

REFLUXO GASTROESOFÁGICO FISIOLÓGICO E A DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO: UMA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS

Beatriz da Cunha Crespo¹
Beatriz Secco Poubel²
Camila Menon Thiengo³
Gustavo Rodrigues Amorim⁴
Maria Clara Gaigher Bianchi⁵
Naara Vieira Graize⁶
Walace Fraga Rizo⁷

RESUMO: O refluxo gastroesofágico fisiológico (RGE) é frequente em lactentes devido à imaturidade do esfíncter esofágico inferior (EEI), e, em sua maioria, benigno, autolimitado e de resolução espontânea até os dois anos de idade. Já a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) consiste em sintomas persistentes, que afetam a qualidade de vida e podem resultar em complicações; geralmente está associada a irritabilidade, choro excessivo, perda ponderal e distúrbios do sono. Habilitar os profissionais da saúde a diferenciar DRGE de RGF, entender métodos diagnósticos e optar pelo tratamento mais adequado é de suma importância para a resolução dos casos. O objetivo deste trabalho é analisar as abordagens terapêuticas no manejo da DRGE em lactentes. A revisão de literatura foi realizada nas bases SciELO, Medline, Lilacs, Google Acadêmico e PubMed, usando artigos publicados a partir de 2020 sobre como definir, diagnosticar e manejar o RGE. O RGE fisiológico é benigno, autolimitado e resolve-se em até 95% dos casos até os dois anos, ao passo que a DRGE cursa com sintomas persistentes (irritabilidade, recusa alimentar, déficit ponderal) e complicações respiratórias/digestivas. O diagnóstico é essencialmente clínico, com auxílio de questionários validados, e exames invasivos restringem-se a casos refratários. Medidas não farmacológicas (posicionamento, dieta, exclusão da proteína do leite de vaca) são a primeira linha. Os inibidores da bomba de prótons são opção para refratários, mas exigem cautela devido a efeitos adversos e baixa adesão às diretrizes, enquanto a funduplicatura de Nissen reserva-se aos casos graves. Com base nos artigos analisados conclui-se que a anamnese e o exame clínico são imprescindíveis para distinguir o refluxo fisiológico do patológico, além disso, observou-se que é benéfico implementar medidas não farmacológicas como adotar posturas específicas e alterações dietéticas no tratamento inicial, e em casos mais graves, incluir intervenções medicamentosas prescritas pelo gastroenterologista pediátrico.

Palavras-Chave: Doença do Refluxo Gastroesofágico. Inibidores de Bomba de Prótons. Refluxo Gastroesofágico.

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

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

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

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

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

⁶ Graduando do Curso de Medicina da Faculdade Brasileira de Cachoeiro – Multivix.

⁷ Professor orientador: Doutor em Ciências da Saúde, Curso de Medicina da Faculdade Brasileira de Cachoeiro – Multivix.

ABSTRACT: Physiological gastroesophageal reflux (GER) is common in infants due to the immaturity of the lower esophageal sphincter (LES) and is generally benign, self-limiting, and spontaneously resolves by two years of age. In contrast, gastroesophageal reflux disease (GERD) is characterized by persistent symptoms that affect quality of life and may lead to complications; it is frequently associated with irritability, excessive crying, poor weight gain, and sleep disturbances. Enabling healthcare professionals to distinguish GERD from physiological GER, understand diagnostic methods, and choose the most appropriate treatment is essential for successful case management. This study aimed to analyze therapeutic approaches in the management of GERD in infants. A literature review was conducted in the SciELO, Medline, Lilacs, Google Scholar, and PubMed databases, including articles published from 2020 onward addressing the definition, diagnosis, and management of GER. Physiological GER is benign and self-limiting, with spontaneous resolution in up to 95% of cases by two years of age, whereas GERD presents with persistent symptoms (irritability, feeding refusal, poor weight gain) and respiratory/digestive complications. Diagnosis is essentially clinical, supported by validated questionnaires, with invasive tests reserved for refractory cases. Non-pharmacological measures (positioning, dietary modifications, cow's milk protein exclusion) constitute first-line therapy. Proton pump inhibitors are an option for refractory cases but require caution due to adverse effects and low adherence to guidelines, while Nissen fundoplication is reserved for severe cases. Based on the analyzed articles, it is concluded that medical history and physical examination are essential to distinguish physiological from pathological reflux. Furthermore, implementing non-pharmacological measures—such as specific positioning and dietary changes—is beneficial as initial treatment, while more severe cases may require pharmacological interventions prescribed by a pediatric gastroenterologist.

Keyword: Gastroesophageal Reflux Disease. Gastroesophageal Reflux. Proton Pump Inhibitors.

I. INTRODUÇÃO

O termo lactente refere-se à criança que se alimenta por meio do aleitamento materno ou de outro tipo de leite através de mamadeira, ou seja, que ainda mama (Dicio, 2026). Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2024), esse período deve compreender até os dois anos de idade ou mais, sendo que, durante os seis primeiros meses de vida, a criança deve receber aleitamento materno exclusivo; findo esse tempo o desmame costuma ocorrer naturalmente.

Além do aleitamento materno ser imprescindível no desenvolvimento físico, mental e funcional da criança e na redução da morbimortalidade materno-infantil, principalmente no primeiro ano de vida, também contribui para a diminuição da probabilidade de desenvolvimento da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) (Santos; Oliveira, 2024). Isso se dá, pela fácil digestibilidade do leite materno que atua primariamente no esvaziamento gástrico, diminuindo o tempo em que os alimentos permanecem no estômago e, por consequência, a chance de regurgitação. Dessa forma, o aleitamento materno exclusivo diminui o risco de desenvolvimento de DRGE nos lactentes, prova disso é que o número destes que evoluem com refluxo gastroesofágico (RGE) e DRGE é significativamente menor quando comparado os lactentes que usam leite artificial (Rodrigues *et al.*, 2022).

