

## **Modificações do estilo de vida no controle da doença do refluxo gastroesofágico**

## **Lifestyle modifications in the management of gastroesophageal reflux disease**

## **Modificaciones del estilo de vida en el control de la enfermedad por reflujo gastroesofágico**

DOI: 10.5281/zenodo.23780553

Recebido: 27 out 2026  
Aprovado: 28 out 2026

### **Verônica de Camargo Mendanha**

Graduanda em Medicina  
Instituição de formação: Universidade Federal de Goiás  
Endereço: Goiânia – Goiás, Brasil  
Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0002-7783-3740>  
E-mail: [veronicamendanha@discente.ufg.br](mailto:veronicamendanha@discente.ufg.br)

### **Haila Cristina do Rêgo Silva**

Graduanda em Medicina  
Instituição de formação: Universidade Federal de Goiás  
Endereço: Goiânia – Goiás, Brasil  
Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-5380-0820>  
E-mail: [haila.rego@discente.ufg.br](mailto:haila.rego@discente.ufg.br)

### **Isabella Victória Silva Pereira**

Graduanda em Medicina  
Instituição de formação: Universidade Federal de Goiás  
Endereço: Goiânia – Goiás, Brasil  
Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0001-0193-3019>  
E-mail: [isabellavictoria2@discente.ufg.br](mailto:isabellavictoria2@discente.ufg.br)

### **Nathaly Horany Lopes de Alencar**

Graduanda em Medicina  
Instituição de formação: Universidade Federal de Goiás  
Endereço: Goiânia – Goiás, Brasil  
Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0002-2967-0553>  
E-mail: [nathalylopes@discente.ufg.br](mailto:nathalylopes@discente.ufg.br)

### **Rômulo Freire Gomes Silva**

Graduando em Medicina  
Instituição de formação: Universidade Federal de Goiás  
Endereço: Goiânia – Goiás, Brasil  
Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-6437-9664>  
E-mail: [romulofreire2015@gmail.com](mailto:romulofreire2015@gmail.com)

**Lorena da Silva Moraes**

Graduanda em Medicina

Instituição de formação: Universidade Federal de Goiás

Endereço: Goiânia – Goiás, Brasil

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0002-3505-4204>

E-mail: [lorenasilva@discente.ufg.br](mailto:lorenasilva@discente.ufg.br)

**Laura Stival Dias**

Graduanda em Medicina

Instituição de formação: Universidade Federal de Goiás

Endereço: Goiânia – Goiás, Brasil

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0003-6405-2715>

E-mail: [laurastival@discente.ufg.br](mailto:laurastival@discente.ufg.br)

**Letícia Carvalho de França**

Graduanda em Medicina

Instituição de formação: Universidade Federal de Goiás

Endereço: Goiânia – Goiás, Brasil

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0007-4418-1092>

E-mail: [Leticia.franca@discente.ufg.br](mailto:Leticia.franca@discente.ufg.br)

**João Lucas Brasil Medeiros**

Graduando em Medicina

Instituição de formação: Universidade Federal de Goiás

Endereço: Goiânia – Goiás, Brasil

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0004-1147-4663>

E-mail: [joaobrasil@discente.ufg.br](mailto:joaobrasil@discente.ufg.br)

**Jonathan Henrique da Silva**

Graduando em Medicina

Instituição de formação: Universidade Federal de Goiás

Endereço: Goiânia – Goiás, Brasil

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0001-2293-6729>

E-mail: [jonathan.silva@discente.ufg.br](mailto:jonathan.silva@discente.ufg.br)

**RESUMO**

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) compromete a qualidade de vida e exige manejo que considere fatores clínicos e comportamentais. O objetivo deste trabalho foi discutir a contribuição das modificações do estilo de vida para o controle da DRGE, distinguindo os desfechos sintomáticos das alterações da mucosa esofágica. Trata-se de uma revisão de literatura com síntese narrativa, baseada em levantamento bibliográfico originalmente registrado em 19 de agosto de 2023 nas bases MEDLINE, via PubMed, e LILACS, com recorte de 2018 a 2023. O relato original informa 274 registros e 15 publicações selecionadas, mas a documentação disponível não permite reproduzir integralmente essa seleção. A discussão foi complementada por consenso de definição e diretriz clínica, sem nova busca sistemática. A síntese aponta a relevância do controle do peso em indivíduos com excesso de peso, da adequação do horário das refeições, de medidas posturais para sintomas noturnos e da cessação do tabagismo. Restrições alimentares devem considerar os desencadeantes individuais. A heterogeneidade das evidências impede equiparar alívio dos sintomas à cicatrização endoscópica ou à regressão histológica. Conclui-se que mudanças comportamentais individualizadas integram o tratamento da DRGE, mas não substituem a terapia farmacológica e a avaliação especializada quando indicadas.

