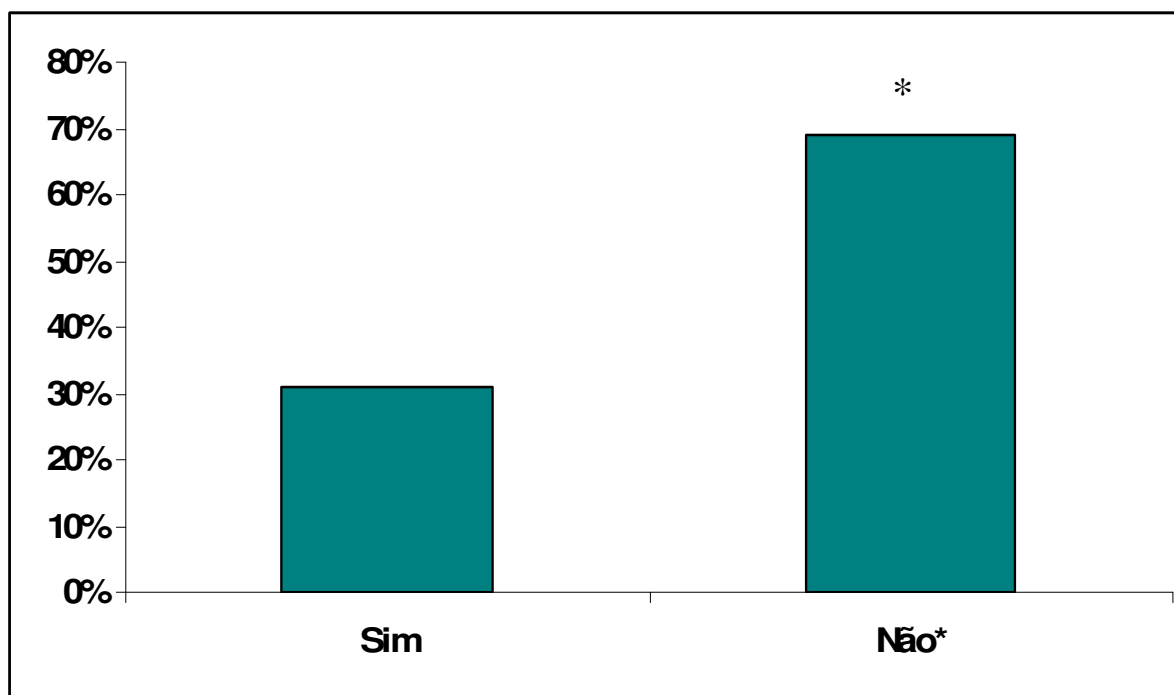


Gráfico 12 – Presença dos sintomas típicos nos últimos seis meses na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 13 – Presença de globus faríngeo na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Presença de globus faríngeo	N	%
Sim	47	11,8
Não*	353	88,3
Total	400	100,0

p-valor < 0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

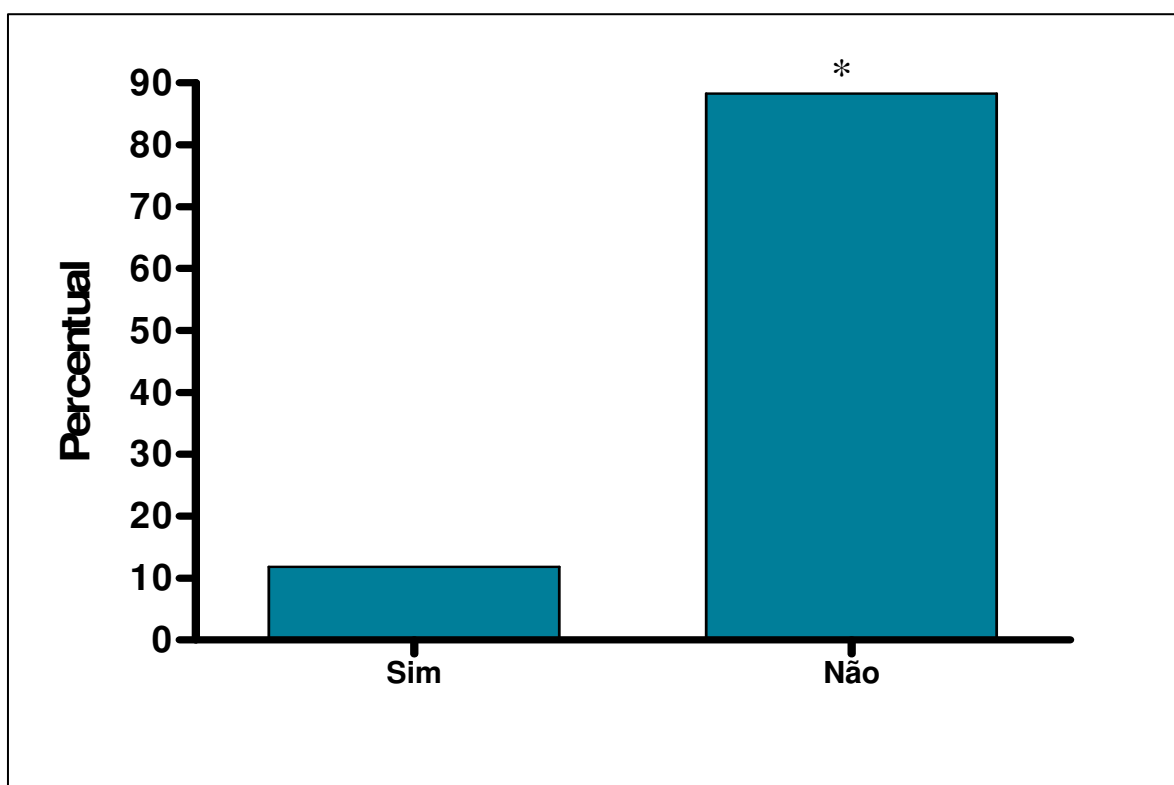


Gráfico 13 – Presença de globus faríngeo na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 14 - Frequência de globus faríngeo na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Frequência do globus faríngeo	N	%
1 x semana	4	8,5
2 x semana	1	2,1
3 x semana	2	4,3
5 x semana	2	4,3
Outros (não especificado)*	38	80,9
Total	47	100,0

p-valor <0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

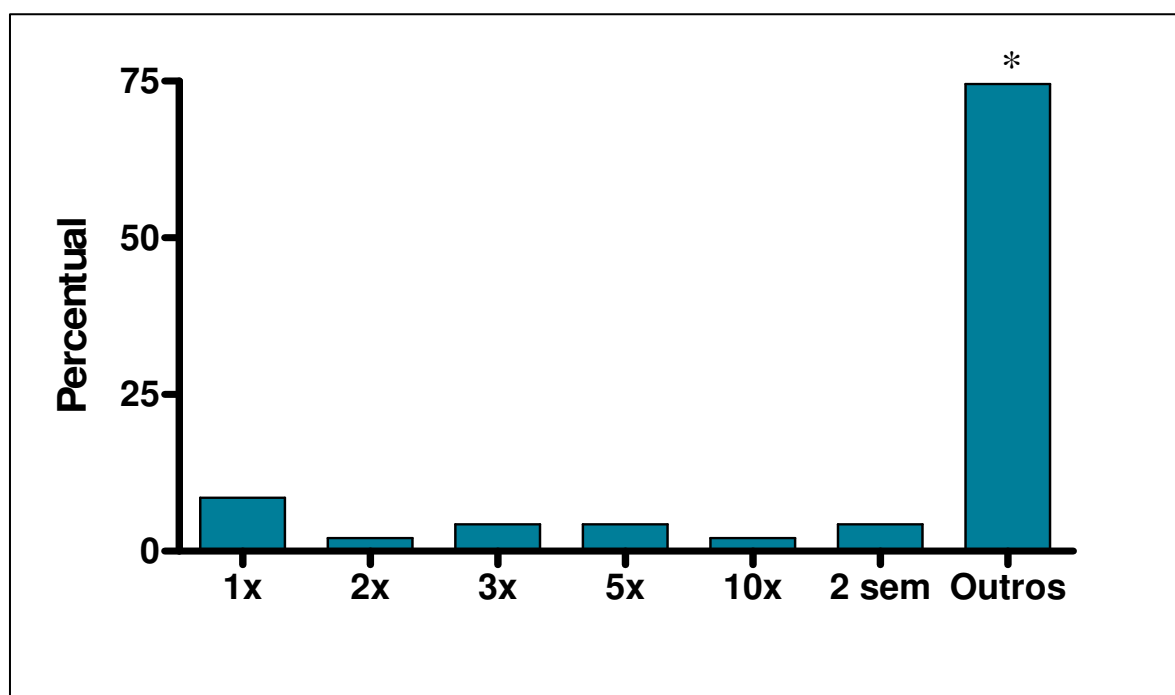


Gráfico 14 - Frequência de globus faríngeo na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 15 – Presença do sintoma boca amarga na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Presença de boca amarga	N	%
Sim	52	13,0
Não*	348	87,0
Total	400	100,0

p-valor <0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

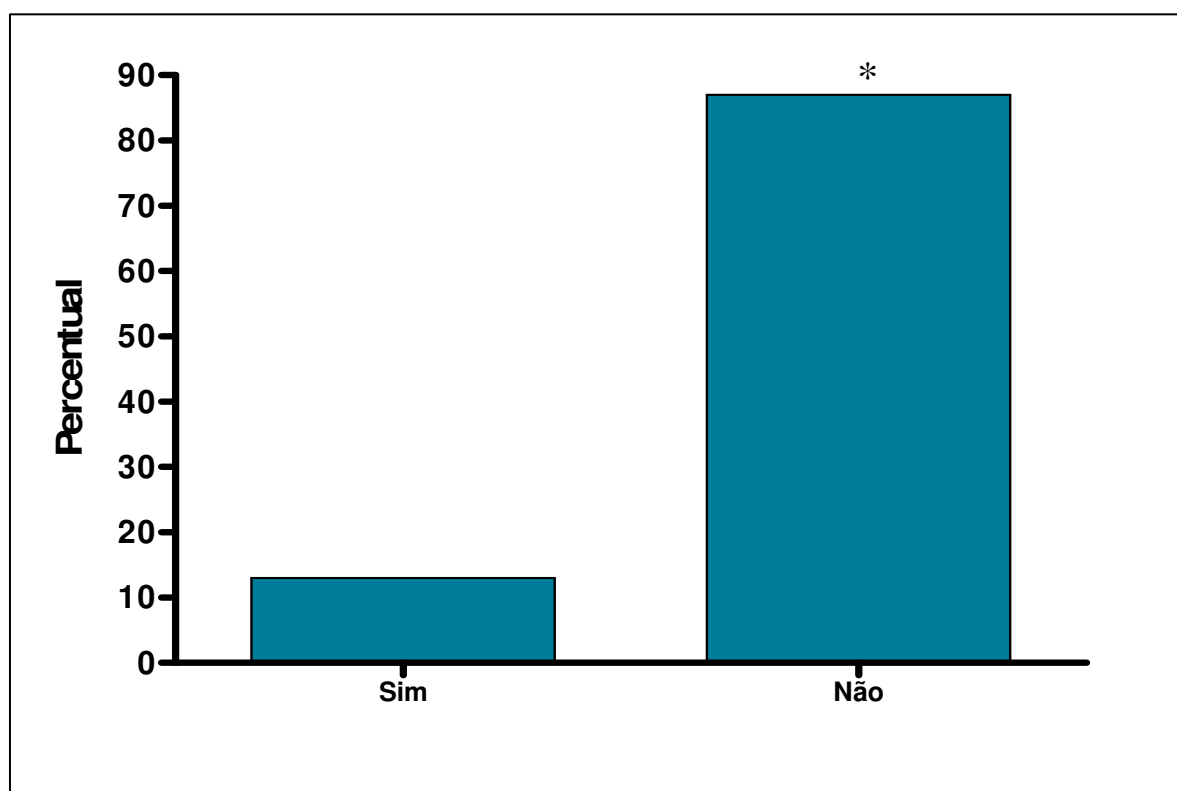


Gráfico 15 – Presença do sintoma boca amarga na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 16 - Presença de sintomas atípicos na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Presença de sintomas atípicos	N	%
Faringite*	47	11,0
Rouquidão	27	7,0
Tosse crônica	22	5,5
Pneumonia*	47	11,8
Otite	31	7,8
Asma	25	6,3
Dor retroesternal	31	7,8
Sinusite*	46	11,5

p-valor <0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

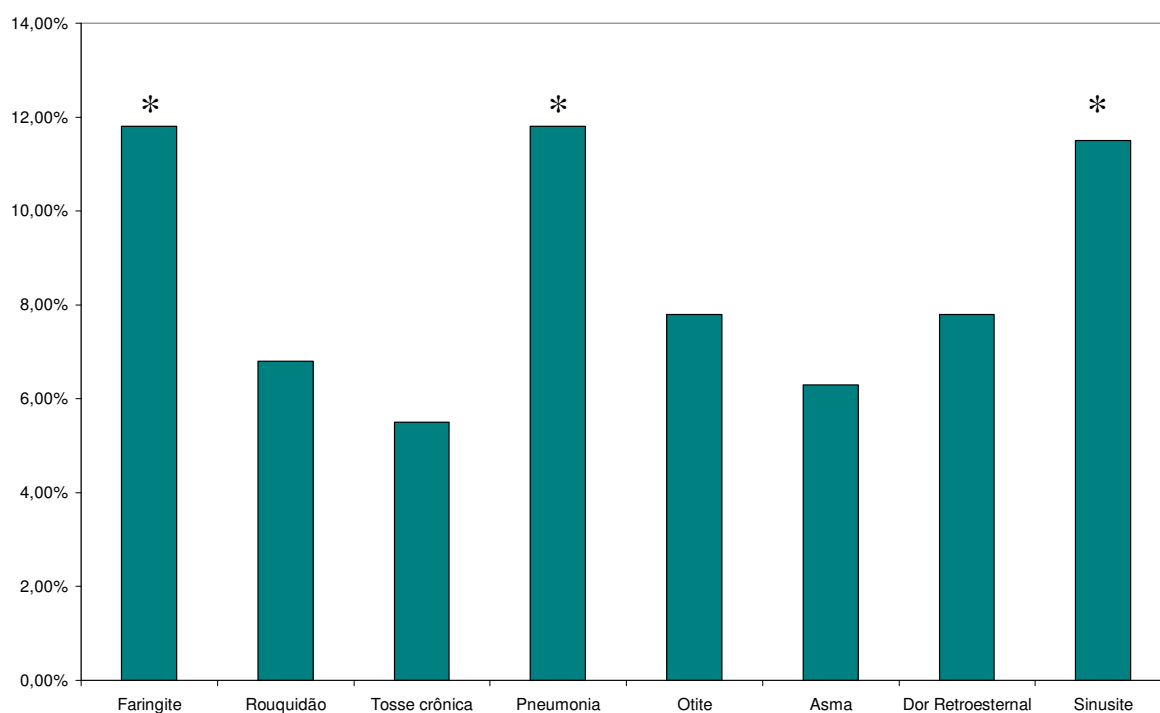


Gráfico 16 - Presença de sintomas atípicos na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 17 - Sexo dos doentes na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Sexo dos pacientes com DRGE	N	%
Feminino*	90	61,3
Masculino	57	38,7
Total	147	100,0

p-valor = 0.0083*

Fonte: Protocolo de pesquisa

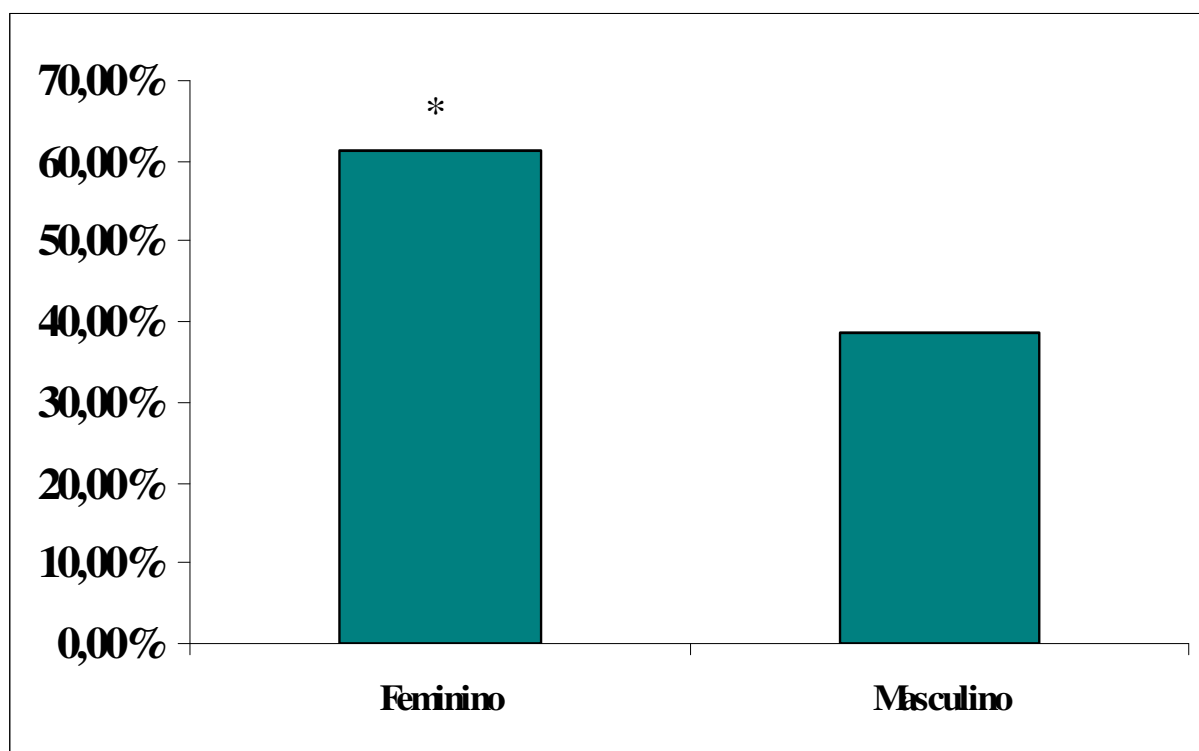


Gráfico 17 - Sexo dos doentes na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 18 - Faixa etária dos doentes na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Faixa etária dos pacientes com DRGE	N	%
18 ---30 anos*	70	47,6
30 ---40 anos	38	25,8
40 ---50 anos	19	12,9
50 ---60 anos	13	8,9
60 ---70 anos	7	4,8
>80 anos	0	0
TOTAL	147	100,0

p-valor < 0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

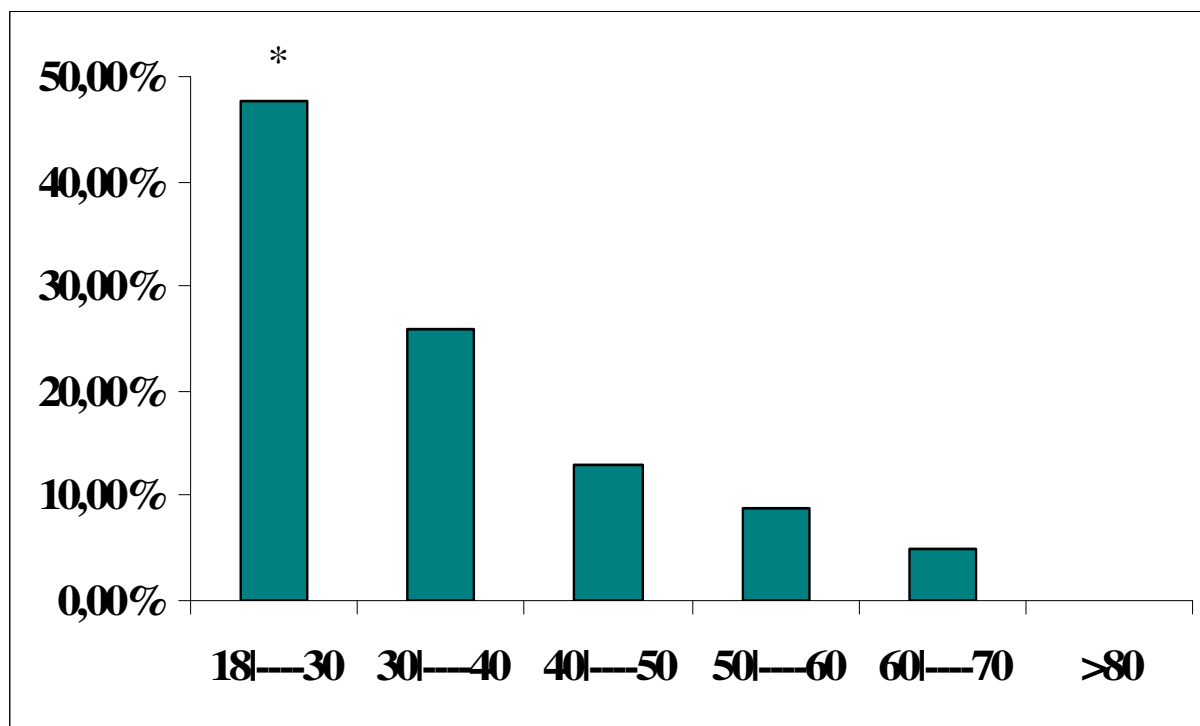


Gráfico 18 - Faixa etária dos doentes na população entrevistada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 19 - Estado civil da população portadora de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Estado Civil	N	%
Casado (a)	43	29,3
Divorciado	8	5,4
Solteiro (a)*	75	51,0
União estável	18	12,2
Viúvo (a)	3	2,0
Total	147	100,0