Conceitua-se como RGE o retorno não intencional do conteúdo gástrico para o esôfago, sendo um quadro rotineiro, principalmente no primeiro semestre do recém-nascido, classificando essa condição como uma das causas mais frequentes de consulta pediátrica nos primeiros dois anos de vida, a partir disso a ocorrência do RGE cai exponencialmente (Carneiro *et al.*, 2021). Considera-se o termo refluxo fisiológico para os episódios que ocorrem no intervalo após a alimentação, não tendo manifestações sintomáticas, tornando-se DRGE a partir do momento em que o paciente apresenta sintomas e/ou complicações que têm repercussão em seu cotidiano (Araújo, 2020).

O conteúdo regurgitado pode ter três classificações a depender do seu pH, sendo elas: não-ácido (pH maior que 7), levemente ácido (pH entre 4-7) e ácido (pH menor que 4) (Araújo, 2020). Essas classificações são possíveis através de exames complementares, sendo a regurgitação ácida mensurada pelo exame de monitoramento de pH esofágico (pHmetria), enquanto as formas levemente ácida e não ácida são diagnosticadas por meio da impedância esofágica. No entanto, esses

procedimentos geram desconforto ao lactente e, por isso, são reservados para crianças que apresentam sintomas relacionados ao refluxo ácido ou necessitam de esclarecimento do diagnóstico. O refluxo ácido já foi considerado a principal etiologia da DRGE, mas estudos demonstraram que mais de 50% dos refluxos são levemente ácidos ou não ácidos (Vandenplas *et al.*, 2024).

O refluxo gastroesofágico (RGE) e os diferentes fenótipos da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) são comuns na população pediátrica, com prevalência variando entre 2% e 15% a depender da idade e da comunidade em que está inserida, ademais observa-se uma tendência crescente nos últimos anos (Teixeira *et al.*, 2024). Assim, constituem queixas comuns em consultas de pediatria e de gastroenterologia pediátrica, o que reflete o quão preocupante essas condições são para os pais, haja vista que, quando provocam sintomas significativos ou complicações associadas, resultam em morbidade importante.

Além dos fatores de risco supracitados, também estão incluídos no grupo com maiores probabilidades de desenvolverem DRGE crianças com: hérnia de hiato, anomalias congênitas do esôfago, neuropatas com dismotilidade esofágica, síndromes genéticas, história de DRGE familiar grave, uso de sonda nasogástrica, ou aquelas que fazem uso de medicamentos, como os bloqueadores de canais de cálcio, dopamina, benzodiazepínicos e anticolinérgicos

(Rodrigues *et al.*, 2024). Da mesma forma, doenças respiratórias crônicas, entre elas a asma, fibrose cística e tosse crônica, podem ocasionar DRGE por aumentarem a pressão intra-abdominal e, com isso, causarem a disfunção do esfíncter esofágico inferior (Teixeira *et al.*, 2024).

Cerca de 95% dos casos de RGE em lactentes retrocede naturalmente até seu segundo ano de existência sem impacto médico, apesar de uma pequena parte dos lactentes com essa condição progredir com repercussões clínicas consideráveis, desde quadros brandos a delicados (Guilhon *et al.*, 2026). Caso o quadro persista até a idade pré-escolar ou inicie em crianças maiores, as manifestações da DRGE se apresentarão intercaladas com períodos de melhora e têm 50% de chances de persistirem na vida adulta (Francisco *et al.*, 2024).

Diante do exposto, nota-se que essas afecções constituem queixas recorrentes em consultas de pediatria e gastroenterologia pediátrica, refletindo a preocupação dos pais e responsáveis, sobretudo quando associadas a sintomas significativos ou complicações, podendo resultar em morbidade relevante (Teixeira *et al.*, 2024). Dessa forma, o objetivo deste trabalho é analisar as abordagens terapêuticas no manejo da DRGE em lactentes.

2. METODOLOGIA

4

Trata-se de um estudo qualitativo de revisão bibliográfica do tipo narrativa, realizado durante o primeiro semestre de 2026, entre fevereiro e maio, nas seguintes bases de dados científicos: PubMed, Scielo, Medline, Lilacs, Google Acadêmico.

Utilizou-se como critérios de seleção artigos publicados a partir de 2020, escritos nas línguas inglesa e portuguesa, com foco em descrever o quadro clínico, diferenciar o refluxo fisiológico e medidas de prevenção. Foram selecionados como critérios de exclusão artigos disponibilizados apenas na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e não atendiam os critérios de inclusão.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Refluxo fisiológico e patológico

O RGE apresenta-se como um processo involuntário, no qual os alimentos deglutidos ou as secreções retornam passivamente para a boca, não associado às consequências clínicas.

Manifesta-se inicialmente por volta de três semanas de vida, e ao atingir cerca de dois a quatro meses pode aumentar em volume e número e, com o avançar da idade da criança, diminui gradativamente. Também observa-se que, mesmo com os episódios de RGE, o ganho ponderal, a ingestão de alimentos e o crescimento não são comprometidos (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024).

Embora seja uma manifestação comum, com evolução benigna e autolimitada, não necessita de tratamento medicamentoso ou da realização de exames complementares, mas ainda assim, desencadeia preocupação e angústia nos pais. Caso não seja bem conduzida pelo pediatra, poderá culminar em alterações no padrão alimentar da criança como introdução precoce de fórmulas lácteas antirregurgitação ou de alimentos sólidos, interrupção do aleitamento materno exclusivo, o que potencialmente prejudicará a sua saúde (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024).