**Palavras-chave:** refluxo gastroesofágico, estilo de vida, fatores de risco, qualidade de vida.

## ABSTRACT

Gastroesophageal reflux disease (GERD) impairs quality of life and requires management that addresses clinical and behavioral factors. This review aimed to discuss the contribution of lifestyle modifications to GERD management, distinguishing symptom outcomes from esophageal mucosal changes. This is a literature review with narrative synthesis, based on a bibliographic search originally recorded on August 19, 2023, in MEDLINE via PubMed and LILACS, covering publications from 2018 to 2023. The original report describes 274 records and 15 selected publications, but the available documentation does not allow full reproduction of the selection process. The discussion was supplemented by a definition consensus and a clinical guideline, without a new systematic search. The synthesis highlights weight management in individuals with excess weight, meal timing, positional measures for nocturnal symptoms, and smoking cessation. Dietary restrictions should address individual triggers. Heterogeneity of the evidence prevents equating symptom relief with endoscopic healing or histological regression. Individualized behavioral changes are part of GERD treatment but do not replace pharmacological therapy or specialist assessment when indicated.

**Keywords:** gastroesophageal reflux, lifestyle, risk factors, quality of life.

## RESUMEN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) afecta la calidad de vida y requiere un manejo que contemple factores clínicos y conductuales. El objetivo fue discutir la contribución de las modificaciones del estilo de vida al control de la ERGE, diferenciando los resultados sintomáticos de las alteraciones de la mucosa esofágica. Se trata de una revisión de la literatura con síntesis narrativa, basada en una búsqueda bibliográfica registrada originalmente el 19 de agosto de 2023 en MEDLINE, mediante PubMed, y LILACS, con publicaciones de 2018 a 2023. El informe original describe 274 registros y 15 publicaciones seleccionadas; sin embargo, la documentación disponible no permite reproducir completamente la selección. La discusión se complementó con un consenso de definición y una guía clínica, sin una nueva búsqueda sistemática. La síntesis destaca el control del peso en personas con exceso de peso, el horario de las comidas, las medidas posturales para síntomas nocturnos y el abandono del tabaco. Las restricciones alimentarias deben considerar los desencadenantes individuales. La heterogeneidad de la evidencia impide equiparar el alivio sintomático con la cicatrización endoscópica o la regresión histológica. Los cambios conductuales individualizados forman parte del tratamiento, pero no sustituyen la terapia farmacológica ni la evaluación especializada cuando estén indicadas.

**Palabras clave:** reflujo gastroesofágico, estilo de vida, factores de riesgo, calidad de vida.

## 1. INTRODUÇÃO

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) caracteriza-se pelo refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago, com sintomas incômodos e/ou complicações. A chegada desse conteúdo à cavidade oral não é necessária para definir a doença. A pirose e a regurgitação são suas manifestações típicas, embora a apresentação clínica e a intensidade dos sintomas variem entre os indivíduos (Vakil *et al.*, 2006).

A DRGE apresenta elevada frequência em populações ocidentais e repercute sobre o sono, as atividades diárias e a qualidade de vida. As estimativas de prevalência dependem da população e dos critérios diagnósticos utilizados, o que limita a aplicação de um único percentual a diferentes contextos (Richter; Rubenstein, 2018; Boulton; Dettmar, 2022).

O manejo envolve medidas farmacológicas e comportamentais. Entretanto, a associação entre um hábito e a presença de sintomas não demonstra, isoladamente, que modificar esse hábito produza cicatrização da mucosa ou previna complicações. Essa distinção é necessária para formular recomendações proporcionais às evidências disponíveis.

O objetivo deste trabalho foi discutir a contribuição das modificações do estilo de vida para o controle da DRGE, com ênfase nos sintomas e na qualidade de vida, e examinar os limites das inferências sobre desfechos endoscópicos e histológicos.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

A barreira antirrefluxo depende da integração entre o esfíncter esofágico inferior e o diafragma crural. Relaxamentos transitórios do esfíncter ocorrem fisiologicamente, mas podem favorecer episódios de refluxo. Alterações dessa barreira, hérnia hiatal, depuração esofágica inadequada e menor resistência da mucosa participam da fisiopatologia da DRGE (Sharma; Yadlapati, 2021).