p-valor <0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

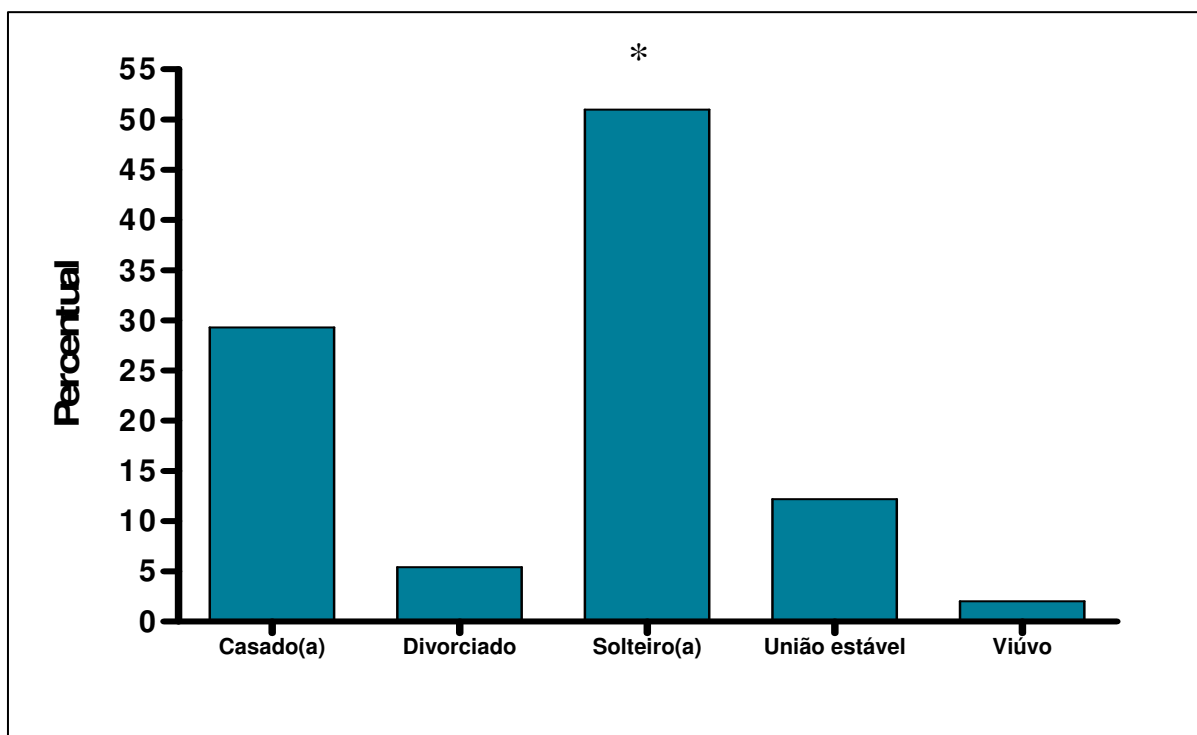


Gráfico 19 - Estado civil da população portadora de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 20 - Número de filhos referidos por portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Numero de Filhos(as)	n	%
0*	74	50,3
1	16	10,9
2	23	15,6
3	21	14,3
4	6	4,1
5	4	2,7
>5	3	2,0
Total	147	100,0

p-valor <0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

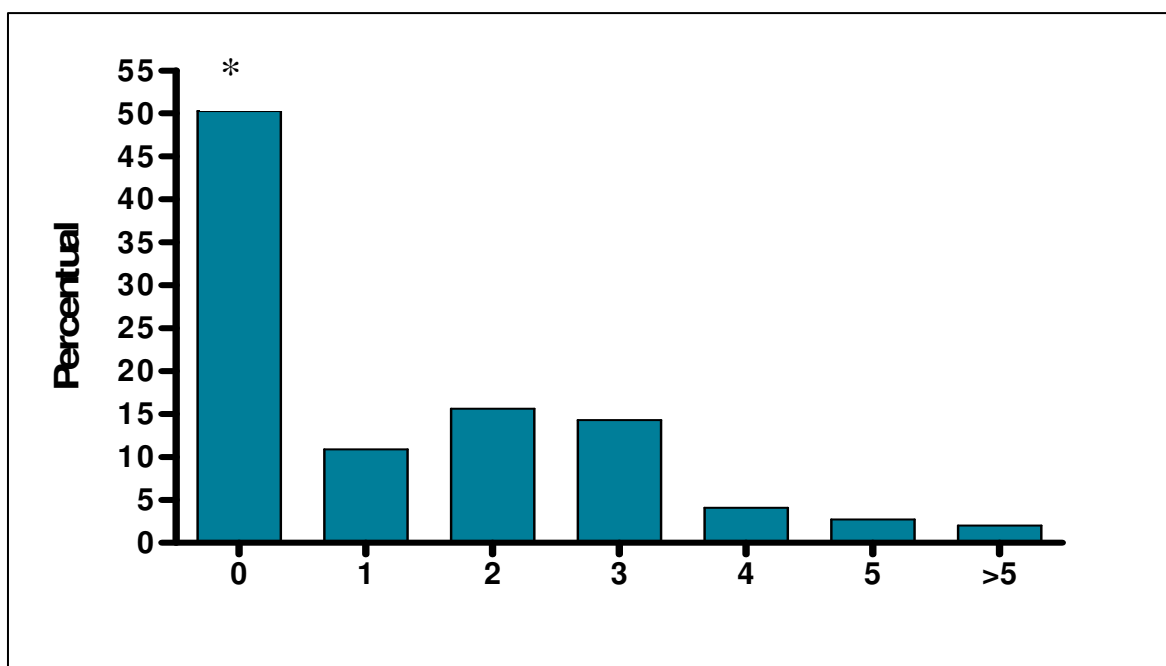


Gráfico 20 - Número de filhos referidos por portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 21 - Escolaridade de portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Escolaridade	n	%
Analfabeto	3	2,0
Ensino Fundamental	26	17,7
Ensino Médio*	56	38,1
Ensino Superior*	55	37,5
Pós-graduação Completa	7	4,8
Total	147	100,0

p-valor<0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

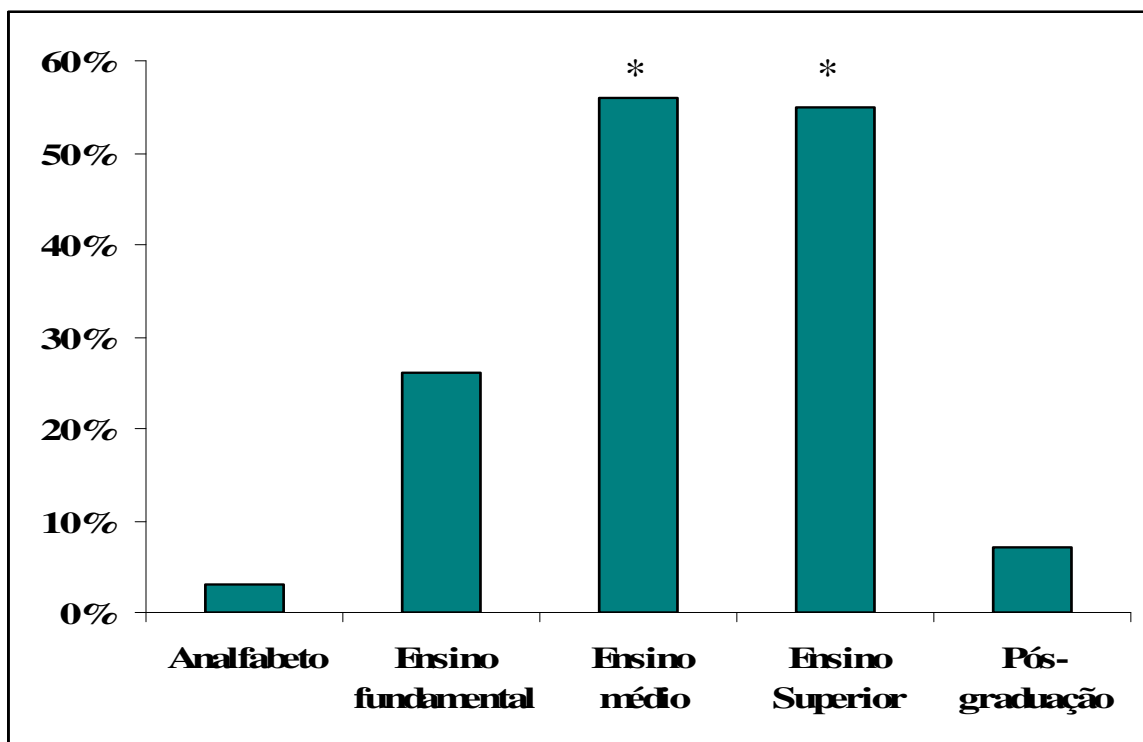


Gráfico 21 - Escolaridade de portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 22 - Atividade laboral dos portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Atividade Laboral	N	%
Aposentado	2	1,4
Autônomo	22	15,0
Desempregado	14	9,5
Estudante*	58	39,5
Funcionário Privado	20	13,6
Funcionário Público	31	21,1
Total	147	100,0

p-valor<0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

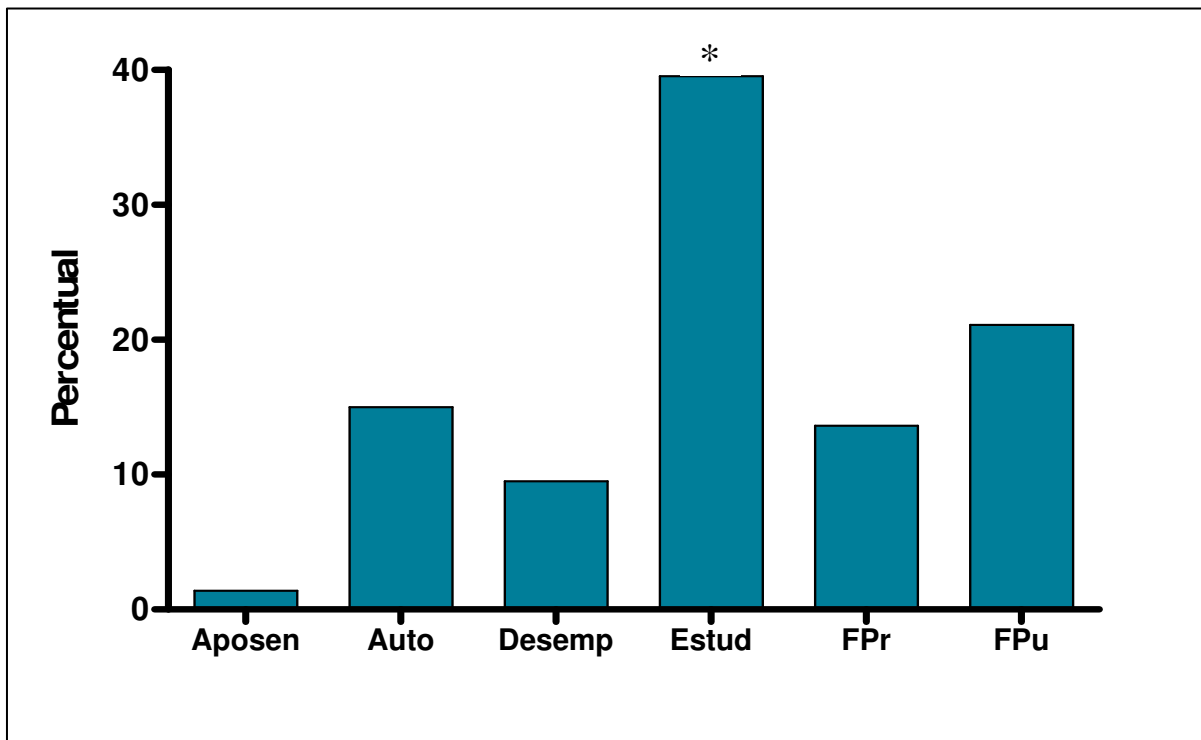


Gráfico 22 - Atividade laboral dos portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 23 - Religião dos portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Religião	N	%
Católico*	91	61,9
Espírita	11	7,5
Evangélico	41	27,9
Outros	4	2,7
Total	147	100,0

p-valor<0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

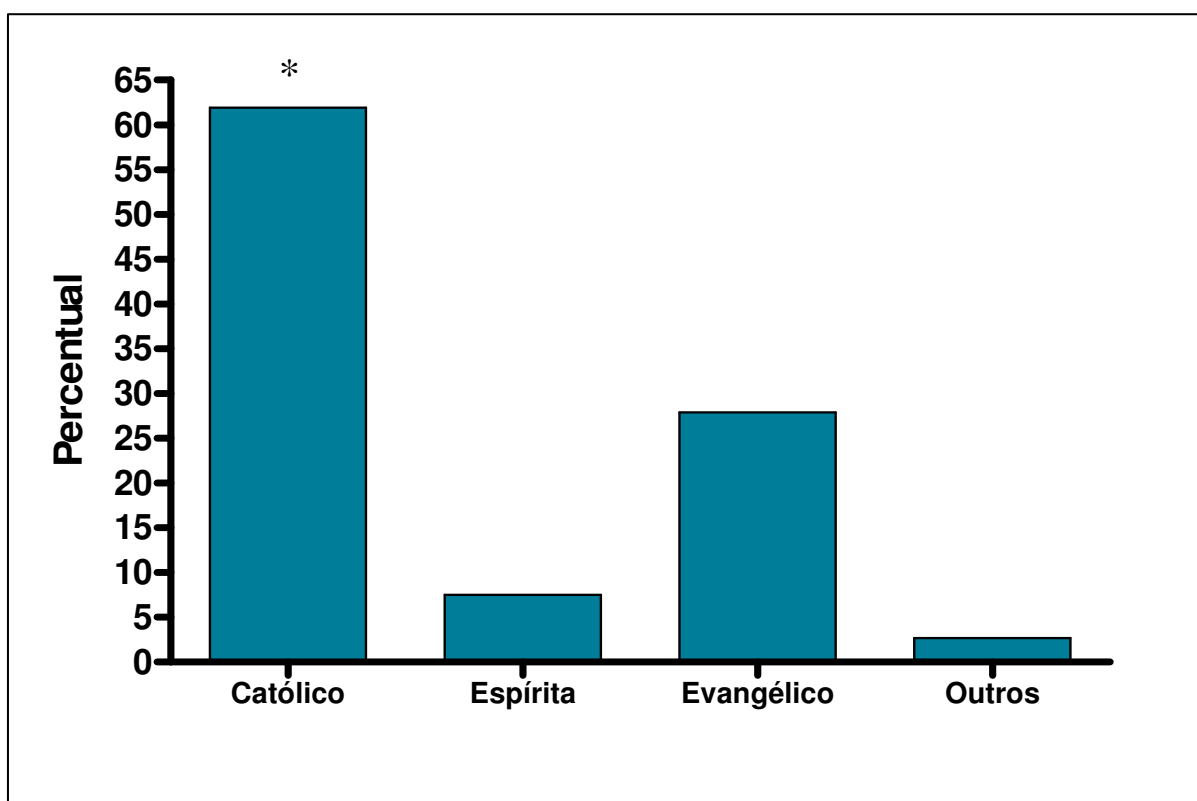


Gráfico 23 - Religião dos portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 24 - Renda mensal dos portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Renda Mensal	N	%
Até 1 SM	21	14,3
1 SM	1	0,7
2 a 3 SM*	60	40,8
4 a 10 SM	33	22,4
10 a 20 SM	18	12,2
> 20 SM	14	9,5
Total	147	100,0

p-valor<0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

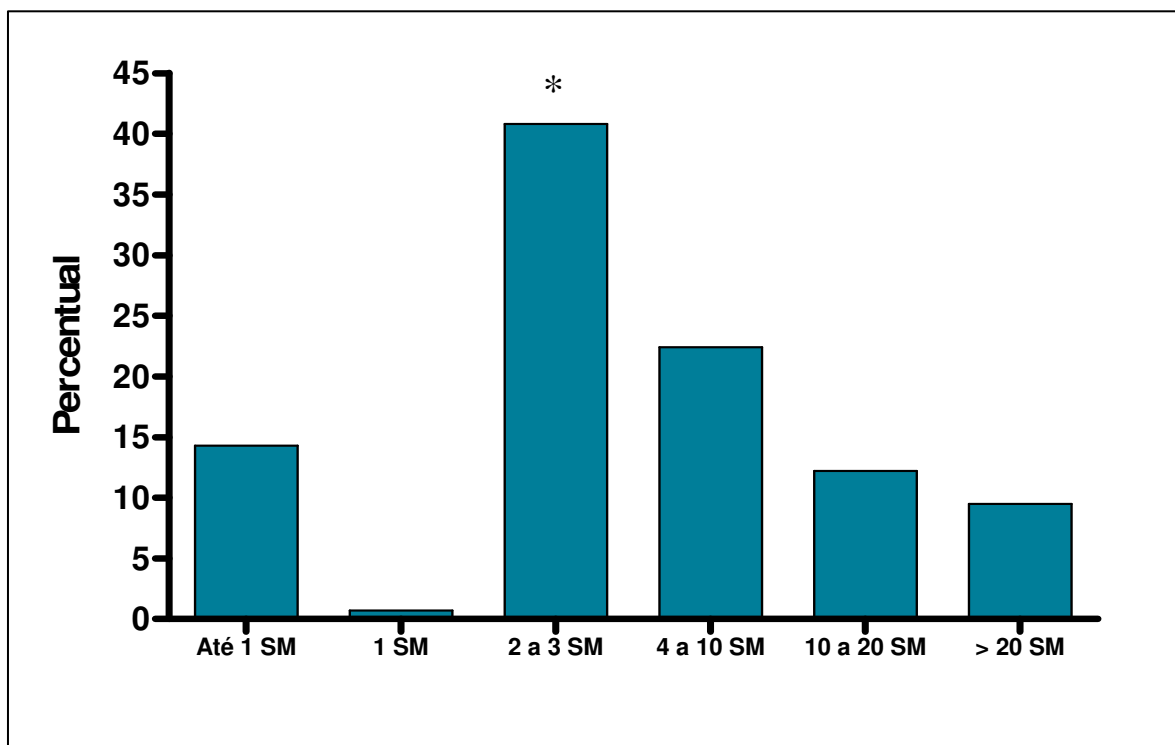


Gráfico 24 - Renda mensal dos portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 25 – Como cada portador DRGE considera sua saúde na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Qualidade de saúde	n	%
Péssima	2	1,4
Regular*	69	46,9
Boa*	62	42,2
Muito Boa	14	9,5
Total	147	100,0

p-valor<0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

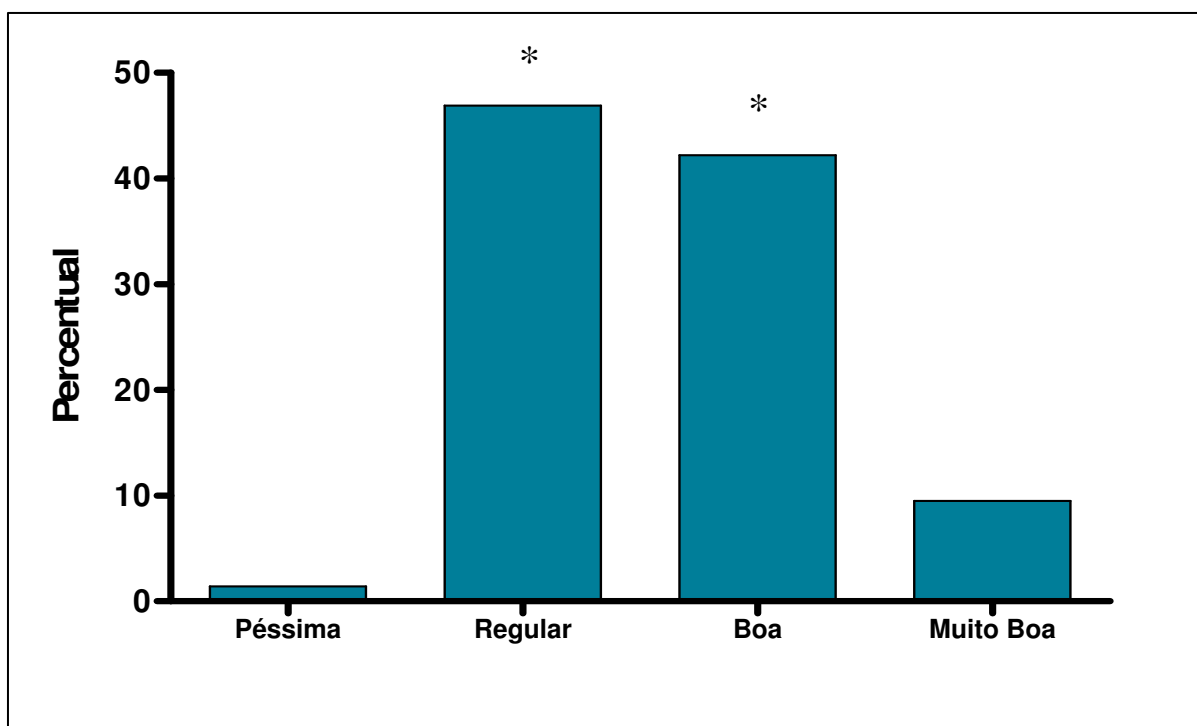


Gráfico 25 - Como cada portador DRGE considera sua saúde na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 26 - Prática de atividade física em portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Prática de exercício físico	N	%
Sim	31	21,1
Não*	116	78,9
Total	147	100,0

p-valor<0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

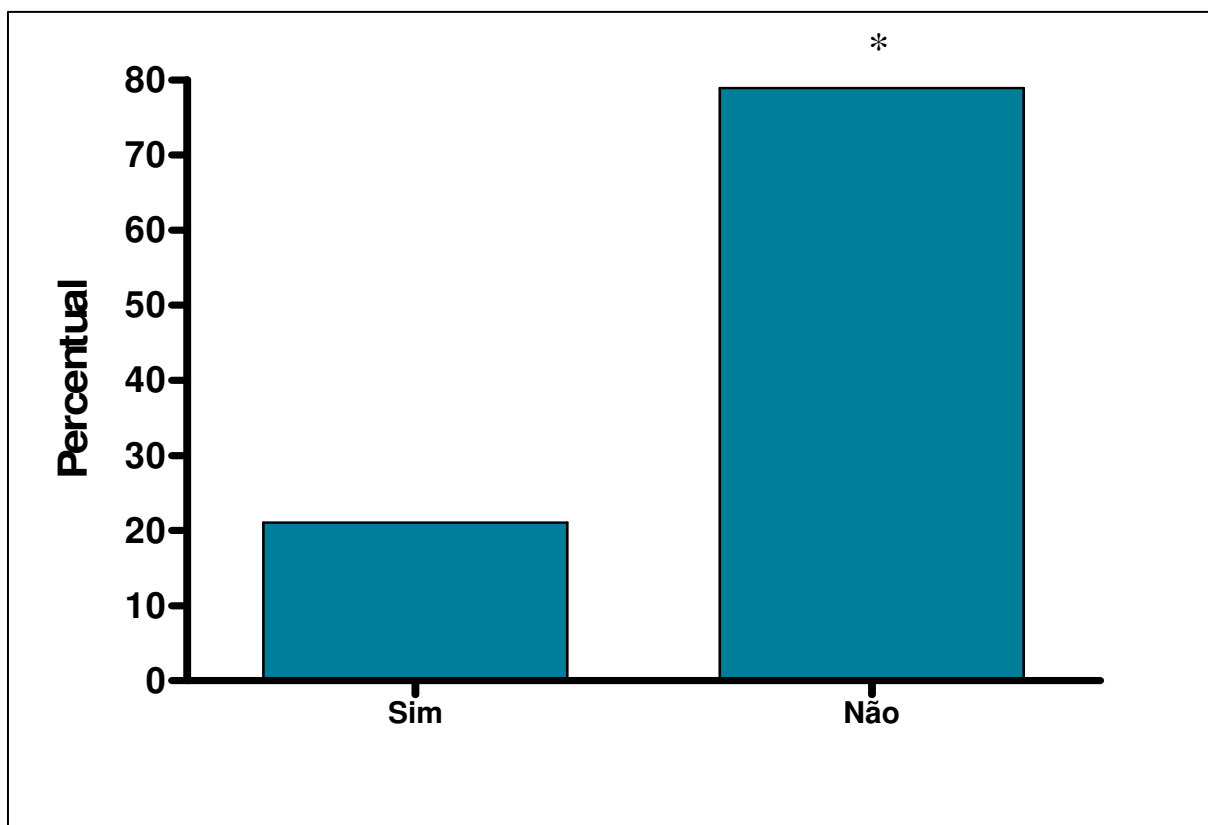


Gráfico 26 - Prática de atividade física em portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 27 – Pirose de supino em portadores da DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Presença de pirose deitado	N	%
Sim*	93	63,3
Não	54	36,7
Total	147	100,0

