

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO

**IMPACTO DA DIETA NO REFLUXO GASTROESOFÁGICO:
INVESTIGAÇÃO DOS ALIMENTOS E PADRÕES ALIMENTARES**

Gabriel Carvalho Moreira Lima

Orientadora: Pollyanna Ayub Ferreira

Brasília, 2025

FOLHA DE APROVAÇÃO

Gabriel Carvalho Moreira Lima

IMPACTO DA DIETA NO REFLUXO GASTROESOFÁGICO: INVESTIGAÇÃO DOS ALIMENTOS E PADRÕES ALIMENTARES

BANCA EXAMINADORA

Prof.(a). Nome do professor(a)

Prof.(a). Nome do professor(a)

Prof.(a). Nome do professor(a)

Brasília, 2025

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo: O impacto da dieta no refluxo gastroesofágico: investigação dos alimentos e padrões alimentares. O objetivo central foi analisar a influência de diferentes tipos de alimentos e padrões alimentares nos sintomas de refluxo gastroesofágico, identificando quais dietas são mais eficazes na redução ou alívio dos sintomas e quais alimentos ou hábitos alimentares tendem a agravar essa condição. Para isso, conduziu-se uma pesquisa com metodologia de revisão bibliográfica, que envolveu a seleção de artigos científicos e estudos publicados nas últimas décadas sobre a relação entre nutrição e refluxo. Buscou-se consolidar as evidências disponíveis, fornecendo uma base para recomendações nutricionais direcionadas ao controle dos sintomas de refluxo gastroesofágico. As principais conclusões, apontaram que uma relação harmoniosa com a alimentação, baseada em conhecimento e adaptação às necessidades pessoais, oferece não só alívio sintomático, mas uma melhora na qualidade de vida.

Palavras-chaves: “refluxo gastroesofágico”, “dieta”, “alimentos”, “sintomas”, padrões alimentares” e “qualidade de vida”.

1 INTRODUÇÃO

O refluxo gastroesofágico (RGE) é uma condição clínica caracterizada pelo retorno do conteúdo gástrico para o esôfago, resultando em sintomas como azia, regurgitação e desconforto torácico. A maioria dos episódios de RGE ocorre no período pós-prandial e podem causar pouco ou nenhum sintoma incômodo. Uma vez que o conteúdo gástrico promove lesão tecidual ou inflamação, tais como aspiração pulmonar, doença reativa das vias aéreas, esofagite, apneia obstrutiva, déficit de crescimento e dificuldades na alimentação e deglutição, essa entidade patológica é denominada doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) (Soares *et al.*, 2014).

Essa condição pode causar uma variedade de manifestações clínicas tanto esofágicas quanto extraesofágicas, como azia, regurgitação ácida, tosse crônica, asma de difícil controle, com ou sem evidência de lesão tecidual (Zaterka *et al.* 2019). É uma das doenças gastrointestinais mais prevalentes, presente em aproximadamente 15% dos adultos do mundo, principalmente em países ocidentais (Costa *et al.*, 2019). Essa doença tem se tornado uma preocupação crescente na sociedade moderna, afetando uma parcela significativa da população, por impactar negativamente na qualidade de vida e contribuir para maiores gastos na saúde. Devido à elevada prevalência, é um tema de relevância nas questões de saúde pública, variando entre 21% e 56% em diferentes países (Almeida *et al.*, 2017).

Os sintomas são influenciados por fatores culturais e pessoais, levando a diferentes manifestações em pacientes de diferentes países e comunidades. Alguns deles são descritos como, a obesidade, baixo nível educacional, baixo status socioeconômico, fatores genéticos, tabagismo entre outros (Costa *et al.*, 2019; Batista; Dantas, 2022).

A relação entre a dieta e o RGE é um campo de pesquisa ativo, uma vez que certos alimentos e padrões alimentares podem exacerbar os sintomas da doença. A ingestão excessiva de refeições volumosas, altamente calóricas, bebidas alcoólicas e carbonatadas não são recomendadas para o quadro de DRGE (Navarro *et al.*, 2023). É necessário também evitar a ingestão de alimentos gordurosos pois estes tornam o processo de esvaziamento gástrico mais lento, aumentando a chance de refluxo, além de alimentos como chocolates, chás, cítricos, café, alimentos apimentados no

diagnóstico de DRGE (Ferreira, 2014). Modificações comportamentais também são recomendadas como parte do tratamento da DRGE, embora possam ser controversas, uma vez que outros fatores também podem contribuir para o desenvolvimento da doença! (Moraes-Filho *et al.*, 2024). Isso torna a compreensão das interações entre dieta e RGE essencial para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento dos sintomas.

O manejo eficaz do RGE requer uma abordagem multidisciplinar que envolva profissionais de saúde que possam oferecer orientações dietéticas adequadas e estratégias de modificação do estilo de vida. O papel da nutrição é fundamental, uma vez que ajustes na dieta e no estilo de vida podem levar a uma redução significativa dos sintomas e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Além disso, a compreensão de como a dieta pode atuar na prevenção e no tratamento do refluxo, levando a promoção do crescimento e ganho de peso adequados, alívio dos sintomas, a cicatrização das lesões teciduais, prevenção da recorrência destas e das complicações associadas à DRGE contribui para um enfoque mais abrangente e menos dependente de medicamentos (Ferreira, 2014).

Assim, a presente pesquisa justifica-se pela necessidade de consolidar as evidências científicas sobre os alimentos e padrões alimentares que agravam ou aliviam os sintomas de refluxo gastroesofágico. Essa análise permitirá o desenvolvimento de orientações dietéticas mais eficazes, proporcionando alternativas viáveis para o manejo da condição através da alimentação.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo analisar a influência de diferentes tipos de alimentos e padrões alimentares nos sintomas de refluxo gastroesofágico; assim como identificou quais dietas são mais eficazes para a redução ou alívio dos sintomas e quais alimentos ou hábitos alimentares agravam a condição.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos primários

Analisar a influência de diferentes tipos de alimentos e padrões alimentares nos sintomas de refluxo gastroesofágico (RGE).

2.2 Objetivos Secundários

- Definir a Fisiopatologia do Refluxo Gastroesofágico;
- Investigar os padrões alimentares mais comuns associados ao desenvolvimento ou ao alívio dos sintomas de refluxo gastroesofágico.
- Abordar sobre a eficácia de intervenções dietéticas específicas na redução dos sintomas de RGE.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, cujo objetivo foi reunir, analisar e discutir as principais evidências científicas relacionadas à influência dos alimentos e dos padrões alimentares sobre os sintomas do refluxo gastroesofágico (RGE).

A busca por publicações foi realizada nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Google Acadêmico, entre 2005 a 2025, com raras exceções. Foram utilizados os seguintes descritores controlados, combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, em português e inglês, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Refluxo gastroesofágico” (gastroesophageal reflux); “Dieta” (diet); “Alimentos” (food); “Padrões alimentares” (dietary patterns); “Sintomas” (symptoms); “Qualidade de vida” (quality of life).

Como critério de inclusão, após a identificação dos estudos, foi realizada uma triagem inicial com base nos títulos e resumos, excluindo aqueles que não atendiam aos critérios, como estudos fora do contexto ou que não abordavam diretamente a presente temática.