No período pós-prandial, uma bolsa ácida pode se formar na porção proximal do estômago, junto à junção gastroesofágica. Sua localização e sua relação com a barreira antirrefluxo influenciam a exposição esofágica ao conteúdo gástrico. A agressão não depende apenas do ácido: outros componentes do refluxato, a sensibilidade esofágica e a integridade epitelial também interferem na expressão clínica da doença (Sharma; Yadlapati, 2021).

A pirose corresponde à sensação de queimação retroesternal; azia é um termo usual para esse mesmo sintoma. A regurgitação consiste no retorno do conteúdo gástrico em direção à faringe ou à boca, sem o esforço característico do vômito. A dor torácica pode acompanhar a DRGE, mas exige exclusão de causas cardiovasculares conforme o contexto clínico (Chhabra; Ingole, 2022).

Tosse crônica, rouquidão e manifestações respiratórias podem coexistir com a DRGE, mas são inespecíficas. Sua presença não estabelece, por si só, uma relação causal com o refluxo. A atribuição desses sintomas à DRGE deve considerar diagnósticos alternativos e, quando necessário, investigação objetiva (Katz *et al.*, 2022).

## 3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura com síntese narrativa. O ponto de partida foi o levantamento bibliográfico descrito no manuscrito original, cuja busca foi registrada em 19 de agosto de 2023 nas bases MEDLINE, via PubMed, e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Foram informados os termos “Gastroesophageal Reflux” e “Lifestyle”, com recorte de publicação entre 2018 e a data da busca, em 2023, e idiomas português, inglês e espanhol.

O relato original descreve a identificação de 274 registros e a seleção de 15 publicações, com apoio da plataforma Rayyan. Foram relatados como critérios de inclusão a pertinência temática, a disponibilidade do texto completo, o período de publicação e os idiomas definidos. Os critérios de exclusão compreenderam duplicidade, ausência de foco no tema, indisponibilidade do texto completo e publicação anterior ao recorte temporal.

Esses números correspondem ao relato da busca original e não a uma seleção reproduzida nesta versão. Não estavam disponíveis as estratégias completas por base, os registros exportados, as decisões individuais de triagem, as razões de exclusão em cada etapa ou uma relação que distinguisse os estudos incluídos das referências de contextualização. Assim, não é possível confirmar a composição exata da amostra nem caracterizar o trabalho como revisão sistemática.

A síntese foi organizada nos eixos peso corporal, alimentação, tabagismo e álcool, atividade física, hábitos noturnos, fatores psicológicos, tratamento e complicações. O consenso de Montreal, publicado em 2006, foi utilizado exclusivamente para contextualização conceitual, fora do recorte da busca. A diretriz do American College of Gastroenterology, de 2022, foi acrescentada como referência clínica complementar. Essa complementação não representa atualização sistemática da busca original.

Não foram realizadas metanálise, avaliação formal do risco de viés ou classificação global da certeza das evidências. As conclusões são interpretativas e consideram as limitações dos desenhos dos estudos citados e da documentação metodológica disponível.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 *Peso corporal e obesidade*

A adiposidade, sobretudo abdominal, relaciona-se à DRGE por mecanismos como aumento da pressão intra-abdominal e alterações da dinâmica da junção gastroesofágica. A revisão de Shay e Singh (2023) destaca repercussões mecânicas e metabólicas da obesidade sobre o trato gastrointestinal. Yuan e Larsson (2022), em estudo de randomização mendeliana, também encontraram evidências favoráveis à participação da adiposidade no risco de DRGE.

Esses achados apoiam a atenção ao peso corporal, mas associação etiológica e resposta a uma intervenção são questões distintas. Para indivíduos com sobrepeso ou obesidade, a redução ponderal integra o manejo clínico; essa recomendação não deve ser estendida como necessidade de emagrecimento a pessoas

com peso adequado. Metas devem considerar o estado nutricional, as condições clínicas e a viabilidade de manutenção dos hábitos (Katz *et al.*, 2022).

#### 4.2 Alimentação e organização das refeições

O volume e o horário das refeições podem influenciar a ocorrência de sintomas. Refeições copiosas e o decúbito logo após comer favorecem episódios em indivíduos suscetíveis. Ajustar o tamanho das porções e observar a relação temporal entre alimentação e sintomas pode ser útil, sem pressupor que uma única dieta seja adequada a todos os pacientes (Chhabra; Ingole, 2022; Taraszewska, 2021).