p-valor=0.0017*

Fonte: Protocolo de pesquisa

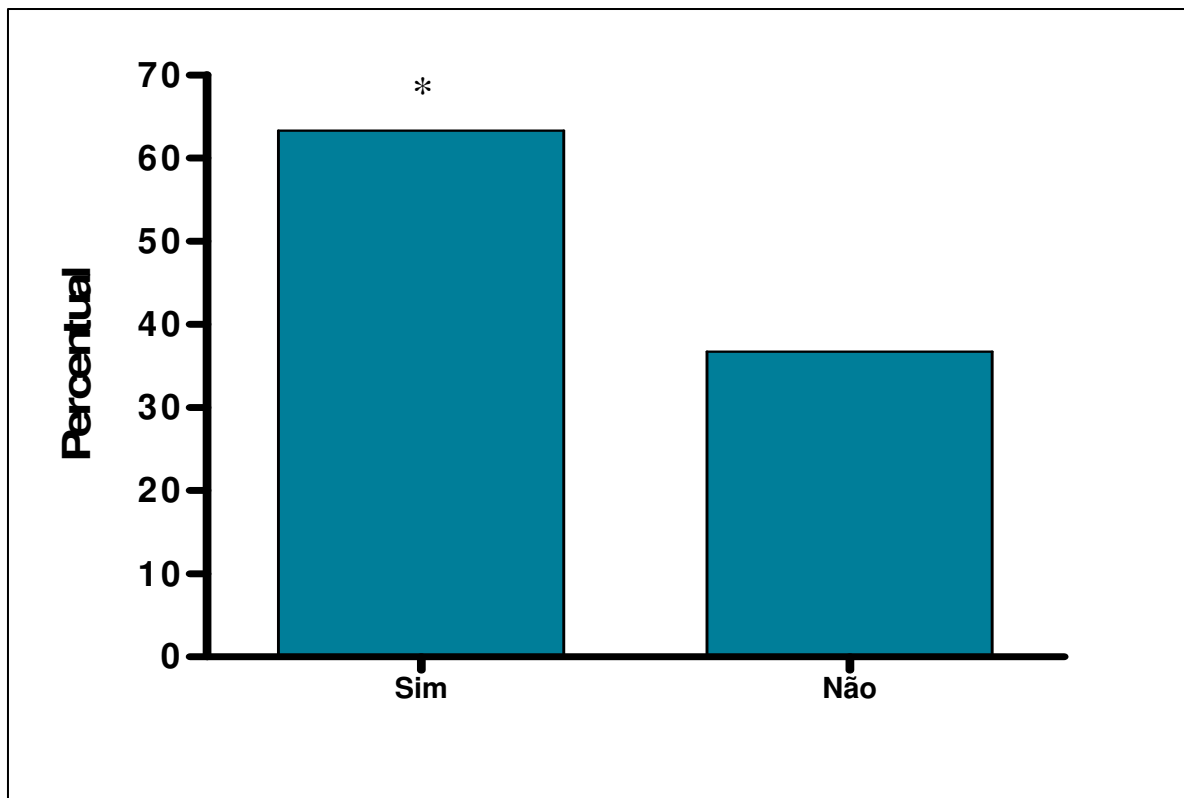


Gráfico 27 - Pirose de supino em portadores da DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 28 - Pirose em ortostase em portadores da DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Presença de pirose em pé	n	%
Sim	77	52,4
Não	70	47,6
Total	147	100,0

p-valor=0.6207

Fonte: Protocolo de pesquisa

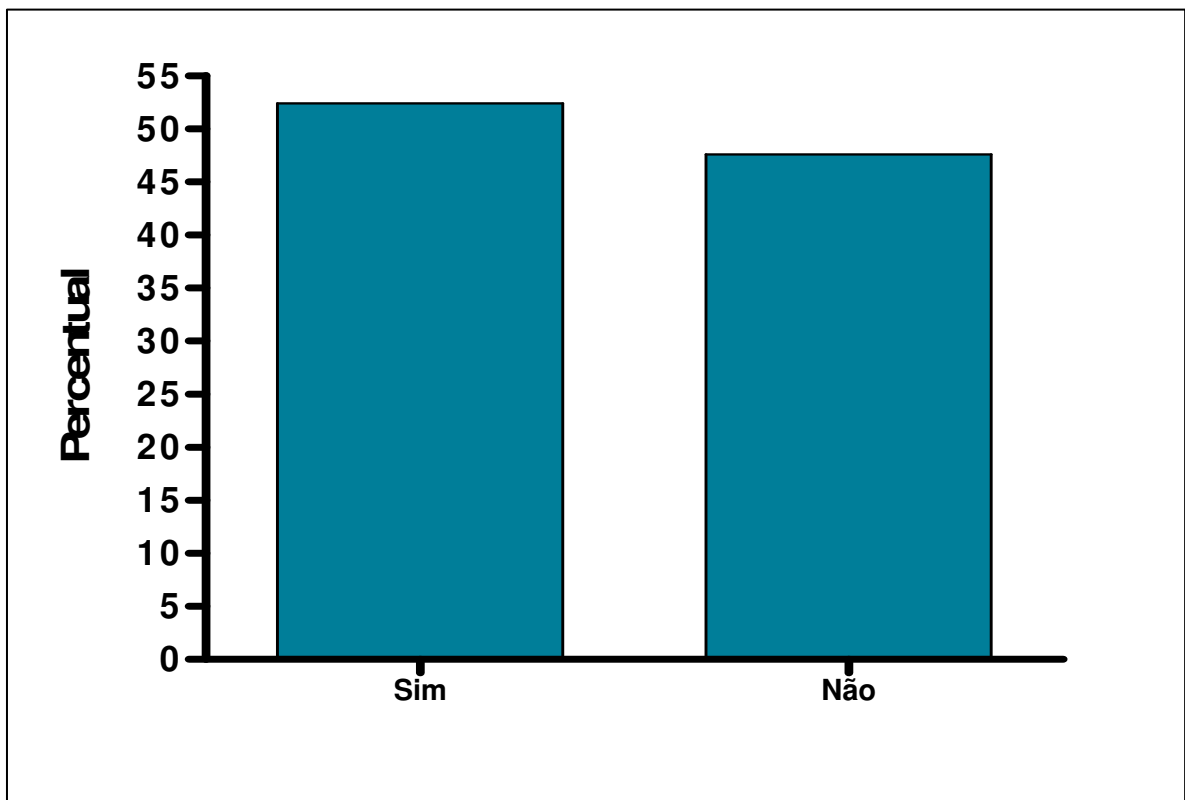


Gráfico 28 - Pirose em ortostase em portadores da DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 29 – Mudança de hábitos alimentares dos portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Mudança de hábitos alimentares	N	%
Sim	50	34,0
Não	97	66,0
Total	147	100,0

p-valor=0.0001

Fonte: protocolo de pesquisa

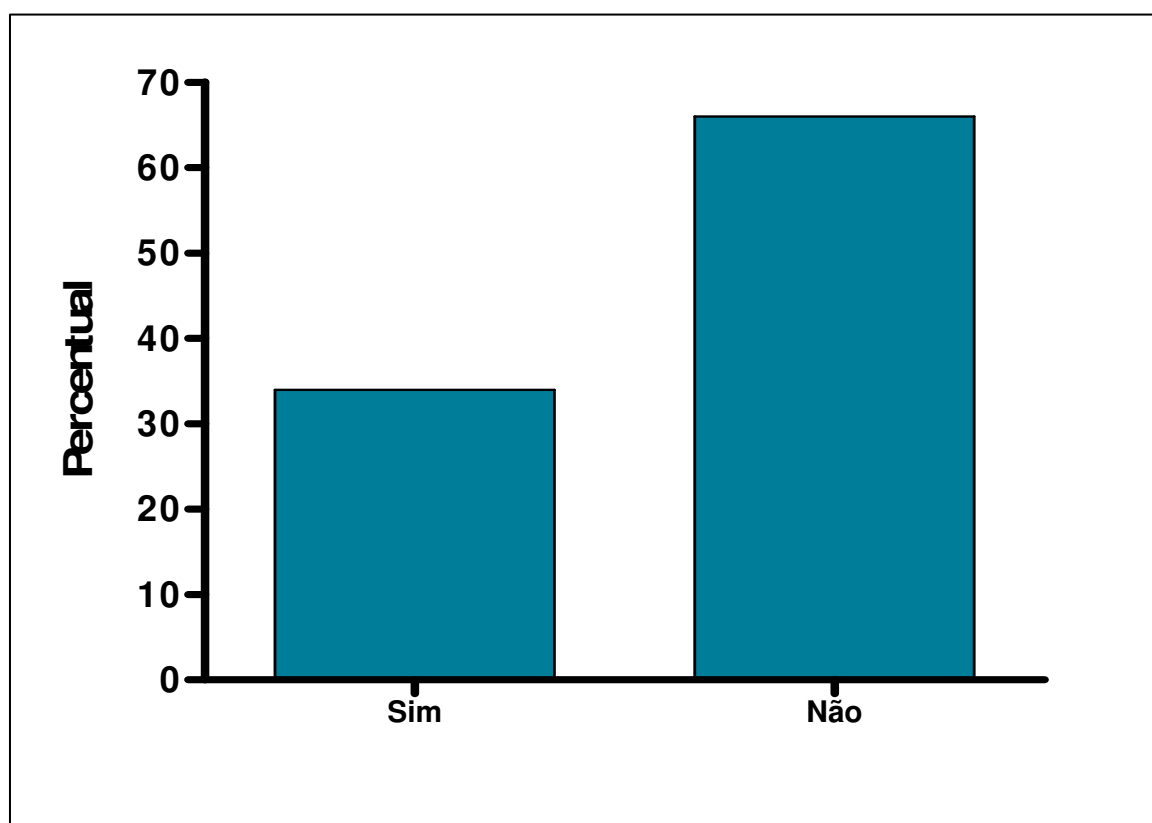


Gráfico 29 - Mudança de hábitos alimentares dos portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 30 – Melhora dos sintomas após mudança de hábitos alimentares em portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Houve melhora dos sintomas	N	%
Sim	44	88,0
Não	6	12,0
Total	50	100,0

p-valor<0.0001

Fonte: Protocolo de pesquisa

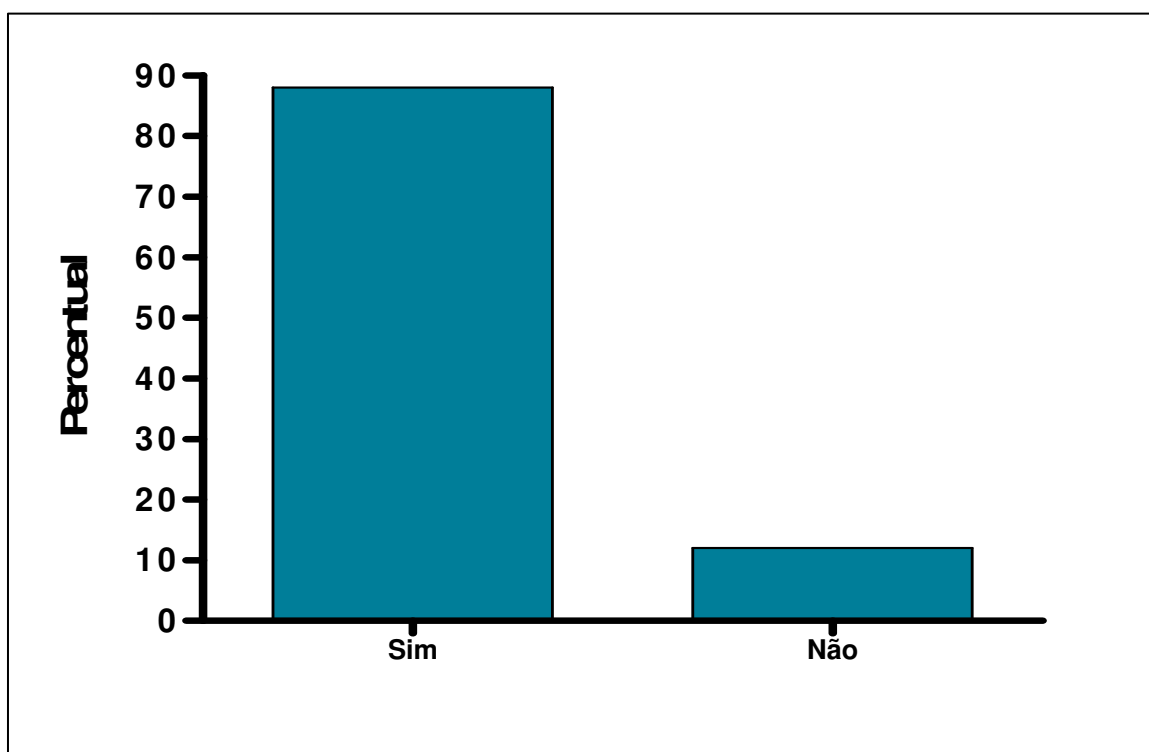


Gráfico 30 - Melhora dos sintomas após mudança de hábitos alimentares em portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 31 - Mudança do estilo de vida dos portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Mudança de estilo de vida	N	%
Sim	25	17,0
Não*	122	83,0
Total	147	100,0

p-valor<0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

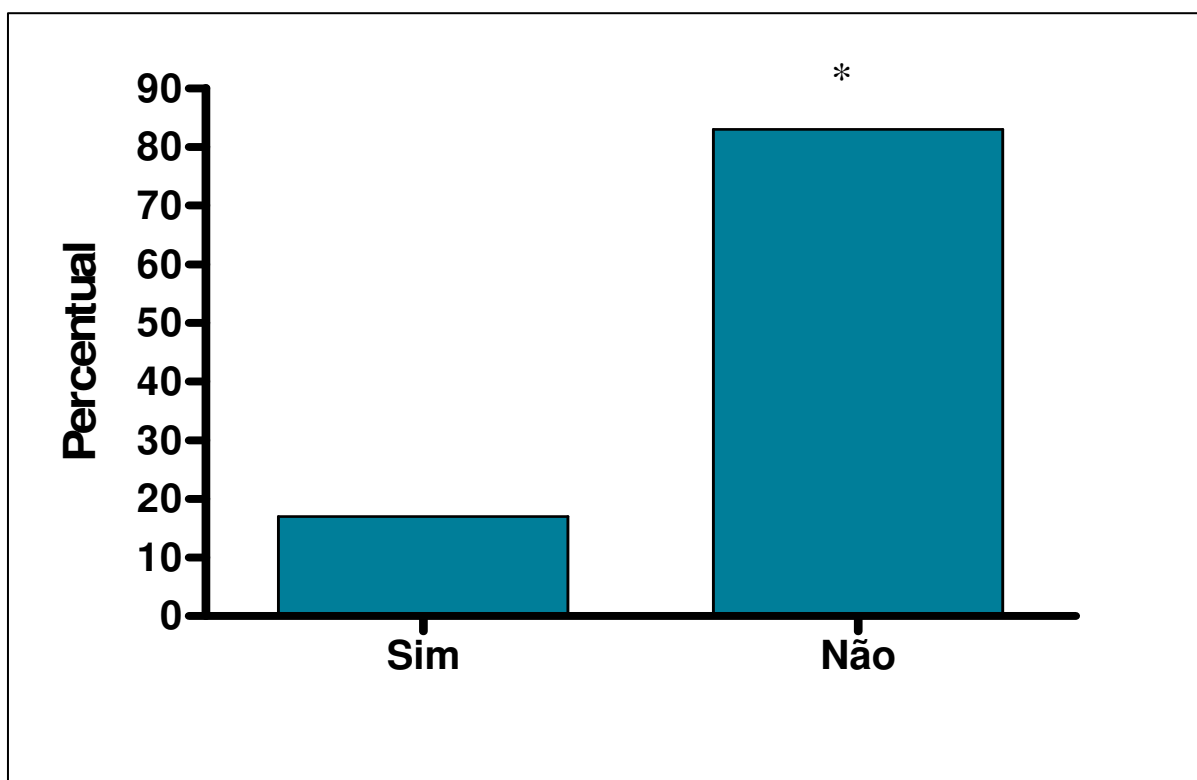


Gráfico 31 - Mudança do estilo de vida dos portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 32 - Melhora dos sintomas após mudança do estilo de vida em portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Melhora dos sintomas	N	%
Sim*	23	92,0
Não	2	8,0
Total	25	100,0

p-valor<0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

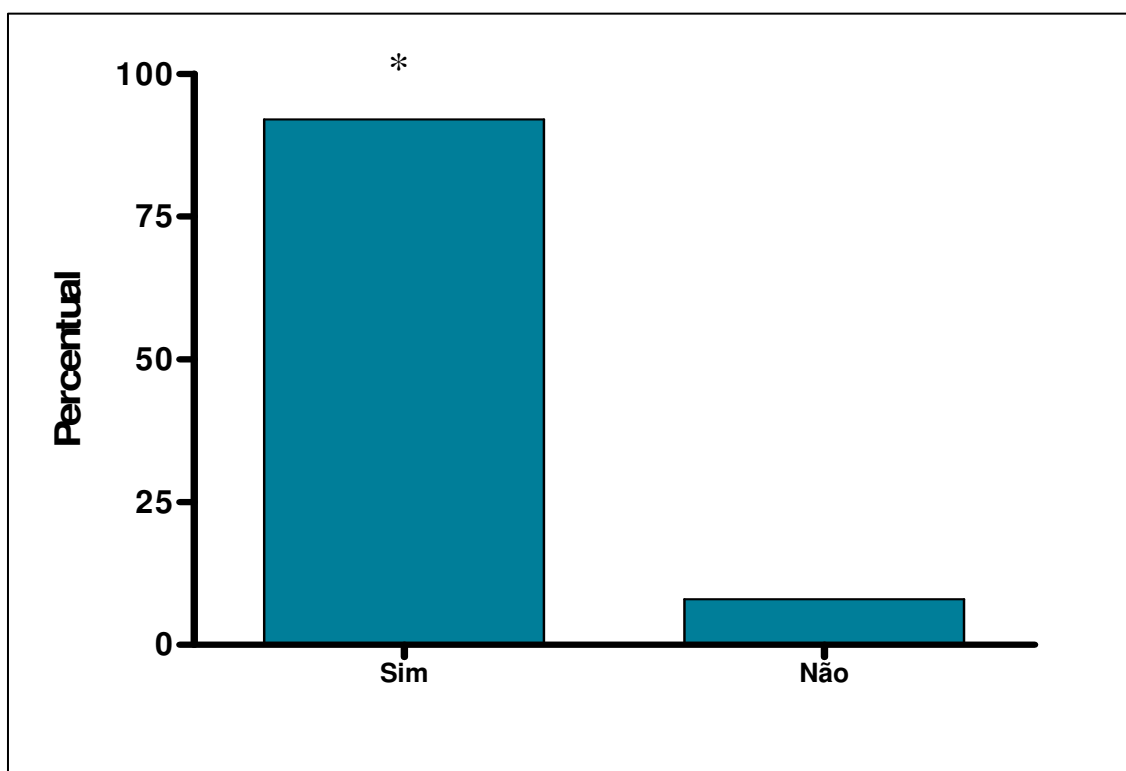


Gráfico 32 - Melhora dos sintomas após mudança do estilo de vida em portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 33 - Portadores de DRGE que referiram má digestão na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Presença de má-digestão	N	%
Sim*	94	63,9
Não	53	36,1
Total	147	100,0

p-valor = 0.0010*

Fonte: Protocolo de pesquisa

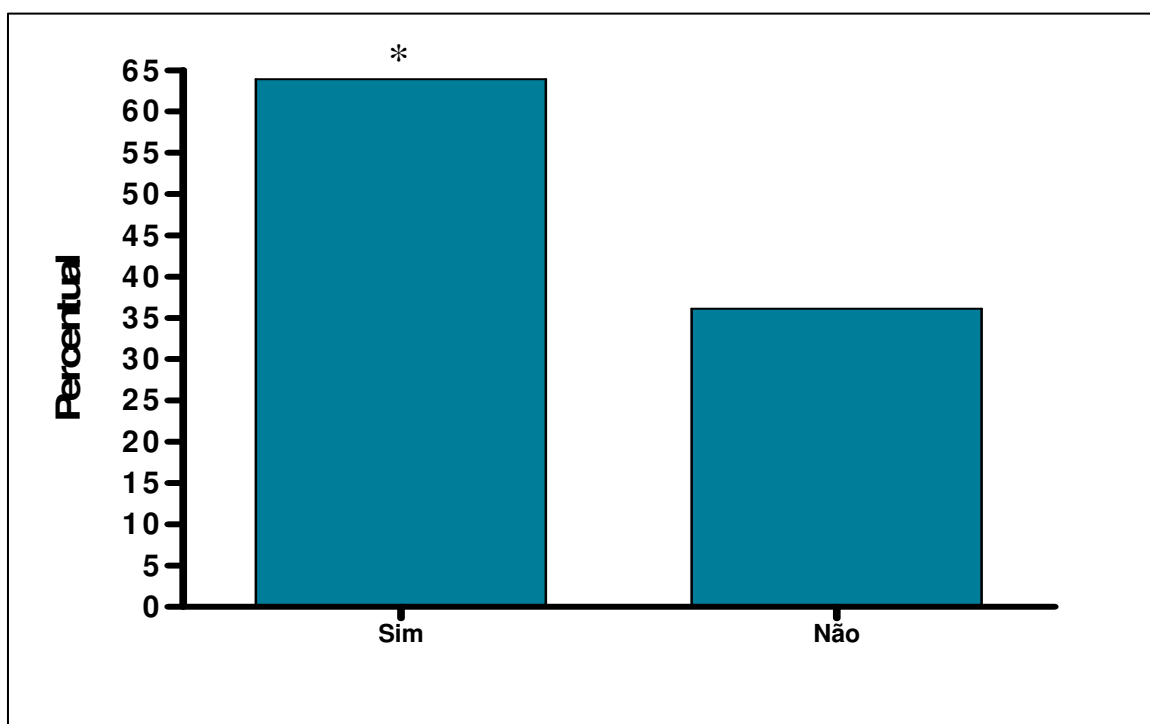


Gráfico 33 - Distribuição de portadores de DRGE que referiram má digestão na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 34 - Portadores de DRGE que referiram diminuição do apetite na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Presença de diminuição do apetite	N	%
Sim	40	27,2
Não*	107	72,8
Total	147	100,0

