

PERFIL CLÍNICO E PERCEPÇÃO DOS PACIENTES COM DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA

CLINICAL PROFILE AND PATIENTS' PERCEPTION OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN AN EDUCATIONAL INTERVENTION

Pedro Gabriel Cazotti Thiengo¹
Nalber Furtado Nalesso²
Tiago Machado Pimentel³
Robson Minete Angelo⁴
Milena Rodrigues Pessanha Nascimento⁵
Walace Fraga Rizo⁶

RESUMO: A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é uma condição crônica altamente prevalente na população urbana brasileira, gerando expressivo impacto negativo na qualidade de vida, no sono e na alimentação dos indivíduos. Embora o tratamento farmacológico seja o manejo tradicional, as modificações comportamentais e no estilo de vida são pilares indispensáveis e frequentemente negligenciados, resultando em baixa adesão terapêutica. Analisar o perfil clínico e os hábitos de vida de pacientes com DRGE atendidos em um serviço ambulatorial, investigando suas principais dificuldades e desafios cotidianos para subsidiar ações educativas direcionadas. Estudo observacional, transversal e descritivo, com abordagem quali-quantitativa, realizado com 10 pacientes adultos atendidos em um Centro Regional de Especialidades (CRE) no município de Cachoeiro de Itapemirim-ES. As amostras foram predominantemente femininas (70%), com média de 62,8 anos e sobrepeso (IMC médio de 26,0 kg/m²); 60% apresentavam achado de refluxo ou esofagite à endoscopia prévia. O consumo de cafeína foi universal (100%), o sedentarismo esteve presente em 60% e 80% faziam uso frequente de medicação. A pontuação média do GerdQ foi 11,5 ($\pm 2,1$), acima do ponto de corte diagnóstico. Da análise qualitativa emergiram três categorias temáticas: o impacto físico e emocional da pirose, a interferência do refluxo no sono e na rotina, e as barreiras culturais, sociais e comportamentais para seguir as orientações não farmacológicas. A abordagem qualiquantitativa permitiu integrar a avaliação dos sintomas às percepções e experiências relatadas pelos pacientes, evidenciando barreiras culturais, sociais e relacionadas à rotina que podem dificultar a adoção de medidas não farmacológicas. Os achados reforçam a importância de estratégias educativas individualizadas no acompanhamento ambulatorial, embora o delineamento do estudo não permita avaliar mudanças de comportamento ou adesão terapêutica após a intervenção.

Palavras-chave: Atenção Secundária à Saúde. Doença do Refluxo Gastroesofágico. Educação em Saúde.

¹ Graduandos do Curso de Medicina da Faculdade Brasileira de Cachoeiro – Multivix.

² Graduandos do Curso de Medicina da Faculdade Brasileira de Cachoeiro – Multivix.

³ Graduandos do Curso de Medicina da Faculdade Brasileira de Cachoeiro – Multivix.

⁴ Graduandos do Curso de Medicina da Faculdade Brasileira de Cachoeiro – Multivix.

⁵ Graduandos do Curso de Medicina da Faculdade Brasileira de Cachoeiro – Multivix.

⁶ Professor orientador: Doutor em Ciências da Saúde, Curso de Medicina da Faculdade Brasileira de Cachoeiro – Multivix.

ABSTRACT: Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) is a highly prevalent chronic condition in the Brazilian urban population, generating a significant negative impact on individuals' quality of life, sleep, and eating habits. Although pharmacological treatment is the traditional management approach, behavioral and lifestyle modifications are indispensable and often neglected pillars, resulting in poor therapeutic adherence. To analyze the clinical profile and lifestyle habits of patients with Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) treated at an outpatient service, investigating their main daily difficulties and challenges to support targeted educational interventions. This is an observational, cross-sectional, descriptive study with a qualitative-quantitative approach, conducted with 10 adult patients treated at a Regional Specialty Center (CRE) in Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo, Brazil. The sample was predominantly female (70%), with a mean age of 62.8 years and overweight (mean BMI 26.0 kg/m²); 60% had previous endoscopic findings of reflux or esophagitis. Caffeine consumption was universal (100%), physical inactivity was present in 60%, and 80% regularly used medication. The mean GerdQ score was 11.5 (± 2.1), above the diagnostic cutoff. Qualitative analysis yielded three thematic categories: the physical and emotional impact of heartburn, the interference of reflux with sleep and routine, and cultural, social, and behavioral barriers to adhering to non-pharmacological recommendations. The qualitative-quantitative approach integrated symptom assessment with patients' perceived experiences, highlighting cultural, social, and routine-related barriers that may hinder the adoption of non-pharmacological measures. The findings reinforce the importance of individualized educational strategies in outpatient follow-up, although the study design does not allow for evaluating behavioral changes or therapeutic adherence after the intervention.