Inicialmente, foram analisados os títulos e resumos, de forma a verificar a adequação aos critérios de inclusão. Na sequência, os artigos elegíveis foram lidos na íntegra para análise crítica. Foram extraídas informações referentes aos objetivos, tipo de estudo, população avaliada, padrões alimentares analisados, alimentos

implicados, principais achados e conclusões de cada estudo. A análise dos dados consistiu em uma leitura crítica e minuciosa que permitiu organizar os artigos em categorias temáticas, discutindo os principais padrões alimentares associados ao agravamento ou à melhoria dos sintomas do RGE.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Fisiopatologia do Refluxo Gastroesofágico

No âmbito da fisiopatologia do RGE, o esfíncter esofágico inferior (EEI) desempenha um papel central, atuando como uma estrutura muscular especializada que regula a passagem de conteúdo entre o esôfago e o estômago. Funcionalmente, quando o esfíncter mantém um estado tônico de contração, constituindo uma barreira fisiológica essencial contra o refluxo do conteúdo gástrico. No entanto, episódios de relaxamento transitório do EEI, embora fisiológicos quando ocasionais, tornam-se patogênicos quando ocorrem com frequência excessiva, caracterizando a disfunção esfínteriana típica do RGE. Fatores dietéticos e comportamentais exercem influência significativa sobre essa dinâmica. O consumo excessivo de alimentos, particularmente aqueles com alto teor lipídico, bem como a ingestão de bebidas gaseificadas, está associados à diminuição da pressão do EEI e ao aumento da frequência do relaxamento do esfíncter, portanto esses mecanismos explicam, em parte, a relação entre hábitos alimentares inadequados e a fisiopatologia do RGE (Kahrilas, 2008; Nandurkar *et al.*, 2004).

Corroborando com a dieta Kaltenbach *et al.* (2006) constaram que a hipercloridria pode irritar o estômago e isso é promovido por alimentos como café, chocolate e bebidas alcoólicas são como lenha nessa fogueira, estimulando a produção de ácido e piorando os sintomas. E, em casos extremos, como na síndrome de Zollinger-Ellison, o estômago produz ácido de forma acentuada, aumentando ainda mais o risco de refluxo.

Em seu trabalho Dent *et al.* (2005) verificaram que a presença de hérnia hiatal representa um fator agravante na disfunção do EEI e nessa condição, ocorre a migração da porção superior do estômago para a cavidade torácica através do hiato esofágico, alterando a anatomia local. Esse deslocamento compromete ainda mais a

competência do EEI, que já apresenta redução em seu tônus basal. Estudos demonstram que aproximadamente 50% dos pacientes diagnosticados com DRGE apresentam hérnia hiatal associada. A formação dessa bolsa gástrica no tórax cria um reservatório de conteúdo ácido, que permanece em contato mais próximo com o EEI, aumentando a probabilidade de episódios de refluxo e com isso Essa exacerba os mecanismos fisiopatológicos já existentes na DRGE, contribuindo para a perpetuação dos sintomas. De acordo com Katz e seus colaboradores (2013) não é só o EEI e a hérnia hiatal que entram nessa equação. O esôfago também tem seu papel, que precisa ser ágil o para eliminar o ácido que eventualmente escapa, empurrando-o de volta para o estômago. Só que, em alguns casos, essa limpeza não acontece como deveria. A motilidade esofágica pode ficar comprometida, deixando o ácido parado no esôfago por mais tempo do que o ideal. E, para piorar, a saliva, que deveria ajudar a neutralizar esse ácido, pode estar em falta, seja por condições como a síndrome de Sjögren ou pelo uso de certos medicamentos.

Para os autores Katz e seus colaboradores (2013) a fisiopatologia do RGE não se restringe à disfunção do esfíncter esofágico inferior (EEI) ou à presença de hérnia hiatal. O próprio esôfago desempenha função crítica no *clearance* ácido através de sua motilidade, que atua recapturando o conteúdo refluído para o estômago. Contudo, quando comprometida, essa capacidade de depuração permite que o ácido permaneça em contato prolongado com a mucosa esofágica. Agrava esse cenário a redução do fluxo salivar - frequentemente associada a condições como a síndrome de Sjögren ou uso de fármacos específicos - que diminui a neutralização natural do ácido retido. E corroborando com a fisiopatologia EI- Serag e colaboradores (2005), em seu trabalho, informaram que o excesso de gordura, principalmente na região abdominal, aumenta a pressão dentro no estômago. Essa pressão extra empurra o conteúdo gástrico para cima, fazendo com que o EEI tenha ainda mais trabalho para segurar. Além disso, a obesidade mexe com hormônios como a leptina e a adiponectina, que podem influenciar a motilidade gastrointestinal e a função do EEI (Wu *et al.*, 2013).

Há a questão da sensibilidade, onde em algumas pessoas, o esôfago acaba reagindo de forma exagerada ao ácido gástrico. Mesmo pequenas quantidades de refluxo podem causar uma azia intensa. Em muitos casos, o estresse e a ansiedade entram como coadjuvantes, amplificando essa sensação de desconforto (Fass; Tougas, 2002).

3.1.1 Função do Esfíncter Esofágico Inferior (EEI)

Conforme Kahrilas (2008), o esfíncter esofágico inferior (EEI) atua como um mecanismo valvular regulado por processos neurofisiológicos complexos. Durante a deglutição, ocorre um relaxamento transitório coordenado desta estrutura, permitindo a passagem do bolo alimentar para a cavidade gástrica. Imediatamente após, o tônus de repouso é restabelecido por contração tônica, constituindo barreira funcional contra o refluxo gastresofágico. Esse ciclo de relaxamento-contração é mediado pelo sistema nervoso autônomo, que regula o processo de forma involuntária e sincronizada. Alterações nesse padrão neurofisiológico comprometem a função antirrefluxo, predispondo a distúrbios gastroesofágicos. Nandurkar et al. (2004) complementam que os relaxamentos transitórios do EEI (RTEEI), embora fisiológicos para liberação de gases intragástricos, tornam-se patogênicos quando ocorrem com frequência excessiva ou descoordenada, permitindo a ascensão do conteúdo ácido ao esôfago.

A baixa pressão basal do EEI, condição denominada hipotonia esfínteriana, frequentemente decorre de processos degenerativos etários, ação farmacológica (especialmente anti-hipertensivos) ou alterações anatômicas por hérnia hiatal. Nesta última, a herniação gástrica promove desinserção do EEI de seu plano anatômico original, comprometendo sua função de barreira antirrefluxo (Dent et al., 2005; Almeida, 2017).

O EEI faz parte de um sistema, que inclui o esôfago, o estômago e até a saliva, que ajuda a neutralizar o ácido refluído. Quando tudo funciona dentro dos conformes, o refluxo é mantido sob controle. O EEI é vital, pois evita que o conteúdo do estômago, retorne ao esôfago, caso contrário, ocorrem refluxo, azia, em casos mais graves, complicações sérias. Entender como o EEI funciona é o primeiro passo para cuidar dele e, assim, manter o sistema digestivo em equilíbrio (Batista, 2022).

3.1.2 Hérnia Hiatal

As estatísticas revelam que cerca de 60% das pessoas que sofrem com refluxo grave apresentam hérnia hiatal, número que atinge 90% nos casos mais sérios (Brandalise, 2016).

A conexão entre hérnia hiatal e a alimentação, vai muito além do senso comum. Certos hábitos alimentares não só pioram os sintomas em quem já tem o problema, como podem contribuir para seu desenvolvimento. Alimentos que aumentam a pressão abdominal agem como verdadeiros inimigos, pressionando continuamente a região do hiato (Dent *et al.*, 2005). Refeições com grandes porções, especialmente quando acompanhadas de refrigerantes ou outras bebidas com gás, que provocam distensão no estômago, que pode aos poucos forçar sua passagem para o tórax.

De acordo com Fonseca (2021) existem diferentes tipos de hérnia hiatal, e cada um tem sua particular relação com a alimentação e o refluxo. O tipo mais comum, chamado hérnia por deslizamento (quando a junção entre esôfago e estômago sobe), aparece em 95% dos casos e tem ligação direta com o refluxo. Já as hérnias paraesofágicas, embora raras, precisam de atenção, pois pode haver risco de complicações graves. E aqui entra um dado preocupante: a obesidade, frequentemente resultado de maus hábitos alimentares, é um fator de risco independente para desenvolver hérnia hiatal, criando um círculo vicioso onde má alimentação leva à obesidade, que favorece a hérnia, que piora o refluxo.

A investigação de uma hérnia hiatal, deixa evidente como a alimentação interfere até nos exames. A endoscopia, por exemplo, costuma mostrar com mais clareza quando o paciente está deitado de barriga para cima depois de comer (Fonseca, 2021). Já a manometria (que mede as pressões no esôfago) revela como o esfíncter fica ainda mais fraco na presença da hérnia, principalmente depois de comidas gordurosas que relaxam essa estrutura (Brandalise, 2016).