p-valor<0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

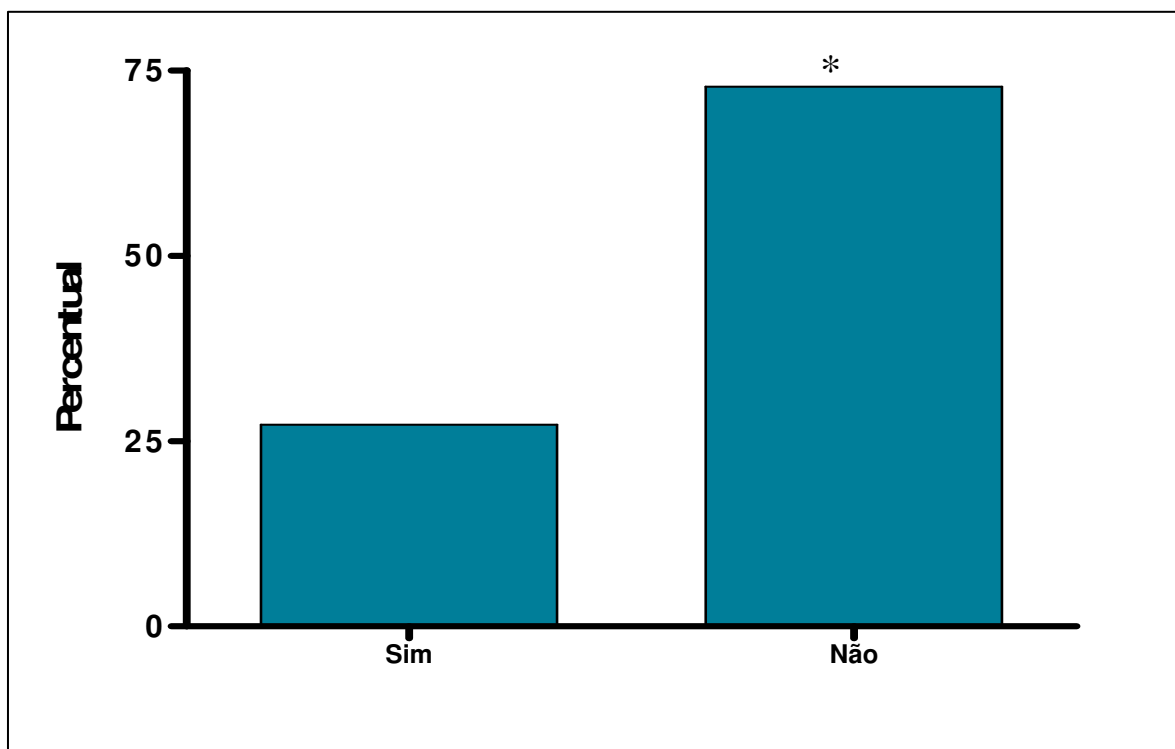


Gráfico 34 - Portadores de DRGE que referiram diminuição do apetite na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 35 - Portadores de DRGE que referiram distensão abdominal na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Presença de distensão abdominal	N	%
Sim	58	39,5
Não*	89	60,5
Total	147	100,0

p-valor=0.0133*

Fonte: Protocolo de pesquisa

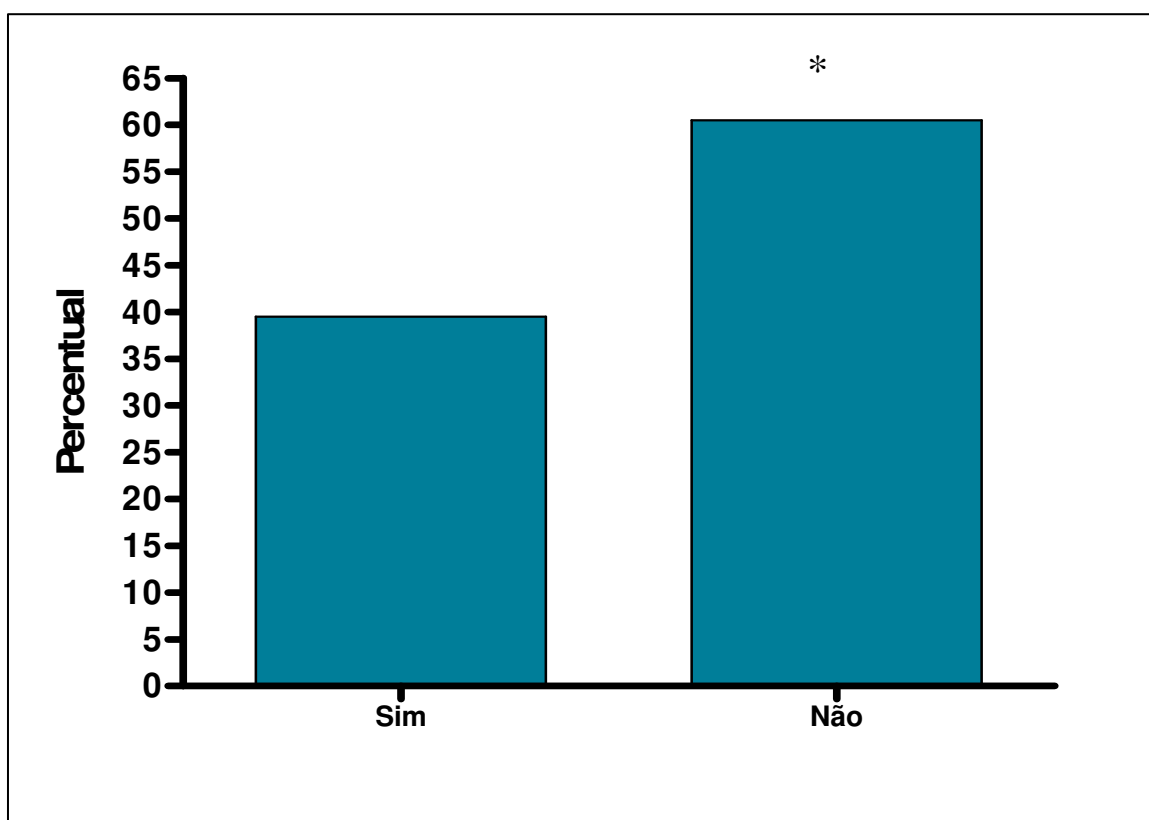


Gráfico 35 - Portadores de DRGE que referiram distensão abdominal na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 36 - Portadores de DRGE que referiram dor de cabeça na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Presença de dor de cabeça	N	%
Sim*	108	73,5
Não	39	26,5
Total	147	100,0

p-valor<0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

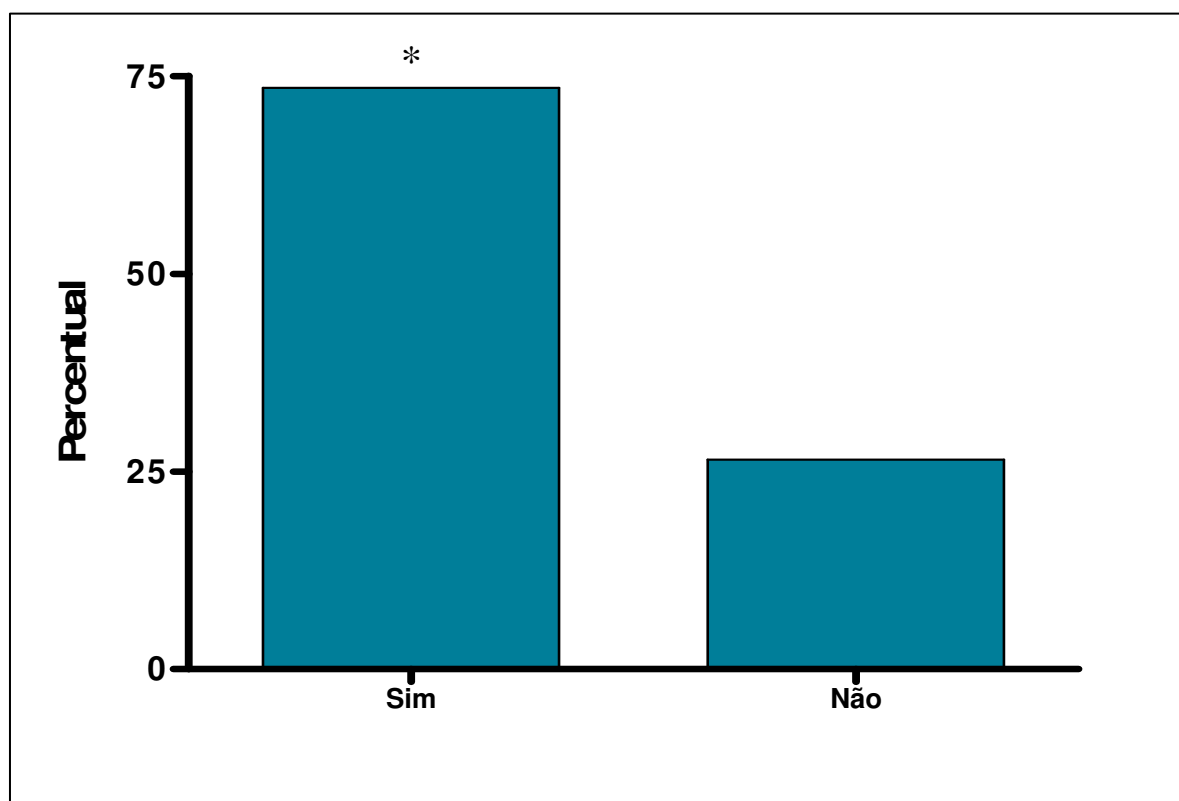


Gráfico 36 - Portadores de DRGE que referiram dor de cabeça na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 37 - Portadores de DRGE que referiram dor nas costas na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Presença de dor nas costas	N	%
Sim*	96	65,3
Não	51	34,7
Total	147	100,0

p-valor=0.0003*

Fonte: Protocolo de pesquisa

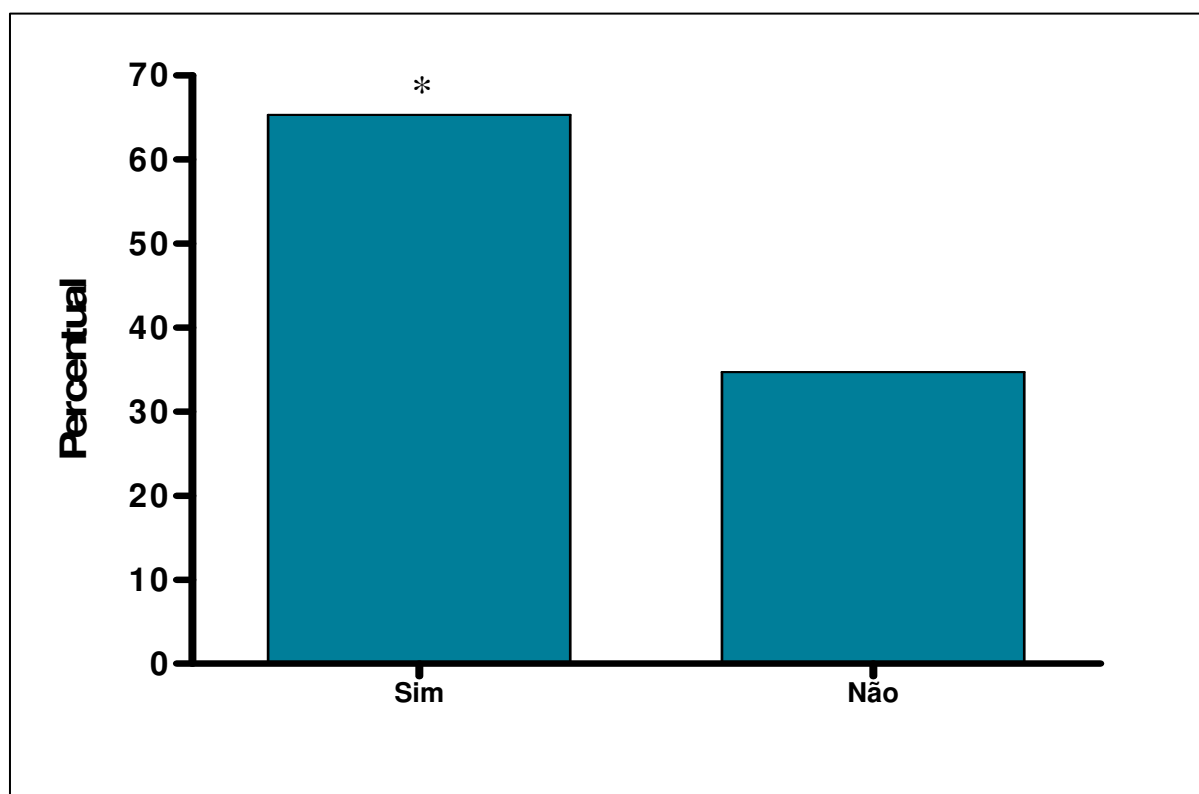


Gráfico 37 - Portadores de DRGE que referiram dor nas costas na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 38 - Portadores de DRGE que referiram torcicolo na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Presença de torcicolo	n	%
Sim	34	23,1
Não*	113	76,9
Total	147	100,0

p-valor<0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

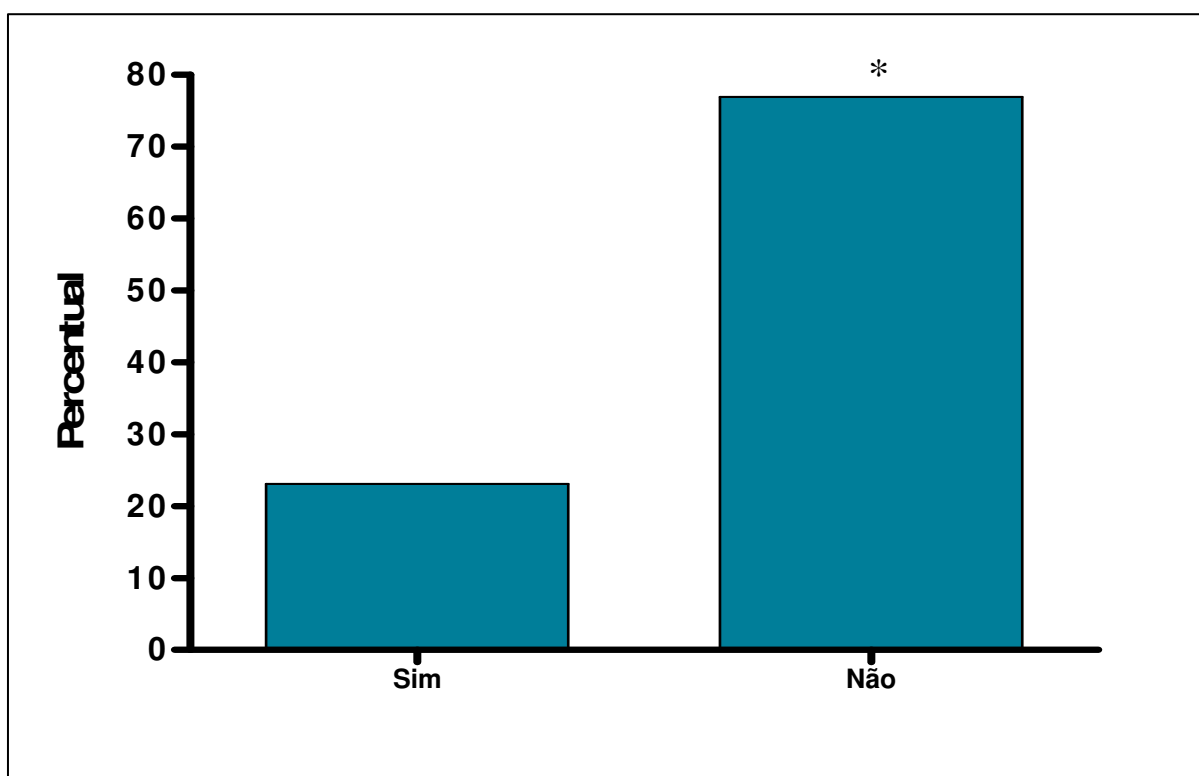


Gráfico 38 - Portadores de DRGE que referiram torcicolo na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 39 - Portadores de DRGE que se consideram ansioso na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Presença de ansiedade	n	%
Sim	81	55,1
Não	66	44,9
Total	147	100,0

p-valor=0.2482

Fonte: Protocolo de pesquisa

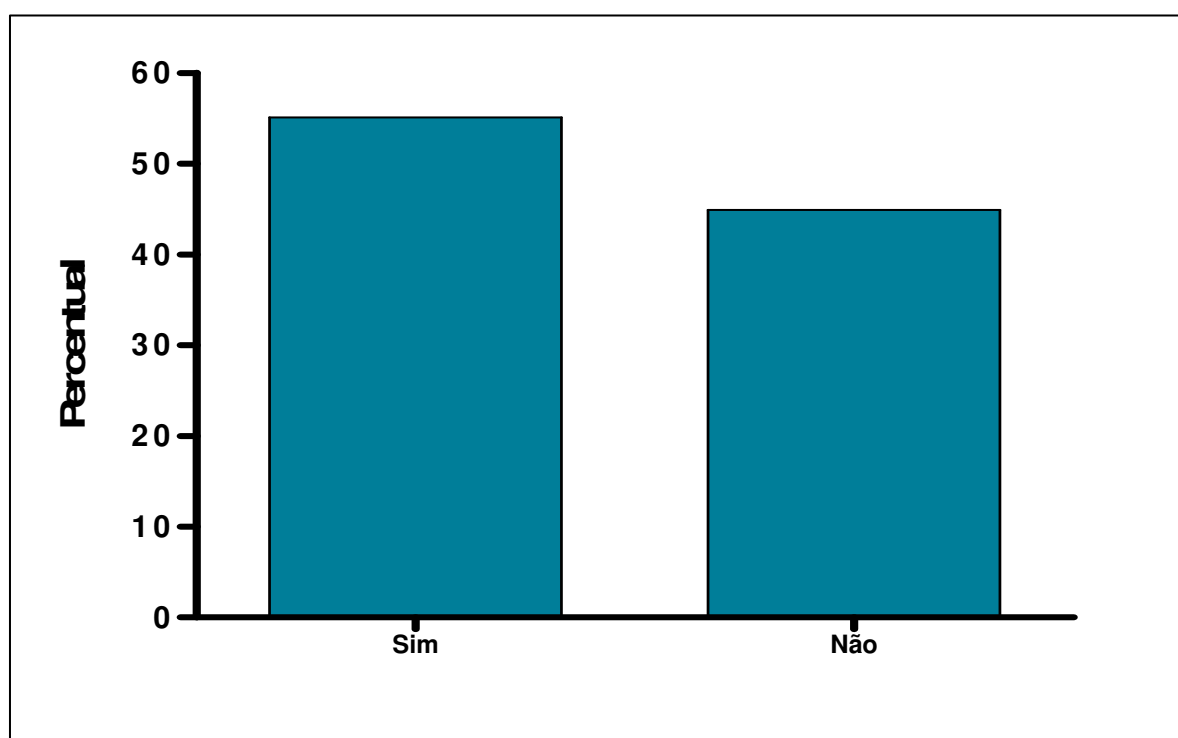


Gráfico 39 - Portadores de DRGE que se consideram ansioso na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 40 - Portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 no qual seus amigos o consideram ansioso.

Presença de ansiedade (segundo amigos)	n	%
Sim*	57	38,8
Não	90	6,2
Total	147	100,0

p-valor=0.0083*

Fonte: Protocolo de pesquisa

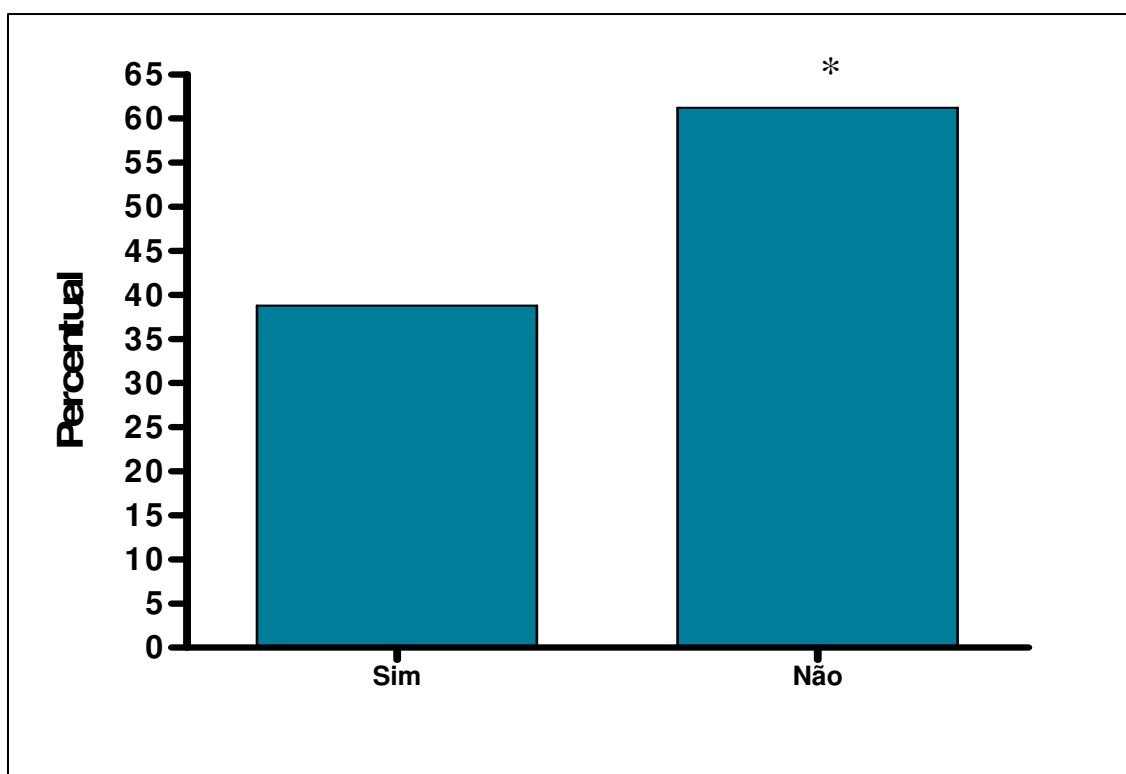


Gráfico 40 - Portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 no qual seus amigos o consideram ansioso.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 41 - Portadores de DRGE que se consideram depressivo na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Presença de depressão	n	%
Sim	27	4,0
Não*	120	81,6
Total	147	100,0

p-valor<0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

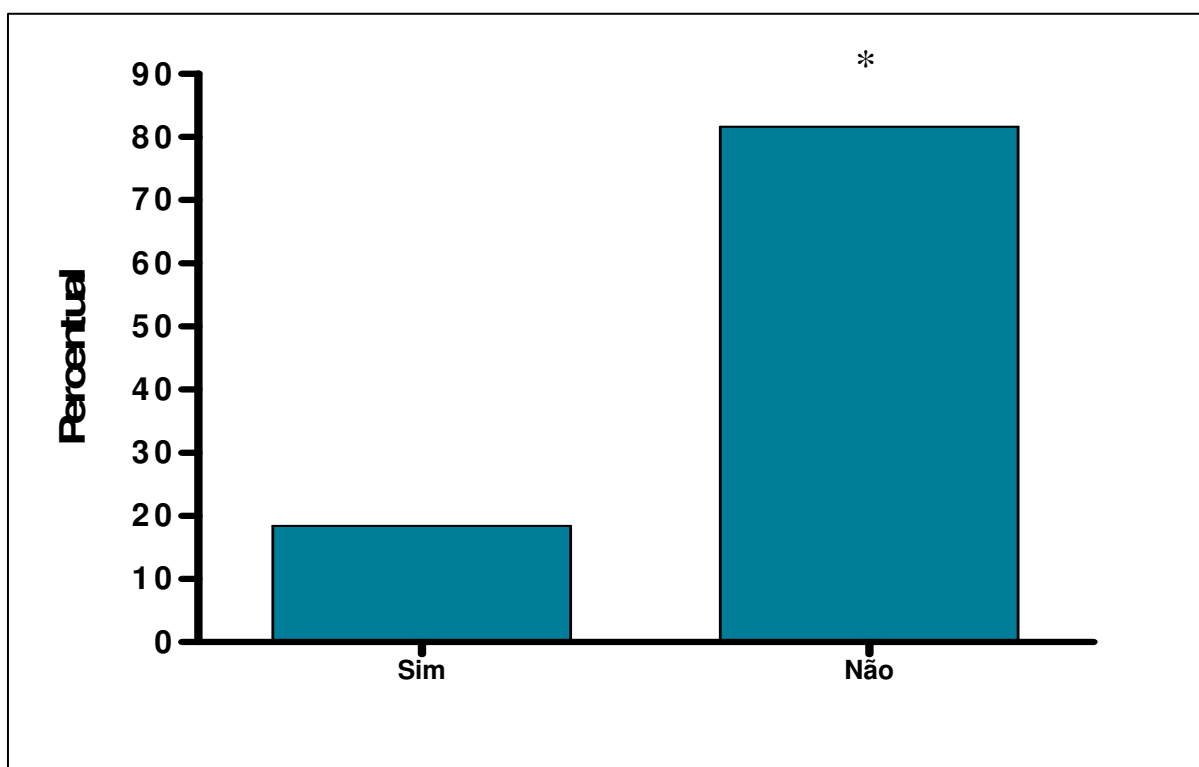


Gráfico 41 - Portadores de DRGE que se consideram depressivo na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 42 - Portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 no qual seus amigos o consideram depressivo.

