



**CURSO DE MEDICINA**

**RAFAEL FIGUEIREDO BRANDÃO ARAGÃO**

**PREVALÊNCIA DE DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM  
PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA EM  
AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA DE SALVADOR – BAHIA, DE 2015 A 2020**

**SALVADOR**

**2022**

**RAFAEL FIGUEIREDO BRANDÃO ARAGÃO**

**PREVALÊNCIA DE DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM  
PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA EM  
AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA DE SALVADOR – BAHIA, DE 2015 A 2020**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para aprovação no 4º ano de Medicina.

Orientador: Guilhardo Fontes  
Ribeiro

**Salvador**

**2022**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos aqueles que me ajudaram e conviveram comigo durante este processo, que de alguma forma partilhei as mais diversas emoções.

Agradeço à minha professora de metodologia e pesquisa, Carolina Villa Nova Aguiar, que foi fundamental para a realização deste projeto, se fazendo presente nos momentos em que precisei, me guiando com maestria.

Agradeço ao meu orientador, Guilhardo Fontes Ribeiro, que aceitou vivenciar este projeto ao meu lado e me proporcionou experiências enriquecedoras.

Agradeço a minha psicóloga Lorena Márcia Cardoso por me ajudar durante esse processo e que soube me guiar em cada etapa desse processo. Tive o grande prazer de ter uma profissional excelência junto a mim neste momento.

Agradeço a Narciso Paiva, do NUSP da EBMSP, que foi de extrema importância para dar início a este projeto, além de se fazer presente durante o desenvolvimento. Que todos os profissionais possam se espelhar no exemplo de pessoa que ele é.

## RESUMO

*ARAGÃO, Rafael Figueiredo Brandão. Prevalência de doença do refluxo gastroesofágico em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica em ambulatório de referência de Salvador - Bahia, de 2015 a 2020*

**INTRODUÇÃO:** A DRGE é uma doença bastante prevalente na população mundial, que apresenta diversos sintomas e efeitos. Uma das suas consequências é o agravamento de sintomas respiratórios, justificando sua relação com a DPOC e a importância do estudo do impacto dessa interação na saúde pública. **OBJETIVO:** Analisar a prevalência da DRGE em portadores de DPOC em ambulatório de referência em Salvador-Bahia, no período de 2015 a 2020. **MÉTODO:** Este trabalho é um estudo transversal, com dados secundários de uma amostra de conveniência de pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva atendidos em um ambulatório de referência em Salvador, Bahia. Utilizou-se um questionário para coleta de dados, analisando variáveis de identificação, presença de fatores de risco e presença de diagnóstico prévio de DRGE. A análise foi feita através do programa Microsoft Excel® Windows 10. **RESULTADOS:** Dos 202 prontuários coletados, foi visto uma prevalência de 39,6% de pacientes com DRGE, dos quais a maioria (55%) eram do sexo masculino, ao contrário do visto em pacientes sem DRGE, onde houve uma predominância feminina (60,7%). As principais queixas referidas pelos pacientes do ambulatório foram dispneia e tosse produtiva ou seca. Do total de pacientes, foi evidenciado 42,1% que possuíam contato com poluidores, 76,3% tabagistas ou ex-tabagistas e 40,6% de portadores de asma. **CONCLUSÃO:** A prevalência de DRGE em pacientes com DPOC, apesar de não tão bem elucidada pela literatura, mostrou um alto número. Dessa forma, pressupõe-se que o entendimento da correlação entre sintomas e fatores de risco de ambas é de suma importância na abordagem ao paciente com DPOC.

**Palavras-chave:** Perfil de Saúde, Assistência Ambulatorial, Refluxo Gastroesofágico, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Tabagismo, Asma.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** GERD is a very prevalent disease in the world population, which has several symptoms and effects. One of its consequences is the worsening of respiratory symptoms, justifying its relationship with COPD and the importance of studying the impact of this interaction on public health. **OBJECTIVE:** To analyze the prevalence of GERD in COPD patients at a referral clinic in Salvador-Bahia, from 2019 to 2020. **METHOD:** This is a cross-sectional study, with secondary data from a convenience sample of patients with pulmonary disease obstructive patient treated at a referral outpatient clinic between January 2019 and September 2021 in Salvador, Bahia. A questionnaire was used for data collection, analyzing identification variables, presence of risk factors and presence of previous diagnosis of GERD. The analysis was performed using the Microsoft Excel® Windows 10 program. **RESULTS:** Of the 202 medical records collected, a prevalence of 39.6% of patients with GERD was observed, of which the majority (55%) were male, contrary to the seen in patients without GERD, where there was a female predominance (60.7%). The main complaints reported by outpatients were dyspnea and productive or dry cough. Of the total number of patients, 42.1% had contact with pollutants, 76.3% were smokers or ex-smokers and 40.6% had asthma. **CONCLUSION:** The prevalence of GERD in COPD patients, despite not being well elucidated in the literature, showed a high number. Thus, it is assumed that understanding the correlation between symptoms and risk factors for both is of paramount importance in approaching patients with COPD.