Quando as regurgitações ocorrem associadas a vômitos recorrentes, alteração do sono, déficit de ganho ponderal, dificuldade durante as mamadas, falta de apetite, choro excessivo, recusa alimentar, engasgos, alteração de postura, irritabilidade, manifestações pulmonares e otorrinolaringológicas tornam-se preocupantes. Nesse contexto, são consideradas patológicas e caracterizam a DRGE (Lippelt, 2025).

Fisiologicamente, o organismo possui alguns mecanismos que atuam como válvulas protetoras contra o refluxo, sendo eles: o esfíncter esofágico inferior (EEI) - anel muscular, localizado imediatamente acima da junção esofagogástrica, com ação de contração e relaxamento ao redor do óstio cárdico do estômago -, a musculatura do pilar direito diafragmático - atua como um EEI extrínseco exercendo pressão no mesmo local do EEI -, e o ângulo de His - ou incisura cárdica, formado a partir da junção do esôfago com a grande curvatura do estômago (Moore; Dalley; Agur, 2024).

Durante a alimentação, normalmente ocorre o relaxamento transitório do esfíncter esofágico inferior, fenômeno fisiológico decorrente da distensão gástrica e controlado pelo sistema nervoso autônomo. Entretanto, alterações nesse mecanismo podem favorecer o desenvolvimento da DRGE. Além disso, nos lactentes, o esvaziamento gástrico é mais lento, o comprimento do esôfago é mais curto e seu peristaltismo apresenta menor eficiência e os mecanismos de barreira antirrefluxo ainda não atingiram plena maturidade funcional. (Rodrigues *et al.*, 2024).

O mecanismo responsável pelas regurgitações, tanto fisiológicas quanto patológicas, está relacionado principalmente à imaturidade funcional do trato gastrointestinal, característica desse período da infância, sendo a distensão gástrica decorrente da maior ingestão alimentar o principal fator desencadeante (Rodrigues *et al.*, 2024). Ademais, o hábito de manter o lactente em posição horizontal por períodos prolongados reduz a ação da gravidade sobre o conteúdo gástrico e, associado à hipotonicidade do esfíncter esofágico superior, facilita o retorno do conteúdo gástrico ao esôfago e, eventualmente, às vias aéreas (Rodrigues *et al.*, 2024).

Segundo Francisco *et al.* (2024), o mecanismo pelo qual a neuropatologia provoca DRGE baseia-se na desregulação dos reflexos aerodigestivos, o que justifica a incidência desta doença entre 15% a 75% e sua prevalência em cerca de 50% em crianças com comprometimento neurológico. Já a fisiopatologia presente em pacientes portadores de doença pulmonar intersticial e de fibrose cística consiste no aumento da pressão abdominal provocado pela soma de dois fatores: o diafragma deprimido pela hiperinsuflação e a tosse crônica.

Embora desfechos fatais diretamente relacionados à DRGE sejam incomuns em lactentes previamente hígidos, a doença apresenta importante morbidade, caracterizada pela elevada frequência nessa faixa etária e pelo impacto clínico decorrente da necessidade de acompanhamento médico, tratamento medicamentoso, hospitalizações em casos selecionados e do desenvolvimento de complicações digestivas, respiratórias e nutricionais (Sawyer; Sanghavi; Ortigoza, 2022).

Como intercorrências da DRGE do trato digestivo pode-se citar esofagite de refluxo; esofagite péptica com sangramento gastrointestinal, que tende a se manifestar através de hematêmese, melena e anemia ferropriva; estenose esofágica; encurtamento do esôfago; esôfago de Barrett e adenocarcinoma esofágico. Esses desfechos são resultado do depósito de conteúdo gastroduodenal na mucosa do trato digestivo superior que gera inflamação local, prejuízo na produção de muco, espessamento epitelial e lesões na mucosa (Francisco *et al.*, 2024).

Dentre os possíveis desdobramentos respiratórios da DRGE no lactente destacam-se doença reativa das vias aéreas, laringite, sinusite, bronquite obstrutiva e pneumonia aspirativa recorrente, sendo este evento mais associado à mortalidade. Outra complicação extra digestiva é a otite média recorrente que predispõe a distúrbios timpânicos crônicos e deficiência auditiva

condutiva. Em casos graves, pode lesar a mucosa oral e favorecer o crescimento de *Streptococcus mutans acidófilos* e *Candida albicans* (Francisco *et al.*, 2024).

3.2 Diagnóstico

As manifestações clínicas da DRGE apresentam grande variabilidade e, principalmente em lactentes e crianças de pouca idade, costumam ser sutis e semelhantes às de outras condições. Nesse contexto, o uso de instrumentos confiáveis e validados na prática clínica, como questionários direcionados, pode auxiliar a avaliação do profissional de saúde e contribuir para condutas terapêuticas mais seguras (Lippelt, 2025).

Dentre essas ferramentas, o Questionário Infantil Revisado de Refluxo Gastroesofágico (I-GERQ-R) merece destaque por permitir a mensuração dos sintomas relacionados ao RGE/DRGE. Ele possui 12 itens que são respondidos pelos pais dos lactentes com menos de 18 meses, e avalia os principais sinais e sintomas de RGE apresentados na semana anterior, incluindo regurgitação, choro, recusa alimentar, apneia/cianose, soluços e arqueamento. A interpretação do I-GERQ-R auxilia na diferenciação entre RGE e DRGE, no qual a presença de regurgitação (escore ≥ 1 no primeiro item) associada a uma pontuação total inferior a 16 indica RGE, enquanto um escore total igual ou superior a 16 sugere DRGE (Lippelt, 2025).