Café, chocolate, alimentos gordurosos, bebidas gaseificadas e preparações ácidas ou condimentadas são frequentemente apontados como desencadeantes. Entretanto, a resposta individual é variável, e a qualidade das evidências para exclusões universais é limitada. É preferível reconhecer alimentos associados de forma consistente à piora de cada paciente e avaliar a resposta a ajustes específicos, evitando dietas excessivamente restritivas (Taraszewska, 2021).

Uma alimentação nutricionalmente adequada, com fibras conforme a tolerância, contribui para a saúde geral. Não se deve, porém, apresentar o aumento isolado da ingestão de fibras como tratamento comprovado para cicatrização da esofagite ou regressão do esôfago de Barrett.

#### 4.3 Tabagismo e consumo de álcool

O tabagismo associa-se a sintomas de refluxo e pode interferir nos mecanismos de proteção esofágica. Sua cessação deve ser incentivada pelos possíveis benefícios no controle dos sintomas e pelos benefícios gerais à saúde. A magnitude das associações varia entre os estudos, de modo que percentuais isolados não devem ser aplicados indistintamente a todos os fumantes (Richter; Rubenstein, 2018; Yuan; Larsson, 2022).

O consumo de álcool pode desencadear ou intensificar sintomas em parte dos indivíduos. Contudo, os resultados epidemiológicos são heterogêneos e não sustentam atribuir o mesmo efeito a qualquer padrão de consumo. A orientação deve considerar quantidade, frequência, relação com os sintomas e demais riscos clínicos, evitando equiparar álcool e tabaco quanto à força das evidências específicas para DRGE (Taraszewska, 2021).

#### 4.4 Atividade física

A prática regular de atividade física pode favorecer o controle do peso e o bem-estar. Em contrapartida, exercícios vigorosos, sobretudo próximos às refeições ou acompanhados de aumento

acentuado da pressão abdominal, podem precipitar sintomas em pessoas suscetíveis. O tipo, a intensidade e o horário da atividade devem ser ajustados à tolerância individual (Taraszewska, 2021).

Não é adequado afirmar que caminhar ou nadar controla a DRGE por fortalecimento comprovado do diafragma. Benefícios gerais do exercício não demonstram, por si só, esse mecanismo específico. Intervenções respiratórias direcionadas constituem uma abordagem distinta e não devem ser confundidas com qualquer modalidade de atividade física.

#### *4.5 Hábitos noturnos e posição ao dormir*

Para pacientes com sintomas noturnos, recomenda-se evitar refeições nas duas a três horas anteriores ao horário de deitar. A elevação da cabeceira da cama ou o uso de uma cunha apropriada pode reduzir sintomas e exposição ácida noturna; simplesmente empilhar travesseiros não reproduz necessariamente a mesma posição. O decúbito lateral esquerdo também pode ser considerado em pacientes com sintomas posicionais (Katz *et al.*, 2022).

A escolha dessas medidas deve levar em conta o padrão dos sintomas e a possibilidade de adesão. Horários de trabalho, rotina familiar e condições de moradia podem dificultar sua adoção. O acompanhamento permite ajustar as orientações e verificar se os benefícios percebidos se mantêm (Guadagnoli *et al.*, 2022).

#### *4.6 Fatores psicológicos e adesão*

Ansiedade e depressão podem coexistir com sintomas de refluxo e influenciar a percepção do desconforto e a qualidade de vida. Wang, Wang e Hu (2021) investigaram essas relações em pacientes com esofagite de refluxo. Seus resultados devem ser interpretados como associações, sem concluir que transtornos mentais sejam necessariamente a causa da DRGE ou que expliquem, isoladamente, a gravidade da lesão esofágica.

Em pessoas submetidas a exames de rotina, Chang *et al.* (2021) identificaram associações entre características clínicas, hábitos e presença de DRGE. A seleção dessa população e o desenho observacional limitam a generalização e a inferência de causalidade. Sono e sintomas devem ser avaliados em conjunto, considerando a possibilidade de relações bidirecionais.