**Keywords:** Health Profile, Ambulatory Care, Gastroesophageal Reflux, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Smoking, Asthma.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	7
<b>2.1. Primário</b> .....	7
<b>2.2. Secundários</b> .....	7
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	8
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	12
<b>4.1. Desenho do estudo</b> .....	12
<b>4.2. Local e período do estudo</b> .....	12
<b>4.3. População do estudo</b> .....	12
<b>4.3.1. Critérios de inclusão</b> .....	12
<b>4.3.2. Critérios de exclusão</b> .....	12
<b>4.3.3. Amostra</b> .....	12
<b>4.3.4. Operacionalização da pesquisa</b> .....	13
<b>4.4. Variáveis</b> .....	13
<b>4.5. Plano de análise</b> .....	13
<b>4.6. Considerações éticas</b> .....	13
<b>5. RESULTADOS</b> .....	14
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	16
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	19
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	20
<b>APÊNDICE</b> .....	22
<b>ANEXO</b> .....	23

## 1. INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma condição caracterizada pela obstrução progressiva do fluxo de ar, irreversível na maioria dos casos, sendo associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões quando inaladas algumas substâncias nocivas, sendo a prática do tabagismo o principal provedor, resultando sintomas respiratórios persistentes<sup>1</sup>. Constitui-se um grave problema de saúde pública, por ser a quarta principal causa de morte no mundo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>2</sup>. No Brasil não é diferente, nos últimos anos, a DPOC foi a quinta maior causa de internação no Sistema Único de Saúde (SUS), convertendo-se em um gasto anual superior a 72 milhões de reais<sup>2</sup>.

O refluxo gastroesofágico (RGE) consiste no retorno do conteúdo gástrico para o esôfago, de forma fisiológica<sup>3</sup>. A partir da associação do RGE com complicações e patologias, é estabelecida a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), cujas manifestações típicas são pirose e regurgitação ácida<sup>4</sup>. Além disso, existem as manifestações atípicas da doença que, para esse estudo, são mais relevantes as pulmonares: tosse crônica, asma, pigarro, pneumonia e bronquiectasia<sup>5</sup>. Assim, é possível inferir que a DRGE possui grande impacto na qualidade de vida do paciente, visto que é uma doença prevalente em aproximadamente 20-30% principalmente pelo fato de estar associada a patologias pulmonares bem relevantes<sup>6</sup>.

Dito isso, faz-se necessário compreender a relação estabelecida entre as duas doenças. Estudos recentes sugerem que, além de outros fatores, a presença do RGE um elemento determinante de exacerbação da DPOC<sup>6</sup>. O mecanismo de associação ainda não é completamente elucidado<sup>7</sup>, mas estima-se que a relação entre as duas doenças seja estabelecida a partir da microaspiração de conteúdo gástrico, pois aumenta a inflamação das vias aéreas<sup>6</sup>.

O entendimento dessa associação é, portanto, de extrema importância para a realização do rastreio de eficiência e do tratamento precoce de ambas as comorbidades, objetivando acarretar melhoria na qualidade de vida dos pacientes. Diante disso, o presente estudo se propõe a investigar a prevalência de DRGE em pacientes atendidos em um ambulatório de Salvador-Bahia especializado para DPOC entre os anos de 2015 e 2020.

## **2. OBJETIVOS**

**2.1. Primário:** analisar a prevalência da DRGE em portadores de DPOC em ambulatório de referência em Salvador-Bahia, no período de 2015 a 2020.

### **2.2. Secundários:**

**2.2.1.** Descrever o perfil demográfico e clínico dos pacientes;

**2.2.2.** Descrever os fatores de risco da DRGE em pacientes com DPOC;

**2.2.3.** Descrever as principais queixas clínicas dos pacientes com e sem DRGE.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1. DPOC:

A DPOC é uma enfermidade respiratória caracterizada pela obstrução crônica e progressiva do fluxo de ar nas vias aéreas inferiores<sup>1</sup>, geralmente decorrente da exposição inalatória prolongada a gases e partículas irritantes. Os principais fatores de risco para a doença são: a fumaça do cigarro, exposição a substâncias irritantes e contato com poeira e poluição e baixa renda, sendo o tabagismo o principal deles<sup>8</sup>. O contato com essas substâncias induz um processo inflamatório, caracterizado por alterações dos bronquíolos (bronquiolite obstrutiva), dos brônquios (bronquite crônica) e do parênquima pulmonar (enfisema pulmonar)<sup>1</sup>.

A DPOC está associada a diversas manifestações clínicas, sendo as principais tosse e dispneia. A primeira é o sintoma mais encontrado nos pacientes e a segunda é geralmente progressiva e está associada à uma redução da qualidade de vida e um pior prognóstico da doença. O diagnóstico é realizado através da espirometria, com obtenção da curva expiratória volume-tempo a partir da suspeita por sintomatologia ou exames de imagem, e confirmado através da presença da relação volume expiratório forçado no primeiro segundo dividido pela capacidade vital forçada (VEF<sub>1</sub>/CVF) menor que 0,7 pós-broncodilatador<sup>1</sup>. O tratamento irá depender da gravidade da doença, entretanto, o Brasil passa por uma dificuldade em ofertar no SUS todos os medicamentos padronizados pelas diretrizes do “*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*” (GOLD). Assim, de forma geral, a conduta passa pelo tratamento farmacológico complementado por mudanças no estilo de vida, como a cessação do tabagismo, incentivo à atividade física regular, além da reabilitação pulmonar, vacinação para prevenção de doenças virais e pneumonia e oxigenioterapia para os estágios mais avançados da doença<sup>9,10</sup>.