Keywords: Secondary Health Care. Gastroesophageal Reflux Disease. Health Education.

1 INTRODUÇÃO

2

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é uma condição altamente prevalente, acometendo cerca de 12% a 20% da população urbana brasileira (MORAES-FILHO et al., 2024). Trata-se de uma das principais causas de queixas gastrointestinais, com sintomas como pirose e regurgitação associados a impacto significativo na qualidade de vida, podendo interferir no sono, na alimentação e nas atividades diárias. Apesar disso, grande parte da literatura prioriza o tratamento farmacológico, com menor enfoque nos fatores comportamentais e no perfil clínico dos pacientes (Katz et al., 2022).

Diretrizes internacionais destacam que a DRGE está associada a prejuízo significativo na qualidade de vida e que intervenções comportamentais são fundamentais no manejo da doença, embora frequentemente negligenciadas (KATZ et al., 2022). Nesse contexto, torna-se relevante investigar aspectos relacionados à adesão terapêutica e ao impacto da doença no cotidiano de pacientes acompanhados em contexto ambulatorial.

Diante disso, este trabalho partiu do seguinte problema de pesquisa: quais os principais desafios enfrentados no cotidiano por pacientes com DRGE? Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi analisar o perfil clínico de pacientes com DRGE atendidos em serviço ambulatorial e realizar uma intervenção educativa voltada ao seu comportamento e à sua adesão terapêutica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Doença do Refluxo Gastroesofágico

A DRGE é definida pelo Consenso de Montreal como uma condição crônica que se desenvolve quando o refluxo do conteúdo gástrico causa sintomas incômodos e/ou complicações, sendo classificada em fenótipos que variam da doença não erosiva à esofagite erosiva e ao esôfago de Barrett. Segundo o guideline do American College of Gastroenterology, trata-se de uma das afecções gastrointestinais mais comuns na prática ambulatorial mundial, e diretrizes nacionais apontam prevalência de 12% a 20% na população urbana brasileira, gerando alta demanda nos serviços de saúde (KATZ et al., 2022; MORAES-FILHO et al., 2024).

Para além da frequência, a DRGE possui impacto funcional severo: sintomas como pirose e regurgitação interferem no sono, na alimentação e na produtividade laboral, reduzindo o bem-estar biopsicossocial. A literatura moderna enfatiza que esse impacto não deve ser medido apenas pela gravidade das lesões esofágicas, mas pela percepção de limitação nas atividades cotidianas (GYAWALI et al., 2023).

Historicamente, o manejo da DRGE esteve centrado no uso de inibidores da bomba de prótons; diretrizes contemporâneas, no entanto, ressaltam que o controle medicamentoso isolado é insuficiente sem mudanças no estilo de vida — perda de peso, cessação do tabagismo e controle da dieta são hoje pilares indispensáveis do tratamento (YADLAPATI et al., 2022). Apesar disso, muitos pacientes permanecem sintomáticos por baixa adesão às medidas comportamentais, já que hábitos alimentares inadequados e sedentarismo influenciam diretamente a intensidade das crises de refluxo (EUSEBI et al., 2018).

Além da definição clínica, a fisiopatologia da DRGE envolve múltiplos mecanismos, com destaque para o relaxamento transitório do esfíncter inferior do esôfago (RTSEI) e a hipotensão esfíncteriana basal, que favorecem a passagem do conteúdo gástrico para o esôfago (FASS; ZERBIB, 2021). Fatores anatômicos, como a hérnia de hiato, amplificam esse fenômeno ao reduzir a eficácia da barreira antirrefluxo, tornando o paciente mais suscetível a episódios prolongados de exposição ácida, especialmente no período pós-prandial (SAVARINO et al., 2019).