Presença de depressão (segundo amigos)	n	%
Sim	17	11,6
Não*	130	88,4
Total	147	100,0

p-valor<0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

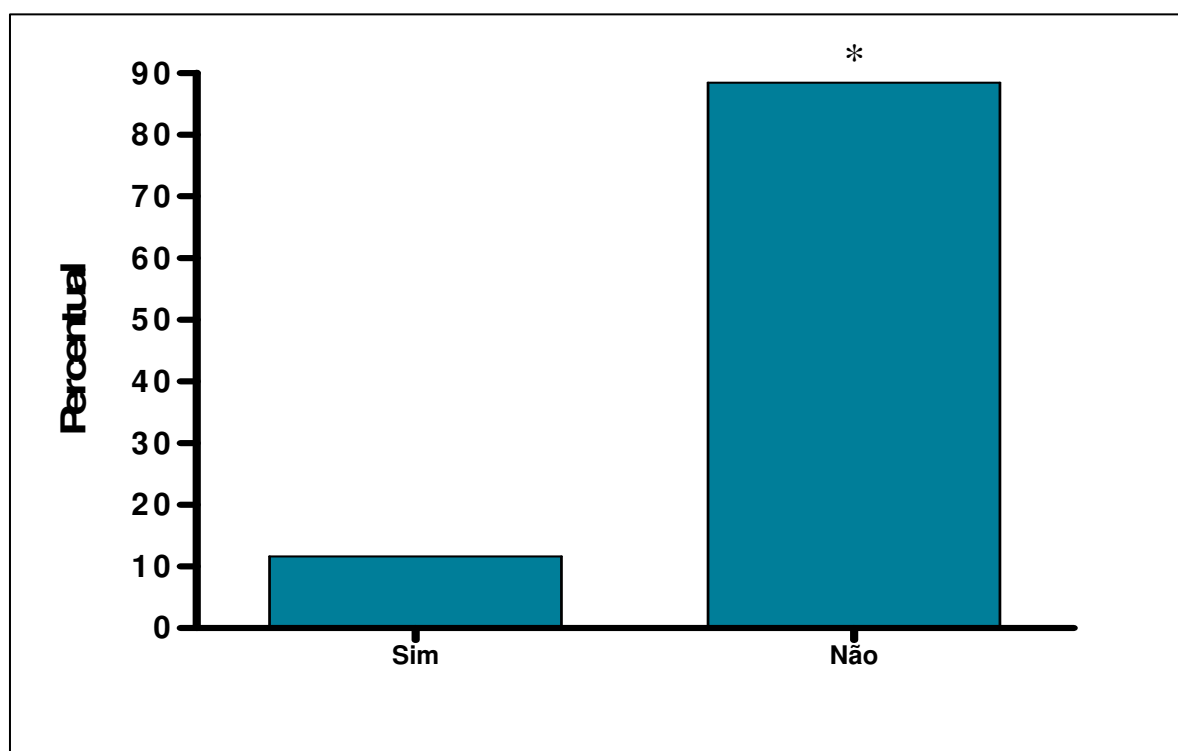


Gráfico 42 - Portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 no qual seus amigos o consideram depressivo.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 43 - Portadores de DRGE que referiram insônia na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Qualidade do sono	N	%
Sim*	99	67,3
Não	48	32,7
Total	147	100,0

p-valor<0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

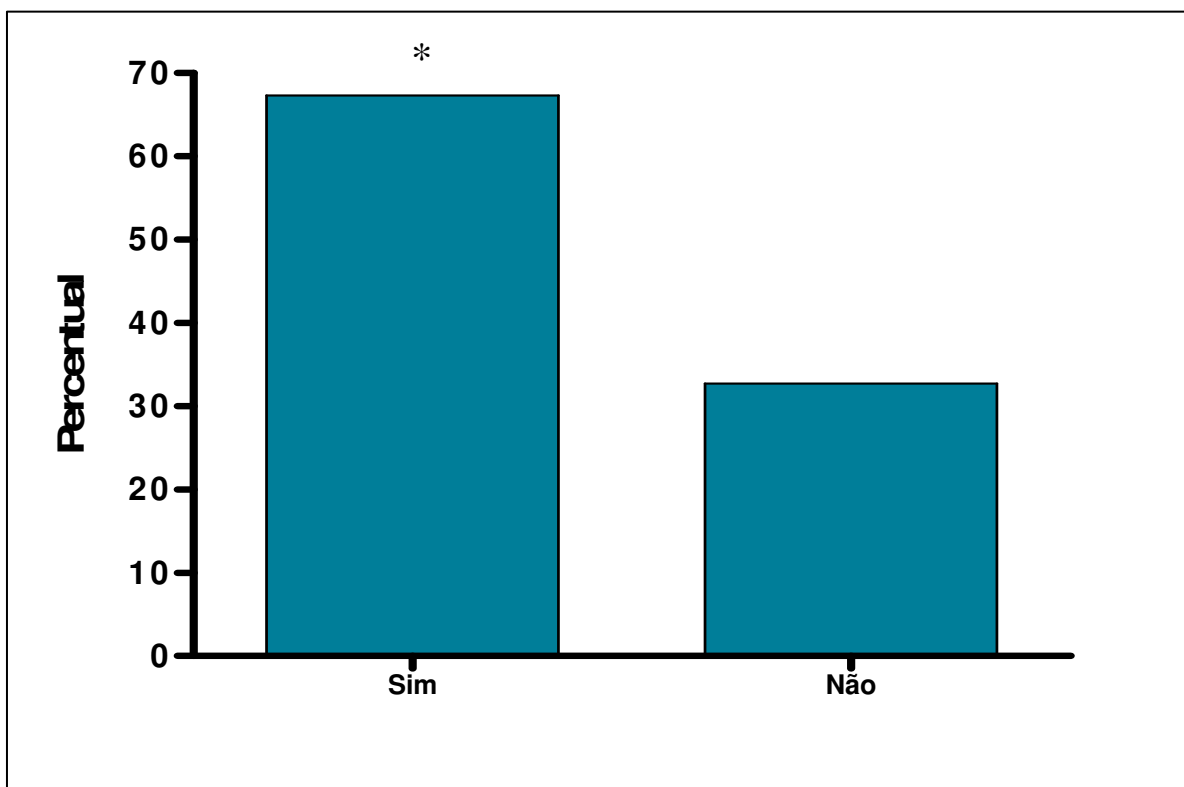


Gráfico 43 - Portadores de DRGE que referiram insônia na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 44 - Portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 que já acordaram sufocado à noite.

Presença de despertar sufocado	N	%
Sim	30	20,4
Não*	117	79,6
Total	147	100,0

p-valor<0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

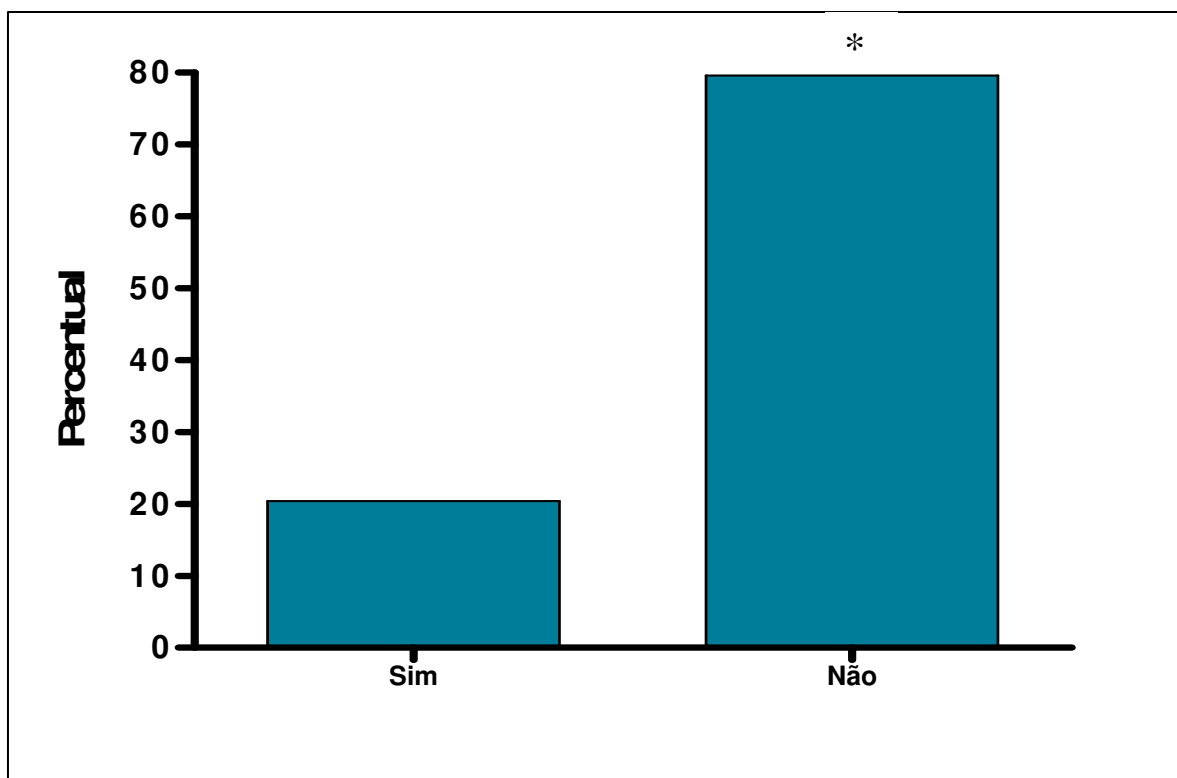


Gráfico 44 - Portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 que já acordaram sufocado à noite.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 45 - Portadores de DRGE que relatam cansaço com frequência na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Presença de cansaço	n	%
Sim	69	46,9
Não	78	53,1
Total	147	100,0

p-valor=0.5094

Fonte: Protocolo de pesquisa

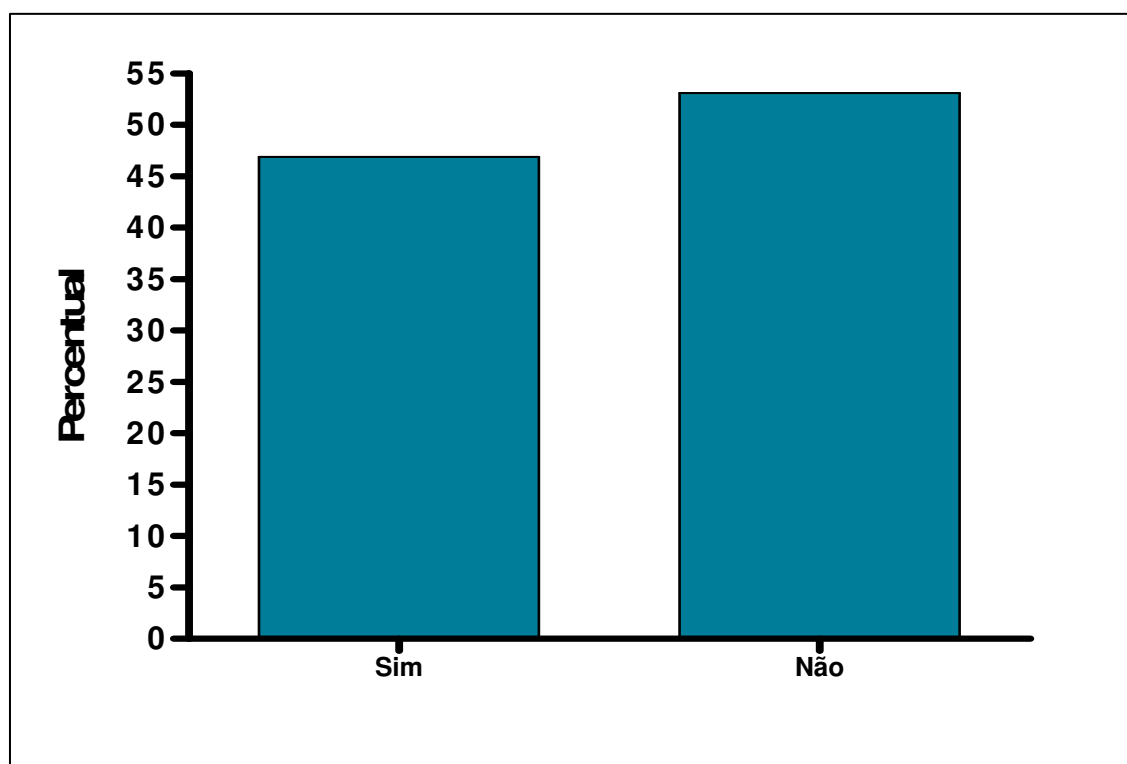


Gráfico 45 - Portadores de DRGE que relatam cansaço com frequência na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: protocolo de pesquisa

Tabela 46 – Falta de atividades cotidianas relatadas por portadores da DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Perda de atividades cotidianas	n	%
Sim	37	25,2
Não*	110	74,8
Total	147	100,0

p-valor<0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

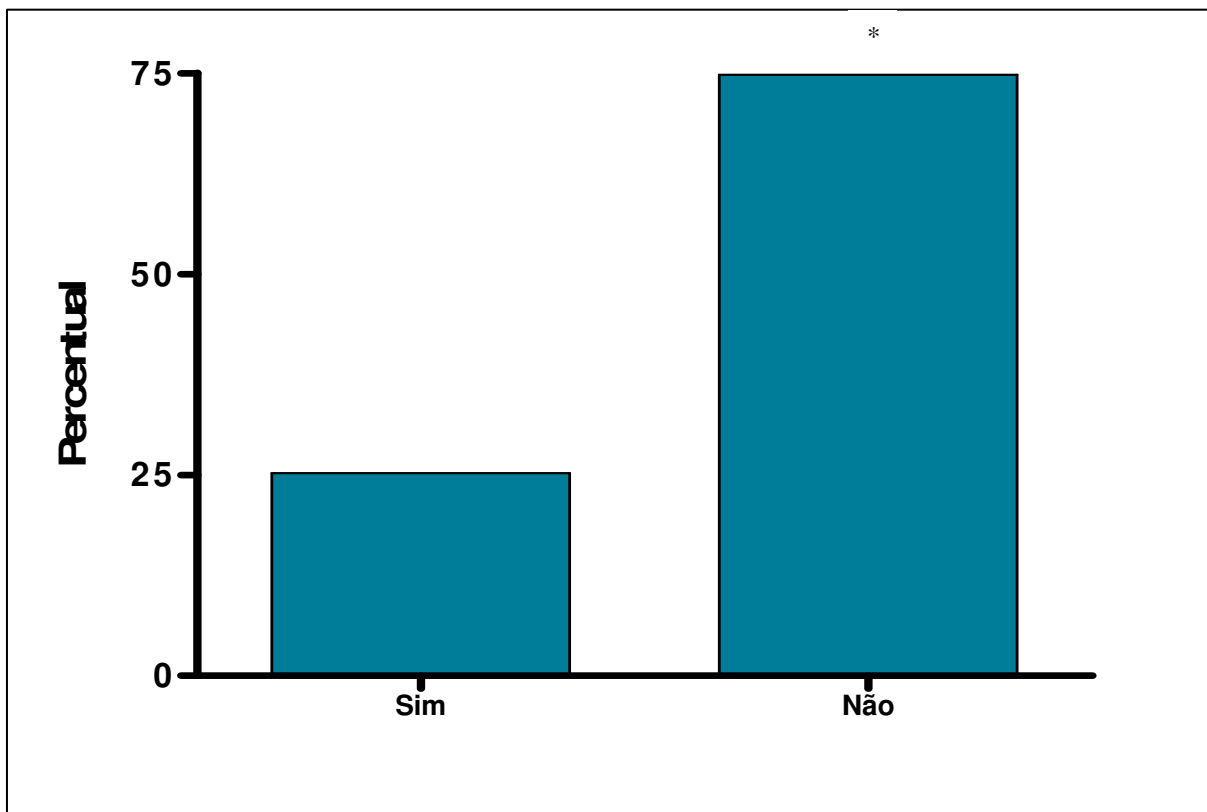


Gráfico 46 - Falta de atividades cotidianas relatadas por portadores da DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 47 – Realização de tratamento em pacientes portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Realização de tratamento	N	%
Sim	49	33,3
Não*	98	66,7
Total	147	100,0

p-valor<0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

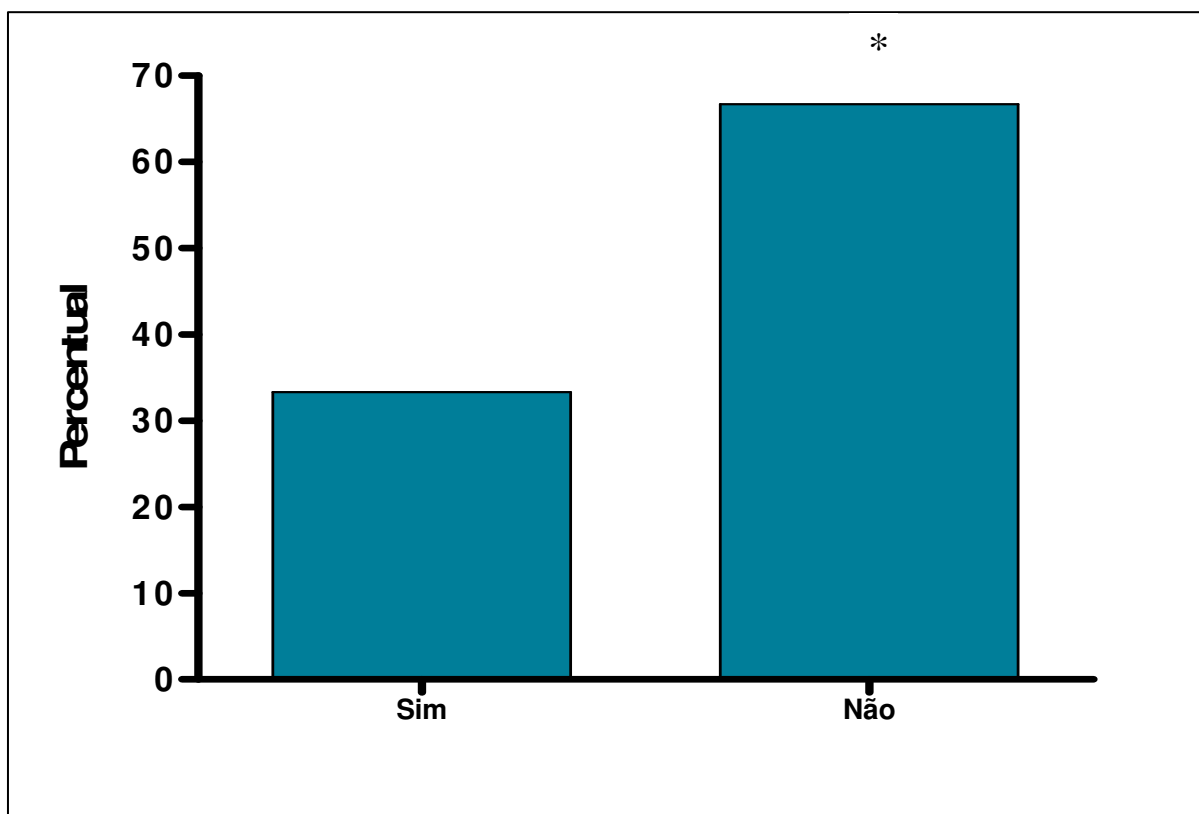


Gráfico 47 - Realização de tratamento em pacientes portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 48 – Tipo de tratamento realizado em pacientes portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Tipos de tratamento	N	%
Conta própria	16	32,6
Prescrição médica*	33	67,4
Total	49	100,0

p-valor=0.0223*

Fonte: Protocolo de pesquisa

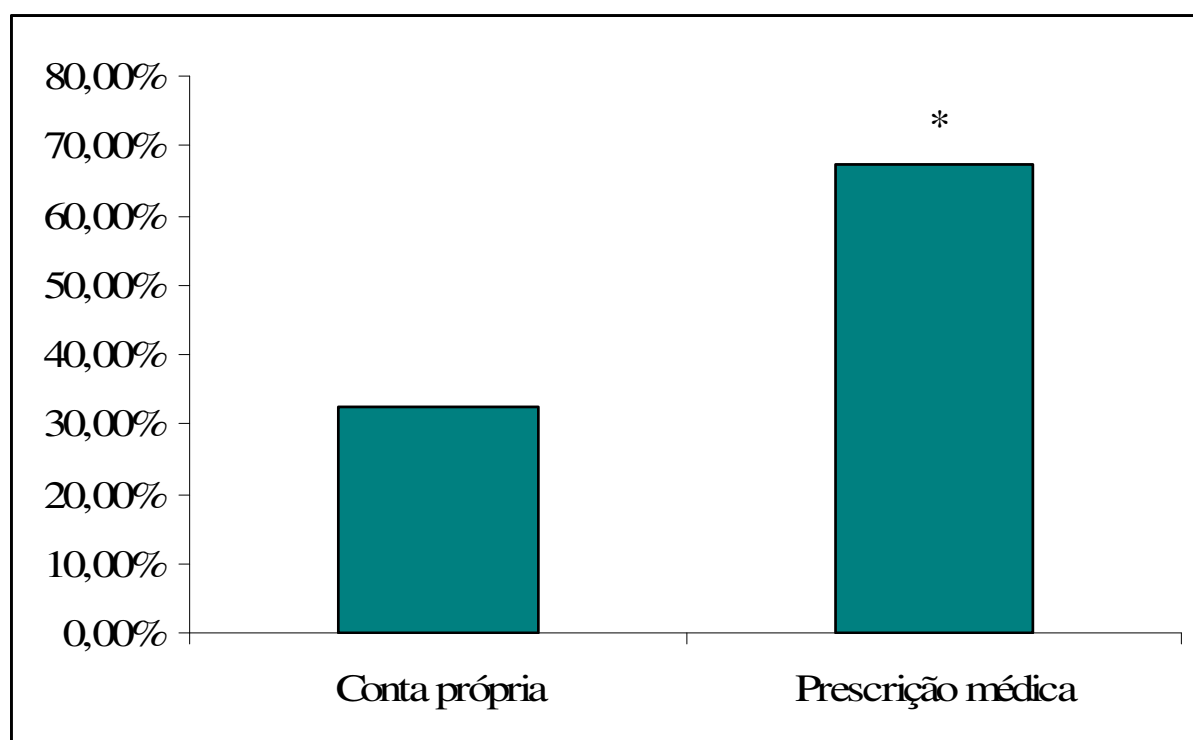


Gráfico 48 - Tipo de tratamento realizado em pacientes portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 49 – Alteração dos sintomas em portadores de DRGE na macrorregião de Belém, no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Melhora dos sintomas	N	%
Sim	28	57,1
Não	21	42,9
Total	49	100,0