De acordo com a OMS, a DPOC é a quarta principal causa de morte no mundo, e estudos recentes estipulam que logo se torne a terceira<sup>2</sup>. Nesse cenário, o programa “*Burden of Obstructive Lung Diseases*” (BOLD), junto com outros estudos, estimaram que a prevalência mundial da doença é de cerca de 11,7% da população acima dos 40 anos<sup>11</sup>. Apesar desses números, a realidade no Brasil é diferente, atingindo uma estimativa de cerca de 17% da população do país<sup>12</sup>, sendo ainda maior

do que a média mundial, configurando-se um grave problema para a saúde pública brasileira, que, em números, representa um gasto de cerca de 72 milhões de reais para os cofres públicos<sup>2</sup>.

Fica evidente que a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica representa um grave problema para a saúde pública mundial, já que é a principal causa de morbimortalidade crônica, sendo responsável pela grande marca de 3 milhões de morte anualmente, cerca de 6% dos óbitos<sup>11</sup>. No Brasil, este problema é ainda mais alarmante, exigindo uma atenção especial no diagnóstico e tratamento dessa doença tão frequente.

### **3.2. DRGE:**

O RGE é uma condição complexa, que consiste no retorno involuntário de conteúdo gástrico, líquido ou gasoso, através do esôfago. Quando o refluxo é exacerbado e associado a sinais e sintomas clínicos ou complicações, é estabelecida a Doença do Refluxo Gastroesofágico<sup>13</sup>.

A DRGE é um dos distúrbios mais prevalentes do mundo, estimando-se que atinja cerca de 12 a 20% da população brasileira<sup>4</sup>. Nesse cenário, a doença representa um grave problema na saúde pública, uma vez que exige custos com exames e medicamentos e, por outro lado, diversos portadores não procuram ajuda médica, pela sua fácil resolução com medicamentos sem prescrição<sup>14</sup>.

O quadro clínico da DRGE é dividido nos sintomas típicos e atípicos e sinais de alarme. As manifestações típicas consistem em pirose – bastante referida como azia – e regurgitação ácida. As manifestações atípicas englobam diversas áreas, sendo frequentes a presença de dor torácica não cardíaca (DTNC), rouquidão, pigarro, sinusite, halitose e aftas, além de sintomas respiratórios, que exigem maior foco neste estudo<sup>15</sup>.

O diagnóstico dessa enfermidade é estabelecido através de duas etapas<sup>4</sup>. A primeira fase é essencialmente clínica, descoberta através da anamnese a partir da exploração dos sinais e sintomas típicos referidos pelo paciente, intensidade, duração, frequência, fatores desencadeantes, evolução e manifestações associadas<sup>15</sup>. A segunda fase do

diagnóstico é apenas confirmatória ou investigativa, ou seja, não é necessária em todos os casos, porém consiste na realização de diversos exames, como a pHmetria, padrão ouro para DRGE, e a endoscopia digestiva alta (EDA), que permite a análise de lesões e complicações associadas à doença<sup>4</sup>.

O tratamento da DRGE é realizado através de medidas não medicamentosas, que incluem mudanças no estilo de vida: alimentação saudável, prática de exercícios, perda de peso e elevação da cabeceira da cama. Além dessas instruções, em alguns casos também se faz necessário o uso de medicamentos que favorecem a inibição da secreção gástrica, realizada através de diversas classes como inibidores de bomba de prótons, antiácidos e inibidores dos receptores H<sub>2</sub> da histamina<sup>4</sup>.

### **3.3. Relação DPOC e DRGE**

A relação entre DPOC e DRGE é complexa e de significativa importância no curso de ambas as doenças. Dessa forma, faz-se necessário investigar a relação mais a fundo, assim como sua relevância e fatores de associação, que será realizada através da análise de alguns aspectos das duas enfermidades.

A DRGE está atrelada a diversas manifestações atípicas, as mais significativas para o presente estudo são as respiratórias, que consistem em exacerbação da asma, tosse crônica, bronquite, bronquiectasia e pneumonias de repetição<sup>4,16</sup>. Nem sempre o refluxo patológico irá causar as afecções, mas também o contrário, as patologias e sintomas da DPOC podem aumentar a suscetibilidade do desenvolvimento da DRGE, ilustrado, por exemplo, pelas chances de 30% de ocorrência de DRGE em pacientes portadores de asma e tosse crônica<sup>4</sup>.

A microaspiração e o reflexo vagal esôfago-brônquico, envolvidos no refluxo, são os principais propiciadores da relação entre a DPOC e a DRGE, pois estão intimamente relacionados com a colonização bacteriana nas vias aéreas inferiores, propiciando a inflamação local e a suscetibilidade a exacerbações<sup>16</sup>. Além disso, em alguns casos de DRGE ocorre a presença de neutrofilia, secundária à inflamação, assim como ocorre na DPOC, ou seja, na associação das duas enfermidades os efeitos inflamatórios são potencializados<sup>6</sup>.