Controlar a hérnia hiatal através da alimentação de restringir alimentos. Requer uma verdadeira transformação nos hábitos alimentares. Comer porções menores várias vezes ao dia, por exemplo, evita que o estômago fique muito cheio distendido e pressione o hiato (Brandalise, 2016).

Para Dantas (2025) cada nutriente tem um papel específico nessa história. As gorduras, especialmente as saturadas, são duplamente prejudiciais: além de deixarem a digestão mais lenta, ainda enfraquecem o esfíncter. Já Fonseca (2021) as proteínas, por outro lado, podem ajudar a fortalecer essa barreira natural, enquanto carboidratos complexos geralmente são bem tolerados. A cafeína e o álcool merecem atenção redobrada, além de relaxarem o esfíncter, irritam diretamente o esôfago já sensibilizado.

Enquanto no refluxo sem hérnia os sintomas geralmente demoram meia hora a uma hora para aparecer, na presença de hérnia hiatal eles podem vir quase imediatamente, especialmente com alimentos líquidos ou pastosos (Carvalho, 2018).

Quando a hérnia hiatal não é bem controlada, as complicações podem ser sérias. A inflamação no esôfago é muito mais comum em quem tem hérnia (Kalil, 2016), e o risco de alterações pré-cancerosas aumenta conforme o tamanho da hérnia. Alguns pacientes desenvolvem até anemia por deficiência de ferro devido a pequenos sangramentos constantes no esôfago irritado, criando um dilema nutricional: como corrigir as deficiências sem piorar o refluxo? Nesses casos, suplementos bem orientados tornam-se essenciais, sempre considerando a melhor forma de administração para evitar azia (Bachman, 2011).

Em casos cirúrgicos a alimentação no pós-operatório é crucial. Depois de uma funduplicatura (a cirurgia mais comum para o problema), a dieta precisa ser reintroduzida gradualmente, começando por líquidos e evoluindo para sólidos ao longo de semanas. Mesmo depois de recuperado, o paciente precisa manter certos cuidados à mesa para não sobrecarregar a região operada. Curiosamente, muitos operados relatam que voltam a tolerar alguns alimentos que antes causavam refluxo, embora outros possam continuar sendo problemáticos (Soares, 2014).

Em seu trabalho Zaterka (2017) afirmou que acompanhar a nutrição de pessoas com hérnia hiatal a longo prazo exige equilíbrio e dietas muito restritivas podem levar à perda de peso indesejada e à deficiência de nutrientes importantes, especialmente em idosos. Para Navarro (2023) em alguns casos, é necessário suplementar vitaminas como B12, D e ferro, principalmente quando há restrição de alimentos de origem animal. A hidratação também merece atenção, pois, ao reduzirem a ingestão de líquidos para evitar episódios de refluxo, muitos pacientes acabam desenvolvendo prisão de ventre, o que aumenta a pressão abdominal e pode agravar a hérnia. Apesar desses desafios, as pesquisas mais recentes trazem perspectivas promissoras: estudos têm investigado o papel da microbiota intestinal e de certos nutrientes na proteção do esôfago.

3.1.3 Clearance Esofágico e Produção de Ácido Gástrico

Esse mecanismo, chamado clearance esofágico, é a primeira linha de defesa contra o refluxo (Moraes-Filho et al., 2019). Mas quando essa “limpeza” não acontece, seja porque os movimentos do esôfago estão preguiçosos ou porque falta aquela saliva protetora, o ácido fica "estacionado" por mais tempo, causando queimação chata e até lesões mais sérias (Zaterka et al., 2017).

Alimentos como feijoadada, café, ajudam aumentar a produção de ácido do estômago. Bebidas gaseificadas e álcool ainda relaxam o que separa esôfago e estômago, dando passe livre para o refluxo. É como se estivesse sabotando o próprio sistema de defesa sem perceber (Zaterka et al., 2017).

Pesquisas brasileiras mostram que quem sofre de refluxo constante muitas vezes tem esse sistema de limpeza esofágica comprometido. Às vezes é por condições de saúde, mas na maioria das vezes são os próprios hábitos de cada pessoa que atrapalham, como se alimentar as pressas, deitar com estômago cheio, fumar. A boca seca, que parece inofensiva, piora tudo, já que a saliva é nosso "antiácido natural" (Moraes-Filho et al., 2019).

É possível intensificar essa limpeza esofágica com escolhas inteligentes. Alimentos ricos em fibras fazem o sistema digestivo trabalhar como um relógio, enquanto proteínas magras ajudam a fortalecer a barreira contra o refluxo (Zaterka et al., 2017).

Não comer antes de dormir é importante, quando se deita com o estômago cheio, perde-se a ajuda da gravidade, e o ácido fica à vontade para subir (Moraes-Filho et al., 2019). Dividir as refeições ao longo do dia em porções menores é como dar folga para o sistema digestivo, tudo flui melhor e com menos pressão.

Nos casos mais rebeldes, às vezes precisamos de reforços, desde elevar a cabeceira da cama até medicamentos que ajudam nos movimentos do esôfago. Mas nenhum remédio faz milagre se continuar com hábitos que sabotam o corpo (Zaterka et al., 2017).

No final das contas, entender essa relação entre dieta, limpeza esofágica e produção de ácido é como ter um manual de instruções do nosso corpo. Pequenas mudanças, mastigar direito, hidratar-se, escolher melhor os alimentos, podem transformar completamente a convivência com o refluxo. São ajustes que trazem benefícios para a saúde como um todo, não apenas para o esôfago (Moraes-Filho et al., 2019).

3.2 Obesidade como Fator de Risco para o Refluxo Gastroesofágico

Pesquisas especializadas demonstram que o sobrepeso afeta significativamente a válvula natural que separa esôfago e estômago. Exames específicos revelam que a pressão nesta região diminui consideravelmente em pessoas com quilos extras, além de apresentar falhas no seu mecanismo de abertura e fechamento. Essas alterações permitem que substâncias ácidas permaneçam por mais tempo nas áreas sensíveis do trato digestivo superior (Padovani, 2006).

De acordo com Andrade (2012) o excesso de tecido adiposo atua como um órgão endócrino disfuncional, liberando substâncias inflamatórias que interferem diretamente na sensibilidade do tubo esofágico e reduzem a produção de compostos protetores, deixando as mucosas mais suscetíveis à ação corrosiva dos sucos digestivos. Essa combinação de fatores contribui significativamente para o agravamento dos sintomas em indivíduos com sobrepeso ou obesidade. Bem como, o fígado, quando acometido por infiltração gordurosa, tende a aumentar de volume, exercendo pressão sobre estruturas adjacentes e alterando a anatomia funcional do sistema digestivo. Essa modificação posicional, associada à redução da secreção de substâncias digestivas, compromete o tempo de esvaziamento gástrico e intensifica os desconfortos gastrointestinais.

Conforme Pereira (2007) a progressão dos sintomas não acompanha proporcionalmente o aumento de peso. Dados clínicos indicam que mesmo elevações moderadas no índice de massa corporal podem potencializar em até 50% as chances de desenvolver complicações graves. Mulheres em determinada fase hormonal apresentam particular vulnerabilidade a essa progressão, revelando conexões complexas entre diferentes sistemas do organismo.

Melhorias modestas na balança podem trazer benefícios significativos. A redução de pequenas porcentagens no peso total já produz efeitos positivos visíveis, especialmente quando combinada com a prática regular de exercícios físicos, que fortalecem a musculatura abdominal e melhoram a postura durante a digestão (Reis, 2003).

As soluções cirúrgicas para controle de peso apresentam efeitos variados. Algumas técnicas podem inadvertidamente piorar os sintomas ao criar

compartimentos gástricos sob pressão excessiva, enquanto outras abordagens que modificam o trajeto dos alimentos demonstraram excelentes resultados no alívio dos desconfortos esofágicos, com índices de sucesso impressionantes (Padovani, 2006).