Em conformidade com Araújo (2020), o refluxo pode ser classificado a depender do seu pH, sendo elas não-ácido, levemente ácido e ácido. De acordo com Vandenplas *et al.* (2024), no exame de monitoramento de pH esofágico é posicionada uma sonda no esôfago distal da criança para mensurar o refluxo gástrico. No entanto, esse exame é reservado para crianças com suspeita de sintomas associados ao refluxo ácido, por se tratar de um exame invasivo e desconfortável para o paciente. Além disso, o exame não é capaz de diagnosticar refluxos levemente ácidos e não ácidos.

O exame de impedância-fimetria esofágica também necessita do posicionamento de uma sonda no esôfago do paciente. No entanto, esse teste não avalia apenas o pH do conteúdo regurgitado, mas também o tipo de refluxo, que pode ser líquido ou gasoso, sendo importante para o diagnóstico de refluxos levemente ácidos e não ácidos (Vandenplas *et al.*, 2024).

De acordo com o Departamento Científico de Gastroenterologia (2024), a avaliação do lactente com suspeita de RGE deve ser realizada de forma criteriosa, fundamentando-se na

história clínica e no exame físico. Para o diagnóstico da regurgitação do lactente como um distúrbio gastrointestinal funcional, utilizam-se os critérios estabelecidos por Roma IV, que incluem crianças entre três semanas e doze meses de idade com duas ou mais regurgitações por dia durante, no mínimo, três semanas, na ausência de sinais de alerta, como dificuldade na alimentação ou deglutição, náuseas, posturas anômalas, hematêmese, apneia, aspiração ou atraso no desenvolvimento pômbero-estatural. Após essa avaliação clínica, associada à investigação criteriosa de sinais de alarme, torna-se possível diferenciar a regurgitação funcional de outras condições médicas que cursam com sintomas semelhantes e identificar os lactentes com suspeita de DRGE, que demandam investigação complementar e manejo específico.

3.3 Tratamento

Conforme Mesquita (2024), o tratamento da DRGE em crianças tem como objetivos promover o ganho ponderal, estimular o crescimento, amenizar os sintomas, favorecer a cicatrização das lesões teciduais e prevenir o reaparecimento dos episódios e das intercorrências geradas pela doença.

De acordo com Vandenplas *et al.* (2024) somente 2% dos pediatras utilizam efetivamente os guidelines publicados pela Sociedade Norte-Americana de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica (NASPGHAN) e pela Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica (ESPGHAN). Devido à baixa adesão a essas diretrizes, muitas crianças acabam recebendo tratamento inadequado. Além disso, a expectativa parental por uma resolução rápida do problema, associado ao choro inconsolável do bebê, gera ansiedade e impacta negativamente a qualidade de vida da família. Dessa forma, os pais frequentemente demandam terapias que vão contra às diretrizes clínicas, o que pode favorecer prescrições inadequadas aos pacientes.

A depender do principal quadro clínico da DRGE, podem ser necessárias medidas gerais, terapia medicamentosa ou intervenção cirúrgica (Carneiro *et al.*, 2021). A primeira linha de tratamento da DRGE em lactentes consiste em medidas não farmacológicas, incluindo alterações na dieta e no posicionamento da criança após as refeições (Mirani; Roy; John, 2024). De acordo com Sintusek *et al.* (2023), também deve-se excluir da dieta do bebê produtos que contenham proteína de leite de vaca, isso porque a alergia à proteína do leite de

vaca pode ocasionar alguns efeitos adversos parecidos com a DRGE. Além disso, recomenda-se o espessamento da alimentação por meio da adição de fórmulas específicas anti-regurgitação.

Muitas atitudes profiláticas básicas e eficientes são necessárias na terapia da DRGE em recém-nascidos, já que são condutas adotadas no cotidiano e que podem potencializar o tratamento. Para isso, é muito importante orientar adequadamente os pais a respeito da doença, seu mecanismo de iniciação e a imprescindibilidade da adoção de medidas comportamentais, como: apoiar o lactente nos braços enquanto o amamenta, com o devido alinhamento da cabeça e tronco entre si, de uma maneira em que os abdômens, da mãe e do lactente, se encostem; deixar as narinas do recém-nascido livres para possibilitar uma respiração mais plena, de modo que o queixo do recém-nascido entre em contato com a mama; a cavidade bucal do bebê tem que envolver grande parte do seio materno, de maneira que ocupe todo o mamilo para que o lactente não degluta muito ar (Carneiro *et al.*, 2021).

Outrossim, não é recomendado que os lactentes com DRGE alimentem-se ou ingiram água em decúbito dorsal; logo após a alimentação, não balançar o lactente e não colocá-lo para dormir, precisando esperar pelo menos uma hora, embora seja preferível duas horas, e deve-se manter as crianças em ortostase para prevenir a regurgitação gástrica e para eructar (Carneiro *et al.*, 2021).

Além disso, é importante não fazer movimentos que aumentem a pressão dentro do abdômen, como abraçar, vestir roupas justas e evitar fazer trocas de fralda depois de comer; a respeito do uso do bebê conforto, não é recomendado o seu uso na posição parcialmente sentada, devido ao fato de aumentar a pressão intra-abdominal, o que potencializa o risco do retorno do conteúdo gástrico. Nos momentos em que a criança com refluxo estiver no colo, ela deve ficar em postura pronta elevada e, por fim, recomenda-se manter a dianteira do berço entre 30° e 45° durante o sono (Carneiro *et al.*, 2021).

Conforme Mirani, Roy e John (2024) a utilização de antiácidos deve ser implementada apenas quando o tratamento não farmacológico não apresentar eficácia. Entre os tratamentos farmacológicos para a DRGE, o inibidor da bomba de prótons (IBP) é o medicamento mais utilizado nos casos de DRGE ácida, tais como Omeprazol, Ezomeprazol e Lansoprazol. Os antagonistas de receptores H₂ constituem a segunda opção terapêutica, incluindo medicamentos como Cimetidina, Famotidina e Nizatidina (Vandenplas *et al.*, 2024).