As exacerbações da DPOC secundárias à presença de DRGE demandam alto custo aos serviços de saúde, principalmente devido ao aumento da chance de internações. Nesse quadro, surgiram diversas alternativas de tratamentos farmacológicos isolados ou combinados que visam reduzir as chances de complicações na associação das duas doenças que demonstraram uma redução de cerca de 25% nas complicações. A terapia medicamentosa mais notável trata-se do uso de inibidores de bomba de prótons, relacionada principalmente ao aumento da sobrevida dos pacientes portadores de DPOC<sup>16</sup>.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Desenho de estudo**

Trata-se de um estudo transversal observacional.

### **4.2. Local e período do estudo**

O estudo foi realizado no Ambulatório de referência para DPOC em um Hospital Filantrópico, com mais de 400 anos de atendimento à população em Salvador-Bahia, a qual foi a única instituição a prestar serviços de saúde durante 200 anos na capital baiana. A Santa Casa possui atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), possui grande área de ensino e pesquisa, contando com programa de residência médica, além de ser a única unidade de acolhimento para crianças e adolescentes dependentes de álcool da Bahia.

### **4.3. População do estudo**

Pacientes atendidos no ambulatório de DPOC do referido hospital e período.

#### **4.3.1 Critérios de inclusão**

Prontuário eletrônico.

Idade maior que 40 anos.

Diagnóstico de DPOC segundo critérios da SBPT.

Diagnóstico de DRGE segundo os critérios da SBMDN<sup>2</sup> ou em uso de inibidores de bomba de prótons (IBP).

#### **4.3.2 Critérios de exclusão**

Pacientes que se recusaram a participar da pesquisa.

Pacientes com dados incompletos no prontuário.

Pacientes residentes em outro município que não Salvador.

#### **4.3.3 Amostra**

A amostra por conveniência, recebida através de uma lista disponibilizada pelo ambulatório. A lista possuía um total de 425 pacientes, dos quais 325 foram analisados, porém apenas 202 tiveram seus dados expostos em prontuário eletrônico.

#### **4.4. Operacionalização da pesquisa**

Os dados foram coletados dos prontuários eletrônicos dos pacientes, segundo questionário (Apêndice A) no serviço de arquivo médico, em local distinto do local onde os pacientes eram atendidos.

#### **4.5. Variáveis**

As variáveis estudadas foram: ano de atendimento, sexo, presenças de fatores de risco (tabagismo, asma e contato com poluidores ambientais - definidos por: contato prolongado com substâncias tóxicas laborais, fogão a lenha ou outros poluentes) e presença de diagnóstico prévio de DRGE (sim ou não).

#### **4.6 Plano de análise**

As variáveis coletadas na análise dos prontuários foram transferidas para um banco de dados no programa Excel 2010®, versão 2016. Em seguida, foram analisadas descritivamente por meio de frequências absolutas e relativas com a finalidade de identificar as características da amostra estudada. Os resultados foram expostos por meio de tabelas.

#### **4.7 Considerações éticas**

O estudo seguiu a resolução N° 466, de 2016, do Comitê de Ética e Pesquisa, considerando o respeito e proteção aos dados dos participantes envolvidos no trabalho científico, sendo registrado sob o CAAE: CAAE 51803121.8.0000.5520 e aprovado sob número de parecer 5.000.965.

As informações obtidas foram utilizadas com fins restritos a pesquisa a que se destinam garantindo a confidencialidade dos mesmos e anonimato dos participantes. Os pesquisadores se comprometem a utilizar as informações obtidas somente para fins acadêmicos e sua divulgação exclusivamente em eventos científicos como Seminário, Simpósios, Congressos e outros similares e publicação em revistas científicas.

Os pesquisadores se comprometem a cuidar dos materiais necessários para coleta – no caso, os computadores – assim como cuidar das informações coletadas.

## 5. RESULTADOS

No período estudado, foram atendidos 425 pacientes, dos quais 325 (76,5%) foram analisados, resultando 202 (62,2%) que possuíam dados relatados no prontuário eletrônico.

Dos 202 pacientes inseridos no estudo, 80 apresentaram DRGE, resultando em uma prevalência de 39,6%. Desses 80 pacientes com DRGE, 44 (55,0%) são do sexo masculino (Tabela 01).

**Tabela 01: Número e percentual de pacientes com DPOC e DRGE atendidos no Ambulatório especializado. Salvador-Bahia. 2015 – 2020.**

SEXO	SEM DRGE		COM DRGE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
MASCULINO	48	39,3	44	55	92	45,5
FEMININO	74	60,7	36	45	110	54,5
TOTAL	122	100	80	100	202	100

Fonte: o autor

Os pacientes buscaram o serviço do ambulatório com, ao menos, uma queixa. Tanto nos pacientes com DRGE quanto nos sem DRGE, a dispneia foi a queixa mais frequente (85,5% e 91,8%, respectivamente), seguida da tosse produtiva (31,25% e 34,4%, respectivamente). A Tabela 02 apresenta todas as queixas registradas nos prontuários, seguidas de suas respectivas frequências em pacientes com e sem DRGE.

**Tabela 02: Principais queixas referidas pelos pacientes do ambulatório. Salvador-Bahia. 2015 – 2020.**

QUEIXAS	SEM DRGE		COM DRGE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
DISPNEIA	112	91,8	70	87,5	182	90
TOSSE PRODUTIVA	42	34,4	25	31,25	67	33,2
TOSSE SECA	19	15,6	15	18,75	34	16,8
DOR TORÁCICA	5	4,1	4	5	9	4,45
ROTINA	2	1,6	1	1,25	3	1,5

Fonte: o autor

Em relação aos fatores de risco, foram analisados o contato com poluidores, o histórico de tabagismo ou tabagismo atual e diagnóstico de asma.