p-valor=0.3914

Fonte: Protocolo de pesquisa

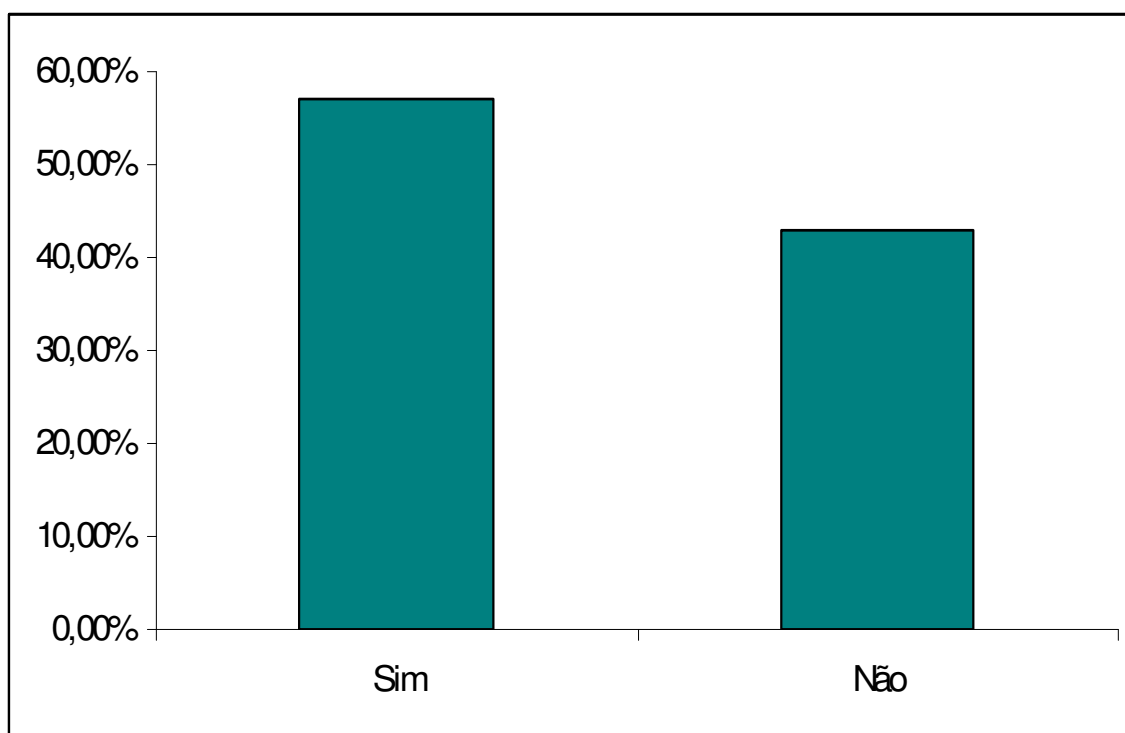


Gráfico 49 - Alteração dos sintomas em portadores de DRGE na macrorregião de Belém, no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 50 - Portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 que relataram utilizar antiácidos.

Utilização de antiácidos	N	%
Sim	36	24,5
Não*	111	75,5
Total	147	100,0

p-valor<0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

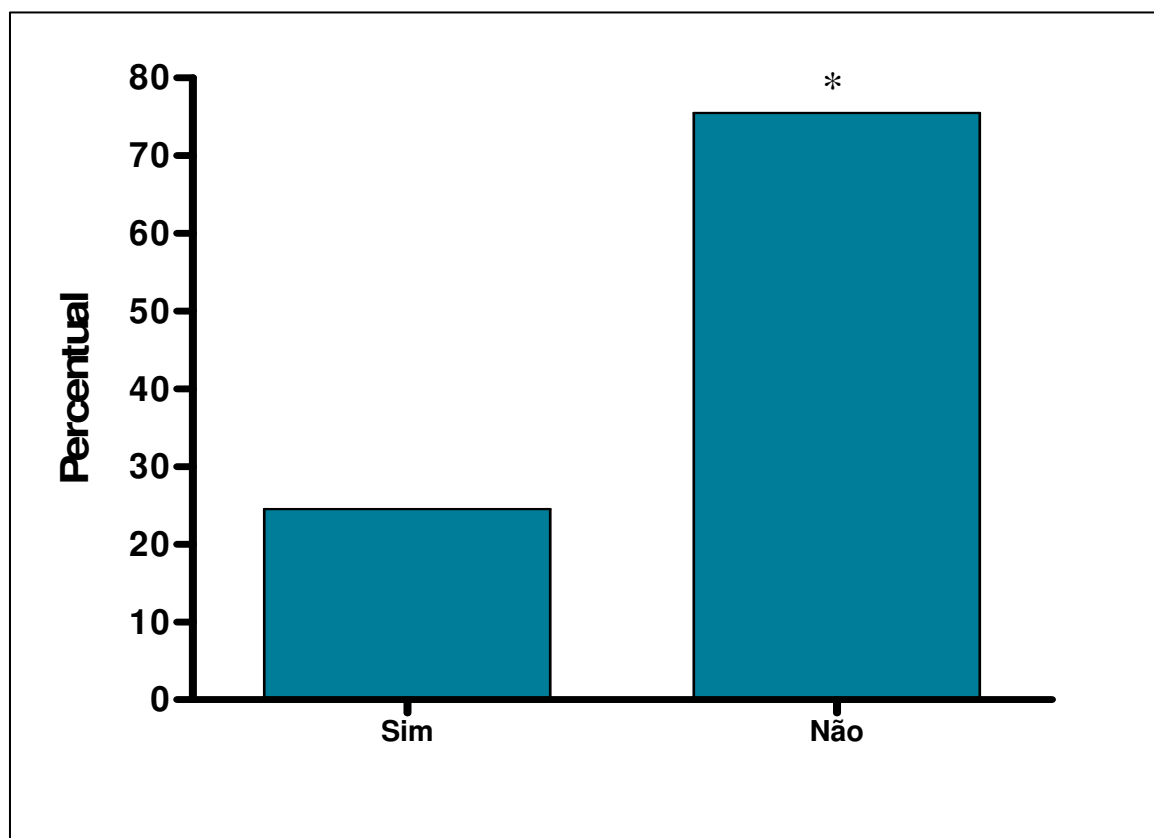


Gráfico 50 - Portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 que relataram utilizar antiácidos.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 51 - Alimentos que melhoram sintomas relatados por portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Alimentos que melhoram os sintomas	n	%
Alimentos Frios/crus	3	2,0
Café	3	2,0
Carnes	1	0,7
Cevada	1	0,7
Fibras	48	32,7
Leite e derivados	46	31,3
Nenhum	19	12,9
Verduras	26	17,7
Total	147	100,0

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 52 - Alimentos que pioram os sintomas relatados por portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Alimentos que pioram os sintomas	n	%
Alimentos apimentados	20	13,6
Alimentos Frios/crus	1	0,7
Café	19	12,9
Carnes	3	2,0
Cevada	42	28,6
Cítricos	26	17,7
Frituras	12	8,2
Leite e derivados	14	9,5
Nenhum	10	6,8
Total	147	100,0

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 53 - Portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 que tiveram férias nos últimos dois anos.

Presença de férias	n	%
Sim*	88	59,9
Não	59	40,1
Total	147	100,0

p-valor=0.0209*

Fonte: Protocolo de pesquisa

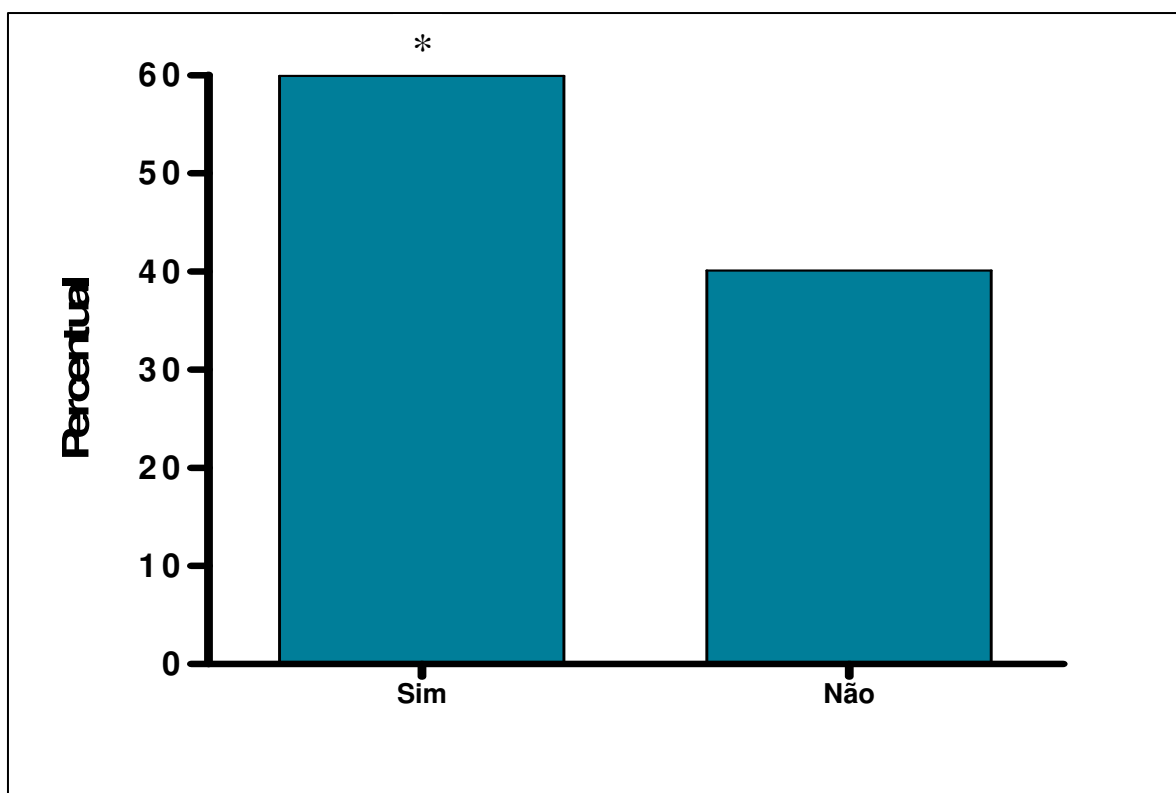


Gráfico 51 - Portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 que tiveram férias nos últimos dois anos.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 54 - Portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 que relataram alteração dos sintomas durante as férias.

Alteração dos sintomas durante as férias	N	%
Desapareceram	6	6,8
Melhoraram	37	42,0
Não se alteraram*	42	47,7
Pioraram	3	3,4
Total	88	100,0

p-valor<0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa

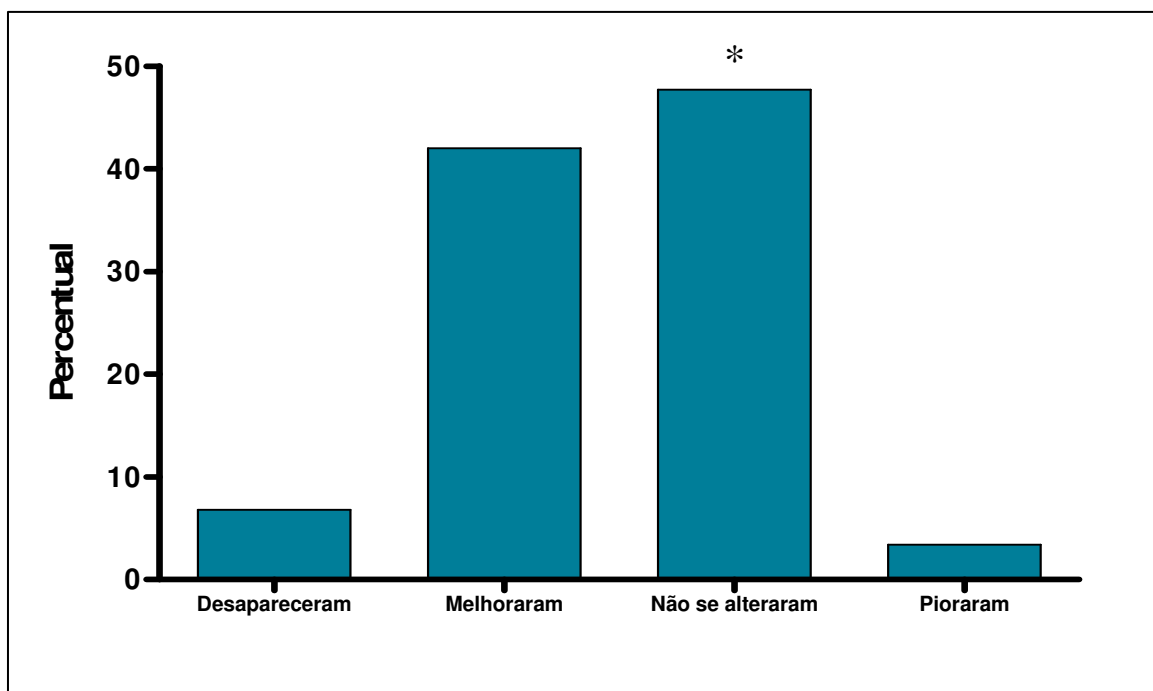


Gráfico 52 - Portadores de DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 que relataram alteração dos sintomas durante as férias.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 55 – Alteração dos sintomas durante o período menstrual em portadoras da DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Relação entre sintomas e período menstrual	N	%
Sim	19	18,1
Não*	86	81,9
Total	105	100,0

p-valor<0.0001*

Fonte: protocolo de pesquisa

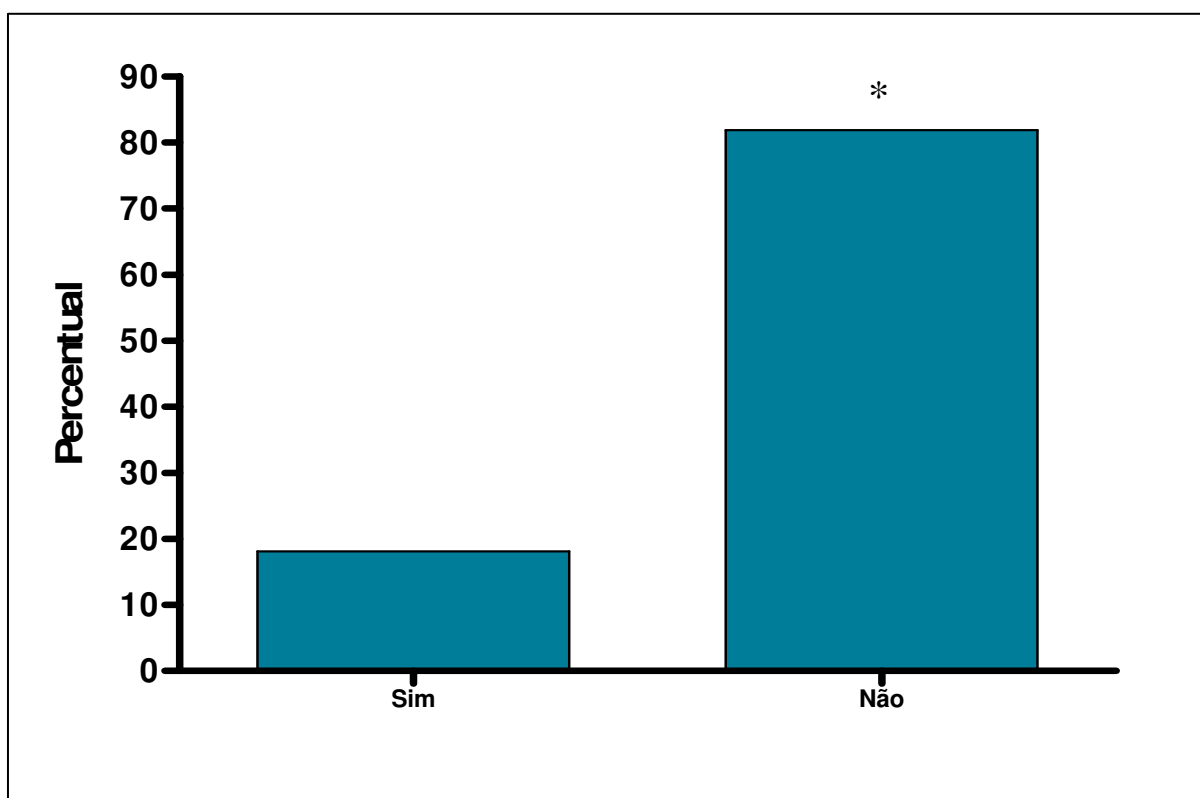


Gráfico 53 - Alteração dos sintomas durante o período menstrual em portadoras da DRGE na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Fonte: Protocolo de pesquisa

Tabela 56 - Comparação entre prevalências da DRGE deste inquérito em relação a outros quatro estudos.

Autor(ES) do estudo	Localização do estudo	n	Prevalência (%)	IC 95 (%)	p-valor
Bendahan L.; Torres V., (2008)	Belém, PA	400	36,8	32,0 a 41,5	
Manterola et al., (2005)	Temuco, Chile	364	52,8	47,6 a 57,9	< 0.0001*
Nader et al., (2003)	Pelotas, RS	3934	31,3	29,9 a 32,8	0.0255*
Moraes-Filho et al., (2005)	Brasil	13959	7,3	6,9 a 7,7	< 0.0001*
Pereira-Lima et al., (2000)	Porto Alegre, RS	818	22,5	16,46 a 28,53	<0.0001*

Fonte: Protocolo de pesquisa e Referências bibliográficas.

5 DISCUSSÃO

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) corresponde a uma afecção crônica do trato digestivo superior de elevada prevalência na sociedade. É marcada por prejudicar a qualidade de vida dos seus portadores, aumento dos custos com saúde e do risco de adenocarcinoma esofágico, consistindo, portanto em um tema de relevância nas questões de saúde pública (BARROS, 2005; OLIVEIRA, 2005).

A conceituação da DRGE é um desafio. Um grande espectro de apresentações clínicas pode ser considerado como doença. Através da análise da literatura disponível sobre o assunto, verifica-se que ainda há grande divergência entre os autores acerca da frequência mínima dos sintomas clássicos necessária para caracterizar a doença.

Dentre os sintomas típicos da DRGE, o mais freqüente foi a regurgitação, referida por 26,5% na população entrevistada (Tabela 5) com predominância estatística da recorrência semanal (Tabela 6). Esta prevalência é inferior ao valor encontrado por Oliveira (2005) em trabalho realizado na cidade de Pelotas (RS – Brasil) e por Manterola (2005), na cidade de Temuco (Chile), que revelaram, respectivamente, 33% e 59,2%. No entanto, é importante esclarecer que os 26,5% encontrados neste estudo encontram-se dentro da faixa de variação prevista por Heading em estudo de revisão realizado no ano de 1999, que revelou prevalências de regurgitação entre 9% a 45%. Estas diferenças podem ser devidas ao fato de que cada país ou região apresenta hábitos alimentares peculiares e os alimentos podem funcionar como desencadeadores do sintoma.

A pirose esteve presente em 19,3% (tabela 13) dos entrevistados, dado este que está de acordo com a literatura vigente, pois este sintoma tem sido relatado com frequência que varia 11,8% (MORAIS-FILHO, 2005) a 22,5% (PEREIRA-LIMA, 2005). Neste estudo, dentre os entrevistados que referiram pirose, 39% apontaram a recorrência semanal do sintoma (tabela 14). Ainda que compatível com trabalhos já publicados, deve-se destacar que a prevalência encontrada é alta e evidencia a relevância dos sintomas dispépticos na população estudada, sugerindo que, a aplicação de políticas em saúde pública, tais como, educação alimentar, maior acesso aos serviços de saúde e melhora das condições sócio-econômicas, seriam

medidas de impacto para a saúde coletiva, uma vez que a DRGE é uma patologia de grande prevalência.

A DRGE tem amplo espectro de apresentações envolvendo diversos sistemas orgânicos, podendo assim ser diagnosticada por diversas especialidades médicas. Burati (2003), em um estudo com pacientes portadores de DRGE que procuraram o ambulatório de otorrinolaringologia, foram encontrados com principais sintomas extra-esofágicos a rouquidão (69,42%) e a tosse (18,97%). Russi (2007), após observar 43 pacientes portadores da DRGE, destacou a presença de dor retroesternal (39,5%) e otite (2,3%). Estes resultados evidenciam que, não somente os médicos generalistas, mas também os diversos especialistas precisam reconhecer, diagnosticar e conduzir adequadamente a DRGE, visto que esta patologia provoca grande impacto negativo sob a qualidade de vida dos pacientes.

Entre os sintomas atípicos, a asma é a que apresenta maior correlação diagnóstica com a DRGE. Estimativas da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2002) revelam que 10% da população adulta é asmática e, segundo Guski (2006), o refluxo gastroesofágico patológico pode ser encontrado em até 80% dos adultos com asma. Este dado reforça a importância da suspeita da DRGE em todo paciente adulto que apresente componente asmático.

Neste estudo, a maioria dos pacientes (55,8%) apresentou DRGE mista, ou seja, relatou sintomas tanto típicos, quanto atípicos (Tabela 2). Este resultado era esperado, uma vez que a gênese de ambos os sintomas é comum: o fluxo retrógrado do conteúdo gástrico em direção ao esôfago. Assim, frequentemente os portadores da DRGE se apresentarão com a doença do subtipo mista. Com isso, pode-se dizer que os portadores da DRGE na macrorregião de Belém apresentam sintomas que vão além do trato gastrointestinal, o que pode repercutir em aumento o número de consultas médicas, devido à procura por vários especialistas para abordar as queixas dos diversos sistemas orgânicos acometidos pela doença, implicando, em última análise, em aumento dos gastos com a saúde.