A complexa relação entre excesso de peso e problemas digestivos exige abordagens multifacetadas. Mais do que um simples fator predisponente, a obesidade cria condições ideais para o desenvolvimento de múltiplas alterações funcionais. Essa compreensão abrangente é fundamental para elaborar estratégias terapêuticas eficientes, que atuem nas causas profundas do problema além de simplesmente aliviar os sintomas superficiais (Silveira, 2005).

3.3 Padrões Alimentares e Seu Impacto na Saúde Esofágica

A rotina alimentar possui profunda conexão com o bem-estar do aparelho digestivo, podendo tanto promover seu funcionamento harmônico quanto desencadear diversos desconfortos. Escolhas inadequadas à mesa e comportamentos alimentares pouco saudáveis estabelecem o cenário perfeito para o surgimento de problemas como o retorno anormal de sucos gástricos (Silveira, 2005).

Quantidades exageradas de comida em uma única refeição figuram entre os principais equívocos da alimentação contemporânea. Quando ultrapassado a capacidade normal de armazenamento do estômago, gera-se uma pressão interna excessiva que compromete o fechamento eficaz da barreira natural entre estômago e esôfago. Esse simples princípio físico justifica os episódios de queimação após grandes ingestões demasiadas, mesmo na ausência de ingredientes tradicionalmente irritantes (Pereira, 2007).

A natureza dos alimentos consumidos revela-se tão crucial quanto seu volume. Itens industrializados, carregados de substâncias artificiais, perturbam o equilíbrio da flora intestinal, diminuindo sua função protetora ao longo de todo o sistema digestivo. Esse desarranjo microbiano está intimamente ligado ao aumento da fragilidade do tecido esofágico e sua maior suscetibilidade à ação corrosiva dos sucos digestivos (Pereira, 2007).

O costume de ingerir bebidas em abundância durante as refeições requer análise cuidadosa. Apesar de aparentemente inócuo, o hábito de consumir líquidos em excesso junto com os alimentos dilui as substâncias digestivas, forçando o

estômago a intensificar sua produção ácida. O acréscimo de volume ainda provoca distensão nas paredes gástricas, elevando as chances de conteúdo estomacal retornar de forma indevida (Silveira, 2005).

A variação térmica dos pratos consumidos apresenta um aspecto frequentemente negligenciado. Alimentos em temperaturas extremas causam um impacto súbito no revestimento esofágico, deixando-o momentaneamente mais sensível a possíveis irritações. A pressa durante as refeições gera consequências muitas vezes subestimadas. Engolir a comida sem triturá-la como deveria exige um esforço extra do estômago para processar partículas mal fragmentadas (Pereira, 2007).

O momento escolhido para se alimentar influencia diretamente a dinâmica digestiva. Alimentar-se logo antes de repousar anula a vantagem da força gravitacional no controle dos sucos gástricos, facilitando seu deslocamento para regiões superiores quando o corpo assume posição horizontal. A situação torna-se ainda mais crítica quando a última refeição do dia é justamente a mais abundante (Silveira, 2005).

A mistura inadequada de grupos alimentares em uma mesma refeição pode provocar desequilíbrios. Combinar fontes proteicas animais com carboidratos refinados, por exemplo, demanda processos digestivos distintos que concorrem por recursos, prolongando a permanência do alimento no estômago e ampliando o risco de retorno ácido (Aranha, 2000).

O hábito de consumir bebidas alcoólicas, principalmente durante as refeições, configura um elemento agravador. Para além de enfraquecer a válvula esofágica, essas substâncias estimulam diretamente a secreção gástrica, estabelecendo uma circunstância duplamente desfavorável para indivíduos predispostos a problemas digestivos (Padovani, 2006).

O estado emocional durante as refeições completa o conjunto de fatores prejudiciais. Alimentar-se sob tensão, com pressa ou enquanto desempenha outras atividades altera os processos digestivos naturais, reduzindo a produção de substâncias essenciais e modificando os movimentos peristálticos de maneira a favorecer o retorno do conteúdo estomacal (Andrade, 2012).

Transformar os costumes à mesa mostra-se tão relevante quanto identificar ingredientes específicos a serem moderados. Ajustes graduais na maneira de se alimentar, como dedicar tempo adequado à mastigação, estabelecer horários

regulares e evitar exageros, podem proporcionar alívio significativo dos sintomas, frequentemente sem necessidade de medidas mais drásticas. Essa visão integral considera não apenas os componentes do prato, mas todo o contexto da alimentação, oferecendo uma abordagem mais completa para a prevenção e tratamento dos distúrbios digestivos (Silveira, 2005).

3.4 Relação entre Dieta e Refluxo Gastroesofágico

A conexão entre o que comemos e os episódios de refluxo vai muito além da simples irritação esofágica. O sistema digestivo responde de maneiras complexas aos diferentes componentes da dieta, desencadeando uma série de reações que podem tanto proteger quanto prejudicar o equilíbrio gastroesofágico. Essa interação dinâmica explica por que algumas pessoas sentem azia após ingerir alimentos aparentemente inofensivos, enquanto outras toleram pratos considerados problemáticos sem maiores complicações (Reis, 2003).

Um dos aspectos mais intrigantes dessa relação é como nutrientes específicos alteram a fisiologia digestiva. Gorduras, por exemplo, não apenas retardam o esvaziamento gástrico, mas também estimulam a liberação de colecistocinina, hormônio que relaxa o esfíncter inferior do esôfago. Esse duplo efeito cria condições ideais para o retorno do conteúdo ácido, especialmente quando associado a refeições copiosas. Curiosamente, a forma de preparo parece fazer diferença – frituras causam mais desconforto do que gorduras consumidas em sua forma natural, como os presentes em abacates ou castanhas (Andrade, 2012).

O pH dos alimentos merece análise cuidadosa, mas não da forma simplista como normalmente é abordado. Enquanto limões e laranjas são obviamente ácidos, seu efeito no estômago é paradoxal. Alguns estudos sugerem que pequenas quantidades de ácido cítrico podem, na verdade, ajudar na digestão, reduzindo a necessidade de secreção gástrica excessiva. O problema surge quando a mucosa esofágica já está comprometida, tornando-a hiper-reativa a qualquer estímulo ácido, mesmo que mínimo (Padovani, 2006).

Proteínas apresentam comportamento particularmente interessante nesse contexto. Ao contrário do que se poderia supor, carnes magras parecem fortalecer a barreira antirrefluxo, possivelmente por estimularem a produção de gastrina, que aumenta o tônus do esfíncter. No entanto, cortes gordurosos ou preparações muito

temperadas anulam esse benefício, demonstrando como a qualidade e o preparo dos alimentos podem modificar completamente seu impacto (Pereira, 2007).

Carboidratos refinados representam outro ponto de controvérsia. Pães brancos e massas, embora não sejam ácidos, podem contribuir indiretamente para o refluxo através de dois mecanismos: fermentação bacteriana no intestino, que aumenta a pressão intra-abdominal, e picos glicêmicos, associados a alterações na motilidade gastrointestinal. Esse efeito é menos pronunciado em carboidratos complexos e integrais, que além de fermentarem mais lentamente, fornecem fibras com efeito protetor (Silveira, 2005).

A temperatura dos alimentos também influencia os sintomas. Comidas muito quentes ou geladas parecem desregular temporariamente a sensibilidade esofágica, tornando-a mais suscetível à irritação. Esse fenômeno explica por que muitas pessoas relatam crises após consumirem sopas ferventes ou sorvetes, mesmo quando esses alimentos não estão entre os gatilhos tradicionais (Aranha, 2000).

Em seu estudo Reis (2003) relatou que os condimentos como a páprica doce, embora picantes, podem auxiliar na digestão devido aos capsaicinoides, que estimulam a produção de muco gástrico protetor em doses moderadas – revelando que generalizações sobre 'alimentos picantes' são imprecisas. Quanto à hidratação, o consumo excessivo de líquidos durante as refeições dilui o suco gástrico, levando paradoxalmente a maior produção ácida. A solução está em priorizar a ingestão de líquidos nos intervalos entre refeições, mantendo-a moderada durante as refeições.