Quanto ao contato com poluidores, foram identificados 85 (42,1%) pacientes que tiveram contato com poluidores, 26 (12,9%) que não tiveram e 91 (45%) dados estavam ausentes no prontuário. Quanto à história atual ou prévia de tabagismo, foi observado que 148 (76,3%) eram tabagistas ou ex-tabagistas, 46 (22,7%) não foram tabagistas e 8 (4%) dados estavam ausentes no prontuário. Quanto ao diagnóstico de asma, foram identificados 82 (40,6%) pacientes asmáticos, 89 (44,1%) não eram asmáticos e 31 (15,3%) estavam ausentes no prontuário. De forma complementar, as queixas referidas foram divididas em duas categorias com base na presença ou não de DRGE, como consta na Tabela 03.

**Tabela 03: Distribuição em número e porcentagem de pacientes tabagistas ou ex-tabagistas, que tem ou tiveram contato com poluidores e que são ou não asmáticos.**

	SEM DRGE (122)		COM DRGE (80)		TOTAL (202)	
	N	%	N	%	N	%
<b>POLUIDORES</b>						
SIM	47	38,5	38	47,5	85	42,1
NÃO	20	16,4	6	7,5	26	12,9
IGNORADO	55	45,1	36	45	91	45
<b>TABAGISMO</b>						
SIM	93	76,2	55	68,75	148	76,3
NÃO	27	22,1	19	23,75	46	22,7
IGNORADO	2	1,7	6	7,5	8	4
<b>ASMA</b>						
SIM	53	43,4	29	36,25	82	40,6
NÃO	60	49,2	29	36,25	89	44,1
IGNORADO	9	7,4	22	27,5	31	15,3

Fonte: o autor

## 6. DISCUSSÃO

A doença pulmonar obstrutiva crônica caracteriza-se pela obstrução progressiva do fluxo de ar, na maioria dos casos de modo irreversível. Comumente o desenvolvimento da DPOC ocorre na meia-idade ou em idosos, com histórico de exposição às substâncias causadoras, como cigarros e fogão à lenha. Os portadores costumam manifestar sintomas como dispneia e tosse crônica com presença de escarro<sup>17</sup>. A doença possui alta prevalência no Brasil: cerca de 17,6% em homens e 11,8% em mulheres, e 17% na população geral<sup>12</sup>.

A doença do refluxo gastroesofágico é um distúrbio crônico do trato gastrointestinal caracterizado pela regurgitação de conteúdo gástrico, que possui alta prevalência no Brasil: em torno de 11,8 a 20%<sup>4,18</sup>. A doença pode se manifestar em diferentes grupos de sintomas, sendo os típicos: pirose e regurgitação ácida e os atípicos (extra-esofágicos) dor torácica, disfagia e tosse<sup>17</sup>.

A DRGE é uma enfermidade muito associada ao desenvolvimento de manifestações e patologias extra-esofágicas, de causa e efeito ainda não tão bem elucidados pela literatura. Entretanto, sabe-se que o refluxo de conteúdo gástrico está ligado ao acometimento direto de tecidos próximos e à ativação do reflexo esôfago-brônquico mediado pelo nervo vago<sup>19</sup>. Desse modo, observa-se uma relação causal entre a DRGE e doenças pulmonares, tanto pelo sintoma de tosse em comum, quanto pelo acometimento por proximidade relatado<sup>16</sup>.

A associação entre DPOC e DRGE foi visto no estudo realizado nos Estados Unidos, em um hospital para veteranos de guerra em Chicago, que relatou maior prevalência de sintomas de DRGE em pacientes com DPOC do que no grupo controle de pacientes isentos de doença pulmonar. Foi visto 10% de pacientes com DRGE sem doença pulmonar, enquanto na população diagnosticada com DPOC foi de 19%<sup>20</sup>. Em um outro estudo observacional do *The New England Journal of Medicine* 2010, foi relatada a prevalência de 27% de pacientes que manifestaram DRGE como exacerbação da DPOC<sup>21</sup>. A associação entre as doenças se baseia na alta prevalência de ambas na sociedade, na correlação entre os sintomas respiratórios, como a tosse, e no ambiente facilitador que a

DPOC promove, através do estímulo da tosse, que estimula o nervo vago e possibilita a regurgitação de conteúdo estomacal<sup>7</sup>.

Quanto à presença de DRGE na população do estudo, foi visto que 39,6% dos pacientes possuíam a doença associada à DPOC, sendo a maioria dos portadores do sexo masculino. O número observado é superior ao visto no estudo realizado no hospital de veteranos em Chicago, que obteve o resultado de 26% de pacientes com DRGE associado a DPOC<sup>20</sup>. Possivelmente, a superioridade do número justifica-se pelo fato do presente estudo ser realizado em hospital especializado de DPOC, já que a prevalência mundial da doença tem valores similares tanto no Brasil como nos EUA - 17%<sup>12</sup> e 14%<sup>20</sup> respectivamente.