Os agentes procinéticos são mais utilizados em lactentes e crianças que apresentam gastroparesia secundária à DRGE, auxiliando na aceleração do trânsito gastrointestinal (Sintusek *et al.*, 2023). Nos casos de DRGE fracamente ácida e não ácida, pode-se utilizar antiácido à base de Alginato, pois esses apresentam ação local rápida, promovendo alívio dos sintomas em poucos minutos (Vandenplas *et al.*, 2024). De acordo com Sintusek *et al.* (2023), outros medicamentos utilizados no tratamento incluem os protetores de mucosa, como o Sucralfato, que inibe a digestão péptica, protege a mucosa e estimula o crescimento do tecido cicatricial.

Segundo Malfa (2021), outra opção terapêutica é a utilização de fitoterápicos como o extrato das folhas de *Myrtus communis* (murta-comum) em problemas gastrointestinais, principalmente em crianças que apresentam baixo apetite, com ou sem DRGE. A principal situação que precipita o procedimento cirúrgico da DRGE em lactentes e crianças, é a falha no tratamento clínico farmacológico por um período de pelo menos seis meses, com persistência dos sintomas de refluxo ácido, como pirose e regurgitação frequente, apesar das mediações (Amaral *et al.*, 2024).

O procedimento cirúrgico mais frequente para o tratamento da DRGE em crianças é a funduplicatura de Nissen laparoscópica, que consiste no desenvolvimento de uma válvula de 360º anti-refluxo com a utilização da parte superior do estômago ao redor do esôfago distal, intensificando a pressão na junção esofagogástrica e prevenindo o refluxo ácido, também realiza-se a correção da hérnia de hiato e o fechamento do hiato diafragmático (Amaral *et al.*, 2024).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2024) recomenda o tratamento cirúrgico da DRGE em pacientes: após avaliação adequada e exclusão de outras patologias; com condições crônicas, como fibrose cística e neuropatias; com complicações que ameaçam a vida em decorrência de aspiração do conteúdo do refluxo e em pacientes com uso crônico de medicações para o controle sintomatológico da doença.

Apesar do tratamento farmacológico apresentar-se eficaz na atenuação dos sintomas e na cicatrização das lesões esofágicas, o uso sustentado dos IBPs ou antagonistas de receptores H₂ está associado a efeitos colaterais relevantes, como o risco aumentado de fraturas ósseas, infecções intestinais e deficiência de vitamina B₁₂. Diante desse cenário, as estratégias não farmacológicas assumem papel de destaque, especialmente por se tratar de pacientes

pediátricos. A adoção dessas medidas pode reduzir a necessidade do uso precoce e prolongado de medicamentos, minimizando a exposição das crianças aos possíveis efeitos adversos da terapia farmacológica em uma fase crítica do crescimento e desenvolvimento (Barros; Cótica; Santos, 2024).

O sucesso da terapêutica não farmacológica depende não apenas da escolha das abordagens mais adequadas, bem como da adesão parental ao tratamento. Assim, a implementação de ações de educação em saúde direcionadas aos familiares e cuidadores, torna-se um componente essencial do tratamento, uma vez que possibilita a correta implementação das medidas não farmacológicas no ambiente domiciliar, representando uma abordagem segura e eficaz para o manejo da DRGE na população pediátrica, favorecendo o controle dos sintomas e reduzindo a necessidade de exposição precoce ao tratamento medicamentoso (Barros; Cótica; Santos, 2024).

As medidas descritas acima estão de acordo com as orientações da Sociedade Brasileira de Pediatria (2024), que também recomenda, além das diligências comportamentais e alimentares, evitar a exposição ao tabagismo passivo por estar associado ao agravamento dos sintomas da DRGE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

11

Os dados da literatura indicam que o RGE é uma condição extremamente frequente na população pediátrica, com prevalência variando entre 2% e 15%, a depender da faixa etária e do contexto sociodemográfico avaliado (Teixeira et al., 2024). Essa variação reflete não apenas diferenças metodológicas entre os estudos, mas também a influência de fatores culturais, alimentares e assistenciais sobre a manifestação e a percepção dos sintomas.

A literatura é consistente ao afirmar que cerca de 95% dos casos de RGE em lactentes apresentam resolução espontânea até o segundo ano de vida, sem necessidade de intervenção médica específica (Guilhon et al., 2026). Esse dado é de extrema relevância clínica, pois orienta a conduta expectante e tranquiliza os pais, que frequentemente buscam atendimento médico por preocupação com as regurgitações do bebê (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024).

O aleitamento materno exclusivo emerge como fator protetor consistente contra o desenvolvimento de DRGE. Santos e Oliveira (2024) demonstraram que a fácil digestibilidade do leite materno, associada ao seu efeito no esvaziamento gástrico, reduz o tempo de

permanência dos alimentos no estômago e, conseqüentemente, a probabilidade de regurgitação. Rodrigues et al. (2023) corroboram esse achado ao evidenciar que a incidência de RGE e DRGE é significativamente menor em lactentes alimentados exclusivamente com leite materno quando comparados àqueles que recebem fórmulas lácteas artificiais.

Além do tipo de alimentação, outros fatores de risco para DRGE foram identificados: hérnia de hiato, anomalias congênitas do esôfago, neuropatias com dismotilidade esofágica, síndromes genéticas, história familiar de DRGE grave, uso de sonda nasogástrica e medicamentos como bloqueadores de canais de cálcio e benzodiazepínicos (Rodrigues et al., 2024). Doenças respiratórias crônicas — asma, fibrose cística e tosse crônica — também foram associadas à DRGE, possivelmente pelo aumento da pressão intra-abdominal e consequente disfunção do esfíncter esofágico inferior (Teixeira et al., 2024).