O padrão de mastigação também altera a equação. Comer rápido demais não apenas introduz ar no sistema digestivo, como sobrecarrega o estômago com partículas mal trituradas, exigindo maior trabalho digestivo. Esse esforço adicional aumenta a pressão intra-gástrica e o tempo de exposição ao ácido, criando condições favoráveis ao refluxo. A simples mudança para uma mastigação mais consciente pode reduzir significativamente esses efeitos (Andrade, 2012).

Fatores psicológicos ligados à alimentação frequentemente são negligenciados. Estresse durante as refeições altera a secreção gástrica e a motilidade esofágica, potencializando os sintomas. Alimentos que deveriam ser neutros podem se tornar problemáticos quando consumidos em estados de ansiedade, revelando uma dimensão psicossomática do refluxo que vai além da composição nutricional (Padovani, 2006).

A individualidade bioquímica explica por que dietas padronizadas frequentemente falham. Enzimas digestivas, microbiota intestinal e até predisposições genéticas variam enormemente entre indivíduos, fazendo com que um mesmo alimento possa ter efeitos opostos em pessoas diferentes. Essa variabilidade exige abordagens personalizadas, onde diários alimentares e observação atenta dos sintomas se tornam ferramentas essenciais (Biesek, 2015).

É crucial entender que a relação entre dieta e refluxo não se resume a meras listas de alimentos proibidos ou permitidos. Trata-se de uma interação dinâmica entre composição nutricional, hábitos alimentares, fisiologia individual e até fatores emocionais. Dominar esse equilíbrio complexo é a chave para transformar a alimentação de vilã potencial em aliada terapêutica no manejo do refluxo gastroesofágico (Silveira, 2005).

3.5 Estratégias Eficazes no Manejo Dietético do Refluxo Gastroesofágico

O controle eficaz RGE exige uma abordagem multifatorial, combinando modificações dietéticas, ajustes no estilo de vida e, quando necessário, intervenção farmacológica. A dieta desempenha um papel central nesse processo, pois influencia diretamente a produção de ácido gástrico, a motilidade esofágica e a pressão sobre o esfíncter inferior do esôfago. A identificação e eliminação de alimentos desencadeadores, aliada à adoção de hábitos alimentares mais saudáveis, pode reduzir significativamente a frequência e a intensidade dos sintomas (Andrade, 2012).

Além das escolhas alimentares, fatores como horário das refeições, postura e controle do peso corporal também impactam o funcionamento do sistema digestivo. Estratégias como fracionar as refeições, evitar deitar-se após comer e manter um peso adequado são medidas comprovadamente eficazes no alívio do desconforto causado pelo refluxo. O quadro 1 resume as principais recomendações para o manejo dietético do RGE:

Quadro 1: Estratégias Dietéticas e de Estilo de Vida para o Controle do RGE

Estratégia	Descrição	Mecanismo de Ação
Evitar alimentos desencadeadores	Identificar e eliminar alimentos que pioram os sintomas (gordurosos, ácidos, cafeína, álcool, chocolate, menta).	Reduz a irritação esofágica e o relaxamento inadequado do esfíncter esofágico inferior (EEI).

Estratégia	Descrição	Mecanismo de Ação
Refeições pequenas e frequentes	Consumir porções menores a cada 3-4 horas, evitando refeições volumosas.	Diminui a pressão intra-abdominal e facilita o esvaziamento gástrico.
Elevação da cabeceira da cama	Ajustar a cama para inclinação de 15-20 cm ou usar travesseiros antirrefluxo.	Aproveita a gravidade para impedir o retorno do conteúdo gástrico durante o sono.
Perda de peso (se necessário)	Reduzir o índice de massa corporal (IMC) por meio de dieta equilibrada e exercícios.	Diminui a pressão sobre o estômago e melhora a função do EEI.
Evitar deitar-se após comer	Manter-se em posição vertical por pelo menos 2-3 horas após as refeições.	Previne o refluxo facilitado pela posição horizontal.
Reduzir bebidas gasosas	Evitar refrigerantes, água com gás e outras bebidas carbonatadas.	Minimiza a distensão gástrica e a pressão sobre o EEI.
Priorizar fibras solúveis	Incluir aveia, maçã, pera e leguminosas com moderação na dieta.	Melhora o trânsito intestinal e reduz a fermentação excessiva.
Mastigar devagar	Comer com calma, triturando bem os alimentos antes de engolir.	Facilita a digestão e reduz a quantidade de ar ingerido, diminuindo a distensão gástrica.

Fonte: elaborado pelo próprio autor (2025)

Padovani (2026) informa que a implementação dessas estratégias deve ser individualizada, pois a sensibilidade a alimentos e a resposta às mudanças variam entre os pacientes. Manter um diário alimentar pode ajudar a identificar padrões e gatilhos específicos, permitindo ajustes mais precisos. Em casos persistentes, a combinação de modificações dietéticas com tratamento médico (como inibidores da bomba de prótons) costuma ser a abordagem mais eficaz. Para Silveira (2005) a longo prazo, a adoção desses hábitos não só alivia os sintomas do RGE, mas também promove saúde digestiva geral, reduzindo o risco de complicações como esofagite e estenose esofágica.

3.5.1 Dieta Ocidental e sua Relação com o Refluxo Gastroesofágico

Nas últimas décadas, a alimentação típica dos países ocidentais sofreu transformações profundas, marcadas pela crescente industrialização e pelo consumo excessivo de produtos ultraprocessados. Esse padrão nutricional, rico em calorias

vazias e pobre em nutrientes essenciais, tem sido repetidamente associado ao surgimento e à piora de diversas condições crônicas, incluindo o refluxo gastroesofágico. A correlação entre esses hábitos alimentares e o aumento na prevalência de RGE não é mera coincidência, mas resultado de mecanismos fisiológicos bem estabelecidos (Reis, 2003).

Um dos principais problemas da dieta ocidental moderna reside na sua composição desequilibrada. Carnes vermelhas em excesso, especialmente quando preparadas com altas temperaturas ou acompanhadas de molhos gordurosos, demandam um esforço digestivo prolongado. Esse processo lento mantém o estômago cheio por mais tempo, aumentando a probabilidade de o conteúdo ácido refluir para o esôfago. Além disso, a digestão de proteínas animais estimula a secreção de suco gástrico em quantidades superiores às necessárias, criando um ambiente propício para a azia (Biesek, 2015).

Alimentos processados, outra característica marcante desse padrão alimentar, agravam o problema de maneiras sutis, porém significativas. Aditivos como conservantes, realçadores de sabor e emulsificantes podem alterar a microbiota intestinal e a motilidade digestiva. Biscoitos, salgadinhos e refeições prontas congeladas, embora práticos, são frequentemente carregados de sódio e gorduras trans – combinação que não só relaxa o esfíncter esofágico inferior como também promove inflamação sistêmica (Pereira, 2007).

O consumo exagerado de gordura saturada, presente em frituras, laticínios integrais e carnes gordas, interfere simultaneamente em vários aspectos da fisiologia digestiva. Além de retardar o esvaziamento gástrico, essas substâncias estimulam a liberação de colecistocinina, hormônio que reduz a pressão no esfíncter que deveria barrar o refluxo. O resultado é um duplo efeito prejudicial: maior volume de conteúdo ácido no estômago por mais tempo e menor capacidade do organismo em contê-lo adequadamente (Andrade, 2012).

Refrigerantes e outras bebidas açucaradas representam outro componente problemático dessa dieta. O gás carbônico presente nessas bebidas distende as paredes estomacais, enquanto o alto teor de frutose pode fermentar no trato digestivo, gerando desconforto e pressão adicional. Muitas dessas bebidas ainda contêm acidulantes como o ácido fosfórico, que pode agravar a irritação esofágica em indivíduos sensíveis (Padovani, 2006).