Quanto às principais queixas referidas pelos pacientes do ambulatório, o resultado foi similar nos pacientes com e sem DRGE, havendo a maioria dos pacientes referido dispnéia e tosse produtiva ou seca, em primeiro e segundo lugar, respectivamente. A ordem de apresentação dos sintomas destoa do encontrado na literatura trazida pelo Jornal Brasileiro de Pneumologia, que retrata a tosse como principal sintoma, seguida da dispnéia<sup>1</sup>. Pode-se imaginar que este fato se deve ao público do ambulatório ser composto por maioria de faixa etária idosa ou próxima disso, como traz o critério de inclusão, pois a dispnéia é o principal sintoma associado a incapacidade, à um maior tempo de progressão da doença e ao envelhecimento<sup>1,11</sup>.

Quanto aos fatores de risco relatados, a maioria dos pacientes apenas com DPOC relatou tabagismo, seguido por contato com poluidores e por asma em terceiro lugar. Os pacientes com DRGE seguiram o mesmo padrão de referência dos fatores de risco, sendo 68,75% dos pacientes referenciaram tabagismo atual ou prévio e 47,5% referenciaram contato com poluidores. O padrão de apresentação desses dados é relatado na literatura, como no estudo realizado em São Paulo que traz o tabagismo como principal causa e a exposição à poluentes - principalmente poeiras ocupacionais, irritantes químicos e poluição ambiental - como facilitadores recorrentes<sup>22</sup>; e no estudo realizado no Rio grande do sul, que trouxe, principalmente, o tabagismo como fator predisponente da DRGE<sup>23</sup>. A concomitância dos fatores de risco nas duas doenças expressa a ideia de semelhança do quadro secundária a proximidade da fisiopatologia.

O estudo possui como principais limitações a qualidade de preenchimento dos prontuários eletrônicos - realizado por alunos do curso de medicina - que apresentou diversas variáveis com campos ignorados ou deixados em branco, podendo refletir na qualidade da análise dos dados. Além disso, é preciso considerar a possibilidade de falhas na realização dos diagnósticos de DRGE - realizado pela presença do quadro clínico ou pelo uso de IBP - e da DPOC, que pode não ter sido investigada em todos os pacientes.

## 7. CONCLUSÃO

A prevalência de DRGE em pacientes com DPOC atendidos em ambulatório de referência de Salvador entre 2015 e 2019 foi de 39,6%, sendo as principais queixas apresentadas dispneia e tosse produtiva.

Apesar da falta de literatura que correlacione a DPOC e a DRGE, a demonstração dos dados explicitados no presente estudo levam a pressupor que o entendimento da relação entre ambas e da correlação de sintomas e de fatores de risco é de suma importância na abordagem do paciente com DPOC.

O presente traz dados relevantes para instigar o entendimento da correlação entre ambas as doenças. Assim, a partir do presente momento, este estudo pode ser fornecido aos estudantes e profissionais do ambulatório, para que seja possível o aprofundamento do tema e a adequação na triagem da DRGE. Entretanto, faz-se necessária a realização de mais estudos sobre o tema afim de elucidar melhor os mecanismos fisiopatológicos que envolvem as duas doenças e que reforcem a qualidade técnica de preenchimento dos dados na consulta, com intuito de reduzir o número de variáveis ausentes ou não exploradas, levando a uma análise mais fidedigna.

## REFERÊNCIAS

1. SBPT. II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* [Internet]. 2004;30(5):1–52. Acesso em: 03/04/2021. 42 p. Available from: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/details-suppl/40>
2. Yohannes AM, Connolly MJ, Tang CY, Taylor NF, Blackstock FC, Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia., et al. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença pulmonar obstrutiva crônica. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* [Internet]. 2000;81(5):1–52. Acesso em: 03/04/2021. 8 p. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1191/0269215503cr637oa>
3. Souza ANACDE. Associação entre doença do refluxo gastroesofágico (drge) e asma: revisão bibliográfica. 2017;1–15. Acesso em: 03/04/2021. 15 p. Available from: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/11661/1/21412904.pdf>
4. Chinzon D, Ara R, Kiburd B, Rodrigues N, Rc B, Cl H. Refluxo gastroesofágico: Diagnóstico e Tratamento. Projeto diretrizes [Internet]. 2003;18. Acesso em: 03/04/2021. 18 p. Available from: [https://amb.org.br/files/\\_BibliotecaAntiga/refluxo-gastroesofagico-diagnostico-e-tratamento.pdf](https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/refluxo-gastroesofagico-diagnostico-e-tratamento.pdf)
5. Henry MA parecida C de A. Diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Arq Bras Cir Dig*. 2014;27(3):210–5. Acesso em: 03/04/2021. 6 p. Available from: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/ypHKhPWMST8F97KFQFpqQBv/?format=pdf&lang=pt>
6. Sakae TM, Margaret M, Pizzichini M, José P, Teixeira Z, Maurici R, et al. Meta-análise. 2012;39(3):259–71. Acesso em: 03/04/2021. 13 p. Available from: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/gC49KMjFF3T9ZgRBdyWhFJz/?format=pdf&lang=pt>
7. Laura A, Ferreira M. Doença do Refluxo Gastro-esofágico e Doença Pulmonar Gastroesophageal Reflux Disease and Lung Disease Doença do Refluxo Gastro-esofágico e Doença Pulmonar Gastroesophageal Reflux Disease and Lung Disease. 2020; Acesso em: 03/04/2021. 15 p. Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/128885>
8. Arlindo De Sousa C, Berti De Azevedo M, Iii B, Goldbaum M, Júlio V, Rodrigues C, et al. *Rev Saúde Pública Chester Luiz Galvão César II Luana Carandina IV. Revista De Saúde Publica*. 2009;s/v(s/n):1–10. Acesso em: 03/04/2021. 10 p. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/fvbP7BHcbv6WPqksbqHLgNG/?format=pdf&lang=pt>
9. Fernandes FLA, Cukier A, Camelier AA, Fritscher CC, da Costa CH, Pereira EDB, et al. Recomendações para o tratamento farmacológico da DPOC: Perguntas e respostas. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2017;43(4):290–301. Acesso em: 03/04/2021. 12 p. Available from: <https://www.jornaldepneumologia.com.br/details/2711/pt-BR/recomendacoes-para-o-tratamento-farmacologico-da-dpoc--perguntas-e-respostas>
10. Pinto CR, Lemos AC, Assunção-Costa L. Gerenciamento da DPOC no Sistema Único de Saúde do estado da Bahia: uma análise do padrão de utilização de medicamentos na vida real. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2019;45(1):1–8. Acesso em: 03/04/2021. 8 p. Available from:

- <https://www.jornaldepneumologia.com.br/details/2935/pt-BR/gerenciamento-da-dpoc-no-sistema-unico-de-saude-do-estado-da-bahia--uma-analise-do-padrao-de-utilizacao-de-medicamentos-na-vida-real>
11. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. GOLD Report 2020. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [Internet]. 2020;141. Acesso em: 03/04/2021. 10 p. Available from: [https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19\\_WMV.pdf](https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf)
  12. Cruz MM, Pereira M. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease in Brazil: A systematic review and meta-analysis. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2020;25(11):4547–57. . Acesso em: 12/10/2021. 12 p. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Bk3RFBFzBmYxtmZP6HHZwYd/?format=pdf&lang=en>
  13. Kültürsay N. Gastroesophageal reflux ( GER ) in preterms : current dilemmas and unresolved problems in diagnosis and treatment. 2012;561–9. Acesso em: Acesso em: 12/10/2021. 6 p. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23692780/>
  14. Federal U, Diego S, Universit H, Filho CF, Brasileira S, Digestiva E, et al. Doença do refluxo gastroesofágico. 2014;102:31–6. Acesso em: 13/11/2021. 8 p. Available from: <https://www.scielo.br/j/ag/a/5pb8QRNNxXXsZKNyGBvKmgD/?format=pdf&lang=pt>
  15. Moraes Filho, Joaquim Hashimoto C. I Consenso Brasileiro da Doença do Refluxo Gastroesofágico. *A Gastroenterologia no Brasil II*. 1999;43–59. Acesso em: 13/11/2021. 9 p. Available from: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/Pc48t5v3LgRFXGsZDjCWS8f/?format=pdf&lang=pt>
  16. Wedzicha JA. O refluxo gastroesofágico está associado a exacerbações da DPOC? *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2013;39(3):257–8. Acesso em: 22/01/2022. 9 p. Available from: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/Pc48t5v3LgRFXGsZDjCWS8f/?format=pdf&lang=pt>
  17. Goldman L, I. Schafer A. *Goldman-Cecil Medicina* [Internet]. 25th ed. Goldman LG, I. Schafer A, editors. Elsevier Editora Ltda.; 2018. Acesso em: 22/01/2022 Available from: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595150706>
  18. Moraes-filho JPP, Chinzon D. Epidemiologia Clínica / Clinical Epidemiology Prevalence of Heartburn. *Arquivos de Gastroenterologia*. 2005;(2):122–7. Acesso em: 22/01/2022. 6 p. Available from: <https://www.scielo.br/j/ag/a/BxRthvtJVQnzFrKXH57HH6P/?format=pdf&lang=en>
  19. Gurski RR, Rosa ARP da, Valle E do, Borba MA de, Valiati AA. Manifestações extra-esofágicas da doença do refluxo gastroesofágico. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2006;32(2):150–60. Acesso em: 22/01/2022. 11 p. Available from: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/wcJrm4dCXH7cbz9qThHJN7H/?format=pdf&lang=en>
  20. Mokhlesi B, Morris AL, Huang CF, Curcio AJ, Barrett TA, Kamp DW. Increased prevalence of gastroesophageal reflux symptoms in patients with COPD. *Chest* [Internet]. 2001;119(4):1043–8. Acesso em: 22/01/2022 8p Available from: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.119.4.1043>
  21. Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, Locantore N, Müllerova H, Tal-Singer R, et al. Susceptibility to Exacerbation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *New*

- England Journal of Medicine. 2010;363(12):1128–38. Acesso em: 02/02/2022. 7 p. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20843247/>
22. de Sousa CA, César CLG, Barros MB de A, Carandina L, Goldbaum M, Pereira JCR. Doença pulmonar obstrutiva crônica e fatores associados em São Paulo, SP, 2008-2009. Revista de Saude Publica. 2011;45(5):887–96. Acesso em: 02/02/2022. 10p. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/fvbP7BHcbv6WPqksbqHLgNG/?format=pdf&lang=pt>
23. Oliveira SS de, Santos I da S dos, Silva JFP da, Machado EC. Prevalência e fatores associados à doença do refluxo gastroesofágico. Arquivos de Gastroenterologia. 2005;42(2):116–21. Acesso em: 02/02/2022. 6p. Available from: <https://www.scielo.br/j/ag/a/NJHtvKrhcQmmT4ZCVssNWdp/?format=pdf&lang=pt>