2.2 Qualidade de vida do paciente com DRGE

A repercussão da DRGE na qualidade de vida é multidimensional e recorrente. Sintomas noturnos, como a regurgitação ácida durante o sono, causam despertares frequentes e fadiga

diurna, prejudicando a concentração e o humor dos pacientes; conforme apontam Katz et al. (2022), a persistência desses sintomas é um dos principais motivos para a busca de intervenções terapêuticas mais agressivas ou cirúrgicas.

O impacto funcional leva o paciente a modificar rotinas alimentares e sociais, muitas vezes evitando eventos que envolvem refeições ou restringindo grupos alimentares por medo do desconforto pós-prandial (CLARRETT; HACHEM, 2018). A adesão às recomendações não farmacológicas constitui um dos maiores desafios clínicos: a modificação de hábitos enraizados enfrenta barreiras culturais e psicológicas, e a taxa de adesão está intimamente ligada ao nível de compreensão que o paciente possui sobre a própria doença (NIRWAN et al., 2020).

A relação entre a DRGE e o sofrimento psicológico é bidirecional e merece atenção especial na avaliação da qualidade de vida. Transtornos de ansiedade e depressão são significativamente mais prevalentes entre pacientes com DRGE sintomática, atuando como amplificadores da percepção dolorosa da pirose e reduzindo o limiar de tolerância ao desconforto (DE BORTOLI et al., 2020). Esse ciclo vicioso entre sintomas físicos e emocionais demonstra que a melhora da qualidade de vida exige não apenas a supressão ácida, mas também o acolhimento das demandas psíquicas, sob risco de perpetuação das queixas mesmo com tratamento farmacológico adequado (MARTINUCCI et al., 2021).

4

Além do aspecto emocional, o impacto socioeconômico da DRGE revela custos diretos e indiretos substanciais. Estudos demonstram que a perda de produtividade no trabalho e o absenteísmo são recorrentes, motivados por noites mal dormidas e pela necessidade de pausas durante o expediente para alívio dos sintomas (WAHLQVIST et al., 2020). O comprometimento das interações sociais também é notável, uma vez que muitos pacientes desenvolvem comportamentos de esquiva em relação a restaurantes e viagens, restringindo a participação em eventos familiares e profissionais, o que consolida um quadro de isolamento que vai muito além do desconforto gástrico (NILSSON et al., 2019).

2.3 Instrumentos de avaliação clínica na DRGE

A utilização de instrumentos padronizados é essencial para garantir a validade científica de pesquisas clínicas. Entre as ferramentas mais robustas, destaca-se o Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire (GerdQ), validado internacionalmente para rastreio e monitoramento, que avalia a frequência de sintomas positivos e negativos e permite uma estimativa diagnóstica

confiável sem a necessidade imediata de exames invasivos em casos de baixo risco (VAYAL-VEETTIL; GYAWALI, 2025).

Questionários estruturados facilitam a padronização da coleta de dados e permitem comparar perfis clínicos entre diferentes regiões (RICHTER; RUBENSTEIN, 2018). Contudo, dados quantitativos isolados podem não captar a totalidade da experiência do paciente; por isso, métodos qualitativos têm sido integrados para captar, por meio de perguntas abertas, padrões de comportamento e sentimentos que um escore numérico não conseguiria detalhar (KHALIFE et al., 2023).

A abordagem qualiquantitativa apresenta-se como a mais adequada para este estudo, por integrar a precisão estatística da frequência dos sintomas (obtida pelo GerdQ) com a riqueza das percepções subjetivas sobre o impacto na vida diária, oferecendo uma compreensão holística do fenômeno estudado (YADLAPATI et al., 2022).