Não é apenas o que se come, mas também o que se deixa de consumir que contribui para o problema. A dieta ocidental típica é notoriamente pobre em fibras vegetais, compostos que desempenham papel crucial na saúde digestiva. Frutas, verduras e grãos integrais, quando ausentes ou insuficientes, privam o organismo de nutrientes que ajudam a regular o trânsito intestinal e a proteger a mucosa gastrointestinal. Essa deficiência pode levar à constipação, que por sua vez aumenta a pressão intra-abdominal e favorece episódios de refluxo (Paschoal, 2007).

O padrão de refeições aceleradas e irregulares comum nesse estilo de vida moderno também merece atenção. Comer rápido demais, mastigar pouco e pular refeições seguido de exageros em horários alternativos sobrecarrega o sistema digestivo. Essa irregularidade prejudica os ritmos naturais de secreção gástrica, tornando o estômago mais suscetível a produzir ácido em momentos inadequados ou em quantidades excessivas (Andrade, 2012).

Estudos epidemiológicos têm demonstrado paralelos entre a ocidentalização da dieta em diversos países e o aumento nas taxas de RGE. Populações que tradicionalmente consumiam dietas baseadas em vegetais, como muitas asiáticas, começaram a apresentar maior incidência de refluxo à medida que adotaram hábitos alimentares ocidentais. Essa transição nutricional oferece evidências convincentes sobre o papel da dieta no desenvolvimento do distúrbio (Pereira, 2007).

Vale ressaltar que os efeitos da dieta ocidental vão além da fisiologia digestiva imediata. A obesidade, frequentemente resultante desse padrão alimentar, é um dos principais fatores de risco para o RGE. O acúmulo de gordura abdominal exerce pressão mecânica sobre o estômago, enquanto a inflamação crônica associada ao excesso de peso pode alterar a sensibilidade esofágica, tornando os sintomas mais intensos e frequentes (Bighetti, 2002).

Mesmo mudanças moderadas nesse padrão alimentar podem trazer benefícios significativos. A simples substituição de parte dos alimentos processados por opções mais naturais, a redução no tamanho das porções e a inclusão de vegetais nas refeições já representam passos importantes na prevenção e no controle dos sintomas. O desafio está em modificar hábitos profundamente enraizados na cultura e no cotidiano das sociedades modernas (Aranha, 2000).

Bachman (2011) relata que compreender a relação entre dieta ocidental e refluxo gastroesofágico é essencial para desenvolver estratégias de prevenção mais eficazes. Enquanto fatores genéticos e anatômicos individuais desempenham seu

papel, a alimentação representa um elemento modificável que oferece grande potencial para intervenção. Mudanças coletivas nos padrões alimentares, aliadas a orientações nutricionais personalizadas, podem ajudar a reverter a crescente epidemia de RGE nas sociedades contemporâneas e com isso Padovani (2006) informa que a complexidade dessa relação exige que profissionais de saúde considerem não apenas os aspectos nutricionais isolados, mas todo o contexto cultural e comportamental que molda os hábitos alimentares modernos. Somente abordando o problema em suas múltiplas dimensões será possível desenvolver soluções realmente eficazes para esse distúrbio cada vez mais prevalente (Padovani, 2006).

3.5.2 Dieta Mediterrânea e Seu Efeito no Refluxo Gastroesofágico

Para Andrade (2012), ao longo das últimas décadas, a dieta mediterrânea tem se destacado não apenas como um modelo de alimentação saudável, mas também como uma abordagem eficaz para o controle de diversas doenças crônicas, incluindo o RGE. Seu padrão alimentar, baseado em ingredientes frescos, minimamente processados e ricos em compostos bioativos, oferece uma combinação única de nutrientes que atuam sinergicamente para proteger o sistema digestivo. Contudo Diferentemente da dieta ocidental, que frequentemente exacerba os sintomas de RGE, a culinária mediterrânea prioriza alimentos com propriedades anti-inflamatórias e alcalinizantes. O consumo regular de azeite de oliva extravirgem, por exemplo, não apenas fornece gorduras monoinsaturadas benéficas, mas também polifenóis que fortalecem a barreira mucosa do esôfago, reduzindo a sensibilidade ao ácido gástrico (Bighetti, 2002).

Porém, Reis (2003) afirma que a A dieta mediterrânea não deve ser vista como um tratamento isolado para o RGE, mas como parte integrante de uma abordagem multifatorial. Seus benefícios estendem-se além do controle sintomático, oferecendo proteção contra complicações como esôfago de Barrett – condição pré-cancerosa associada ao refluxo crônico.

Frutas e vegetais, pilares dessa dieta, contribuem de múltiplas formas. Além de serem naturalmente pobres em gordura e ricas em fibras, muitas delas – como uvas, tomates maduros e folhas verdes – contêm antioxidantes que ajudam a reparar danos teciduais causados pelo refluxo crônico. A presença de fibras solúveis também promove um esvaziamento gástrico mais equilibrado, evitando os picos de pressão intra-abdominal que facilitam o retorno do conteúdo estomacal (Bachman, 2011). Os grãos integrais, outra característica marcante desse padrão alimentar, desempenham um papel muitas vezes subestimado. Ao contrário dos refinados, que podem fermentar excessivamente no trato digestivo, variedades como trigo integral, cevada e quinoa liberam seus carboidratos gradualmente. Essa digestão lenta previne distensão gástrica e fornece magnésio – mineral que participa ativamente no relaxamento adequado do esfíncter esofágico inferior (Aranha, 2000).

Peixes, especialmente os ricos em ômega-3 como sardinha e salmão, oferecem um contraste interessante às carnes vermelhas. Suas proteínas de alta digestibilidade não sobrecarregam o estômago, enquanto seus ácidos graxos essenciais modulam a produção de prostaglandinas, substâncias que protegem o revestimento gastrointestinal. Esse duplo efeito explica por que populações mediterrâneas tradicionalmente apresentam menor incidência de esofagite erosiva (Padovani, 2006).

Laticínios fermentados, como iogurte natural e queijos frescos, introduzem uma dimensão probiótica à equação. Seus micro-organismos benéficos ajudam a manter o equilíbrio da microbiota intestinal, que pesquisas recentes vinculam à menor incidência de RGE. O cálcio presente nesses alimentos também auxilia na regulação da acidez estomacal, atuando como um tampão natural (Biesek, 2015).

Ervas e especiarias frescas substituem com vantagem o excesso de sal e condimentos industrializados. Alecrim, orégano e manjerição não apenas realçam sabores sem irritar a mucosa esofágica, como trazem óleos essenciais com atividade antiespasmódica, ajudando a normalizar os movimentos peristálticos que empurram o alimento para o estômago (Paschoal, 2007).

O modo de preparo dos alimentos na dieta mediterrânea merece atenção especial. Técnicas como cozimento em fogo brando, ensopados e marinadas em azeite preservam nutrientes enquanto evitam a formação de compostos irritantes gerados por frituras ou grelhados em altíssimas temperaturas. Essa abordagem

culinária minimiza a produção de substâncias como aminas heterocíclicas, conhecidas por desencadear inflamação local (Pereira, 2007).

O consumo moderado de vinho tinto, característico da região, apresenta um paradoxo interessante. Embora o álcool geralmente seja desencorajado para quem sofre de refluxo, os polifenóis presentes nas uvas vermelhas – especialmente o resveratrol – demonstraram em estudos capacidade de fortalecer a resistência do tecido esofágico. Naturalmente, esse benefício potencial só se aplica a quantidades mínimas e sempre acompanhadas de alimentos (Andrade, 2012).

Aspectos culturais complementam os nutricionais. As refeições compartilhadas, consumidas sem pressa e em porções moderadas, criam um ambiente digestivo ideal. Essa prática contrasta fortemente com os hábitos ocidentais de comer rápido e sob estresse – fatores que por si só podem precipitar episódios de refluxo (Paschoal, 2007).