A adesão às mudanças comportamentais depende de mais que informação. Guadagnoli *et al.* (2022) discutem barreiras, motivação e comunicação entre profissionais e pacientes. Recomendações claras, metas viáveis e reavaliação favorecem uma abordagem centrada no indivíduo. Zhang *et al.* (2021), ao estudarem pacientes com esôfago de Barrett, também ressaltam a relevância das preferências por intervenções e das

dificuldades para modificar hábitos. Esse estudo não demonstra regressão histológica produzida por essas mudanças.

#### *4.7 Integração com o tratamento farmacológico*

Os inibidores da bomba de prótons (IBPs) têm papel central na supressão ácida e no tratamento da esofagite erosiva. As medidas comportamentais são complementares e não justificam suspender uma terapia indicada. A necessidade, a dose e a duração do tratamento dependem da apresentação clínica e da avaliação individual (Clarrett; Hachem, 2018; Katz *et al.*, 2022).

Para a maioria dos IBPs convencionais, a administração deve ocorrer 30 a 60 minutos antes de uma refeição, respeitando a formulação prescrita. Sintomas persistentes exigem revisão da adesão e do modo de uso, além da avaliação de diagnósticos alternativos. Persistência ou recorrência de sintomas não comprova, isoladamente, falha da supressão ácida nem lesão ativa da mucosa (Katz *et al.*, 2022).

A frequência de sintomas persistentes ou recorrentes varia conforme a população, o desfecho e o tempo de seguimento. A resposta terapêutica é heterogênea, e diferentes fenótipos clínicos exigem interpretações distintas (Sharma; Yadlapati, 2021).

#### *4.8 Complicações e limites dos desfechos histológicos*

A DRGE pode associar-se a esofagite erosiva, estenose péptica e esôfago de Barrett. Essas complicações não constituem uma sequência inevitável. O esôfago de Barrett envolve substituição do epitélio escamoso por epitélio colunar, cuja caracterização requer avaliação endoscópica e histológica conforme os critérios utilizados. Trata-se de uma condição precursora reconhecida do adenocarcinoma esofágico, mas a maioria dos pacientes não evolui para esse tumor (Clarrett; Hachem, 2018; Peters *et al.*, 2019).

A suscetibilidade a Barrett e adenocarcinoma depende de múltiplos fatores. Dong *et al.* (2018) analisaram fatores epidemiológicos e variantes genéticas na predição de risco. Esse tipo de investigação não permite concluir que modificar isoladamente um hábito previna câncer ou reverta metaplasia já estabelecida.

É necessário distinguir três categorias de desfecho: melhora sintomática, avaliada pela frequência ou intensidade das queixas; cicatrização endoscópica, documentada pela avaliação da mucosa; e alteração histológica, demonstrada por exame de biópsias. A ocorrência de um desses resultados não estabelece automaticamente os demais.

A síntese apresentada não fornece base suficiente para afirmar regressão histológica do esôfago de Barrett ou prevenção de adenocarcinoma por modificações do estilo de vida. O alívio da pirose também não autoriza interromper a vigilância de uma condição previamente diagnosticada.

#### 4.9 Limitações da revisão

A interpretação é limitada pela ausência de documentação completa da busca e da seleção, pela coexistência de estudos observacionais, revisões e referências de contextualização, e pela falta de avaliação formal do risco de viés. A restrição a textos completos disponíveis pode introduzir viés de disponibilidade. A referência conceitual de 2006 não integra o recorte originalmente definido.

Além disso, a busca original encerra-se em agosto de 2023; a presente revisão não representa um levantamento exaustivo da literatura posterior. Não foram estimadas magnitudes combinadas de efeito. Os achados devem ser utilizados como síntese clínica contextualizada, e não como demonstração de eficácia equivalente para todas as intervenções ou de benefício histológico.

## 5. CONCLUSÃO

As modificações do estilo de vida integram o controle da doença do refluxo gastroesofágico. O manejo deve priorizar medidas compatíveis com o perfil clínico, como controle ponderal em pessoas com excesso de peso, adequação do horário das refeições, estratégias posturais para sintomas noturnos e cessação do tabagismo. Ajustes alimentares e da atividade física devem considerar os desencadeantes e a tolerância de cada indivíduo.

Os benefícios esperados concentram-se no controle dos sintomas e na qualidade de vida. A documentação e as evidências reunidas nesta revisão não permitem afirmar que essas medidas, isoladamente, produzam regressão histológica ou previnam adenocarcinoma esofágico. Sua aplicação deve ser integrada ao tratamento farmacológico e ao acompanhamento indicado, com reconhecimento das limitações metodológicas desta síntese.