Abordagens centradas no paciente ajudam a preencher a lacuna entre a prescrição médica e a prática do indivíduo: ao valorizar a experiência subjetiva, o profissional identifica dificuldades específicas — por exemplo, por que um paciente não eleva a cabeceira da cama ou não reduz o consumo de cafeína (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007) — e direciona o acompanhamento ambulatorial de forma mais humanizada e centrada nas necessidades reais de cada indivíduo, indo além do simples controle da acidez gástrica (VAKIL et al., 2006).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo intervenção educativa de caráter extensionista. Por se tratar de ação educativa sem coleta de dados sensíveis e sem identificação dos participantes, o estudo seguiu os princípios éticos da Resolução CNS nº 466/2012, sendo dispensado de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Foi realizado com pacientes diagnosticados ou com suspeita clínica de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), atendidos em consulta ambulatorial em um Centro Regional de Especialidades (CRE) no município de Cachoeiro de Itapemirim - ES. Após o atendimento médico, os pacientes foram encaminhados a uma sala reservada, onde foram convidados a participar de forma voluntária. A amostra foi composta por 10 indivíduos adultos (≥ 18 anos), de ambos os sexos, sendo excluídos aqueles que apresentassem limitações cognitivas ou dificuldade de compreensão que impedisse o preenchimento adequado do questionário, bem como os que recusassem participação.

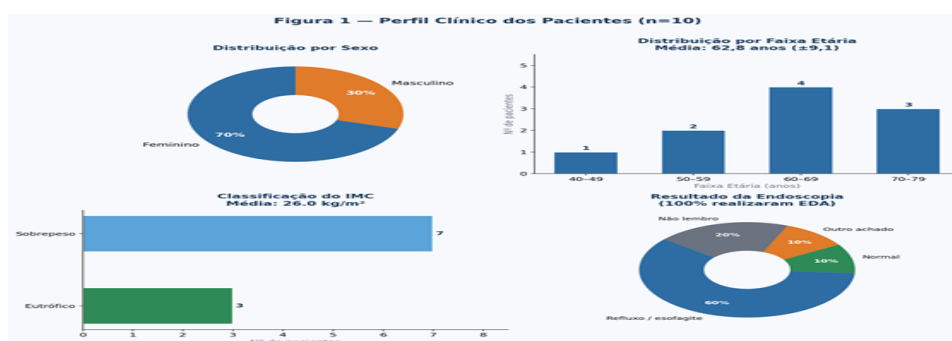
A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário estruturado aplicado via Google Forms, contendo informações sociodemográficas, hábitos de vida, comportamentos associados ao refluxo, histórico clínico e avaliação dos principais sintomas — pirose, regurgitação, dor epigástrica, náusea e impacto no sono —, com frequência avaliada por escala categórica (0 dia, 1 dia, 2–3 dias, 4–7 dias), utilizando questões baseadas no instrumento GerdQ. O instrumento utilizado neste estudo foi adaptado para contemplar os objetivos específicos da intervenção, não sendo aplicado integralmente o questionário original. Em seguida, foi realizada uma orientação breve aos pacientes sobre medidas não farmacológicas para o controle da doença.

Na sequência, foram feitas perguntas abertas relacionadas à percepção dos sintomas, ao impacto no cotidiano, às dificuldades de adesão ao tratamento e aos desafios enfrentados em razão da doença, com as respostas registradas por gravação de áudio mediante autorização dos participantes. Os dados quantitativos foram organizados em planilha eletrônica e analisados de forma descritiva, por meio de frequências e médias simples. As respostas às perguntas abertas foram analisadas por meio de análise de conteúdo, com identificação de categorias temáticas — impacto na qualidade de vida, dificuldades de adesão e percepção dos sintomas —, permitindo interpretar os principais padrões e significados relatados pelos pacientes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As amostras foram predominantemente femininas (70%), idosa (média de 62,8 anos) e com sobrepeso (IMC médio de 26,0 kg/m², variando de 22,1 a 29,0 kg/m²). Todos os participantes haviam realizado endoscopia digestiva alta previamente, e 60% relataram achado de refluxo ou esofagite ao exame. Esse perfil é compatível com a literatura, que aponta o sobrepeso como fator de risco consistentemente associado à DRGE (EUSEBI et al., 2018).