Chama atenção, ainda, a associação entre neuropatologia e DRGE. Francisco et al. (2024) relatam incidência de 15% a 75% e prevalência de cerca de 50% em crianças com comprometimento neurológico, justificada pela desregulação dos reflexos aerodigestivos nessa população. Esse dado é particularmente relevante para a prática clínica, pois indica que lactentes com condições neurológicas subjacentes demandam vigilância mais atenta e abordagem terapêutica precoce.

A distinção entre o refluxo fisiológico e a doença do refluxo é apontada por todos os autores como o passo fundamental para uma conduta adequada. Carneiro et al. (2021) definem o RGE fisiológico como episódios de regurgitação que ocorrem no intervalo pós-prandial, sem manifestações sintomáticas e sem comprometimento do ganho ponderal ou do crescimento. Já a DRGE caracteriza-se por sintomas persistentes — irritabilidade, choro excessivo, recusa alimentar, déficit ponderal, distúrbios do sono e complicações respiratórias — que afetam a qualidade de vida do lactente e de sua família (Araújo, 2020; Lippelt, 2025).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2024) reforça que a avaliação clínica criteriosa, baseada em anamnese detalhada e exame físico, é suficiente para distinguir as duas condições na grande maioria dos casos. Os critérios Roma IV são amplamente aceitos para o diagnóstico da regurgitação funcional, exigindo a presença de duas ou mais regurgitações diárias por pelo menos três semanas, na ausência de sinais de alerta como dificuldade de deglutição, hematêmese, apneia ou atraso pômbero-estatural (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024).

Essa abordagem conservadora é corroborada por Sawyer, Sanghavi e Ortigoza (2022),

que enfatizam que exames complementares invasivos devem ser reservados para casos selecionados. Embora desfechos fatais diretamente relacionados à DRGE sejam raros em lactentes hígidos, a morbidade associada — incluindo hospitalizações, uso prolongado de medicamentos e complicações digestivas e respiratórias — justifica a necessidade de diagnóstico preciso (Sawyer; Sanghavi; Ortigoza, 2022).

Os métodos diagnósticos complementares foram descritos de forma consistente nos estudos analisados. A pHmetria esofágica e a impedância-pHmetria são os exames mais citados para a avaliação objetiva do refluxo, porém são invasivos, desconfortáveis e indicados apenas em situações específicas (Vandenplas et al., 2024). Enquanto a pHmetria mensura exclusivamente o refluxo ácido ($\text{pH} < 4$), a impedância-pHmetria permite a detecção de refluxos levemente ácidos (pH entre 4 e 7) e não ácidos ($\text{pH} > 7$), ampliando a acurácia diagnóstica (Vandenplas et al., 2024).

Um dado relevante trazido por Vandenplas et al. (2024) é que mais de 50% dos episódios de refluxo em lactentes são levemente ácidos ou não ácidos, o que torna a pHmetria isolada insuficiente para o diagnóstico completo e reforça a importância da impedância-pHmetria nos casos de suspeita diagnóstica refratária. No entanto, a indisponibilidade desse método na maioria dos serviços de saúde brasileiros limita sua aplicação prática, sendo o diagnóstico clínico ainda o pilar central na atenção primária.

O Questionário Infantil Revisado de Refluxo Gastroesofágico (I-GERQ-R) surge como uma ferramenta auxiliar valiosa, permitindo a padronização da avaliação sintomática por meio de 12 itens respondidos pelos pais. Lippelt (2025) demonstrou que escores totais ≥ 16 são sugestivos de DRGE, enquanto escores inferiores indicam refluxo fisiológico. Essa ferramenta, de baixo custo e fácil aplicação, pode contribuir significativamente para a tomada de decisão na Atenção Primária, especialmente em contextos com limitado acesso a exames complementares.

Todos os estudos revisados convergem para a indicação de medidas não farmacológicas como primeira linha de tratamento da DRGE em lactentes (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024). Essas medidas incluem orientações sobre posicionamento, técnicas de alimentação e modificações dietéticas que reduzem a pressão intra-abdominal e o volume gástrico, com impacto direto na redução dos episódios de refluxo.

Carneiro et al. (2021) descrevem em detalhe as orientações posturais: manter o lactente em ortostase por pelo menos uma a duas horas após a alimentação, evitar decúbito dorsal

imediatamente, posicionar o berço com elevação da cabeceira entre 30° e 45° e evitar o uso de bebê conforto na posição parcialmente sentada, que aumenta a pressão intra-abdominal. Além disso, recomendam que a amamentação ocorra com o lactente apoiado nos braços, com alinhamento adequado entre cabeça e tronco e as narinas livres para respiração plena.

A exclusão da proteína do leite de vaca da dieta materna ou do lactente é uma estratégia adicional recomendada por Sintusek et al. (2023), uma vez que a alergia à proteína do leite de vaca pode mimetizar os sintomas da DRGE. O espessamento da alimentação por meio de fórmulas anti-regurgitação também é indicado, desde que não haja comprometimento do aleitamento materno exclusivo (Sintusek et al., 2023).

Barros, Cótica e Santos (2024) enfatizam que o sucesso dessas medidas depende fundamentalmente da adesão parental ao tratamento. Por isso, ações de educação em saúde direcionadas aos cuidadores são componentes essenciais da abordagem, permitindo a correta implementação das medidas no ambiente domiciliar e reduzindo a necessidade de exposição precoce ao tratamento medicamentoso.

O tratamento farmacológico deve ser reservado para os casos em que as medidas não farmacológicas não são eficazes ou quando há complicações associadas (Mirani; Roy; John, 2024). Os inibidores da bomba de prótons (IBPs) — como omeprazol, esomeprazol e lansoprazol — são os medicamentos mais utilizados nos casos de DRGE ácida, sendo considerados primeira linha na terapia medicamentosa (Vandenplas et al., 2024).