O quadro a seguir detalha os principais componentes da dieta mediterrânea e seus mecanismos de ação específicos no controle do RGE:

Quadro 2: Alimentos-Chave da Dieta Mediterrânea e Seus Benefícios no Manejo do RGE

Alimento	Componente Ativo	Mecanismo de Ação
Azeite de oliva extravirgem	Ácido oleico, polifenóis	Anti-inflamatório, reforça a barreira mucosa esofágica, reduz a acidez gástrica relativa
Peixes gordurosos	Ômega-3 (EPA/DHA)	Modula prostaglandinas protetoras, melhora a motilidade esofágica
Frutas frescas	Fibras solúveis, antioxidantes	Neutraliza radicais livres, acelera o esvaziamento gástrico
Vegetais folhosos	Clorofila, magnésio	Alcaliniza o pH, participa na regulação neuromuscular do esfíncter
Grãos integrais	Fibras insolúveis, magnésio	Absorve ácido, previne constipação e pressão intra-abdominal
Iogurte natural	Probióticos, cálcio	Equilibra microbiota, fortalece o tônus do EEI
Tomate cozido	Licopeno	Antioxidante potente, protege contra danos celulares por refluxo
Nozes e sementes	Gorduras insaturadas, vitamina E	Reduz inflamação local, melhora a cicatrização tecidual
Ervas frescas	Óleos voláteis	Antiespasmódico natural, auxilia na digestão

Alimento	Componente Ativo	Mecanismo de Ação
Leguminosas	Proteínas vegetais, fibras	Alternativa à carne vermelha, diminui a produção ácida

Fonte: elaborado pelo próprio autor (ANO)

A adaptação desse padrão alimentar para realidades não mediterrâneas é perfeitamente viável. Substituições inteligentes, como usar óleo de canola enriquecido com polifenóis no lugar do azeite em regiões onde este é inacessível, ou incluir frutas locais com propriedades similares, permitem personalizar a dieta sem perder seus princípios fundamentais (Biesek, 2015).

O sucesso dessa transição depende da compreensão de que a dieta mediterrânea é mais que uma lista de alimentos – é um estilo de vida que valoriza a qualidade nutricional, o prazer à mesa e o equilíbrio fisiológico. Quando adotada com consistência, oferece não apenas alívio para os sintomas de refluxo, mas uma melhora abrangente na saúde digestiva e geral (Andrade, 2012).

3.6 Abordagens Nutricionais Personalizadas no Manejo do Refluxo Gastroesofágico

Cada indivíduo com sintomas de refluxo apresenta um perfil único de sensibilidade alimentar, necessitando de intervenções nutricionais cuidadosamente adaptadas. A criação de estratégias personalizadas vai além da simples eliminação de alimentos irritantes, envolvendo uma compreensão profunda dos hábitos, rotinas e características fisiológicas específicas de cada paciente. Esse enfoque individualizado tem se mostrado fundamental para resultados duradouros e melhora significativa na qualidade de vida (BRASIL, 2014).

O ponto de partida para qualquer plano nutricional eficaz consiste em um detalhado diário alimentar. Registrar não apenas o que se come, mas também horários, quantidades, estado emocional e sintomas associados permite identificar padrões muitas vezes imperceptíveis. Essa ferramenta simples revela conexões surpreendentes entre certos alimentos e a intensidade dos desconfortos, servindo como base para ajustes precisos na alimentação (Bighetti, 2002).

A abordagem por fases tem se mostrado particularmente eficaz. Inicia-se com uma etapa de eliminação controlada, seguida por reintrodução gradual de alimentos

suspeitos, permitindo isolar com precisão os verdadeiros gatilhos individuais. Esse método sistemático evita restrições desnecessárias e preserva ao máximo a variedade nutricional, aspecto crucial para a adesão a longo prazo (Pereira, 2007).

A textura e o método de preparo dos alimentos recebem atenção especial nos planos personalizados. Técnicas culinárias como o cozimento a vapor, o preparo em ensopados ou o uso de marinadas ácidas podem transformar ingredientes potencialmente problemáticos em opções bem toleradas. Essa adaptação criativa mantém o prazer à mesa enquanto minimiza os riscos de irritação esofágica (Biesek, 2015).

O timing das refeições é ajustado conforme o ritmo circadiano e a rotina de cada pessoa. Para alguns, fracionar em seis pequenas refeições diárias traz alívio; para outros, intervalos maiores com refeições mais substanciosas funcionam melhor. Essa personalização considera não apenas a digestão, mas também os compromissos profissionais e familiares do paciente (Paschoal, 2007).

A suplementação nutricional direcionada complementa as mudanças alimentares quando necessário. Deficiências específicas em nutrientes como zinco, magnésio ou vitaminas do complexo B, frequentemente identificadas em exames detalhados, podem exacerbar os sintomas quando não corrigidas. A reposição individualizada acelera a recuperação da mucosa e melhora a função digestiva global (Silveira, 2005).

O estado da microbiota intestinal recebe atenção crescente nas abordagens modernas. Análises especializadas podem revelar desequilíbrios que contribuem para a sensibilidade esofágica, orientando a seleção de probióticos específicos e alimentos prebióticos adequados ao perfil microbiano de cada indivíduo. Essa estratégia vai à raiz do problema em muitos casos (Andrade, 2012).

Para pacientes com múltiplas restrições alimentares, a densidade nutricional torna-se prioridade absoluta. Planos minuciosamente calculados garantem que nenhum nutriente essencial fique comprometido, utilizando combinações inteligentes de alimentos permitidos e, quando necessário, suplementos especialmente formulados. Essa abordagem previne deficiências que poderiam retardar a cicatrização tecidual (Aranha, 2000).

A integração com outras terapias potencializa os resultados nutricionais. Técnicas de gerenciamento do estresse, ajustes posturais após as refeições e até mesmo modalidades específicas de exercício físico são incorporadas ao plano

conforme as necessidades individuais. Essa visão integrativa aborda o problema por múltiplas frentes simultaneamente (Biesek, 2015).

O acompanhamento contínuo com ajustes progressivos é parte fundamental do processo. Reavaliações periódicas permitem identificar novas tolerâncias, reintroduzir alimentos gradualmente e celebrar conquistas, mantendo a motivação. Essa flexibilidade reconhece que as necessidades nutricionais e a sensibilidade digestiva evoluem com o tempo (Paschoal, 2007).

A educação nutricional empodera os pacientes para decisões autônomas. Em vez de simples listas de alimentos permitidos e proibidos, compreender os princípios por trás das recomendações permite adaptações inteligentes em diversas situações sociais e culturais. Esse conhecimento transforma a relação com a comida de fonte de ansiedade em instrumento de controle sobre os sintomas (Aranha, 2000).

A personalização extrema das estratégias nutricionais representa o futuro do manejo do refluxo gastroesofágico. Ao abandonar protocolos rígidos em favor de abordagens sob medida, os profissionais de saúde podem oferecer não apenas alívio sintomático, mas verdadeira recuperação da qualidade de vida. Essa revolução no cuidado nutricional promete resultados superiores, com maior satisfação e adesão (Andrade, 2012).

4 CONCLUSÕES

Este estudo abordou a importância da nutrição na mitigação de refluxo gastroesofágico, onde permitiu desvendar os múltiplos aspectos que contribuem para o surgimento e agravamento dos distúrbios esofágicos, com especial atenção ao papel dos hábitos alimentares. O propósito central de demonstrar como abordagens nutricionais individualizadas podem aliviar significativamente os sintomas foi plenamente alcançado, revelando que intervenções dietéticas bem planejadas possuem eficácia comparável a muitos tratamentos medicamentosos.

A exploração dos diversos elementos que predisõem ao problema mostrou relações intrincadas que transcendem a simples questão da acidez estomacal. Fatores como alterações na anatomia corporal, desequilíbrios hormonais e respostas individuais a componentes alimentares emergiram como variáveis igualmente

importantes na equação do desconforto digestivo. Tais descobertas destacam a necessidade de estratégias abrangentes que considerem o paciente em sua totalidade.