A prevalência da DRGE encontrada neste trabalho foi de 36,8% (Tabela 1). A partir de dados do IBGE (2000) o qual apontou a população de Belém-Pa em 1,28 milhões de habitantes, a estimativa pontual é que haja, em Belém, 470 mil indivíduos portadores da Doença do Refluxo Gastresofágico. Ao considerar o intervalo de confiança (IC) de 95%, tem-se que esta estimativa localiza-se entre a faixa de 410 mil a 530 mil pessoas. Estes números ratificam a importância da DRGE na população de Belém.

Utilizando valores aproximados, para fins didáticos, através dos resultados obtidos neste trabalho, pode-se afirmar que pelo menos um em cada três habitantes de Belém é portador da DRGE sintomática. Se avaliássemos a população através da Phmetria (exame padrão ouro para diagnóstico desta afecção) esta prevalência seria superior, já que existe uma porcentagem de portadores que são completamente assintomáticos.

A prevalência de DRGE encontrada neste estudo supera significativamente a prevalência encontrada em estudo realizado nas cidades de Porto Alegre (22,2%) e Pelotas (31,3%) e de um estudo realizado em 22 cidades do Brasil (7,3%). Entretanto é menor que a prevalência em Temuco, Chile (52,8%) (Tabela 57).

Inicialmente, duas explicações foram aventadas para justificar a maior prevalência da DRGE na cidade de Belém em detrimento dos demais trabalhos brasileiros disponíveis. Primeiramente, destaca-se que o presente trabalho optou por considerar doente o paciente que apresentasse episódios de sintomas típicos durante três meses consecutivos, nos últimos 6 meses como orienta o Critério Internacional de Distúrbios Funcionais do Trato Gastrointestinal - Roma III (Anexo F, G e H). Estabeleceu-se como frequência mínima necessária para a caracterização da doença, a recorrência dos sintomas típicos por duas vezes ao mês, isto porque, segundo o referido critério, seria importante avaliar não somente a recorrência, mas também a cronicidade dos sintomas, sendo este último o parâmetro mais valioso para o diagnóstico. Os autores comparados utilizaram um padrão mais restrito para definição dos doentes, que foi a recorrência semanal no último mês. Isso permitiu que, neste trabalho, houvesse um número maior de entrevistados classificados como portadores da doença em comparação aos demais. Deve-se salientar ainda que, além da DRGE típica, este estudo procurou identificar também os doentes atípicos, aumentando, desta forma, a prevalência desta patologia na referida população.

A alta prevalência encontrada por Manterola (2005) na cidade de Temuco, no Chile, difere enormemente dos estudos realizados no Brasil. Propõe-se que estes achados podem ser explicados pela diferença sociocultural entre os dois países, refletindo uma possível maior exposição a fatores desencadeantes de refluxo na população estudada por este autor.

Após definir os portadores da DRGE, foi aplicado o segundo questionário para caracterização dos doentes.

Segundo os critérios estabelecidos pelos autores deste trabalho, 147 (36,8%) entrevistados foram considerados doentes, dentre os quais, 61,3% eram do sexo feminino (Tabela 17), como já foi verificado por estudos semelhantes desenvolvidos por Oliveira (2005), Pereira-Lima (2000), Moraes-Filho (2005) e Oliveira (2006).

Os autores deste estudo questionaram a possível relevância do aspecto hormonal para justificar a maior ocorrência da doença no sexo feminino. Para tanto, foi investigada a relação dos sintomas da DRGE com o ciclo menstrual, porém somente 18,1% das entrevistadas responderam positivamente a esta associação.

Quanto aos aspectos sócio-econômicos, o perfil do doente delineado por este estudo foi de um paciente jovem, faixa etária de 18-30 anos (Tabela 18), solteiro (Tabela 19), estudante (Tabela 22), com renda mensal de 2-3 salários mínimos (Tabela 24), católico (Tabela 23), sem filhos (Tabela 20) e escolaridade mais elevada, com predominância do ensino médio, seguido pelo ensino superior (Tabela 21). A faixa etária jovem pode refletir as pressões associadas ao término dos estudos, ingresso no mercado de trabalho e instabilidade dos novos empregos, refletindo nos salários de padrão inicial, variando de 2 a 3 salários. Além disso, a escolaridade mais elevada se relaciona a maior cobrança intelectual, grande causadora de estresse. A priorização pelos estudos e a busca por especialização, faz com que as pessoas procurem ter filhos com idade mais avançada, após estabilidade econômica. Os solteiros costumam ter hábitos alimentares menos saudáveis, consumindo com maior frequência alimentos desencadeadores do refluxo, como bebidas alcoólicas. A maioria da população de Belém é católica, portanto, é esperado que grande parcela dos doentes siga esta religião.

Quando questionados a respeito de sua saúde, 46,9% dos portadores da doença referiram considerar sua saúde regular (Tabela 25). Dado este que supera o número encontrado pelo autor Oliveira, em estudo realizado no ano de 2005, no qual 34,5% dos pacientes com DRGE relataram um bem-estar intermediário, demonstrando que esta doença tem impacto negativo da qualidade de vida dos seus portadores, porém não é incapacitante. Isso pode ser ratificado pelo fato de que apenas 25,2% dos doentes entrevistados relataram a ocorrência de algum prejuízo às atividades cotidianas provocado pelos sintomas.

Após episódios de refluxo, o conteúdo ácido é clareado do esôfago por três mecanismos básicos, que são a peristalse esofágica, a deglutição de saliva e a gravidade (CORSI, 2007). Quando em decúbito, o paciente anula este último, que é um importante mecanismo de proteção esofágica, facilitando da ação lesiva do ácido neste órgão. Portanto, espera-se que os sintomas sejam mais freqüentes com o paciente em posição deitada. Esta teoria foi fortalecida pelo presente trabalho, que revelou uma presença de refluxo em 63,3% ao decúbito (Tabela 27), enquanto 52,4% referiram os mesmos sintomas quando em pé, valor este que não apresentou significância estatística (Tabela 28). Apesar da elevada freqüência dos sintomas noturnos, somente 20,4% dos entrevistados referiu já ter acordado sufocado (Tabela 44), um achado que pode estar presente em pacientes com refluxo que alcança as porções superiores do trato digestivo/respiratório.

Segundo estudo realizado em 2005 por Oliveira, os pacientes obesos apresentavam maior prevalência de refluxo. Sabe-se que a prática de atividade física é um importante instrumento para prevenção e controle do excesso de peso, portanto os autores deste estudo consideraram relevante incluir no protocolo de pesquisa, perguntas a respeito da realização de exercícios físicos. Encontrou-se 78,9% dos entrevistados classificados como doentes sedentários (Tabela 26).

A realização de uma dieta adequada é uma importante medida para controle sintomático da DRGE, pois diversos alimentos podem funcionar como gatilho para o aparecimento de seu quadro clínico (Pereira-Lima, 2000 e Manterola 2005). Através das informações colhidas com os doentes entrevistados, definiu-se que os principais alimentos envolvidos na piora dos sintomas são as bebidas alcoólicas (28,6%), alimentos cítricos (17,7%), alimentos apimentados (13,6%) e café (12,9%) – tabela 52, enquanto que a

melhora foi relatada pelo consumo de fibras (32,7%), leite e derivados (31,3%) e verduras/legumes (17,7%) – tabela 51. Mesmo que a população entrevistada seja capaz de definir claramente os alimentos benéficos ou maléficos para o quadro, apenas 34% dos doentes entrevistados referiram ter adotado mudanças em seus hábitos alimentares e 17% modificaram o estilo de vida em detrimento dos sintomas (Tabelas 29 e 31, respectivamente). Isto reflete, indiretamente, o pouco conhecimento da população geral a respeito desta doença. A maioria de seus portadores a considera como sintomas isolados, ignorando, desta forma, o fato de que são doentes e que estão sujeitos às possíveis complicações da referida afecção. Coube aos autores orientar adequadamente os doentes entrevistados, medida esta de fundamental importância, visto que o tratamento não-medicamentoso é bastante eficaz para controle da DRGE. Isso se torna evidente pelo fato de que 88% dos entrevistados que optaram por mudança alimentar e 92% dos que realizaram mudança no estilo de vida referiram melhora dos sintomas (Tabelas 30 e 32, respectivamente).

Considerando-se o grande impacto negativo na qualidade de vida de seus portadores, tornou-se relevante avaliar a percentagem de doentes que buscaram tratamento medicamentoso que foi de 33,3% (Tabela 47), sendo que 67,4% (Tabela 48) o fizeram através de prescrição médica e 57,1% referiam melhora dos sintomas (Tabela 49). Para controle sintomático da doença, 24,5% dos doentes referiram uso de antiácidos (Tabela 50).

O número de doentes que referiram melhora após uso de medicação, neste trabalho, não foi significativo estatisticamente (p -valor=0.3914). A hipótese sugerida para justificar este dado se baseia no fato de que os pacientes, por não se julgarem doentes, não se sentem inclinados a cumprir com rigor os tratamentos prescritos, além disso, muitos não são acompanhados regularmente por médicos com habilidade para investigar e conduzir adequadamente a DRGE.

A dispepsia pode estar associada à DRGE (OLIVEIRA, 2006). Os sintomas dispépticos relatados foram a má-digestão (63,9%), a diminuição do apetite (27,2%) e a distensão abdominal (39,5%) - Tabelas 30, 31, 32, respectivamente.

A associação de distúrbios emocionais e DRGE já foi evidenciada por alguns autores (OLIVEIRA, 2005; MORAES FILHO, 2005). Moraes-Filho (2005) explica que esta relação pode ser somente coincidência, porém, também pode justificada ser pelo fato de que pessoas estressadas, ansiosas, depressivas apresentam maior percepção dos sintomas viscerais e, portanto, os relate mais freqüentemente. Neste trabalho, 55,1% dos entrevistados referiram considerar-se ansiosos (Tabela 39), enquanto 18,4% consideraram-se depressivos (Tabela 41). Divergindo dos dados encontrados na literatura, o presente trabalho não encontrou significância estatística na prevalência de indivíduos ansiosos (p-valor=0.2482).

Para ampliar a investigação, além da ansiedade, foi pesquisada a presença de sintomas indiretos relacionados ao estresse como: a cefaléia presente em 73,5% dos entrevistados com a doença (Tabela 34), as lombalgias em 65,3% (Tabela 37), o torcicolo em 23,1% (Tabela 38). Estas, em especial a cefaléia, se apresentaram com freqüência importante na população estudada e, portanto, permitem a relação da DRGE com o estresse. Estes dados podem sugerir uma dificuldade do paciente em reconhecer-se ou aceitar-se como uma pessoa ansiosa/estressada, evidenciando a importância de investigar sinais indiretos relacionados para obter uma estimativa mais fidedigna.

Oliveira 2005 mostrou que a DRGE era mais prevalente em pacientes insones. No presente estudo, a insônia esteve presente somente em 32,7% dos portadores da doença (Tabela 43). Embora um número maior destes (46,9%) tenha referido cansaço persistente (Tabela 45), um dos principais sinais da presença de insônia, este número não apresentou tendência significativa (p-valor=0.5094).

Na intenção de correlacionar os sintomas da DRGE com o estresse provocado pelo ambiente de trabalho, os entrevistados foram interrogados a respeito do comportamento dos sintomas durante as férias. 59,9% dos doentes referiram ter tido férias nos últimos dois anos (Tabela 51), destes 48,8% referiram melhora ou desaparecimento dos sintomas, porém 47,7% não perceberam alteração no quadro (Tabela 54).

6 CONCLUSÃO

Este estudo confirma a alta prevalência de DRGE na macrorregião de Belém (36,8%). Sua principal forma de apresentação é a doença do tipo mista, tendo a regurgitação como principal sintoma típico e a faringite e pneumonia como principais sintomas atípicos. Em Belém, o paciente portador da DRGE é predominantemente do sexo feminino, jovem (18-30 anos), solteiro, sem filhos, escolaridade prevalecendo o ensino médio e com renda familiar de 2-3 salários mínimos. A DRGE está relacionada a situações de estresse e ansiedade e causa um impacto negativo na qualidade de vida do doente.

REFERÊNCIAS

BARROS S.G.S. Doença do Refluxo Gastroesofágico – prevalência, fatores de risco e desafios. **Arq Gastroenterol** v.42, n.2, p. 71, 2005

BOLIN, T.D. et al. Heartburn: community perceptions. **Journal of Gastroenterology and Hepatology**, v. 15, n. 1, p. 35-39, 2000.

BURATI, D.O. et al. Doença do refluxo gastroesofágico: análise de 157 pacientes. **Rev Bras de Otorrinolaringol**, v. 69, n. 4, p. 458-462, 2003

CHEHTER E. Z. Doença do refluxo gastroesofágico: uma afecção crônica. **Arq. Med. ABC** v.29, n. 1, p. 12-18, 2004

CHINZON D. et al. Refluxo Gastroesofágico: diagnóstico e tratamento, 2003. **Fed. Bras de Gastroenterol**. Disponível em: http://projotodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/084.pdf acesso em: 04/08/06.

COHEN, S; PARKMAN, H.P. Doenças do esôfago. In: GOLDMAN, L; BENNET, J.C. **CECIL – Tratado de Medicina Interna**. 21.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001, p.729-740

CORSI P.R. et al. Presença de refluxo em pacientes com sintomas típicos de doença de refluxo gastroesofágico. **Rev Assoc Med Bras**, v. 53, n.2, p.152-157, 2007.

GURSKI R.R. et al. Manifestações extra-esofágicas da doença do refluxo gastroesofágico. **J Bras Pneumol**, v. 32, n.º. 2, p. 150-160, 2006.

HEADING, R.C. Prevalence of upper gastrointestinal symptoms in the general population: a systematic review. **Scand J Gastroenterol Suppl**. 1999;231:3-8

LABENZ, J; MALFERTHEINER, Treatment of uncomplicated reflux disease. **World Journal of Gastroenterology**, v. 11, n. 28, p. 4291-4299, jul. 2005.

LIM, L.G; HO, K.Y. Gastroesophageal reflux disease at the turn of the millennium. **World Journal of Gastroenterology**, v. 9, n. 10, p. 2135-2136, 2003

LOFFELD, R.J. Gastro-esophageal reflux disease – experience in daily practice: Symptoms and symptom assessment. **Scandinavian Journal of Gastroenterology –Supplement**, n.243, p.3-6, maio 2006.

MACHADO M.M.; FELICETTI J.C.; CARDOSO P.F.G. Avaliação funcional do esôfago: Esofagomanometria e pHmetria esofágica de 24 horas. **Rev. AMRIGS**, Porto Alegre, v. 49, n. 4, p. 277-280, out.-dez. 2005.

MANTEROLA C.; BUSTOS L.; VIAL M.; Prevalência de enfermedad por reflujo gastroesofágico en poblacion general urbana adulta. **Rev. Chilena de Cirurgia**, v. 57, n. 6, p. 476-482, 2005.

MOAYYEDI, P; TALLEY, N.J. Gastro-esophageal reflux disease. **Lancet**. v.327. n.9528, p.2086-2100, jun. 2006.

MORAES-FILHO, J.P.P. et al. Prevalence of heartburn and gastroesophageal reflux disease in the urban brazilian population. **Arq Gastroenterol**, v. 42, n. 2, p. 122-127, abr./jun. 2005.

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 – no. 1 – jan./mar. 2003

NASI, A. et al. Doença do refluxo gastroesofágico: comparação entre as formas com e sem esofagite, em relação aos dados demográficos e às manifestações sintomáticas. **Arq Gastroenterol**. v. 38, n. 2 - abr./jun. 2001 .

OLIVEIRA, S.S. et al. Prevalência e fatores associados à doença do refluxo gastroesofagico. **Arq Gastroenterol**, v. 42, n. 2, p. 116-121, 2005.

OLIVEIRA, S.S. et al. Prevalência de dispepsia e fatores sociodemográficos. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 420-427, 2006.

ORLANDO, R.C. Doenças do esôfago. In: GOLDMAN, L; AUSIELLO, D. CECIL – **Tratado de Medicina Interna**. 22.ed.São Paulo: Elsevier Editora, 941-951, 2005

PEREIRA-LIMA, J.C; et al. Prevalência da doença do refluxo gastroesofágico: estudo populacional em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **GED**, v. 19, n. 2 , mar./abr. 2000.

POPE, C.E. Acid-Reflux Disorders. **NEJM**, v.331, n.10, p.656-660, set. 1994.

RUSSI R.F.; et al. Doença do refluxo gastroesofágico – estudo descritivo de 43 pacientes operados no Hospital Florianópolis no período de setembro de 1982 a dezembro de 2005 – casuística pessoal. **Arq. Catarinense de Med.**, v. 36, n.1, 2007

SPECHLER, J.S. Barrett's Esophagus. **NEJM**, v.346, n.11, p. 836-842, mar. 2002.

VARANNES, S.B. et al. Rabeprazol test for the diagnosis of gastro-esophageal reflux-disease: Resoles of a study in a primary care setting. **World Journal of Gastroenterology**, v. 12, n.16, p. 2569-2573, abr. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aplicado para 400 pessoas entrevistadas na macrorregião de Belém, no período de novembro de 2007 a março de 2008.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO: Doença do Refluxo Gastroesofágico: Prevalência Populacional na macrorregião de Belém

ESCLARECIMENTOS DA PESQUISA

Esse estudo busca determinar o número de casos de uma doença do trato gastrointestinal chamada Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) na macrorregião de Belém-PA no período de janeiro de 2007 a março de 2007. Serão entrevistados 1067 habitantes desta macrorregião, utilizando-se questionários padronizados para realizar o possível diagnóstico de pacientes com a doença. Posteriormente, para aqueles que tiverem a doença confirmada, será utilizado outro modelo de questionário, que qualificará cada paciente.

As informações obtidas serão utilizadas para esta pesquisa e servirão como base para estudos posteriores relacionados ao mesmo assunto e serão analisadas juntamente com as de outras pessoas, não sendo divulgada qualquer informação que possa levar à sua identificação.

Nenhum material biológico (como sangue, fezes, urina, etc) será coletado.

Todos os questionários aplicados serão guardados pelo período de 05 (cinco) anos com os pesquisadores, sendo queimados após o término deste prazo.

Os indivíduos participantes desta pesquisa não estão sujeitos a riscos físicos, pois irão apenas responder a perguntas, sem nenhum outro tipo de participação. Porém, a possível

identificação destes como doentes poderá gerar preconceitos por parte de pessoas não familiarizadas com a doença. A prevenção desse problema consiste no fato de que apenas os números de identificação dos questionários serão utilizados na pesquisa, não havendo qualquer outro fator de identificação, como iniciais dos nomes dos entrevistados, e as fichas correspondentes aos questionários serão guardadas com os pesquisadores e queimadas após o período de cinco anos, o que dificultará a identificação dos doentes. Todo entrevistado que apresentar estigmas psicológicos originados em decorrência direta da pesquisa, será encaminhado a um tratamento especializado com psicólogo na clínica Unigastro (ANEXO B).

Os benefícios esperados com a pesquisa para o indivíduo participante são: a possibilidade de ter uma possível doença diagnosticada e receber as devidas orientações para manejo e tratamento da mesma. Além disso, os resultados obtidos irão permitir que se estabeleçam as características desta doença na macrorregião estudada. Tal conhecimento será útil para que se busque uma estratégia adequada de abordagem aos doentes, assim como servirá de auxílio para estudos posteriores.

A pessoa entrevistada é livre para participar ou não da pesquisa, sem quaisquer repressões atuais ou futuras, podendo retirar seu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de prejuízo.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, assim como também não haverá nenhum pagamento por sua participação.

Para esclarecimentos e/ou dúvidas da referente pesquisa, maiores informações podem ser obtidas com o Dr. Marcus Vinicius Henriques Brito, orientador da pesquisa, ou com os acadêmicos participantes, Louise Tandaya Bendahan (Tr. Castelo Branco 1746/601, fone 91 32494681) e Verônica Ohashi Torres (Rua Apinagés 630/601, fone 91 32255317).

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Nome: Prof. Dr. Marcus Vinicius Henriques Brito

End: Trav. Padre Eutíquio, 2264/ 1101

Fone: (91) 3223-3609

CRM-PA: 4102

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a aplicação dos questionários.

Belém, ___/___/___

Assinatura do sujeito da pesquisa ou do responsável.

APÊNDICE B - Protocolo A de pesquisa aplicado para 400 pessoas entrevistadas na macrorregião de Belém, no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Nº. do formulário _____

Protocolo A

1) Sexo: Masculino () Feminino ()

2) Idade:

() 18 – 30 () 30 – 40 () 40 – 50 () 50 – 60 () 60 – 70 () 70 – 80
() mais de 80. Quantos anos? _____

3) Nos últimos 3 meses, possuiu a sensação de comida subindo do estômago até à garganta, podendo ou não chegar até a boca (regurgitação)?

() Não () Sim

Se você marcou Sim, responda as questões 3.1, 3.2 e 3.3. Se marcou Não, siga para a questão 4.

3.1 Qual a frequência de regurgitação?

() 1 vez ao ano () 2 vezes por mês () semanalmente
() diariamente () outros: _____

3.2 Você chega a vomitar? () Sim () Não

3.3 Quando o alimento é ácido, a regurgitação diminui? () Sim () Não

4) Possui dor ou desconforto na barriga (abdominal) por pelo menos 3 dias por mês?

() Não () Sim

Se você marcou Sim, responda as questões 4.1 e 4.2. Se marcou Não, siga para a questão 5.

4.1 Sentiu nos últimos 3 meses? () Sim () Não

4.2 O início do sintoma se deu há pelo menos 6 meses? () Sim () Não

5) Nos últimos 3 meses, possuiu sensação de “bolo na garganta” (globus faríngeo), como se a comida tivesse parado provocando incômodo, sendo que no momento você não estava engolindo?

() Não () Sim

Se você marcou Sim, responda a questão 5.1. Se marcou Não, siga para a questão 6.

5.1 Sente pelo menos uma vez por semana? () Sim. Quantas vezes _____ () Não

6) Nos últimos 3 meses possui dor no meio do peito (dor retroesternal)?

() Não () Sim

Se você marcou Sim, responda as questões 6.1, 6.2 e 6.3. Se marcou Não, siga para a questão 7.

6.1 Qual a frequência dessa dor? () 1 vez ao ano () 2 vezes por mês
() diariamente () semanalmente () outros: _____

6.2 Essa dor acontece enquanto você estava engolindo? () Sim () Não

6.3 Essa dor acontece enquanto a comida descia? () Sim () Não

7) Nos últimos 3 meses, possuiu uma queimação no peito, azia (pirose)?

() Não () Sim

Se você marcou Sim, responda a questão 7.1. Se marcou Não, siga para a questão 8.

7.1 Com que frequência? () 1 vez ao ano () 2 vezes por mês
() diariamente () semanalmente () outros: _____

8) Você apresenta com uma frequência pelo menos 3 vezes a cada 6 meses algum dos sintomas abaixo?