Os antagonistas dos receptores H₂ (cimetidina, famotidina, nizatidina) constituem a segunda opção terapêutica. Os agentes procinéticos são mais indicados em lactentes com gastroparesia secundária à DRGE, auxiliando na aceleração do trânsito gastrointestinal (Sintusek et al., 2023). Para os casos de DRGE fracamente ácida e não ácida, os antiácidos à base de alginato são recomendados por sua ação local rápida, promovendo alívio dos sintomas em minutos (Vandenplas et al., 2024). O sucralfato, protetor da mucosa, inibe a digestão péptica e estimula a cicatrização tecidual (Sintusek et al., 2023).

Contudo, um dado preocupante é a baixa adesão dos pediatras às diretrizes publicadas pela NASPGHAN e ESPGHAN, conforme apontado por Vandenplas et al. (2024). Apenas 2% dos profissionais utilizam efetivamente essas guidelines. Essa baixa adesão está associada, em parte, à pressão parental por resolução rápida dos sintomas, o que pode favorecer prescrições inadequadas e superestimação do uso de IBPs.

Nesse sentido, Barros, Cótica e Santos (2024) alertam que o uso sustentado de IBPs ou antagonistas H₂ está associado a efeitos colaterais relevantes em lactentes — risco aumentado de fraturas ósseas, infecções intestinais e deficiência de vitamina B₁₂. Diante desse cenário, a ênfase em estratégias não farmacológicas torna-se ainda mais importante, especialmente por se tratar de uma população em fase crítica de crescimento e desenvolvimento.

A síntese das evidências aponta para a importância de uma abordagem gradual e individualizada no manejo da DRGE em lactentes. O diagnóstico clínico, baseado em anamnese criteriosa e exame físico, deve ser o pilar da atenção primária, com o uso de ferramentas como o I-GERQ-R para auxiliar na padronização da avaliação (Lippelt, 2025). Exames invasivos devem ser reservados para casos selecionados e refratários.

A adoção precoce de medidas não farmacológicas — posicionamento adequado, ajustes alimentares, orientação parental — mostrou-se eficaz para a resolução da maioria dos casos, reduzindo a demanda por consultas especializadas e por medicações. Barros, Cótica e Santos (2024) reforçam que essa abordagem reduz a necessidade de exposição precoce ao tratamento medicamentoso e seus potenciais efeitos adversos, otimizando os recursos do Sistema Único de Saúde.

O tratamento farmacológico, embora eficaz, deve ser instituído com critério, respeitando as diretrizes internacionais e considerando o perfil individual do paciente, a gravidade dos sintomas e os possíveis efeitos adversos. A baixa adesão aos guidelines, apontada por Vandenplas et al. (2024), evidencia a necessidade de estratégias de educação continuada para os profissionais de saúde.

A abordagem cirúrgica, indicada em casos selecionados e refratários, tem papel bem definido e deve ser realizada em centros de referência com equipe especializada (Amaral et al., 2024; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o que foi abordado, conclui-se que a diferenciação entre o RGE e DRGE em lactentes é essencial para assegurar uma abordagem terapêutica compatível, para prevenir tanto práticas desnecessárias quanto a investigação e tratamento tardio nos casos da doença. Uma coleta de história detalhada e o exame físico são os principais meios para se obter o diagnóstico, sendo os exames adicionais recomendados apenas em situações específicas.

Constatou-se inclusive que as medidas não farmacológicas fazem parte da primeira linha de tratamento, ressaltando a explicação aos cuidadores e pais, o ajuste do posicionamento do lactente e da rotina alimentar, os quais colaboram para a atenuação dos sintomas e para a precaução de complicações. Nas situações em que essas providências não são eficazes, a terapia farmacológica deve ser implantada de modo fundamentado e especificado para cada paciente.

Ademais, a adoção das medidas preventivas reduz a demanda da procura de consultas pediátricas na Atenção Primária da Saúde, e, conseqüentemente, diminui os gastos públicos junto do fluxo para as especialidades, permitindo assim que os casos mais complexos sejam encaminhados com mais agilidade e otimizando a utilização dos recursos do Sistema de Saúde.

Por conseguinte, este estudo atingiu os objetivos elencados através da identificação dos fatores mais relevantes ligados a RGE em recém-nascidos, argumentou a respeito dos meios para diagnosticar e pesquisou métodos de tratamento acessíveis. Em suma, destaca-se a relevância da adequação contínua dos profissionais de saúde e do ensino dos familiares para proporcionar um cuidado baseado em evidências, efetivo e fundamentado, contribuindo com a qualidade de vida dos lactentes e diminuindo a possibilidade de complicações associadas à patologia.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, Francisco Tiago de Sousa; COSTA, Lávila Lorrana de Sousa; FALCÃO, Bruno Pinheiro. Doença do refluxo gastroesofágico em crianças – quadro clínico, métodos diagnósticos e tratamento: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 11, e44131147345, 2024. DOI: 10.33448/rsd-v13i11.47345.

ARAÚJO, Carlos António Mendes da Silva. **O papel da Doença de Refluxo Gastroesofágico em patologias do foro da Otorrinolaringologia em Idade Pediátrica**. 2020. Trabalho Final de Mestrado – Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2020. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/9f41f16e8965cc418d4548b3f72af55b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>. Acesso em: 3 mai. 2026.

BARROS, Felipe; CÓTICA, Lara Figueira Aguiar; SANTOS, Anny Karoliny Monteiro dos. Estratégias não farmacológicas para o controle da doença do refluxo gastroesofágico. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação – REASE**, v. 10, n. 10, p. 1578-1593, 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i10.16020.