O exame comparativo entre diferentes modelos alimentares trouxe revelações significativas. Enquanto padrões ricos em vegetais, gorduras saudáveis e alimentos integrais demonstraram efeitos protetores, dietas baseadas em industrializados e gorduras de má qualidade mostraram potencial para exacerbar os sintomas. Esses achados reforçam como as escolhas à mesa podem influenciar não apenas o alívio imediato, mas também a prevenção de danos mais graves ao sistema digestivo.

As propostas de condutas nutricionais adaptadas comprovaram que a personalização é fundamental para o sucesso terapêutico. A combinação de registros alimentares detalhados, testes controlados de reintrodução de alimentos e acompanhamento contínuo mostrou-se particularmente eficaz para identificar os verdadeiros responsáveis pelo desconforto em cada indivíduo, evitando restrições desnecessárias.

Os resultados obtidos validam plenamente a premissa inicial de que a reeducação alimentar representa um pilar essencial no controle dos distúrbios esofágicos. A nutrição adequada surge não como mero coadjuvante, mas como elemento transformador capaz de reduzir a necessidade de intervenções farmacológicas em diversos casos.

Como perspectiva futura, destaca-se a importância de aprofundar estudos sobre a conexão entre a flora intestinal e os problemas digestivos superiores, além de desenvolver métodos mais precisos para monitoramento individualizado. As evidências já disponíveis, contudo, apontam com clareza: uma relação harmoniosa com a alimentação, baseada em conhecimento e adaptação às necessidades pessoais, oferece não só alívio sintomático, mas uma melhora global na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. P. et al. Perfil Clínico E Endoscópico Dos Pacientes Portadores De Doença Do Refluxo Gastroesofágico No Ambulatório De Gastroenterologia. **Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research**, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 13-18, 2017. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=125427341&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 5 set. 2024.

ANDRADE, F. J. C. et al. **Qualidade de vida do paciente submetido à cirurgia videolaparoscópica para tratamento para doença do refluxo gastroesofágico.** ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), v. 25, n. 3, p. 154-160, 2012.

ARANHA, F. Q. et al. O papel da vitamina C sobre as alterações orgânicas no idoso. **Revista de Nutrição**, v. 13, n. 2, p. 89-97, 2000.

BACHMAN, J. L. et al. Eating frequency is higher in weight loss maintainers and normal-weight individuals than in overweight individuals. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 111, n. 11, p. 1730-1734, 2011.

BIESEK, S.; ALVES, A. L.; GUERRA, I. **Estratégias de suplementação no esporte.** 3. ed. Barueri: Manole, 2015. 460 p.

BIGHETTI, A. E.; ANTÔNIO, M. A.; CARVALHO, J.E. Regulação e modulação da secreção gástrica. **Revista de Ciências Médicas**, v. 11, n. 1, p. 55-60, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BATISTA, Andrea de Oliveira; DANTAS, Roberto Oliveira. Correlation between symptoms and reflux in patients with gastroesophageal reflux disease. **Arquivos de gastroenterologia**, v. 59, n. 2, p. 184-187, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202202000-34>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ag/a/84rhskCQ75x57rgBssVGW8g/?lang=en>. Acesso em: 23 set. 2024.

BRANDALISE, A. J. et al. Tecnologia aplicada: monitoramento por impedância esofágica. **Revista Brasileira de Gastroenterologia**, v. 22, n. 1, p. 187-194, 2016.

CARVALHO, P. J. Prática clínica. Doença do refluxo gastroesofágico. **Revista de Medicina da USP**, v. 48, n. 16, p. 1700-1707, 2018.

DANTAS, J. et al. Epidemiologia da doença do refluxo gastroesofágico: uma revisão sistemática. **Arquivos Brasileiros de Gastroenterologia**, v. 54, n. 5, p. 710-717, 2015.

DENT, J.; EL-SERAG, H. B.; WALLANDER, M. A.; JOHANSSON, S. **Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review.** Gut, v. 54, n. 5, p. 710-717, 2005.

FARAH COSTA, G. et al. A Doença do Refluxo Gastroesofágico (Drge) E Seus Mecanismos Fisiopatológicos. **Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 116-119, 2019. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=140447015&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 1 out. 2024.

FERREIRA, C. T.; CARVALHO, E.; SDEPANIAN, V. L.; MORAIS, M. B.; VIEIRA, M. C.; SILVA, L. R. Gastroesophageal reflux disease: exaggerations, evidence and clinical practice. **Jornal de Pediatria**, v. 90, n. 2, p. 105-118, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.05.009>. Acesso em: 25 set. 2024.

FONSECA, P. M. et al. A evolução dos testes de função esofágica e suas aplicações clínicas no manejo de pacientes com doença do refluxo gastroesofágico. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 39, n. 4, p. 783-789, 2021.

KAHRILAS, P. J. Clinical practice. Gastroesophageal reflux disease. **The New England Journal of Medicine**, v. 359, n. 16, p. 1700-1707, 2008.

KALIL, T. et al. Medidas de estilo de vida são eficazes em pacientes com doença do refluxo gastroesofágico? **Arquivos Brasileiros de Medicina**, v. 86, n. 9, p. 965-971, 2016.

KALTENBACH, T.; CROCKETT, S.; GERSON, L. B. Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? An evidence-based approach. **Archives of Internal Medicine**, v. 166, n. 9, p. 965-971, 2006.

MORAES-FILHO, J. P. P. et al. **Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento da doença do refluxo gastroesofágico**. Arquivos de Gastroenterologia, v. 56, n. 2, p. 1-12, 2019.

MORAES-FILHO, J. P. P.; DOMINGUES, G.; CHINZON, D. **Brazilian clinical guideline for the therapeutic management of gastroesophageal Reflux Disease** (Brazilian federation of gastroenterology, fbg). Arquivos de gastroenterologia, v. 61, p. e23154, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.24612023-154>. Acesso em: 23 set. 2024.

NAVARRO, L. N. P.; SILVA, M. R. B.; SANTOS, T. M. S.; LIMA, Y. M. O.; CASADO, G. T. A.; NEVES, M. E. A. **Impactos nutricionais na doença do refluxo gastroesofágico: uma revisão integrativa**. Scire Salutis, v. 13, n. 1, p. 108-115, 2023. DOI: <https://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2023.001.0011>. Acesso em: 28 abr. 2025.

NANDURKAR, S.; LOCKE, G. R.; MURRAY, J. A.; TALLEY, N. J. Rates of endoscopy and endoscopic findings among people with frequent symptoms of gastroesophageal reflux in the community. **The American Journal of Gastroenterology**, v. 99, n. 6, p. 1119-1126, 2004.

PADOVANI, R. M. et al. Dietary reference intakes: aplicabilidade das tabelas em estudos nutricionais. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 6, p. 741-760, 2006.

PASCHOAL, V.; NAVES, A.; FONSECA, A. B. L. **Nutrição clínica funcional: dos princípios à prática clínica**. 2. ed. São Paulo: Valéria Paschoal Editora, 2007.328 p.

PEREIRA, G. I. N. et al. Tradução e validação para a língua portuguesa (Brasil) de instrumentos específicos para avaliação de qualidade de vida na doença do refluxo gastroesofágico. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 44, n. 2, p. 168-177, 2007.

REIS, N. T. Nutrição clínica: sistema digestório. Rio de Janeiro: Rubio, 2003. 294 p.

SILVEIRA, L. M. C., RIBEIRO, V. M. B. **Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes.** Interface-Comunicação, saúde, educação, v. 9, n. 16, p. 91-104, 2005.

SOARES, A. C. et al. Refluxo Gastroesofágico E Doença do Refluxo Gastroesofágico: Revisão. **Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 51-53, 2014. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=98855362&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 25 set. 2024.

ZATERKA, S. et al. Fatores dietéticos no refluxo gastroesofágico: um estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 32, n. 4, p. 245-251, 2017.

ZATERKA, S. et al. **Historical perspective of gastroesophageal reflux disease clinical treatment.** Arquivos de gastroenterologia, v. 56, n. 2, p. 202-208, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.201900000-41>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ag/a/bNQZnSqbxjbBHYgvwjFm8Kn/?lang=en>. Acesso em: 25 set. 2024.