Faringite (dor de garganta) () Sim () Não

Pneumonia () Sim () Não

Otite () Sim () Não

Asma () Sim () Não

Sinusite de repetição () Sim () Não

9) Nos últimos 3 meses, você sentiu, pelo menos 3 vezes por mês:

Sensação de boca amarga () Sim () Não

Dor no peito (dor precordial) () Sim () Não

Arritmias cardíacas () Sim () Não

Rouquidão () Sim () Não

Tosse seca () Sim () Não

Se marcou Sim para algum sintoma, reponda:

11.1) Apresenta este(s) sintoma(s) há pelo menos 6 meses? () Sim () Não

APÊNDICE C - Protocolo B de pesquisa aplicado para entrevistados portadores de DRGE da macrorregião de Belém, no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Nº. do formulário _____

Protocolo B

1) Estado civil?

Solteiro (a) Casado (a) União estável Viúvo (a) Divorciado (a)

2) Possui filhos?

Sim Não

2.1) Em caso positivo, quantos?

1 2 3 4 5 > 5 Especificar _____

3) Número de pessoas na casa?

1 pessoa 2 pessoas 3 pessoas
 4 pessoas 5 pessoas > 5 pessoas. Especificar _____

4) Nível de escolaridade?

Analfabeto Alfabetizado Ensino fundamental incompleto
 Ensino fundamental completo Ensino médio incompleto Ensino superior completo
 Ensino superior incompleto Ensino médio completa Pós-graduação completa
 Pós-graduação incompleta

5) Relação de emprego? (pode ser marcada mais de uma alternativa).

Desempregado Estudante Funcionário público
 Funcionário privado Autônomo. Citar a profissão: _____

6) Religião?

Católico Evangélico Espírita Judeu Ateu Outros: _____

7) Renda mensal?

Até 1 salário mínimo 2 – 3 salários mínimos 4 – 10 salários mínimos
 10 - 20 salários mínimos + de 20 salários mínimos

8) Considera sua condição de saúde:

Muito boa Boa Regular Péssima

9) Pratica atividade física?

Sim Não

9.1) Caso positivo, quantas vezes na semana?

1 2 3 4 5 > 5 Especificar _____

10) Sente azia quando está deitado

Sim Não

11) Sente azia quando está em pé?

Sim Não

12) Alguma vez mudou hábitos alimentares por causa dos sintomas?

Sim Qual(is)? _____ Não

12.1) A mudança melhorou o quadro?

Sim Não

13) Alguma vez mudou hábitos de vida por causa dos sintomas?

Sim Qual(is)? _____ Não

13.1) A mudança melhorou o quadro?

Sim Não

14) Possui má digestão? (sintomas dispépticos)

Sim Não

15) Possui distensão abdominal (aumento do volume abdominal)?

Sim Não

(16) Dores de cabeça?

Sim Não

17) Dores nas costas?

Sim Não

18) Torcicolo?

Sim Não

19) Se considera ansioso?

Sim Não

20) Seus amigos o consideram ansioso?

Sim Não

21) Se considera Depressivo?

Sim Não

22) Seus amigos o consideram Depressivo?

Sim Não

23) Dorme bem à noite?

Sim Não

(24) Alguma vez já acordou sufocado ou engasgado à noite?

Sim Não

(25) Sente-se cansado com frequência?

Sim Não

(26) Estes sintomas já provocaram faltas em atividades cotidianas?

Sim Não

(27) Já realizou algum tipo de tratamento?

Sim Não

28) Em caso positivo, prescrição médica ou por conta própria?

Prescrição médica Qual tratamento?: _____ Conta própria

(28.1) Houve melhora?

Sim Não

29) Toma antiácidos continuamente?

Sim Quais? _____ Não

30) Alimentos que melhoram o quadro?

<input type="checkbox"/> Leite e derivados	<input type="checkbox"/> Fibras	<input type="checkbox"/> Alimentos apimentados
<input type="checkbox"/> Cítricos	<input type="checkbox"/> Verduras	<input type="checkbox"/> Alimentos frios/crus
<input type="checkbox"/> Cevada	<input type="checkbox"/> Café	<input type="checkbox"/> Frituras
<input type="checkbox"/> Carne, peixe ou frango	<input type="checkbox"/> Chocolate	<input type="checkbox"/> Outros. _____

31) Alimentos que pioram o quadro?

<input type="checkbox"/> Leite e derivados	<input type="checkbox"/> Fibras	<input type="checkbox"/> Alimentos apimentados
<input type="checkbox"/> Cítricos	<input type="checkbox"/> Verduras	<input type="checkbox"/> Alimentos frios/crus
<input type="checkbox"/> Cevada	<input type="checkbox"/> Café	<input type="checkbox"/> Frituras
<input type="checkbox"/> Carne, peixe ou frango	<input type="checkbox"/> Chocolate	<input type="checkbox"/> Outros. _____

32) Tirou férias nos últimos 2 anos?

Sim Não

32.1) Em casa positivo, durante as férias os sintomas:

Melhoraram Pioraram Desapareceram Não se alteraram

33) O quadro possui relação com o período menstrual?

Sim Não

(34) O quadro possui relação com períodos de tensão, nervosismo ou estresse?
() Sim () Não

ANEXOS

ANEXO A - Cálculo do fator referente à quantidade de questionários a serem aplicados na Macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Bairros de Belém	População Urbana	Fator
Água Boa	5 632	0,004452
Águas Lindas	10 817	0,008550
Águas Negras	6 547	0,005175
Agulha	18 096	0,014304
Aura	1 556	0,001230
Barreiro	24 421	0,019303
Batista Campos	19 363	0,015305
Bengui	27 804	0,021977
Brasília	5 148	0,004069
Cabanagem	28 960	0,022891
Campina	5 266	0,004162
Campina de Icoaraci	27 061	0,021390
Canudos	14 594	0,011535
Castanheira	24 612	0,019454
Cidade Velha	11 919	0,009421
Condor	41 561	0,032851
Coqueiro	36 727	0,029030
Cremação	30 454	0,024072
Cruzeiro	11 350	0,008971
Curió-Utinga	18 874	0,014918
Fátima	13 183	0,010420
Guamá	101 892	0,080538
Guanabara	1 915	0,001514
Itaiteua	1 207	0,000954
Jurunas	62 602	0,049482
Mangueirão	32 674	0,025826
Maracacuera	9 819	0,007761
Maracangalha	27 694	0,021890

Marambaia	62 253	0,049206
Marco	63 842	0,050462
Miramar	36	0,000028
Montese (Terra Firme)	63 165	0,049927
Mosqueiro	21 808	0,017238
Nazaré	18 655	0,014745
Paracuri	8 754	0,006919
Parque Guajará	23 056	0,018224
Parque Verde	31 359	0,024787
Pedreira	68 952	0,054501
Ponta Grossa	12 423	0,009819
Pratinha	17 965	0,014200
Reduto	6 957	0,005499
Sacramenta	44 359	0,035062
São Brás	19 805	0,015654
São Clemente	5 830	0,004608
São João do Outeiro	7 633	0,006033
Souza	12 652	0,010000
Bairros de Belém	População Urbana	Fator
Sucurijuquara	701	0,000554
Tapanã	51 840	0,040976
Telégrafo	42 698	0,033750
Tenoné	15 866	0,012541
Umarizal	30 013	0,023723
Uma	4 716	0,003728
Universitário	2 629	0,002078
Val-de-Cães	5 428	0,004290
Total	1 265 143	1

Fonte: Censo populacional 2000 (IBGE).

ANEXO B - Cálculo da quantidade de questionários a serem aplicados na macrorregião de Belém no período de novembro de 2007 a março de 2008.

Bairros de Belém	População Urbana	Fator	Nº de Entrevistas
Água Boa	5 632	0,004452	2
Águas Lindas	10 817	0,008550	3
Águas Negras	6 547	0,005175	2
Agulha	18 096	0,014304	6
Aura	1 556	0,001230	0
Barreiro	24 421	0,019303	8
Batista Campos	19 363	0,015305	6
Bengui	27 804	0,021977	9
Brasília	5 148	0,004069	2
Cabanagem	28 960	0,022891	9
Campina	5 266	0,004162	2
Campina de Icoaraci	27 061	0,021390	8
Canudos	14 594	0,011535	5
Castanheira	24 612	0,019454	8
Cidade Velha	11 919	0,009421	4
Condor	41 561	0,032851	13
Coqueiro	36 727	0,029030	12
Cremação	30 454	0,024072	10
Cruzeiro	11 350	0,008971	4
Curió-Utinga	18 874	0,014918	6
Fátima	13 183	0,010420	4
Guamá	101 892	0,080538	32
Guanabara	1 915	0,001514	1
Itaiteua	1 207	0,000954	0
Jurunas	62 602	0,049482	20
Mangueirão	32 674	0,025826	10
Maracacuera	9 819	0,007761	3
Maracangalha	27 694	0,021890	9

Marambaia	62 253	0,049206	20
Marco	63 842	0,050462	20
Miramar	36	0,000028	0
Montese (Terra Firme)	63 165	0,049927	20
Mosqueiro	21 808	0,017238	7
Nazaré	18 655	0,014745	6
Paracuri	8 754	0,006919	3
Parque Guajará	23 056	0,018224	7
Parque Verde	31 359	0,024787	10
Pedreira	68 952	0,054501	22
Ponta Grossa	12 423	0,009819	4
Pratinha	17 965	0,014200	6
Reduto	6 957	0,005499	2
Sacramenta	44 359	0,035062	14
São Brás	19 805	0,015654	6
São Clemente	5 830	0,004608	2

Bairros de Belém	População Urbana	Fator	Nº de Entrevistas
São João do Outeiro	7 633	0,006033	3
Souza	12 652	0,010000	4
Sucurijuquara	701	0,000554	0
Tapanã	51 840	0,040976	16
Telégrafo	42 698	0,033750	13
Tenoné	15 866	0,012541	5
Umarizal	30 013	0,023723	9
Uma	4 716	0,003728	1
Universitário	2 629	0,002078	1
Val-de-Cães	5 428	0,004290	2
Total	1 265 143	1	400

Fonte: Censo populacional 2000 (IBGE).

ANEXO C - Número de domicílios particulares permanentes na macrorregião de Belém segundo o Censo 2000.

Mesorregiões, Microrregiões, Municípios, Distritos, Subdistritos e Bairros	Domicílios particulares permanentes		
	Total	Situação do domicílio Urbana	Rural
Belém	296 352	294 532	1 820
Bairros			
Aeroporto	275	275	-
Água Boa	1 446	1 446	-
Águas Lindas	2 720	2 720	-
Águas Negras	1 487	1 487	-
Agulha	4 198	4 198	-
Arirambá	447	447	-
Aurá	401	401	-
Baía do Sol	489	489	-
Barreiro	5 085	5 085	-
Batista Campos	5 138	5 138	-
Bengui	6 137	6 137	-
Bonfim	3	3	-
Brasília	1 250	1 250	-
Cabanagem	6 579	6 579	-
Campina	1 610	1 610	-
Campina de Icoaraci	6 213	6 213	-
Canudos	3 347	3 347	-
Carananduba	1 085	1 085	-
Caruara	40	40	-
Castanheira	5 865	5 865	-
Chapéu Virado	299	299	-

Cidade Velha	2 601	2 601	-
Condor	8 753	8 753	-
Coqueiro	8 687	8 687	-
Cremação	6 998	6 998	-
Cruzeiro	2 626	2 626	-
Curió-Utinga	4 312	4 312	-
Farol	255	255	-
Fátima	2 882	2 882	-
Guamá	22 138	22 138	-
Guanabara	426	426	-
Itaiteua	257	257	-
Jurunas	13 320	13 320	-
Mangueirão	8 242	8 242	-
Mangueiras	350	350	-
Maracacuera	2 352	2 352	-

Mesorregiões, Microrregiões,
Municípios, Distritos,
Subdistritos e Bairros

Domicílios particulares permanentes

Total	Situação do domicílio	
	Urbana	Rural

Belém	296 352	294 532	1 820
-------	---------	---------	-------

Bairros

Maracajá	601	601	-
Maracangalha	5 974	5 974	-
Marahú	29	29	-
Marambaia	14 333	14 333	-
Marco	15 528	15 528	-
Miramar	9	9	-
Montese (Terra Firme)	13 735	13 735	-
Murubira	265	265	-
Natal do Murubira	246	246	-
Nazaré	5 256	5 256	-
Paracuri	2 122	2 122	-
Paraíso	57	57	-
Parque Guajará	5 637	5 637	-
Parque Verde	7 773	7 773	-
Pedreira	16 339	16 339	-
Ponta Grossa	2 936	2 936	-
Porto Arthur	64	64	-
Praia Grande	99	99	-
Pratinha	4 228	4 228	-
Reduto	1 863	1 863	-
Sacramenta	9 928	9 928	-
São Brás	5 040	5 040	-
São Clemente	1 455	1 455	-
São Francisco	476	476	-

São João do Outeiro	1 940	1 940	-
Souza	3 292	3 292	-
Sucurijuquara	120	120	-
Tapanã	12 510	12 510	-
Telégrafo	9 135	9 135	-
Tenoné	3 951	3 951	-
Umarizal	7 501	7 501	-
Uma	1 144	1 144	-
Universitário	560	560	-
Val-de-Cães	1 301	1 301	-

Fonte: Censo populacional 2000 (IBGE).

ANEXO D - Número de moradores em domicílios particulares permanentes na macrorregião de Belém segundo o Censo 2000.

Mesorregiões, Microrregiões, Municípios, Distritos, Subdistritos e Bairros	Moradores em domicílios particulares permanentes		
	Total	Situação do domicílio Urbana	Rural
Belém	1 273 225	1 265 143	8 082
Bairros			
Aeroporto	1 121	1 121	-
Água Boa	5 632	5 632	-
Águas Lindas	10 817	10 817	-
Águas Negras	6 547	6 547	-
Agulha	18 096	18 096	-
Ariramba	1 851	1 851	-
Aura	1 556	1 556	-
Baía do Sol	2 369	2 369	-
Barreiro	24 421	24 421	-
Batista Campos	19 363	19 363	-
Bengui	27 804	27 804	-
Bonfim	24	24	-
Brasília	5 148	5 148	-
Cabanagem	28 960	28 960	-
Campina	5 266	5 266	-
Campina de Icoaraci	27 061	27 061	-
Canudos	14 594	14 594	-
Carananduba	4 783	4 783	-
Caruara	204	204	-
Castanheira	24 612	24 612	-
Chapéu Virado	1 138	1 138	-
Cidade Velha	11 919	11 919	-
Condor	41 561	41 561	-
Coqueiro	36 727	36 727	-

Cremação	30 454	30 454	-
Cruzeiro	11 350	11 350	-
Curió-Utinga	18 874	18 874	-
Farol	1 063	1 063	-
Fátima	13 183	13 183	-
Guamá	101 892	101 892	-
Guanabara	1 915	1 915	-
Itaiteua	1 207	1 207	-
Jurunas	62 602	62 602	-
Mangueirão	32 674	32 674	-
Mangueiras	1 350	1 350	-
Maracacuera	9 819	9 819	-
Maracajá	2 696	2 696	-

Mesorregiões, Microrregiões, Municípios, Distritos, Subdistritos e Bairros	Moradores em domicílios particulares permanentes		
	Total	Situação do domicílio	
		Urbana	Rural
Belém	1 273 225	1 265 143	8 082
Bairros			
Maracangalha	27 694	27 694	-
Marahú	112	112	-
Marambaia	62 253	62 253	-
Marco	63 842	63 842	-
Miramar	36	36	-
Montese (Terra Firme)	63 165	63 165	-
Murubira	965	965	-
Natal do Murubira	1 099	1 099	-
Nazaré	18 655	18 655	-
Paracuri	8 754	8 754	-
Paraíso	200	200	-
Parque Guajará	23 056	23 056	-
Parque Verde	31 359	31 359	-
Pedreira	68 952	68 952	-
Ponta Grossa	12 423	12 423	-
Porto Arthur	267	267	-
Praia Grande	462	462	-
Pratinha	17 965	17 965	-
Reduto	6 957	6 957	-
Sacramenta	44 359	44 359	-
São Brás	19 805	19 805	-
São Clemente	5 830	5 830	-
São Francisco	2 104	2 104	-
São João do Outeiro	7 633	7 633	-
Souza	12 652	12 652	-
Sucurijuquara	701	701	-
Tapanã	51 840	51 840	-
Telégrafo	42 698	42 698	-

Tenoné	15 866	15 866	-
Umarizal	30 013	30 013	-
Uma	4 716	4 716	-
Universitário	2 629	2 629	-
Val-de-Cães	5 428	5 428	-

Fonte: Censo populacional 2000 (IBGE).

ANEXO E - Média de moradores em domicílios particulares permanentes na macrorregião de Belém segundo o Censo 2000.

Mesorregiões, Microrregiões, Municípios, Distritos, Subdistritos e Bairros	Média de moradores por domicílio particular permanente		
	Total	Situação do domicílio	
		Urbana	Rural
Belém	4,31	4,31	4,44
Bairros			
Aeroporto	4,08	4,08	-
Água Boa	3,89	3,89	-
Águas Lindas	3,98	3,98	-
Águas Negras	4,40	4,40	-
Agulha	4,31	4,31	-
Ariramba	4,14	4,14	-
Aura	3,88	3,88	-
Baía do Sol	4,84	4,84	-
Barreiro	4,80	4,80	-
Batista Campos	3,77	3,77	-
Bengui	4,53	4,53	-
Bonfim	8,00	8,00	-
Brasília	4,12	4,12	-
Cabanagem	4,40	4,40	-
Campina	3,27	3,27	-
Campina de Icoaraci	4,36	4,36	-
Canudos	4,36	4,36	-
Carananduba	4,41	4,41	-
Caruara	5,10	5,10	-
Castanheira	4,20	4,20	-
Chapéu Virado	3,81	3,81	-
Cidade Velha	4,58	4,58	-
Condor	4,75	4,75	-
Coqueiro	4,23	4,23	-
Cremação	4,35	4,35	-
Cruzeiro	4,32	4,32	-

Curió-Utinga	4,38	4,38	-
Farol	4,17	4,17	-
Fátima	4,57	4,57	-
Guamá	4,60	4,60	-
Guanabara	4,50	4,50	-
Itaiteua	4,70	4,70	-
Jurunas	4,70	4,70	-
Mangueirão	3,96	3,96	-
Mangueiras	3,86	3,86	-
Maracacuera	4,17	4,17	-
Maracajá	4,49	4,49	-

Mesorregiões, Microrregiões,
Municípios, Distritos,
Subdistritos e Bairros
(1)

Média de moradores por domicílio
particular permanente

	Total	Situação do domicílio	
		Urbana	Rural
Belém	4,31	4,31	4,44
Bairros			
Maracangalha	4,64	4,64	-
Marahú	3,86	3,86	-
Marambaia	4,34	4,34	-
Marco	4,11	4,11	-
Miramar	4,00	4,00	-
Montese (Terra Firme)	4,60	4,60	-
Murubira	3,64	3,64	-
Natal do Murubira	4,47	4,47	-
Nazaré.	3,55	3,55	-
Paracuri	4,13	4,13	-
Paraíso	3,51	3,51	-
Parque Guajará	4,09	4,09	-
Parque Verde	4,03	4,03	-
Pedreira	4,22	4,22	-
Ponta Grossa	4,23	4,23	-
Porto Arthur	4,17	4,17	-
Praia Grande	4,67	4,67	-
Pratinha	4,25	4,25	-
Reduto	3,73	3,73	-
Sacramenta	4,47	4,47	-
São Brás	3,93	3,93	-
São Clemente	4,01	4,01	-
São Francisco	4,42	4,42	-
São João do Outeiro	3,93	3,93	-
Souza	3,84	3,84	-
Sucurijuquara	5,84	5,84	-
Tapanã	4,14	4,14	-
Telégrafo	4,67	4,67	-
Tenoné	4,02	4,02	-
Umarizal	4,00	4,00	-
Uma	4,12	4,12	-

Universitário	4,69	4,69	-
Val-de-Cães	4,17	4,17	-

Fonte: Censo populacional 2000 (IBGE).

ANEXO F – Critérios Internacionais de Desordens Funcionais Gastrointestinais – Roma III

ROME III DIAGNOSTIC CRITERIA

A. Functional Esophageal Disorders

A1. Functional Heartburn

*Diagnostic criteria**

*Must include **all** of the following:*

1. Burning retrosternal discomfort or pain
2. Absence of evidence that gastroesophageal acid reflux is the cause of the symptom
3. Absence of histopathology-based esophageal motility disorders

* Criteria fulfilled for the last 3 months with symptom onset at least 6 months prior to diagnosis

A2. Functional Chest Pain of Presumed Esophageal Origin

*Diagnostic criteria**

*Must include **all** of the following:*

1. Midline chest pain or discomfort that is not of burning quality
2. Absence of evidence that gastroesophageal reflux is the cause of the symptom
3. Absence of histopathology-based esophageal motility disorders

* Criteria fulfilled for the last 3 months with symptom onset at least 6 months prior to diagnosis

Fonte: ROMA III - Appendix B: Comparison Table of Rome II & Rome III Adult Diagnostic Criteria.
Disponível em: http://www.romecriteria.org/assets/pdf/20_RomeIII_apB_899-916.pdf. Acesso em: 17/08/2008

ROME III DIAGNOSTIC CRITERIA

A3. Functional Dysphagia

*Diagnostic criteria**

*Must include **all** of the following:*

1. Sense of solid and/or liquid foods sticking, lodging, or passing abnormally through the esophagus
2. Absence of evidence that gastroesophageal reflux is the cause of the symptom
3. Absence of histopathology-based esophageal motility disorders

* Criteria fulfilled for the last 3 months with symptom onset at least 6 months prior to diagnosis

A4. Globus

*Diagnostic criteria**

*Must include **all** of the following:*

1. Persistent or intermittent, nonpainful sensation of a lump or foreign body in the throat
2. Occurrence of the sensation between meals
3. Absence of dysphagia or odynophagia
4. Absence of evidence that gastroesophageal reflux is the cause of the symptom
5. Absence of histopathology-based esophageal motility disorders

* Criteria fulfilled for the last 3 months with symptom onset at least 6 months prior to diagnosis

Fonte: ROMA III - Appendix B: Comparison Table of Rome II & Rome III Adult Diagnostic Criteria. Disponível em: http://www.romecriteria.org/assets/pdf/20_RomeIII_apB_899-916.pdf. Acesso em: 17/08/2008

ANEXO H - Critérios Internacionais de Desordens Funcionais Gastrointestinais – Roma III

ROME III DIAGNOSTIC CRITERIA

B4. Rumination Syndrome in Adults

*Diagnostic criteria**

Must include **both** of the following:

1. Persistent or recurrent regurgitation of recently ingested food into the mouth with subsequent spitting or remastication and swallowing
2. Regurgitation is not preceded by retching

Supportive criteria

1. Regurgitation events are usually not preceded by nausea
2. Cessation of the process when the regurgitated material becomes acidic
3. Regurgitant contains recognizable food with a pleasant taste

The Rome III criteria classify rumination as a functional gastroduodenal disorder. In the Rome II classification, rumination was considered a functional esophageal disorder.