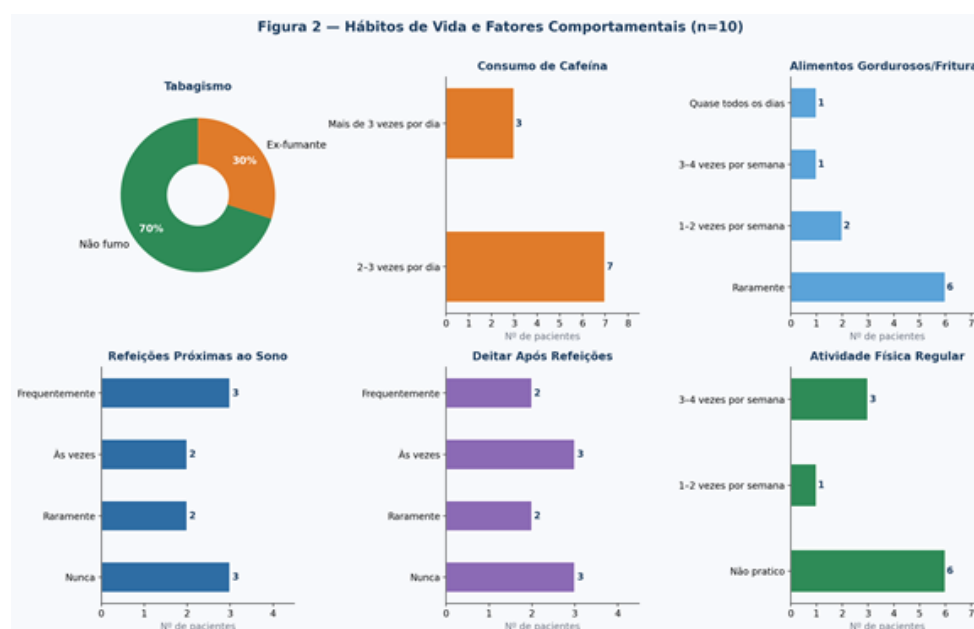
Figura 1 – Perfil clínico dos pacientes (n=10).



Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

O achado mais expressivo foi o consumo elevado de cafeína: 100% dos pacientes relataram ingestão de pelo menos duas doses de café ou bebidas cafeinadas por dia, sendo que 30% consumiam mais de três doses diárias. O sedentarismo foi referido por 60% dos participantes, e o uso frequente de medicação para DRGE foi reportado por 80% da amostra, evidenciando a elevada frequência de utilização de tratamento farmacológico para controle dos sintomas e reforçando a importância de estratégias complementares de manejo não farmacológico. Esses dados reforçam o que a literatura já descreve: hábitos alimentares inadequados e sedentarismo exercem influência direta na intensidade das crises de refluxo (EUSEBI et al., 2018).

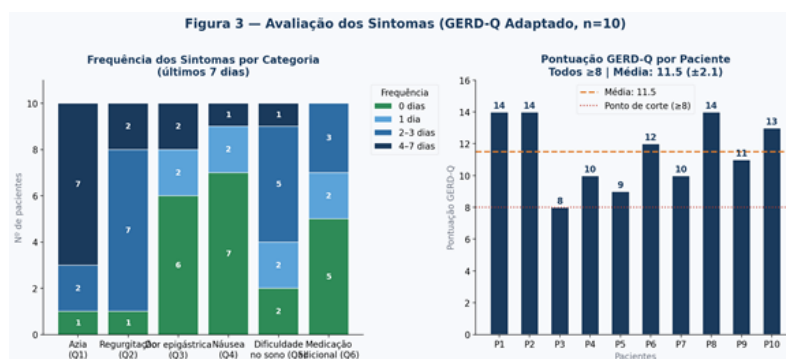
Figura 2 – Hábitos de vida e fatores comportamentais (n=10).



Fonte: elaborado pelos autores (2026).

A pontuação média obtida no instrumento adaptado com base no GerdQ foi de 11,5 ($\pm 2,1$). Todos os participantes apresentaram escores iguais ou superiores a 8. Embora esses valores tenham sido utilizados como referência descritiva da intensidade e frequência dos sintomas, a adaptação do instrumento impede a interpretação dos escores como equivalentes aos resultados obtidos pela aplicação integral e validada do GerdQ. Os sintomas mais frequentemente relatados na última semana foram a pirose e a regurgitação, seguidos por dor epigástrica, náusea e prejuízo do sono, corroborando o perfil sintomático descrito na literatura.