**APÊNDICES****APÊNDICE A****Questionário para coleta de dados**

Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Identificação**

Nome (iniciais): \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Cidade/Bairro de residência: \_\_\_\_\_

Sexo:  F  M**DRGE** Sim Não**Fatores de Risco** Tabagismo atual ou pregresso: \_\_\_\_\_

Tempo de tabagismo: \_\_\_\_\_

Contato com poluidores ambientais:

 Sim Não**Histórico das consultas**

Ano do primeiro atendimento: \_\_\_\_\_

Observações:

---

---

## ANEXOS

## ANEXO A

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL SANTA IZABEL -  
SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DA BAHIA /  
PROF DR CELSO FIGUEIRÓA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PREVALÊNCIA DE DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA EM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA. SALVADOR, BAHIA, DE 2015 A 2020

**Pesquisador:** Guilhardo Fontes Ribeiro

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 51803121.8.0000.5520

**Instituição Proponente:** SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.000.965

## Apresentação do Projeto:

Introdução: A DRGE é uma doença muito prevalente na população mundial, que possui diversos sintomas e efeitos. Uma das suas consequências é o agravamento de sintomas respiratórios, justificando sua relação com a DPOC e a importância do estudo do impacto dessa interação na saúde pública. Objetivo: Analisar a prevalência da DRGE em portadores de DPOC em ambulatório de referência em Salvador-Bahia, no período de 2015 a 2020. Método: Trata-se de um estudo transversal observacional, realizado através da coleta dos dados de prontuários de pacientes. Os dados serão demográficos, clínicos e laboratoriais. Resultados esperados: Com este estudo espera-se contribuir com o conhecimento científico e com isso influenciar na melhoria da qualidade do atendimento estes pacientes.

## Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a prevalência da DRGE em portadores de DPOC em ambulatório de referência em Salvador-Bahia. 2015-2020.

Objetivo Secundário:

1. Identificar o perfil demográfico e clínico dos pacientes; 2. Investigar os fatores de risco da DRGE

HOSPITAL SANTA IZABEL -  
SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DA BAHIA /  
PROF DR CELSO FIGUEIRÓA



Continuação do Parecer: 5.000.965

em pacientes com DPOC; 3. Verificar associação entre DRGE e DPOC.

## Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos, como a perda da confidencialidade dos dados, que será minimizado com a obtenção do Banco de Dados sem o nome e endereço de residência, o que não permitirá a identificação dos participantes da pesquisa. Os dados serão armazenados no computador do pesquisador com acesso exclusivo através de senha por até 5 anos e depois serão deletados.

Benefícios:

A pesquisa não trará benefícios diretos para o indivíduo, mas pode trazer benefícios a longo prazo, já que permitirá conhecer a prevalência de DRGE em portadores de DPOC, o que pode direcionar o tratamento e gerar uma melhor qualidade de vida para esses pacientes.

## Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de considerável relevância científica já que permitirá conhecer a prevalência do DRGE em portadores de DPOC, o que pode direcionar o tratamento e gerar uma melhor qualidade de vida para esses pacientes.

## Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória sem pendências.

## Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa sem ilícitos éticos e de acordo com as recomendações da Resolução 466/2012.

## Considerações Finais a critério do CEP:

A Plenária do Comitê de Ética em Pesquisa Prof. Dr. Celso Figueiróa-Hospital Santa Izabel, acatando o parecer do relator designado para o referido protocolo, em uso de suas atribuições, aprova o Projeto de Pesquisa supracitado, estando o mesmo de acordo com a Resolução 466/12.

## INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

No período de vigência do protocolo de pesquisa aprovado deverá ser apresentado ao CEP Prof. Dr. Celso Figueiróa o envio do relatório semestral da pesquisa e o relatório final na conclusão do projeto.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e

HOSPITAL SANTA IZABEL -  
SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DA BAHIA /  
PROF DR CELSO FIGUEIRÔA



Continuação do Parecer: 5.000.965

sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. 466/12 CNS/MS) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1773442.pdf	14/09/2021 14:24:55		Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_do_pesquisador.pdf	14/09/2021 14:22:31	Guilhardo Fontes Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCC_Rafael_Aragao.pdf	13/09/2021 10:25:05	Guilhardo Fontes Ribeiro	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	13/09/2021 10:23:46	Guilhardo Fontes Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.pdf	13/09/2021 10:19:16	Guilhardo Fontes Ribeiro	Aceito
Outros	termo_de_anuencia.pdf	01/09/2021 16:26:08	Guilhardo Fontes Ribeiro	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	01/09/2021 16:20:36	Guilhardo Fontes Ribeiro	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_de_orientacao.pdf	17/06/2021 01:43:19	RAFAEL FIGUEIREDO BRANDAO ARAGAO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

HOSPITAL SANTA IZABEL -  
SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DA BAHIA /  
PROF DR CELSO FIGUEIRÔA



Continuação do Parecer: 5.000.965

SALVADOR, 27 de Setembro de 2021

Assinado por:  
**Marcos Antônio Almeida Matos**  
(Coordenador(a))