## REFERÊNCIAS

BOULTON, K. H. A.; DETTMAR, P. W. A narrative review of the prevalence of gastroesophageal reflux disease (GERD). **Annals of Esophagus**, v. 5, art. 7, 2022. DOI: 10.21037/aoe-20-80.

CHANG, C.-H.; CHEN, T.-H.; CHIANG, L.-L. *et al.* Associations between Lifestyle Habits, Perceived Symptoms and Gastroesophageal Reflux Disease in Patients Seeking Health Check-Ups. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 7, art. 3808, 2021. DOI: 10.3390/ijerph18073808.

- CHHABRA, P.; INGOLE, N. Gastroesophageal Reflux Disease (GERD): Highlighting Diagnosis, Treatment, and Lifestyle Changes. **Cureus**, v. 14, n. 8, e28563, 2022. DOI: 10.7759/cureus.28563.
- CLARRETT, D. M.; HACHEM, C. Gastroesophageal reflux disease (GERD). **Missouri Medicine**, v. 115, n. 3, p. 214–218, 2018. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6140167/>.
- DONG, J.; BUAS, M. F.; GHARAHKHANI, P. *et al.* Determining Risk of Barrett's Esophagus and Esophageal Adenocarcinoma Based on Epidemiologic Factors and Genetic Variants. **Gastroenterology**, v. 154, n. 5, p. 1273–1281.e3, 2018. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5880715/>.
- GUADAGNOLI, L.; SIMONS, M.; MCGARVA, J. *et al.* Improving Patient Adherence to Lifestyle Changes for the Management of Gastroesophageal Reflux. **Patient Preference and Adherence**, v. 16, p. 897–909, 2022. DOI: 10.2147/PPA.S356466.
- KATZ, P. O.; DUNBAR, K. B.; SCHNOLL-SUSSMAN, F. H. *et al.* ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. **The American Journal of Gastroenterology**, v. 117, n. 1, p. 27–56, 2022. DOI: 10.14309/ajg.0000000000001538.
- PETERS, Y.; AL-KAABI, A.; SHAHEEN, N. J. *et al.* Barrett oesophagus. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 5, n. 1, art. 35, 2019. DOI: 10.1038/s41572-019-0086-z.
- RICHTER, J. E.; RUBENSTEIN, J. H. Presentation and Epidemiology of Gastroesophageal Reflux Disease. **Gastroenterology**, v. 154, n. 2, p. 267–276, 2018. DOI: 10.1053/j.gastro.2017.07.045.
- SHARMA, P.; YADLAPATI, R. Pathophysiology and treatment options for gastroesophageal reflux disease: looking beyond acid. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1486, n. 1, p. 3–14, 2021. DOI: 10.1111/nyas.14501.
- SHAY, J. E. S.; SINGH, A. The Effect of Obesity on Gastrointestinal Disease. **Gastroenterology Clinics of North America**, v. 52, n. 2, p. 403–415, 2023. DOI: 10.1016/j.gtc.2023.03.008.
- TARASZEWSKA, A. Risk factors for gastroesophageal reflux disease symptoms related to lifestyle and diet. **Roczniki Państwowego Zakładu Higieny**, v. 72, n. 1, p. 21–28, 2021. DOI: 10.32394/rpzh.2021.0145.
- VAKIL, N.; VAN ZANTEN, S. V.; KAHRILAS, P. *et al.* The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus. **The American Journal of Gastroenterology**, v. 101, n. 8, p. 1900–1920, 2006. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2006.00630.x.
- WANG, R.; WANG, J.; HU, S. Study on the relationship of depression, anxiety, lifestyle and eating habits with the severity of reflux esophagitis. **BMC Gastroenterology**, v. 21, art. 127, 2021. DOI: 10.1186/s12876-021-01717-5.

YUAN, S.; LARSSON, S. C. Adiposity, diabetes, lifestyle factors and risk of gastroesophageal reflux disease: a Mendelian randomization study. **European Journal of Epidemiology**, v. 37, n. 7, p. 747–754, 2022. DOI: 10.1007/s10654-022-00842-z.

ZHANG, X.; ANANDASABAPATHY, S.; ABRAMS, J. *et al.* Lifestyle Risk Factors, Quality of Life, and Intervention Preferences of Barrett’s Esophagus Patients: A Prospective Cohort Study. **Global Advances in Health and Medicine**, v. 10, 21649561211001346, 2021. DOI: 10.1177/21649561211001346.