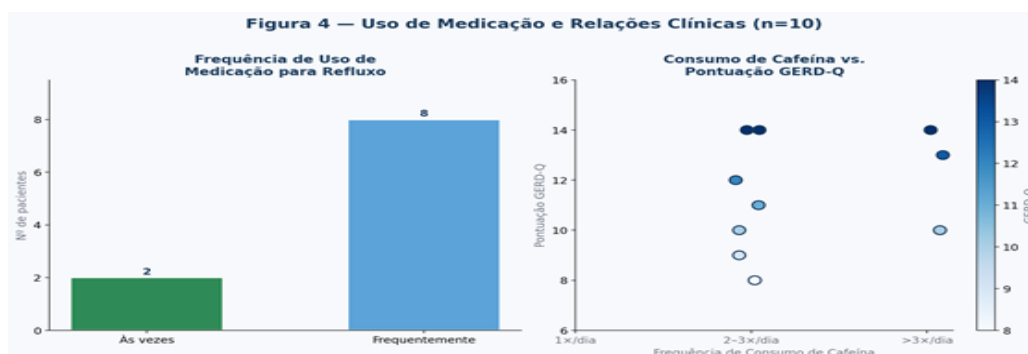
Figura 3 – Avaliação dos sintomas, GerdQ adaptado (n=10).



Fonte: elaborado pelos autores (2026).

Quanto ao uso de medicação para o refluxo, 80% dos pacientes relataram utilizá-la com frequência e 20% de forma eventual. Observou-se ainda uma tendência de associação entre maior consumo de cafeína e escores mais elevados no GerdQ, sugerindo que o hábito pode estar relacionado à maior intensidade sintomática nessa amostra.

Figura 4 – Uso de medicação e relações clínicas.



Fonte: elaborado pelos autores (2026).

Após a intervenção educativa, foram realizadas entrevistas individuais com os 10 pacientes participantes. As respostas às perguntas abertas foram transcritas integralmente e submetidas a análise de conteúdo temática. Da leitura exhaustiva das transcrições emergiram três categorias temáticas, apresentadas a seguir.

Categoria 1 — O que mais incomoda nos sintomas de refluxo no dia a dia: A pirose (queimação retroesternal) foi o sintoma mais frequentemente referido, presente na fala de 8 dos 10 pacientes (80%), frequentemente descrita com linguagem expressiva e metafórica, o que evidencia o elevado grau de desconforto físico vivenciado. Sintomas atípicos da DRGE, como

tosse seca, rouquidão e sensação de globo faríngeo, foram mencionados por 3 pacientes (P6, P8, P9), indicando a diversidade da apresentação clínica nessa população.

Além da dimensão física, esta categoria revelou impacto emocional e social relevante: dois pacientes (P2 e P10) relataram evitar situações sociais por conta dos sintomas, e P8 descreveu episódios de dor torácica intensa associados ao medo de infarto — achado que reforça a necessidade de diferenciação diagnóstica adequada e orientação individualizada.

“O que mais me incomoda é uma queimação forte no peito, que parece que vai subir pela garganta, e fico arrotando o tempo todo, um mal-estar horrível.” (P1)

“Sinto uma dor no peito tão forte que às vezes acho que estou tendo um infarto. Dá um aperto, um medo, além de uma rouquidão constante na voz que me atrapalha a falar.” (P8)

Categoria 2 — Interferência do refluxo na rotina e no sono: A interferência da DRGE no sono foi identificada em 6 dos 10 pacientes (60%). As narrativas descrevem um padrão recorrente de despertar noturno por pirose ou regurgitação, com impacto direto no funcionamento diurno — redução do rendimento no trabalho, cansaço acumulado e limitação das atividades físicas.

Foram identificadas estratégias de autogestão noturna, como o uso empírico de leite gelado ou água para alívio imediato dos sintomas (P6), e adaptações posturais como elevação da cabeceira com múltiplos travesseiros (P7) — esta última gerando complicação secundária por cervicálgia. Tais achados indicam que os pacientes desenvolvem estratégias próprias de manejo, nem sempre alinhadas às recomendações clínicas, reforçando a importância da educação em saúde individualizada.