CARNEIRO, Geizi Francisca; SABINO, Lia Lúcia; LUZIA, Débora Maria Moreno. Refluxo gastroesofágico em crianças: uma revisão da literatura. **Revista Saber Acadêmico**, Presidente Prudente, n. 32, p. 38-59, jul./dez. 2021. DOI: 10.47385/cadunifoa.v7.n18.1095.

DICIO. Lactente. **Dicionário Online de Português**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/lactente/>. Acesso em: 4 mai. 2026.

FRANCISCO, Lara Duarte; RIBEIRO, Luana Beatriz Vaz; OLIVEIRA, Marina Carvalho de; COSTA, Isabella Abissamra Alberto da; GEROLAMO, Ana Carolina Salomão; BERTELI, Bruno Batista; FARIA, Bruna de Almeida; SILVA, Tharso Rafael Candido da; AVELINO, Mariana Coelho; SILVA, Larissa Almeida da; ELEUTÉRIO, Rafael Fernandes; TRISTÃO, Maria Eugênia Alves Martins de Araújo. Sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento atual da doença do refluxo gastroesofágico no paciente pediátrico: uma revisão sistemática. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 1-14, mar./abr. 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n2-179.

GUILHON, Luana Amorim; ANDRADE, Lucas Gabriel; CASTRO, Nathan Guimarães de; CRUZ, Mirella D'Paula; COSTA, Ana Cristina da; OLIVEIRA, Maria Júlia de; FELIX, Letícia de Carvalho; SILVA, Lucas Matos; CARVALHO, Laryssa Sousa. Doença do refluxo gastroesofágico na pediatria: manifestações clínicas, diagnóstico e abordagens terapêuticas. **Lumen et Virtus**, v. 17, n. 57, p. e12192, 2026. DOI: 10.56238/levv17n57-048.

LIPPELT, Maria Paula Gasparini da Silva. **Refluxo gastroesofágico e doença do refluxo gastroesofágico em crianças menores de doze meses: avaliação baseada em um questionário de sinais e sintomas**. 2025. Disponível em: <https://hdl.handle.net/11449/318082>. Acesso em: 9 mai. 2026.

MESQUITA, Yago Gabriel Santos. **Evidências acerca do tratamento da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) em crianças: uma revisão de escopo**. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, 2024. Disponível em: <https://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/21957>. Acesso em: 3 mai. 2026.

MIRANI, Y.; ROY, Y. J.; JOHN, T. Comparative Analysis of Pharmacological Treatments and Lifestyle Modifications for Managing Gastroesophageal Reflux Disease in Infants: A Literature Review. **British Journal of Hospital Medicine**, 2025. DOI: 10.12968/hmed.2024.0921.

MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M. R. **Anatomia orientada para a clínica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024.

RODRIGUES, Anna Vitória Rios Miranda; MATOS, Gabriela Soares; LIMA, Letícia Gonçalves; ALMEIDA, Maria Clara de; FERREIRA, Ana Luísa; SOUZA, Pedro Henrique. Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE): indicações para cirurgia. Revisão sistemática. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 8, p. 1717-1726, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n8p1717-1726.

RODRIGUES, Bianca de Oliveira; ROCHA, Mariana Menezes; ALMEIDA, Indhira Ribeiro; AVENA, Katia de Miranda. Diagnóstico de refluxo gastroesofágico e doença de refluxo gastroesofágico: panorama clínico e epidemiológico de crianças atendidas em ambulatório especializado. **Residência Pediátrica**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1-6, 2023. DOI: 10.25060/residpediatr-2023.v13n4-928.

SANTOS, Iranete Iva dos; OLIVEIRA, Ana Carolina Donda. A importância do aleitamento materno. **Revista Saúde dos Vales**, v. 1, n. 3, 2024. DOI: 10.61164/rsv.v4i1.2355. ISSN 2674-8584.

SAWYER, Christopher; SANGHAVI, Rinarani; ORTIGOZA, Eric B. Neonatal gastroesophageal reflux. **Early Human Development**, Amsterdam, v. 171, art. 105600, ago. 2022. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2022.105600.

SINTUSEK, Palittiya; VELASCO-BENÍTEZ, Carlos A.; MARTÍNEZ, Jorge A.; TRIVELLA, Miguel; ANDRADE, Verônica. Gastroesophageal reflux disease in children: What's new right now? **World Journal of Gastrointestinal Endoscopy**, v. 15, n. 3, p. 84-102, 16 mar. 2023. DOI: 10.4253/wjge.v15.i3.84.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Aleitamento Materno. **Proteção legal ao aleitamento materno**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2024/agosto/02/ebook_1AGO24-Amamentacao.pdf. Acesso em: 4 mai. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Gastroenterologia. **Doença do Refluxo Gastroesofágico: Guia Prático de Orientação** (Gestão 2022-2024), n. 185, 10 dez. 2024. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24664f-GPO_-Doenca_de_Refluxo_Gastroesofagico_SITE.pdf. Acesso em: 3 mai. 2026.

TEIXEIRA, Breno Piuza Duelli; MORAES, João Pedro; ALVES, Matheus Henrique; COSTA, Rafaela; OLIVEIRA, Thiago; FERREIRA, Larissa. Doença do refluxo gastroesofágico em crianças e lactentes: diagnóstico, tratamento e impactos no desenvolvimento infantil. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 6, p. 225-240, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n6p225-240.

VANDENPLAS, Yvan; ALARCÓN, Pedro; BANERJEE, Rupa; BORRELLI, Osvaldo; CHANG, Alice; CRUZ, Eduardo; FOX, Mark; GONZÁLEZ, Luis; GUARINO, Alfredo; HEGAR, Badriul; et al. Infant gastroesophageal reflux disease management consensus. **Acta Paediatrica**, v. 113, n. 2, p. 403-410, 2024. DOI: 10.1111/apa.17074.