“Acordo no meio da noite sufocado, tossindo, e no dia seguinte fico muito cansado e não rendo nada no trabalho.” (P2)

“Preciso dormir com a cabeceira cheia de travesseiros, o que me dá dor no pescoço. Se eu virar para o lado direito, o líquido volta na hora e afeta minha noite.” (P7)

Categoria 3 — Dificuldades em seguir as orientações comportamentais: Esta foi a categoria com maior riqueza e diversidade de conteúdo, reunindo barreiras de naturezas distintas. Nas barreiras culturais e sociais, o consumo de café mostrou-se um hábito de forte ancoragem, especialmente no contexto laboral (P7); P10 relatou dificuldade em alterar padrões alimentares de origem italiana enraizados na dinâmica familiar, e P2 verbalizou resistência em abrir mão do álcool no fim de semana como atividade social.

Nas barreiras de rotina, P4 e P8 descreveram o horário tardio de retorno às suas residências como impedimento prático para respeitar o intervalo entre a refeição noturna e o sono, tornando a abstinência alimentar noturna inviável sem reorganização estrutural da rotina.

Já P5 desenvolveu padrão de restrição alimentar severa como estratégia de controle sintomático diante da percepção de ineficácia da medicação em uso, associando a restrição a perda de peso relevante — achado clinicamente relevante, que aponta para risco de comportamento alimentar disfuncional e demanda acompanhamento cuidadoso.

“Cortar o café está sendo uma tortura, sinto até dor de cabeça.” (P7)

“Para mim é quase impossível cortar tudo o que eu gosto. Parece que tira o prazer da vida.” (P2)

“Ficar comendo comida sem tempero, 'comida de hospital', é muito difícil.” (P10)

Do ponto de vista prático, os achados reforçam a necessidade de que o acompanhamento ambulatorial de pacientes com DRGE vá além da prescrição farmacológica, incorporando estratégias de educação em saúde que dialoguem com as barreiras culturais, sociais e de rotina identificadas nos relatos — como o consumo arraigado de cafeína, os horários de trabalho incompatíveis com o jejum noturno recomendado e o medo relacionado aos sintomas. A elaboração de materiais educativos visuais e de linguagem acessível pode ser incorporada como ferramenta de baixo custo para reforçar as orientações dadas em consulta e ampliar a adesão às medidas não farmacológicas.

Do ponto de vista teórico, a experiência reforça a relevância de abordagens
qualiquantitativas no estudo da DRGE, evidenciando que instrumentos padronizados como o
GerdQ, embora úteis para o rastreo e a quantificação da gravidade sintomática, não capturam
integralmente a experiência subjetiva do paciente. A integração entre dados objetivos e
narrativas qualitativas mostrou-se uma estratégia relevante para orientar práticas de cuidado
mais humanizadas e centradas na pessoa, contribuindo para a literatura sobre adesão terapêutica
em doenças crônicas gastrointestinais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção educativa realizada junto a pacientes com DRGE atendidos no CRE de Cachoeiro de Itapemirim permitiu caracterizar aspectos clínicos, comportamentais e relacionados à percepção da doença, identificando elevada frequência de consumo de cafeína, sedentarismo e uso de tratamento farmacológico na população estudada. As narrativas dos participantes também evidenciaram barreiras culturais, sociais e relacionadas à rotina que podem dificultar a adoção de medidas não farmacológicas. Foram explorados os fatores relacionados às dificuldades de adesão e sensibilizar os pacientes quanto à importância das medidas não farmacológicas no manejo da doença. Entretanto, devido ao delineamento

transversal e à ausência de acompanhamento longitudinal, não é possível afirmar que a intervenção educativa tenha produzido mudanças efetivas nos comportamentos ou na adesão terapêutica dos participantes.

Como principais limitações do estudo, destacam-se o tamanho reduzido da amostra ($n=10$) e o caráter transversal da coleta, que não permitem generalizações para a população geral nem a avaliação de mudanças de comportamento ao longo do tempo. Ainda assim, a riqueza das narrativas coletadas trouxe contribuições relevantes para a compreensão da experiência do paciente com DRGE em contexto ambulatorial.

Como recomendação futura, sugere-se a elaboração de materiais didáticos visuais e a realização de estudos longitudinais, com amostras mais amplas, capazes de avaliar o impacto de intervenções educativas continuadas sobre a adesão terapêutica e a qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

AZZAM, R.; FASS, R. Cross-cultural adaptation and validation for Portuguese (Brazil) of health related quality of life instruments specific for gastroesophageal reflux disease. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 56, n. 3, p. 287-293, 2019.

CLARRETT, D. M.; HACHEM, C. Gastroesophageal reflux disease (GERD). *Missouri Medicine*, v. 115, n. 3, p. 214-218, 2018.

CHANG, P. et al. Risk factors for gastroesophageal reflux disease symptoms related to lifestyle and diet. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 34, n. 1, e1570, 2021.

DE BORTOLI, N. et al. Association between anxiety/depression and gastroesophageal reflux: a systematic review and meta-analysis. **American Journal of Gastroenterology**, v. 115, n. 1, p. 35-43, 2020.

DENT, J. et al. Development of the GerdQ, a tool for the diagnosis and management of gastro-oesophageal reflux disease in primary care. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, v. 30, n. 10, p. 1030-1038, 2009.

DENT, J. et al. Accuracy of the diagnosis of GORD by questionnaire, physicians and a trial of proton pump inhibitor treatment: the diamond study. **Gut**, v. 59, n. 6, p. 714-721, 2010.

EUSEBI, L. H. et al. Global prevalence of, and risk factors for, gastro-oesophageal reflux symptoms: a meta-analysis. **Gut**, v. 67, n. 3, p. 430-440, 2018.

GYAWALI, C. P. et al. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus 2.0. **Gut**, 2023.

KATZ, P. O. et al. ACG clinical guideline for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *American Journal of Gastroenterology*, v. 117, n. 1, p. 27–56, 2022.

KHALIFE, J. et al. Exploring patient perspectives: a qualitative inquiry into healthcare perceptions, experiences and satisfaction in Lebanon. *PLoS ONE*, v. 18, n. 8, p. e0280665, 2023.

MARTINUCCI, I. et al. Psychological distress and quality of life in gastroesophageal reflux disease: a systematic review. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, v. 27, n. 2, p. 155–166, 2021.

MORAES-FILHO, J. P. P. et al. Doença do refluxo gastroesofágico: revisão e atualização. *Arquivos de Gastroenterologia*, 2024.

NILSSON, I. A. K. et al. Social functioning and isolation in patients with gastroesophageal reflux disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, v. 54, n. 8, p. 945–952, 2019.

NIRWAN, J. S. et al. Global prevalence and risk factors of gastro-oesophageal reflux disease (GORD): a systematic review with meta-analysis. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 2020.

RICHTER, J. E.; RUBENSTEIN, J. H. Presentation and epidemiology of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology*, v. 154, n. 2, p. 267–276, 2018.

SAVARINO, E. et al. Advancements in the use of manometry and impedance testing for esophageal functional disorders. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, v. 13, n. 5, p. 425–435, 2019.

SAVARINO, V. et al. Pathophysiology, diagnosis, and pharmacological treatment of gastroesophageal reflux disease. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, v. 12, n. 6, p. 497–509, 2019.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 19, n. 6, p. 349–357, 2007.

VAKIL, N. et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *American Journal of Gastroenterology*, v. 101, n. 8, p. 1900–1920, 2006.

VAYAL-VEETIL, A.; GYAWALI, C. P. Diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease: current insights. *Clinical and Experimental Gastroenterology*, v. 18, p. 149–162, 2025.

WAHLQVIST, P. et al. The Work Productivity and Activity Impairment questionnaire for patients with Gastroesophageal Reflux Disease (WPAI-GERD): responsiveness to change and English language validation. *Value in Health*, v. 23, n. 1, p. 98–106, 2020.

YADLAPATI, R. et al. Management options for gastroesophageal reflux disease. *JAMA*, 2022.